

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук

(повне найменування факультету)

Психологія

(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему «Психологічні особливості переживання стресу дітьми з РАС»

(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,
групи СНз-114м

Спеціальності 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)

Психологія

ОГАРЕНКО Т. Б.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник САВЕЛЮК Н. М.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент АНДРІЙЧУК І. П.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
Кафедра «Психологія»
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація) Психологія
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

«29» серпня 2025 року _____

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

ОГАРЕНКО Тетяна Борисівна

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) «Психологічні особливості переживання стресу дітьми з РАС».

керівник проєкту (роботи) доктор психологічний наук, професор САВЕЛЮК Наталія Михайлівна.

(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «01» вересня 2025 року № 388

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 01 грудня 2025 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 99 сторінок, 75 джерел, 33 рисунки, 4 таблиці, 3 додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми переживання стресу дітьми з РАС; проведено емпіричне дослідження; виконано аналіз результатів дослідження; розроблено програму психологічної допомоги дошкільникам із РАС в умовах переживання наслідків військового конфлікту.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) табл. 2.1. Результати діагностики загальної тривожності за методикою Тест тривожності (Р.Теммл, М.Доркі, В.Амен) серед нормотипових дітей та дітей з РАС; рис. 2.1. Показники рівня загальної тривожності за методикою «Тест тривожності» (Р.Теммл, М.Доркі, В.Амен);

табл. 2.2. Результати виявлення ознак нервово-психічної напруги серед нормотипових дітей та дітей з РАС; рис. 2.2. Показники рівня нервово-психічної напруги серед нормотипових дітей та дітей з РАС; рис. 2.3. Вікові групи дітей, батьки яких взяли участь в опитуванні; рис. 2.4. Результати опитування щодо стану засмученості у дітей з РАС; рис. 2.5. Результати опитування щодо стану пригніченості у дітей з РАС; рис. 2.6. Результати опитування щодо стану напруги у дітей з РАС; рис. 2.7. Результати опитування щодо відчуття безпеки у дітей з РАС; рис. 2.8. Результати опитування щодо ускладнень з диханням під час стресової ситуації; рис. 2.9. Результати опитування щодо страху сну поза межами дому; рис. 2.10. Результати опитування щодо прив'язаності дітей з РАС до батьків; рис. 2.11. Результати опитування щодо виявлення безпричинних страхів; рис. 2.12. Результати опитування на наявність панічних атак; рис. 2.13. результати опитування щодо шлункових реакцій на стресову ситуацію у дітей з РАС; рис. 2.14. Результат опитування щодо відчуття втрати рівноваги у дітей з РАС під час стресових ситуацій; рис. 2.15. Результати опитування щодо відчуття комфорту у дітей з РАС під час комунікації з іншими дітьми; рис. 2.16. Результати опитування щодо ставлення дітей з РАС до виконання завдань; рис. 2.17. Результати опитування щодо прояву фізіологічних реакцій на стрес, таких як холодні та вологі руки; рис. 2.18. Результати опитування щодо проявів психо-емоційної нестабільності у дітей з РАС; рис. 2.19. Результати опитування щодо вміння стримувати плач; рис. 2.20. Результати опитування щодо вміння стримувати сміх дітьми з РАС; рис. 2.21. Результати опитування щодо якості сну у дітей з РАС; рис. 2.22. результати опитування щодо виявлення страху темряви; рис. 2.23. Результати опитування щодо фізіологічних проявів, таких як блідість або почервоніння; рис. 2.24. Результати опитування щодо прояву алергічних реакцій без видимих причин; рис. 2.25. Результати опитування щодо зниження апетиту у дітей з РАС як реакції на стресові ситуації; рис. 2.26. Результати опитування щодо безпричинного підвищення температури; рис. 2.27. Результати опитування щодо частоти і тривалості вірусних захворювань у дітей з РАС; рис. 2.28. Результати опитування щодо проявів виснаження у дітей з РАС; рис. 2.29. Результати опитування щодо психомоторного збудження; рис. 2.30. Результати опитування щодо рівня само агресії; рис. 2.31. Результати опитування щодо проявів спонтанного гніву; рис. 2.32. Результати опитування щодо здатності до переключення розумових процесів і адаптації до нових умов середовища; табл. 3.1. Динаміка розвитку дітей за результатами апробації; табл. 3.2. Порівняння за результатами спостережень; рис. 3. Динаміка розвитку дітей за результатами апробації.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	САВЕЛЮК Н.М., професор	23.09.2025	05.10. 2025
2	САВЕЛЮК Н.М., професор	07.10. 2025	26.10. 2025
3	САВЕЛЮК Н.М., професор	21.10. 2025	26.11. 2025
Нормок-ь	КУЗЬМІН В. В., доцент	04.12. 2025	10.12. 2025

7. Дата видачі завдання «29» серпня 2025року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт (роботу)	29.08.2025	
2	Затвердження теми	01.09.2025	
3	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел а дипломний проєкт (роботу)	04.09.2025	
4	Складання змісту	05.09.2025	
5	Виконання першого розділу	05.10.2025	
6	Виконання другого розділу	26.10.2025	
7	Виконання третього розділу	26.11.2025	
8	Формування висновків	28.11.2025	
9	Перевірка роботи керівником	01.12.2025	
10	Оформлення дипломного проєкту(роботи)	04.12.2025	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	10.12.2025	
12	Попередній захист дипломного проєкту (роботи)	12.12.2025	
13	Подання роботи на кафедру	15.12.2025	
14	Одержання відгуку та рецензії	18.12.2025	
15	Захист дипломної роботи	23.12.2025	

Студент(ка) _____ Тетяна ОГАРЕНКО

(підпис)

(Ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) _____ Наталія САВЕЛЮК

(підпис)

(Ім'я ПРИЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 99 с., 4 табл., 33 рис., 75 дж., 3 додатки.

Об'єкт дослідження: психоемоційна сфера дитини з РАС.

Предмет дослідження: психологічні особливості переживання стресу дітьми з РАС.

Мета дослідження: здійснити теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних особливостей стресу у дітей з РАС та розробити практичні рекомендації щодо зниження рівня стресу.

Гіпотеза дослідження: стресові фактори негативно впливають на розвиток та соціально-психологічну адаптацію дітей з РАС.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз та узагальнення теоретико-методологічних засад досліджуваної проблеми, представленої у науковій літературі); психодіагностичні (тест тривожності (Р.Темпл, М.Доркі, В.Амен); опитування батьків через онлайн анкетування та спостереження за поведінкою дітей. Також створено авторський опитувальник для батьків дітей з РАС на виявлення тривожності); кількісна та якісна обробка результатів дослідження.

Дослідження доповнює та розширює уявлення про психологічні особливості дітей з РАС та їх реакції на стресові ситуації.

Практична значущість роботи полягає у розробленій програмі нейропсихологічної корекції для дітей що мають розлади аутистичного спектру. Програма надає ефективні інструменти для вихователів та психологів, сприяючи індивідуалізації роботи з дітьми з РАС.

РОЗЛАДИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ, СТИГМАТИЗАЦІЯ, СЕНСОРНА ГІПЕРЧУТЛИВІСТЬ, ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ, КОГНІТИВНА ГНУЧКІСТЬ, РУТИНА, САМОРЕГУЛЯЦІЯ, НЕЙРОВІДМІННІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД, СОЦІАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
 РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З РАС.....	13
1.1. Поняття «розлади аутистичного спектру»: історія становлення та сучасні ракурси аналізу.....	13
1.2. Стрес як наукове поняття.....	25
1.3. Психологічні особливості дітей з РАС та типові реакції на стрес.....	29
Висновки до розділу 1.....	32
 РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ ДІТЬМИ З РАС.....	33
2.1. Особливості психологічного дослідження дітей з РАС.....	33
2.2. Опис методів і методик емпіричного дослідження.....	36
2.3. Результати емпіричного дослідження та їх інтерпретація.....	38
Висновки до розділу 2.....	58
 РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ РАС В УМОВАХ ПЕРЕЖИВАННЯ НАСЛІДКІВ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ...	60
3.1. Основні форми та методи психологічної допомоги дітям із РАС.....	60
3.2. Авторська програма психологічної допомоги дошкільникам із РАС.....	64
3.3. Аналіз результатів апробації програми.....	76
Висновки до розділу 3.....	82
 ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	85
ДОДАТКИ.....	92

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

PAC – розлади аутистичного спектру.

DSM-5 – діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів, п'яте видання.

PDD-NOS – Первозивний розлад розвитку без додаткових уточнень.

CDC – центр з контролю та профілактики захворювань.

МКХ-11 – Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду.

M-CHAT – скринінг розладів спектру аутизму для дітей раннього віку.

ADI-R – опитування батьків і самої дитини для уточнення діагнозу.

CASD – скринінгова шкала розладів аутистичного спектру.

LEITER-3 – тест для оцінки невербального інтелекту та когнітивних можливостей у дітей старше 3 років.

PEP-3 – профіль для оцінки відповідності розвитку дитини її віку та виявлення дезадаптивних форм поведінки.

ADOS, ADOS-2 – шкала спостереження для діагностики аутизму.

ATEC – інструмент для моніторингу прогресу у дітей з PAC.

PECS – система комунікації обміну картинками.

ABA – методика прикладного аналізу поведінки.

TEACCH – методика лікування та освіти дітей з аутизмом та супутніми порушеннями комунікації.

DIR/Floortime – методика розвитку індивідуальних відмінностей, заснована на взаємовідносинах.

ESDM – Денверська модель раннього втручання.

ABC – методика когнітивно-поведінкової терапії.

CARS – шкала рейтингу аутизму у дітей.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність теми зумовлена зростанням кількості дітей з розладами аутистичного спектру (далі РАС) та впливом стресових факторів на їхній розвиток і адаптацію. Особливо це актуально в умовах сучасних соціально-психологічних викликів, включно з війною, коли діти піддаються постійному емоційному навантаженню. Воєнний стан завжди є складним випробуванням для будь-якого суспільства, особливо для дітей. Більшість дітей сьогодні перебуває під впливом стресу. А для дітей з розладами аутистичного спектра, які вже мають певні труднощі у вирішенні проблемних ситуацій, стрес під час воєнного стану може бути особливо важким. Умови воєнного стану створюють серйозні труднощі, які впливають на фізичне, психічне та емоційне благополуччя цих дітей. Освітній процес, перерви у звичних ритмах та невизначеність майбутнього можуть викликати психологічний стрес та тривожність у дітей з РАС, що негативно впливає на їхню здатність концентруватися та засвоювати нові знання. Загрози безпеки, нові умови життя та навчання можуть суттєво вплинути на емоційний стан та психічне здоров'я дітей з РАС, адже вони більш чутливі до стресу через свої фізичні та психологічні особливості. Тому проблема дослідження психологічних особливостей стресу у дітей з РАС є надзвичайно важливою та актуальною. Всі ці проблеми достатньою мірою висвітлені в роботах сучасних українських дослідників: В. Артеменко [3]; С. Лазуренко [7]; Д. Литвяк, Л. Зленко [8]; І. Ляхова [9]; І. Марциновська [12]; Л. Матохнюк, Ю. Максименко [13]; Н. Серомаха [23]; Т. Скрипник [25]; та закордонних дослідників J. Baio [65]; S. Rogers, L. Vismara, G. Dawson [52].

Об'єкт дослідження – психоемоційна сфера дитини з РАС.

Предмет дослідження психологічні особливості переживання стресу дітьми з РАС.

Мета дослідження – здійснити теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних особливостей стресу у дітей з РАС і розробити практичні рекомендації щодо зниження рівня стресу.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз змісту поняття стресу.
2. Розкрити специфіку психоемоційного розвитку та особливості прояву стресового стану у дітей з РАС.
3. Організувати та провести емпіричне дослідження стресу у дітей з РАС.
4. Розробити рекомендації для вихователів, помічників вихователів щодо зниження рівня стресу у дітей з РАС.

Для реалізації досягнення окреслених завдань застосовано наступні методи дослідження:

- 1) теоретичні – аналіз психолого-педагогічних джерел, узагальнення, класифікація, порівняння;
- 2) емпіричні – бесіда, спостереження, тестування (Тест тривожності (Р.Теммл, М.Доркі, В.Амен); тест на визначення рівня нервово-психічного напруження дитини, розроблений благодійним фондом «Запорука» [47], опитувальники (авторський опитувальник для батьків на виявлення тривожності та нервового напруження у дітей з РАС).
- 3) методи обробки даних – знаходження середніх величин, відсотковий аналіз, кількісний і якісний аналізи, побудова графіків.

Нині простежується гостра потреба в посиленні національного потенціалу в догляді дітей, підлітків і дорослих, які страждають від РАС та інших порушень нейророзвитку. Для досягнення цієї мети слід вирішити низку завдань у різних сферах, зокрема:

- підвищувати обізнаність населення, лікарів первинної ланки та загальної практики, працівників дошкільних освітніх закладів про РАС;
- заохочувати раннє виявлення й діагностику РАС, сприяти якомога більш ранньому отриманню дітьми доступу до спеціалізованої допомоги;

- дітям із РАС забезпечити доступ до лікування методами, які ґрунтуються на доказових даних, через додаткове навчання батьків, вчителів і клініцистів у межах найбільш ефективних втручань;

- для усунення дискримінації, подолання стигматизації й забезпечення соціальної інклюзії спростити особам, які страждають на РАС і порушення нейророзвитку, доступ до закладів дошкільної й шкільної освіти, ресурсів для відпочинку, занять спортом, медзакладів за місцем проживання;

- забезпечити родинам, в яких є дитина з РАС, соціальну підтримку на рівні громади;

- заохочувати проведення високоякісних досліджень і спостережень за здоров'ям дітей з РАС і порушеннями нейророзвитку для отримання повної картини проблем, із якими стикаються фахівці під час діагностики, лікування, соціальної допомоги.

На жаль, в сучасному світі все ще існує проблема стигматизації людей з РАС. Як би не пропагувало суспільство толерантність, але ця проблема все ще є актуальною. Бути інакшим – це нормально. РАС – це не хвороба, а нейророзвиткові стани, які впливають на спосіб, у який людина сприймає навколишній світ, взаємодіє з ним та з іншими людьми. За даними ВООЗ, кожна сота людина у світі перебуває на аутистичному спектрі [59].

Проявом РАС може бути гіперфіксація, як-от обмежене коло інтересів, потреба в стабільності, підвищена чутливість до сенсорних подразників. Проте більшим бар'єром для людей з РАС можуть бути не власні особливості розвитку, а реакція суспільства, стигматизація [56]. Стигма (або стигматизація) розладів аутистичного спектра – це історично сформована і тому глибоко вкорінена система упереджень. Вона підсилюється сучасними уявленнями про «норму» і «продуктивність», які потребують перегляду. У випадку з РАС, стигма проявляється через:

- хибні переконання, що РАС – це щось «страшне» або «соціально неприйнятне»;

- несправедливі очікування, що людина має «приховати» свої особливості;

- ігнорування потреб людей із РАС у системах освіти, охорони здоров'я, зайнятості.

Такі упередження поглиблюють психічну вразливість людей з РАС і частіше спричиняють:

- депресивні та тривожні розлади;
- внутрішню стигматизацію;
- маскування (camouflaging) – свідоме і виснажливе приховування власних особливостей, щоби «вписатися» у соціальні норми.

Наслідком цього стає зниження якості життя людини з РАС, самотність, а іноді – саморуйнівні думки, особливо серед молоді. Стигма вражає всю сім'ю. Дослідження показали, що понад 80% батьків дітей з РАС відчують на собі стигму: як зовнішню (осуд, ізоляцію), так і внутрішню (почуття провини, сорому, страху бути «винним») [56; 57].

Це має серйозні наслідки:

- погіршення психоемоційного стану батьків;
- обмеження соціального життя родини;
- відмову звернутися по допомогу або приховування діагнозу дитини.

Брак знань є не єдиною причиною стигматизації РАС, її також живлять:

- панівні культурні наративи про «норму» (і про РАС як одне з «відхилень» від неї);
- історичне сприйняття психічних розладів як «знаку небезпеки» або «непридатності до праці»;
- медійні стереотипи, де РАС зображується або як «особливий талант», або навпаки - як «соціальна трагедія».

Для зменшення стигматизації РАС потрібна системна, багаторівнева відповідь, до якої входять:

- нормалізація нейровідмінності. Усі мають право бути різними – суспільство має це визнати. Поняття «нейрорізноманіття» пропонує сприймати аутизм як одну з форм людської варіативності, а не патологію;
- освітні кампанії. Методичне пояснення, що інакшість – не дефект. Важливо залучати до таких кампаній самих людей з РАС;
- адаптація середовища. Створення «дружніх до аутизму» шкіл, робочих місць, сервісів – із передбачуваним розкладом, сенсорною безпекою, персоналом, навченим розуміти РАС;
- інклюзивні мова та образи. Медіа, реклама, освіта повинні відображати реальне різноманіття людського досвіду, включно з аутизмом;
- підтримка сімей. Треба дбати про психічне здоров'я батьків та близьких дітей з РАС.

Апробація роботи – тези подані для опублікування у VI Всеукраїнській науково-практичній конференції «Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі» до 125-річчя Національного університету «Запорізька політехніка» (Запоріжжя 15 жовтня 2025 р.)

Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу і загальних висновків, списку використаних джерел, додатків. Обсяг роботи викладено на 96 сторінках. Дослідження містить 75 літературних джерел, 33 рисунки, 4 таблиці, 3 додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З РАС

1.1. Поняття «розлади аутистичного спектру»: історія становлення та сучасні ракурси аналізу

Сучасне суспільство стикається з багатьма завданнями, на вирішення яких витрачаються десятиріччя. Одним з таких викликів, який постає перед сучасним фахівцем, є розуміння проявів, рання діагностика та лікування розладів аутистичного спектра (РАС) у дітей [58]. Розуміння цього патологічного стану змінювалося протягом останніх 50 років. Аутизм (грец. Autos – «сам»; аутизм – «занурення в себе») – розлад розвитку нервової системи, що характеризується порушенням соціальної взаємодії та вербальної й невербальної комунікації, повторюваною поведінкою. Також існують складнощі під час взаємодії із зовнішнім світом і порушення процесу соціалізації.

Розлади аутистичного спектру (РАС) – це група нейророзвиткових станів, що впливають на соціальну взаємодію, комунікацію, поведінку та сприйняття світу, характеризуючись дефіцитом соціальних навичок, повторюваними діями та обмеженими інтересами, обумовленими специфікою роботи мозку. Назва «спектр» підкреслює велику варіативність у проявах та ступені вираженості симптомів, від легких до важких, що відрізняється у кожної людини, і потребує різного рівня підтримки.

Основні характеристики РАС [59]:

– труднощі соціальної взаємодії та комунікації. Це можуть бути проблеми з розумінням емоцій інших людей, встановленням зорового контакту, спілкуванні та створенні соціальних стосунків, а також труднощі з мовленням або його відсутність. Це може проявлятися у затримці мовлення,

використанні завчених фраз, або нездатності використовувати невербальну комунікацію (жести, міміку);

- повторювана поведінка та обмежені інтереси. Діти з РАС можуть мати надмірну зацікавленість в одній-двох речах, наполягати на дотриманні рутини та демонструвати стереотипні рухові або поведінкові патерни. Характерними є стереотипні дії (наприклад: погойдування, клацання пальцями), надмірна зосередженість на деталях або вузьке коло інтересів;

- сенсорні особливості. Діти з РАС можуть мати незвичайні реакції на сенсорні подразники, такі як звуки, світло, запахи або дотики.

Важливі аспекти РАС:

- нейророзвитковий стан. РАС – це не хвороба, а стан, спричинений порушеннями розвитку головного мозку, що впливають на спосіб сприйняття світу та взаємодії з ним;

- спектральний характер. Оскільки симптоми та їх вираженість варіюються, РАС охоплює широкий діапазон проявів, що вимагає індивідуального підходу до підтримки кожної дитини;

- вплив на життя. Ці особливості проявляються з раннього дитинства і зберігаються до дорослого віку. РАС може впливати на здатність людини жити самостійно, проте своєчасна діагностика та спеціальні заняття можуть значно покращити якість життя та сприяти соціальній адаптації. Основою РАС вважається порушення внутрішньоутробного розвитку головного мозку, що має комплексну природу і залежить від генетичних та екологічних факторів.

Поняття «аутизм» у психіатрії було введено видатним швейцарським психіатром Е. Блейлером (1857-1938) [60]. Під аутизмом він мав на увазі своєрідну особистісну установку, з якою пов'язане перелаштування всієї психічної діяльності, глибокі зміни мислення та афективно-вольової сфери. Він використовував термін «аутизм» для опису тенденції пацієнтів «втікати» у свій внутрішній світ, створюючи власну, відокремлену від реальності логіку. Аутистичне мислення Блейлер протиставляв реальному. Воно

керується не законами логіки, не реаліями об'єктивно існуючої дійсності, а власними внутрішніми потребами та афективними потягами. Він знаходив прояви аутизму в поезії, міфології та мистецтві. У здорових людей аутистичне мислення стає можливим у певні періоди життя, коли логіка відходить на задній план, а діями людини керують афекти.

Ще у 1926 році київська дитяча психіатрія Г. Є. Сухарева (1891–1981) опублікувала детальний опис аутичних рис у низки дітей у науковому німецькому журналі з психіатрії та неврології [61]. Спочатку вона використовувала термін «шизоїдна (ексцентрична) психопатія», але пізніше замінила його на «аутична (патологічна уникаюча) психопатія» для опису клінічної картини аутизму. Її оригінальна стаття була доступна майже за два десятиліття до публікації клінічних випадків Г. Аспергера та Л. Каннера; проте новаторська робота Г. Сухаревої була значною мірою недооцінена. Її описи відрізнялися простою мовою, а тому були доступні не тільки фахівцям; для них була характерна деталізація та співчуття до пацієнтів. Її опис аутизму відповідає сучасним критеріям РАС.

Л. Каннер (1894-1981) – австрійський та американський психіатр, один із засновників сучасної дитячої психіатрії. Л. Каннер вперше описав аутизм як окремий діагноз на прикладі 9 дітей, за якими він спостерігав у своїй практиці в США. Його стаття, яка вийшла у 1943 р., – «Аутистичні порушення афективного контакту» [62] – стала відправною точкою досліджень аутизму в усьому світі.

У 1944 р. австрійський терапевт Г. Аспергер (1906-1980) опублікував дисертацію, присвячену аутистичній психопатії у дітей [63].

Визначення Л. Каннера і Г. Аспергера схожі в багатьох відношеннях, що досить дивно, якщо згадати, що ніхто з них не знав про новаторську роботу іншого: для опису пацієнтів обох дослідників термін «аутистичний» сам по собі є незвичним збігом, що відображає їхню спільну переконаність у тому, що соціальні проблеми дітей є найважливішою характерною ознакою цього порушення. І Л. Каннер, і Г. Аспергер вважали, що при аутизмі

соціальний дефект є вродженим (згідно з Л. Каннером) чи конституційним (згідно з Г. Аспергером) і зберігається протягом усього життя. Крім того, і Л. Каннер, і Г. Аспергер відзначали труднощі із зоровим контактом, стереотипні слова і рухи, а також супротив змінам.

