

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУПРОВОДУ РАНЬОГО
ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр _

номер ІНП

Виконала: студентка II курсу, групи ППМз-24-1 Ярослава ЩЕРБАНЮК

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник доктор філософ., н., проф. Валентина АФАНАСЕНКО

Науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

Таїсія КОМАР

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

1 грудня 2025 р.

Хмельницький, 2025

онсультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 19 грудня 2024 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) дипломної роботи магістра	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2025 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2025 р.	виконано
3	Оформлення вступу дипломної роботи.	До 01 вересня 2025 р.	виконано
4	I розділ дипломної роботи.	До 10 вересня 2025 р.	виконано
5	II розділ дипломної роботи.	До 01 жовтня 2025 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01 листопада 2025 р.	виконано
7	Оформлення дипломної роботи.	До 01 грудня 2025 р.	виконано
8	Попередній захист дипломної роботи.	___ жовтня 2025 р.	виконано
9	Захист дипломної роботи (відповідно графіку)	___ грудня 2025 р.	виконано

Здобувач Ярослава ЩЕРБАНЮК

Керівник роботи Валентина АФАНАСЕНКО

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи «Психолого- педагогчні особливості супроводу
раннього дитячого аутизму

Здобувач Ярослава ЩЕРБАНЮК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник Валентина АФАНАСЕНКО

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Кваліфікаційна робота включає 71 сторінку, 4 таблиці, 3 рисунки, перелік джерел посилання складає 63 найменування.

Ключові слова: особистість, розвиток, дошкільний вік, емоційний розвиток, розлади аутичного спектру, дитячий аутизм, психолого-педагогічні умови, холдинг-терапія, ігрова терапія.

Об'єктом дослідження є психологічні прояви раннього дитячого аутизму

Предметом дослідження є розвивальний ресурс психолого-педагогічного супроводу дітей із показниками раннього аутизму.

За результатами дослідження обґрунтовано згначушість психолого-педагогічного супроводу дітей із раннім аутизмом та розроблено рекомендації до організації психолого-педагогічного супроводу дітей із розладами аутистичного спектру на основі холдинг-терапії.

Одержані результати можуть бути використані у підготовці майбутніх учителів, психологів, соціальних працівників, соціальних педагогів.

Дипломник  Ярослава ЩЕРБАНЮК

Дата подання кваліфікаційної дипломної роботи до захисту 01 грудня 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ПРОБЛЕМА РАННЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ В СУЧАСНИХ НАУКОВО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ.....	10
1.1 Аналіз наукових досліджень проблеми раннього дитячого аутизму.....	10
2.2 Особливості розвитку варіантів дитячого аутизму за рівнем дезадаптації дитини до навколишнього світу.....	16
1.3.Психолого -педагогічний ресурс супроводу афективного розвитку дитини з аутизмом.....	31
Висновки до розділу.....	43
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ АФЕКТИВНОГО РОЗВИТКУ ТА АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ АУТИЗМОМ.....	45
2.1 Науково-методологічні особливості дослідження психологічного супроводу дітей із раннім аутизмом.....	45
2.2 Використання холдинг-терапії у психолого-педагогічному супроводі дітей з раннім аутизмом.....	52
2.3 Дослідження динаміки показників раннього дитячого аутизму у процесі психолого-педагогічного супроводу	64
Висновки до розділу.....	73
ВИСНОВКИ	74
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	76
ДОДАТОКИ.....	В

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема раннього дитячого аутизму набуває все більшої соціальної, психологічної та педагогічної значущості в умовах сучасного суспільства. Зростання кількості дітей із порушеннями спектра аутизму (АСД) спостерігається не лише у світовій практиці, а й в Україні, що вимагає комплексного підходу до їх діагностики, корекції та інтеграції в освітній простір. За даними сучасних досліджень, частота виявлення аутизму має тенденцію до збільшення, що обумовлює потребу в удосконаленні системи психолого-педагогічного супроводу таких дітей на ранніх етапах розвитку, коли ще зберігається високий потенціал нейропсихологічної та соціально-емоційної пластичності.

Аутизм як феномен характеризується глибокими порушеннями соціальної взаємодії, емоційної комунікації, мовленнєвого розвитку, ігрової діяльності та поведінкової регуляції. Ці порушення формують особливий тип дитячого досвіду, у якому світ сприймається фрагментарно, а контакти з іншими людьми стають джерелом тривоги, а не безпеки. Відтак головним завданням психолого-педагогічного впливу стає створення умов для поступового розширення емоційно-соціального простору дитини, відновлення її здатності до спільного переживання, довіри та відкритості світу. Без системної допомоги фахівців та належного педагогічного супроводу ці діти ризикують залишитися ізольованими не лише від соціуму, але й від власного емоційного досвіду.

Актуальність дослідження також визначається тим, що традиційні підходи до корекційної роботи часто зосереджуються на зовнішніх проявах поведінки, ігноруючи афективно-комунікативні механізми, що лежать в основі розвитку аутичної симптоматики. Сучасна наука дедалі більше підкреслює важливість раннього втручання, спрямованого на відновлення первинних емоційних зв'язків між дитиною і дорослим, які є фундаментом подальшого когнітивного, мовленнєвого та особистісного розвитку. Саме

тому психолого-педагогічний супровід набуває статусу не лише допоміжного, а й провідного напряму комплексної допомоги при аутизмі.

Ключовою особливістю психолого-педагогічного супроводу є його інтегративний характер – поєднання психотерапевтичних, педагогічних і соціально-комунікативних впливів у єдиній системі розвитку дитини. Це не просто набір методів, а цілісна стратегія взаємодії, у центрі якої перебуває особистість дитини з її унікальними способами сприйняття, реагування та пізнання світу. Таке бачення узгоджується з гуманістичною парадигмою сучасної освіти, яка визнає право кожної дитини на індивідуальну траєкторію розвитку та повагу до її особливостей.

Не менш важливим чинником актуальності є необхідність психолого-педагогічної підтримки родини, яка виховує дитину з раннім аутизмом. Батьки часто стикаються з емоційним виснаженням, почуттям провини, розгубленістю перед поведінковими проявами дитини. Саме тому супровід має бути спрямований не лише на дитину, а й на створення сприятливого сімейного мікроклімату, де формується безпечний простір для емоційної взаємодії, гри та навчання. Психологічна освіта батьків, їхнє включення у корекційно-педагогічний процес є запорукою стабільної позитивної динаміки розвитку дитини.

Важливим аспектом є і практична потреба освітніх закладів у розробці адаптивних моделей супроводу дітей з аутизмом, які дозволяють інтегрувати їх у колектив однолітків без загрози дезадаптації. Психолого-педагогічний супровід у цьому контексті виконує роль посередника між особливими освітніми потребами дитини та вимогами навчального середовища, забезпечуючи гнучкість педагогічних стратегій і диференційовану підтримку.

Отже, дослідження проблеми психолого-педагогічного супроводу дітей із раннім аутизмом є науково, практично й соціально значущим, адже воно спрямоване на вирішення одразу кількох важливих завдань – раннього виявлення порушень, побудови ефективної системи допомоги, підвищення компетентності фахівців і батьків, а головне – на створення умов для

розкриття потенціалу кожної дитини, незалежно від особливостей її розвитку.

Саме через цю багатовимірність і гуманістичну спрямованість проблема психолого-педагогічного супроводу дітей з раннім аутизмом залишається однією з найбільш актуальних у сучасній дитячій психології та спеціальній педагогіці. Саме через те, що ранній аутизм – це не просто медична діагноза, а складна мультисистемна реальність, яка вимагає втручання на психологічному, педагогічному, сімейному й інституційному рівнях, дослідження супроводу цих дітей набуває першочергової актуальності в сучасній психології і спеціальній педагогіці.

Об'єкт дослідження – психологічні прояви раннього дитячого аутизму

Предмет дослідження – розвивальний ресурс психолого-педагогічного супроводу дітей із показниками раннього аутизму.

Мета дослідження: вивчити особливості психолого-педагогічного супроводу дітей із ознаками раннього аутизму.

Відповідно до мети та гіпотезою визначено такі **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати і систематизувати наукові результати сучасних досліджень розвитку порушень афективної сфери дитини в ранньому віці, пов'язаних із ознаками дитячого аутизму, що формується.
2. Обґрунтувати вагомість психолого-педагогічного супроводу дітей із раннім аутизмом.
3. Емпірично дослідити динаміку проявів раннього аутизму у дітей у процесі психолого педагогічного супроводу.
4. Розробити рекомендації до організації психолого-педагогічного супроводу на основі холдинг-терапії

Гіпотеза дослідження: спеціально організований психолого-педагогічний супровід дітей із раннім аутизмом сприяє конструктивній динаміці показників раннього аутизму у дітей.

Методи дослідження:

– *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел з проблеми дослідження);

– *емпіричні* (спостереження, опитування, інтерв'ю, Експериментальне психологічне дослідження показників проводилось за допомогою методики Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS – *Childhood Autism Rating Scale*), Методики CASD (*Checklist for Autism Spectrum Disorder*), Структурованого інтерв'ю ADI-R (*Autism Diagnostic Interview – Revised*)

– *методи кількісної та якісної обробки даних.*

Практичне значення дослідження виявляється в можливості використання в процесі підготовки майбутніх фахівців соціономічних спеціальностей до професійної діяльності

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилось на базі Ресурсно-інклюзивного центру м. Хмельницького. До участі у дослідженні було залучено 16 дітей дошкільного віку та 33 дорослих: батьки, доглядальники та психологи.

Апробація результатів дослідження відбувалась шляхом публікації наукової статті на тему:

Результати проведеної дослідно-експериментальної роботи також обговорювались на Всеукраїнській науково-практичній конференції

Структура роботи: кваліфікаційна робота магістра складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилання (60 найменувань) та одного додатка. Загальний обсяг кваліфікаційної дипломної роботи магістра складає 84 сторінки (основна частина – 71 сторінка).

РОЗДІЛ 1 ПРОБЛЕМА РАННЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ В СУЧАСНИХ НАУКОВО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

1.1 Аналіз наукових досліджень проблеми раннього дитячого аутизму

Проблема раннього дитячого аутизму (РДА) займає одне з центральних місць у сучасній психологічній науці, оскільки вона стосується базових закономірностей становлення свідомості, емоційної сфери та соціальної взаємодії дитини. Розлади спектра аутизму (РСА) нині розглядаються не лише як клінічне порушення, а як феномен порушеного розвитку особистості, який має складну психологічну структуру. У межах психології цей феномен є важливим для розуміння механізмів соціалізації, формування комунікативної поведінки та емоційної регуляції.

Перші систематичні спостереження над дітьми з проявами аутичного розвитку належать Л. Каннеру (1943), який описав «аутичні порушення афективного контакту» як наслідок глибокої ізоляції дитини від соціального світу. Подальші дослідження Г. Аспергера (1944) доповнили уявлення про спектр аутистичних розладів, показавши їх різнорівневість та варіативність інтелектуального розвитку. У сучасних психологічних концепціях аутизм трактується як системне порушення комунікативних, когнітивних та емоційно-вольових процесів, що проявляється у своєрідності афективних зв'язків і форм пізнання навколишнього світу (Frith, 2003; Baron-Cohen, 2008).

В українській психологічній науці проблема раннього дитячого аутизму розглядається у контексті дизонтогенезу, тобто відхилень у структурі психічного розвитку. Зокрема, Н. Стаднік, О. Нікольська, Л. Виготський, а також сучасні українські дослідники (Н. Гаврилюк, І. Лавриненко, Т. Скрипник) акцентують на тому, що аутизм не є лише

дефектом пізнавальної діяльності, а насамперед – порушенням емоційного зв'язку з оточенням. Саме дефіцит емоційної взаємодії з дорослими, на думку О. Нікольської, стає первинною ланкою, яка детермінує всі інші форми порушень – мовні, когнітивні та поведінкові.

Дослідження Л. Виготського, присвячені структурі аномального розвитку, стали методологічною основою сучасних психологічних інтерпретацій аутизму. Учений розглядав порушення розвитку як складну динамічну систему, у якій дефект однієї функції призводить до вторинних змін у всій психічній структурі дитини. У випадку аутизму така закономірність проявляється у формуванні «замкненого типу свідомості», що зумовлює труднощі соціального контакту, порушення мовлення та комунікації.

Серед сучасних психологічних підходів важливе місце посідає теорія порушення соціального інтелекту, розроблена С. Барон-Коеном. Вона пояснює аутизм як обмеження здатності дитини до розуміння психічних станів інших людей, що позбавляє її можливості передбачати поведінку співрозмовника. Іншими словами, у дітей із РДА не формується «теорія розуму», тобто здатність приписувати іншим власні переконання, емоції чи наміри. Ця концепція є близькою до вітчизняних досліджень емоційної сфери, у яких підкреслюється роль афективної регуляції у процесі пізнання (Г. Костюк, О. Запорожець, С. Максименко).

Методологічно важливим є й системно-особистісний підхід, у межах якого аутизм розглядається не як сукупність симптомів, а як особливий тип розвитку особистості (В. Моляко, Т. Титаренко, І. Бех). Цей підхід орієнтує дослідників на вивчення внутрішніх механізмів дизонтогенезу, зокрема порушення саморегуляції, емоційної включеності та когнітивної інтеграції досвіду. Дитина з аутизмом, за такого підходу, має власну логіку розвитку, що не зводиться до патології, а відображає специфічний спосіб адаптації психіки до світу.

Важливим напрямом сучасних досліджень є аналіз сенсорної інтеграції, тобто особливостей сприйняття, переробки та узгодження сенсорної інформації у дітей з РДА. Праці У. Айрес, а також українських психологів (І. Григор'єва, В. Кузьменко) свідчать, що сенсорна дезінтеграція може бути ключовим чинником, який зумовлює труднощі у формуванні емоційної стабільності та соціальної орієнтації. Порушення сенсорного досвіду часто стають передумовою появи стереотипних дій, уникання контакту і своєрідних форм самостимуляції.

Загалом, аналіз наукових джерел засвідчує, що у психологічному розумінні аутизм є не стільки хворобою, скільки альтернативним шляхом розвитку психіки, у якому провідну роль відіграють не когнітивні, а афективні порушення. Дитина з аутизмом прагне стабільності, передбачуваності, повторюваності, що є способом компенсації нестійкої емоційної системи. Така особливість пояснює схильність до стереотипних дій, фіксації уваги на сенсорних враженнях та обмеженості соціальної взаємодії.

У методологічному плані дослідження РДА вимагає інтеграції клініко-психологічного, нейропсихологічного та особистісно-орієнтованого підходів. Поєднання цих напрямів дає змогу не лише описати симптоматику аутизму, а й зрозуміти внутрішню логіку порушеного розвитку, розкрити психологічні механізми дезадаптації, визначити умови ефективного психолого-педагогічного супроводу.

Таким чином, сучасний стан наукового вивчення аутизму характеризується переходом від медичної до психологічної парадигми аналізу. РДА розглядається як багатовимірний феномен, що охоплює афективні, когнітивні, соціальні та сенсорні аспекти психічного розвитку. Теоретико-методологічний аналіз підтверджує необхідність комплексного підходу до розуміння природи аутизму – як специфічної форми становлення свідомості, у якій порушення емоційного зв'язку з іншою людиною є

ключовою детермінантою подальших труднощів соціалізації та розвитку особистості.

Перші ознаки порушень психічного розвитку, які можуть передувати формуванню синдрому раннього дитячого аутизму (РДА), накопичуються протягом перших двох років життя дитини. Їх доцільно розглядати в контексті поступового наростання відхилень у сфері афективного розвитку, що виявляються у зниженій витривалості дитини до емоційних контактів із близьким дорослим та соціальним середовищем загалом.

У нормі, після оволодіння ходьбою (близько одного року), дитина починає активно досліджувати простір і демонструє виражену пізнавальну та рухову активність. Прагнення до самостійного пересування, взаємодії з предметами та ігрових дій поступово переважає над потребою у фізичному контакті з матір'ю. Такі прояви є ознакою природного розширення меж соціального та предметного світу малюка.

У дітей із раннім дитячим аутизмом спостерігається інша тенденція: сенсорне захоплення навколишнім середовищем проявляється раніше й починає конкурувати з орієнтацією на близьку людину. У результаті дорослий нерідко сприймається не як емоційний партнер, а як функціональний посередник, що забезпечує певну сенсорну стимуляцію – наприклад, покачування, кружляння або дотик до бажаного предмета. Відсутність глибокої емоційної взаємодії ускладнює розвиток міжособистісних зв'язків та формування базових довірчих відносин.

Коли батьки намагаються активно організувати поведінку дитини, стимулювати нові форми активності або навчальні дії, така взаємодія часто викликає протест або уникнення контакту. Це призводить до посилення стереотипних форм поведінки, що виконують функцію саморегуляції.

