МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ АСПЕРГЕРА**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 7.С4.25-3-з
спеціальності: С4 Психологія
освітньо-професійної програми: Психологія
Кошева Анна Сергіївна
Керівник: д-р пед. наук, професор кафедри
педагогіки та психології освітньої діяльності
Пономаренко О.В.
Рецензент: д-р пед. наук, професор кафедри
психології Гура О.І.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність С4 Психологія
Освітньо-професійна програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
в.о. завідувача кафедри психології
канд. психол. наук, доцент Н.О. Губа
_____
«____»_____2026 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Кошевій Анні Сергіївні

1. Тема роботи: Вплив фізичних навантажень на ефективність психотерапевтичних інтервенцій у дітей із синдромом Аспергера
керівник роботи Пономаренко О.В., д-р пед. наук, професор кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності,
затверджені наказом ЗНУ від «25» 09 2026 року № 1323-с
2. Термін подання студентом роботи ___24.10.2026_____
3. Вихідні дані до роботи: наукова література з проблеми дослідження; клінічні настанови щодо психологічної допомоги дітям з аутизмом.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: Проаналізувати наукові підходи до розуміння психологічних особливостей підлітків із розладами аутистичного спектра. Охарактеризувати основні психотерапевтичні підходи до подолання тривожності у підлітків із РАС. Проаналізувати можливості використання фізичної активності як додаткового засобу психологічної підтримки. Визначити організаційні та методичні засади емпіричного дослідження. Визначити критерії та показники оцінювання динаміки тривожності й розробити підхід до аналізу результатів дослідження.
5. Перелік графічного матеріалу: 8 таблиць, 3 рисунки.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Пономаренко О.В., професор		
Розділ 1	Пономаренко О.В., професор		
Розділ 2	Пономаренко О.В., професор		
Розділ 3	Пономаренко О.В., професор		
Висновки	Пономаренко О.В., професор		

Дата видачі завдання_____2026 рік_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-лютий 2026 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2026 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2026 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень 2026 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	липень-серпень 2026 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2026 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2026 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2026 р.	Виконано

Студент _____ А. С. Кошева

Керівник роботи _____ О. В. Пономаренко

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер __________ А. О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 102 сторінки, 8 таблиць, 3 рисунки, 62 джерела, 4 додатки.

Об'єкт дослідження – тривожність як психологічний феномен у підлітків із розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження – вплив додаткової фізичної активності, зокрема адаптованих кінних занять, на ефективність психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на зниження тривожності.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити можливості поєднання психотерапевтичних інтервенцій із фізичною активністю для зниження тривожності у підлітків із синдромом Аспергера.

Гіпотеза дослідження: передбачаємо, що додаткові кінні заняття посилять зниження тривожності у підлітків із РАС порівняно з психотерапевтичними інтервенціями без такого компонента.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, порівняння, систематизація й узагальнення наукових джерел; емпіричні: психодіагностика (SCARED, STAIC), психологічне спостереження; методи математичної статистики: t-критерій Стьюдента, d Коена.

Наукова новизна полягає в розробці й апробації програми, що поєднує психотерапевтичні інтервенції, водну активність і адаптовані кінні заняття, та в порівнянні динаміки тривожності в експериментальній і контрольній групах.

Галузь використання: практична психологія, реабілітаційні й освітні заклади, центри іпотерапії.

ІПОТЕРАПІЯ, ПІДЛІТКИ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ, РОЗЛАДИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА, СИНДРОМ АСПЕРГЕРА, ТРИВОЖНІСТЬ, ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ.

SUMMARY

Kosheva A. S. The influence of physical exercise on the effectiveness of psychotherapeutic interventions in adolescents with Asperger syndrome.

Structure of the thesis. The thesis consists of an introduction, three chapters, conclusions, a list of references of 62 items and 4 appendices. The qualifying work volume is 102 pages long, 102 of them – main text.. The work contains 8 tables and 3 figures.

Anxiety is one of the most common emotional difficulties in adolescents on the autism spectrum. It is closely linked to sensory sensitivity, intolerance of uncertainty and difficulties in social adaptation. The relevance of the study is determined by the need for accessible and safe supplementary resources that can strengthen the effect of psychotherapeutic support.

The object of the study is anxiety as a psychological phenomenon in adolescents with autism spectrum disorders.

The subject of the study is the influence of additional physical activity, in particular adapted equine-assisted sessions, on the effectiveness of psychotherapeutic interventions aimed at reducing anxiety.

The aim of the study is to substantiate theoretically and investigate empirically the possibilities of combining psychotherapeutic interventions with physical activity in order to reduce anxiety in adolescents with Asperger syndrome, and to develop and test a corresponding programme.

The research tasks are: to analyse scientific approaches to the psychological characteristics of adolescents with autism spectrum disorders and the features of their anxiety; to describe psychotherapeutic approaches and the possibilities of physical activity, including equine-assisted activities, as additional means of support; to determine the organisational and methodological foundations of the empirical study; to develop a programme combining psychotherapeutic interventions with physical activity; to assess the dynamics of anxiety and analyse the results of the study.

Chapter 1 «Theoretical foundations of anxiety research in adolescents with autism spectrum disorders and the possibilities of its psychological correction» provides theoretical analysis of the characteristics of children with Asperger syndrome, of anxiety and its influence on social adaptation, of psychotherapeutic approaches, and of the effect of physical activity and equine-assisted activities on emotional state and self-regulation.

In the Chapter 2 «Organisation, methodological foundations and programme of the empirical study» the sample of 50 adolescents aged 14-16 years (experimental and control groups of 25 participants each), the diagnostic instruments (SCARED, STAIC), the methods of statistical processing and the programme of psychotherapeutic work, physical activity and equine-assisted sessions are described.

Chapter 3 «Analysis of the research results and assessment of the effectiveness of combining psychotherapeutic interventions with physical activity» explains the results of the research: anxiety decreased significantly in both groups ($p < 0.001$), but more in the experimental group (SCARED total score: by 33.6% versus 17.3%). The chapter also gives practical recommendations.

Key words: adolescents, anxiety, Asperger syndrome, autism spectrum disorder, equine-assisted activities, physical activity, psychotherapeutic interventions.

ЗМІСТ

ВСТУП 9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ТА МОЖЛИВОСТЕЙ ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ 14
1.1 Психологічна та когнітивно-сенсорна характеристика дітей із синдромом Аспергера 14
1.2 Тривожність у дітей із розладами аутистичного спектра та її вплив на соціальну адаптацію 23
1.3 Основні психотерапевтичні підходи до роботи з тривожністю у дітей із розладами аутистичного спектра 31
1.4 Вплив фізичної активності на психоемоційний стан, стресостійкість та емоційну саморегуляцію дітей із РАС 36
1.5 Іпотерапія та теоретичне обґрунтування поєднання фізичної активності з психотерапевтичними інтервенціями 42
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ, МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ 54
2.1 Організація дослідження, характеристика вибірки та основні етапи 54
2.2 Психодіагностичний інструментарій, методи спостереження та статистичного опрацювання даних 58
2.3 Розроблення психотерапевтичної програми, спрямованої на зниження тривожності 64
2.4 Програма включення фізичної активності та іпотерапії до комплексної психологічної роботи 69
2.5 Організаційні умови реалізації програми та врахування індивідуальних і сенсорних особливостей 74
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПОЄДНАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ І ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ 79
3.1 Аналіз вихідних показників та динаміки тривожності учасників експериментальної та контрольної груп 79

3.2 Порівняльний аналіз результатів груп та особливості емоційних і поведінкових змін 84
3.3 Обговорення результатів дослідження в контексті сучасних наукових підходів 90
3.4 Практичні рекомендації щодо використання фізичної активності у психологічному супроводі 94
ВИСНОВКИ 99
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 103
ДОДАТКИ 112

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розлади аутистичного спектра (РАС) – це група порушень нейророзвитку, які позначаються на соціальній взаємодії, спілкуванні, поведінці та сприйнятті навколишнього світу. Труднощі при цьому не зводяться до соціальної сфери: у повсякденному житті дітей і підлітків із РАС помітну роль відіграють особливості емоційної регуляції, сенсорної обробки інформації та реакції на невизначеність. Одна з найпомітніших проблем – підвищена тривожність, яка може ускладнювати соціальну адаптацію, навчання та стосунки з однолітками. У підлітковому віці ця проблема загострюється. Старший підлітковий період приносить зміни соціального оточення, зростання вимог до самостійності, нових знайомих і нові життєві обставини, до яких потрібно пристосовуватися. Для підлітків із РАС усе це становить додаткове навантаження. Тривожні реакції можуть посилюватися через складнощі в розумінні соціальних ситуацій, непередбачуваність подій, підвищену чутливість до сенсорних подразників і труднощі адаптації до змін. Т. В. Скрипник у своїх працях наголошує на потребі комплексного психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом: враховувати індивідуальні особливості дитини, організовувати відповідне середовище та узгоджувати дії фахівців, які з нею працюють. Для підлітків цей підхід важливий і під час розроблення психологічних інтервенцій, адже однакові методи не завжди дають однаковий результат дітям із різними сенсорними, комунікативними та емоційними особливостями.

Про психологічну допомогу дітям із РАС пишуть також К. Островська, І. Островський та В. Лобода, акцентуючи на психолого-педагогічній діагностиці та визначенні індивідуальних потреб дітей. На їхню думку, якісна діагностика має враховувати не лише формальні прояви порушень, а й можливості дитини, особливості її розвитку та умови, у яких вона взаємодіє з оточенням [3].