Важливо також відзначити ще одну дослідницю аутизму – Л. Вінг (1928-2014), яка вперше систематизувала діагностичні симптоми цього захворювання. У 1981 р. вона ввела та популяризувала термін «синдром Аспергера» в англomовній медичній спільноті, опублікувавши ряд статей про симптоматику [64]. Особливістю досліджень Л. Вінг є те, що вона спостерігала за дітьми не тільки як спеціаліст, а також як мама дитини з аутизмом, який було діагностовано у її доньки Сьюзі в 3-річному віці. Батьки стикнулися з наступною проблемою – у Великобританії була відсутня служба, що надавала б спеціалізовану допомогу дітям із цим нейророзвитковим станом. Л. Вінг активно долучилася до цієї проблеми як фахівець, почала перекладати праці Г. Аспергера, невідомі англomовній спільноті, а також створила об'єднання батьків дітей, у яких було діагностовано аутизм. Завдяки її зусиллям та наполегливості 23 січня 1962 року було створено Національну спільноту аутизму у Великобританії. Окрім суспільної діяльності, Л. Вінг зробила суттєвий вклад у сучасне розуміння епідеміології, клініки та інших актуальних питань аутизму. Провівши спостереження та систематизувавши отримані дані від пацієнтів своєї лікарні, яким було встановлено діагноз аутизм, та співставивши з різноманітними подібними дослідженнями 1972 року, вона сформулювала три основні типи порушень при аутизмі, які пізніше назвали тріадою Вінг:

- якісні порушення соціальної взаємодії;
- якісні порушення вербальної та невербальної комунікації, а також уяви;
- суттєво обмежений спектр діяльності та інтересів.

Пізніше ця тріада лягла в основу всіх діагностичних критеріїв та тестів для діагностики аутизму. В 1981 р. Л. Вінг відкрила для фахівців маловідому

на той час роботу Г. Аспергера, який вперше описав аутистичну психопатію у дітей з різним рівнем інтелекту. В своїй відомій публікації «Синдром Аспергера: клінічний опис» вона запропонувала називати це порушення на честь його першого досліджувача синдромом Аспергера, що і було прийнято Всесвітньою організацією охорони здоров'я і введено у перелік офіційних діагнозів. Подальші спостереження Л. Вінг показали, що існує велика група подібних розладів, які вона назвала РАС. Вона відзначала, що є певна подібна симптоматика між різноманітними групами захворювань, пов'язаних з порушеннями нейророзвитку. Але елементи запропонованої тріади мали різний ступінь проявів. Своєю наполегливою працею Л. Вінг надихнула фахівців на подальші дослідження та вивчення цієї патології.

Від визначення перших основних діагностичних критеріїв пройшли десятки років і в суспільстві з кожним роком кількість нових випадків РАС зростає. Через невпинне зростання поширеності РАС навіть з'явився термін «епідемія РАС». Зокрема, під час аналізу результатів мультицентрових досліджень, проведених в США під керівництвом J. Vaio et al. (2018) [65], було виявлено зростання поширеності РАС на 1,5% з 2012 по 2014 рік серед дітей до 8 років, а саме – з 14,5 на тис. дітей (тобто 1:69) до 16,8 на тис. дітей (1:58). Це дає підставу говорити про покращення діагностики через введення критеріїв DSM-5 та про зростання кількості дітей з РАС [54; 55].

Варто згадати видатного вітчизняного дослідника доктора медичних наук, професора А. П. Чуприкова (1937-2019), під редакцією якого було видано монографію «Цунамі дитячого аутизму» [1]. У 80-х рр. очолив кафедру психіатрії та медпсихології Луганського медичного інституту, пізніше створив і очолив у Києві Український НДІ соціальної і судової психіатрії, паралельно очолив кафедру дитячої психіатрії НМАПО імені П.Л. Шупика, де працював до останніх днів. У монографії «Цунамі дитячого аутизму» А. Чуприков провів детальний аналіз багатьох попередніх досліджень з питань етіології, патогенезу та особливостей психічного розвитку дітей з РАС. А. Чуприков, як і Л. Вінг, висловлював думку про

різноманітність природи й клініки РАС, що об'єднуються ззовні єдиним «фасадом» аутизму, а також про необхідність використання у діагностиці як психологічних тестів, так і даних психопатологічного аналізу, генетичних досліджень, електроенцефалографії (в тому числі й нічного моніторингу), магнітно-резонансної томографії.

У травні 2013 р. було оприлюднене Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів V перегляду Американської психіатричної асоціації (DSM-V) [54]. Однією з найбільш істотних змін у класифікації РАС є те, що окремі діагнози (аутизм, синдром Аспергера та PDD-NOS) замінені одним загальним – РАС. Відмінності в діагнозі базуються на визначенні тяжкості розладу, обмеженості інтересів, змінах стереотипної поведінки та залежать від необхідності підтримки пацієнта з боку третіх осіб, що виникає внаслідок порушень у соціальній комунікації.

Історично, термін "аутизм" з'явився в 1908 році, а концепція спектру сформувалася у XX столітті для об'єднання різних проявів порушень, що включають аутизм (синдром Каннера), синдром Аспергера, дитячий дезінтегративний розлад та атиповий аутизм. Сучасний аналіз розглядає РАС як сукупність порушень, що вимагають індивідуального підходу до діагностики та корекції.

Основні прояви аутистичної поведінки зазвичай присутні в ранньому дитинстві, але не завжди помітні до виникнення обставин, в яких мають проявлятися більш складні форми соціальної поведінки, наприклад, коли дитина йде в дитячий садок або до початкової чи середньої школи. З віком, при досягненні повноліття або у періоді старіння, спостерігається вікова патопластика аутистичних форм поведінки. Порушення аутистичного спектру неймовірно різноманітні. Більш того, дослідження РАС все ще активно триває, тому і схем класифікацій існує багато.

Аутистичний спектр можна розділити на чотири групи [75]:

– для першої групи найбільш характерні глибокі і складні порушення. Діти з таким діагнозом не здатні обслуговувати себе, у них повністю відсутня потреба у взаємодії з оточуючими. Пацієнти невербальні;

– у дітей другої групи можна помітити наявність жорстких обмежень в моделях поведінки. Будь-які зміни у схемі (наприклад, невідповідність у звичному режимі дня або обстановці) можуть спровокувати напад агресії і зрив. Дитина достатньо відкрита, але мова її проста, побудована на ехолалії. Діти з цієї групи здатні відтворювати побутові навички;

– для третьої групи характерна більш складна поведінка: діти можуть бути дуже захоплені будь-яким предметом, видаючи потоки енциклопедичних знань при розмові. З іншого боку, побудувати двосторонній діалог дитині складно, а знання про навколишній світ фрагментарні;

– діти четвертої групи вже схильні до нестандартної і навіть спонтанної поведінки, але в колективі боязкі і сором'язливі, важко йдуть на контакт і не проявляють ініціативу при спілкуванні з іншими дітьми. Можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги.

Окремо виділяють синдром Аспергера [64].

Синдром Аспергера – одна з форм функціонального аутизму. Це порушення відрізняється від класичної форми. Наприклад, у дитини присутня мінімальна затримка в розвитку мови. Такі діти легко йдуть на контакт, можуть підтримати розмову, хоча вона більше нагадує монолог. Пацієнт може годинами розповідати про речі які його цікавлять, і зупинити його досить важко. Діти не проти ігри зі своїми однолітками, але, як правило, роблять це нетрадиційно. Присутня фізична незграбність. Часто люди з синдромом Аспергера мають неабиякий інтелект і хорошу пам'ять, особливо якщо мова йде про речі які їх цікавлять.

З 2009 по 2017 рік випадки РАС, згідно з офіційними статистичними даними МОЗ України [48], зросла на 194%: з 0,55 до 1,61 на 100000 дитячого населення. Показник первинної захворюваності в Україні стабільно

збільшувався з 2006 року: у 2007 р. на 28,2%; 2008 р. – 32,0%, 2009 р. – 27,2%, в 2010 р. – 35,7%, 2011 р. – 21,2%, 2012 р. – 25,3%. Поширеність РАС у дитячій популяції за ці роки зросла в 2,84 раза, з 17,0 до 48,2 на 100000 населення.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я [59], РАС виникають із частотою 1 на 160 дітей, а згідно з даними Центру з контролю та профілактики захворювань США (CDC), з 2004 до 2018 року поширеність РАС зросла майже втричі (з 1 на 166 дітей у 2004 до 1 на 56 – у 2018 р.), що не може не викликати занепокоєння. Показник захворюваності на РАС в Україні зростає з 2006 р., до 2017 р. кількість уперше діагностованих випадків захворювання зросла у 8,5 разів (у 2017 р. їх було 998).

Зокрема, стабільно зростає показник поширеності РАС: 2006 – на 27,2%, 2007 – на 19,1%, 2008 – на 20,2%, 2009 – на 20%, 2010 – на 16,4%, 2011 – на 37,8%, 2012 – на 25,3%, 2013 – на 38%, 2014 – на 4,6%, 2015 – на 26,4%, 2016 – на 25,3%. Наприкінці 2017 р., за даними Центру медичної статистики МОЗ України [48], показник захворювання на РАС на 100 тис. дитячого населення становив 27,8 %. Кількість осіб із РАС, які перебувають на обліку, зросла зі 662 осіб у 2005 р. До 7491 у 2017 р. Наразі немає конкретних офіційних показників зростання рівня РАС в Україні на 2025 рік.

Незважаючи на значне зростання, абсолютні показники поширеності РАС в Україні залишаються істотно нижчими, ніж у США та країнах Європи. Це дозволяє прогнозувати швидке зростання поширеності РАС на тлі поліпшення діагностики та впровадження у клінічну практику сучасних діагностичних процедур. РАС значною мірою пов'язані з низкою коморбідних психічних розладів та медичних станів. На основі епідеміологічних даних, приблизно у 50% людей з РАС спостерігалася тяжка та глибока розумова відсталість, у 35% виявилася легка/помірна інтелектуальна недостатність, а решта 15% розвивалася відповідно до вікових норм.

Для постановки діагнозу аутизм не існує затверджених медичних тестів. Також цей діагноз не може бути коректно поставлений при одноразовому короткому огляді дитини, навіть комісією фахівців. Аутизм діагностується за наявністю або відсутністю певних поведінкових характеристик. Для цього ретельно вивчається історія розвитку дитини, проводиться аналіз даних анамнезу. Експерт проводить опитування батьків та інших людей, які приймають активну участь у житті дитини. Рекомендується організація серії спостережень за дитиною в різних ситуаціях. Діагностика аутизму повинна проводитися командою фахівців, що включає в себе психолога, невропатолога, психіатра, психотерапевта, педіатра, логопеда-дефектолога, інших експертів, які мають досвід роботи з дітьми з особливими потребами. Спостереження і огляд дитини з підозрою на аутизм слід проводити в умовах, максимально наближених до її звичного життєвого укладу. Похід в незнайому установу і контакт з новими людьми часто є чинником стресу для особливої дитини і може спотворити діагностичну картину.

В основі діагностики аутизму з медичної точки зору лежать критерії міжнародних класифікацій психічних розладів і захворювань МКХ-11 і DSM-5 [54; 59].

Додатковими допоміжними засобами для визначення виду патології є стандартизовані опитування батьків або близьких, а також шкали спостереження, що дозволяють більш точно і якісно оцінити певні поведінкові симптоми. Діагностичні таблиці і опитувальники дають інформацію про сферу потягів, сферу спілкування, сприйняття, дрібної моторики, інтелектуального розвитку, мови, гри, навичок соціальної поведінки. Методи апаратної діагностики аутизму дають інформацію про стан і функціонування мозку, вегетатики, серцево-судинної системи: електроенцефалографія (ЕЕГ), реоенцефалографія (РЕГ), ехоенцефалографія (ЕхоЕГ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), ультразвукове дослідження (УЗД), кардіоінтервалографії (варіаційна пульсометрія), – дослідження стану

вегетативної нервової системи, електрокардіограма (ЕКГ), лабораторні дослідження оцінюють стан крові, імунітет, виявляють наявність похідних ртуті та інших важких металів, причини дисбактеріозу.

Діагностика дитячого аутизму до 2-х років життя є найбільш проблематичною. Основні труднощі ранньої діагностики аутизму полягають в наступному:

- найбільш яскраво картина порушення проявляється після 2,5 років. До цього віку симптоми виражені слабо, в прихованій формі;
- часто педіатри та сімейні лікарі недостатньо обізнані в даній сфері, що заважає розгледіти в ранніх симптомах аномалії розвитку;
- батьки, які помічають «незвичність» своєї дитини, довірившись неспеціалісту і не отримавши адекватного підтвердження, перестають бити на сполох.

Аутизм може зустрічатися в поєднанні з іншими розладами, які пов'язані з порушенням функції мозку, такими як вірусні інфекції, порушення обміну речовин, відставання в розумовому розвитку і епілепсія. Важливо розрізняти аутизм і розумові розлади або шизофренію, так як плутанина в діагностуванні може привести до невідповідного і неефективного лікування. Розвиток і формування структур мозку в ранньому віці є найактивнішим [1]. При патології це оптимальний період для втручання і початку корекції. Компенсаторні можливості організму дитини великі, і їх слід своєчасно і оперативно задіяти.

Діагностичні критерії раннього дитячого аутизму [72; 75].

Ознаки загальних порушень розвитку дітей від 1 до 3 років.

Соціальні характеристики:

- уникає дивитись в очі батькам та іншим людям;
- не розрізняє незнайомих людей і тих, кого бачить щодня, не боїться незнайомих людей, не демонструє емоційної прив'язаності до батьків;
- має вузький діапазон емоцій;

- не помічає інших, не звертає на них увагу, не намагається потоваришувати;
- рідко заводить чи підтримує гру з однолітками або приєднується до групи дітей;
- погано розуміє загальнозрозумілі звукові сигнали та команди;
- не до ладу сміється чи кричить;
- не розуміє емоцій інших;
- незвично реагує на певні предмети, наприклад, може з острахом ставитися до побутових речей або певних іграшок;
- ігнорує реальну небезпеку, здається, що не розуміє небезпечності висоти, гарячих предметів;
- неадекватно виявляє свої емоції, емоційну і соціальну взаємність.

Особливості спілкування:

- мало посміхається, має відсторонений вигляд;
- не відповідно віку мовчазний;
- не реагує на своє ім'я, поводить ся так, ніби не чує;
- пізно починає говорити, має регрес у мовному розвитку (раніше щось говорив, а потім перестав);
- механічно, часто невідповідно до ситуації, повторює почуті слова або фрази;
- часто має труднощі при наслідуванні або використанні жестів і правильної міміки для спілкування, не розуміє мімічних виразів та відповідних до них емоцій (наприклад, не розуміє близька людина плаче чи радіє);
- не демонструє вказівний жест і не махає рукою на знак прощання;
- опирається або напружується коли беруть на руки;
- періодично робить серійні повторювальні рухи (трусить кистями рук, химерно рухає пальцями чи руками, розгойдується, наносить удари по тулубу та ін.);

- надзвичайно чутливий до певних звукових подразників (наприклад, пирососа, дрелі та ін.), не реагує на певні звукові подразники, наприклад, мовні;

- опирається змінам звичного розпорядку.

Особливості пізнавальної діяльності:

- пізнає навколишній світ неадекватними способами (лиже, нюхає);
- уникає дивитися на інших;
- уникає торкатися інших людей, вважає за краще торкатися предметів або використовувати руку іншої людини;
- імпульсивна або зі схильністю до нав'язливих дій поведінка;
- не переносить набуті навички на іншу обстановку чи ситуацію (не моделює);
- тлумачить мову буквально, погано розуміє вирази обличчя, жести;
- відволікається через звукові або зорові подразники, не вміє очікувати;
- утруднені організаційні навички, навички планування або вибору;
- діяльність стереотипна, з великою кількістю поведінкових штампів, ритуалів, які не завжди адекватні наявній ситуації.

Важлива в ранньому віці диференціальна діагностика аутизму, з порушеннями слуху, мови, розумової відсталості. Тому, чим раніше батьки звернуться до спеціаліста, тим ефективнішим буде весь корекційний процес [75]. Сучасні погляди на аналіз РАС фокусуються на ранній діагностиці, комплексному підході, що враховує біологічні та середовищні фактори, а також на індивідуальній підтримці, спрямованій на розвиток соціальних навичок та адаптацію дитини до життя в суспільстві [72]. Діагностика включає скринінгові тести для виявлення ознак, а аналіз враховує специфіку функціонування мозку, генетичні чинники та індивідуальні сильні сторони, такі як зорове сприйняття та пам'ять.

Важливо пам'ятати! Кожна дитина з РАС унікальна, і прояви аутизму можуть значно відрізнятися за характером та ступенем вираженості. Ці діти потребують розуміння, підтримки та спеціальних підходів для розвитку. Для

батьків та вихователів важливо мати достатню інформацію про психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектру, щоб забезпечити їм належну підтримку та розвиток.

1.2. Стрес як наукове поняття

Одним із найважливіших питань сучасності є питання адаптації людського організму до незвичайних, складних та екстремальних умов [5; 14]. Стрес є головною соціальною проблемою, яка впливає на стабільність поведінки та життя людини у суспільстві. Стрес присутній у повсякденному житті в різних формах і ситуаціях. Стрес є нормальною реакцією організму, коли відбуваються зміни, що призводить до фізичних, емоційних та інтелектуальних реакцій.

Поняття "стрес" (від англ. Stress – напруга, тиск) посідає центральне місце в сучасній біології, медицині та психології. Його наукове осмислення пройшло шлях від суто фізичного терміна до багатогранного біопсихосоціального конструкту. Термін «стрес» у фізіологію та психологію вперше ввів у 1932 році В. Б. Кеннон (1871-1945) у своїх класичних роботах з універсальної реакції «боротись чи втікати» (англ. fight-or-flight response) [66]. Досить часто авторство терміна передають відомому канадському фізіологу Г. Сельє (1907-1982), проте використовувати саме поняття стрес він почав лише у 1946 році для пояснення загального адаптаційного напруження [67].

За класичною теорією стресу Г. Сельє, стрес – це стан фізіологічної або психологічної напруги, зумовлений різноманітними чинниками (соматичними, розумовими, емоційними, зовнішніми або внутрішніми, частіше - їх сукупністю), які спрямовані на порушення функцій організму та яких організм намагається уникнути. Залежно від сили або дози та тривалості дії стресорних чинників стрес-реакція у своєму розвитку може проходити або три послідовні стадії - тривоги, резистентності й виснаження, коли загальний

адаптаційний синдром набуває характеру руйнівного процесу (дистресу), або тільки дві перші (тривоги й резистентності), коли формується так званий еустрес (позитивний стрес), що, як твердив Г. Сельє, сприяє підтриманню та збереженню здоров'я [68]. Психологічний стрес, на думку вченого, в основному обумовлений емоційними перевантаженнями, які супроводжують життєдіяльність сучасної людини.

Г. Сельє визначив стресс як неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу змін (подразник) [69]. Ключовим у цьому визначенні є слово "неспецифічна", що означає, що природа відповіді є однаковою незалежно від природи самого стресора. На думку Г. Сельє, стрес – це необхідна умова життя, універсальний механізм адаптації. За теорією Г. Сельє, стрес проходить три стадії: тривоги, резистентності та виснаження. Реакція на стресори є суб'єктивною, що означає, що одна й та сама ситуація може сприйматися по-різному різними людьми. Тривалий стрес може призвести до серйозних проблем зі здоров'ям, таких як серцево-судинні захворювання та порушення імунітету [70].

У подальшому наукові погляди розширилися. Фізіологічний підхід розглядає стрес як активацію конкретних біохімічних та нейроендокринних процесів. Психологічний (транзакційний) підхід розвинений Р. Лазарусом та С. Фолкман [71], які наголосили на важливості когнітивної оцінки події індивідом. Згідно з цим підходом, стресом стає не сама подія, а суб'єктивне сприйняття її як загрози, що перевищує наявні ресурси подолання.

Інтегративний підхід. Сучасні дослідження поєднують ці моделі, розглядаючи стрес як складну взаємодію між зовнішніми стимулами, внутрішніми фізіологічними змінами та індивідуальними психологічними особливостями. Центральною моделлю для розуміння фізіології стресу залишається Загальний адаптаційний синдром (ЗАС), запропонований Г. Сельє. ЗАС описує динаміку розвитку стресової реакції в часі та включає три послідовні стадії [67]:

1. Стадія тривоги (реакція мобілізації).

Це початкова та негайна відповідь організму на стресор. Вона характеризується активацією симпатичної нервової системи та мозкової речовини надниркових залоз, що призводить до викиду адреналіну та норадреналіну. Ця реакція відома як «бий або біжи» (fight-or-flight response). Мета цієї стадії – мобілізувати енергетичні ресурси та підготувати організм до негайних дій.

2. Стадія опору (резистентності).

Якщо дія стресора триває, організм переходить до фази довгострокової адаптації. Активація симпатичної системи знижується, але активується гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГНВ). Гіпофіз виділяє адренокортикотропний гормон (АКТГ), який стимулює кору надниркових залоз до вироблення кортизолу. Кортизол забезпечує стабілізацію метаболізму та підтримання гомеостазу в умовах тривалого навантаження. Організм ефективно протистоїть стресору, але його стійкість до інших, непов'язаних подразників, знижується.

3. Стадія виснаження.

Якщо стрес є надмірним або триває занадто довго, адаптаційні резерви організму вичерпуються. Механізми опору починають давати збої. Це призводить до порушення гомеостазу, пригнічення імунної системи та розвитку так званих «хвороб адаптації» (гіпертонія, виразки, імунодефіцити, нервові розлади).

Класифікація та види стресу.

У науковій літературі прийнято розрізняти різні види стресу на основі його впливу та тривалості [69; 70]:

– еустрес (Eustress) «Позитивний» стрес. Це адаптивна, мобілізуюча реакція, яка сприяє досягненню цілей, підвищує продуктивність та приносить задоволення (наприклад, стрес перед іспитом, що мотивує до навчання, або під час спортивних змагань);

– дистрес (Distress) «Негативний» або шкідливий стрес. Виникає, коли вимоги перевищують адаптаційні можливості індивіда, що призводить до дезадаптації, страждання та порушення функціонування;

– гострий стресс. Короткочасна інтенсивна реакція на раптову подію (наприклад, аварія, публічний виступ);

– хронічний стресс. Тривалий вплив стресорів, який повільно, але постійно підриває здоров'я та психологічну стійкість (наприклад, проблеми на роботі, сімейні конфлікти, бідність).