Критичним моментом розвитку є період близько одного року, коли відбувається природний фізичний і емоційний «відрив» дитини від матері. За умов недостатнього формування емоційного зв'язку цей етап проходить особливо важко: дитина може різко змінити поведінку, стати некерованою,

імпульсивною або, навпаки, надмірно пасивною. Часто саме в цей період батьки помічають, що дитина не реагує на звертання, не відповідає на власне ім'я, ігнорує заборони чи небезпеки, демонструє відсутність вибіркової емоційної реакції.

У дітей із підвищеною сенсорною чутливістю проявляються інші крайнощі – надмірна обережність, уникнення нових відчуттів, гіперреакція на сенсорні подразники. Такі діти неохоче виходять за межі звичних ситуацій, відмовляються торкатися піску, снігу чи води, уникають тактильних контактів, що зумовлює обмеження у природній пізнавальній діяльності.

Ближче до двох років ці тенденції стають більш вираженими. Спостерігається зростання труднощів у довільній регуляції поведінки: дитину складно переключити, спрямувати увагу, залучити до спільної діяльності або відвернути від стереотипної дії. Вона часто не наслідує поведінку дорослих і однолітків, хоча може вибірково імітувати звуки чи дії з медіа – що свідчить про фрагментарність соціального навчання.

Маніпуляції з іграшками носять одноманітний характер – дитина впорядковує предмети, крутить колеса, виконує повторювані дії без ускладнення ігрового змісту. Ці форми активності мають переважно автостимулюючий характер, що компенсує емоційний дефіцит взаємодії.

Відставання у мовному розвитку набуває системного характеру: дитина може мати обмежений словниковий запас або використовувати мовлення поза комунікативним контекстом. Часто спостерігається ехолалія, «свої» звукосполучення, або ж повна відсутність зверненої мови. У таких випадках мовлення виконує регулятивну або сенсорну функцію, а не комунікативну.

Також типовими є труднощі соціальної взаємодії: дитина не виявляє інтересу до однолітків, уникає спільної гри, може проявляти тривожність або страх перед іншими дітьми. На цьому тлі формуються різні форми стереотипної поведінки – повторювані рухи, розгойдування, обертання предметів, які посилюються під впливом емоційного напруження.

Поведінкові порушення проявляються у вигляді підвищеної збудливості, негативізму, самоагресії або, навпаки, надмірної тривожності й полохливості. Такі особливості часто супроводжуються сенсорними обмеженнями – труднощами з прийняттям їжі, неприйняттям нових текстур, кольорів чи запахів, а також ригідністю щодо зміни звичного одягу чи розпорядку.

Таким чином, аналіз ранніх ознак розвитку дітей із РДА свідчить, що порушення емоційної взаємодії та сенсорної інтеграції мають системний характер і формують основу для подальшого розгортання аутичного спектра. Розуміння цих ранніх маркерів є ключовим для своєчасного психолого-педагогічного втручання, спрямованого на відновлення соціальної взаємодії, розвиток мовлення та регуляції поведінки.

У період раннього дитинства навіть за умов гармонійного психічного розвитку дитина характеризується потребою у повторюваності звичних дій, ритуалів та стабільності емоційного контакту з близькими дорослими. Формування повсякденних звичок у цьому віці забезпечує дитині почуття безпеки, тому їх порушення часто викликає емоційне напруження, впертість, капризи чи короткочасні агресивні реакції. Поява перших страхів, у тому числі нічних, є віковою нормою і не порушує здатності малюка до афективної взаємодії. У таких випадках дорослий, насамперед мати, зазвичай здатен відновити емоційну рівновагу дитини через підтримку, переключення уваги або спільну діяльність.

У ситуації ж атипового психічного розвитку, зокрема при ранньому дитячому аутизмі, спостерігаються принципово інші закономірності. У дітей із тяжкими емоційними порушеннями відзначається підвищена чутливість до емоційного дискомфорту, який може набувати форми афективного зриву чи самоагресії. Такі діти часто фіксуються на негативних переживаннях, не виявляють прохання про допомогу, уникають контактів навіть із найближчим оточенням, компенсуючи емоційне напруження через автостимуляційні дії – розгойдування, ритмічні рухи, закривання вух тощо.

Серед найхарактерніших поведінкових феноменів при аутистичному дизонтогенезі виділяють *страхи*, *агресію* та *негативізм*, які мають специфічні механізми виникнення та динаміку проявів.

Страхи у дітей із РДА характеризуються надмірною інтенсивністю, тривалістю та стійкістю. На відміну від типового розвитку, де зміст страхів змінюється з віком, у аутичних дітей кожен страх може залишатися актуальним протягом тривалого часу. Часто такі страхи виглядають ірраціональними – дитина може боятися власної тіні, частини тіла, звичних предметів чи незначних змін у середовищі. Подібні реакції пояснюються надзвичайною сензитивністю до сенсорних подразників і прагненням зберегти стабільність навколишнього простору. Найпоширенішим залишається страх будь-яких змін – порушення ритуалів, нові люди, інша послідовність дій чи змінене місце предметів сприймаються як загроза цілісності світу дитини.

Агресивна поведінка є частим супутнім симптомом порушення емоційного розвитку. Її причини різноманітні: від реакцій на перевищення сенсорного навантаження до проявів протесту проти зовнішнього втручання. Для дітей раннього віку з аутистичними рисами характерна генералізована агресія, що виникає на тлі емоційного перенапруження, незалежно від позитивного чи негативного забарвлення стимулу. У деяких випадках агресія має захисну функцію, спрямовану на збереження психічного комфорту, і може бути виражена як щодо інших, так і у формі самоагресії (удари по голові, кусання рук тощо). Парадоксальним є те, що агресивні реакції іноді виявляються саме до матері, з якою у дитини формується симбіотичний зв'язок: у момент її емоційної нестабільності дитина втрачає відчуття безпеки, що провокує агресивну реакцію як спробу відновити рівновагу.

Ще одним показником порушення афективного розвитку є негативізм, який при нормальному розвитку має етапний, кризовий характер (зокрема у три роки) і пов'язаний з утвердженням власного «Я». У дітей з аутизмом цей феномен має інше психологічне підґрунтя: він не є виявом самоствердження,

а відображає прагнення до збереження незмінності навколишнього середовища та уникнення тривоги, що виникає через будь-які зміни. Відмова від засвоєння побутових навичок (самостійне одягання, користування туалетом, прийом їжі) часто поєднується з відчуттям страху або дискомфорту, що виникає при порушенні звичного сенсорного фону.

Певна частина дітей демонструє явища *регресу розвитку* – втрачаються навички наслідування, первинні елементи мовлення, спонтанні прояви соціальної уваги чи емоційного відгуку. Якщо на ранніх етапах дитина могла відтворювати прості дії («сорока-ворона», «пока», імітацію тваринних звуків), то надалі ці прояви згасають, не переходячи у стійкі навички. Регрес супроводжується зростанням тривожності, розладами сну та афективною нестабільністю, що є свідченням глибоких порушень емоційної регуляції.

Таким чином, поведінкові прояви дітей з раннім дитячим аутизмом мають системний характер і відображають не лише емоційні порушення, а й особливості сенсорної обробки інформації, труднощі саморегуляції та низьку адаптивність до змін. Їх своєчасна діагностика та психологічна інтерпретація є ключовими передумовами побудови ефективного психологічного супроводу, спрямованого на зниження афективного напруження, розвиток комунікативних навичок і підтримку емоційного контакту між дитиною та дорослими.

2.2 Особливості розвитку варіантів дитячого аутизму за рівнем дезадаптації дитини до навколишнього світу

Особливості відносин аутичної дитини з навколишнім світом загалом і з близькими людьми особливо свідчать про порушення розвитку способів організації активних відносин зі світом і превалюванні в її розвитку вже з раннього віку вираженої тенденції - переваги стереотипної аутостимуляційної активності над реально адаптивною.

Ця характерна тенденція може виявлятися в різних формах, що відображається в розвитку різних варіантів синдрому аутизму, що складається до кінця раннього віку. У своєму оформленому вигляді були описані чотири групи аутизму (за класифікацією О.Нікольської), що відрізняються рівнем дезадаптації дитини в навколишньому світі, що проявляється різною мірою глибини аутизму та переважаючим типом ауто стимуляційної активності. Психологічні дослідження раннього дитячого аутизму свідчать про існування низки варіантів його перебігу, які відрізняються за емоційно-поведінковими та сенсорними проявами (Лебединська, 1990; Мастюкова, 2000; Тімченко, 2015). Один із таких варіантів (перший варіант аутистичного розвитку) характеризується переважно афективно-м'яким типом розвитку, коли перший рік життя дитини сприймається батьками як «благополучний» і навіть «зразковий».

У спогадах батьків такі діти часто описуються як спокійні, врівноважені, «зручні» у догляді. Вони не виявляють надмірної активності, легко підкоряються режимним вимогам, не вимагають постійного тілесного контакту. Уже в ранньому віці їх відрізняє осмислений, зосереджений вираз обличчя та уважний погляд, що створює враження передчасної зрілості. Такі діти реагують на появу обличчя дорослого посмішкою, але не ініціюють активного контакту, рідко самі тягнуться на руки.

На початкових етапах розвитку в них спостерігається позитивна афективна заражуваність – емоційне відгукування на усмішку чи схвильовану інтонацію дорослого. Це природна стадія становлення соціальної чутливості, яка в нормі переходить у вибіркоче ставлення до близьких, формування потреби в емоційному підтвердженні й довірливому контакті (Виготський, 1983). Проте в даному варіанті розвитку подальше ускладнення емоційної вибіркочості не відбувається: дитина залишається однаково відкритою до всіх, легко йде на руки до незнайомих, не проявляє настороженості перед «чужими». Це свідчить про дефіцит становлення

диференційованої прив'язаності, що є однією з ранніх ознак аутистичного спектра (Wing, 1981; Тімченко, 2015).

Ще однією характерною рисою є сенсорна сензитивність у перші місяці життя. Немовля може бурхливо реагувати на гучні звуки – гуркіт побутових приладів, різкі тріски, несподівані голосні інтонації. Часто батьки відзначають вибір дитиною неясних предметів або однотонних поверхонь для тривалого споглядання. Згодом ця підвищена чутливість поступово трансформується в зниження сенсорної реактивності, аж до байдужості до болю, холоду або інтенсивного шуму. Такі контрасти в сенсорній сфері пояснюються порушеннями процесів сенсорної інтеграції (Ayres, 1979; Baron-Cohen, 2000), що призводить до фрагментарного сприймання середовища та ослаблення адекватної афективної відповіді.

Поведінкові особливості таких дітей у перший рік життя мають споглядальний характер. Вони рідко проявляють маніпулятивну активність, не прагнуть досліджувати предмети руками, але водночас демонструють інтерес до музики, ритму, поезії, руху світла. Це дозволяє говорити про специфічну спрямованість психічної енергії – не на взаємодію зі світом, а на внутрішнє переживання вражень. У подальшому, коли дитина починає ходити, поведінка зазнає різкого зламу: замість колишньої спокійності з'являється гіперактивність, імпульсивність, схильність до небезпечних дій без урахування контексту ситуації. Відсутність страху перед висотою, водою чи холодом вказує на недостатню інтеграцію афективного контролю, що є наслідком дисфункції емоційно-вольової сфери (Мастюкова, 2000; Frith, 2003).

У нормі близькі дорослі поступово формують із дитиною спільний емоційно-перцептивний досвід, коли увага малюка спрямовується на об'єкт разом з дорослим, виникає «спільне поле переживань» (Виготський, 1983). Цей досвід забезпечує становлення соціальної орієнтації, ігрової активності та мовлення. В описуваному варіанті аутистичного розвитку такий досвід не накопичується: дитина не вчиться розділяти емоції, не засвоює спільних дій і

не формує сталих моделей комунікації. Як наслідок, не розвиваються побутові, ігрові та мовленнєві навички.

Особливо показовим є мовний розвиток. У дітей цього типу поява окремих слів можлива, проте вони не закріплюються в активному словнику, швидко зникають. Це пов'язано з відсутністю стійких зв'язків між словом і контекстом досвіду – тобто дефіцитом функціональної мотивації мовлення (Тімченко, 2015). Так формується мутизм як виражений симптом аутистичного розвитку, що відображає глибокі труднощі емоційної комунікації.

Таким чином, перший варіант аутистичного розвитку характеризується початковою позитивною емоційною відкритістю, що не переходить у диференційовану соціальну вибірковість. Надалі на тлі зниження афективного відгуку та сенсорної інтеграції формується ізольований тип психічної активності, при якому інтереси спрямовані на внутрішній світ відчуттів, а не на взаємодію з іншими людьми. Відсутність спільного досвіду з дорослими призводить до затримки формування базових навичок соціальної поведінки, мовлення та гри, що є типовими маркерами аутистичного спектра (Wing & Gould, 1979; Тімченко, 2020).

У контексті сучасних уявлень про дитячий аутизм цей тип можна віднести до афективно-пасивного підтипу аутистичного розвитку, який поєднує елементи високої сенсорної чутливості на ранньому етапі з подальшою емоційною редукцією та байдужістю до соціальних стимулів. Дослідження українських психологів (Тімченко, 2015; Мастюкова, 2000) підкреслюють, що своєчасна психологічна діагностика саме цього варіанта аутизму дозволяє запобігти формуванню глибокої соціальної ізоляції, оскільки рання афективна відкритість може стати ресурсом для розвитку емпатії за умов цілеспрямованої психокорекційної роботи.

Отже, перший варіант аутистичного розвитку розглядається як динамічна форма дизонтогенезу, в основі якої лежить порушення емоційно-комунікативного онтогенезу та сенсорної інтеграції. Його своєчасне

виявлення має вирішальне значення для вибору адекватної психолого-педагогічної стратегії підтримки, спрямованої на збереження й розширення первинних емоційних реакцій дитини, формування досвіду спільного сприймання світу та закріплення потреби в комунікації.

Другий варіант аутистичного розвитку характеризується більш вираженою активністю, імпульсивністю та емоційною напругою поведінки дитини з перших місяців життя. На відміну від «пасивного» типу, описаного вище, такі діти з раннього віку виявляють підвищену реактивність і вибірковість у контактах із навколишнім середовищем, у тому числі з найближчими дорослими. Вони відзначаються вимогливістю, нетерпимістю до змін і схильністю до формування стійких поведінкових шаблонів (Лебединська, 1990; Тімченко, 2015).

Батьки таких дітей зазвичай відзначають труднощі у догляді: немовля вимагає певного способу годування, конкретної пози під час сну, жорстко реагує на зміну побутових ритуалів. Уже в перші місяці життя з'являються ознаки ригідності поведінкових реакцій – прагнення до передбачуваності, одноманітності, збереження постійного способу взаємодії з оточенням. Відмова від звичного предмета чи зміна послідовності дій часто викликає у дитини виражений протест або соматичні реакції (плач, судомне напруження, порушення сну). Такі прояви свідчать про ранній розвиток феномену патологічної фіксації на сталості середовища, який у подальшому набуває рис obsesивно-ритуальної поведінки (Frith, 2003; Baron-Cohen, 2000).

Перші ознаки прив'язаності до матері формуються доволі рано, але носять симбіотичний, емоційно-злитий характер. Дитина вимагає постійної присутності матері, що розцінюється як основна умова її спокою та безпеки. Короткочасна розлука переживається як катастрофічна – з різкою емоційною дезорганізацією, плачем, відмовою від їжі, розладами сну. На відміну від нормального розвитку, де симбіотичний зв'язок поступово змінюється на автономну форму прив'язаності, у цьому випадку тенденція до симбіозу

лише посилюється з віком, що блокує становлення довірливої, але диференційованої взаємодії (Виготський, 1983; Тімченко, 2015).

Уже до дворічного віку у дитини виразно проявляється потреба у незмінності середовища – дотриманні режиму, стабільності розкладу, розташування предметів, звичних запахів, звуків, одягу. Будь-які порушення цих звичних елементів викликають афективну бурю або регресивні реакції. Наприклад, зміна виду пляшечки чи страви може спричинити відмову від їжі, а втрата знайомої іграшки – затяжну кризу. У психологічній літературі це описується як патологічна інерція афективно-поведінкових зв'язків (Мастюкова, 2000), що свідчить про обмеженість адаптивної гнучкості та підвищену сенсорну прив'язаність до деталей.

Поступово навколо дитини формується звужене коло дозволених дій, контактів і вражень, яке вона не дозволяє порушувати. Складається набір ритуалізованих звичок: однаковий маршрут прогулянки, повторне прослуховування тієї самої музики, читання однієї книжки, постійне носіння певного предмета в руці. Зміна цих елементів породжує дезорганізацію, що часто сприймається дорослими як «примха», проте насправді відображає глибинний страх перед хаосом середовища (Wing & Gould, 1979). Такі ритуали набувають не лише поведінкової, а й сенсорної функції – вони підтримують почуття передбачуваності, стабілізують внутрішню психічну структуру.