Окремо варто розглянути зв'язок тривожності з фізичною активністю. Фізичні навантаження підтримують не лише тілесне здоров'я, а й, імовірно, позитивно впливають на психоемоційний стан. Рух допомагає переключити увагу, знизити фізіологічне збудження, розвинути координацію і набути досвіду подолання посильних труднощів. Для підлітків із РАС особливо корисною може бути структурована активність, яка відбувається в передбачуваних умовах і враховує їхні сенсорні потреби. У систематичному огляді K. Riis, B. Samulski, K. A. Neely та P. Laverdure проаналізовано дослідження застосування фізичної активності для зменшення тривожності в аутичних людей. Автори розглянули різні форми руху: групові вправи, йогу, ходьбу, заняття з кіньми. У частині досліджень тривожні прояви зменшилися. Водночас дослідники зазначають, що оптимальну тривалість, інтенсивність і частоту занять ще потрібно вивчати. Напрям перспективний, але не кожна фізична активність однаково знижує тривожність. Окреме питання – поєднання фізичної активності з психотерапією. Один із підходів до роботи з тривожністю, що має наукове обґрунтування, – когнітивно-поведінкова терапія. З аутичними дітьми її потрібно адаптувати: структурувати заняття, використовувати візуальні матеріали, конкретизувати завдання, вчити розпізнавати емоції та зважати на особливості сприйняття інформації. У рекомендаціях Національного інституту здоров'я та досконалості медичної допомоги Великої Британії (NICE) сказано, що когнітивно-поведінкову терапію для аутичних дітей і підлітків із тривожністю слід адаптувати до їхніх потреб. Радять навчати розпізнавати емоції, користуватися письмовими й візуальними матеріалами, давати структуровані та конкретні завдання і залучати до терапії батьків. Тож поєднання психотерапії з регулярною фізичною активністю виглядає перспективним напрямом допомоги підліткам із РАС.

Особливий інтерес становить іпотерапія – організована взаємодія людини з конем, виконання рухових завдань і поступове звикання до цього середовища. Така діяльність може сприяти впевненості, емоційній

саморегуляції, концентрації уваги й подоланню тривожних реакцій. Проте іпотерапію як спеціалізований терапевтичний напрям слід відрізняти від адаптивної верхової їзди як організованої рухової діяльності. У цій роботі йдеться про психологічні аспекти взаємодії підлітків із кіньми та про можливість використати її як додатковий компонент психотерапевтичної програми. Хоча фізичну активність і психологічне благополуччя осіб із РАС вивчають, її поєднання з цілеспрямованою психотерапією, спрямованою саме на зниження тривожності у підлітків, досліджено недостатньо. Це й визначає актуальність теми та потребу розглядати фізичну активність як додатковий ресурс психологічної допомоги.

Об'єкт дослідження – тривожність як психологічний феномен у підлітків із розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження – особливості впливу фізичної активності, зокрема іпотерапії, на ефективність психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на зниження тривожності у підлітків із синдромом Аспергера.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та розробити програму поєднання фізичної активності й психотерапевтичних інтервенцій, а також визначити можливості такого підходу для зниження тривожності у підлітків із синдромом Аспергера.

Гіпотеза: поєднання психотерапевтичних інтервенцій із додатковою фізичною активністю, зокрема заняттями з іпотерапії, може сприяти більш вираженому зниженню тривожності у підлітків із розладами аутистичного спектра порівняно із застосуванням психотерапевтичних інтервенцій на тлі звичної фізичної активності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння психологічних особливостей підлітків із розладами аутистичного спектра.

2. Розкрити особливості виникнення та прояву тривожності у підлітків із синдромом Аспергера.

3. Охарактеризувати основні психотерапевтичні підходи до подолання тривожності у підлітків із РАС.

4. Проаналізувати можливості використання фізичної активності як додаткового засобу психологічної підтримки.

5. Обґрунтувати доцільність включення іпотерапії до комплексної програми психотерапевтичної допомоги.

6. Визначити організаційні та методичні засади емпіричного дослідження.

7. Розробити програму поєднання психотерапевтичних інтервенцій із фізичною активністю.

8. Визначити критерії та показники оцінювання динаміки тривожності й розробити підхід до аналізу результатів дослідження.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, порівняння, систематизація й узагальнення наукових джерел; емпіричні: психодіагностичні методики оцінювання тривожності (SCARED, STAIC), структуроване психологічне спостереження, порівняння показників до і після реалізації програми; методи математичної статистики: описова статистика, t-критерій Стьюдента, d Коена.

Наукова новизна: розроблено й апробовано програму, що поєднує психотерапевтичні інтервенції, водну активність і адаптовані кінні заняття, а також порівняно динаміку тривожності в експериментальній і контрольній групах підлітків із РАС.

Практична значущість полягає в розробленні програми поєднання психотерапевтичних інтервенцій із фізичною активністю, яку в подальшому можна адаптувати для використання у психологічній роботі з підлітками із РАС. Запропоновані підходи можуть бути корисними для практичних психологів, фахівців із психічного здоров'я, спеціалістів з іпотерапії та інших фахівців, які працюють із цією категорією дітей. Результати також систематизують наукові уявлення про взаємозв'язок тривожності, фізичної активності та психотерапевтичної допомоги підліткам із розладами аутистичного спектра.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувались методологічним обґрунтуванням вихідних положень; використанням методів, адекватних меті та завданням дослідження; застосуванням стандартизованих методик SCARED і STAIC; порівнянням експериментальної та контрольної груп; використанням методів математичної статистики.

Апробація результатів дослідження. Основні положення й результати дослідження представлено на X Всеукраїнській науково-практичній конференції «Інтеграційні можливості сучасної психології та шляхи її розвитку» (Запоріжжя, 23–24 жовтня 2026 р.), яку проведено на базі Запорізького національного університету. Публікація за темою дослідження: Кошева А. С. Фізична активність як чинник підвищення ефективності психотерапевтичних інтервенцій у дітей із синдромом Аспергера. Інтеграційні можливості сучасної психології та шляхи її розвитку : матеріали X Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 23–24 жовт. 2026 р.). Запоріжжя, 2026.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 62 найменувань і чотирьох додатків на 6 сторінок. Загальний обсяг основного тексту – 102 сторінки. Робота містить 8 таблиць і 3 рисунки.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ТА МОЖЛИВОСТЕЙ ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

1.1 Психологічна та когнітивно-сенсорна характеристика дітей із синдромом Аспергера

Термін «синдром Аспергера» історично використовували для опису дітей і дорослих із особливою соціальною взаємодією, комунікацією та поведінкою: обмеженими інтересами, схильністю до повторюваних дій. Сьогодні в діагностичних системах окремої категорії під такою назвою немає. За DSM-5 та МКХ-11 (Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду) ці прояви належать до розладів аутистичного спектра (РАС). У науковій літературі та в повсякденному мовленні назва все ж лишається в ужитку, тож у роботі її збережено відповідно до теми дослідження [6; 9; 15]. Спектр дуже неоднорідний. Діти різняться за темпом розвитку, самостійністю, мовленнєвими й інтелектуальними можливостями, за способом спілкування і за тим, скільки підтримки їм потрібно, тому синдром Аспергера не можна подавати як набір однакових рис, які мала б кожна дитина. Навіть за схожих діагностичних ознак досвід, емоційні реакції й спосіб взаємодії зі світом у двох дітей можуть бути різними [27; 31]. DSM-5 визначає РАС через два блоки ознак: стійкі труднощі соціальної комунікації та взаємодії, а також обмежені, повторювані моделі поведінки, інтересів або діяльності. Для діагнозу враховують особливості розвитку, їхній вплив на повсякденне життя й потребу в підтримці. МКХ-11 так само поєднує порушення соціальної комунікації з обмеженими або повторюваними моделями поведінки. Тому аутизм розглядають як спектр індивідуальних проявів, а не як єдиний тип розвитку [15]. Однією з психологічних

особливостей дітей із синдромом Аспергера є своєрідність соціального сприйняття. Їм буває непросто інтуїтивно вловити прихований зміст сказаного, зрозуміти натяк, іронію чи подвійне значення слова, швидко «прочитати» настрій співрозмовника за мімікою й інтонацією. Це зовсім не означає, що дитині байдуже до спілкування. Просто соціальну інформацію їй доводиться свідомо аналізувати, тоді як більшість людей сприймає її автоматично. Проявляється це по-різному: одні діти прагнуть розмови, але не знають, як її почати чи підтримати, інші обирають самотню діяльність, бо спільна взаємодія вимагає від них багато сил і приховує багато несподіванок. Складнощі виникають і з соціальними нормами: дитині важко відчути чужі межі, дочекатися своєї черги в розмові, пристосуватися до змін у поведінці інших.

Водночас здатність до близьких стосунків у неї зберігається, і за сприятливих умов діти заводять стійкі дружні зв'язки, виявляють прихильність, із задоволенням займаються спільною справою. Окремо слід сказати про емоційний розвиток. За змістом переживання дітей із РАС не відрізняються від переживань ровесників, інакше йде їх розпізнавання, вираження та регуляція. Дитина відчуває радість, сум, страх, образу, тривогу, але не завжди може швидко назвати причину свого стану й пояснити його словами. Тоді емоція стає помітною за поведінкою: дитина змінює активність, уникає контакту, скаржиться на тіло. Перешкодою для розуміння власних емоцій може бути алекситимія, тобто труднощі з упізнаванням і описом переживань та з розрізненням емоційних і тілесних відчуттів. Для аутизму вона не обов'язкова, але в частини дітей і дорослих із РАС виражена помітно. Така дитина не завжди скаже, що саме з нею відбувається: страх, хвилювання, біль чи просто втома, і стан виявляється вчинками, а не словами. З регуляцією емоцій пов'язані й інші труднощі: важко заспокоїтися після сильного переживання, переключити увагу, прийняти несподівану зміну, втриматися в ситуації перевантаження. Іншим маршрутом до школи, порушеною послідовністю дій, гучним звуком або вимогою швидко перейти

до іншої справи можна викликати сильне занепокоєння. Як саме дитина відреагує, залежить від її особливостей, попереднього досвіду та того, якими способами саморегуляції вона вже володіє. Багатьом дітям із РАС украй потрібна передбачуваність. Чіткий розпорядок, зрозумілі правила, попередження про зміни дають відчуття стабільності, а коли дитина не знає, що буде далі, її тривога нерідко зростає. Однак це не означає, що вона не здатна звикати до нового: за поступового ознайомлення, підготовки й підтримки діти вчаться приймати зміни та освоювати незнайомі ситуації. Ще одна відома риса, інтенсивні й стійкі інтереси до окремих тем, предметів чи занять. У житті дитини вони часто відіграють велику роль: приносять позитивні емоції, допомагають зосередитися, дають відчуття компетентності і стають основою для спілкування. Тому розглядати їх лише як обмеження було б помилкою.