Наукове поняття стресу є фундаментальним для розуміння взаємодії організму з навколишнім середовищем, охоплюючи як біологічні механізми виживання, так і психологічні процеси адаптації. У невеликих кількостях стрес може бути «позитивним». Але надмірний стрес – «токсичний» і може вплинути на поведінку людини, її працездатність, здоров'я, взаємини з оточенням і в родині. У уявленні дорослих життя дітей видається щасливим і безтурботним, позбавленим тривог і хвилювань. Але це помилка. Навіть дуже маленькі діти можуть відчувати хвилювання та стрес, навіть від тих факторів, які дорослим часто здаються незначними. Стреси та негативні життєві події у дітей та підлітків викликають фізичне та психічне неблагополуччя, нездужання та знижують їх здатність до самоконтролю [12; 17].

Отже, стрес як наукове поняття розглядається як комплексна психофізіологічна реакція організму на чинники, що порушують його внутрішню рівновагу. Він охоплює як біологічні механізми адаптації, так і психологічні способи реагування на вимоги середовища. Наукові підходи підкреслюють, що стрес може виконувати як мобілізуючу, так і дестабілізуючу функцію, залежно від інтенсивності, тривалості та індивідуальних характеристик людини. Усвідомлення багатовимірності цього явища є ключовим для подальшого аналізу того, як саме стрес переживають різні групи населення, зокрема діти з розладами аутистичного спектра. У контексті моєї роботи особливо важливо, що діти з розладами аутистичного

спектра переживають стрес не лише через об'єктивні труднощі, а й через специфічні особливості сенсорної чутливості, соціальної взаємодії та способів обробки інформації. Звичні для нормо типових дітей події можуть стати джерелом сильного напруження для дітей з РАС. Для мене стрес у дітей з РАС – це сигнал про перевантаження, яке може проявлятися у поведінці, емоціях або фізичному стані. Розуміння цих проявів дає змогу краще адаптувати середовище та підтримати дитину, зменшуючи інтенсивність стресових факторів і допомагаючи їй відновлюватися.

1.3. Психологічні особливості дітей з РАС та типові реакції на стрес

Аутистичний спектр – це набір психічних розладів, які характеризуються особливими способами сприйняття та спілкування. Діти, які потрапляють у цей спектр, мають свої унікальні особливості, які варто враховувати для ефективного розвитку та навчання [54; 75].

Психологічні особливості дітей з РАС включають труднощі у соціальній взаємодії та спілкуванні, обмежені, повторювані моделі поведінки та інтересів, а також сенсорні особливості [72]. Ці діти можуть мати проблеми із зоровим контактом, невербальною комунікацією, розумінням соціальних норм, а також проявляти стереотипні рухи, незвичайні реакції на сенсорні стимули та сильну потребу в стабільності й рутині. Ці особливості можуть виявлятися в різних формах і ступенях важкості, що вимагає індивідуального підходу до кожної дитини.

Психологічні особливості переживання стресу дітьми з РАС.

Діти з РАС можуть переживати стрес у специфічний спосіб [2; 7], що відрізняється від їхніх норматипових ровесників. Їхня реакція на стрес часто характеризується більшою чутливістю до сенсорних подразників, труднощами у вираженні емоцій, а також стереотипною поведінкою, яка може посилюватися під впливом стресу. Важливо розуміти ці особливості,

щоб забезпечити їм належну підтримку та допомогу в подоланні стресових ситуацій. Діти з РАС часто відчують стрес від змін, сенсорного перевантаження та непередбачуваності, що може проявлятися у посиленні стереотипної поведінки, регресі в розвитку, агресії, труднощах із концентрацією, порушеннях сну та апетиту, а також у психосоматичних реакціях, таких як головний біль [2; 7; 12]. Важливо створити для них передбачуване та стабільне середовище, а також надавати підтримку та розуміння, щоб допомогти впоратися з негативними емоціями та стресом.

Типові реакції на стрес у дітей з РАС.

Зміни в поведінці:

- посилення стереотипної поведінки: дитина може частіше повторювати рухи або видавати звуки;
- агресія або замкнутість: це може бути реакцією на перевантаження або дискомфорт;
- протести проти змін: різке реагування на будь-які зміни в розкладі чи оточенні.

Емоційні зміни:

- підвищена тривожність: непередбачуваність може викликати тривогу та страх;
- складнощі з вираженням емоцій: емоції можуть бути нетиповими або приглушеними.

Фізичні прояви:

- порушення сну: кошмари, труднощі із засинанням;
- проблеми з апетитом: зменшення або втрата апетиту;
- психосоматичні реакції: головний біль, шлункові болі;
- регресія: повернення до попередніх стадій розвитку.

Зміни у навчанні та спілкуванні:

- зниження концентрації уваги: складнощі з утриманням уваги на заняттях;

- погіршення пам'яті: стрес може негативно впливати на когнітивні функції;

- відмова від спілкування: дитина може уникати взаємодії з людьми.

Особливості переживання стресу дітьми з РАС [2; 12]:

- підвищена чутливість до сенсорних подразників. Діти з РАС можуть бути більш чутливими до світла, звуків, запахів, текстур та інших сенсорних стимулів, які можуть викликати стрес. Наприклад, гучний шум або яскраве світло можуть спричинити перевантаження та тривогу;

- труднощі з вираженням емоцій. Дітям з РАС може бути складно розпізнавати та виражати свої емоції, що ускладнює їхню здатність комунікувати про свій стрес. Вони можуть демонструвати поведінку, яка здається не адекватною, наприклад, агресію або самоагресію, як спосіб впоратися з емоційним напруженням;

- посилення стереотипної поведінки. У стресових ситуаціях діти з РАС можуть вдаватися до повторюваних дій, таких як махання руками, обертання навколо себе, або зосередження на певних предметах. Така поведінка може бути спробою самозаспокоєння та контролю над ситуацією;

- труднощі з соціальною взаємодією. Стрес може погіршити їхню здатність до соціальної взаємодії та комунікації, що може призвести до ізоляції та посилення стресу;

- зміни у поведінці. Діти з РАС можуть демонструвати зміни у поведінці, такі як підвищена дратівливість, проблеми зі сном, відмова від їжі, або зміни в апетиті;

- схильність до флешбеків та уникнення. У деяких випадках діти з РАС можуть відчувати флешбеки або намагатися уникати ситуацій, що нагадують про травматичні події.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було здійснено теоретичний аналіз феномену розладів аутистичного спектра, представлено історію становлення поняття та сучасні наукові підходи до його розуміння. Також проаналізовано стрес як психологічне явище, його природу та основні концепції у вітчизняній та зарубіжній психології. Окремо висвітлено психологічні особливості дітей з РАС та типові форми їх реакцій на стресові події. Діти з РАС мають специфічні психологічні реакції на стрес. Теоретичні моделі підкреслюють потребу індивідуального підходу та адаптованих методик підтримки.

Психологічне дослідження дітей з РАС відрізняється від стандартних діагностичних процедур своєю гнучкістю, індивідуалізованістю та міждисциплінарним підходом. Його головна мета – не лише виявити труднощі, але й визначити ресурси дитини, які можна використати для розвитку та соціалізації.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ ДІТЬМИ З РАС

2.1. Особливості психологічного дослідження дітей з РАС

Психологічне дослідження дітей з РАС є складним і багатокомпонентним процесом, що потребує індивідуалізованого підходу та врахування специфіки психічного розвитку [58]. Особливості комунікації, соціальної взаємодії, сенсорної чутливості та емоційного реагування зумовлюють необхідність адаптації традиційних психодіагностичних методів. Однією з ключових особливостей психологічного дослідження дітей з РАС є обмеженість або специфічність мовленнєвої комунікації. Це ускладнює використання стандартних вербальних методик, опитувальників і інтерв'ю. У зв'язку з цим перевага надається спостереженню, аналізу поведінкових реакцій, використанню наочних матеріалів та альтернативних засобів комунікації. Важливим аспектом є підвищена сенсорна чутливість дітей з РАС. Незвичне середовище, нові стимули або велика кількість подразників можуть викликати стресові реакції та впливати на результати обстеження. Тому психологічне дослідження має проводитися у максимально комфортних, передбачуваних умовах із чіткою структурою часу та простору [3]. Психолог повинен враховувати високий рівень тривожності та стресу, який часто супроводжує діагностичні процедури. Тривале або інтенсивне обстеження може призводити до емоційного перевантаження дитини та спотворення результатів. У зв'язку з цим доцільним є поетапне проведення дослідження з перервами та використанням ігрових форм взаємодії. Особливу увагу слід приділяти гетерогенності проявів РАС. Діти з однаковим діагнозом можуть суттєво відрізнятися за рівнем інтелектуального розвитку, мовлення, соціальних навичок та здатності до саморегуляції. Це зумовлює необхідність комплексного підходу, що поєднує різні методи

дослідження: спостереження, бесіду з батьками, аналіз продуктів діяльності дитини, використання стандартизованих та проєктивних методик.

Важливою складовою психологічного дослідження є співпраця з батьками та педагогами, які надають цінну інформацію про особливості поведінки дитини у природних умовах. Дані, отримані від дорослих, дозволяють доповнити результати безпосереднього обстеження та підвищити їх достовірність. Таким чином, психологічне дослідження дітей з РАС має будуватися на принципах індивідуалізації, комплексності, гуманності та мінімізації стресу. Дотримання цих принципів забезпечує більш точне розуміння психологічних особливостей дитини та створює основу для ефективної корекційно-розвивальної роботи.

Раннє виявлення та діагностика:

- використання скринінгових тестів для оцінки поведінки та комунікативних навичок у дітей, що допомагає визначити потребу у подальшому обстеженні спеціалістом;
- збільшення кількості діагнозів пояснюється як покращенням діагностичних інструментів, так і впливом комплексних чинників, а не лише зовнішніх чи генетичних факторів.

Комплексний підхід:

- розуміння РАС як порушення розвитку головного мозку, що характеризується дефіцитом соціальної взаємодії та комунікації, а також специфічною будовою та функціонуванням центральної нервової системи;
- аналіз враховує взаємодію генетичних факторів та вплив навколишнього середовища.

Індивідуалізація підтримки:

- фокус на індивідуальних сильних сторонах дитини з РАС, таких як зорове сприйняття та механічна пам'ять;
- цільова корекція та адаптація дитини до соціального життя, а не лікування самого стану.

Визначення РАС як спектру:

- важливо розуміти, що РАС – це спектр, який охоплює людей з різними проявами, де немає двох однакових випадків;

- вплив РАС на інтелектуальний розвиток є нерівномірним, тому освітні успіхи також можуть бути фрагментарними.

Аналіз РАС проводиться психіатром за допомогою клінічного обстеження [75], спостереження за поведінкою дитини та інформації від батьків, доповнюючи це спеціальними скринінговими тестами, такими як «М-CHAT», «ADI-R», «CASD», «LEITER-3» та іншими, а також тестами для оцінки прогресу лікування, як «АТЕС».

Скринінгові тести:

- «М-CHAT (М-CHAT-R)»: опитувальник для батьків для раннього виявлення ознак РАС у дітей;

- «ADI-R»: опитування батьків і самої дитини для уточнення діагнозу;

- «CASD»: шкала для комплексного аналізу РАС, що складається з багатьох груп запитань з варіантами відповідей;

- «LEITER-3»: тест для оцінки невербального інтелекту та когнітивних можливостей у дітей старше 3 років;

- «PEP-3»: профіль для оцінки відповідності розвитку дитини її віку та виявлення дезадаптивних форм поведінки;

- «ADOS-2»: напівструктурована методика для комплексної діагностики РАС у пацієнтів різного віку.

Після постановки діагнозу та початку терапії, використовуються тести на кшталт «АТЕС» для оцінювання прогресу лікування.

Чому важливий аналіз РАС:

- своєчасна діагностика допомагає виявити особливості розвитку, які можуть бути прийняті за риси характеру;

- розуміння цих особливостей сприяє пошуку ефективних шляхів підтримки;

- точна діагностика дозволяє знайти шляхи до створення комфортного середовища та покращення якості життя дитини з РАС.

2.2. Опис методів і методик емпіричного дослідження

Оскільки РАС – явище складне і багатогранне яке відрізняється саме емоційним сприйняттям та соціальними проявами, нажаль, не існує методик на виявлення тривожності та нервового напруження однаково для нормо типових дітей і дітей з РАС. Тому, в своєму дослідженні я використовувала методики для нормотипових дітей, намагаючись їх підлаштувати під дітей з РАС.

Мета дослідження: виявлення та порівняння рівня загальної тривожності у дітей з РАС та нормотипових дітей дошкільного віку (3-7 років).

Основні завдання: визначити показники рівня загальної тривожності в обох групах. Проаналізувати отримані результати та встановити відмінності між вибірками. Сформулювати практичні рекомендації щодо психолого-педагогічного супроводу дітей із РАС.

Предметом емпіричного дослідження є особливості переживання стресу у дітей з РАС.

Дослідження проводились на базі дитячого клубу «Мацьопики», який розташований в місті Запоріжжя. У дослідженні брали участь 24 дитини віком від 3 до 7 років, 12 нормотипові та 12 з розладами аутистичного спектру. Підбір учасників здійснювався за принципом парного порівняння (однакова кількість учасників у кожній групі, близький вік, подібні соціальні умови).

Основні методи емпіричного дослідження: «тест тривожності (Р.Теммл, М.Доркі, В.Амен)»; опитування батьків через онлайн анкетування та спостереження за поведінкою дітей. Також створено експериментальний опитувальник для батьків дітей з РАС на виявлення тривожності.

Тест тривожності (Р.Теммл, М.Доркі, В.Амен).

Методика призначена для визначення рівня тривожності дитини.

Експериментальний матеріал – 14 малюнків, кожний з яких відображає типову для життя дитини ситуацію. Кожний малюнок виконано у двох варіантах: (для дівчинки та для хлопчика). Обличчя дитини не вимальоване, а лише контур голови. Кожний малюнок доповнений двома зображеннями дитячої голови, що за розмірами точно відповідає контурам обличчя на малюнку. На одному із двох зображень – усміхнене обличчя, на іншому – сумне. Малюнки демонструють дитині в чітко визначеному порядку один за одним. Бесіда відбувається в окремій кімнаті. Показуючи дитині малюнок, дослідник дає інструкцію. Перелік питань подано в додатку А.

Щоб уникнути повторення виборів у відповідях дитини в інструкції чергуються визначення обличчя. Додаткові питання дитині не задаються. Вибір дитиною відповідного обличчя і словесні висловлювання дитини можна зафіксувати в спеціальному протоколі.

Аналіз результатів тесту.

Кількісний аналіз. На підставі даних протоколу обчислюється індекс тривожності дитини (ІТ), що дорівнює процентному відношенню числа емоційно негативних виборів (сумне обличчя) до загального числа малюнків (14):

$$ІТ = (\text{число емоційних негативних виборів} / 14) * 100\%$$

Залежно від рівня індексу тривожності діти підрозділяються на 3 групи:

- високий рівень тривожності (ІТ вище 50%);
- середній рівень тривожності (ІТ від 20 до 50%);
- низький рівень тривожності (ІТ від 0 до 20%).

Якісний аналіз. Кожна відповідь дитини аналізується окремо. Робляться висновки щодо можливого характеру емоційного досвіду дитини в даній (і подібної їй) ситуації. Особливо високе проєктивне значення мають малюнки: № 4 («Одягання»), № 6 («Укладання спати на самоті»), № 14 («Їжа на самоті»).

Діти, які роблять в цих ситуаціях негативний емоційний вибір, найімовірніше будуть володіти найвищим індексом тривожності ІТ; діти, що роблять негативні емоційні вибори в ситуаціях, зображених на малюнках: № 2 («Дитина і мати з немовлям»), № 7 («Умивання»), № 9 («Ігнорування») і № 11 («Збирання іграшок»), з більшою ймовірністю будуть мати високий або середнім індексом тривожності ІТ.

Як правило, найбільший рівень тривожності проявляється в ситуаціях, що моделюють стосунки дитина-дитина («Гра з молодшими дітьми», «Об'єкт агресії», «Гра зі старшими дітьми», «Агресивна напад», «Ізоляція»). Значно нижчий рівень тривожності в малюнках, що моделюють стосунки дитина-дорослий («Дитина і мати з немовлям», «Догана», «Ігнорування», «Дитина з батьками»), і в ситуаціях, що моделюють повсякденні дії («Одягання», «Укладання спати на самоті »,« Умивання »,« Збирання іграшок »,« Їжа на самоті »).

Тест на визначення рівня нервово-психічного напруження дитини. Розроблений благодійним фондом «Запорука» [47].

«Визначте рівень нервово-психічного напруження вашої дитини»

Ця анкета спрямована на виявлення ознак нервово-психічної напруги у дітей. Прочитайте уважно запропоновані твердження та відзначте 1 балом твердження, які характерні для вашої дитини. Перелік питань подано в додатку Б.

2.3 Результати емпіричного дослідження та їх інтерпретація

Якісний аналіз отриманих результатів дозволяє визначити особливості емоційного досвіду дитини в різних ситуаціях, які можуть бути розділені на ситуації з позитивним та негативним емоційним забарвленням і ситуації з подвійним змістом. Результати дослідження загальної тривожності за методикою Тест тривожності (Р.Теммл, М.Доркі, В.Амен) (табл. 1.1; рис. 2.1.) показали, що інтенсивність переживання тривоги у дітей з РАС і

нормотипових дітей різні. У дошкільному віці нормотипові діти менш тривожні аніж діти із РАС.

Таблиця 2.1.

Результати діагностики загальної тривожності за методикою Тест тривожності (Р.Теммл, М.Доркі, В.Амен) серед нормотипових дітей та дітей з РАС

Рівень тривожності	Нормо типові діти (n=12)	% серед нормо типових дітей	Діти з РАС (n=12)	% серед дітей з РАС
Низький	3	25%	2	16,7%
Середній	7	58,3%	5	41,7%
Високий	2	16,7%	5	41,7%

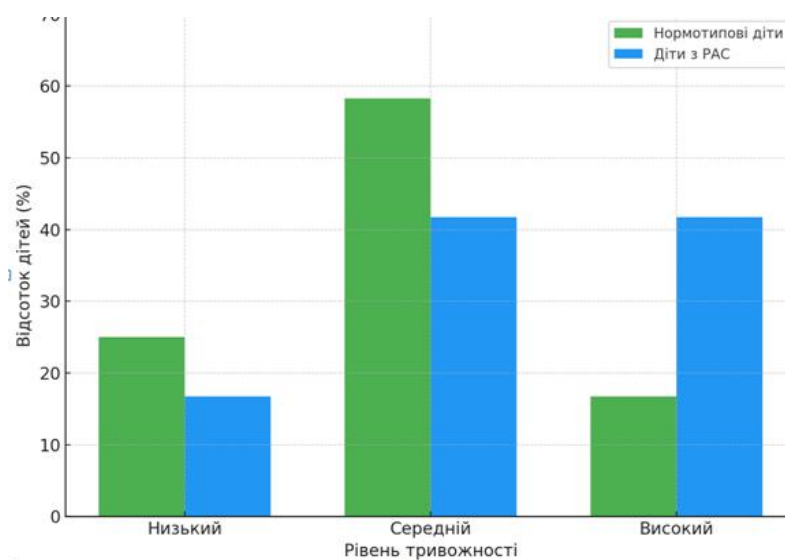


Рис. 2.1. Показники рівня загальної тривожності за методикою Тест тривожності (Р.Теммл, М.Доркі, В.Амен)

Отримані результати свідчать про суттєву різницю у рівнях тривожності між дітьми з РАС та нормотиповими дітьми.

У нормотиповій групі переважає середній рівень тривожності (58,3 %), що є типовим для дошкільного віку та вказує на емоційне реагування в межах вікової норми. Низький рівень спостерігається у 25 % дітей, високий – лише у 16,7 %.

Натомість серед дітей із РАС виявлено підвищений рівень емоційного напруження: високий рівень тривожності зафіксовано у 41,7 % обстежених.

Такий показник більш ніж удвічі перевищує аналогічний у нормотиповій групі. Це свідчить про наявність внутрішньої напруги, труднощів емоційної саморегуляції, а також високої сенсорної чутливості та соціальної вразливості, характерних для дітей з РАС. Підвищена тривожність у цієї категорії дітей може бути реакцією на зміни середовища, сенсорні перевантаження, труднощі у розумінні соціальних сигналів, а також страх перед новими подіями, новими завданнями, новими знайомствами.

Виявилося, що дошкільники з РАС частіше пов'язують свою тривогу з іншими людьми. До людей з якими діти з РАС можуть пов'язати свою тривогу відносяться не тільки рідні і знайомі, а й інші діти та вихователі, так як дітям з РАС важко встановлювати комунікацію та нові соціальні зв'язки. Діти без особливих освітніх потреб бояться фізичної травми, нещасних випадків, а також покарань від батьків або вихователів.

Наступним етапом дослідження було виявлення особливостей психоемоційного стану дітей через онлайн анкетування батьків, за допомогою опитувальника створеного Благолійним фондом «Запорука» на виявлення ознак нервово-психічної напруги у дітей. Опитування проходили батьки тих дітей які проходили Тест тривожності (Р.Теммл, М.Доркі, В.Амен), результати представлено в табл. 2.2. та на рис. 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати виявлення ознак нервово-психічної напруги серед нормотипових дітей та дітей з РАС

Рівень нервово-психічної напруги	% інтервал	Нормотипові діти (n=12)	Діти з РАС (n=12)	Характеристика стану
Слабкий ступінь	0-30%	10	8	Збережений емоційний баланс, стабільна поведінка, висока працездатність
Виразений ступінь	30-50%	2	4	Ознаки втоми, дратівливості, зниження концентрації, емоційна напруга
Високий ступінь	>50%	0	0	Висока тривожність, перевтома, ризик емоційного виснаження

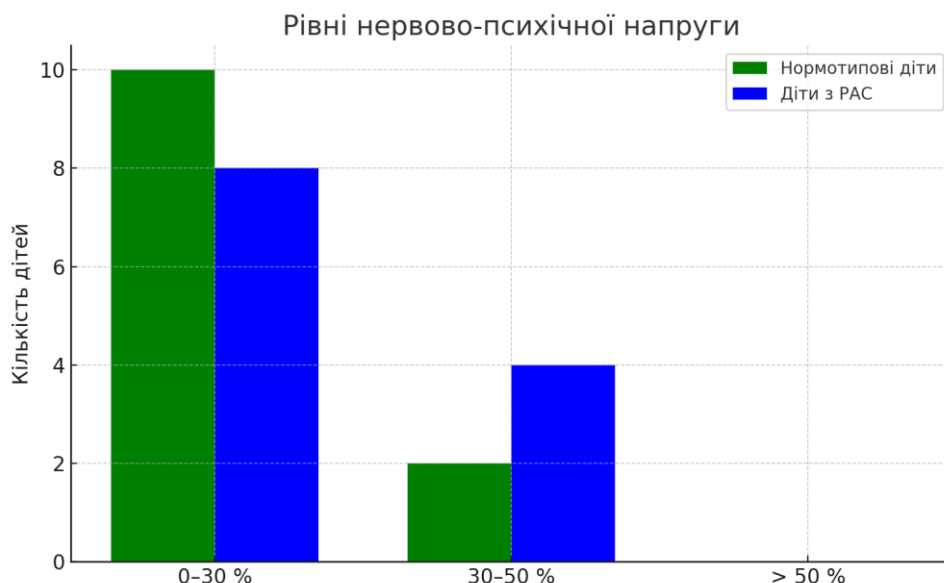


Рис. 2.2. Показники рівня нервово-психічної напруги серед нормотипових дітей та дітей з РАС

Отримані результати оцінювання рівня нервово-психічної напруги свідчать про загалом сприятливий психоемоційний стан дітей обох досліджуваних груп. Найбільша частка як нормотипових дітей, так і дітей з РАС продемонструвала низький рівень нервово-психічної напруги (0-30 %), відповідно 10 та 8 дітей. Це вказує на достатню стійкість до повсякденних навантажень, збереження емоційного контролю, ефективну адаптацію до освітнього середовища й відсутність гострих стресових факторів у більшості учасників.