Водночас у дітей цього типу виявляється виняткова вибірковість у сприйнятті сенсорних ознак предметів. Уже до року вони демонструють підвищений інтерес до кольору, форми, текстури об'єктів, виявляють схильність до класифікації, раннього розрізнення відтінків, впорядкування предметів за кольором чи розміром. Подібні феномени часто створюють ілюзію випереджального інтелектуального розвитку, проте в основі їх лежить гіперсистематизація сприймання, властива дітям із розладами аутистичного спектра (Baron-Cohen, 2002; Klin, 2006). Їхня когнітивна активність має

вузькофокусований характер, що проявляється у фіксації на деталях замість цілісного образу.

Такі діти можуть мати феноменальну зорову пам'ять, точно відтворювати кольори, цифри, літери, фрагменти музичних мелодій, але при цьому не розуміють функціонального чи соціального значення цих знань. Це відображає дисбаланс між механічними й комунікативно-змістовими аспектами пізнання, що розглядається як прояв когнітивної ригідності (Тімченко, 2020; Frith, 2003). Їхня пізнавальна активність є автономною, самодостатньою, позбавленою соціальної мотивації, що є типовим для аутичного типу розвитку.

Важливою особливістю цього варіанту є ранній розвиток аутостимуляційних форм поведінки. Уже в перший рік життя спостерігаються розгойдування, стрибки, махи руками перед очима, скрипіння зубами, облизування чи обнюхування предметів. Такі дії спрямовані на відтворення приємних сенсорних відчуттів і виконують регулятивну функцію у процесі емоційного самозаспокоєння. У міру дорослішання ці прояви набувають більшої складності – з'являється фіксація на напруженні м'язів, грі зі слиною, водою, дрібними предметами, повторення рухів. Усе це є наслідком порушення внутрішньої саморегуляції та прагнення контролювати власний сенсорний досвід (Ayres, 1979; Тімченко, 2015).

Таким чином, другий варіант аутистичного розвитку поєднує високу сенсорну чутливість, потребу в стабільності середовища та ритуалізацію поведінки. На емоційному рівні це виявляється як страх змін і залежність від симбіотичного зв'язку з матір'ю; на когнітивному – як фрагментарна обробка інформації, гіперфокус на деталях і дефіцит соціального розуміння. У перспективі саме ці особливості можуть стати основою для формування вузьких інтересів, стереотипних дій і аутостимуляцій, що є характерними рисами розладів аутистичного спектра (Klin, 2006; Тімченко, 2020).

Раннє виявлення цього типу розвитку має вирішальне значення для психологічного супроводу дитини. Корекційна робота повинна бути спрямована не лише на розширення сенсорного досвіду, а й на поступове формування гнучкості мислення, толерантності до змін, розбудову здатності до спільної дії. Як підкреслює О. Тімченко (2015), лише через системну підтримку афективно-комунікативної сфери можливо подолати тенденцію до ритуалізації поведінки та відновити здатність дитини до діалогу зі світом.

У типово розвиненої дитини перший рік життя характеризується поступовим переходом від елементарних маніпуляцій із предметами до більш осмисленого їх використання. Початково провідними є прості повторювані дії – стукання, трясіння, перекладання предметів із руки в руку, – що виконують функцію сенсомоторного дослідження світу. У нормі ці одноманітні дії поступово втрачають домінуюче значення, поступаючись місцем більш складним формам поведінки, у яких дитина відкриває функціональне призначення об'єктів. У цей період виникають перші спроби сюжетно-рольової гри, маніпуляції з іграшками набувають змістового характеру: дитина не просто крутить колеса машинки, а починає її «везити», «годувати» ляльку, будувати з кубиків.

У дітей з раннім дитячим аутизмом (РДА) ця закономірність розвитку часто порушується. Їхні дії з предметами залишаються монотонними та сенсомоторно обмеженими, що вказує на затримку переходу від маніпуляцій до функціонального використання об'єктів. Такі діти часто зосереджуються не на предметі як цілому, а на окремому його аспекті – наприклад, на русі чи звуці. Вони можуть роками повторювати одну й ту саму дію – обертати колеса машинки, відкривати і закривати дверцята, шикувати предмети в лінію. Це свідчить про домінування сенсорної фіксації над пізнавальним інтересом, що, за даними Т. Мороз (2018), вказує на переважання процесів аутоstimуляції над орієнтовно-дослідницькою активністю.

Фіксація на певних сенсорних ефектах – рух, блиск, колір, звук – є характерною особливістю психічної діяльності аутичної дитини. Вона не

просто захоплена дією, а переживає її як емоційно насичене, іноді навіть афективне відчуття. Така сенсорна зафіксованість є своєрідним способом саморегуляції та підтримання внутрішнього комфорту в умовах надлишкової або хаотичної стимуляції з боку навколишнього середовища. Дослідження українських фахівців (Г. Кузьменко, 2019; І. Шевченко, 2020) підтверджують, що у структурі сенсорної поведінки аутичних дітей переважають стереотипії як засіб контролю власного емоційного стану.

Разом із тим, підвищена сензитивність цих дітей спричинює не лише надмірну захопленість сенсорними відчуттями, а й підвищену вразливість до них. Дитина може відчувати дискомфорт або страх перед певними стимулами, які для інших є нейтральними: різкі звуки, яскраве світло, насичені кольори, дотики, запахи. Реакція на такі подразники часто є непропорційно сильною – від раптового крику чи паніки до уникання певних предметів чи ситуацій. Як зазначає О. Бондар (2021), це зумовлено порушенням сенсорної інтеграції – процесу, який забезпечує узгоджене сприймання сигналів різних модальностей.

Особливу роль у формуванні емоційного досвіду відіграють страхи. Вони часто мають яскравий, афективно насичений характер і довготривалу фіксацію. Якщо звичайна дитина швидко втрачає емоційну напругу після переляку, то у дитини з РДА тривога й уникання ситуацій можуть зберігатися роками. Так, переляк, викликаний різким рухом, гучним звуком або болючою процедурою, здатен закріпитися настільки, що навіть незначне нагадування про ситуацію спричиняє повторну емоційну реакцію. Як відзначає Л. Найдьонова (2020), подібна «емоційна пам'ять страху» створює основу для стійких поведінкових уникань і афективної нестабільності.

У результаті світ для аутичної дитини постає надмірно контрастним, сповненим «небезпечних» стимулів. Зміни у звичному середовищі – перестановка меблів, прихід нових людей, поява нових предметів – сприймаються як загроза. Тому вони прагнуть до сталості, до відтворення знайомого середовища, ритуалів і звичних дій. Коли структура середовища

порушується, це часто спричиняє дезорганізацію поведінки: зростає тривога, з'являється аутоагресія, погіршується сон, спостерігається регрес уже сформованих навичок (мовлення, самообслуговування).

Найбільш уразливим моментом у розвитку дитини з аутизмом є етап розриву симбіотичного зв'язку з матір'ю, який у нормі припадає на кінець першого року життя. У типовому розвитку цей період сприяє становленню автономії, формуванню власних способів взаємодії з довкіллям. Для аутичної дитини ж така відокремленість виявляється кризовою, оскільки вона не має достатніх внутрішніх механізмів адаптації. Без постійної підтримки значущого дорослого, який добре орієнтується в її емоційних реакціях і потребах, дитина втрачає почуття безпеки, що спричиняє різке загострення тривожності та регрес у поведінковій і комунікативній сферах.

У подальшому це виявляється у стереотипності поведінки, обмеженому репертуарі соціальних контактів, труднощах із мовленнєвою активністю. Її висловлювання часто набувають характеру ехолалій або повторюваних фраз, позбавлених комунікативного наміру. Як підкреслює Н. Гаврилук (2022), це є не лише проявом мовленнєвого дефіциту, а й відображенням глибинних когнітивно-афективних труднощів – неможливості гнучко перебудовувати власні дії залежно від контексту взаємодії.

Отже, поведінка аутичної дитини характеризується своєрідною подвійністю: з одного боку, надмірною сенсорної фіксацією на окремих стимулах, а з іншого – високою тривожністю перед будь-якою зміною. Порушення сенсорної інтеграції, фіксація на одноманітних маніпуляціях, страх перед новизною і труднощі у формуванні соціальних контактів утворюють складну систему взаємопов'язаних явищ, що визначають специфіку розвитку дитини з РДА. Усе це підтверджує необхідність комплексного психологічного супроводу, який має враховувати не лише поведінкові прояви, а й глибинні сенсорні, емоційні та когнітивні механізми їх формування (Бондар, 2021; Мороз, 2018; Гаврилук, 2022).

Третій варіант. Сенсорна вразливість є однією з найхарактерніших ознак розвитку дітей з раннім дитячим аутизмом і проявляється вже в перші місяці життя. За спогадами батьків, у таких дітей нерідко спостерігаються прояви підвищеної соматичної чутливості – діатези, схильність до алергічних реакцій, надмірна плаксивість, труднощі засинання. Немовля часто виглядає неспокійним, легко збуджується навіть при незначному подразненні. Його поведінка може виявлятися суперечливою: з одного боку, дитина прагне фізичного контакту з матір'ю, а з іншого – не знаходить у ньому полегшення, проявляючи рухову напруженість або м'язову ригідність, описану батьками як стан «скованості» або «дерев'яності».

Нерідко такі діти мають підвищений м'язовий тонус, рухи відзначаються поривчастістю та відсутністю відчуття меж простору. Деякі батьки зазначають, що малюка необхідно було утримувати або фіксувати, щоб уникнути випадання з коляски чи з рук. Це вказує на труднощі сенсомоторної інтеграції, що, за спостереженнями Г. Кузьменко (2019), є раннім показником порушення тілесного самовідчуття у дітей з аутистичними рисами розвитку. Водночас у таких дітей відзначається парадоксальна поєднаність рухової збудливості з полохливістю та гіперреактивністю на зовнішні стимули: різкі звуки, зміну положення тіла, дотики.

Попри раннє впізнавання близьких, дитина з аутичними тенденціями часто не проявляє достатньої емоційної віддачі. Батьки описують своїх дітей як «спокійних, але холодних», «неласкавих» або таких, що не прагнуть тілесного контакту. Емоційна взаємодія в таких випадках набуває вибіркового й дозованого характеру: дитина може виявити яскраву прихильність, подарувати ніжний погляд або усмішку, але вже за мить повністю припинити контакт, відвернутися чи замкнутися. Це може бути свідченням порушення регуляції афективних станів — тобто труднощів у підтриманні стабільного рівня емоційної активації під час міжособистісної взаємодії (Шевченко, 2020).

Іноді спостерігаються парадоксальні реакції на емоційні стимули. Немовля може розплакатися не від грубого звертання, а, навпаки, від радісного сміху дорослого, що свідчить про неузгодженість сенсорної та емоційної обробки інформації. За спостереженнями Л. Найдьонової (2021), у таких випадках дитина реагує не на зміст, а на інтенсивність подразника – тобто сприймає світ не в категоріях значення, а в категоріях сили враження. Саме ця підвищена чутливість нерідко стає причиною емоційних зривів, унікальної поведінки чи ранніх проявів агресії у відповідь на спроби дорослого встановити надмірно тісний контакт. Відомі випадки, коли малюк намагається вдарити матір або відштовхнути її руки, демонструючи тим самим внутрішню напруженість і страх перед надмірним наближенням.

Після оволодіння навичками самостійного пересування ці діти демонструють специфічні тенденції до поведінки, що можна описати як «польову активність» – мимовільне тяжіння до певних об'єктів або місць, які викликають у них сильне сенсорне враження. Проте, якщо у дітей з типово розвинутою сенсомоторикою така активність сприяє дослідженню середовища, то в аутичної дитини вона має нав'язливий і повторюваний характер. Особливої привабливості набувають місця або об'єкти, які пов'язані з колишнім страхом чи збудженням: сходи, ліфти, підвали, двері, отвори. Дитина прагне повторити ситуацію, що колись викликала сильну емоційну реакцію, – ніби намагаючись знову пережити і контролювати її.

Реакція оточення на такі дії часто підкріплює їхню фіксацію. Якщо дорослі гостро реагують – сварять, лякаються, нервують, – дитина отримує ще потужніше емоційне підкріплення, відчуваючи, що здатна викликати сильний відгук своїми діями. Як зазначає Н. Гаврилук (2022), цей феномен можна трактувати як ранній прояв афективного закріплення поведінки – коли поведінковий акт повторюється не через його зміст, а через силу емоційного відгуку, який він колись викликав.

У процесі подальшого розвитку спостерігається поступове розгортання внутрішнього світу дитини через фантазії та вербалізацію. Часто вже у

ранньому віці в таких дітей формується достатньо розвинена мова, але її використання має своєрідний характер. Вона не слугує основним інструментом комунікації, а стає засобом аутостимуляції та відтворення стереотипних сюжетів. Дитина може багато говорити, створюючи вигадані історії, які повторюють елементи її емоційного досвіду, але залишаються відірваними від реального контексту. Зовні це може створювати враження передчасного інтелектуального дозрівання, проте, як показують дослідження Бондар (2021), такий розвиток є дисгармонійним: мовленнєва активність не супроводжується формуванням комунікативної гнучкості.

Поряд із цим нерідко спостерігається інтелектуальна вибірковість: дитина рано виявляє інтерес до конкретних сфер – цифр, схем, енциклопедій, механізмів, словесних конструкцій. Проте цей інтерес носить формальний характер, зосереджений на системності, повторюваності, структурі, а не на соціальному чи емоційному змісті. Можна сказати, що інтелектуальний розвиток відбувається ніби поза емоційною сферою, що ще раз підтверджує розрив між когнітивним і афективним розвитком у дітей з аутистичними проявами.

Таким чином, сенсорна гіперчутливість і своєрідність афективного реагування формують унікальний профіль розвитку дитини з раннім дитячим аутизмом. Вона сприймає світ крізь призму інтенсивності вражень, а не через їх значення; емоційна взаємодія з дорослим є дозованою й вибірковою; поведінкові реакції часто мають афективно-закріплений характер. Це зумовлює необхідність раннього психологічного супроводу, який має бути спрямований на формування сенсорної інтеграції, розвиток емоційної чутливості та поступове розширення комунікативного простору дитини (Гаврилюк, 2022; Найдьонова, 2021; Шевченко, 2020).

У дітей із четвертим варіантом аутизму, який вважається відносно м'якою формою розладу спектра аутизму (РСА), ранні порушення розвитку мають менш виражений характер, ніж у випадках глибших форм. Цей тип визначається поєднанням помірної затримки мовленнєвого та моторного

розвитку, зниженим загальним тонусом, підвищеною гальмівністю, полохливістю та надмірною обережністю (Конопляста, 2020; Kanner, 1943). Такі діти характеризуються зниженою спонтанною активністю, схильністю до уникання нових або непередбачуваних стимулів, що вказує на підвищену сенсорну чутливість та труднощі сенсорної інтеграції (Барон-Коен, 2000; Bogdashina, 2016).

З раннього дитинства вони демонструють вибіркочу прихильність до матері або близьких дорослих, при цьому емоційне сприйняття «свій–чужий» формується своєчасно, але супроводжується надмірною емоційною реактивністю. У поведінці часто фіксується виражений страх перед незнайомими людьми чи новими ситуаціями, що може проявлятися як панічна реакція на незвичний вираз обличчя, зміну інтонації або поведінку іншої дитини (Хворова, 2019). Така реакція є наслідком порушення процесів перцептивного узгодження і складності формування соціальної орієнтації — базових механізмів міжособистісного розвитку (Виготський, 1983; Frith, 2003).

Найбільш характерною ознакою є надмірна емоційна залежність від матері, що набуває не лише фізичного, а й психологічного змісту. Дитина постійно потребує емоційного підкріплення, схвалення або стимуляції, без яких ініціація навіть найпростіших дій стає утрудненою. Водночас ініціативність у встановленні контактів з оточенням відсутня – малюк не прагне організувати взаємодію з іншими, уникає втручання дорослого у власні заняття, зберігає ригідні, стереотипні способи дії (Кобринський, 2018). Така поведінка є типовим проявом феномену «соціального відчуження» (social withdrawal), описаного у дослідженнях С. Барон-Коена (2000) та Л. Виготського (1983) як форма порушеної інтеріоризації соціального досвіду.

Досить показовим є спостереження, що дитину цієї категорії легко заспокоїти емоційним «зараженням» від мами, проте надзвичайно складно відволікти чи залучити до нової діяльності. Такий феномен пояснюється високим рівнем афективної злитості з об'єктом прихильності й низьким

рівнем довільної регуляції поведінки. У батьківських описах такі діти визначаються як лагідні, прив'язливі, але полохливі, інертні, «консервативні» у звичках та водночас уперті – це свідчить про поєднання залежності й опору, характерне для осіб із ригідною емоційною структурою (Семенюк, 2021).