Психолог може скористатися цими інтересами, щоб налагодити контакт, підтримати мотивацію й поступово залучати дитину до нових видів діяльності. Не менш важливо, як формується самооцінка та уявлення про себе. Дитина усвідомлює власні особливості через стосунки з родиною, однолітками, педагогами. Коли оточення постійно бачить у її відмінностях недоліки, вона відчуває, що не відповідає очікуванням, і напруга зростає. Прийняття особливостей, опора на сильні сторони та можливість досягати успіху в доступних справах, навпаки, допомагають ставитися до себе позитивно. Досвід соціального прийняття важливий не лише для старших дітей. Труднощі з ровесниками з'являються вже в дитинстві: дитина не завжди розуміє правила спільної гри, не встигає за швидкою зміною ситуації або захоплюється іншим, ніж однолітки. Критика, відторгнення чи булінг підвищують емоційну вразливість і створюють ґрунт для тривожності. Оцінювати слід не тільки саму дитину, а й соціальне середовище, у якому вона росте. К. Островська, І. Островський і В. Лобода зосередили свою роботу на психолого-педагогічній діагностиці дітей із розладами аутистичного спектра. Автори радять оцінювати розвиток комплексно,

беручи до уваги не окремі поведінкові прояви, а можливості дитини, її комунікативні навички та потребу в підтримці. Для психологічного супроводу це також важливо: такий підхід не дає обмежитися формальним ставленням до діагнозу й допомагає добирати методи відповідно до реальних потреб [3].

Не можна оминути роль родини. Манера спілкування батьків, емоційний клімат удома, ставлення до особливостей дитини і доступність підтримки впливають на те, як вона справляється з труднощами й вчиться керувати своїм станом. Послідовні правила, спокійні пояснення, визнання емоцій і можливість сказати про дискомфорт сприяють розвитку саморегуляції, тоді як постійний тиск, критика та вимога відповідати соціальним очікуванням без огляду на можливості дитини напругу посилюють. У дітей із синдромом Аспергера є не лише труднощі, а й сильні сторони: уважність до деталей, добра пам'ять на певну інформацію, послідовність, наполегливість, здатність довго концентруватися на цікавій справі, глибокі знання у вибраних галузях.

Утім, ці риси не універсальні й не можна автоматично приписувати їх кожній дитині з РАС. Щоб їх виявити, потрібні індивідуальний підхід і спостереження за її інтересами та можливостями. Загалом психологічну характеристику таких дітей слід розуміти цілісно: соціальна комунікація, сенсорне сприйняття, емоційна регуляція й поведінка тісно пов'язані між собою. Труднощі в одній зі сфер відбиваються на повсякденному житті та емоційному благополуччі, але їхній характер і вираженість у різних дітей неоднакові. Тому психологічна допомога має спиратися на індивідуальне оцінювання, сильні сторони й потреби дитини, а не лише на назву діагностичної категорії. Для подальшого розгляду тривожності це важливо: труднощі взаємодії, сенсорна чутливість, потреба в передбачуваності та особливості емоційної регуляції за певних умов роблять дитину вразливішою до тривоги, а підтримувальне середовище, прийняття особливостей і навички саморегуляції допомагають зберегти психологічне благополуччя. РАС

зачіпають не лише соціальну взаємодію й комунікацію, а й когнітивне функціонування та сенсорне сприйняття. Усе це пов'язане між собою і впливає на те, як дитина отримує та опрацьовує інформацію, реагує на зміни довкілля, вчиться, спілкується й керує поведінкою. Знати ці особливості потрібно для організації допомоги, адже вони дозволяють бачити в дитині не лише труднощі, а й її ресурси. Когнітивний профіль дітей із РАС неоднорідний. Інтелектуальний розвиток, пам'ять, увага, мислення та навчальні можливості можуть дуже різнитися: в одних бувають труднощі з окремими когнітивними операціями, інші показують високі результати в певних сферах. Тому судити про інтелект дитини лише за наявністю діагнозу не можна.

У контексті аутизму вивчають також виконавчі функції, тобто процеси, які забезпечують цілеспрямовану поведінку: планування, організацію діяльності, робочу пам'ять, гальмування імпульсивних реакцій, переключення уваги та когнітивну гнучкість. Вони допомагають пристосовуватися до змін, дотримуватися послідовності дій, контролювати себе і шукати рішення в нових ситуаціях. У дітей із РАС страждати можуть окремі компоненти цих функцій. Скажімо, дитині важко перейти від одного завдання до іншого, відмовитися від звичного способу дії чи самостійно спланувати кроки до мети. Проте прояви в усіх різні й залежать від складності завдання, втоми, мотивації та умов виконання. M. Fernandez-Prieto зі співавторами [23] вивчали, як між собою пов'язані сенсорна обробка, виконавчі функції та поведінка дітей із РАС, і розглядали виконавче функціонування як можливу сполучну ланку між сенсорними особливостями та поведінкою. З їхніх результатів випливає, що труднощі в опрацюванні сенсорної інформації можуть позначатися на тому, як дитина організовує й регулює свою поведінку. Для психолога це означає, що реакція дитини не завжди є небажанням виконати інструкцію чи браком мотивації: інколи за нею стоїть надмірне сенсорне навантаження або складність переключення уваги. Окрема роль належить увазі. Дехто з дітей із РАС довго й зосереджено

займається тим, що його цікавить, і водночас насилу переходить до інших завдань. Трапляється підвищена увага до деталей за труднощів із цілісним баченням ситуації. Це відбивається на навчанні, спілкуванні та повсякденних справах: дитина може добре пам'ятати конкретні факти, але потребувати додаткових пояснень, щоб схопити загальний зміст завдання чи прихований сенс висловлювання. Значення виконавчих функцій підтверджують і систематичні огляди та метааналізи.

Yeung зі співавторами [61] досліджували поздовжні зміни виконавчих функцій в осіб з аутизмом і показали, що ці функції не є незмінною характеристикою: окремі з них з віком змінюються, хоча характер змін залежить від компонента й особливостей людини. Звідси випливає, що під час психологічного оцінювання треба зважати на вік і індивідуальну траєкторію розвитку. Не менш важлива сенсорна обробка інформації, яка забезпечує сприйняття та інтеграцію сигналів від органів чуття й внутрішніх систем організму: звуків, світла, запахів, смаків, дотиків, положення тіла, руху, рівноваги, внутрішніх фізіологічних відчуттів. Особливості реагування на ці подразники в дітей із РАС впливають на самопочуття, поведінку й участь у різних видах діяльності [4]. Вони виявляються як гіперреактивність, гіпореактивність або підвищений пошук сенсорних стимулів. За гіперреактивності дитина надмірно чутлива до подразників: гучні звуки, яскраве світло, певні запахи, дотики чи текстура одягу викликають сильний дискомфорт, і вона закриває вуха, відходить від джерела шуму або відмовляється від справи.

Гіпореактивність, навпаки, означає знижену реакцію: дитина може не одразу відгукнутися на звук чи дотик, який зазвичай привертає увагу. Є ще й сенсорний пошук, тобто прагнення до інтенсивних або повторюваних відчуттів: дитина багато рухається, стрибає, обертається, торкається різних поверхонь, повторює одні й ті самі дії. Така поведінка може бути самостимуляцією або способом регулювати рівень збудження. Окремої уваги заслуговують пропріоцептивна, вестибулярна та інтероцептивна системи.

Пропріоцепція дає відчуття положення тіла й частин його в просторі та допомагає контролювати силу й точність рухів, вестибулярна система відповідає за рівновагу, орієнтацію в просторі й сприйняття руху, а інтероцепція пов'язана з усвідомленням внутрішніх станів: голоду, спраги, серцебиття, дихання, втоми.

Коли ці системи працюють по-іншому, страждають рухова координація, відчуття власного тіла й уміння вчасно помітити фізіологічні зміни. Дитині буває важко зрозуміти, що вона втомилася, зголодніла чи починає хвилюватися. Тілесні сигнали можуть сприйматися нечітко або, навпаки, лякати надмірною виразністю. Для емоційної саморегуляції це суттєво, бо розпізнати свій стан означає зробити перший крок до керування ним. Зв'язок сенсорних особливостей з психологічним благополуччям підтверджують сучасні дослідження. Y. Chen зі співавторами [20] у систематичному огляді з метааналізом вивчали, як відмінності сенсорної обробки пов'язані з інтерналізованими та екстерналізованими поведінковими проблемами в дітей з аутизмом. До інтерналізованих належать тривожність, емоційне напруження й інші переживання, спрямовані всередину, до екстерналізованих – поведінкові труднощі, імпульсивність, виражені реакції.

Узагальнені дані свідчать про зв'язок між сенсорними відмінностями та психологічними труднощами, але однозначною причинно-наслідковою залежністю він не є. Сенсорна чутливість впливає на стан дитини через постійний чи повторюваний дискомфорт. Якщо довкілля сповнене неприємних або непередбачуваних подразників, дитина живе в підвищеній напрузі, і навіть звичайні речі, як-от похід до магазину, перебування в навчальному закладі, поїздка в транспорті чи групове заняття, коштують їй великих зусиль. З часом накопичене сенсорне навантаження посилює дратівливість, втому, уникання контактів і тривожні реакції. Соціально-комунікативні особливості – ще один важливий складник розвитку. Комунікація охоплює не лише мовлення, а й розуміння контексту, невербальних сигналів, інтонації, черговості реплік та намірів

співрозмовника. Деякі діти добре говорять, але не вміють користуватися мовленням у соціальних ситуаціях, а інші мають обмежені мовленнєві можливості й потребують додаткових чи альтернативних засобів спілкування [10].

Труднощі соціальної комунікації виявляються в початку й підтриманні розмови, розумінні переносного значення слів, жартів, натяків та неявних правил спілкування. Дитина може докладно розповідати про своє захоплення, не помічаючи, чи цікаво це співрозмовникові, або не розуміти, що настав час змінити тему. Однак потреби в спілкуванні вона не втрачає: такі прояви найчастіше відбивають відмінності в обробці соціальної інформації та способах побудови взаємодії. Т. Скрипник і О. Лозова [8] розглядають формування діалогічної взаємодії в дітей із РАС і наголошують, що комунікативні вміння слід розвивати цілеспрямовано, створюючи умови, в яких дитина поступово опановує діалог. Тут мало сформувати мовленнєві конструкції: дитина має навчитися враховувати співрозмовника, тримати тему розмови й брати участь у взаємному обміні інформацією. Про роль візуальної підтримки в комунікативно-мовленнєвому розвитку дітей з аутизмом пишуть Т. Скрипник і С. Беляк [7].