У зоні вираженого рівня нервово-психічної напруги (30-50 %) спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей з РАС (4) порівняно з нормотиповою групою (2). Такий результат є очікуваним і може бути зумовлений характерними для дітей з РАС особливостями сенсорної переробки інформації, підвищеною чутливістю до змін, складнощами у соціальній взаємодії та необхідністю більшої структурованості й передбачуваності середовища. Ця відмінність потребує додаткової уваги з

боку педагогів і психологів, оскільки середній рівень напруги може впливати на працездатність, емоційну стабільність і поведінкові реакції.

Важливим позитивним показником є те, що високого рівня нервово-психічної напруги (>50 %) не виявлено ні серед нормотипових дітей, ні серед дітей з РАС. Це свідчить про відсутність станів значного психоемоційного виснаження або критичного стресу, що вказує на достатню ефективність організації освітнього процесу та підтримувального середовища.

Загалом результати демонструють, що більшість дітей перебувають у комфортному психоемоційному стані, однак група дітей з РАС потребує більш адресної підтримки для зниження вираженого рівня напруги та запобігання можливим адаптаційним труднощам.

Додатково в межах психологічного дослідження було розроблено авторський онлайн-опитувальник для батьків, які виховують дітей з розладами аутистичного спектра. Опитувальник створено за зразком аналогічних методик для батьків нормотипових дітей, однак адаптовано з урахуванням специфічних психоемоційних та поведінкових проявів дітей з РАС. Особливу увагу приділено розмежуванню типових для РАС особливостей поведінки та реакцій дитини на стресові ситуації.

Опитування проводилося з дотриманням принципу анонімності через соціальні мережі; у ньому взяли участь 29 родин з різних регіонів України. Опитувальник складається з 29 питань, спрямованих на виявлення психічних і фізичних реакцій дітей на стресові ситуації, з варіантами відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно», та використовується для оцінки рівня тривожності й нервового напруження у дітей з РАС. Перелік запитань подано в додатку В. Вікові групи дітей, батьки яких взяли участь в онлайн опитуванні представлено на рис. 2.3.

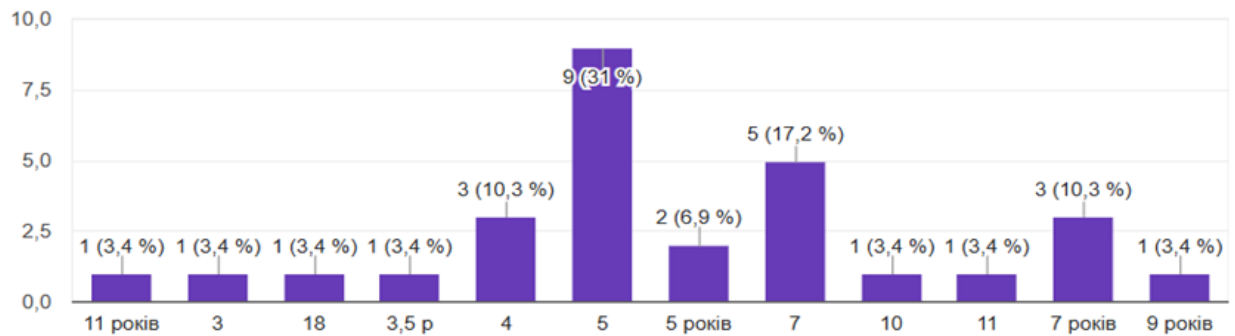


Рис. 2.3. Вікові групи дітей, батьки яких взяли участь в опитуванні

З відповідей на питання можна побачити, що вікова група дітей досить різноманітна, коливається від 3-х років до 18 років.

Батькам було запропоновано, за бажанням, повідомити діагноз своєї дитини. Діагнози, які були озвучені:

- аутизм;
- дитячий аутизм;
- аутизм підгрупа А, епілепсія;
- аутизм та РДУГ;
- органічний психічний розлад зі змішаним специфічним розладом розвитку ЗНМ 2 рівня, виражений порушенням поведінки, що призводять до соціальної дезаптації;
- аутизм, недорозвинена кора головного мозку, центральне ураження нервової системи;
- затримка психомовленнєвого розвитку, ураження нервової системи;
- РАС;
- РАС, ЗРР;
- РАС, РДУГ.

Відповіді на питання «Як часто дитина буває засмученою?» представлено на рис. 2.4.

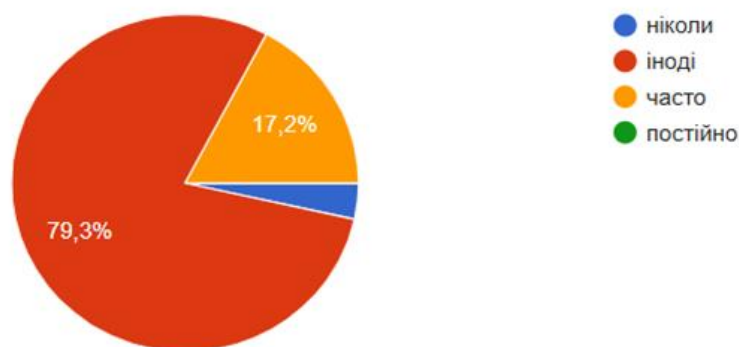


Рис. 2.4. Результати опитування щодо стану засмученості у дітей з РАС
Відповіді на питання «Як часто дитина перебуває у пригніченому стані?» представлено на рис 2.5.

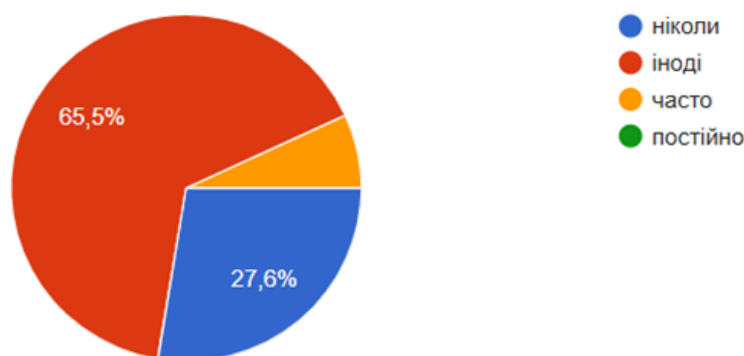


Рис. 2.5. Результати опитування щодо стану пригніченості у дітей з РАС

За результатами відповідей можна помітити, що переважає відповідь «іноді», це може свідчити про те, що переважну частину часу діти знаходяться у позитивному настрої. Це може свідчити про те, що стресові ситуації не викликають у дітей пригніченого стану, що в принципі є гарним показником.

Відповіді на питання «Як часто дитина перебуває у стані напруження?» представлено на рис. 2.6.

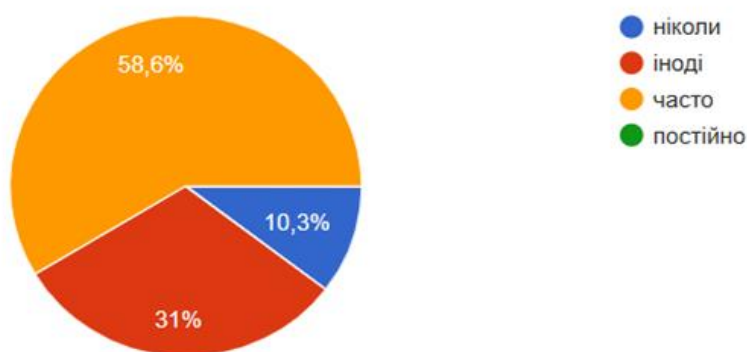


Рис. 2.6. Результати опитування щодо стану напруги у дітей з РАС

Результати показують, що переважну частину часу діти з РАС знаходяться у стані напруги. Ці показники свідчать про те, що стан напруги є типовим станом для дітей з РАС.

Відповіді на питання «Дитині бракує почуття безпеки, наче вона постійно побоюється якоїсь можливої загрози або небезпеки?» представлено на рис. 2.7.

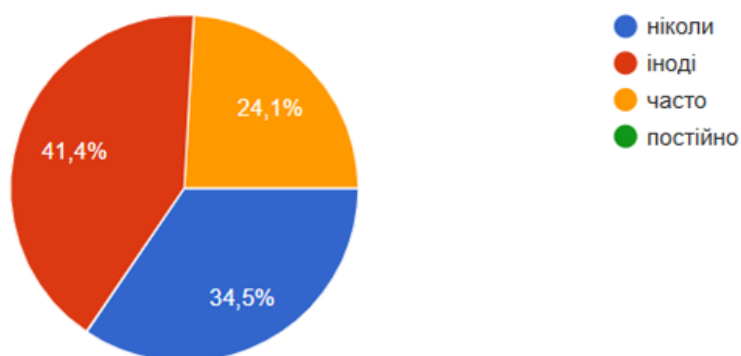


Рис. 2.7. Результати опитування щодо відчуття безпеки у дітей з РАС

Результати показують, що здебільшого, іноді або часто діти відчують небезпеку, хоча інстинкт самозбереження у дітей з РАС, здебільшого, знаходиться на низькому рівні.

Відповіді на питання «Коли дитина чогось лякається, чи важко їй дихати?» представлено на рис. 2.8.

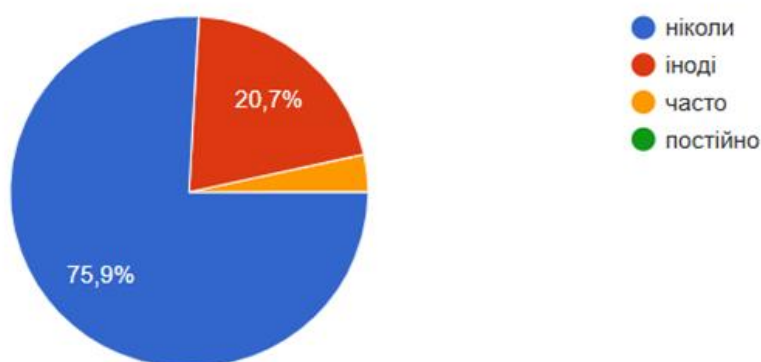


Рис. 2.8. Результати опитування щодо ускладнень з диханням під час стресової ситуації

Результати показують, що переважно, якщо дитина чогось лякається, ускладнень з диханням не виникає, тобто можна припустити, що ускладнення дихання не є типовою реакцією на стрес у дітей з РАС.

Відповіді на питання «Якщо дитина спить не вдома, чи страшно їй?» представлено на рис.2.9.

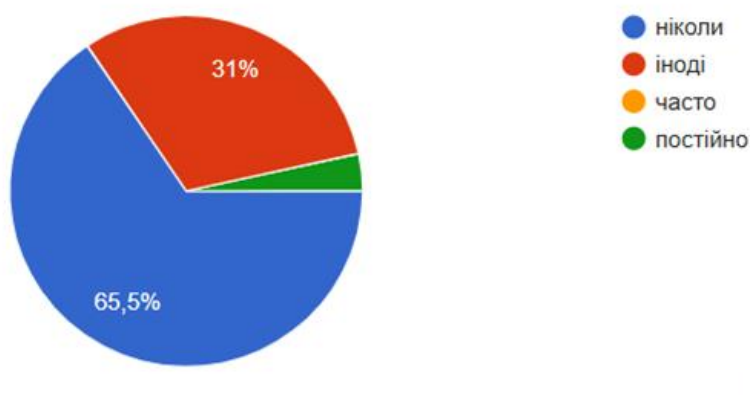


Рис. 2.9. Результати опитування щодо страху сну поза межами дому

Результати показують, що переважна більшість дітей не відчуває страху при можливості спати не вдома, тобто, це може свідчити про те, що сам ритуал сну діє на дітей з РАС заспокійливо.

Відповіді на питання «Як часто дитина ходє «хвостиком» за могою або татом?» представлено на рис. 2.10.

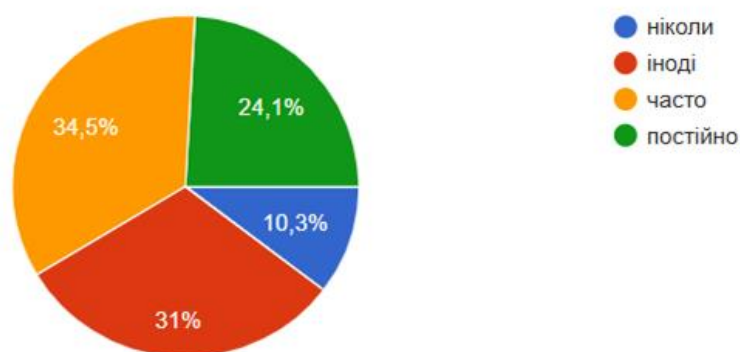


Рис. 2.10. Результати опитування щодо прив'язаності дітей з РАС до батьків

За результатами можна бачити, що значно переважаюча більшість дітей з РАС мають прив'язаність (залежність) до батьків.

Відповіді на питання «Як часто дитині буває дійсно страшно без жодної на те причини?» представлено на рис. 2.11.

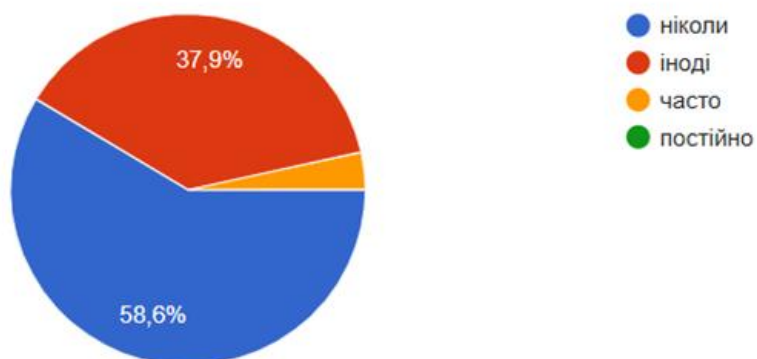


Рис. 2.11. Результати опитування щодо виявлення безпричинних страхів

Результати показують, що більшість дітей не відчують безпричинного страху, але трохи більше тритини опитуваних все ж таки іноді відчують страх без видимої та те причини.

Відповіді на питання «Як часто у дитини бувають напади тривоги (або панічні атаки)?» представлено на рис. 2.12.

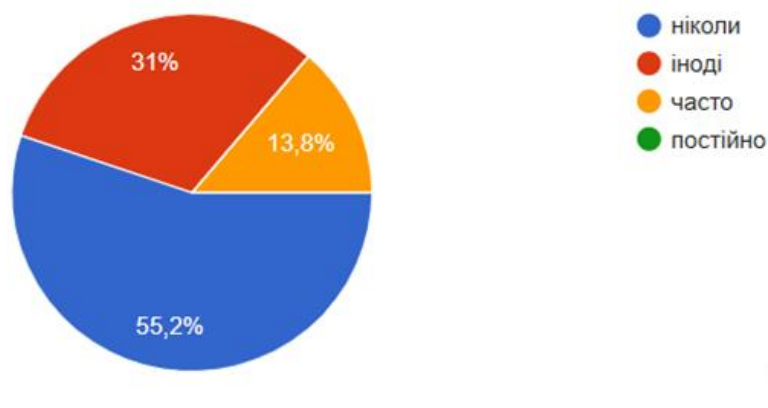


Рис. 2.12. Результати опитування на наявність панічних атак

Результати показують, що у більшості відсутні напади тривоги та панічні атаки, але, 31 % респондентів все ж таки іноді мають напади тривоги, а 13.8 % мають напади часто.

Відповіді на питання «Коли дитина переживає страх, тривогу, чи буває блювання?» представлено на рис. 2.13.

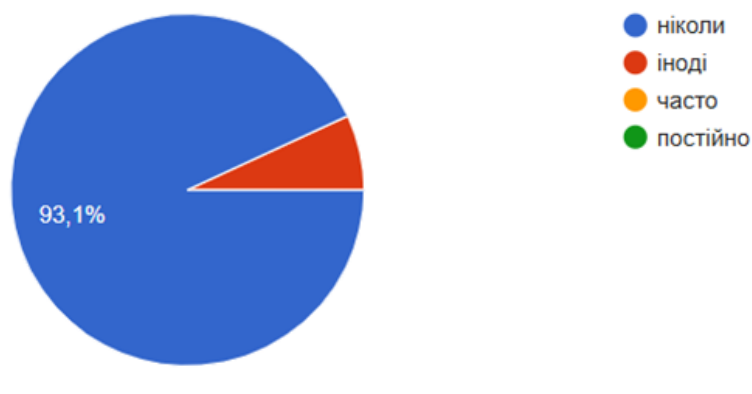


Рис. 2.13. Результати опитування щодо шлункових реакцій на стресову ситуацію у дітей з РАС

Результати показують, що шлункові реакції не є типовою реакцією на стресові ситуації, трапляються лише поодинокі випадки.

Відповіді на питання «Коли дитина переживає страх, тривогу, чи буває запаморочення?» представлено на рис. 2.14.

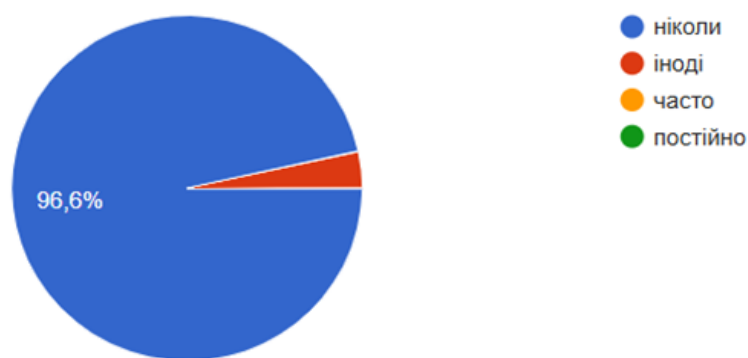


Рис. 2.14. Результат опитування щодо відчуття втрати рівноваги у дітей з РАС під час стресових ситуацій

Результати показують, що такий прояв як запаморочення не є типовою реакцією на стресову ситуацію, трапляються лише поодинокі випадки.

Відповіді на питання «Коли дитина перебуває на ігровому майданчику разом з іншими дітьми, чи поводить się знервовано?» представлено на рис. 2.15.

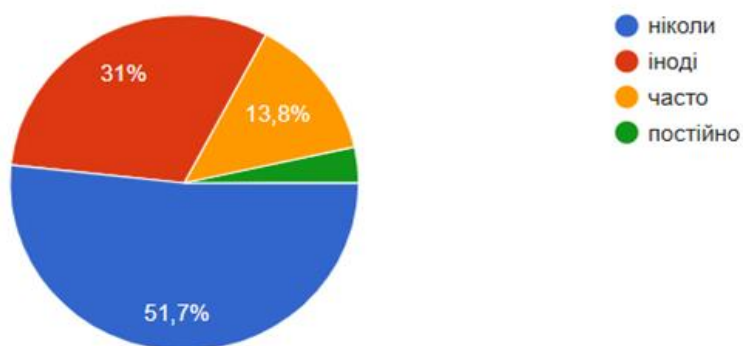


Рис. 2.15. Результати опитування щодо відчуття комфорту у дітей з РАС під час комунікації з іншими дітьми

За результатами можна помітити, що половина опитуваних, 51,7 % невідчувають дискомфорту поруч з іншими дітьми, 31 % – відчувають дискомфорт в деяких ситуаціях, 13,8 % переважно почуваються не комфортно, 3,4 % – відчувають дискомфорт перебуваючи поряд з іншими дітьми на ігровому майданчику.

Відповіді на питання «Як часто виконання будь-якого завдання викликає зайве занепокоєння?» представлено на рис. 2.16.

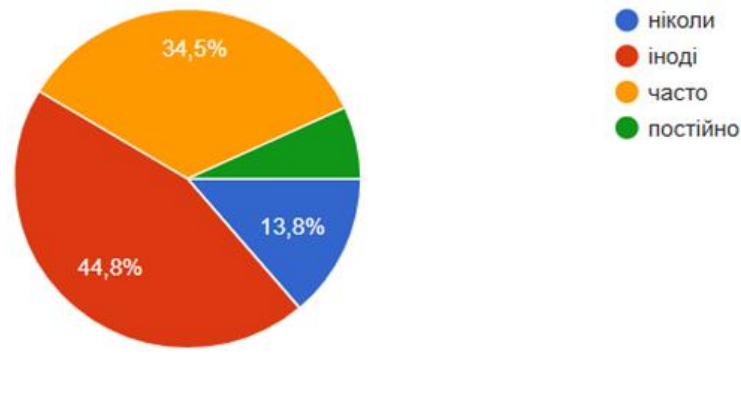


Рис. 2.16. Результати опитування щодо ставлення дітей з РАС до виконання завдань

Результати показують, що в переважній більшості випадків виконання будь-яких завдань у дітей з РАС викликають занепокоєння, тим самим підвищуючи стан напруги.

Відповіді на питання «Руки зазвичай холодні і вологі?» представлено на рис. 2.17.

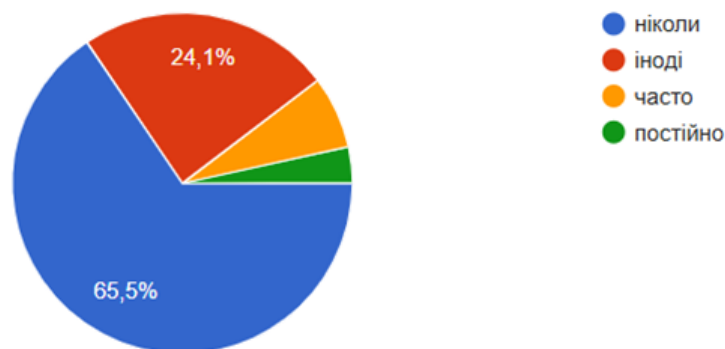


Рис. 2.17. Результати опитування щодо прояву фізіологічних реакцій на стрес, таких як холодні та вологі руки

Результати показують, що така реакція на стрес виникає в третині випадків.