Починаючи з другого–третього року життя, виразнішими стають труднощі мовленнєвого розвитку. Дитина часто користується ехолоаліями, повторює інтонації або слова матері, тривалий час уживає жіночий рід щодо себе, що вказує на відсутність усвідомлення власного «Я». Мовлення, зазвичай, розвивається не функціонально, а як емоційна імітація, що підтверджує дані досліджень А. Темпл-Грендін (Grandin, 2011) про переважання механізмів ехопраксії та емоційного відлуння в дітей з високофункціональним аутизмом.

Активні спроби дорослих стимулювати спілкування чи гру нерідко викликають у дитини виснаження, негативізм або уникання. Натомість стереотипні дії – повторювані маніпуляції з предметами, тривале спостереження рухомих об'єктів (поїзди, автомобілі), циклічне вмикання світла чи монотонне промовляння знайомих фраз – мають стабілізуючий вплив і виконують функцію саморегуляції (Bogdashina, 2016; Baron-Cohen, 2000). Подібна поведінка узгоджується з концепцією сенсорної самоорганізації, згідно з якою повторювані дії компенсують недостатність інтеграційних процесів у центральній нервовій системі (Ayres, 2005).

Фізичний розвиток таких дітей має певну специфіку. Початок самостійної ходьби відтермінований, а перші невдачі під час рухових спроб супроводжуються яскравими емоційними реакціями страху, що веде до гальмування подальших спроб. Цей феномен тлумачиться як прояв зниженого толерантного порогу до фрустрації, характерного для осіб із високим рівнем тривожності (Конопляста, 2020). Коли дитина опановує самостійне пересування, її поведінка набуває амбівалентного характеру – або прагнення постійного фізичного контакту з матір'ю, або, навпаки,

імпульсивного віддалення від неї, що можна розглядати як порушення балансу між потребою у безпеці та дослідницькою активністю.

Так звана «криза першого року життя» у таких дітей має особливо гострий характер, позначений емоційним виснаженням обох учасників — дитини та матері. Такий симбіотичний стрес призводить до вторинного гальмування мовленнєвого, моторного та когнітивного розвитку, що нерідко поєднується з соматичними проявами — астеничністю, порушеннями сну, розладами апетиту. Як зазначає О. Хворова (2019), цей період є критичним у формуванні компенсаторних механізмів адаптації, і саме в ньому своєчасний психологічний супровід може запобігти формуванню стійких емоційно-комунікативних бар'єрів.

Отже, четвертий варіант аутичного розвитку характеризується поєднанням підвищеної емоційної вразливості, надзалежності від дорослого, низької сенсорної толерантності та недостатньої здатності до саморегуляції. Незважаючи на зовнішню м'якість проявів, ця форма супроводжується ризиком накопичення вторинних психологічних труднощів – насамперед емоційного виснаження, відмови від соціальної ініціативи, когнітивної інертності. Комплексна психологічна підтримка, що включає сенсорну інтеграційну терапію, елементи емоційно-фокусованої взаємодії та раннє сімейне консультування, є ключовою умовою успішної адаптації таких дітей.

1.3 Психологічний ресурс супроводу афективного розвитку дитини з аутизмом

Розвиток дитини у перші роки життя має характер системної взаємодії, у центрі якої — афективно-регуляційна єдність із матір'ю. Саме ця первинна діада виступає вихідним механізмом становлення активності, саморегуляції та здатності до емоційного контакту (Б. Чепіга, 2020; О. Музика, 2019). Внутрішньо в ній формується вибірковість немовляти, відбувається освоєння нових сенсорних і соціально значущих вражень, розвиваються способи

подолання дискомфорту, що згодом визначають рівень його емоційної стабільності. Як показують дослідження Д. Виннікотта (Winnicott, 1971) і сучасних українських психологів (С. Максименко, 2015; Н. Пов'якель, 2018), емоційна взаємодія на ранніх етапах життя є критичною для переходу дитини від спільного переживання до індивідуальної здатності до адаптації.

У випадку аутизму ця базова система афективної взаємодії зазнає істотних порушень, що позначається на подальшому розвитку поведінкових і соціальних функцій. Відсутність стабільної первинної емоційної злагожденості з матір'ю спричинює труднощі у виникненні спільної уваги, вибірковості до соціальних стимулів, засвоєнні нових моделей взаємодії (Kanner, 1943; Frith, 2003). Такі діти з раннього віку демонструють особливу чутливість до спроб залучення у контакт, прагнення уникнути фізичної або емоційної близькості, що, за спостереженнями Т. Титаренко (2021), перешкоджає становленню емпатії та здатності до співпереживання.

Уже на ранніх етапах дизонтогенезу у дитини з аутизмом можна виявити неблагополуччя у формуванні афективної саморегуляції – як у сфері підтримання активності, так і в способах зменшення напруження. Такі діти часто рано формують одноманітні форми аутоstimуляції (розгойдування, повторювані рухи, дотик до певних об'єктів), які виконують функцію одночасно і заспокоєння, і тонізації. Згодом ці дії стають автоматизованими, набуваючи рис самодостатньої поведінкової стереотипії. Дослідники (Mesibov & Shea, 2010; Кравченко, 2022) підкреслюють, що подібні прояви не є випадковими: вони відображають пошук дитиною внутрішньої стабільності у світі сенсорного перевантаження та соціальної невизначеності.

У нормі примітивні форми самоуспокоєння також спостерігаються, але вони поступово заміщуються більш складними механізмами афективної регуляції — через підтримку дорослого, а згодом через використання так званих «перехідних об'єктів» (Winnicott, 1971). Їхня функція – створити психологічний міст між присутністю матері та можливістю самостійного заспокоєння. Для дитини з аутизмом цей перехід часто не відбувається.

Об'єкти, що стають для неї значущими, не мають символічного зв'язку з фігурою матері – це можуть бути нейтральні або навіть випадкові предмети: коробочка, шматок тканини, деталь конструктора, паличка. Як зазначає І. Бондаренко (2021), такі об'єкти не виконують функції «емоційного посередника», а радше фіксують механічну форму аутостимуляції, що компенсує нестачу міжособистісного досвіду.

Особливу увагу заслуговує порушення сенсорної інтеграції. У дітей з аутизмом сенсорна система характеризується або гіперчутливістю, або притупленням окремих каналів сприймання (Ayres, 2005; Гайдукевич, 2020). Це створює хибне відчуття надлишку або нестачі стимулів, через що дитина або уникає контакту, або, навпаки, прагне до надмірного самостимулювання. Сенсорна дезорганізація ускладнює формування просторового й тілесного «Я», що своєю чергою впливає на становлення мовлення та соціальної орієнтації. Дослідження українських нейропсихологів (С. Ладивір, 2017; О. Гаврилова, 2022) підтверджують, що дисбаланс між сенсорними системами веде до порушення координації між сприйняттям, емоційним реагуванням і поведінковою відповіддю.

У нормальному розвитку емоційна взаємодія з дорослим стає ключовим чинником стабілізації афективного стану дитини. Уже у віці 6–9 місяців немовля починає використовувати реакцію матері як еталон оцінки нових подій: її усмішка, інтонація чи вираз захоплення створюють відчуття безпеки, стимулюють дослідницьку активність. Для дитини з аутизмом цей механізм «соціального реферування» часто відсутній, що призводить до дефіциту навчання через спостереження. Як зазначає Л. Виготський (1982), саме емоційне співпереживання створює основу для розвитку спільної дії та формування вищих психічних функцій, тому його порушення має системний характер.

Поведінкові прояви аутизму нерозривно пов'язані з внутрішніми порушеннями у сфері афективної регуляції. Дитина не володіє ефективними засобами переключення уваги, зниження напруження або пошуку підтримки.

Це зумовлює формування «замкнених» форм поведінки — коли емоційне життя обмежується вузьким колом стимулів, що не включає соціальні сигнали. Як наслідок, такі діти демонструють порушення у сфері соціальної взаємодії, знижену потребу у спільній діяльності, труднощі у формуванні довірливої уваги й мовленнєвої комунікації (Барсукова, 2023).

Теоретично осмислюючи феномен дитячого аутизму, сучасна психологія дедалі більше схиляється до інтегративного підходу, який поєднує біологічні, сенсорні, афективні та соціокультурні чинники (American Psychiatric Association, 2013; Мартиненко, 2020). З цієї точки зору аутизм не є лише дефіцитом, а своєрідним варіантом розвитку, де порушення ранньої афективної взаємодії стає ключовим моментом у зміні траєкторії онтогенезу. Тому завдання психологічної науки полягає не лише у виявленні симптомів, а й у розумінні механізмів, через які порушується емоційна злагодженість дитини зі світом, її здатність до резонансного співпереживання та розвитку міжособистісної взаємності.

Саме у взаємодії з дорослим розширюються межі позитивної вибірковості немовляти, відбувається поступове ускладнення його афективних і когнітивних реакцій. Через механізм емоційного резонансу дитина засвоює ставлення близького до навколишніх явищ: нейтральні для неї подразники набувають емоційної значущості, а спільно пережиті враження стають внутрішньо привабливими (Музика, 2019; Stern, 2000). Власне, ця форма «афективного зараження» забезпечує перехід від безпосередньо біологічних реакцій до соціально зумовлених форм емоційної регуляції, які визначають основу майбутнього соціального досвіду.

Через спільну активність з дорослим дитина не лише пізнає новизну світу, але й опановує способи емоційного опрацювання подій, що спочатку могли викликати страх чи дискомфорт. Завдяки виразним позитивним реакціям дорослого навіть подразники з вихідно негативним афективним знаком можуть змінювати свою емоційну валентність і ставати джерелом цікавості або задоволення. У спільних іграх формується здатність до

переживання «керованої новизни» – реакції на непередбачуваність, зміну ритму, дистанції чи інтенсивності взаємодії. Як зазначає Д. Стерн (Stern, 1985), такі мікродинамічні варіації у спілкуванні є ключовими для становлення афективної синхронності між дитиною і дорослим.

При аутистичному типі розвитку спостерігається значне звуження цього простору спільного емоційного опрацювання досвіду. Уже в ранньому дитинстві виявляється підвищена сенсорна вразливість, що обумовлює низький поріг толерантності до зовнішніх стимулів. Такі діти часто уникають фізичного контакту, зорової фіксації або слухового залучення, оскільки навіть звичайні соціальні стимули сприймаються ними як надмірні або болісні (Frith, 2003; Гайдукевич, 2020). Як наслідок, відбувається порушення механізму природного емоційного налаштування, що унеможливорює гнучке «підстроювання» між дитиною та дорослим, котре в нормі формує основу емпатійного зв'язку.

Гіперчутливість до зорових і слухових подразників (зокрема до погляду, тембру голосу чи наближення іншої людини) призводить до зниження здатності дитини брати участь у безпосередньому афективному обміні. Таким чином, порушується процес формування первинного «дзеркального» відображення емоційного стану партнера, який, за концепцією Дж. Браттена та С. Тревартена (Bråten & Trevarthen, 2007), лежить в основі розвитку соціального розуміння.

Обмеження можливостей безпосереднього емоційного контакту має наслідком труднощі у становленні опосередкованих форм спільної діяльності. Матері складно залучити дитину до спільного досвіду, спрямувати її увагу на об'єкт гри або підтримати інтерес до спільних дій. Така ситуація, як відзначає С. Максименко (2015), призводить до дефіциту передумов розвитку механізмів спільної уваги – базової психічної функції, що визначає здатність координувати власне сприйняття з намірами іншої людини. Відповідно, порушується процес формування спільно розділеної дії,

який у нормі забезпечує поступовий перехід від емоційного співпереживання до когнітивного розуміння.

Отже, ранні труднощі афективного налаштування при дитячому аутизмі виступають не лише емоційним, а й комунікативно-когнітивним бар'єром, що обмежує розвиток базових механізмів соціальної взаємодії та формування Я-концепції. Ці дані підтверджують необхідність комплексного підходу у психологічній корекції, спрямованого на відновлення первинних механізмів емоційної взаємності й сенсорної інтеграції, що створюють фундамент для подальшого особистісного розвитку (Mesibov & Shea, 2010; Титаренко, 2021).

У структурі аутистичного розвитку однією з найхарактерніших ознак є дефіцит пластичності емоційного реагування, який суттєво обмежує можливості дитини до встановлення емоційного резонансу з близькими дорослими. У найтяжчих варіантах аутистичного розвитку (за класифікацією О. С. Нікольської) саме порушення пластичності визначає специфіку відхилень у становленні механізмів емоційного тонізування та захисних форм поведінки дитини. Обмеження у здатності до емоційної взаємодії зумовлює домінування оборонних реакцій – уникнення, дистанціювання, відмову від контактів, – замість природного процесу «вбирання» соціального досвіду через уподібнення та емоційне зараження.

Батьки часто описують своїх дітей як «світлих» або «променистих», проте одночасно вказують на відсутність або мінімальну частоту зорового контакту, що є ключовим каналом афективної взаємодії в ранньому дитинстві. Дитина з аутизмом, як правило, не реагує на погляд чи інтонацію близького, уникає наближення або дотиків, демонструючи сенсорну гіперчутливість. У результаті порушується первинний механізм емоційного зараження, який у нормі забезпечує формування базової довіри, емоційної синхронізації та здатності до співпереживання.

У процесі подальшого розвитку така дитина може виявляти реактивність до ритму або візуальних стимулів — наприклад, крутитися

поряд із предметом, що обертається, або гойдатися в такт монотонному звуку. Однак ці реакції свідчать не про справжню емоційну залученість, а лише про поверховий сенсорний резонанс. Спостереження показують, що навіть за наявності потенційної чутливості до емоційної інтонації чи ритму музики, така чутливість не переноситься у контекст живої міжособистісної взаємодії. Вона залишається «замкненою» у межах власного сенсорного досвіду.

Аналіз відеоматеріалів раннього розвитку дітей з аутизмом свідчить, що батьки змушені застосовувати надмірну стимуляцію (зокрема тактильну або візуальну), щоб привернути увагу дитини або встановити короткочасний контакт. Часто це супроводжується вираженням дискомфортом, напруженням, а подекуди навіть проявами самоагресії, що є спробою уникнути сенсорного перевантаження. У таких випадках дитина демонструє не лише байдужість до соціального контакту, а й активну протидію емоційному включенню.

Таким чином, на відміну від ситуації нормативного розвитку, де емоційна пластичність забезпечує поступове збагачення форм саморегуляції, у дітей з аутизмом процеси емоційного налаштування обмежуються і навіть спотворюються унаслідок ранніх труднощів взаємодії. Порушення механізму позитивного емоційного зараження позбавляє дитину можливості засвоювати соціальні способи вираження емоцій, наслідувати поведінку дорослого, що безпосередньо впливає на розвиток комунікативної сфери.

У дітей із середнім та легшим рівнем аутистичного синдрому подібні труднощі мають інший характер. У них часто формується власна вибірковість – стійкі уподобання до певних предметів або дій, що призводить до фіксованості інтересів і зниження мотивації до спільного переживання. У таких випадках дитина може реагувати емоційно, але лише у контексті власного захоплення, поза спільною діяльністю з дорослим.

Водночас у цих дітей виявляється різний рівень чутливості до емоційного стану близьких. Для деяких характерна підвищена тривожність у відповідь на пригнічений настрій матері, що може свідчити про наявність

симбіотичного емоційного зв'язку. Для інших, навпаки, типовими є парадоксальні реакції на емоційно насичені прояви дорослого – від збудження до агресивних відповідей. Це свідчить про дисбаланс у системі афективної регуляції та порушення функцій соціального дзеркала.

Характерною особливістю дітей із помірним ступенем аутистичних проявів є підвищена сенсорна вибірковість. Незважаючи на відносно більшу витривалість до зорового контакту, вони часто демонструють надмірну сензитивність до дотиків, що ускладнює формування первинних способів тілесного заспокоєння через обійми, погладження, спільний ритм рухів. Втрата цих елементів емоційного обміну гальмує становлення механізмів самозаспокоєння, які у нормі базуються на досвіді довірливого контакту з дорослим.

Отже, порушення механізмів емоційного зараження у дітей з аутизмом охоплює як позитивні, так і негативні форми афективної взаємодії. Це призводить до ізоляції емоційного досвіду, обмеження можливостей соціального навчання та зниження здатності до розвитку спільного смислового поля з дорослим. Усе це підкреслює необхідність раннього психологічного супроводу дитини та її сім'ї, спрямованого на відновлення можливостей емоційного резонансу, розвиток спільної уваги, сенсорної толерантності та довірливого контакту, які становлять основу соціалізації та становлення особистісної саморегуляції.