Зображення, схеми, картки, розклади та інші наочні засоби полегшують розуміння інструкцій і послідовності дій, а дитина може повертатися до потрібних відомостей у власному темпі, що особливо корисно, коли усні інструкції сприймаються складно. Комунікативні труднощі позначаються й на емоційному благополуччі. Якщо дитині важко зрозуміти поведінку інших і передбачити їхню реакцію, взаємодія супроводжується напруженням і невпевненістю, а досвід непорозумінь, відторгнення чи булінгу посилює соціальну тривожність і спонукає уникати контактів. Водночас не кожна дитина з РАС має виражені труднощі соціальної взаємодії, а потреба в спілкуванні та характер контактів бувають різними. Слід згадати й маскування аутистичних особливостей: свідоме або частково автоматизоване копіювання соціальних моделей поведінки, приховування своїх реакцій,

використання завчених способів спілкування, щоб відповідати очікуванням оточення.

Воно допомагає пристосуватися до окремих ситуацій, але вимагає від дитини значних внутрішніх зусиль, а довге приховування труднощів може закінчуватися втомою, емоційним виснаженням і зростанням тривожності. Припускати маскування в кожної дитини не варто, його слід розглядати як одну з можливих індивідуальних стратегій. H. Pickard зі співавторами [40] вивчали когнітивні, емоційні та сенсорні чинники соціальної тривожності в аутичних і нейротипових дітей та підлітків. Їхня робота нагадує, що соціальне уникнення не зводиться до комунікативних труднощів: його може спричиняти негативний досвід, сенсорне перевантаження або очікування складної взаємодії. Коли зіставити когнітивні, сенсорні й соціально-комунікативні особливості дітей із РАС, стає видно, що існують вони не окремо.

Труднощі переключення уваги ускладнюють адаптацію до змін, сенсорне перевантаження посилює емоційну напругу, а комунікативні труднощі обмежують можливість повідомити про дискомфорт. Так складається взаємопов'язана система чинників, що впливає на повсякденне функціонування та психологічне благополуччя. Утім, бачити в цих особливостях лише обмеження неправильно. Індивідуальні інтереси, здатність довго концентруватися на значущій справі, добра пам'ять на певну інформацію, прагнення до послідовності й наочне сприйняття можуть стати опорою для навчання та психологічної підтримки, і фахівцеві варто визначити сильні сторони дитини та використати їх у взаємодії й корекційно-розвивальній роботі. Загалом когнітивні, сенсорні та соціально-комунікативні особливості дітей із РАС мають комплексний характер і по-різному впливають на їхній емоційний стан і поведінку, тому без їх урахування добрати ефективні методи допомоги не вдасться. Особливо це стосується роботи з тривожністю, адже її прояви пов'язані не лише з емоційними переживаннями, а й із сенсорним навантаженням, труднощами прогнозування ситуацій та особливостями соціальної комунікації.

1.2 Тривожність у дітей із розладами аутистичного спектра та її вплив на соціальну адаптацію

Тривожність – одна з найпоширеніших емоційних проблем у дітей із розладами аутистичного спектра (РАС). Вона буває ситуативним занепокоєнням у відповідь на конкретні обставини, а буває і стійким станом, що впливає на поведінку, навчання, спілкування та повсякденне функціонування. Тривожать таких дітей не лише звичні для їхнього віку ситуації, а й специфічні труднощі, пов'язані з сенсорним сприйняттям, соціальною комунікацією та пристосуванням до змін [52; 54]. Систематичні огляди й метааналізи популяційних вибірок підтверджують, що тривожні розлади належать до частих супутніх станів у дітей і підлітків із РАС [17; 35]. Клінічно значуща тривожність трапляється в дітей із різним рівнем інтелектуального розвитку, тобто не обмежується окремою підгрупою [29], а огляд досліджень за участю дітей раннього віку показує, що перші прояви можуть виникати задовго до підліткового періоду [53].

Сам по собі діагноз РАС не означає, що тривожний розлад обов'язково розвинеться, проте тривожні симптоми й діагностовані розлади в дітей з аутизмом зустрічаються частіше, ніж у загальній дитячій популяції. Наскільки частіше, залежить від віку учасників, способу оцінювання, складу вибірки та критеріїв тривожності. H. N. Thiele-Swift і D. S. Dorstyn [50] у систематичному огляді з метааналізом розглянули поширеність тривожності серед дітей і молоді з аутизмом з урахуванням методології досліджень та звернули увагу на розбіжності між результатами самооцінювання, повідомлень батьків і клінічних інтерв'ю. Наприклад, за самооцінюванням клінічно значущі симптоми в окремих узагальненнях мала приблизно третина вибірки, тоді як діагностованих тривожних розладів за даними клінічних інтерв'ю виявлялося менше. Тож окремі тривожні симптоми слід відрізняти від повної відповідності діагностичним критеріям розладу. Одним із важливих чинників виникнення та підтримання тривожності в дітей із РАС

є непереносимість невизначеності, тобто схильність сприймати невідомі, непередбачувані чи неоднозначні ситуації як загрозливі, хоча об'єктивних ознак небезпеки немає. Дитина тривожно чекає незнайомої діяльності, зміни планів, нових людей, ситуацій, де не можна заздалегідь зрозуміти, що буде далі.

C. Boulter, M. Freeston, M. South і J. Rodgers [18] розглядають непереносимість невизначеності як один із механізмів тривожності в дітей і підлітків з аутизмом. Невизначеність, зазначають автори, може напружувати навіть у ситуаціях, які для інших не становлять особливої складності: дитина тривожиться через зміну розкладу, відсутність чіткої інструкції, необхідність чекати чи неможливість передбачити реакцію людини. Подальший аналіз цього питання зроблено в систематичному огляді та метааналізі R. Jenkinson, E. Milne і A. Thompson [28]: зв'язок між непереносимістю невизначеності та тривожністю в людей з аутизмом виявився суттєвим. Тому труднощі сприйняття невизначеності можна вважати одним із напрямів психологічної роботи з тривожністю, і тут стануть у пригоді поступове знайомство з новими ситуаціями, пояснення послідовності дій, формування гнучкого реагування та вміння впоратися з непередбачуваним.

Впливають на рівень тривожності й сенсорні особливості. Підвищена чутливість до звуків, світла, запахів, дотиків чи руху створює додаткове навантаження: шумне приміщення, певні матеріали, незнайомі предмети чи людні місця супроводжуються фізичним дискомфортом і занепокоєнням. L. Neil зі співавторами [37] досліджували зв'язок між непереносимістю невизначеності, сенсорною чутливістю та тривожністю в дітей з аутизмом і типовим розвитком. Подібне описано й у дошкільників: сенсорна реактивність і непереносимість невизначеності пов'язані з окремими формами тривожності [32]. Взаємодію сенсорних особливостей, непереносимості невизначеності, тривожності й повторюваної поведінки при РАС вивчали також Glod зі співавторами та S. Wigham зі співавторами [25; 56], тож ці чинники варто розглядати разом, а не окремо. Підсумовуючи ці

напрями, M. South і J. Rodgers [45] описують внесок сенсорних, емоційних і когнітивних чинників у розвиток тривожності при РАС і підтримують ідею багатокомпонентної допомоги. Водночас сенсорний дискомфорт і тривожність – не одне й те саме: дитина може уникати подразника через неприємні фізичні відчуття, через очікування дискомфорту або через обидва чинники одразу.

Окремо слід розглянути соціальну тривожність. Вона виникає, коли треба спілкуватися, взаємодіяти з однолітками, відповідати на запитання, виступати перед іншими чи брати участь у груповій діяльності. Деяким дітям це важко через складність розуміння соціального контексту, невербальних сигналів і неписаних правил. Після негативного досвіду спілкування соціальна тривожність посилюється: якщо дитина не раз стикалася з нерозумінням, критикою, насмішками чи відторгненням, вона починає очікувати поганої реакції, і навіть нейтральні ситуації здаються їй потенційно небезпечними. Наслідком стають уникання контактів, відмова від групових занять, надмірне хвилювання перед взаємодією. Водночас соціальну тривожність слід відрізняти від природної потреби дитини в усамітненні, адже не кожна, хто віддає перевагу самостійній діяльності чи має вузьке коло спілкування, переживає тривогу.

Для правильної оцінки враховують суб'єктивні переживання, причини уникання контактів, поведінку в різних ситуаціях та вплив цих особливостей на повсякденне життя. Додатковим чинником може бути маскування: прагнучи відповідати соціальним очікуванням, дитина контролює міміку, копіює поведінку інших, користується завченими фразами, ховає власний дискомфорт. Постійний самоконтроль виснажує, напружує й посилює тривожні переживання, хоча маскування є не в усіх дітей з РАС, тому його розглядають індивідуально. Роль у формуванні тривожності відіграють і труднощі розпізнавання та усвідомлення власних емоцій. Дитина, яка не розуміє, що саме відчуває, не завжди одразу повідомить про хвилювання й може не знати причини свого дискомфорту, тож тривога виявляється в

поведінці: дратівливості, плачі, відмові від діяльності, повторюваних діях, прагненні усамітнитися, підвищеній руховій активності. Бувають і тілесні симптоми: прискорене серцебиття, напруження м'язів, пітливість, дискомфорт у животі, головний біль, порушення сну, відчуття загального неспокою. Автоматично пояснювати їх психологічними причинами не можна, і під час оцінювання стану дитини необхідно враховувати фізіологічні та медичні чинники, а за потреби рекомендувати консультацію відповідного фахівця. Окремим джерелом напруження є навчальне середовище, де треба дотримуватися розкладу, виконувати інструкції, працювати в групі, переходити між видами діяльності й пристосовуватися до змін.

Для дітей із РАС додатковими труднощами стають шум у класі, велика кількість соціальних контактів, недостатня передбачуваність навчальних завдань і складність швидкого переключення уваги. Costley зі співавторами [21] описали переживання аутичних учнів, пов'язані зі шкільним середовищем: учасники називали чинники, що посилюють тривогу, зокрема соціальні вимоги, сенсорне навантаження, непередбачуваність і труднощі взаємодії з іншими. Дослідження стосується учнів старшого шкільного віку, але допомагає краще зрозуміти механізми виникнення тривожності в навчальному середовищі, і схожі чинники можуть діяти й на молодших дітей, хоча реагують вони, імовірно, інакше. Для українських дітей додатковим джерелом психологічного напруження є воєнні події: повітряні тривоги, обстріли, вимушене переміщення, розлука з близькими, порушення звичного навчання, постійна невизначеність посилюють тривожні переживання. Особливої уваги потребують діти з РАС, яким важко переносити різкі зміни середовища, гучні звуки та порушення розпорядку. Реакція на воєнний стрес індивідуальна й залежить від попереднього досвіду, особистісних особливостей, рівня підтримки та умов життя.