Відповіді на питання «Украї нестійкий настрій, може сміятися і плакати одночасно?» представлено на рис. 2.18.

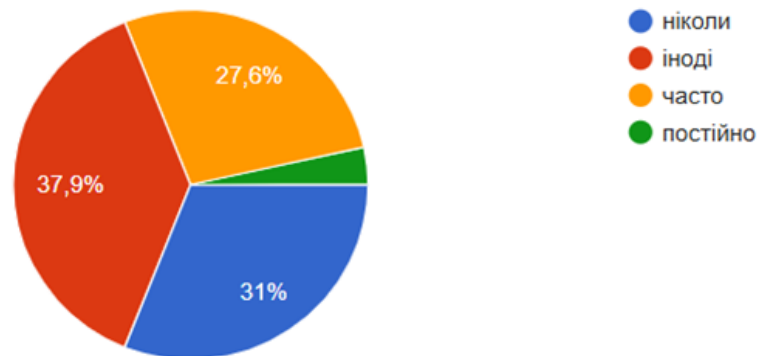


Рис. 2.18. Результати опитування щодо проявів психо-емоційної нестабільності у дітей з РАС

Результати показують, що в більшості випадків діти з РАС неспроможні тримати баланс в прояві емоцій.

Відповіді на питання «Як часто буває надмірний плач без причини?» представлено на рис. 2.19.

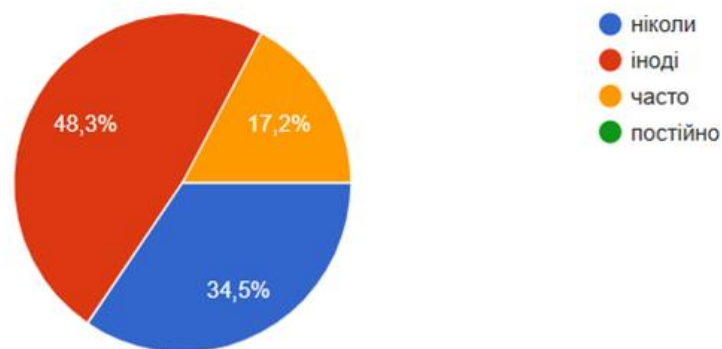


Рис. 2.19. Результати опитування щодо вміння стримувати плач

Результати показують, що 34,5% мають здатність контролювати інтенсивність плачу, 48,3 % мають з цим ускладнення, а 17,2 % важко контролювати надмірні прояви плачу.

Відповіді на питання «Як часто буває надмірний сміх без причини?» представлено на рис. 2.20.

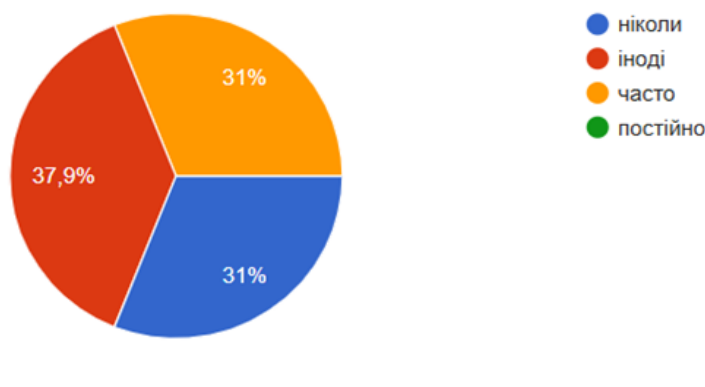


Рис. 2.20. Результати опитування щодо вміння стримувати сміх дітьми з РАС

В данному випадку результати розділились на 3 майже рівні частини, які показують, що 31 % дітей має здатність контролювати прояви сміху, 37,9 % мають з цим ускладнення, та 31 % дітей має труднощі з контролем надмірного сміху.

Відповіді на питання «Довго засинає, неспокійно спить, часто прокидається вночі?» представлено на рис. 2.21.

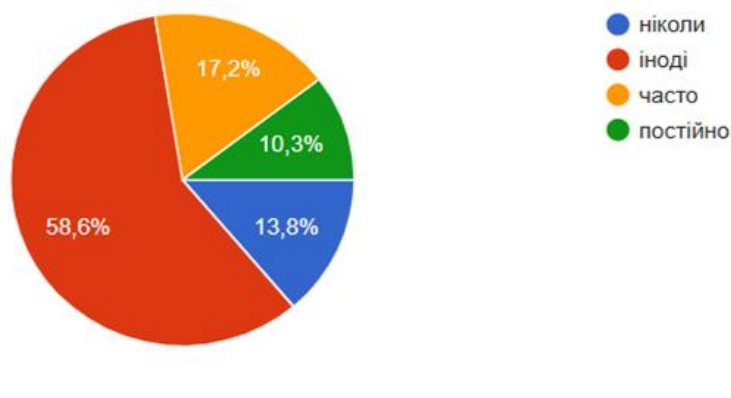


Рис. 2.21. Результати опитування щодо якості сну у дітей з РАС

Результати показують, що в значній більшості діти з РАС мають труднощі з засинанням та не спокійний сон, що може свідчити про те, що діти з РАС здебільшого знаходяться в стані напруги та їх нервова система «не вміє відпочивати».

Відповіді на питання «Чи боїться лагати спати без світла?» представлено на рис. 2.22.

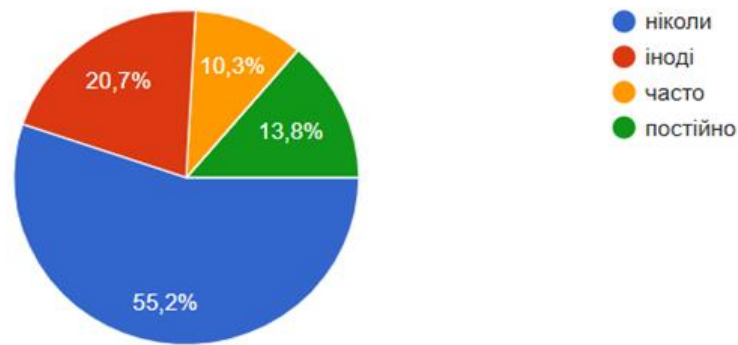


Рис. 2.22. Результати опитування щодо виявлення страху темряви

За результатами можна побачити, що половина респондентів не проявляє страху від темряви, друга половина розділилась за інтенсивністю прояву: 20,7 % проявляють деяке занепокоєння від темряви, 10,3 % відчують значний дискомфорт від темряви, 13,8 % проявляють ознаки явного страху темряви.

Відповіді на питання «Без будь-яких явних причин блідне, червоніє?» представлено на рис. 2.23.

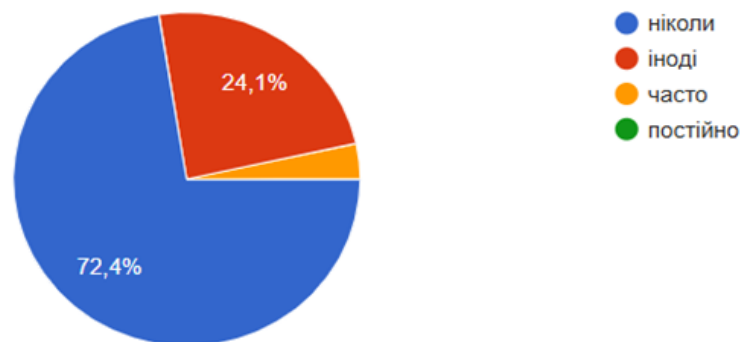


Рис. 2.23. Результати опитування щодо фізіологічних проявів, таких як блідість або почервоніння

Результати показують, що ці прояви не є типовими, можуть виникати зрідка.

Відповіді на питання «Без будь-яких явних причин з'являється алергія; різні висипи на шкірі?» представлено на рис. 2.24.

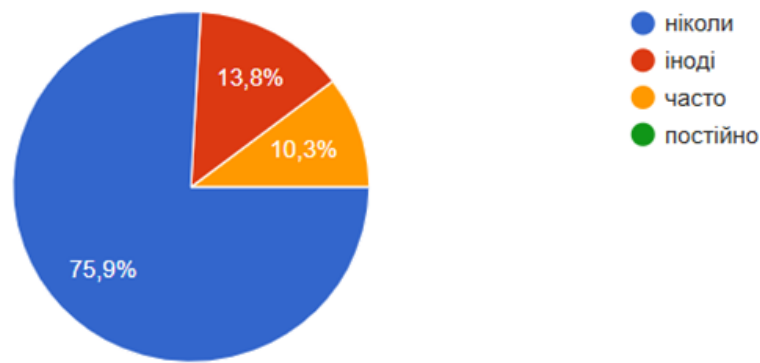


Рис. 2.24. Результати опитування щодо прояву алергічних реакцій без видимих причин

За результатами можна помітити, що алергічні висипи не є типовими реакціями організму на стресові ситуації у дітей з РАС.

Відповіді на питання «Як часто помітно знижується апетит?» представлено на рис. 2.25.

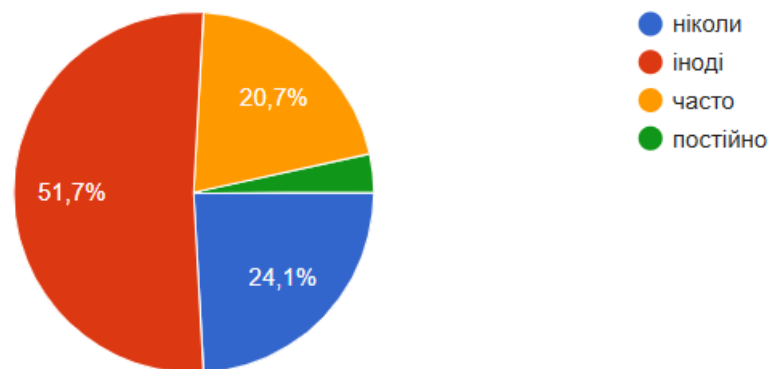


Рис. 2.25. Результати опитування щодо зниження апетиту у дітей з РАС як реакції на стресові ситуації

Як видно з результатів, у переважної більшості дітей помічається значне зниження апетиту. Оскільки дітям з РАС притаманна вибірковість в їжі, то помітне зниження апетиту можна вважати типовим проявом реакції на стрес.

Відповіді на питання «Як часто підвищується температура без причини?» представлено на рис. 2.26.

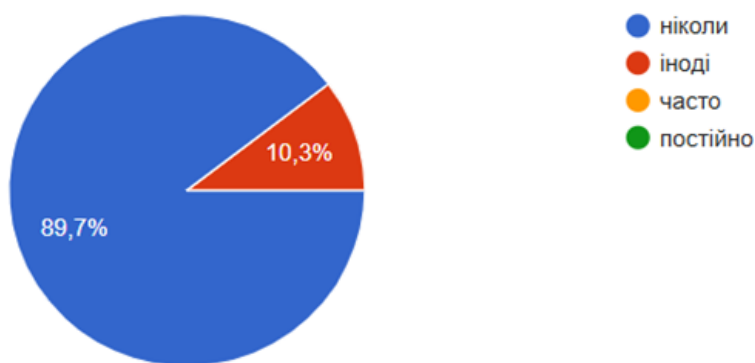


Рис. 2.26. Результати опитування щодо безпричинного підвищення температури

Результати показують що такі прояви не є типовими, а трапляються лиш поодинокі випадки.

Відповіді на питання «Часто і довго хворіє?» представлено на рис. 2.27.

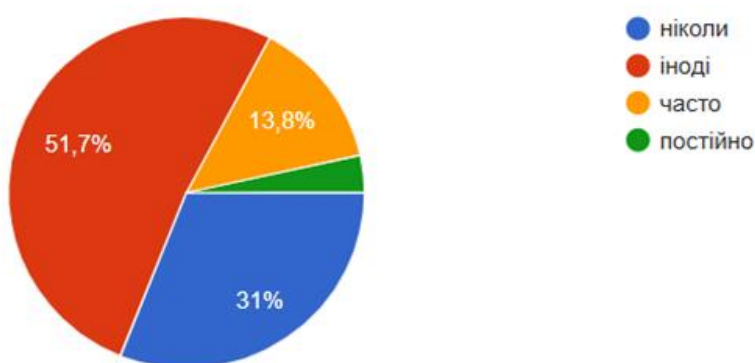


Рис. 2.27. Результати опитування щодо частоти і тривалості вірусних захворювань у дітей з РАС

Результати показують, що більшість дітей схильні до частих і тривалих перебігів вірусних захворювань.

Відповіді на питання «Як часто дитина буває втомленою без видимих причин?» представлено на рис. 2.28.

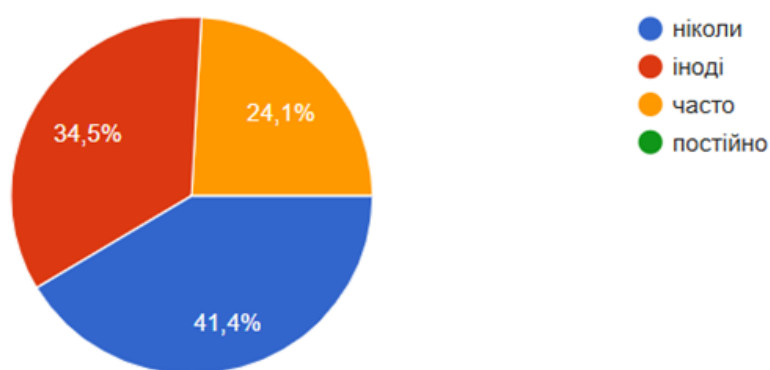


Рис. 2.28. Результати опитування щодо проявів виснаження у дітей з РАС

Результати показують, що трохи менше половини респондентів, 41,4 %, не виявляють ознак безпричинної втоми, 34,5 % виявляють ознаки незначної перевтоми, 24,1 % проявляють втому значною мірою.

Відповіді на питання «Як часто дитина буває занепокоєною та метушливою без видимих причин?» представлено на рис. 2.29.

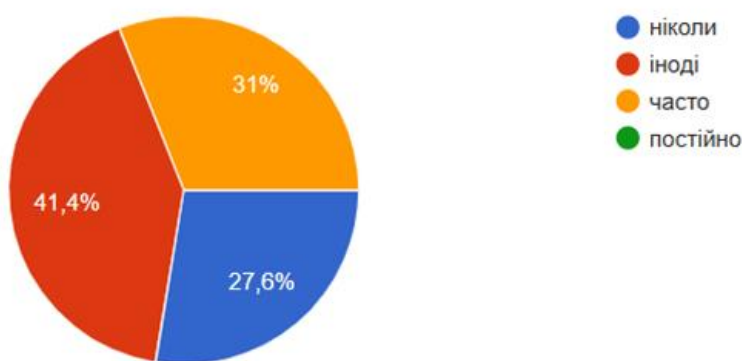


Рис. 2.29. Результати опитування щодо психомоторного збудження

За результатами можна побачити, що переважна більшість дітей перебуває у стані психомоторного збудження. Це може свідчити про гіперзбудження, як реакцію на стрес.

Відповіді на питання «Як часто дитина проявляє надмірну само агресію?» представлено на рис. 2.30.

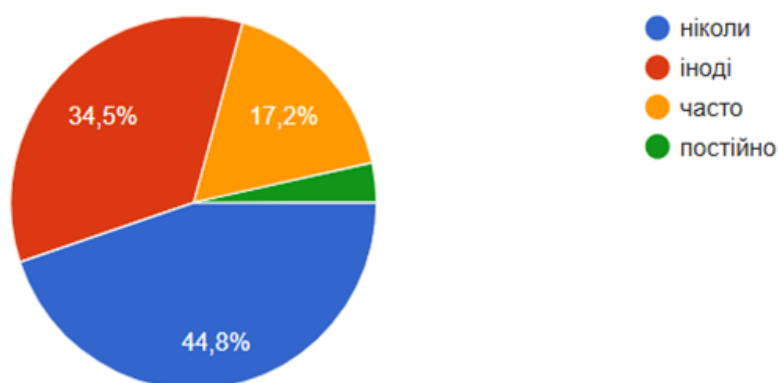


Рис. 2.30. Результати опитування щодо рівня самоагресії

Так як самоагресія є типовим проявом поведінки дітей з РАС, за отриманими результатами можна помітити, що нервове напруження значно підвищує ці прояви.

Відповіді на питання «Як часто трапляються спонтанні спалахи гніву?» представлено на рис. 2.31.

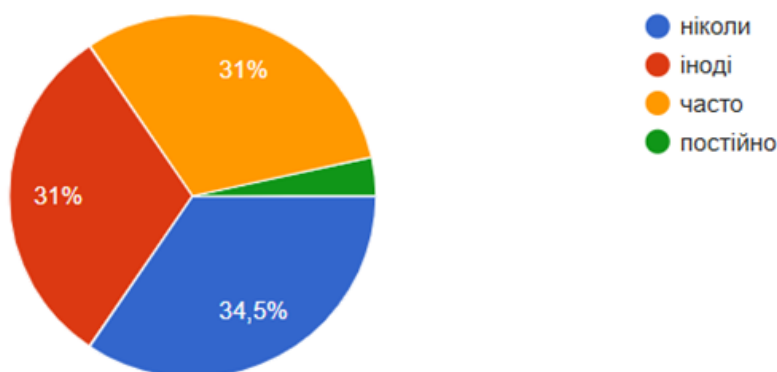


Рис. 2.31. Результати опитування щодо проявів спонтанного гніву

Отримані результати свідчать про те, що здебільшого діти з РАС мають труднощі з контролем гніву, особливо коли присутні стресові фактори. Так як у дітей з РАС існують мовленнєві проблеми, то спонтанні прояви гніву стають реакцією на стрес.

Відповіді на питання «Як часто трапляється безпричинна «закляклість»?» представлено на рис. 2.32.

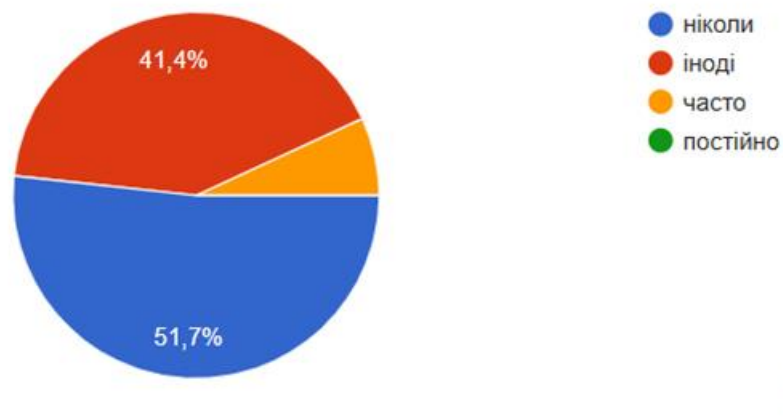


Рис. 2.32. Результати опитування щодо здатності до переключення розумових процесів і адаптації до нових умов середовища

Результати показують, що половина респондентів має труднощі з процесами переключення, тому заляклість або «застигання» стає проявом реакції на стресові фактори, а у іншій половині цей процес відбувається значно простіше та не викликає ніяких зайвих реакцій.

Висновки до розділу 2

Другий розділ було присвячено емпіричному дослідженню специфіки переживання стресу дітьми з РАС. У процесі дослідження виявлено, що діти з РАС характеризуються підвищеною чутливістю до змін середовища, складнощами у вербальному вираженні власного емоційного стану та тенденцією до соматизації стресових переживань. Було встановлено, що їх реакції на стрес мають переважно поведінковий характер (стереотипії, уникання взаємодії, підвищена тривожність), що відрізняє їх від реакцій нейротипових однолітків.

Більш точним і дієвим методом досліджень все ж таки є спостереження саме спеціалістом за поведінкою дітей з РАС. Опитувальники для батьків не можуть бути повністю достовірними, так як існує декілька проблем, а саме:

- деякі батьки не сприймають той факт, що у дитини присутній діагноз розладів аутистичного спектра, свідомо не погоджуються з усіма наявними проявами розладу, пояснюючи їх віковими особливостями розвитку дитини;
- деякі батьки соромляться діагнозу дитини, воліючи про нього не сповіщати, сподіваючись що з віком прояви розладу пройдуть;
- деякі батьки необ'єктивно оцінюють стан дитини, примешуючи або перебільшуючи значення проявів;
- деякі батьки проявляють недовіру до психології та боязнь перед психіатрією, воліючи самотійно долати виникаючі проблеми.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ РАС В УМОВАХ ПЕРЕЖИВАННЯ НАСЛІДКІВ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ

3.1. Основні форми та методи психологічної допомоги дітям із РАС

Розлади аутистичного спектра є комплексними нейророзвитковими порушеннями, що впливають на соціальну взаємодію, комунікацію, емоційну регуляцію та поведінкові реакції дитини. Ефективна психологічна допомога передбачає використання системи методів, які враховують індивідуальні особливості, сенсорний профіль, рівень розвитку мовлення та потребу у структурованому середовищі [3; 8; 9].

Сучасні підходи до психологічного супроводу дітей із РАС ґрунтуються на принципах:

- комплексності, що об'єднує корекційні, когнітивні, поведінкові й сенсорні методи;
- індивідуалізації, яка забезпечує адаптацію методів до конкретної дитини;
- наукової доказовості, що передбачає застосування методик із підтвердженою ефективністю;
- мультидисциплінарності, де робота здійснюється командою фахівців;
- сімейно-орієнтованого підходу, який включає активну взаємодію з батьками.

Індивідуальні форми психологічної допомоги дітям із РАС.

1. Індивідуальне психологічне консультування. Цей вид роботи спрямований на поглиблене вивчення емоційного світу дитини, розвиток навичок саморегуляції та зниження рівня тривожності. З огляду, на труднощі у вираженні емоцій, діти з РАС потребують використання додаткових

невербальних засобів комунікації – піктограм, емоційних карток, візуальних шкал. У процесі консультування психолог допомагає дитині:

- диференціювати власні емоції;
- використовувати доступні засоби самозаспокоєння;
- формувати навички усвідомлення та контролю станів.

2. Корекційно-розвивальні заняття [8; 9]. Заняття мають структурований характер та орієнтовані на розвиток когнітивних функцій, мовлення, адаптивної поведінки. Під час занять застосовуються:

- вправи на розвиток уваги, пам'яті, мислення;
- елементи сенсорної інтеграції;
- альтернативні засоби комунікації («PECS», жестова підтримка);
- спеціальні предметні та візуальні матеріали.

Ефективність індивідуальних занять підвищується завдяки чітким і зрозумілим для дитини інструкціям, використанню підкріплень і сталій структурі сесії.

3. Групові форми психологічної роботи.

3.1. Групи розвитку соціальних навичок [16; 18; 28]. Потреба у соціальній взаємодії є однією з ключових проблем дітей із РАС. Групові заняття спрямовані на формування навичок спільної діяльності, взаємодії з однолітками, розуміння соціальних правил.