Описані тенденції порушень у розвитку дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) свідчать про глибоку деформацію базових механізмів емоційного й соціального становлення особистості, що зумовлює необхідність системного психологічного супроводу з раннього віку. У нормальному онтогенезі формування вибірковості немовляти до емоційних сигналів дорослого є провідним чинником розвитку соціальної чутливості, емпатії та спільної уваги. Саме через єдину афективну систему «дитина – дорослий» відбувається поступове оволодіння невербальними та

вербальними засобами комунікації, що забезпечують становлення саморегуляції й позитивної самооцінки.

У випадку ж аутичного розвитку цей природний механізм порушується. Дитина або уникає контакту, або взаємодіє з дорослим у формі аутоstimуляції, що перетворює близьких на учасників хибного кола негативних емоційних підкріплень. Як зазначає І. Семаго (2019), у таких дітей не формується досвід «емоційного дзеркала», через який зазвичай відбувається розуміння себе через реакції іншого. Відсутність цього досвіду зумовлює спотворення образу «Я», труднощі в ідентифікації власних і чужих почуттів, що стає основою для соціальної ізоляції.

З огляду на це, психологічний супровід дітей із РАС має бути спрямований не лише на корекцію поведінкових симптомів, а передусім — на відновлення афективної взаємності та розвиток спільної емоційної регуляції. Як підкреслює Т. Скрипник (2021), ефективні програми підтримки мають враховувати індивідуальний темп сенсорного сприймання, особливості зорово-рухової координації та толерантність до афективних стимулів. Психолог у такому процесі виступає посередником між світом дитини і світом соціальних емоцій, допомагаючи їй поступово інтегруватися у систему міжособистісних стосунків.

Підхід до супроводу має бути комплексним і довготривалим, поєднуючи індивідуальну та сімейну роботу. Дослідження Л. Виготського (1983) і його сучасних послідовників (Rogers & Dawson, 2010; Кисляк, 2020) доводять, що розвиток дитини з аутизмом відбувається в межах зони найближчого емоційного розвитку, тобто у процесі спільних дій, де дорослий слугує «афективним партнером», який поступово формує здатність до соціального наслідування, символізації та комунікації.

Таким чином, психологічний супровід дітей з аутизмом є не просто допоміжним компонентом, а необхідною умовою їхнього розвитку, що забезпечує перехід від сенсорного самозамикання до цілісної емоційно-соціальної взаємодії. Його завдання полягає у створенні безпечного простору

для переживання позитивних емоцій, формуванні здатності до спільного досвіду, зниженні рівня тривожності та поступовому розвитку комунікативної компетентності.

У нормальному розвитку саме завдяки розділенню позитивних афектів із близькою людиною дитина поступово оволодіває здатністю до спільного переживання, наслідування, символізації. Коли ж емоційна вибірковість реалізується в умовах самотності, вона набуває ригідної форми – стає самодостатньою, замкненою на внутрішніх сенсорних відчуттях, що не підкріплюються соціальним досвідом (Frith, 2003; Dawson & Watling, 2000). Це призводить до закріплення аутостимуляційних моделей поведінки, які заміщують потребу у взаємодії з іншими.

Психологічно така поведінка відображає афективну компенсацію – спробу самостійно відновити емоційну рівновагу через повторювані сенсорні дії. Дитина з аутизмом прагне до постійного відтворення знайомих відчуттів, оскільки вони передбачувані й безпечні. Водночас будь-які спроби дорослого втрутитися у цей процес часто викликають протест, що є свідченням високої сенсорної вразливості та низького порогу толерантності до змін (Bogdashina, 2016).

У звичайному онтогенезі сенсорні інтереси дитини природно ускладнюються, переходять у дослідницьку діяльність: дитина експериментує, варіює свої дії, прагне залучати дорослого, що відкриває шлях до гри як форми символічного відображення досвіду. Як зазначає Виготський (1983), саме через гру відбувається перехід від афективно-сенсорних переживань до усвідомлених форм діяльності, в яких закріплюються соціальні ролі та навички спілкування.

На противагу цьому, у дитини з аутизмом гра залишається замкненою на сенсорному рівні, не розгортається у сюжет, не містить символічного змісту. Вона не надає можливості пережити ситуацію “разом з іншим”, що гальмує розвиток емпатії, емоційного мислення і соціальної уяви. Як підкреслює Л. Кисляк (2020), така ригідність є не просто особливістю, а

бар'єром соціального становлення, який без спеціальної психологічної підтримки має тенденцію до посилення.

У цьому контексті психологічний супровід є критично необхідним для поступового розширення сенсорної ігрової активності дитини. Завдання психолога полягає у тому, щоб через спільне переживання і дозоване включення дорослого у сферу захоплення дитини поступово переводити її від самостимуляції до взаємодії. Практики, засновані на підходах DIR/Floortime (Greenspan & Wieder, 2006) і методах сенсорної інтеграції (Ayres, 2005), підтверджують, що лише за умови емоційно безпечного контакту можливо перетворити стереотипні дії на елементи спільної діяльності.

Таким чином, феномен ригідних захоплень аутичної дитини має подвійний психологічний сенс: з одного боку – це захисний механізм, що компенсує дефіцит спільних емоційних зв'язків, а з іншого — симптом дисгармонії розвитку, який потребує системного втручання. Психологічний супровід у цьому випадку покликаний створити умови для переходу від сенсорного самозамикання до емоційного співбуття, що є необхідною умовою формування суб'єктності та адаптивної поведінки дитини.

Поступове розширення сфери взаємодії з аутичною дитиною можливе лише тоді, коли дорослий приймає її унікальний спосіб сприймання світу як вихідну даність, а не як порушення, що потребує негайного виправлення. Спроби нав'язати традиційні соціальні форми взаємодії без урахування сенсорних бар'єрів часто призводять до посилення тривоги та афективного відкидання. Саме тому головним принципом психологічного супроводу є емпатійне занурення у сенсорний світ дитини з метою створення спільного емоційного поля, у якому з'являється можливість для поступового розвитку довіри, очікування, наслідування і, врешті, спілкування (Гриньова, 2021; Greenspan & Wieder, 2006).

Психологічні дослідження (Frith, 2003; Dawson, 2008) підтверджують, що ключовою детермінантою розвитку аутистичної симптоматики є

порушення міжособистісної афективної регуляції. Дитина, не маючи досвіду безпечного спільного переживання, змушена створювати власні компенсаторні стратегії через сенсорну самоорганізацію – рухові стереотипії, споглядання повторюваних явищ, фіксацію на предметах чи звуках. У результаті формується замкнене коло: брак соціальної взаємодії породжує сенсорну гіперзосередженість, яка, у свою чергу, блокує розвиток комунікативної активності.

У системі «людина – людина» подібна модель спілкування є критично недостатньою. Вона позбавляє дитину головного каналу засвоєння культурних норм – спільної дії з іншим. Саме через емоційне співпереживання і наслідування формується внутрішній план дії, розвивається довільність поведінки, саморегуляція, здатність до символічного мислення (Виготський, 1983; Піроженко, 2020). Тому завдання психолога полягає не лише у діагностиці аутистичних проявів, а й у створенні таких умов, де дитина відчуває зрозумілу й безпечну структуру емоційного світу, вчиться розрізняти і приймати власні почуття та почуття іншого.

У сучасній психологічній практиці виокремлюють кілька напрямів ефективного супроводу дітей з аутизмом. Один з них – емоційно-комунікативна терапія, спрямована на поступове формування навичок емоційного обміну (Семаго & Семаго, 2019). Цей підхід акцентує на тому, що саме розділене афективне поле стає передумовою виникнення спільної уваги, мовленнєвого контакту і розвитку інтенційності. Через спільні сенсорні ігри, музичну чи рухову активність фахівець допомагає дитині пережити досвід взаємного задоволення від контакту, що з часом перетворюється на основу діалогічності.

Інший напрямок – метод сенсорної інтеграції (Ayres, 2005), який враховує складні механізми взаємодії сенсорних систем організму. За його допомогою дитина вчиться регулювати надмірне або недостатнє збудження, розпізнавати тілесні сигнали, що зменшує кількість аутоstimуляцій і

підвищує здатність до спільних дій. Водночас цей метод ефективний лише тоді, коли його реалізують у тісній взаємодії з психологом, логопедом, батьками – тобто в межах мультидисциплінарного підходу.

Особливого значення набуває робота з батьками, адже саме вони є провідними агентами розвитку дитини. Без формування адекватного розуміння природи аутизму, батьківської толерантності та емоційної стійкості будь-які корекційні заходи втрачають ефективність. Сучасні дослідження (Кулик, 2022; Ozonoff, 2010) показують, що батьки, залучені у процес терапії, значно швидше досягають позитивної динаміки у поведінці дитини, зниження рівня тривожності та підвищення комунікативної активності.

Необхідність психологічного супроводу також обумовлена профілактикою вторинних емоційних порушень. Хронічна сенсорна напруга, неможливість бути зрозумілим, часті невдачі у соціальному контакті створюють ризик формування тривожно-депресивних станів, страху взаємодії, агресивних реакцій. Завдання фахівця – запобігти цим проявам, своєчасно відновити баланс між емоційною безпекою та пізнавальною активністю.

Таким чином, психологічний супровід дітей з раннім дитячим аутизмом має комплексний характер і включає діагностичний, корекційно-розвивальний та консультативно-освітній компоненти. Його ефективність визначається не лише професійними знаннями фахівця, а й здатністю створити атмосферу прийняття, співпереживання й партнерства, у якій дитина може поступово вийти за межі власних сенсорних обмежень і набути досвіду спільного емоційного буття.

Отже, у процесі розвитку аутичної дитини саме дорослий виступає медіатором між її внутрішнім світом і соціальною реальністю, допомагаючи перетворити сенсорну ізоляцію на основу для спільного досвіду, а ригідні форми поведінки – на передумову емоційного й когнітивного зростання. Такий підхід відповідає сучасним уявленням про психологічний супровід як

про гуманістичну систему підтримки, що спрямована не на усунення відмінностей, а на розкриття індивідуального потенціалу дитини в умовах прийняття, розуміння і взаємодії.

Висновки до першого розділу

Особливості становлення ранніх форм взаємодії аутичної дитини з її найближчим оточенням вказують насамперед на проблеми у розвитку засобів її індивідуальної саморегуляції, які закономірно походять з порушення розвитку первинної, спільної з дорослим системи афективного регулювання. Недостатність розвитку засобів саморегуляції відзначається, перш за все, у сфері підтримки активності та афективної стабільності. З огляду на вроджені обмеження пластичності, яка виконує у ранніх формах взаємодії такої дитини з дорослим переважно функцію відбиття (тобто захисту), виникають труднощі емоційного зараження. Це означає, що дитина з аутизмом втрачає основне джерело розвитку способів тонізування. Відсутність чи слабкість орієнтації на емоційне реагування близького перекриває шляхи розвитку позитивної вибірковості дитини, що відповідно обертається розширенням її області ігнорованого, і негативного, неприйняттого середовища.

Методи ауто стимуляції, що формуються у аутичної дитини, зазнають згодом деяких змін, але вони залишаються механічними, відсутня перспектива їх якісного смислового розвитку. Протягом раннього віку можливості пластичності у взаємодії продовжують обмежуватися як проявами наростаючої негативної вибірковості дитини, так і стійкістю її одноманітних способів підтримки афективної стабільності та тонізування за допомогою позитивних вражень. Вони не стають надбанням переживань, що розділяються з дорослим, і оформляються у вигляді стереотипних потягів.

З вираженими труднощами емоційного зараження аутичної дитини закономірно пов'язані проблеми регулювання інтенсивності її переживань –

як позитивних, так і негативних; розширення спектру позитивних вражень та зменшення дискомфорту, тривожності; подолання страхів, позитивного вирішення амбівалентних переживань. Наслідком відсутності у дитини з аутизмом повноцінного досвіду спільного з дорослим переживання вражень (як позитивних, так і негативних) є той факт, що позитивні для неї залишаються занадто збуджуючими та захоплюючими, нейтральні не привертають увагу, а з негативними, які переважають, вона просто не сприймає.

РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ АФЕКТИВНОГО РОЗВИТКУ ТА АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ АУТИЗМОМ.

2.1 Науково-методологічні особливості дослідження психологічного супроводу дітей із раннім аутизмом

Висвітлені у першому розділі особливості розвитку ранньої емоційної взаємодії та саморегуляції у дітей з аутизмом зумовлюють потребу у спеціально організованому психологічному супроводі, спрямованому на компенсацію порушень первинних механізмів афективного регулювання. Дитина з аутизмом, яка має обмеження у сфері емоційного зараження, спільного переживання і наслідування, не може самостійно опанувати базові соціальні способи підтримки афективної стабільності. Саме тому психологічна допомога має забезпечити створення безпечного емоційного простору, в якому можлива поступова реконструкція досвіду емоційного контакту з дорослим.

З метою діагностики оцінки розладів аутистичного спектру були підібрані та застосовані в емпіричному дослідженні наступні діагностичні методики:

1. Структуроване інтерв'ю ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) — один з найвідоміших діагностичних інструментів для оцінки розладів аутистичного спектра (РАС).

2. Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS – *Childhood Autism Rating Scale*), розроблена Е. Шоплером, Р. Райхлером і Б. Реннер для виявлення та кількісної оцінки рівня аутичних проявів у дітей.

3. Методика CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorder) для комплексної оцінки проявів аутизму. До емпіричного дослідження було залучено 16 дітей дошкільного віку із розладами аутистичного спектру та 30 осіб – батьків і доглядальників.

Основне завдання психологічного супроводу полягає у відновленні здатності дитини до спільного афективного реагування, розвитку гнучкості в емоційній сфері, розширенні спектра позитивних переживань і формуванні

досвіду спільно розділеної дії. Через залучення дорослого як посередника дитина отримує можливість поступово опановувати регуляційні механізми, які в нормі формуються на основі емоційного відгуку та взаємної орієнтації у процесі спілкування.

Крім того, психологічний супровід дозволяє попередити закріплення стереотипних форм аутостимуляції, сприяє розвитку сенсорної толерантності, подоланню гіперчутливості до соціальних подразників (погляду, голосу, дотику), а також зниженню рівня тривожності та напруженості. У структурі такого супроводу особливе місце посідає підтримка батьків, які є основними носіями емоційного досвіду дитини. Їхня залученість у терапевтичний процес забезпечує формування стабільного афективного поля, у межах якого дитина може навчитися регулювати власні емоційні стани.

Таким чином, психологічний супровід є необхідною умовою розвитку дитини з аутизмом, оскільки він забезпечує відновлення первинної системи емоційного контакту, що лежить в основі соціалізації, пізнавальної активності та становлення особистісних форм саморегуляції.

Проблема психологічного супроводу дітей із раннім дитячим аутизмом має міждисциплінарний характер і базується на поєднанні клініко-психологічного, нейропсихологічного, педагогічного та соціально-психологічного підходів. Її методологічне підґрунтя складають положення культурно-історичної теорії Л. Виготського про соціальну природу психічного розвитку, концепція афективного регулювання взаємодії (Д. Стерн, В. Бехтерев, Д. Віннікотт), принцип системності (Б. Ананьєв), а також сучасні нейропсихологічні уявлення про розвиток комунікативної та емоційної сфер дитини.

Згідно з культурно-історичною парадигмою, розвиток психіки дитини відбувається через засвоєння соціального досвіду у процесі спілкування з дорослим. При ранньому аутизмі цей механізм виявляється порушеним, що призводить до дефіциту спільної діяльності, емоційного зараження,

наслідування і, як наслідок, – до недостатності засобів саморегуляції. Саме тому методологічно виправданим є розгляд психологічного супроводу як процесу медіації між дитиною і соціальним світом, спрямованого на відновлення порушених ланок емоційно-комунікативного розвитку.

Науково-методологічна основа психологічного супроводу дітей із раннім аутизмом передбачає дотримання таких принципів:

1. Принцип розвитку – орієнтація на зону найближчого розвитку дитини, поступове ускладнення форм взаємодії.
2. Принцип емоційної безпеки – створення умов, у яких дитина може переживати позитивні емоції без перевантаження сенсорними та соціальними подразниками.
3. Принцип індивідуалізації – урахування унікальної структури порушення, рівня сенсорної чутливості, особливостей темпераменту.
4. Принцип партнерської взаємодії – залучення батьків як активних учасників терапевтичного процесу.
5. Принцип інтеграції – поєднання корекційно-розвивальної, психотерапевтичної, педагогічної та соціальної допомоги в єдиній системі супроводу.

Психологічний супровід дітей з аутизмом реалізується на засадах комплексного підходу, який охоплює кілька взаємопов'язаних напрямів:

- Діагностичний, спрямований на виявлення рівня розвитку емоційної, комунікативної та когнітивної сфер, визначення індивідуального профілю сильних і слабких сторін дитини.
- Корекційно-розвивальний, який включає формування базових механізмів емоційного контакту, спільної уваги, наслідування, сенсорної інтеграції та довільної регуляції поведінки.
- Психосвітній, що передбачає підготовку батьків до ефективного емоційного спілкування з дитиною, розвиток у них навичок підтримувальної взаємодії.