О. О. Міненко [2] у дослідженні тривожності підлітків в умовах воєнного конфлікту звертає увагу на вплив соціальної нестабільності та загрозливих обставин на психоемоційний стан дітей. Робота не обмежується дітьми з РАС, проте допомагає зрозуміти загальний контекст, у якому ростуть українські діти, а для дітей з аутизмом ситуацію може ускладнювати ще й порушення звичних способів організації життя. Розуміючи тривожність, слід брати до уваги не лише причини її виникнення, а й механізми, які її підтримують. Один із них – уникнення. Коли дитина відмовляється від діяльності або залишає неприємне середовище, напруження тимчасово спадає, і це полегшення закріплює поведінку уникання. З часом дитина дедалі частіше обминає схожі ситуації, навіть якщо реальної загрози в них немає. Скажімо, дитина боїться групової діяльності, і відмова від неї швидко знижує тривогу, але без поступової підтримки така поведінка позбавляє її позитивного соціального досвіду, а переконання, що групова взаємодія небезпечна, зберігається чи навіть зміцнюється. Тому в психологічній роботі краще не примушувати дитину до контакту, а створювати умови для поступового освоєння складних ситуацій з огляду на її готовність та індивідуальні можливості. Тривогу підтримує й надмірне очікування поганого.

Дитина заздалегідь хвилюється через можливу зміну планів, помилку, невдалу відповідь чи негативну реакцію оточення, а іноді повторює одні й ті самі запитання, просить постійно підтверджувати, що все безпечно, або багато разів перевіряє обставини. Якщо заспокоєння діє лише коротко, потреба в ньому не зникає. Мають значення й сімейні та соціальні чинники: емоційний стан батьків, стиль взаємодії в родині, реакції педагогів, доступність підтримки. Послідовні вимоги, зрозумілі пояснення, емоційне прийняття та можливість сказати про дискомфорт зменшують напруження, а постійна критика, мінливі правила й надмірний тиск посилюють невизначеність і тривогу. Тож тривожність у дітей із РАС має багато причин: особливості сенсорної обробки, непереносимість невизначеності, соціально-комунікативні труднощі, негативний досвід взаємодії та умови середовища.

Прояви бувають емоційними, поведінковими й тілесними, тому стан дитини слід оцінювати цілісно. Знання механізмів виникнення й підтримання тривоги потрібне для вибору методів допомоги, адже робота має зменшувати не лише вираженість симптомів, а й розвивати вміння розпізнавати емоції, поступово підвищувати толерантність до невизначеності, навчати способів саморегуляції та створювати підтримувальне середовище. Такий підхід враховує індивідуальні особливості дітей і готує ґрунт для розгляду психотерапевтичних методів корекції. Вікові особливості переживання тривожності пов'язані з розвитком емоційної сфери, когнітивних процесів, комунікативних навичок і соціального досвіду. З віком змінюються і ситуації, що викликають тривогу, і способи її вираження та подолання, хоча універсальними ці закономірності вважати не можна, бо розвиток дітей із РАС дуже варіативний.

На ранніх етапах тривога пов'язана насамперед із потребою в передбачуваності, реакціями на нові подразники, сенсорним перевантаженням і труднощами адаптації. Дитина гостро реагує на зміну маршруту, незнайомих людей, нові предмети, гучні звуки чи порушення звичного порядку дій. Це не завжди тривожний розлад, але свідчить про емоційне напруження. У дошкільному віці стає важливим формування первинних навичок емоційної саморегуляції: дитина вчиться розпізнавати свої емоції, повідомляти про дискомфорт, користуватися доступними способами заспокоєння. У дітей із РАС цьому заважають труднощі розуміння й називання емоційних станів, тож тривога часто проявляється не прямим «мені страшно», а плачем, уникненням ситуацій, дратівливістю, руховим збудженням чи наполяганням на незмінності звичного порядку.

Тому на цьому етапі дорослим слід створювати зрозуміле й безпечне середовище. Передбачуваний розпорядок, візуальні підказки, поступове знайомство з новим та допомога під час переходу від однієї діяльності до іншої знижують напруження. Водночас надмірне уникнення будь-яких змін не розвиває адаптивності, тому краще поступово розширювати досвід дитини

з огляду на її можливості та темп. У молодшому шкільному віці джерел тривоги побільшає. Школа вимагає засвоїти нові правила, виконувати завдання вчасно, взаємодіяти з учителями й однокласниками, пристосуватися до організаційних вимог.

Складно буває не тільки на уроках, а й у менш структурованих ситуаціях: на перервах, у груповій роботі, у спільних іграх, при зміні розкладу. Багато залежить від розуміння соціальних правил, які для дитини не очевидні: коли доречно приєднатися до розмови, як реагувати на зміну теми, як тлумачити двозначні висловлювання, як розпізнати емоції інших. Якщо такі ситуації постійно закінчуються непорозуміннями, критикою чи негативним досвідом, дитина починає чекати невдачі, і тривожність зростає. Наскільки добре дитина адаптується соціально, значною мірою визначає те, чи враховує освітнє середовище її особливості. Чіткі інструкції, зрозумілі правила, можливість отримати допомогу, доброзичливі педагоги й відсутність принизливих оцінок створюють відчуття безпеки, а постійне порівняння з ровесниками, покарання за поведінку, спричинену перевантаженням, і примус до небажаної взаємодії напруження посилюють.

У підлітковому віці соціальні вимоги ускладнюються. Зростає значення групи ровесників, дружби, прийняття оточенням і власної ідентичності. Підліток прагне більшої самостійності, але гостріше реагує на неприйняття, критику та відчуття власної відмінності, а підлітку з РАС до того ж треба орієнтуватися в неформальних правилах спілкування й швидко мінливих соціальних ситуаціях. Cresswell, Hinch і Cage [22] вивчали досвід міжособистісних стосунків аутичних підлітків і з'ясували, що для багатьох із них прагнення до дружби та взаємодії дуже важливе, хоча побудова й підтримання стосунків ускладнюється особливостями комунікації, груповою динамікою, відторгненням і негативним досвідом.

Автори також пишуть про самотність і випадки віктимізації. Тому соціальні труднощі не можна пояснювати лише відсутністю інтересу до спілкування: нерідко підліток прагне дружби, але натрапляє на перешкоди.

Окремий чинник ризику – булінг і соціальне відторгнення. Повторюваний негативний досвід з однолітками формує очікування загрози, і дитина уникає спільних заходів, групової діяльності, нових знайомств, ситуацій, де треба самому починати розмову. Напруження це на якийсь час знижує, але позбавляє позитивного соціального досвіду.

Не слід забувати і про те, як тривожність впливає на самооцінку та уявлення дитини про власні можливості. Коли труднощі в спілкуванні постійно супроводжуються критикою, дитина починає вважати себе нездатною до стосунків чи успішної взаємодії, а це підсилює невпевненість, страх помилки й залежність від чужих оцінок. У підлітковому віці такі переживання поєднуються з питаннями самоприйняття та пошуком власного місця серед людей. Соціальна адаптація при цьому не означає, що треба повністю відповідати типовим моделям поведінки. Її краще розуміти як здатність брати участь у значущих для себе справах, будувати комфортні стосунки, повідомляти про потреби, користуватися підтримкою й поступово ставати самостійнішим, а тому враховувати слід і труднощі, і сильні сторони особистості, інтереси, доступні способи комунікації. Зв'язок тривожності із соціальним функціонуванням аутичних дітей і підлітків підтверджує метааналіз Adams зі співавторами [14], у якому узагальнено 20 робіт із 2321 учасником. Автори знайшли статистично значущий негативний зв'язок між тривожністю та соціальною компетентністю: чим вища тривожність, тим нижчою в середньому була компетентність. Тривожність може ускладнювати соціальну адаптацію, але не є її єдиним визначальним чинником. Вікову динаміку допомагає зрозуміти систематичний огляд Tafolla і Lord [49] про поздовжні дослідження психічного здоров'я аутичних людей.

Траєкторії тривожних і депресивних проявів упродовж життя виявилися неоднаковими, а з подальшим психічним станом пов'язані адаптивні навички та якість стосунків з однолітками в шкільному віці: позитивне функціонування у взаєминах із ровесниками може вплинути на пізніше емоційне благополуччя. Важлива й роль родини. Емоційний стан

батьків, характер взаємодії, рівень прийняття особливостей дитини й доступність підтримки впливають на її відчуття безпеки.

Надмірна опіка чи постійне уникнення складних ситуацій обмежують розвиток самостійності, а недостатня увага до переживань, знецінення страхів або завищені вимоги посилюють тривогу. Соціальна адаптація завжди індивідуальна. Для однієї дитини головне джерело тривоги – шумне середовище, для іншої – потреба підтримувати розмову, для третьої – непередбачуваність подій чи страх оцінки, тому однакові вимоги до соціальної активності не підійдуть усім. Є й гендерний аспект: дослідження аутичних дівчат і жінок указують на можливість маскування особливостей поведінки заради відповідності соціальним очікуванням. Ззовні це виглядає як вдала адаптація, але постійний контроль реакцій та копіювання соціальних моделей породжують значну внутрішню напругу. Тому соціальне функціонування не можна оцінювати лише за зовнішньою поведінкою. Вікові особливості переживання тривожності в дітей із РАС залежать від зміни провідних соціальних завдань, умов взаємодії та вимог середовища: у дошкільному віці важливі передбачуваність і сенсорна безпека, у молодшому шкільному – адаптація до освітнього середовища й перші стійкі контакти з ровесниками, у підлітковому – дружба, самоприйняття, автономність і соціальна ідентичність.

Тривожність і соціальна адаптація взаємопов'язані: висока тривожність обмежує соціальну активність і знижує впевненість у взаємодії, а повторюваний негативний досвід тривожні переживання посилює. Саме тому психологічна робота має зменшувати тривожність і водночас розвивати емоційну саморегуляцію, адаптивні навички, упевненість та давати можливості безпечної соціальної взаємодії.