Основні методи роботи:

- рольові ігри;
- моделювання соціальних ситуацій;
- вправи на розвиток комунікативної ініціативи;
- соціальні історії, що демонструють зразки поведінки.

3.2. Групові тренінги емоційного інтелекту. Ці заняття допомагають дітям із РАС розпізнавати емоції, розуміти невербальні сигнали, формувати адекватні форми емоційної реакції [20; 24; 34]. Методи включають використання карток емоцій, фотографій, ігор на вираження почуттів, технік самозаспокоєння.

3.3. Сенсорно-інтеграційні групи. Такі групи орієнтовані на нормалізацію сенсорної обробки інформації, зменшення гіпер- або гіпочутливості та покращення саморегуляції [8; 38; 50].

Використовуються:

- різноманітні тактильні матеріали;
- обладнання для глибокого тиску;
- гойдалки, балансувальні дошки;
- вправи на координацію рухів.

4. Поведінкові методи в роботі з дітьми з РАС.

4.1. Прикладний аналіз поведінки («АВА-терапія»). «АВА-терапія» є найбільш визнаним науково доказовим методом [10]. Її ключові елементи:

- розбиття навичок на маленькі компоненти;
- чіткі інструкції;
- систематичне позитивне підкріплення;
- аналіз тригерів і наслідків поведінки.

Завдяки цьому формуються базові навички самообслуговування, комунікації, навчальної поведінки.

4.2. Натуралістичні методи. Цей напрям передбачає навчання у природних, ігрових ситуаціях, коли мотивація дитини є ключовим елементом.

Методи включають:

- спільні ігрові дії;
- навчання через інтереси дитини;
- підкріплення, що пов'язане з дією (наприклад, прохання → отримання предмета).

5. Комунікативні методи психологічної підтримки.

5.1. «PECS» – система альтернативної комунікації. «PECS» сприяє розвитку вміння ініціювати комунікацію, будувати запити, використовувати картки для формування фраз. Це особливо важливо для дітей без мовлення або з обмеженим мовленнєвим запасом.

5.2. Невербальні форми комунікації. Жести, міміка, візуальні інструкції та символи полегшують розуміння мовлення й зменшують комунікативне навантаження на дитину.

6. Сенсорні та регуляційні методи допомоги. Методи сенсорної інтеграції допомагають дитині краще опрацьовувати зовнішні стимули та знижувати рівень перевантаження.

До них належать:

- глибокий тиск, важкі ковдри;
- вправи на розвиток пропріоцепції;
- антистрес-матеріали;
- вправи на м'язову релаксацію.

Методи саморегуляції (дихальні вправи, техніки заспокоєння) можуть застосовуватися як у терапевтичному, так і в домашньому чи освітньому середовищі.

7. Співпраця з родиною як необхідна умова ефективної допомоги. Психологічна підтримка батьків є важливим компонентом комплексної роботи.

Основні напрями:

- консультування з питань поведінкових стратегій;
- включення батьків у навчання альтернативної комунікації;
- супровід у питаннях емоційного вигорання;
- узгодження програм розвитку вдома та в закладі освіти.

8. Мультидисциплінарний підхід. Ефективна допомога дітям із РАС вимагає взаємодії психолога, вчителя-асистента, логопеда-дефектолога, ерготерапевта, нейропсихолога, дитячого психіатра.

Командна робота забезпечує:

- комплексну оцінку розвитку;
- узгодження цілей терапії;
- багатовекторну підтримку у навчальному та соціальному середовищі.

Як допомогти дітям з РАС у подоланні стресу:

- створіть безпечне та передбачуване середовище. Діти з РАС потребують стабільності та передбачуваності. Забезпечте чіткий розпорядок дня, зрозумілі правила та послідовність у діях. Обмежте кількість сенсорних подразників та надайте можливість усамітнення у спокійному місці.

- зменште сенсорне навантаження. Забезпечте тихе середовище, уникніть гучних звуків, можливо, використовуйте шумоізоляційні навушники.

- використовуйте методи емоційного розвантаження. Заохочуйте гру з піском, бій подушками, крики, зминання або наривання паперу.

- навчіть їх розпізнавати та виражати емоції. За допомогою візуальних підказок, ігор та інших методів, допоможіть дітям з РАС навчитися розпізнавати та виражати свої емоції.

- забезпечте підтримку у соціальній взаємодії. Допоможіть дітям з РАС розвивати соціальні навички та налагодити позитивні взаємини з іншими. Заохочуйте гру в групах та надавайте підтримку у соціальних ситуаціях.

- забезпечте фізичну активність. Рухлива діяльність допомагає дітям із РАС.

- звертайтеся до спеціалістів, якщо стрес виявився.

3.2. Авторська програма психологічної допомоги дошкільникам із РАС.

Загальна характеристика програми.

Програма «Острівцеь гармонії» орієнтована на психологічний супровід дітей дошкільного віку (3-7 років) з розладами аутистичного спектра з урахуванням індивідуальних сенсорних, емоційних та поведінкових особливостей. Вона спрямована на розвиток базових комунікативних умінь, соціальних навичок, емоційної регуляції, сенсорної інтеграції та навчальної поведінки.

Програма має гнучку структуру й може адаптуватися для дітей із різним рівнем підтримки.

Мета програми.

Сприяти психічному розвитку дошкільників із РАС шляхом формування комунікативних, емоційних, соціальних та адаптивних навичок, необхідних для успішної взаємодії в освітньому та соціальному середовищі.

Завдання програми.

Комунікативні:

- розширення засобів комунікації («PECS», жести, міміка, мовлення);
- формування навичок ініціювання контакту;
- розвиток розуміння зверненої інструкції.

Соціальні:

- формування навичок спільної гри та взаємодії з однолітками;
- опанування соціальних правил;
- навчання елементарної черговості та терпіння.

Емоційно-регуляційні:

- розвиток уміння розпізнавати та позначати емоції;
- навчання технік самозаспокоєння;
- зниження рівня поведінкової напруги.

Сенсорні:

- робота над сенсорними гіпер- та гіпочутливостями;
- покращення сенсорної інтеграції;
- формування толерантності до нових стимулів.

Адаптивні:

- розвиток навчальної поведінки (сидіти, слухати, виконувати завдання);
- формування навичок самообслуговування;
- покращення самостійності.

Принципи програми.

Індивідуалізація – врахування сенсорного профілю, рівня мовлення, особливостей мотивації.

Візуальна підтримка – розклади, піктограми, таймери, соціальні історії.

Структурованість – стабільний порядок занять, чіткі правила, передбачувані переходи.

Позитивне підкріплення – акцент на винагородах, мотивації, посиленні бажаної поведінки.

Батьківська участь – взаємодія з родиною щодо домашнього узгодженого супроводу.

Структура програми.

(5 напрямів роботи):

1. Розвиток комунікації.

Методи:

- «PECS» (1-3 фази);
- жести, точкові знаки, картки-символи;
- артикуляційні ігри;
- вправи «Покажи», «Візьми», «Принеси», «Дай».

Очікувані результати:

- дитина вміє позначати потреби;
- виконує прості інструкції;
- поступово використовує мовленнєві або альтернативні засоби.

2. Формування соціальних навичок.

Методи:

- рольові ігри;
- соціальні історії;
- моделювання типових ситуацій («у садочку», «у черзі», «на занятті»);
- ігри на чергування (передача м'яча, будівництво вежі по черзі).

Очікувані результати:

- дитина дотримується правил гри;
- краще переносить перебування в групі;
- взаємодіє з дорослим та однолітком.

3. Емоційно-регуляційний розвиток.

Методи:

- картки емоцій;
- «термометр настрою»;
- дихальні техніки («квітка-свічка», «дихання квадратом»);
- ігри «Заспокоїмо тіло», «М'які долоньки».

Очікувані результати:

- дитина розпізнає основні емоції;
- знає 1-2 техніки заспокоєння;
- зменшується кількість епізодів напруги.

4. Сенсорна інтеграція.

Методи:

- важкі ковдри, валики, «deep pressure» (або глибокий тиск);
- тактильні лотки (рис, манка, боби, кінетичний пісок);
- «сенсорні доріжки»;
- рухові вправи (гойдалка, тунелі, м'ячі).

Очікувані результати:

- зниження сенсорної гіпер- або гіпочутливості;
- покращення концентрації;
- зменшення поведінкових зривів.

5. Розвиток навчальної поведінки та самообслуговування.

Методи:

- робота за структурованою системою «TEACCH»;
- короткі завдання з поступовим збільшенням тривалості;
- візуальні інструкції для умивання, вдягання, прибирання;
- формування «робочого місця».

Очікувані результати:

- дитина здатна працювати за столом 5-10 хв;
- виконує послідовність дій;
- проявляє більше самостійності.

Організація роботи за програмою.

Тривалість програми: 6 місяців (можна продовжувати).

Форма роботи: індивідуальні та малі групи (2-3 дитини).

Кількість занять:

Індивідуальні – 2 рази на тиждень по 25-30 хв;

Групові – 1 раз на тиждень по 20-25 хв;

Сенсорні сесії – 2-3 рази на тиждень по 15 хв.

Приблизний тематичний план роботи (фрагмент).

Перший місяць роботи спрямований на зниження первинного стресу, пов'язаного з новими умовами взаємодії, та формування базового почуття безпеки. Основна увага приділяється розвитку простих форм комунікації, які зменшують фрустрацію та напруження, що виникають через труднощі у вираженні потреб. Використовуються вправи «Дай - візьми» та картки альтернативної комунікації «PECS», які допомагають дитині зрозуміти, що її потреби можуть бути почуті й задоволені. Тактильні та сенсорні ігри спрямовані на зниження сенсорного перевантаження, яке часто виступає джерелом стресу для дітей з РАС.

Другий місяць присвячений формуванню емоційної обізнаності як важливої умови подолання стресу. Діти навчаються розпізнавати власні емоційні стани, пов'язані з напругою, тривогою або збудженням. Вправа «Кольори настрою» сприяє усвідомленню емоцій та їх зовнішніх проявів. Значну увагу приділено формуванню первинних навичок саморегуляції, зокрема через дихальні вправи («Квітка - свічка»), які використовуються як доступний спосіб зниження емоційного напруження у стресових ситуаціях.

Третій місяць роботи спрямований на зниження соціального стресу, що виникає під час взаємодії з іншими дітьми. Через спільні ігри («Граємо разом») формуються навички взаємодії, очікування черги та прийняття правил, що допомагає зменшити тривожність у соціальних ситуаціях. Соціальні історії використовуються для пояснення типових стресогенних ситуацій (очікування, відмова, зміна діяльності) та формування більш передбачуваного й зрозумілого соціального середовища.

Четвертий місяць присвячений зниженню стресу, пов'язаного з навчальною діяльністю. Використання елементів методики «ТЕАССН» дозволяє структурувати простір і час, що значно зменшує рівень тривоги та невизначеності. Діти навчаються працювати за чітким алгоритмом, дотримуватися послідовності дій та завершувати завдання, що сприяє формуванню відчуття контролю над ситуацією та зниженню стресових реакцій.

П'ятий місяць роботи спрямований на розвиток комунікації у групі як чинника подолання стресу у міжособистісній взаємодії. Діти відпрацьовують навички вербального або альтернативного звернення з проханнями («Скажи - отримай»), що зменшує напруження, пов'язане з неможливістю висловити свої потреби. Мінідіалоги допомагають формувати досвід безпечної комунікації та поступово знижують рівень соціальної тривожності.

Шостий місяць спрямований на узагальнення та перенесення сформованих навичок подолання стресу у повсякденне життя. Особлива увага приділяється застосуванню навичок саморегуляції, комунікації та емоційного контролю у реальних побутових і соціальних ситуаціях. До роботи активно залучаються батьки з метою підтримки стабільності емоційного стану дитини та запобігання повторному зростанню рівня стресу.

Для оцінювання результатів використовуються:

- чек-листи динаміки розвитку;
- батьківські опитувальники;
- спостереження;
- аналіз комунікативних епізодів;
- міні-тести на виконання інструкцій.

Очікувані результати програми.

До завершення програми у дитини очікується:

- розширення засобів комунікації;
- зниження емоційної та поведінкової напруги;
- покращення соціальної взаємодії;

- підвищення сенсорної толерантності;
- формування базової навчальної поведінки;
- збільшення рівня самостійності.

Взаємодія з батьками.

- консультації 1 раз на місяць;
- навчальні міні-інструкції для домашнього використання;
- обговорення динаміки та труднощів;
- спільні вправи для закріплення навичок.

Наукове обґрунтування авторської програми психологічної допомоги дошкільникам із РАС «Острівець гармонії».

Сучасні наукові дослідження підтверджують, що розлади аутистичного спектра є комплексними нейророзвитковими порушеннями, що охоплюють різні рівні психічної діяльності дитини – від емоційно-сенсорної сфери до соціальної взаємодії, комунікації та поведінкової регуляції. Наукові праці (S. Rogers, L. Vismara, G. Dawson) [52] а також українських дослідників: Д. Литвяк, Л. Зленко [8]; Т. Скрипник [25]; Л. Матохнюк, Ю. Максименко [13] підкреслюють необхідність системного та індивідуально адаптованого підходу до супроводу дітей із РАС. Саме тому впровадження спеціальних програм психологічної допомоги для дошкільників є ключовою умовою їх успішної соціальної адаптації та подальшого включення в освітнє середовище.

В основі створення авторської програми «Острівець гармонії» лежить біопсихосоціальна модель розвитку, згідно з якою формування дитячої поведінки визначається взаємодією нейробіологічних особливостей, когнітивних функцій, сімейного середовища та соціального контексту. У дошкільників із РАС спостерігається порушення інтеграції сенсорної інформації, звуження інтересів, особливості моторики, а також труднощі у формуванні комунікативних та соціальних навичок. Це потребує створення спеціальних умов, що забезпечують максимально доступне опанування світу

через структуроване середовище, візуальну підтримку та поетапне формування навичок.

Результати доказових міжнародних практик («ABA», «TEACCH», «DIR/Floortime», сенсорна інтеграція) демонструють ефективність підходів, які поєднують поведінкові методи, розвиток комунікації, соціальних навичок і сенсорну корекцію. Програма «Острівець гармонії» інтегрує ці перевірені часом компоненти, адаптуючи їх до реалій української дошкільної освіти. Така інтеграція дозволяє забезпечити цілісну підтримку, коли розвиток комунікації підсилює соціальну взаємодію, а сенсорна інтеграція створює базу для емоційної стабільності та навчальної поведінки.

Науковці наголошують, що діти з РАС значно краще сприймають структуровану, передбачувану, візуалізовану інформацію, що допомагає знизити рівень тривожності, полегшує адаптацію та сприяє формуванню цілеспрямованої поведінки. Саме тому у програмі використовуються піктограми, розклади, таймери, тому що вони формують опору, необхідну для стабільного функціонування дитини у соціальному середовищі.

Психологічна допомога дітям із РАС повинна враховувати й той факт, що розвиток навичок саморегуляції значною мірою залежить від сенсорних особливостей дитини. Дослідження Е. Д. Айрес [50] та її послідовників доводять: сенсорні дисфункції негативно впливають на настрій, поведінку та здатність до навчання. Саме тому програма включає методи сенсорної інтеграції та вправи на пропріоцептивний, вестибулярний і тактильний розвиток – як умову формування поведінкової стабільності.

Крім того, сучасні наукові підходи наголошують на необхідності раннього втручання. За даними досліджень С. Роджерс [49] і Д. Доусон [51] «ESDM» (Early Start Denver Model) [52] правильно організоване психологічне втручання в дошкільному віці здатне суттєво покращити когнітивні, соціальні та комунікативні показники дітей із РАС у довготривалій перспективі. Рання корекційно-розвивальна робота є ключовою умовою формування мозкових зв'язків у період високої нейропластичності. Таким

чином, програма «Острівець гармонії», орієнтована саме на дошкільників, відповідає сучасним науковим рекомендаціям щодо оптимальних термінів та форм втручання.

Важливою частиною програми є взаємодія з батьками, що базується на сімейно-центричному підході. Наукові роботи С. Рождерс, показують, що саме батьки є ключовими агентами змін, оскільки виконують функцію перенесення терапевтичних стратегій у повсякденне життя. У рамках програми значну увагу приділено консультативній та навчальній роботі з родиною, що дозволяє забезпечити узгодженість методів і стабільність втручання поза межами занять.

Таким чином, авторська програма «Острівець гармонії» має чітке наукове підґрунтя та ґрунтується на доказових, практично підтверджених підходах до супроводу дошкільників із РАС. Її структура відповідає сучасним вимогам інклюзивної освіти, забезпечує комплексний вплив на комунікативну, емоційну, соціальну, сенсорну та адаптивну сфери дитини, а також враховує потреби сім'ї як ключового елементу розвитку дитини. Це робить програму ефективним інструментом для підвищення якості життя та розвитку дітей із розладами аутистичного спектра.

Методика оцінювання ефективності авторської програми.

Оцінювання ефективності програми «Острівець гармонії» здійснюється за чітко визначеною схемою та охоплює три ключові етапи:

1. Вхідна діагностика.
2. Проміжний моніторинг.
3. Підсумкове оцінювання.

Комбінується якісний та кількісний аналіз, що підвищує валідність отриманих результатів.

Мета оцінювання:

- встановити динаміку розвитку комунікативних;
- соціальних, емоційно-регуляторних і сенсорних навичок дитини;
- визначити результативність окремих модулів програми;

- адаптувати подальший корекційний маршрут.

Інструменти оцінювання:

Спостереження за поведінкою (naturalistic observation).

Використовується у вільній та структурованій діяльності.

Фіксується:

- частота ініціатив;
- реакція на інструкції;
- кількість поведінкових зривів;
- тривалість зосередження;
- толерантність до сенсорних стимулів.

Чек-листи розвитку.

Рекомендовані інструменти:

– «ADOS-2» (спрощена дошкільна форма) – для аналізу комунікації та соціальної взаємодії;

- «ABC» (Aberrant Behavior Checklist) – для поведінкових симптомів;
- Sensory Profile (W. Dunn) – для оцінки сенсорних особливостей.

Оцінювання комунікації:

- аналіз PECS-прогресу (фаза 1-3);
- підрахунок успішних ініціацій прохання;
- аналіз типу інструкцій, які дитина виконує (однокрокові, двокрокові).

Оцінювання навчальної поведінки:

- час можливого сидіння за столом;
- кількість успішно завершених завдань;
- необхідність у підказках (фізичних, жестових, візуальних).

Опитувальник для батьків. Фіксує зміни вдома:

- емоційні реакції;
- сон, харчування;
- навички самообслуговування;
- соціальна адаптація.

Підсумковий аналіз.

Проводиться порівняння:

- кількісних даних (на початку і в кінці програми);
- якісних спостережень (опис прогресу);
- динаміки емоційної стабільності;
- зміни в комунікації та сенсорній толерантності.

Результати оформлюються у вигляді:

- індивідуальних карт розвитку;
- графіків (поширеність поведінкових проявів);
- підсумкового висновку.

Розширений розділ про сенсорну інтеграцію.

Сенсорна інтеграція є одним із ключових компонентів програми, оскільки більшість дітей із РАС мають порушення в роботі сенсорних систем, такі порушення впливають на здатність дитини взаємодіяти з середовищем, регулювати емоції та навчатися.

Наукове підґрунтя сенсорних втручань:

- система сенсорної інтеграції формує основу для мовленнєвого та когнітивного розвитку;
- пропріоцептивні та вестибулярні стимули знижують напругу та покращують увагу;
- інтенсивні сенсорні перевантаження можуть провокувати афективні розлади у дітей з РАС.

Зміст сенсорного модуля програми.

Програма включає різні типи сенсорних стимулів:

- тактильні: сенсорні лотки, масажні м'ячі, тиск, текстурні панелі;
- пропріоцептивні: вправи з важкими предметами, притискання, «сенсорні обійми»;
- вестибулярні: гойдалки, балансувальні дошки, тунелі, качелі;
- візуальні: контрастні картки, світлові сигнали, спостереження за рухами;
- аудіальні: контрольовані звукові стимули, музикотерапія.

Очікуваний результат сенсорного блоку.

- покращення концентрації;
- зниження емоційної реактивності;
- збільшення толерантності до стимулів;
- зменшення самостимуляційних поведінок;
- розвиток узгодженості рухів.

Розширений розділ про розвиток комунікації.

Комунікація є центральною складовою допомоги дітям із РАС. Брак комунікативних інструментів формує фрустрацію, тривожність і поведінкові труднощі. Комунікація як базова потреба. Наукові дослідження (А. Bondy, L. Frost, [53] доводять, що оволодіння альтернативними способами комунікації знижує кількість поведінкових вибухів і підвищує рівень соціальної адаптації.

Комунікативні методи у програмі «PECS» (Picture Exchange Communication System):

- фаза 1: обмін картки на бажаний предмет;
- фаза 2: самостійне ініціювання;
- фаза 3: вибір між 2-3 картками.

Мовленнєва стимуляція:

- артикуляційні вправи;
- звуконаслідування;
- використання жестової підтримки.

Невербальна комунікація:

- візуальні інструкції;
- соціальні історії;
- емоційні картки.

Очікувані результати:

- формування ініціацій;
- виконання інструкцій;
- зростання словникового запасу (за наявності мовлення);

– поява діалогічних форм взаємодії з дорослим.

3.3. Аналіз результатів апробації програми

Аналіз результатів апробації програми психологічної допомоги дошкільникам із РАС «Острівець гармонії».

Загальна характеристика апробації.

Апробація програми проводилася протягом 2 місяців у форматі індивідуальних та малих групових занять з дітьми дошкільного віку (3-7 років), які мають розлади аутистичного спектра. У процесі апробації застосовувалися щотижневі спостереження, чек-листи розвитку, батьківські опитувальники, аналіз комунікативних епізодів і міні-тести на виконання інструкцій, регулярно проводилися сенсорні сесії.

У центрі уваги були такі напрями:

- розвиток комунікації;
- соціальна взаємодія;
- емоційно-регуляційні навички;
- сенсорна інтеграція;
- формування навчальної поведінки.

Результати апробації програми представлено у табл. 3.1. Порівняння початкових та підсумкових показників за результатами спостережень представлено в табл. 3.2.

Таблиця 3.1.

Динаміка розвитку дітей за результатами апробації

Напрямок	Початковий рівень	Підсумковий рівень	Динаміка (%)
Комунікація	30%	40%	+10%
Соціальна взаємодія	25%	33%	+8%
Емоційна регуляція	20%	28%	+8%
Сенсорна інтеграція	35%	44%	+9%
Навчальна поведінка	30%	40%	+10%

Таблиця 3.2.