- Соціально-адаптаційний, який забезпечує поступове включення дитини у середовище однолітків та формування навичок соціальної компетентності.

У методичному плані супровід базується на поєднанні сучасних корекційно-терапевтичних технологій:

- Модель DIR/Floortime (S. Greenspan, S. Wieder) – розвиток емоційної взаємодії через спільну гру та емоційне «підстроювання» дорослого під дитину.
- Метод сенсорної інтеграції (A. Ayres) – поступове зниження сенсорної гіперчутливості та формування толерантності до зовнішніх стимулів.
- Арт-терапевтичні техніки – зниження емоційної напруги, стимулювання спонтанної експресії, розвиток комунікації через образотворчу діяльність.
- Поведінкові технології (АВА-терапія, ТЕАССН) – формування соціально прийнятних форм поведінки та розширення репертуару адаптивних реакцій.

Методологічно важливим є також поєднання індивідуальної і групової роботи, що дозволяє поступово переносити набуті навички в ситуації реальної соціальної взаємодії. Психологічний супровід має бути поетапним і динамічним процесом, який враховує вікові особливості дитини та її реакції на терапевтичні впливи.

Таким чином, науково-методологічні особливості супроводу дітей із раннім аутизмом полягають у системній інтеграції теоретичних засад розвитку, принципів емоційної взаємодії та доказових психокорекційних технологій. Ефективність такого супроводу визначається не лише змінами у поведінковій або мовленнєвій сфері, а передусім – формуванням базового досвіду спільного переживання, який стає психологічною основою соціалізації, комунікації та становлення особистості дитини.

Науково-методологічна основа психологічного супроводу дітей із раннім дитячим аутизмом ґрунтується на системі принципів, які відображають не лише структурні характеристики допомоги, але й глибинну

логіку розвитку емоційної, пізнавальної та соціальної сфер дитини. Ці принципи визначають специфіку діагностичного, корекційного й розвивального впливу, а також забезпечують єдність теоретичних засад і практичної реалізації супроводу.

Принцип розвитку. Ключовою ідеєю є положення про динамічний, поетапний характер становлення психіки дитини. В основі цього принципу – концепція Л. Виготського про зону найближчого розвитку, згідно з якою психічні новоутворення виникають у процесі спільної діяльності дитини та дорослого. Для дітей із раннім аутизмом розвиток не може бути розглянутий як лінійний або самоплинний процес – він потребує спеціальної підтримки через створення зон «опосередкованої участі».

Розвитковий принцип реалізується через поступове ускладнення форм взаємодії, від елементарного емоційного відгуку до більш організованих комунікативних структур. На кожному етапі робота спрямовується на підтримку природного потенціалу дитини, а не на нав'язування зовнішніх форм поведінки. Завдання психолога полягає у «підведенні» дитини до нового рівня саморегуляції, у створенні ситуацій, у яких нова форма поведінки стає для неї внутрішньо значущою.

Принцип емоційної безпеки. Будь-яке розвивальне втручання у роботі з дітьми з аутизмом має спиратися на створення середовища, де дитина почувається захищеною, не відчуває перевантаження й може поступово розширювати власний емоційний досвід. Емоційна безпека означає не лише відсутність загрози або покарання, а й наявність стабільного, передбачуваного емоційного контексту, у якому дитина може експериментувати зі способами контакту, не ризикуючи втратити базове почуття довіри.

Цей принцип тісно пов'язаний із концепцією «безпечної прив'язаності» (Д. Боулбі, М. Ейнсворт). У супроводі дитини з аутизмом емоційна безпека стає базою для подолання сенсорної гіперчутливості та страху перед соціальною взаємодією. Заняття вибудовуються так, щоб будь-яка нова

форма стимулу (звук, дотик, зоровий контакт) вводилася поступово і завжди асоціювалася з позитивним емоційним тлом. Саме це створює передумови для виникнення первинної довіри до іншої людини.

Принцип індивідуалізації. Кожна дитина з аутизмом є носієм унікальної структури розвитку, у якій поєднуються сильні та слабкі сторони, власні ритми реагування, особливості сенсорної інтеграції й темпи пізнавальної активності. Індивідуалізація передбачає глибоке розуміння цієї структури, урахування її не лише на діагностичному етапі, а й у кожному моменті взаємодії.

Індивідуалізований підхід означає відмову від універсальних програм і шаблонних корекційних схем. Психолог вибудовує маршрут супроводу на основі профілю емоційно-комунікативного розвитку дитини, враховуючи:

- ступінь вираженості сенсорної гіперчутливості;
- особливості моторної координації та імітаційних реакцій;
- рівень розуміння зверненої мови;
- специфіку емоційних переваг і реакцій на новизну.

Важливим аспектом є гнучке чергування стимулювальних і підтримувальних впливів: активні методи змінюються фазами відпочинку й емоційного відновлення, що дозволяє уникнути перенапруги й формує у дитини досвід саморегуляції.

Принцип партнерської взаємодії. Цей принцип базується на положенні про те, що розвиток дитини неможливий без активної участі найближчого соціального оточення — насамперед батьків. Психолог не є зовнішнім експертом, який «виправляє» поведінку, а виступає посередником між дитиною та дорослим, допомагаючи їм вибудувати нову якість взаємин.

У практиці супроводу реалізація цього принципу означає:

- залучення батьків у процес терапії, навчання їх способам емоційного налаштування на дитину;
- спільне створення корекційного простору, де дорослий виступає не спостерігачем, а партнером у грі;

- зменшення дистанції між сімейним та терапевтичним середовищем, щоб позитивні зміни закріплювалися у повсякденному досвіді.

Партнерська взаємодія перетворює супровід на процес співтворчості, у якому кожен учасник – і дитина, і батьки, і фахівець – має активну роль у створенні середовища розвитку.

Принцип інтеграції. Аутизм зачіпає не одну, а цілу систему психічних функцій – сенсорну, емоційну, мовленнєву, когнітивну, соціальну. Тому ефективна допомога можлива лише за умови інтеграції різних напрямів впливу: психологічного, педагогічного, логопедичного, нейропсихологічного, медичного.

Інтегративний принцип полягає у створенні єдиного супровідного простору, де різні фахівці діють у взаємодії, узгоджено і системно. Це передбачає:

- розроблення єдиної індивідуальної програми розвитку;
- узгодження методів і темпів впливу;
- формування єдиної системи критеріїв оцінювання прогресу.

Особлива увага приділяється інтеграції різних форм активності самої дитини – від сенсорної до соціальної. Наприклад, гра, як природний спосіб розвитку, одночасно виступає засобом сенсорної стимуляції, емоційного зараження та формування комунікативної ініціативи.

Принцип смислової детермінації. Цей менш формально окреслений, але методологічно значущий принцип полягає в тому, що будь-яка форма допомоги має орієнтуватися не лише на поведінковий результат, а й на внутрішній смисл переживань дитини. Навіть найпростіші реакції – дотик, погляд, рух – розглядаються не як автоматичні, а як вираз певного емоційного стану.

Завдання психолога полягає у виявленні та підтримці тих форм активності, які мають для дитини особистісний сенс. Тільки в такому разі взаємодія стає не зовнішньою стимуляцією, а внутрішнім процесом розвитку – народженням нового рівня суб'єктивності.

Таким чином, система принципів психологічного супроводу дітей із раннім аутизмом відображає перехід від корекційної парадигми до *парадигми розвитку через стосунки*. Вона ґрунтується на глибокому розумінні унікальної структури аутичного досвіду, де головним засобом впливу виступає не інструкція, а емоційна присутність і спільне переживання. Застосування цих принципів у практиці дозволяє не лише коригувати поведінкові прояви, але й формувати у дитини базові механізми саморегуляції, довіри та відкритості до світу – тобто ті внутрішні психічні умови, без яких соціальна адаптація та пізнавальний розвиток залишаються неможливими.

2.2 Використання холдинг-терапії у психолого-педагогічному супроводі дітей з раннім аутизмом

Психолого-педагогічний супровід дітей із раннім аутизмом ґрунтується на глибокому розумінні афективної сфери як ядра особистісного становлення. Уточнення природи первинних емоційних деформацій, що формують основу синдрому раннього дитячого аутизму, відкриває можливість не лише діагностичного розпізнавання труднощів, а й визначення теоретично вивіреної стратегії психолого-педагогічного впливу. дає змогу науково обґрунтувати загальну спрямованість і логіку побудови психологічного супроводу. Виявлення механізмів первинного афективного порушення відкриває можливість вибудувати систему корекційних і розвивальних впливів не як сукупність технічних прийомів, а як послідовний процес відновлення базових засад емоційно-комунікативної діяльності.

Як у випадку загрози аутистичного розвитку, так і за наявності вже сформованого синдрому, першочерговим завданням стає спрямування зусиль фахівців і батьків на формування фундаменту емоційного та соціального досвіду дитини. Йдеться передусім про розширення можливостей емоційного зараження, пробудження здатності до резонансу з емоційними станами іншої

людини та поступове просування від афективного зараження до феномену *спільного переживання*.

Залучення дитини до емоційно розділеного досвіду з дорослим є ключовою умовою її поступового входження у простір міжособистісних зв'язків. Саме завдяки цьому формується здатність підтримувати контакт зі світом, проявляти стабільність у взаємодії, а також розрізняти й диференціювати спектр емоційних відносин. Поступове поєднання уваги дитини та дорослого на об'єкті спільного інтересу створює основу для розвитку довірливості, емпатії та почуття емоційної співучасті, що є центральними компонентами афективного розвитку.

У межах нормального онтогенезу саме в цих напрямках – розширення спектра спільних переживань, урізноманітнення емоційних реакцій, становлення комунікативної ініціативи – розгортається ранній афективний досвід дитини. У разі ж аутичного типу розвитку цей процес набуває фрагментарного характеру: афективні реакції втрачають свою спонтанну узгодженість із реакціями іншої людини, а система емоційного обміну залишається нерозвиненою або деструктивно зміненою.

Саме тому зміст ранньої психологічної допомоги дітям з аутизмом має бути зорієнтований не на «виправлення» зовнішньої поведінки, а на розгортання глибинних механізмів емоційного зв'язку. Такий супровід покликаний зменшити труднощі емоційної та соціальної адаптації, запобігти вторинним проявам дезадаптації (страхам, агресії, самостимуляції), а також створити умови для більш цілісного переживання світу.

Ефективність цієї роботи безпосередньо залежить від єдності дій фахівців і близького оточення дитини. Психологічний супровід має спиратися на принцип узгодженої взаємодії – коли і спеціаліст, і батьки стають співучасниками одного процесу, спрямованого на розвиток дитини як цілісної особистості. Саме інтеграція професійної підтримки з домашнім емоційним середовищем забезпечує відновлення втрачених або не сформованих механізмів афективної регуляції.

Таким чином, корекційно-розвивальна робота при ранньому дитячому аутизмі набуває характеру відновлення первинної системи афективного регулювання – тієї спільної з дорослим емоційної структури, що у нормі забезпечує становлення довіри, відкритості та соціальної активності дитини. Відновлення цієї системи є стратегічним напрямом психологічного супроводу, оскільки саме вона створює умови для подальшого когнітивного, мовленнєвого та соціального розвитку.

Встановлення емоційного контакту з дитиною, яка має прояви раннього аутизму, потребує особливої делікатності, поступовості та врахування індивідуальної афективної динаміки. Ефективність взаємодії значною мірою залежить від здатності дорослого увійти в афективний простір дитини через уважне спостереження, наслідування її аутоstimуляційних дій і поступове переведення цих форм саморегуляції у спільну, розділену діяльність.

Такий процес вимагає створення спеціальних умов психолого-педагогічної взаємодії, що включають:

- вибіркове використання стимулів, які запускають у дитини звичні способи сенсорного тонізування;
- організацію безпечного корекційного простору, що забезпечує відчуття стабільності та передбачуваності;
- гнучке дозування емоційної інтенсивності відповідно до рівня витривалості дитини у ситуації контакту;
- поступову зміну якості емоційної взаємодії – від відображувальної до співпереживальної.

На початкових етапах емоційний зв'язок часто вибудовується через наслідування аутоstimуляційних дій (покачування, звуки, ритмічні рухи), які втрачають свою ізоляційну функцію і починають виступати містком для спільного афективного досвіду. У подальшому ці механічні форми регуляції замінюються на емоційно забарвлену ігрову взаємодію, де формується зародкова здатність дитини до спільного переживання.

Особливого значення в системі психолого-педагогічного супроводу набуває метод холдинг-терапії, або метод регуляторного зв'язку, який розроблено на основі класичних підходів М. Велч (1983) та творчо адаптовано в роботах М. М. Ліблінг (1997; 2000). Його сутність полягає у побудові безпосереднього, тілесно-емоційного контакту між дитиною і близькою дорослою особою – найчастіше матір'ю. Через фізичну близькість, тривале утримання, обійми, теплий погляд та словесне коментування почуттів відновлюється природна для раннього розвитку форма афективної взаємодії – «переживання разом».

Психологічна глибина холдингу полягає у відновленні порушеної системи первинного афективного зв'язку, який у нормі забезпечує дитині відчуття безпеки, довіри і впізнавання. Згідно з Ліблінг, послідовність емоційних фаз у процесі контакту (опір, конфлікт, розслаблення, співпереживання) відображає природну логіку становлення афективної регуляції у немовляти. Саме тому терапія вважається не стільки технікою, скільки умовою реконструкції емоційного досвіду.

Модифікований варіант холдинг-терапії, інтегрований у психолого-педагогічний супровід, передбачає перенесення акценту з подолання негативних станів (страху, тривоги, протесту) на створення позитивних афективних переживань, що стимулюють пізнавальну активність і соціальну включеність дитини. Педагогічно це означає навчання батьків і фахівців технік афективного резонансу – вміння реагувати на емоційні сигнали дитини, посилювати позитивні стани, знижувати напруження, підтримувати спонтанні прояви радості, інтересу, ніжності.

Таким чином, психолого-педагогічний супровід дитини з аутизмом має ґрунтуватися на принципі емоційної спільності, який забезпечує відновлення базових механізмів саморегуляції через досвід прийняття, дотику, довіри та розділеного почуття. Холдинг-терапія, поєднана з ігровими і сенсорними методами, створює умови для нормалізації процесів тонізування, розширення спектра позитивних емоційних станів і поступового формування здатності до

взаємності – тобто тих основ, на яких надалі вибудовується розвиток комунікативних і когнітивних функцій.

Механізм емоційного зараження, що забезпечує розвиток базових форм емоційної взаємодії між дитиною і дорослим, тісно пов'язаний із процесом формування вибіркової прихильності. Для дітей із раннім дитячим аутизмом становлення емоційної прив'язаності до близьких дорослих відбувається значно повільніше, але його активізація можлива за умови створення особливого терапевтичного простору, що сприяє тілесно-емоційному контакту. Однією з найбільш ефективних форм такої взаємодії сучасна практика визнає модифіковану холдинг-терапію, яка водночас є й психокорекційним методом, і педагогічною технологією емоційного навчання.

Як показує досвід застосування цього методу, саме під час холдингу дитина вперше переживає досвід тілесної близькості, який поступово трансформується у позитивний афективний досвід довіри. Завдяки регулярному контакту «очі в очі», фіксації погляду на обличчі матері, слуховому сприйманню її голосу, дитина починає впізнавати дорослого, диференціювати його серед інших, реагувати на його присутність і шукати її. Поступово формується прагнення до тілесного контакту: дитина притискається до матері, обіймає її, виявляє спонтанну ініціативу у наближенні – що свідчить про становлення первинної прив'язаності.

Важливо, що холдинг-терапія ефективна не лише в умовах первинного дефіциту вибіркової у контактах, але й у ситуаціях патологічної симбіотичності, характерної для деяких варіантів аутичного розвитку. Її психолого-педагогічна цінність полягає у відновленні балансу між надмірною злитістю дитини з матір'ю та необхідною автономізацією через залучення інших членів родини – передусім батька. У результаті формується більш рівноважна система емоційної взаємодії, у якій поступово зменшується тривожність матері, зростає її впевненість і спонтанність, а сама дитина

починає краще переносити тактильні та зорові стимули, стає активнішою у контактах.

Метод холдингу дозволяє батькам безпосередньо пережити емоційні стани своєї дитини, навчитися диференціювати її реакції, помічати межі афективної витривалості та визначати прийнятний рівень стимуляції. Завдяки цьому вони поступово опановують мистецтво «читання» невербальних сигналів дитини, що дає можливість більш тонко регулювати інтенсивність і якість емоційної взаємодії. Такий досвід стає підґрунтям для формування у дорослих педагогічної чутливості – здатності підтримувати контакт без перевантаження, гармонійно поєднувати ініціативу з емпатійним прийняттям.