1.3 Основні психотерапевтичні підходи до роботи з тривожністю у дітей із розладами аутистичного спектра

Психологічна допомога дітям із РАС і підвищеною тривожністю потребує індивідуального підходу та врахування їхнього когнітивного,

емоційного й сенсорного розвитку. Тривога в таких дітей пов'язана не лише з конкретними страхами, а й із труднощами передбачення подій, сенсорним перевантаженням, соціальними непорозуміннями та негативним досвідом взаємодії з оточенням. Тому психотерапевтична робота має знижувати тривогу безпосередньо, а ще формувати навички емоційної саморегуляції, розвивати адаптивні стратегії й підвищувати відчуття безпеки. Найкраще з-поміж підходів до тривожності в дітей із РАС досліджена когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Вона виходить із зв'язку між думками, емоціями, фізіологічними реакціями та поведінкою: дитина поступово вчиться розпізнавати ситуації, що викликають тривогу, помічати свої реакції, бачити зв'язок між переживаннями й поведінкою та користуватися адаптивнішими способами подолання труднощів [57; 59]. Стандартні протоколи КПТ для дітей із РАС потрібно адаптувати, бо абстрактні пояснення, метафори, складні завдання на аналіз власних думок і вимога швидко визначити свій емоційний стан можуть бути для них незрозумілими. Тому терапію будують на конкретних прикладах, зрозумілих інструкціях, візуальних матеріалах і чіткій послідовності дій. Один з напрямів адаптації – розвиток емоційної обізнаності: дитині допомагають розрізняти основні емоції, оцінювати їхню інтенсивність і помічати тілесні реакції, наприклад прискорене серцебиття, напруження м'язів, біль у животі чи бажання піти з місця, як сигнали напруження. Для цього користуються картками емоцій, шкалами інтенсивності, малюнками й схемами. Потім переходять до тривожних думок і очікувань. Дитині пропонують розглянути ситуацію, яка її турбує, і знайти інші способи її пояснити. Якщо дитина певна, що будь-яка зміна розкладу призведе до неприємностей, терапевт допомагає їй уявити інші варіанти розвитку подій, не знецінюючи при цьому її страхів, а поступово формуючи гнучкіше сприйняття.

Важливою частиною КПТ є й експозиційна робота, тобто поступове зіткнення з ситуаціями, що викликають тривогу. Її мета – не примусити дитину терпіти дискомфорт, а крок за кроком розширити її можливості

впоратися з ним. Разом із дитиною складають ієрархію тривожних ситуацій від легших до складніших. Якщо дитина боїться нових соціальних контактів, роботу можна почати з короткої розмови зі знайомою людиною, а далі перейти до менш знайомих ровесників. Вправи підбирають з урахуванням рівня тривожності, сенсорних особливостей і готовності дитини. Слід розрізняти ситуації, де тривога виникає від очікування поганого, і ситуації реального сенсорного перевантаження чи небезпеки: коли гучний звук викликає фізичний дискомфорт через підвищену чутливість, повторне перебування в такому середовищі не є універсальним способом подолати страх, і тоді насамперед адаптують середовище та шукають прийнятні способи зменшити навантаження. Ефективність адаптованої КПТ розглядали в систематичному огляді з метааналізом Sharma зі співавторами [43].

У рандомізованому дослідженні E. A. Storch зі співавторами [47] КПТ порівнювали зі звичайним лікуванням у підлітків із РАС і супутньою тривожністю, а J. J. Wood зі співавторами [58] перевіряли адаптовану КПТ у ранніх підлітків із клінічно вираженою тривожністю. K. Roberts і P. M. Rankin [42] ставлять питання, чи є когнітивний компонент терапії для молоді з РАС допомогою чи перешкодою, і цим підкреслюють потребу обережно пристосовувати протоколи до когнітивних особливостей дитини. Дослідники проаналізували 19 рандомізованих контрольованих досліджень за участю 833 дітей і молодих людей з аутистичним спектром та виявили статистично значуще зниження тривожності після КПТ за оцінками клініцистів, батьків і самих учасників. Величина ефекту, щоправда, залежала від того, хто оцінював зміни, а позитивні результати не завжди зберігалися під час подальшого спостереження.

Мало провести програму, потрібно ще закріпити набуті навички після її завершення. Окрім КПТ, у роботі з дітьми із РАС застосовують елементи поведінкових підходів, спрямованих на формування конкретних навичок, розвиток самостійності й закріплення адаптивної поведінки: моделювання бажаних способів реагування, позитивне підкріплення, структуроване

навчання, аналіз ситуацій, у яких виникають труднощі. Вони допомагають формувати навички самозаспокоєння, звернення по допомогу, повідомлення про потреби й використання засвоєних стратегій у повсякденному житті [12].

Поведінкові методи при цьому не повинні зводитися до придушення зовнішніх проявів емоцій чи примусу до поведінки, якої чекає оточення. Менше рухового збудження ще не означає менше тривоги, тож важливо зважати на внутрішній стан дитини, причини її поведінки та функцію, яку вона виконує. Психологічна підтримка має допомагати дитині почуватися безпечніше й краще взаємодіяти з довкіллям. Ще один напрям – розвиток соціально-комунікативних навичок. Деяким дітям із РАС соціальні ситуації видаються тривожними, бо важко зрозуміти наміри інших, невербальні сигнали, правила групової взаємодії та неформальні домовленості. Тут допомагають рольові ігри, моделювання ситуацій, соціальні історії, відеомоделювання й практичне відпрацювання навичок: разом із психологом дитина опрацьовує знайомство, звернення до однолітків, участь у груповій діяльності чи реакцію на непорозуміння. Так вона заздалегідь ознайомлюється зі сценаріями взаємодії й зменшує невизначеність. Мета полягає не в механічному наслідуванні соціальних моделей, а в розширенні можливостей для комфортного спілкування та самовираження.

Окреме місце займають методи емоційної саморегуляції та релаксації: дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, короткі вправи на усвідомлення тілесних відчуттів, переключення уваги, формування власного набору способів заспокоєння. Вводити їх слід поступово, пояснюючи призначення кожної вправи та перевіряючи, чи комфортна вона для дитини. Так, дитина може навчитися помічати наростання напруження й користуватися заздалегідь узгодженою стратегією: зробити коротку перерву, піти в спокійніше місце, вдягнути навушники, виконати дихальну вправу або звернутися до дорослого. Ці способи не мають сприйматися як обов'язок, вони є доступними інструментами, до яких дитина вдається за потреби. Допоміжним напрямом можуть бути й методи усвідомленості

(майндфулнес), що розвивають уміння помічати власні думки, емоції та тілесні відчуття без негайної реакції на них. Дітям із РАС їх адаптують: короткі інструкції, конкретні завдання, візуальні опори, мінімум абстрактних пояснень. Самостійним універсальним лікуванням тривожних розладів ці методи не є, їхня ефективність залежить від особливостей дитини та загальної програми допомоги.

Важлива умова психологічної роботи – залучення батьків або інших значущих дорослих, адже саме у повсякденному житті дитина застосовує навички, засвоєні на заняттях. Батьки можуть підтримувати передбачуваний розпорядок, користуватися узгодженими способами комунікації, помічати перші ознаки емоційного перевантаження й заохочувати використання адаптивних стратегій [11; 13]. Їхня участь не має перетворюватися на постійний контроль: завдання дорослих полягає в тому, щоб створити умови для безпечного розвитку самостійності й підтримувати дитину, не знецінюючи її переживань. Вони мають розуміти різницю між небажанням щось робити та неможливістю впоратися через емоційне чи сенсорне навантаження. Практичні рекомендації щодо адаптації психотерапевтичної допомоги містять клінічні настанови Національного інституту здоров'я та досконалості медичної допомоги Великої Британії [36].

Для дітей і молодих людей з аутизмом і тривожністю, які мають достатні мовленнєві й когнітивні можливості для КПТ, там радять розглядати як індивідуальний, так і груповий формат, а методику адаптувати: навчати розпізнавати емоції, користуватися письмовими й візуальними матеріалами, структурованими робочими аркушами, конкретнішими й спрощеними завданнями, робити регулярні перерви, залучати батьків та враховувати індивідуальні інтереси дитини. Формат залежить від потреб учасника. Групова терапія дає додаткові можливості практикувати соціальну взаємодію й отримувати підтримку ровесників, але дітям, яким важко в групі через сенсорне перевантаження, соціальну тривогу чи потребу в іншому темпі, краще підійде індивідуальний формат. Можливе й поєднання обох. Не менш

важлива організація самого середовища: воно має бути передбачуваним, безпечним і комфортним. Бажано заздалегідь пояснювати послідовність занять, повідомляти про зміни, мати зрозумілі правила, враховувати сенсорні потреби. Психолог стежить за ознаками втоми й перенапруження, не перевантажує заняття завданнями та залишає можливість короткого відпочинку.

Окремої уваги заслуговує поєднання психотерапії з фізичною активністю. Рух допомагає регулювати емоційний стан, формує відчуття компетентності й дає позитивний досвід, але не може замінювати психотерапію чи слугувати примусовим способом усунути тривогу. Його включають до комплексної програми з огляду на інтереси, фізичні можливості, сенсорні особливості та добровільну участь дитини. Загалом психотерапевтична допомога дітям із РАС і підвищеною тривожністю має бути комплексною, послідовною й індивідуалізованою. Найкраще досліджена адаптована КПТ, яку доповнюють поведінкові методи, розвиток соціально-комунікативних навичок, вправи на саморегуляцію й підтримка батьків. Результат, однак, залежить не лише від методики, а й від того, наскільки її зміст відповідає можливостям дитини, від якості терапевтичного контакту та умов повсякденного середовища.

1.4 Вплив фізичної активності на психоемоційний стан, стресостійкість та емоційну саморегуляцію дітей із РАС

Фізична активність – важливий складник фізичного й психологічного розвитку дитини. Регулярний рух впливає на здоров'я, координацію й витривалість, а ще пов'язаний зі змінами емоційного стану, рівня напруження, уваги та поведінкової саморегуляції. Для дітей із РАС це особливо суттєво, бо рух дає їм додаткові можливості для емоційного розвантаження, позитивного досвіду й поступового розвитку адаптивних навичок [60].

Водночас розглядати фізичну активність як самостійний метод лікування тривожних розладів або заміну психотерапії не варто. Це додатковий ресурс комплексної психологічної підтримки, який може посилити загальний ефект роботи за умови правильного добору видів діяльності, врахування потреб дитини й систематичності занять. Вона охоплює різні форми руху: ходьбу, біг, плавання, танці, спортивні ігри, вправи на координацію, йогу, рухливі ігри та спеціально організовані тренування. Вони різняться за інтенсивністю, тривалістю, структурованістю та характером взаємодії з іншими учасниками, тому під час планування програми слід зважати не лише на загальний обсяг руху, а й на умови, які створює кожен вид занять.