Порівняння за результатами спостережень

Напрямок розвитку	Початкові показники (спостереження на старті)	Підсумкові показники (після 2 місяців)	Динаміка (%)	Коментар щодо змін / якісні спостереження
Комунікація	— обмежене використання жестів та карток — слабка реакція на прості інструкції — рідкісні ініціативи зверненої комунікації	— частіше використовує PECS елементи для позначення бажань — краще виконує інструкції типу “дай”, “візьми” — з’являються спроби ініціювання контакту	+10%	Підвищилась відповідність на звернення, збільшилась кількість завершених комунікативних спроб.
Соціальна взаємодія	— уникає групових ігор — труднощі з черговістю — низька толерантність до присутності інших дітей	— приймає участь у спільних рухливих іграх — чергування із допомогою дорослого — краще переносить заняття у групі	+8%	Взаємодія більш стабільна, зменшились протестні реакції у спільній діяльності.
Емоційна регуляція	— труднощі з ідентифікацією емоцій — часті епізоди напруги — відсутність навичок самозаспокоєння	— впізнає 2-3 базові емоції — застосовує дихання “квітка-свічка” із підказкою — менше зривів у структурованих ситуаціях	+8%	Емоційні стани стали більш передбачуваними; краще реагує на техніки заспокоєння.
Сенсорна інтеграція	— уникання тактильних матеріалів — гіперчутливість до шуму або нових текстур — виснаження після сенсорних стимулів	— бере участь у тактильних вправах 1-2 хв — краще сприймає deep pressure — підвищилась стійкість до зміни сенсорного середовища	+9%	Толерантність до сенсорних стимулів підвищилась, покращилась концентрація.
Навчальна поведінка	— утримання уваги 2-3 хв — труднощі із завершенням завдання — погано переносить зміну активностей	— працює 6-8 хв за структурованою моделлю TEACCH — завершує короткі завдання — краще реагує на візуальний розклад	+10%	Значний прогрес у роботі за столом та дотриманні візуальної структури.

Динаміка розвитку за результатами двомісячної апробації програми представлено на рис. 3.

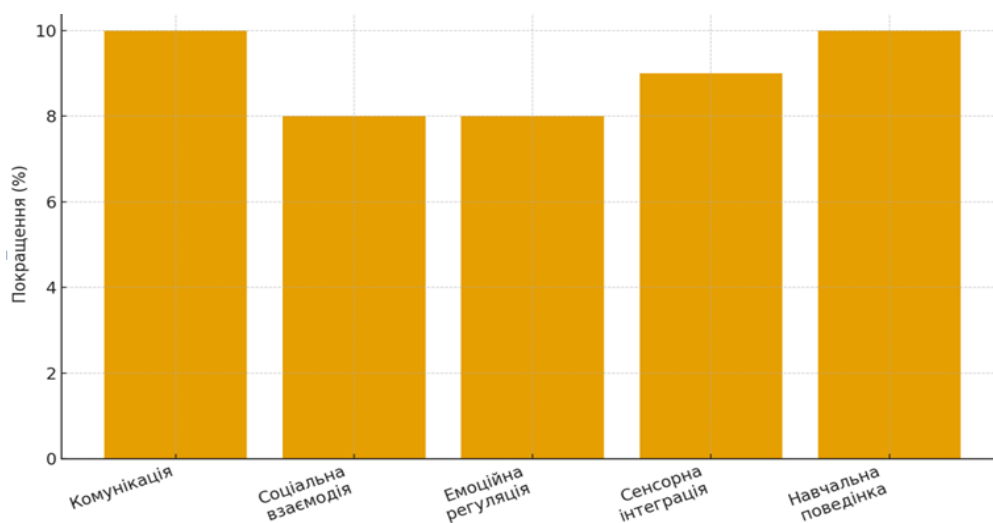


Рис. 3. Динаміка розвитку дітей за результатами апробації.

Інтерпретація результатів.

Комунікативний розвиток.

Позитивні зміни:

- у дітей відмічено розширення засобів комунікації: використання карток PECS (1-3 фази), елементарних жестів, вказівного жесту;
- деякі діти почали ініціювати контакт з дорослим у структурованих ситуаціях («дай», «покажи», «допоможи»);
- покращили розуміння простих інструкцій, особливо за умов візуальної підтримки.

Труднощі:

- діти з вираженою сенсорною гіперчутливістю потребували більше часу для переходу від PECS до мовленнєвих спроб;
- у частини дітей спостерігалось вибіркове виконання інструкцій лише у знайомому середовищі.

Соціальна взаємодія.

Позитивні зміни:

- деякі діти показали покращення навичок спільної гри, здебільшого з дорослим (будівництво по черзі, ігри з м'ячем), почали взаємодіяти з однолітками у коротких спільних епізодах (2-4 хв);

- введення соціальних історій підвищило розуміння групових правил (черга, очікування, «руки при собі»).

Труднощі:

- найскладнішими залишилися ситуації з чергуванням та очікуванням;
- для більшості дітей потрібні додаткові нагадування й візуальні підказки;

- навички ініціювання контактів залишаються базовими.

Емоційно-регуляційний розвиток.

Позитивні зміни:

- значна більшість дітей навчилися розпізнавати й позначати базові емоції (радість, сум, злість, страх), опанували 1-2 техніки самозаспокоєння: дихальні вправи, «м'які долоньки», вправи на релаксацію;

- у деяких дітей зменшилась кількість епізодів напруги та афективних реакцій.

Труднощі:

- для частини дітей емоційне перенасичення залишалося тригером зривів – потребують більше часу та індивідуальної роботи.

Сенсорна інтеграція.

Позитивні зміни:

- деякі діти проявили підвищену сенсорну толерантність після регулярних сенсорних сесій;

- застосування «deer pressure» та сенсорних доріжок покращило здатність концентруватися на завданнях від 3-4 до 6-8 хв;

- зменшилась кількість поведінкових зривів, пов'язаних із сенсорним перевантаженням.

Труднощі:

– діти з гіпочутливістю потребували інтенсивніших рухових стимуляцій, іноді це переривало навчальну діяльність.

Навчальна поведінка та самообслуговування.

Позитивні зміни:

– за системою «TEACCH» більшість дітей навчилися виконувати короткі структуровані завдання за столом 6-8 хв;

– декілька дітей покращили послідовність дій у самообслуговуванні (умивання, прибирання, складання речей);

– підвищилась самостійність у навчальних епізодах – діти краще переходили між завданнями за візуальним розкладом.

Труднощі:

– деякі діти потребують більше часу для переходу до довших завдань та роботи без підкріплення після кожного кроку.

Взаємодія з батьками.

Позитивні зміни:

– регулярні консультації (1 раз на тиждень) сприяли узгодженню домашньої та групової підтримки;

– більшість батьків відзначили, що дитина стала легше встановлювати контакт, краще реагує на прохання та інструкції;

– використання домашніх візуальних інструкцій суттєво зміцнило навички самообслуговування.

Труднощі:

– частина батьків рідко застосовувала методи вдома, що впливало на загальну динаміку.

Групові спостереження.

У групових заняттях спостерігалось покращення толерантності до присутності інших дітей, зменшення протестних реакцій. Більшість дітей охочіше долучалися до спільних рухливих ігор («коло», «паровозик»). Навички черговості формувалися повільно, але стабільно, переважно за

підтримки дорослого. Група краще реагувала на заняття, що містили сенсорні елементи (тактильні лотки, м'ячі, гойдалка).

Індивідуальні спостереження.

Дитина А.

Вихідний рівень комунікації низький, проте через 2 місяці активно використовує картки вибору. Почала самостійно позначати бажання («дай», «ще»).

Дитина Б.

Висока сенсорна чутливість: уникала піску та манки. Поступово прийняла тактильні лотки, тепер працює 1-2 хв без уникання.

Дитина В.

Значні труднощі із саморегуляцією. Освоїла дихальну вправу «квітка-свічка» та використовує її за вказівкою дорослого.

Дитина Г.

Найбільший прогрес у навчальній поведінці: від 2 хв до 8 хв роботи за столом без втеч та протестів.

Висновок.

Навіть за короткий термін у 2 місяці програма показала реалістичні, помірні, але позитивні зрушення у всіх напрямках. Така динаміка є типовою для короткострокової роботи з дітьми дошкільного віку з РАС.

Апробація програми «Острівець гармонії» показала, що її структура, методи та зміст забезпечують стабільні позитивні зрушення у розвитку дітей дошкільного віку з РАС. Найбільш помітні успіхи простежуються у сферах:

- розширення комунікативних умінь;
- покращення емоційної регуляції;
- підвищення сенсорної толерантності;
- розвиток базових соціальних навичок і навчальної поведінки.

Поглиблена робота протягом 4-6 місяців, за попередніми даними, може бути ще більш результативною, особливо у сферах соціальної взаємодії та емоційної регуляції.

Програма має високий потенціал для подальшого використання в інклюзивних та спеціальних закладах, а також для індивідуальної психологічної практики. Рекомендовано продовжувати її застосування з урахуванням індивідуальних сенсорних профелів дітей та активної участі батьків.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі розроблено та апробовано програму психологічної допомоги дітям із РАС, спрямовану на зниження рівня стресу та розвиток навичок саморегуляції. Програма передбачає поєднання ігрової терапії, сенсорної інтеграції, арттерапевтичних технік і структурованих форм комунікації. Результати апробації засвідчили позитивні зміни у сфері емоційної стабільності, покращення взаємодії з оточенням та зниження інтенсивності стереотипних реакцій.

Таким чином, результати дослідження підтвердили, що діти з РАС мають специфічні способи переживання стресу, пов'язані з їх когнітивними, сенсорними та соціальними особливостями. Водночас цілеспрямована психологічна допомога може суттєво поліпшити їх адаптаційні можливості, сприяти формуванню навичок подолання стресових ситуацій та забезпечити кращу соціалізацію.

Перспективними напрямками подальших досліджень є розробка адаптованих діагностичних методик для оцінки рівня стресу у дітей з РАС, вивчення впливу різних видів терапії на динаміку їх емоційного стану, а також створення системи психологічної підтримки батьків дітей із РАС у кризових умовах.

ВИСНОВКИ

Магістерська робота була присвячена вивченню психологічних особливостей переживання стресу дітьми з розладами аутистичного спектра (РАС) та розробці програми психологічної допомоги в умовах військового конфлікту.

Аналіз наукових джерел дав змогу з'ясувати, що РАС є складним нейророзвитковим порушенням, яке характеризується труднощами у сфері соціальної взаємодії, комунікації та наявністю стереотипних форм поведінки. При цьому спектр проявів є надзвичайно різноманітним, що зумовлює необхідність індивідуалізованого підходу у психологічному дослідженні.

У ході роботи було встановлено, що традиційні психодіагностичні методики, спрямовані на оцінку когнітивних та мовленнєвих навичок, не завжди є релевантними для дітей з РАС, оскільки їх результати можуть бути спотворені через обмеженість соціально-комунікативних можливостей. У зв'язку з цим особливого значення набувають спеціалізовані інструменти («ADOS», «ADI-R», «CARS»), а також метод спостереження, який дозволяє комплексно оцінити поведінкові особливості дитини.

Доведено, що організація психологічного дослідження дітей з РАС вимагає врахування низки чинників: підготовки сенсорно-комфортного середовища, забезпечення поступовості у встановленні контакту, можливості використання альтернативних засобів комунікації. Значну роль відіграє міждисциплінарна співпраця спеціалістів, а також активна участь батьків у діагностичному процесі.

Важливою складовою дослідження є визначення не лише проблемних зон, але й сильних сторін дитини (розвинені зорово-просторові здібності, інтерес до певних сфер, здатність до точності у деталях тощо). Орієнтація на ресурси створює підґрунтя для подальшої психокорекційної та педагогічної роботи.

Отже, результати магістерської роботи підтвердили необхідність комплексного та індивідуалізованого підходу до психологічного дослідження дітей з РАС. Перспективними напрямками подальших наукових пошуків є удосконалення адаптованих психодіагностичних методик, розробка технологій інтеграції дітей з РАС в освітній простір та формування ефективних програм підтримки для батьків.

Практичні рекомендації.

Для батьків дітей з РАС.

Використовувати структуровані щоденні розклади, щоб зменшити непередбачуваність та пов'язаний зі змінами стрес. Застосовувати техніки сенсорної релаксації (сенсорні коробки, тактильні іграшки, вправи на глибокий тиск). Підтримувати емоційний контакт, використовуючи прості фрази та невербальні засоби спілкування.

Для педагогів.

Створювати безпечне й передбачуване навчальне середовище. Використовувати візуальні підказки для зниження тривожності. Організовувати «зони спокою» у приміщенні для відновлення дитини під час стресових ситуацій.

Для психологів та корекційних педагогів.

Поєднувати діагностику рівня стресу з довготривалим спостереженням за поведінкою дитини. Використовувати арттерапію, ігрову терапію та елементи когнітивно-поведінкових технік для розвитку саморегуляції. Впроваджувати групові заняття для формування соціальних навичок і взаємодії з ровесниками.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Багрій Я., Чуприков А. Ранній дитячий аутизм: сучасні проблеми. *Галицький лікарський вісник*. Івано-Франківськ, 2004. С 25–34.
2. Горбенко С. Л., Хохліна О. П. психологічні аспекти проблеми стресу у дітей з розладами аутистичного спектру. Журнал «Перспективи та інновації науки». 2024. № 3. С 1035–1046.
3. Артеменко В. *Психолого-педагогічний супровід дітей із РАС* Запоріжжя : Хортицька нац. академія, 2019. 304 с.
4. Закон України «Про освіту»: веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2> (дата звернення: 10.09.2025).
5. Класична та сучасні теорії і моделі стресу. *Освіта та самоосвіта*: веб-сайт. URL: <https://referatss.com.ua/work/klasichna-ta-suchasni-teorii-i-modeli-stresu> (дата звернення: 10.09.2025).
6. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу у дітей дошкільного віку та школярів «Безпечний простір» / Богданов С. О. та ін.: навч. посіб. Київ : НаУКМА, 2017. 208 с.
7. Лазуренко С. І. Психофізіологічні механізми стресу. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2014. № 11. С. 152–165.
8. Литвяк Д. М., Зленко Л. О. Корекційно-розвивальні методики роботи з дітьми з аутизмом: методичні рекомендації. Чернігів, 2020. 78 с. URL: <https://znayshov.com/FR/7253/276.pdf>.
9. Ляхова І. М. Методики корекції психомоторного розвитку дітей з РАС. *Наук. часопис НПУ*. 2023. № 6(166). С. 93–96.
10. Шрамм Р. Дитячий аутизм і АВА: терапія, що ґрунтується на методах прикладного аналізу поведінки: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2021. 140 с.
11. Макарчук Н., Хованова О., Хирна Т. Психологічна допомога дітям з особливостями психофізичного розвитку у подоланні наслідків перебування

у зоні військового конфлікту. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2014. №4. С. 68–74.

12. Марциновська І. П. Стрес та травматичний стрес у дітей та підлітків із порушеннями психофізичного розвитку: зб. наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна», 2019. № 17. С. 78–81.

13. Матохнюк Л., Максименко Ю. Допомога батькам, які мають дітей з особливими освітніми потребами. *Вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*, 2023, №3. С. 73–78.

14. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : навч. посіб. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

15. Павленко А. В, Філіпович В. М. Особливості соціально психологічної допомоги дітям у кризових ситуаціях. *Proceedings of IX International scientific and practical conference, Lviv, Ukraine*. 2022. Р. 28–30, URL. : <https://sci-conf.com.ua>.

16. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта : навч. посіб. Київ: ТОВ «Агентство «Україна»», 2019. 300 с.

17. Прохоренко Д. О. Проблема психотравми у дітей з особливими освітніми потребами. «Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни». Матеріали Всеукр. конф. молодих вчених . ІСПП ім. Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна, 2024. С. 76–80. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/741430/> (дата звернення: 13.09.2025).

18. Прохоренко Л. І. Психологія інклюзії: освіта та соціалізація дітей з особливими потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2024. № 3 (115). С. 7–20.

19. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.

20. Чеботарьова О. В. та ін. Психолого-педагогічний супровід навчання дітей з інтелектуальними порушеннями : навч.-метод. посіб. Харків: «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2020. 256с. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/722281/1/>

21. Радченко М. Соціально-психологічна допомога батькам дітей із вадами розвитку в контексті хронічної екстремальності. *Магістеріум*. 2008. № 32. С. 10–16.
22. Середа І. В., Збишко Є. А. Використання технології арт-терапії в корекційно-виховній роботі. *Інноваційна педагогіка*. Вип. 10 (1). 2019 С. 63-66.
23. Серомаха Н. Є. Організація психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного часу. *Український психолого-педагогічний науковий збірник*. 2022. № 26. С. 43–47
24. Скворчевська Є. Емоційний стан дітей дошкільного та молодшого шкільного віку під час війни. Психологія перед лицем російсько-української війни : збірник тез Українсько-польської наук. конф., 19-20 травня 2023 р. Львів, 2023. С. 41–42.
25. Скрипник Т.В. Психологічна допомога дітям з аутизмом та їхнім батькам : навч.-метод. посіб. Київ: «Шкільний світ», 2016. 160 с.
26. Сухіна І. В. Психоедукація батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни як напрям роботи психолога. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2023. № 111(3). С. 7–31.
27. Сухіна, І. В. Емоційне вигорання у батьків дітей з особливими освітніми потребами: реалії та шляхи подолання. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2020. Вип. 17. С. 220–235.
28. Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посіб. Київ: Науковий світ, 2014. 103 с.
29. Терещенко Л. А., Карабаєва І. І. Психологічні особливості емоційної сфери дітей дошкільного віку. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Київ, Том 10. 2019. №33. С. 214–234.
30. Чеботарьова О. В. Особливості психоемоційного стану дітей з порушеннями інтелектуального розвитку внаслідок психотраumatичного впливу. *Теорія і практика спеціальної педагогіки та психології* : зб. наук.

праць. / за ред. О. В. Чеботарьової, І. В. Гладченко. Київ, 2024. Вип. 12 С. 124–133.

31. Шульга І. О., Орленко І. М., Бальбуза О. М. Психосоціальна підтримка дітей з особливими освітніми потребами та їх родин в умовах травматичних подій під час війни в Україні. *Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології : матеріали ІХ Всеукр. з міжнар. участю наук.-практ. конф. (15-16 березня року, Київ) / за ред. Ю.М. Швалба*. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2024. С. 170–173.

32. Булах М. Образотерапія: зняття психологічного напруження та стресових станів у дітей. *Психолог*. 2012. № 13 (14). С. 68–72.

33. Васьківська С. Про дитячу тривожність. *Дошкільне виховання*. 2018. №9. С.8–11.

34. Вовчик-Блакитна О. Індивід, особливості емоційного розвитку дитини; Стратегії пед. супроводу. *Практична психологія та соціальна робота*. 2019. №4. С.1–3.

35. Гончарова, О.М. Психофізіологічні аспекти стресу у дітей. Київ: Наукова думка, 2015. 211 с.

36. Задесенець М.П. Вікові особливості розвитку дітей і формування їх особистості. Київ: Вища школа, 2004. 121 с.

37. Захаров А.І. Денні та нічні страхи у дітей. Київ: Мова, 2005. 320 с.

38. Істратова О.Н. Практикум з дитячої психокорекції: ігри, вправи, техніки. Київ. 2017. 321 с.

39. Карапетова О.В. Використання методів арттерапії у роботі психолога з корекції тривожних станів особистості. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Сер. Педагогіка і психологія*. 2020. № 2 (20). С. 34-39.

40. Лешкова Т. Коробка зі страхами. *Дошкільне виховання*. 2004. № 10. С.30–32.

41. Методика на виявлення дитячих страхів О.І. Захарова, І. М. Панфілова. *Дитячий психолог*: веб-сайт URL: <https://dytpsyholog.com/2015/04/21> (дата звернення: 13.09.2025).

42. Омельченко Я. Психологічна допомога дітям з тривожними станами. *Дошкільне виховання*. Київ, 2015. №4. С.14–15.
43. Сорока О. В. Корекція страхів методами арттерапії. Київ: Либідь, 2003. 134 с.
44. Токіна Л. Тривожна поведінка дітей – це крик про допомогу. *Психолог*. 2016. №5. С.84–87
45. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Вплив стресу на організм дитини: чим можуть допомогти батьки і коли варто звертатися до фахівця. 2019: веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/news/vpliv-stresu-na-organizm-ditinichim-mozhut-dopomogti-batki-i-koli-varto-zvertatisya-do>. (дата звернення: 05.10.2025).
46. Що таке стрес? Історії реальних людей. Unicef. 2019: веб-сайт. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/stories/what-is-stress>.
47. Анкета для оцінки рівня нервово-психічного напруження у дитини. *Благодійний фонд «Запорука»*: веб-сайт. URL: https://zaporuka.org.ua/?gad_source=1&gad_campaignid=11921584008&gbraid=0AAAAABtzSCWQVrkcuqBWMPqYOGs_tI-Xg&gclid=Cj0KCQiAuvTJBhCwARIsAL6DemjTBJbAhmU8UsNI3r5Sg_3GyhX6GHoFd2i1I3pqkDvsKDrema2ppYEaArVfEALw_wcB (дата звернення: 10.10.2025).
48. Центр громадського здоров'я МОЗ України : веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/inshi-neinfekciyni-zakhvoryuvannya/autizm> (дата звернення: 05.09.2025).
49. Роджерс С., Доусон Дж., Вісмара Л. Денверська модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ: Сварог, 2023. 554 с.
50. Ayres A. J. Sensory Integration and Learning Disorders. Los Angeles : Western Psychological Services, 1972. P. 1–12.
51. Dawson G. et al. Randomized, controlled trial of the Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2010. № 125 (1). P. 17–23.

52. Vismara L. A., Rogers S. J. Early intervention for children with autism: effectiveness of the ESDM. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018. Vol. 48. P. 391–405.
53. National Institute of Mental Health. Autism Spectrum Disorder: Overview. 2022. URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders> (дата звернення: 10.10.2025).
54. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC : Author, 2013. 947 p.
55. *DSM-5-TR*. Львів : Видавництво “Компанія “Манускрипт”, 2024. 592 с.
56. Byrne P. Stigma of mental illness and the ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000. № 6 (1). P. 65–72.
57. Patra S., Patro B. Affiliate stigma among parents of children with autism in eastern India. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 44. P. 45–47.
58. American Academy of Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children with Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2020.
59. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. 2019. URL: <https://icd.who.int> (дата звернення: 10.09.2025).
60. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, 1911. 420 p.
61. Ssucharewa G. E. Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 1926. 60. P. 235–261.
62. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*. 1943. 2 (4). P. 217–250.
63. Asperger H. Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1944. Vol. 117. P. 76–136.
64. Wing L. Asperger's syndrome: clinical account. *Psychological Medicine*. 1981. Vol. 11, № 1. P. 115–129.