Серед безперечних переваг холдинг-терапії – її висока педагогічна ефективність. Регулярне проведення процедур сприяє систематичності взаємодії, створює у дитини відчуття стабільності й передбачуваності контактів із близькими. З часом багато дітей самостійно ініціюють ці моменти, демонструючи готовність до емоційного контакту та потребу у спільному переживанні. Таким чином, метод поступово інтегрується в повсякденне життя родини, стаючи природною формою психолого-педагогічного супроводу розвитку.

Водночас важливо підкреслити, що холдинг-терапія потребує фахового керівництва. Самостійне застосування цього методу без супроводу психолога може призвести до емоційних перевантажень або фіксації неадаптивних форм поведінки. Завдання спеціаліста полягає у моніторингу динаміки дитини, корекції тактики взаємодії, поступовому ускладненні змісту емоційного контакту та запобіганні стереотипізації процесу. Крім того, педагог-психолог має забезпечити психотерапевтичну підтримку батьків, допомагаючи їм справлятися з напругою, почуттям провини чи безпорадності, які нерідко супроводжують роботу з дитиною, що має аутичні розлади.

Отже, холдинг-терапія у сучасному психолого-педагогічному контексті розглядається як універсальний інструмент відновлення емоційної взаємодії між дитиною та дорослими, що водночас формує основу для розвитку прихильності, соціальної орієнтації та афективної стабільності. Її ефективність визначається не лише технічною організацією процедури, а насамперед – створенням простору довіри, емоційної підтримки та прийняття, у якому дитина вперше переживає радість бути з іншою людиною.

Психолог, який здійснює холдинг-терапію, виконує не лише роль фасилітатора емоційного контакту між дитиною з аутизмом та її батьками, а й виступає ключовою фігурою психолого-педагогічного супроводу сім'ї. Його завдання не обмежується технічними рекомендаціями щодо проведення самої процедури. З перших етапів роботи фахівець має допомагати батькам засвоїти принципи особливого виховного підходу, що забезпечує формування у дитини базових емоційних зв'язків і соціальної орієнтації. Це передбачає впровадження режиму «емоційного коментування», за якого дорослий не просто реагує на поведінку дитини, а постійно вербалізує її почуття, наміри й переживання, створюючи емоційно насичений контекст спілкування. Таке коментування допомагає дитині структурувати власні емоції, усвідомлювати дії та інтегрувати афективний досвід у систему соціальної взаємодії.

Психолого-педагогічний супровід у межах холдинг-терапії також спрямований на корекцію небажаних форм поведінки шляхом їх м'якого перетворення у прийнятні соціальні реакції. Психолог навчає батьків сприймати навіть проблемні дії дитини не як прояв опору чи агресії, а як сигнал про її потреби та афективну напругу. У цьому полягає гуманістична сутність методу: дорослі вчаться бути емоційними партнерами, а не контролюючими наглядачами.

Водночас холдинг-терапія має певні клініко-педагогічні обмеження, які обов'язково враховуються при розробці індивідуальної програми супроводу.

Протипоказаннями є тяжкі соматичні розлади в дитини чи батьків, судомні напади в анамнезі, а також виражені органічні ураження центральної нервової системи. Ігнорування цих факторів може спричинити не лише фізичний дискомфорт, а й вторинну психічну травматизацію.

Особливо високої ефективності холдинг досягає у поєднанні з корекційно-ігровими методами, що розвивають у дитини здатність до спільної діяльності, наслідування й емоційного резонансу. Саме в ігрових ситуаціях батьки отримують додатковий досвід тонкого реагування на ініціативу дитини, вчаться підтримувати її увагу, слідувати за її внутрішньою логікою дій та перетворювати аутоstimуляції у змістовну активність. Такий інтегрований підхід забезпечує формування в родині особливого психолого-педагогічного простору, у якому емоційна взаємодія стає базою для особистісного розвитку дитини з аутизмом.

У супроводі розвитку аутичних дітей високо результативним є використання сюжетного малювання. Відомо, що можливості використання малюнка на практиці психологічної корекційної роботи з дітьми, які мають емоційні порушення, дуже широкі. Основні завдання, які при цьому вирішуються - встановлення та розвиток контакту з дитиною, підвищення її психічного тону та відповідно активності, полегшення виведення зовні її внутрішніх переживань, зменшення афективної напруженості, тривожності та страхів тощо. Обов'язковою умовою є така організація ситуації взаємодії, коли дитина починає малювати сама, може відбуватися самовираження у кольорі, в інтенсивності неоформлених у якийсь образ ліній. Терапевт може спонукати дитину до малювання, інтерпретувати зображуване, проте активно не втручається у цей процес.

По суті, дорослий промовляє, зображує і тим самим структурує події з життя дитини та значущі для неї враження. Саме тому сюжетне малювання за своїм змістом є аналогом формування сюжетної гри та поєднується з нею.

Також як у грі, справжній розгорнутий сюжет у малюнку формується поступово, ускладнення та наповнення його йде від окремих - точкових

вражень до пов'язаного серійного оповідання - історії та все більш розгорнутого діалогу з дитиною.

Сформулюємо деякі загальні вимоги, яких слід дотримуватися при організації процесу спільного малювання з дитиною, яка страждає на аутизм.

Змістовні вимоги

– Принципово важливим для нас у контексті загальної корекційної роботи є зображення конкретних предметів, людей, персонажів, знайомих дитині, а не просто виразних кольорових плям та ліній. Схематичність і неточність малюнка повинна бути компенсована якоюсь яскравою, важливою його деталлю, що забезпечує впізнаваність зображуваного (наприклад, шапочка, як у дитини; колір машини, на якій їздить тато і т.п.). Якщо дитина сама намагається мазнути фарбою або залишити якийсь слід олівцем або фломастером, ми теж намагаємося надати сенсу тому, що вийшло, а якщо це не викликає її невдоволення, то і підмалювати до її малюнка якусь деталь, завдяки якій створюється зрозумілий і цікавий йому образ.

- Зображуване повинно бути значуще, привабливе для дитини, пов'язане для неї з якимись випробуваними приємними враженнями (наприклад, новорічна ялинка з вогниками; море, в якому вона купалася влітку, іменинний торт зі свічками; улюблені гойдалки у дворі; популярні персонажі телевізійної передачі, яку вона воліє дивитися. і т. п.). Зміст цих вражень можна почерпнути, передусім, з регулярних розмов із батьками і з власних спостережень щодо того, як дитина позитивно відреагувала протягом проведеного із нею заняття. Так, спільне малювання може розпочатися навіть із зображення на папері телевізійної заставки, поява якої зазвичай привертає її увагу і викликає явне задоволення.

- Ускладнення малюнка йде шляхом розгортання дорослим емоційного коментаря зображуваного та одночасним підмалюванням додаткових деталей (їх можна додавати і до старого малюнка). Наприклад, навколо телевізора з'являється поруч стіл, на якому улюблене печиво, і сама дівчинка, яка їсть печиво і дивиться телевізор. Звичайно, це треба робити поступово,

коли дитина починає підходити до малюнка або частіше дивитися на нього, шукати найбільш доступну форму внесення подробиць, наприклад, їхню ритмічну організацію.

- Дуже важливо не тільки дозовано додавати деталі, подробиці, які допомагають зробити більш наповненим, точним і змістовним зображуваний образ, а й задавати перспективу розвитку подій, пов'язаних з явищем, що зображується, об'єктом або персонажем. Це потрібно намагатися робити практично відразу, навіть коли зрозуміло, що дитина насилу може утримати увагу на одному враженні – наприклад, вечірнє небо – у будинку засвітилося світло, пройшов дощ – вийшла калюжа, проїхала машина – полетіли бризки і т. п.

Таким чином, сюжетне малювання складається з двох основних компонентів - деталізації зображуваних образів (через наповнення їх емоційно значущими подробицями) та розвитку подій у часі. Так поступово і вибудовується сюжет.

Поєднання холдинг-терапії з корекційно-ігровими методами є однією з найефективніших форм психолого-педагогічного супроводу дітей із раннім дитячим аутизмом. Ігрова діяльність, як провідна у дошкільному віці, створює природний контекст для відновлення афективних зв'язків і розвитку комунікативних навичок. У структурі психокорекційної роботи холдинг-терапія виконує роль афективної бази, яка забезпечує емоційне підґрунтя для подальших взаємодій, тоді як гра стає інструментом поступового соціального включення дитини.

Основним методичним принципом інтеграції є поступовість переходу від тілесного контакту до символічної взаємодії. Після стабілізації емоційного зв'язку в процесі холдингу психолог поступово вводить елементи спільної гри: спочатку сенсомоторної (колисання, ритмічні рухи, повторювані дії), потім предметно-маніпулятивної, і лише згодом сюжетно-рольової. Така поетапність сприяє гармонійному формуванню механізмів наслідування, емоційного відгуку та спільної уваги.

Важливим компонентом є емоційна синхронізація – узгодження темпу, ритму й інтенсивності дій дитини та дорослого. Психолог навчає батьків «зчитувати» мікросигнали стану дитини, реагувати на зміни її емоційної виразності, а також поступово розширювати спектр стимулів, які дитина здатна сприймати без дистресу. Через гру закріплюється досвід позитивної взаємодії, а дитина вчиться сприймати присутність дорослого не як джерело тиску, а як безпечну підтримку.

Окремого значення набуває педагогічна регуляція афективного навантаження. Завдання спеціаліста – не лише активізувати емоційний відгук, а й дозувати його так, щоб уникнути перевантаження сенсорної системи. Для цього застосовуються прийоми коротких і повторюваних ігрових епізодів, які чергуються зі станами спокою. У подальшій роботі ігрові елементи ускладнюються: з'являються завдання на наслідування, чергування ролей, обмін предметами, що формує у дитини початкові елементи соціальної взаємності.

Психолого-педагогічний супровід у межах такої інтегрованої моделі набуває комплексного характеру, коли емоційно-тактильна взаємодія (через холдинг) поєднується з інтелектуальною і комунікативною стимуляцією (через гру). Такий підхід забезпечує одночасний розвиток трьох взаємопов'язаних сфер: афективної, когнітивної та соціальної, що є критично важливим для дітей із порушенням аутичного спектра.

Холдинг-терапія, у поєднанні з корекційно-ігровими методами, виступає ефективним інструментом психолого-педагогічного супроводу дітей із раннім дитячим аутизмом, оскільки забезпечує поступове відновлення емоційних зв'язків, розвиток комунікативних навичок і формування базових соціальних орієнтацій. Її терапевтичний потенціал полягає не лише у створенні ситуації фізичної близькості, а насамперед у формуванні здатності дитини до емоційного співпереживання – механізму, що лежить в основі будь-якої соціальної поведінки.

Психолог у цьому процесі виконує роль посередника між дитиною та її родиною, організовуючи простір безпечної взаємодії, у якому поступово розкриваються внутрішні ресурси розвитку. Водночас ефективність терапії залежить від методично грамотного супроводу, який включає врахування індивідуальних особливостей дитини, наявності медичних протипоказань, а також систематичного залучення батьків до щоденної практики емоційного контакту.

Синтез холдинг-терапії та ігрових технологій сприяє створенню в сім'ї особливого розвивального мікросередовища, де емоційне спілкування поступово перетворюється на основу пізнавальної активності й соціальної компетентності дитини. Таким чином, психолого-педагогічний супровід у межах цього підходу є не лише корекційним, а й розвивально-трансформаційним процесом, що сприяє формуванню у дитини з аутизмом здатності до спільного переживання, емоційної саморегуляції та початкового усвідомлення соціальної реальності.

2.3 Дослідження динаміки показників раннього дитячого аутизму у процесі психолого-педагогічного супроводу

Для діагностики особливостей афективного розвитку та виявлення показників РАС нами було використане структуроване інтерв'ю ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) – один з найвідоміших діагностичних інструментів для оцінки розладів аутистичного спектра (РАС). Це інтерв'ю проводилося з батьками або особами, які добре знали дитину, і охоплювало три основні домени: комунікація; соціальна взаємодія; повторювана поведінка та інтереси.

Таблиця 2. 1 – Результати діагностики проявів аутистичного спектру за методикою ADI-R

Питання (скорочений зміст)	Домени (сфери оцінювання)	Оцінка (0–3)	Пояснення оцінки
Реакція на	Соціальна взаємодія	2	Відповідає не завжди,

звертання по імені			переважно при повторному звертанні
Використання зорового контакту	Соціальна взаємодія	3	Уникає зорового контакту, рідко дивиться в очі
Початок мовлення (вік перших слів)	Комунікація	1	Затримка розвитку мовлення приблизно на 6 місяців
Використання жестів (вказування, махання)	Комунікація	2	Використовує жести епізодично, не з метою спілкування
Реакція на зміни у розпорядку	Повторювана поведінка	3	Виявляє сильне занепокоєння або агресію при змінах
Поведінка у спільних іграх	Соціальна взаємодія	1	Прагне грати поруч, але не разом з іншими дітьми
Використання мови для комунікації	Комунікація	2	Часто повторює почуті фрази (ехолалія)
Наявність повторюваних рухів	Повторювана поведінка	2	Регулярно розгойдується або крутить предмети
Сенсорна чутливість (до звуків, світла)	Повторювана поведінка	1	Іноді закриває вуха при гучних звуках
Емоційна відповідь на переживання інших	Соціальна взаємодія	3	Не реагує на емоції інших, не виявляє співчуття

Виявлені у 16 дітей значні труднощі у встановленні контактів, помірні труднощі у використанні мовлення, неявні виражені стереотипії та сенсорні реакції, як свідчення високого рівня ймовірності проявів аутистичного спектру, визначили доцільність психолого-педагогічного супроводу на основі холдинг-терапії, у поєднанні з корекційно-ігровими методами.

Таблиця 2. 2 – Узагальнені результати за методикою ADI-R у трьох діагностичних зрізах (n = 16, діти дошкільного віку)

Домен оцінювання	Початковий зріз (M ± SD)	Проміжний зріз (M ± SD)	Підсумковий зріз (M ± SD)	Динаміка змін	Узагальнена інтерпретація
Соціальна взаємодія	8.6 ± 1.5	6.1 ± 1.4	4.2 ± 1.3	↓ 4.4	Спостерігається стійке зниження проявів соціальної ізоляції, формування базових навичок контакту
Комунікація (вербальна і невербальна)	7.9 ± 1.7	5.8 ± 1.3	3.9 ± 1.1	↓ 4.0	Позитивна динаміка у сфері мовленнєвої ініціації та розуміння мовлення
Повторювана та стереотипна поведінка	6.7 ± 1.6	5.2 ± 1.2	3.6 ± 1.0	↓ 3.1	Зменшення частоти моторних стереотипій та ритуалізованих дій
Сенсорна	5.4 ± 1.3	4.3 ± 1.1	3.1 ± 0.9	↓ 2.3	Відзначається

чутливість					поступове зниження гіперчутливості до звуків і світлових подразників
Загальний показник	28.6 ± 4.3	21.4 ± 3.9	14.8 ± 3.2	↓ 13.8	Виявлено позитивну динаміку соціальної, комунікативної та поведінкової адаптації

Отримані дані свідчать про помітну позитивну динаміку в емоційно-комунікативній та поведінковій сферах дітей із проявами аутистичного спектра в процесі холдинг-терапії. Найбільш виражені зміни простежуються в доменах соціальної взаємодії та комунікації, що вказує на ефективність психолого-педагогічного супроводу, орієнтованого на розвиток контактності, мовленнєвих реакцій і розуміння соціальних сигналів. Зниження показників за шкалою повторюваної поведінки та сенсорної чутливості демонструє зменшення напруженості емоційного стану, зростання адаптивності та регуляції поведінки. Загалом, результати ADI-R підтверджують тенденцію до поступової нормалізації емоційного реагування та підвищення рівня соціальної компетентності у структурі психічного розвитку дошкільників.

У межах психолого-педагогічного супроводу діагностико-прогностичну функцію виконує CARS. Вона дає змогу фахівцеві не просто констатувати наявність аутичних симптомів, а й визначити зони збережених можливостей, тобто потенціал для навчання, емоційної відповіді, ігрової активності. Саме це робить CARS ключовим інструментом у побудові індивідуальної траєкторії розвитку дитини.

З психолого-педагогічного погляду CARS є не лише інструментом вимірювання, а й моделлю розуміння аутичного розвитку. Вона спрямовує фахівця на аналіз як дефіцитарних, так і компенсаторних механізмів — наприклад, на виявлення форм самоорганізації, специфічних способів сенсорної регуляції, особливостей емоційного реагування.

Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS – *Childhood Autism Rating Scale*) є однією з найпоширеніших і найнадійніших діагностичних методик, що використовується для виявлення та кількісної

оцінки рівня аутичних проявів у дітей. Вона розроблена Е. Шоплером, Р. Райхлером і Б. Реннер у межах психолого-педагогічного підходу до розуміння розладів спектра аутизму (РСА), який поєднує клінічну діагностику із практичними аспектами навчання та соціалізації дитини.

На відміну від більш пізніх інструментів, CARS не є виключно медичною або психіатричною шкалою. Вона створена з орієнтацією на педагогів, психологів і фахівців раннього втручання, які працюють безпосередньо з поведінкою дитини у природному середовищі. Такий міждисциплінарний характер методики забезпечує її унікальну цінність у психолого-педагогічному супроводі дітей із раннім аутизмом.

Шкала складається з 15 параметрів, які охоплюють усі основні сфери розвитку – від міжособистісної взаємодії, емоційного реагування, мовлення, гри, сенсорного сприймання до особливостей моторики та адаптаційної поведінки. Вона дає змогу оцінити не лише ступінь відхилень, а й структуру аутичного профілю конкретної дитини.

Методика CARS ґрунтується на системно-діяльнісному та інтегративному підходах до розвитку особистості. Вона розглядає аутизм не лише як нейробіологічне порушення, а як комплексну дезінтеграцію процесів соціального, емоційного та комунікативного функціонування, що має багаторівневу природу.

Використання CARS також передбачає залучення батьків як активних учасників процесу діагностики. Це дозволяє не лише уточнити прояви поведінки в домашніх умовах, а й створити основу для формування партнерської взаємодії між сім'єю та фахівцями, що є принципово важливим у педагогічному супроводі дітей із аутизмом.

CARS має високу чутливість до індивідуальних варіацій у структурі аутичного розвитку. Вона дозволяє відрізнити легкі, помірні й виражені форми аутизму, що має особливе значення для розробки корекційно-розвивальних програм. Завдяки оцінці поведінки у природному контексті (у грі, спілкуванні, щоденній діяльності) методика зберігає екологічну

валідність і мінімізує ризик спотворення результатів через стрес чи формальність процедури тестування.

Отримані результати дають змогу створювати індивідуальні програми психокорекційної підтримки, у яких враховується природна динаміка розвитку дитини, її емоційна толерантність і здатність до взаємодії. Це суттєво підвищує ефективність педагогічного втручання.

Вибір шкали CARS у системі психолого-педагогічного супроводу дітей із раннім аутизмом обґрунтовується її універсальністю, гуманістичною спрямованістю та практичною діагностичною гнучкістю. Вона дозволяє сформувати багатовимірний образ дитини — не лише через симптоматику, а через виявлення особливостей її способу пізнання світу, ставлення до інших, потреб у безпеці та стабільності.

У контексті освітнього середовища CARS допомагає фахівцям побачити не лише «дефіцити», а й потенціал розвитку – те, на чому може ґрунтуватися індивідуальний підхід до навчання, соціалізації та емоційної підтримки.

Крім того, шкала є ефективним інструментом для моніторингу динаміки розвитку під час тривалого психолого-педагогічного супроводу. Вона забезпечує можливість порівнювати результати на різних етапах корекційної роботи, що дозволяє оцінити ефективність програм втручання, своєчасно адаптуючи їх до нових потреб дитини.

Таким чином, CARS – це не лише засіб оцінки аутизму, а інструмент професійного діалогу між фахівцем і дитиною, між науковою методологією та живим людським досвідом. Її використання сприяє становленню індивідуально орієнтованого супроводу, який інтегрує діагностику, розвиток і педагогічну підтримку в єдиний процес гармонізації дитини з навколишнім світом.

Таблиця 2.3 – Порівняльні результати трьох діагностичних зрізів за шкалою CARS

№	Діагностичний показник	Початковий зріз (до початку корекції)	Проміжний зріз (через 3 місяці)	Підсумковий зріз (після завершення програми)	Динаміка змін
1	Емоційна взаємодія з дорослими	3,5 – низький контакт, емоційна байдужість	2,5 – з'являються короткі прояви емоційного відгуку	1,5 – стабільна позитивна реакція на близьких	+2,0 бала
2	Соціальна орієнтація	4,0 – відсутність соціальної спрямованості	3,0 – епізодичне реагування на присутність інших	2,0 – активний інтерес до партнерів у грі	+2,0 бала
3	Вербальна комунікація	3,8 – відсутність мовлення, вокалізації без адресності	3,0 – поява окремих слів, наслідування інтонацій	2,2 – цілеспрямоване використання слів у контакті	+1,6 бала
4	Невербальні засоби спілкування	3,2 – майже не використовує жести чи погляд	2,4 – частіше встановлює зоровий контакт	1,6 – активне використання міміки, жестів	+1,6 бала
5	Ігрова діяльність	4,0 – стереотипні маніпуляції з предметами	3,0 – спорадичні елементи сюжетної гри	2,0 – участь у спільній грі, символічні дії	+2,0 бала
6	Сенсорна реактивність	3,5 – гіперреактивність на звуки, дотики	2,8 – зниження чутливості, вибіркові реакції	2,0 – толерантність до сенсорних стимулів	+1,5 бала
7	Емоційна регуляція	4,2 – часті афективні вибухи, самостимуляції	3,1 – зменшення інтенсивності негативних реакцій	2,0 – емоційна стабільність, контроль поведінки	+2,2 бала
8	Рівень загальної адаптації	3,8 – виражені труднощі пристосування до нових умов	2,9 – поступове прийняття режиму занять	1,8 – позитивне ставлення до змін, участь у колективних формах діяльності	+2,0 бала

- *Початковий зріз:* свідчить про наявність виражених аутичних проявів, обмеженість емоційного контакту, слабку соціальну орієнтацію.

- *Проміжний зріз:* фіксує перші позитивні зрушення у сфері комунікації, зниження рівня сенсорної напруги, поодинокі прояви спільної гри.

- *Підсумковий зріз:* демонструє суттєву позитивну динаміку в усіх сферах розвитку – емоційній, соціальній, когнітивній, поведінковій.

Результати емпіричного дослідження засвідчують, що в процесі холдинг-терапії у дітей із вираженим аутичним дизонтогенезом формується якісно новий рівень емоційної прихильності, співставний із характером ранніх афективних зв'язків у дітей з нормальним онтогенезом. Серед проявів цієї динаміки спостерігаються: поява ініціативи у фізичному та зоровому контакті, формування вибіркової орієнтації на матір, реакції тривоги при розлуці, звернення до близьких по підтримку у стані дискомфорту, відтворення інтонацій і рухів дорослих, а також поступове прагнення до спільних дій. Такі зрушення є індикатором розвитку емоційного зараження та зміцнення міжособистісного зв'язку, який забезпечує базу для подальшого соціального навчання.

Узагальнені результати представлені на рис. 2.1

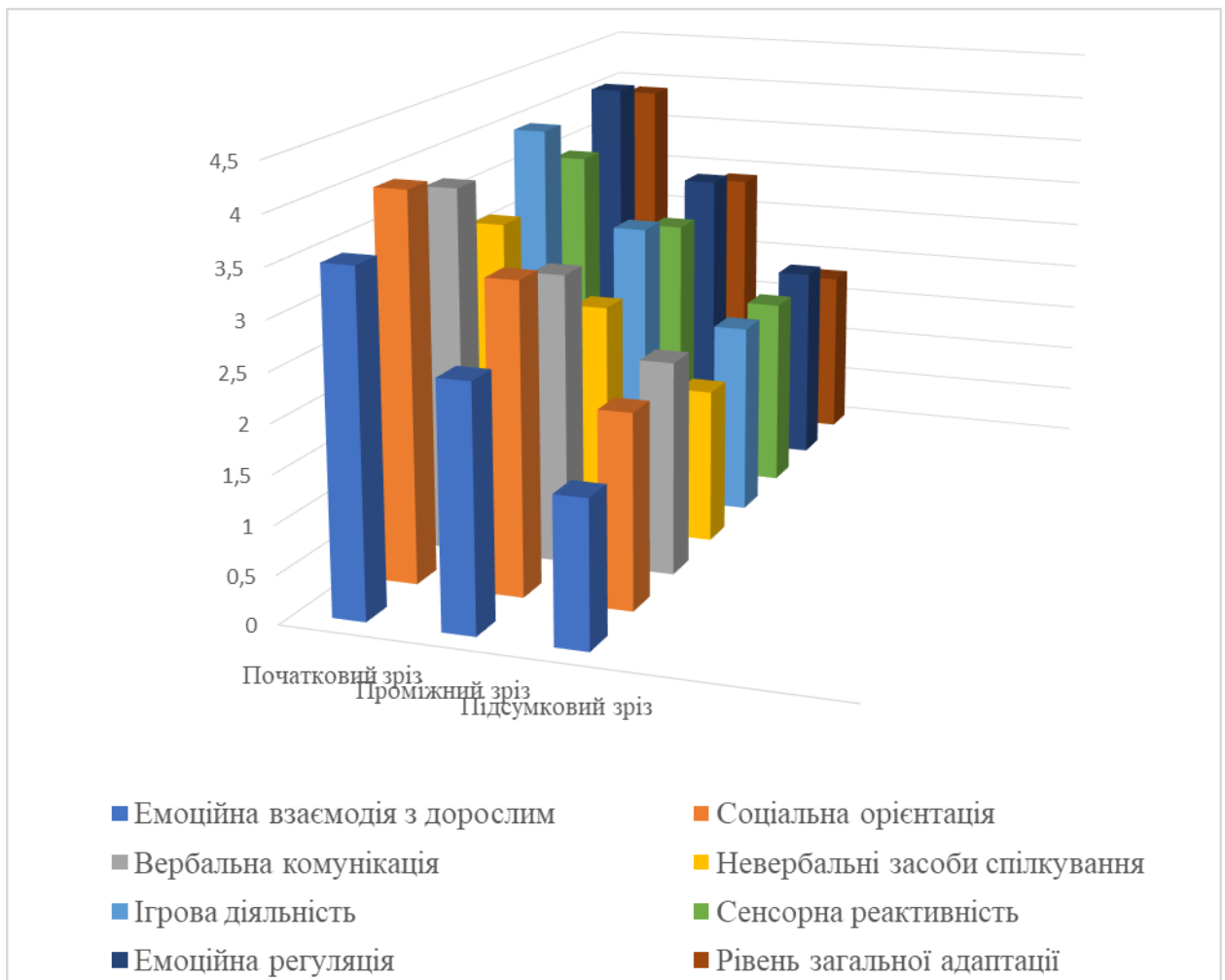


Рис.2.1 – Динаміка показників проявів дитячого аутизму в процесі психолого-педагогічного супроводу

Методика CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorder) є ефективним інструментом комплексної оцінки проявів аутизму, розробленим для диференційної діагностики та моніторингу динаміки психічного розвитку дітей із розладами спектра аутизму (РАС). Її цінність для психолого-педагогічного супроводу полягає у можливості всебічного аналізу ключових сфер розвитку дитини – соціальної взаємодії, комунікації, емоційної регуляції, сенсорного сприймання, адаптивної поведінки та ігрової діяльності.

CASD дозволяє визначити ступінь вираженості аутистичних рис за 30 основними критеріями, охоплюючи як типові для синдрому симптоми (відсутність зорового контакту, обмеженість міміки, стереотипні дії), так і

тонкі поведінкові особливості, що мають значення для педагогічного процесу (ригідність у грі, труднощі зміни діяльності, низький рівень емоційного включення). Таким чином, ця методика забезпечує багатовимірний опис поведінкового профілю дитини, необхідний для планування індивідуальної програми розвитку.

У контексті психолого-педагогічного супроводу CASD виконує три ключові функції:

- *Діагностичну* – допомагає виявити рівень та структуру порушень, що визначають потребу у спеціальних освітніх умовах і формах підтримки.
- *Прогностичну* – на основі кількісних та якісних показників дозволяє передбачити можливості соціальної адаптації, темп розвитку комунікативних навичок та рівень автономності дитини.
- *Корекційно-оцінювальну* – забезпечує можливість відстеження динаміки ефективності психолого-педагогічних заходів, фіксацію позитивних змін або збереження проблемних зон у поведінковому репертуарі.

Використання CASD у супроводі дитини з аутизмом дозволяє педагогу і психологу поєднати клініко-психологічний і педагогічний підходи, оскільки результати шкали є підґрунтям для побудови індивідуального освітнього маршруту. На їх основі можна визначити оптимальні методи впливу — від розвитку базових емоційних реакцій до формування навичок спільної діяльності, комунікації та саморегуляції.

Особливої значущості CASD набуває при моніторингу ефективності психолого-педагогічного супроводу, коли оцінювання проводиться у кілька зрізів (на початку, у процесі та після завершення корекційної програми). Це дозволяє об'єктивно оцінити результативність застосованих методів, виявити позитивну динаміку або потребу у зміні стратегії педагогічного впливу.

Отже, методика CASD є науково обґрунтованим інструментом комплексної оцінки стану дитини з РАС, що поєднує діагностичну точність із педагогічною доцільністю. Її використання сприяє підвищенню ефективності психолого-педагогічного супроводу, оптимізації індивідуального підходу та

забезпеченню цілісного розвитку дитини у напрямі соціальної адаптації та емоційної компетентності.

Таблиця 2.4 – Узагальнені результати обстеження за методикою CASD у трьох зрізах

№	Діагностичні показники (сфери проявів аутизму)	Початковий зріз	Проміжний зріз	Підсумковий зріз	Динаміка змін
1	Соціальна взаємодія (контакт з дорослими, реагування на присутність інших)	7 (висока вираженість порушень)	5 (середня)	3 (помірна)	Поступове підвищення соціальної відкритості, зниження уникання контакту
2	Емоційна відповідь та виразність	6	4	2	Формування адекватного емоційного відгуку, поява емпатійних реакцій
3	Зоровий контакт	7	5	3	Збільшення тривалості й частоти зорового контакту з дорослими
4	Вербальна комунікація (мовленнєва активність, спрямованість мовлення)	8	6	4	Розширення словникового запасу, поява звертань до інших
5	Невербальна комунікація (жести, міміка, пози)	7	5	3	Покращення розуміння та використання невербальних засобів спілкування
6	Стереотипні дії та рухи	8	6	5	Часткове зменшення частоти аутоstimуляцій, поява альтернативних форм активності
7	Сенсорна чутливість	6	5	4	Зниження гіперреакційності на звуки та дотики
8	Ігрова діяльність (включення у спільну)	7	5	3	Формування навичок спільної

№	Діагностичні показники (сфери проявів аутизму)	Початковий зріз	Проміжний зріз	Підсумковий зріз	Динаміка змін
	гру, уявні ролі)				гри, поява сюжетних елементів
9	Адаптивна поведінка (самообслуговування, орієнтація в побуті)	5	4	2	Зростання самостійності та ініціативності
10	Загальний рівень проявів аутизму (сума балів)	61	45	29	Виражена позитивна динаміка, що свідчить про ефективність психолого-педагогічного супроводу

У результаті трьох зрізів за шкалою CASD спостерігається виразне зниження рівня проявів аутизму у всіх досліджуваних сферах. Найбільш помітна позитивна динаміка в емоційній та соціальній взаємодії, формуванні комунікативних умінь і розвитку ігрової діяльності. Такі зміни свідчать про зростання здатності дитини до встановлення міжособистісних зв'язків, формування базової емоційної компетентності та соціальної орієнтації, що є показником результативності психолого-педагогічного супроводу.

Висновки до розділу

Розуміння характеру дефіцитарності ранніх етапів афективного розвитку дитини, що лежить в основі формування синдрому дитячого аутизму, дозволяє обґрунтувати загальну спрямованість та визначити послідовні завдання психологічних корекційних впливів.

Як при загрозі аутистичного розвитку, так і при вже сформованому синдромі, зусилля і фахівців і батьків повинні бути спрямовані, в першу чергу, на формування основ емоційного та соціального розвитку дитини - розширення можливостей її емоційного зараження та просування від афективного зараження до спільного переживання.

Залучення дитини до розділеного з дорослим переживання створює умови для формування та підтримки її активності та стабільності в контактах зі світом; встановлення та диференціації емоційних відносин; можливості поєднання уваги на об'єкті загального інтересу. Саме цих основних напрямках спочатку відбувається становлення афективного досвіду дитини за благополучному розвитку.

Необхідність організації системного психологічного супроводу дітей із розладами аутистичного спектра (РАС), зокрема раннім дитячим аутизмом (РДА), визначається як науково-теоретичними, так і практичними чинниками сучасного розвитку психології, педагогіки та медицини. У центрі цієї проблематики перебуває дитина з особливим типом психічного розвитку, що характеризується порушеннями соціальної взаємодії, емоційної регуляції, комунікативних функцій та сенсорної інтеграції.