Одним із можливих механізмів позитивного впливу є зв'язок руху з регуляцією фізіологічних реакцій на стрес. Під час навантаження змінюється робота серцево-судинної та дихальної систем, активуються механізми енергозабезпечення м'язів, відбуваються нейрофізіологічні процеси адаптації. Якщо інтенсивність вправ відповідає можливостям дитини, регулярна активність формує адаптивнішу реакцію на фізіологічне збудження й покращує самопочуття. У літературі також обговорюють зв'язок фізичних навантажень із роботою нейромедіаторних систем, нейропластичністю й активністю нейротрофічних факторів, зокрема мозкового нейротрофічного фактора (BDNF), який бере участь у підтриманні роботи нервової системи, навчанні та формуванні нових нейронних зв'язків. Але механізми впливу на емоційний стан дітей із РАС ще потребують вивчення, і біологічні пояснення не можна вважати доведеним механізмом зниження тривожності в кожної дитини. З психологічного боку важливо, що рух зменшує суб'єктивне відчуття напруження: після занять дитина відчуває розслаблення, кращий настрій і менше збудження.

Особливо це корисно дітям, яким важко розповісти про свої переживання: рух дає позитивний досвід через тілесні відчуття, взаємодію з предметами й виконання зрозумілих практичних завдань. Він впливає і на

вміння переключати увагу. Виконуючи вправи, дитина стежить за інструкцією, координує дії, реагує на зміну умов і контролює рухи, а значить, залучає окремі компоненти виконавчих функцій: увагу, гальмівний контроль, планування. Їхній розвиток важливий для щоденної саморегуляції, бо допомагає краще організовувати поведінку й пристосовуватися до змін.

Систематичний огляд Suárez-Manzano зі співавторами [48] охопив 19 інтервенційних досліджень впливу фізичної активності на когнітивні, поведінкові й моторні показники дітей і підлітків із РАС. Програми тривали від двох тижнів до року, заняття проводили від одного до п'яти разів на тиждень. Більш ніж у половині досліджень когнітивні показники покращилися, а в частині робіт покращилися й поведінкові та моторні характеристики, проте результати залежали від показника та особливостей програми. Вплив програми на фізичні та когнітивні показники дітей із РАС оцінювали також C.-Y. Pan зі співавторами [38], а метааналіз рандомізованих досліджень [30] розглядає її вплив на моторні, комунікативні, соціальні та виконавчі функції. Усе це свідчить про потенціал фізичної активності, але вимагає обережних узагальнень. Особливе значення має її вплив на тривожність.

У дітей із РАС тривога часто супроводжується фізіологічним збудженням, м'язовим напруженням, руховим неспокоєм і труднощами з розслабленням, тож правильно підібраний рух стає конструктивним способом використати це збудження й поступово повернути емоційну рівновагу. Riis зі співавторами [41] у систематичному огляді використання фізичної активності для зниження тривожності в аутичних людей проаналізували вісім інтервенційних досліджень, які охоплювали йогу, футбольні заняття, програми ходьби, групові вправи та верхову їзду. Більшість із них вказувала на можливе зниження тривожності, але автори наголосили, що даних замало, щоб визначити найефективніший вид руху, оптимальну частоту, тривалість та інтенсивність. Конкретніші кількісні дані дає метааналіз Zhang зі співавторами [62] за участю 482 дітей із РАС у 12

рандомізованих контрольованих дослідженнях: після навантажень супутня тривожність знижувалася статистично значуще, узагальнений розмір ефекту становив Hedges' g = -0,68.

Найбільший ефект дали аеробні вправи, хоча й інші види активності показали позитивні результати. Автори водночас зазначили, що дослідження відрізняються за характером втручань і складом учасників. Тому наведені результати підтверджують перспективність фізичної активності як додаткового засобу роботи з тривожністю, але не дають підстав вважати будь-яке навантаження однаково ефективним для всіх дітей. Ще один напрям впливу – розвиток емоційної саморегуляції, тобто вміння розпізнавати власні емоції, визначати їхню інтенсивність, контролювати поведінкові реакції та відновлювати рівновагу доступними способами. Дітям із РАС формувати ці навички складніше через особливості емоційного усвідомлення, сенсорної обробки й виконавчих функцій.

Рух дає можливість практично розвивати окремі компоненти саморегуляції: дитина вчиться дотримуватися послідовності дій, чекати черги, реагувати на сигнали, контролювати силу рухів і доводити розпочате до кінця. Зрозуміло організовані вправи формують відчуття передбачуваності та впевненості: виконання нескладної послідовності рухів вимагає запам'ятати інструкцію, контролювати свої дії й поступово дійти до результату, і дитина бачить власний прогрес, що підтримує самооцінку й мотивацію. Особливо важливо створювати ситуації успіху, де результат залежить від зусиль самої дитини, а не від порівняння з іншими. Фізична активність сприяє також стресостійкості, яку тут розуміють не як відсутність негативних емоцій чи здатність витримати будь-яке навантаження, а як уміння поступово відновлюватися після напружених ситуацій і користуватися доступними способами подолання труднощів.

Регулярні посильні заняття дають досвід подолання невеликих викликів, адаптації до нових завдань і досягнення результату. Проте корисне поступове розширення адаптаційних можливостей слід відрізняти від

надмірного навантаження: якщо рух супроводжується примусом, перевтомою, сенсорним дискомфортом чи постійним відчуттям невдачі, тривожність він посилює, а не знижує. Тому результат програми залежить не лише від виду вправ, а й від того, що відчуває дитина, коли їх виконує. Не менш важливий соціальний бік. Групові рухливі ігри та спортивні заняття створюють природні ситуації для взаємодії з ровесниками, дотримання правил, спільної роботи й відчуття приналежності до групи, а дітям із РАС ще й дають змогу практикувати комунікацію в структурованому середовищі.

Група, проте, комфортна не кожній дитині. Шум, багато учасників, швидка зміна правил і потреба стежити за кількома подіями водночас спричиняють сенсорне перевантаження, тому на початку краще обирати індивідуальні вправи або невеликі групи й поступово ускладнювати завдання відповідно до готовності дитини. Має значення і вид активності. Аеробні вправи, як-от ходьба, біг, плавання чи танці, ґрунтуються на повторюваній ритмічній діяльності й корисні для фізичного та емоційного стану, вправи на рівновагу й координацію розвивають контроль рухів і орієнтацію в просторі, йога та інші практики, що поєднують рух із диханням і концентрацією уваги, тренують усвідомлення тілесних відчуттів і розслаблення, а спортивні ігри поєднують навантаження з комунікативними завданнями та розвивають співпрацю, дотримання правил і взаємодію. Але обирати конкретний вид слід не лише за потенційною користю, а й за інтересами дитини, її фізичними можливостями, сенсорними потребами та готовністю до формату занять. Окреме місце займає активність із тваринами, зокрема кінні заняття, де рух поєднується із сенсорним досвідом, потребою дотримуватися послідовності дій і взаємодією з живою істотою. Це може сприяти емоційному контакту, відповідальності та впевненості у власних діях. Кінні заняття мають свою специфіку і їх не можна автоматично прирівнювати до аеробних вправ чи стандартних тренувань, тож їхні можливості й обмеження розглянуто окремо. Оцінюючи потенційний вплив фізичної активності, враховують її основні параметри: частоту, інтенсивність, тривалість і тип навантаження (модель FITT: Frequency, Intensity, Time, Type).

Частота – це кількість занять за певний період, інтенсивність – рівень навантаження, тривалість – час одного заняття, тип – конкретний вид діяльності. У дослідженнях дітей із РАС програми були різними, тож єдиної схеми, однаково ефективної для всіх, визначити не можна. Огляд Suárez-Manzano зі співавторами [48] засвідчив значну варіативність програм за частотою й тривалістю, у метааналізі Zhang зі співавторами [62] окремі параметри занять виявилися пов'язаними з величиною ефекту щодо тривожності, а Hu зі співавторами [26] аналізували залежність результатів від дозування навантаження (тривалості, частоти й інтенсивності), що підтверджує важливість поступового й індивідуального підбору. Тож планувати й оцінювати інтервенції потрібно, чітко описуючи навантаження.

Під час занять потрібно враховувати індивідуальні сенсорні особливості. Одним учасникам підходять вправи з повторюваними рухами та чіткою структурою, іншим – діяльність із різноманітними руховими завданнями. Слід передбачати можливість відпочинку, давати зрозумілі інструкції, повідомляти послідовність вправ і заздалегідь попереджати про зміни. Обов'язкові умови – добровільна участь і безпека: навантаження має відповідати віку, стану здоров'я та фізичній підготовленості дитини, а за супутніх захворювань, рухових обмежень чи медичних протипоказань програму узгоджують із відповідними фахівцями. Психологічна мета занять не виправдовує перевищення фізичних можливостей і ігнорування ознак втоми чи дискомфорту. Оцінювати потрібно не лише сам факт участі дитини, а й зміни в її емоційному стані за допомогою психодіагностичних методик, спостережень за поведінкою, аналізу здатності до саморегуляції й інформації від батьків. Короткочасні зміни після окремого заняття варто відрізняти від стійкіших результатів систематичної участі. Фізична активність здатна позитивно впливати на психоемоційний стан дітей із РАС. Наявні дані свідчать про можливе зниження тривожності, покращення окремих когнітивних і поведінкових показників, розвиток моторних навичок і створення умов для емоційної саморегуляції, хоча результат залежить від

характеристик учасників, виду та параметрів навантаження й умов занять. У практичній роботі з підлітками вид і дозування навантаження добирають індивідуально, зважаючи на моторні можливості, сенсорну чутливість і досвід дитини, починають із короткої, передбачуваної діяльності й тільки поступово ускладнюють її. Це знижує ризик перевантаження й зберігає в підлітка відчуття контролю, особливо важливе для тих, хто тривожно реагує на непередбачувані зміни. Фізичну активність варто розглядати як додатковий компонент комплексної психологічної допомоги, а не як альтернативу психотерапії: у поєднанні з адаптованими психотерапевтичними інтервенціями вона розширює можливості роботи з тривожністю, розвитку саморегуляції та підвищення адаптаційного потенціалу дитини. Це положення становить теоретичну основу для розгляду іпотерапії як одного з напрямів рухової та психологічної підтримки дітей із РАС. Тому дозування й форму навантаження доцільно включати до індивідуального плану допомоги, а не сприймати як універсальний стандарт для всіх дітей із РАС.