65. Baio J. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, US, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*. 2018. 67 (6). P. 1–23.
66. Cannon W. B. *The wisdom of the body*. New York : W. W. Norton, 1932. 294 p.
67. Selye H. The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*. 1946. Vol. 6 (2). P. 117–231.
68. Selye H. *Stress without Distress*. Philadelphia: Lippincott, 1974. 171 p.
69. Selye H. The Stress Concept: Past, Present and Future. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 1983. Vol. 161. P. 1–20.
70. Selye H. *Stress in Health and Disease*. Boston : Butterworth, 1976. 1257 p.
71. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984. 445 p.
72. Baron-Cohen S. *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. 250 p.
73. Pelphrey K. A., Carter E. J. Brain mechanisms for social perception. *Annals of the NY Academy of Sciences*. 2008.
74. Attwood T. *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers. 2008. 416 p.
75. NICE Clinical Guideline 128 – Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people, 2011.

ДОДАТКИ

Додаток А

Інструкція. «Подивись уважно на картинку. Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини – сумне чи веселе? Вибери».

1. Гра з молодшими дітьми. «Як ти думаєш, яке обличчя буде у дитини: веселе чи сумне? Він (вона) грає з малюками».

2. Дитина і мати з немовлям. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: сумне чи веселе? Він (вона) гуляє зі своєю мамою і малюком».

3. Об'єкт агресії. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: веселе або сумне?»

4. Одягання. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини? Він (вона) одягається».

5. Гра зі старшими дітьми. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: веселе або сумне? Він (вона) грає зі старшими дітьми».

6. Вкладання спати на самоті. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: сумне чи веселе? Він (вона) йде спати».

7. Умивання. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: веселе або сумне? Він (вона) у ванній».

8. Догана. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: веселе або сумне?»

9. Ігнорування. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: сумне чи веселе?»

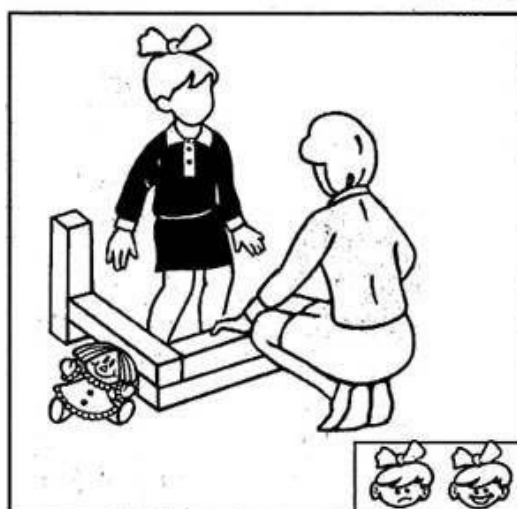
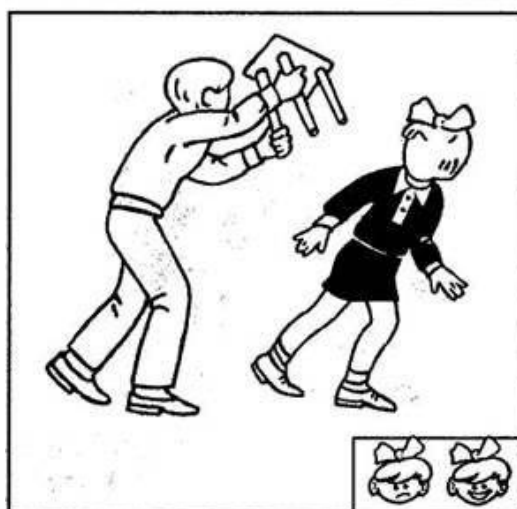
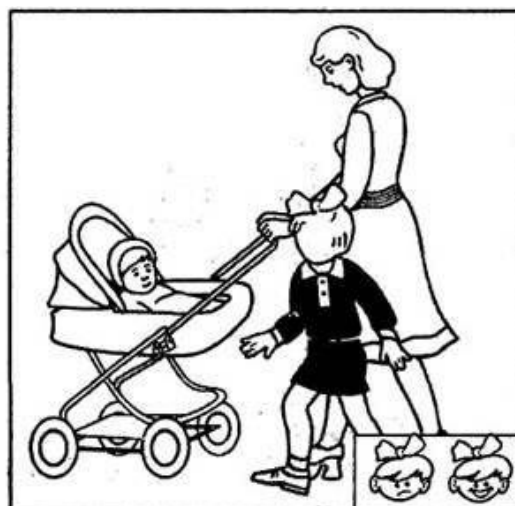
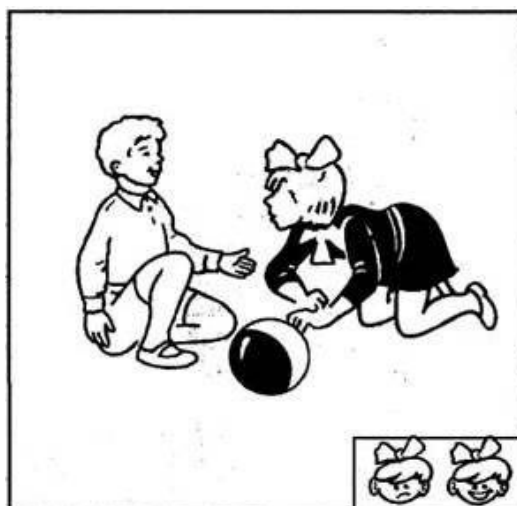
10. Агресивний напад. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: веселе або сумне?»

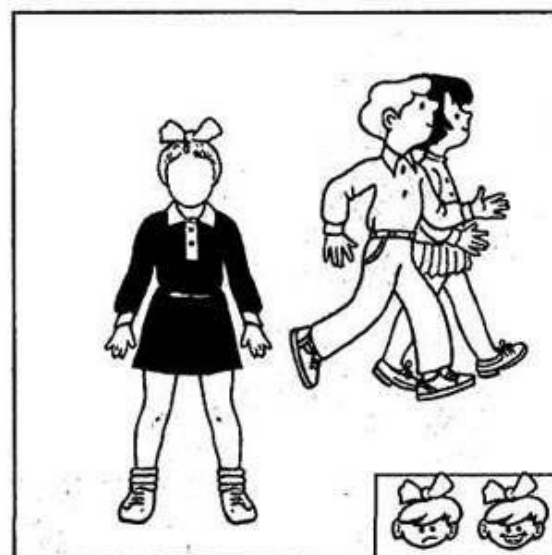
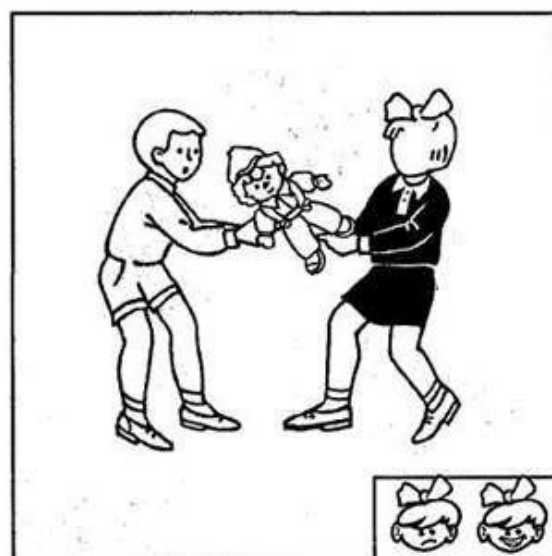
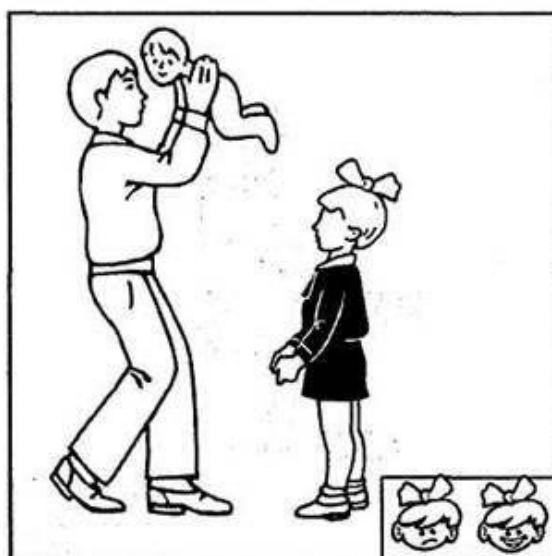
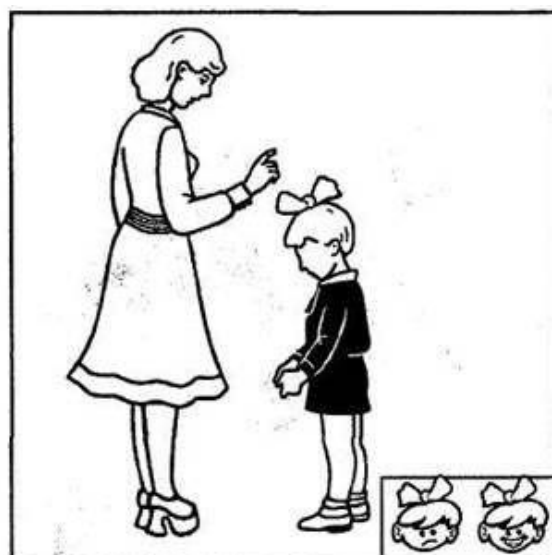
11. Збирання іграшок. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: веселе або сумне? Він (вона) прибирає іграшки».

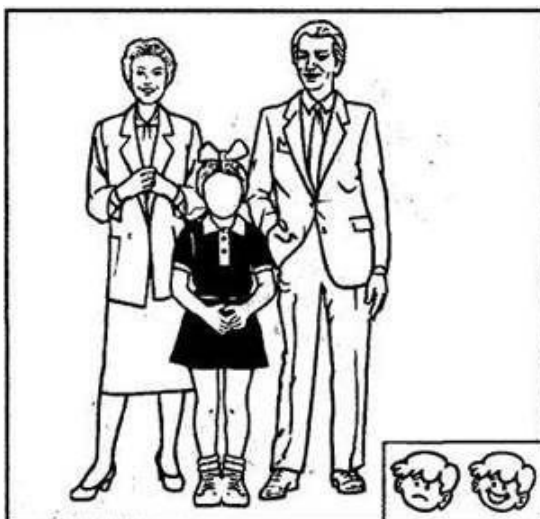
12. Ізоляція. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: сумне чи веселе?»

13. Дитина з батьками. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: веселе або сумне? Він (вона) зі своїми мамою і татом».

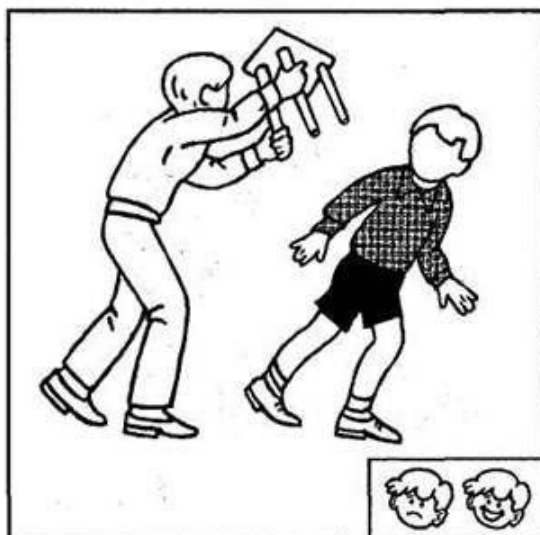
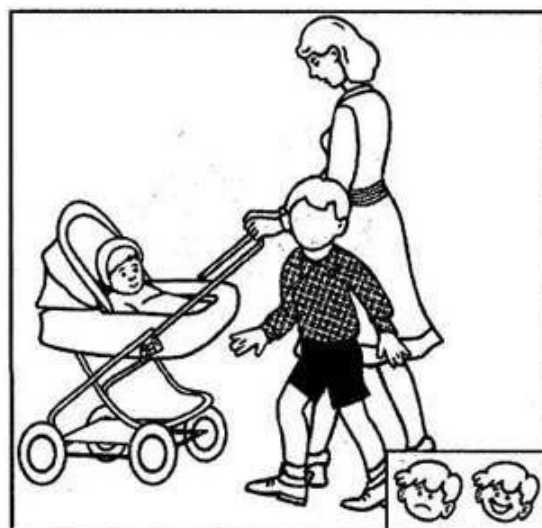
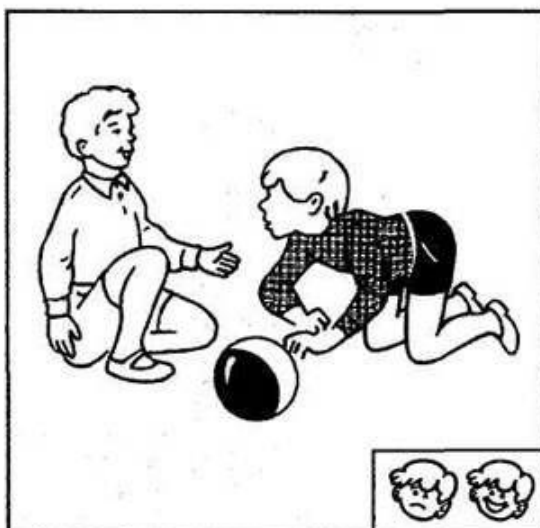
14. Їжа на самоті. «Як ти думаєш, яке обличчя буде в цієї дитини: сумне чи веселе? Він (вона) їсть».

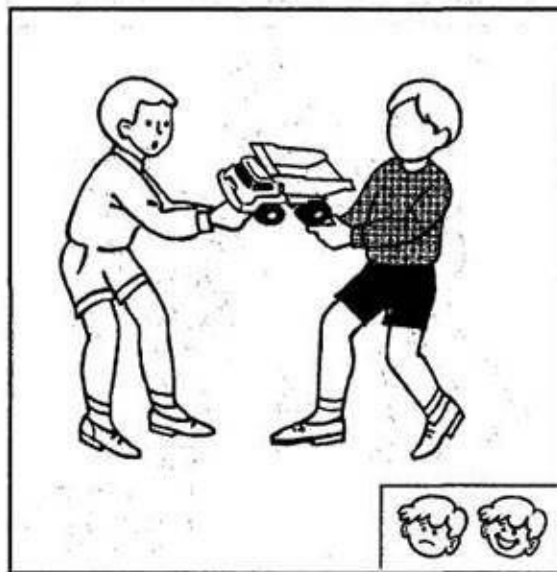
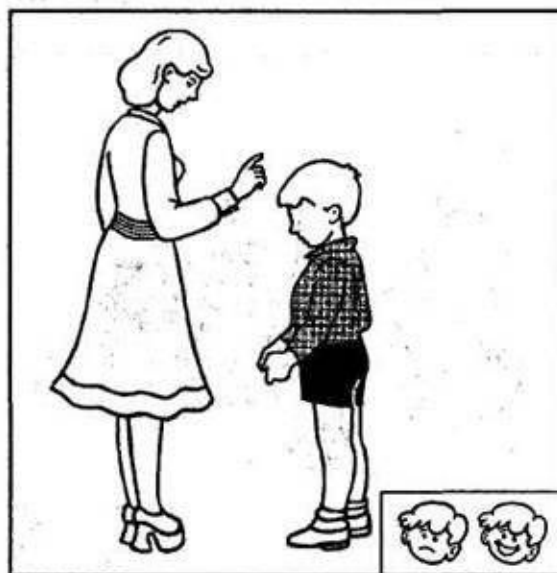
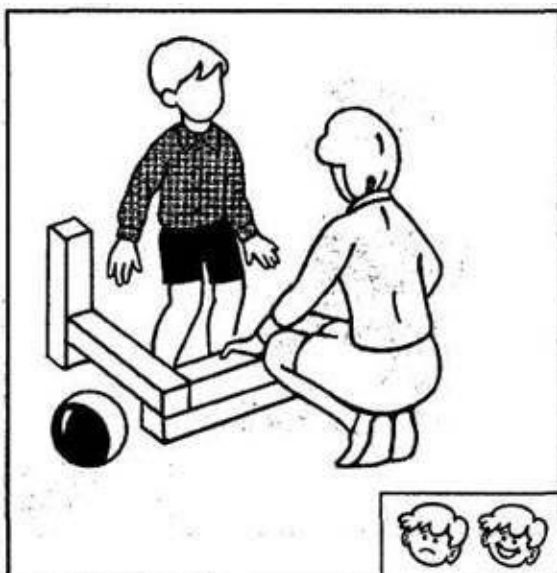


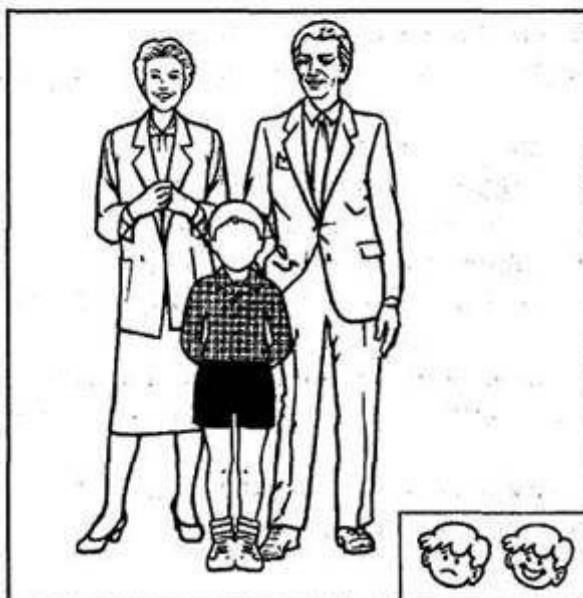
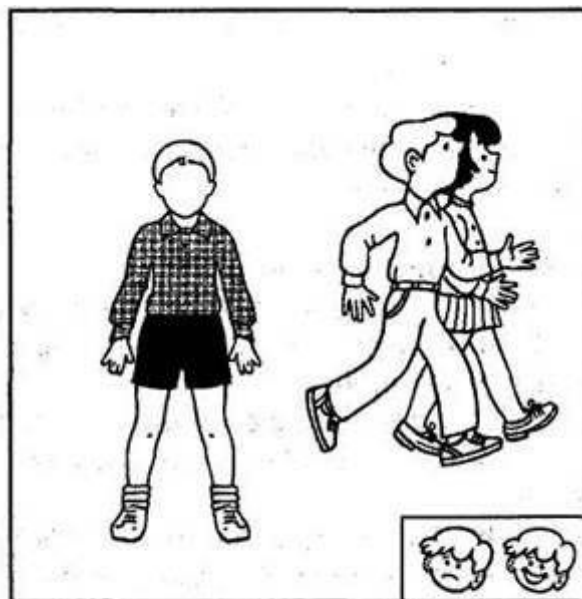
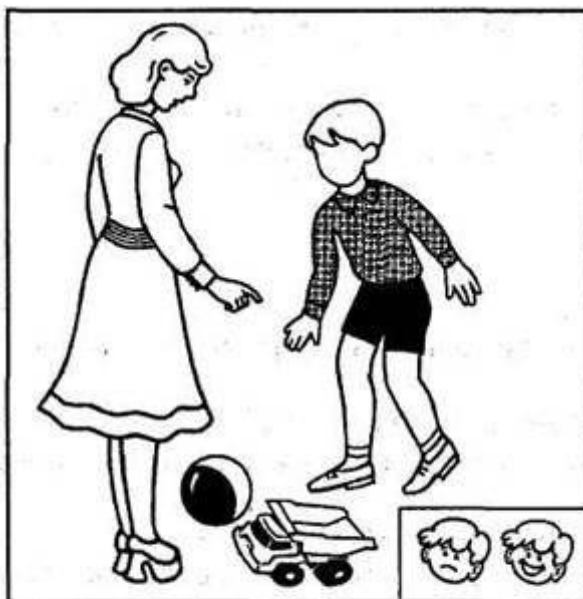




ВАРІАНТ ДЛЯ ХЛОПЧИКІВ







Додаток Б

Тест на визначення рівня нервово-психічного напруження дитини.

Розроблений благодійним фондом «Запорука»

Прочитайте уважно запропоновані твердження та відзначте 1 балом твердження, які характерні для вашої дитини.

Гризе нігті	Грає з якою-небудь частиною тіла
Смокче палець	Буває замріяною, «витає в хмарах»
Поганий апетит	Не вміє зосередитись
Засинає повільно і з труднощами	Дуже тривожна
Спить неспокійно	Занадто сором'язлива
Встає неохоче	Боїться темряви
Скаржиться на головний біль	Боїться самотності
Скаржиться на біль у животі	Боїться тварин
Іноді буває блювота	Боїться шуму
Часто буває запаморочення	Боїться чужих людей
Заїкається	Боїться висоти
Надмірно пітніє	Буває нетримання сечі
Червоніє, блідне	Часто смикає рукою, плечем
Легко лякається	Псує речі
Часто тремтить від хвилювання	Дуже вразлива
Часто плаче	Надмірно голосно відповідає на запитання
Часто моргає	Насилу включається в роботу
Бувають напади злості	Метушлива, багато зайвих рухів
Надмірно рухлива	Нетерпляча, не може чекати
Буває нетримання випорожнення	Дуже тихо говорить

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ:

Від 0 до 30% – слабкий ступінь нервово-психічної напруги.

Від 30 до 50% – виражене нервово-психічне напруження.

50% і більше – високий ступінь нервово-психічної напруги.

Авторський опитувальник для батьків на виявлення тривожності та
нервового напруження у дітей з РАС

1. Як часто ваша дитина буває засмученою?
2. Як часто дитина перебуває в пригніченому стані?
3. Як часто дитина перебуває у стані напруження?
4. Дитині бракує почуття безпеки, наче вона постійно побоюється якоїсь можливої загрози або небезпеки?
5. Коли дитина чогось лякається, чи важко їй дихати?
6. Якщо дитина спить не вдома, чи страшно їй?
7. Як часто дитина ходє «хвостиком» за моєю або татом?
8. Як часто дитині буває дійсно страшно без жодної на те причини?
9. Як часто у дитини бувають напади тривоги (або панічні атаки)?
10. Коли дитина переживає страх, тривогу, чи буває блювання?
11. Коли дитина переживає страх, тривогу, чи буває запаморочення?
12. Коли дитина перебуває на ігровому майданчику разом з іншими дітьми, чи поводитьсь знервовано?
13. Як часто виконання будь-якого завдання викликає зайве занепокоєння?
14. Руки зазвичай холодні і вологі.
15. Украв нестійкий настрій, може сміятися і плакати одночасно.
16. Як часто буває надмірний плач без причини?
17. Як часто буває надмірний сміх без причини?
18. Довго засинає, неспокійно спить, часто прокидається вночі.
19. Чи боїться лагати спати без світла?
20. Без будь-яких явних причин блідне, червоніє.
21. Без будь-яких явних причин з'являється алергія; різні висипи на шкірі.
22. Як часто помітно знижується апетит?
23. Як часто підвищується температура без причини?
24. Часто і довго хворіє.
25. Як часто дитина буває втомленою без видимих причин?
26. Як часто дитина буває занепокоєною та метушливою без видимих причин?
27. Як часто дитина проявляє надмірну само агресію?
28. Як часто трапляються спонтанні спалахи гніву?
29. Як часто трапляється безпричинна «закляклість»?