1.5 Іпотерапія та теоретичне обґрунтування поєднання фізичної активності з психотерапевтичними інтервенціями

Серед форм фізичної активності, які використовують у комплексній роботі з дітьми із РАС, особливе місце посідають заняття за участю коней. Вони поєднують рух, сенсорний досвід, емоційний контакт із твариною та послідовні практичні завдання, а це відкриває додаткові можливості для розвитку комунікативних навичок, емоційної саморегуляції, впевненості й адаптивної поведінки. Інтерес до коней пов'язаний з тим, що взаємодія з твариною відрізняється від звичайного людського спілкування: кінь не користується складними мовленнєвими конструкціями, натяками чи прихованими правилами, які ускладнюють комунікацію аутичним дітям. Контакт відбувається через спостереження, рухи, дотики, прості сигнали й

послідовні дії, і для окремих дітей така форма зрозуміліша й менш напружена, ніж взаємодія з незнайомими людьми. Передусім слід розмежувати поняття.

У літературі іпотерапію, терапевтичну верхову їзду та інші види діяльності з кіньми нерідко вживають як близькі, хоча цілі, принципи організації та вимоги до фахівців у них різні. Іпотерапія (hippotherapy) використовує рух коня як спеціальний терапевтичний інструмент у межах фізичної, ерготерапевтичної чи логопедичної допомоги: фахівець визначає цілі, добирає положення тіла, характер руху коня й завдання залежно від функціональних потреб учасника, і мета полягає не в навчанні верховій їзді, а в досягненні певних функціональних результатів. Терапевтична верхова їзда (therapeutic horseback riding) спрямована інакше: вона передбачає адаптоване навчання елементам верхової їзди, розвиток рухових навичок, координації, самостійності та взаємодії з конем і може включати догляд за твариною, підготовку до роботи, вправи на коні та прості завдання з керування.

Окремо виділяють психотерапевтичні й психосоціальні програми за участю коней, де увагу зосереджено на емоційних, поведінкових і міжособистісних процесах, а взаємодія з твариною допомагає працювати над усвідомленням емоцій, довірою, комунікацією та поведінковими реакціями. Проте сама присутність коня не робить заняття психотерапією, для цього потрібні психологічні цілі, професійна компетентність фахівця та структурована програма. Для емпіричного дослідження це розмежування принципове. Якщо заняття проводить інструктор із верхової їзди або берейтор і вони передбачають адаптовану рухову діяльність, взаємодію з конем та засвоєння практичних навичок, коректніше говорити про «терапевтичну верхову їзду» чи «адаптовані кінні заняття», а іпотерапією у вузькому професійному значенні таку діяльність можна назвати лише за наявності відповідної терапевтичної команди та дотримання вимог до цього виду допомоги.

Американська асоціація іпотерапії (American Hippotherapy Association) наголошує, що іпотерапія є терапевтичним інструментом, який підготовлені фахівці з фізичної терапії, ерготерапії та мовленнєвої терапії застосовують в індивідуальному плані допомоги, тоді як адаптована верхова їзда має переважно навчальний, рекреаційний і соціально-розвивальний характер. Аналізуючи результати досліджень, слід з'ясовувати, який саме формат занять вивчали, щоб не переносити висновки одного втручання на інше. Серед можливих механізмів позитивного впливу кінних занять називають сенсомоторну стимуляцію: тіло вершника постійно реагує на зміну положення, темпу й напрямку руху коня. Щоб утримувати рівновагу, треба узгоджувати роботу м'язів тулуба, контролювати положення тіла й пристосовувати рухові реакції до умов, і це залучає вестибулярну, пропріоцептивну та тактильну системи [19]. Ритмічний крок коня створює повторювані багатовимірні рухові стимули: дитина відчуває зміну положення власного тіла, коригує поставу та поступово адаптується до руху.

За відповідного добору вправ це сприяє розвитку рівноваги, постурального контролю, координації та усвідомлення тіла, і саме сенсомоторний компонент вважають одним із важливих напрямів використання руху коня в реабілітації. Сенсорний досвід на заняттях, проте, неоднозначний. Комусь підходять ритмічний рух, тепло тіла коня й повторюваність дій, а комусь заважають запахи, звуки, шерсть, рухи тварини чи висота. Не можна вважати, що кінь автоматично заспокоїть кожну дитину з РАС, і перед початком занять слід оцінити сенсорні особливості учасника й поступово познайомити його з умовами роботи. Інший важливий механізм – емоційний контакт із твариною. Взаємодія передбачає спостереження за поведінкою коня, розпізнавання його реакцій, дотримання дистанції та поступове формування довіри: дитина вчиться враховувати стан живої істоти, реагувати на її поведінку й робити те, що потрібно для безпечного контакту.

На відміну від багатьох соціальних ситуацій, контакт із твариною більш конкретний і наочний: дитина бачить, як кінь реагує на наближення, голос чи дотик, і засвоює правила догляду, а це розвиває уважність, відповідальність і вміння зважати на реакції іншої істоти. Взаємодія з конем впливає й на відчуття власної компетентності. Підготовка спорядження, чищення коня, подання простих сигналів, виконання вправ на занятті дають змогу бачити безпосередній результат своїх дій, а поступове засвоєння навичок підвищує впевненість і позитивне сприйняття власних можливостей. Дітям із негативним досвідом соціальної взаємодії чи частою критикою за особливості поведінки такий досвід може бути особливо цінним. Діяльність будується довкола спільного практичного завдання, а не лише довкола спілкування, і дитина бере участь у власному темпі, поступово розширюючи самостійність.

Заняття з конем потенційно впливають і на емоційну саморегуляцію. Працюючи з твариною, треба дотримуватися послідовності дій, контролювати рухи, реагувати на інструкції й зважати на поведінку коня, тож дитина практикує терпіння, переключення уваги, дотримання правил і стримування імпульсів. Скажімо, перед заняттям їй пропонують виконати кілька послідовних дій: привітатися з конем, спостерігати за ним, підготувати спорядження й перейти до наступного етапу. Чітка структура зменшує невизначеність і робить процес передбачуваним, а якщо дитина напружена, вона може зупинитися, відпочити чи змінити завдання.

Окремо слід сказати про соціально-комунікативний розвиток. На заняттях дитина взаємодіє принаймні з інструктором, інколи з асистентом, волонтером чи іншими учасниками, і спільна діяльність створює природні ситуації, щоб звернутися по допомогу, виконати інструкцію, узгодити дії та обмінятися інформацією. У невеликій групі додатково формуються навички очікування черги, дотримання спільних правил, спостереження за діями інших і взаємної підтримки, але груповий формат доречний лише тоді, коли він відповідає можливостям дитини й не створює надмірного сенсорного чи соціального навантаження.

Дослідження свідчать про перспективність кінних занять у роботі з дітьми з РАС. Одне з найвідоміших – рандомізоване контрольоване дослідження Gabriels зі співавторами [24] за участю 127 дітей і підлітків віком від 6 до 16 років. Упродовж десяти тижнів одна група займалася терапевтичною верховою їздою, а контрольна відвідувала заняття на території кінного центру без взаємодії з кіньми, і такий дизайн частково дав змогу відокремити вплив самого кінного середовища від специфічного впливу взаємодії з конем [39]. У групі терапевтичної верхової їзди порівняно з контрольною статистично значуще знизилися дратівливість і гіперактивність, а за окремими показниками соціального пізнання, соціальної комунікації та мовленнєвої активності зафіксовано позитивні зміни, причому розмір ефекту для соціальної комунікації становив 0,63, а для соціального пізнання – 0,41. Ці результати стосуються конкретної програми й визначених показників, тому їх не можна автоматично переносити на всі види кінних занять чи вважати доказом універсального зниження тривожності.

У метааналізі Trzmiel зі співавторами [51] узагальнено 15 досліджень за участю 390 дітей із РАС віком від 3 до 16 років, і в більшості робіт повідомлялося про позитивні зміни у сфері соціалізації, залученості до діяльності та окремих поведінкових показників. Але кількісний метааналіз трьох досліджень статистично значущих відмінностей за вивченими ефектами не виявив, і автори наголосили на потребі в подальших стандартизованих дослідженнях з однорідними методами оцінювання. Madigand зі співавторами [33] у метааналізі впливу послуг за участю коней на соціальні навички людей із РАС проаналізували п'ять рандомізованих контрольованих досліджень із 240 учасниками й виявили позитивний статистично значущий вплив на загальний показник соціальної реактивності, соціальну комунікацію та соціальне пізнання; за соціальною обізнаністю й мотивацією результати були менш однозначні, тож різні сфери соціального функціонування змінюються неоднаково.

Систематичний огляд Meera зі співавторами [34] про моторні результати кінних програм у дітей з аутизмом охопив 12 досліджень, у яких зафіксовано покращення координації, сили, рівноваги, постави та загальних моторних навичок; автори радять підвищувати методологічну якість майбутніх досліджень і чіткіше описувати програми. Це важливо для розуміння сенсомоторного потенціалу занять, але не дає підстав прямо стверджувати про зниження тривожності. Окремої уваги заслуговує систематичний огляд Sissons зі співавторами [44] про вплив втручань за участю тварин на соціальне функціонування дітей з аутизмом: проаналізовано дев'ять досліджень (вісім випробувань), здебільшого кінних програм. Автори відзначили позитивні зміни в окремих показниках, які в деяких роботах зберігалися під час короткострокового та середньострокового спостереження, але вказали й на методологічні обмеження, зокрема ризик упередженості при оцінюванні результатів. Кінні програми виглядають перспективно, проте визначити їхній специфічний внесок складно: у роботах різняться терміни, тривалість занять, методи оцінювання й критерії відбору, а фокус лежить то на соціальній комунікації, то на поведінкових чи моторних показниках.

Позитивну зміну в одній сфері не можна автоматично вважати покращенням усього психологічного функціонування. Коли досліджують вплив кінних занять саме на тривожність, особливо важливо відрізняти прямі показники тривоги від суміжних. Зниження дратівливості, гіперактивності чи соціальних труднощів є позитивним, але не тотожне зниженню тривожності, тому для оцінювання тривожності потрібен відповідний психодіагностичний інструментарій, а висновки не можна ґрунтувати лише на загальних поведінкових змінах.

Потрібно враховувати й обмеження та ризики кінних занять: страх перед твариною, сенсорний дискомфорт, втому, складнощі адаптації до нового середовища та фізичні ризики роботи з великою твариною. Перед початком програми оцінюють готовність дитини до взаємодії з конем,

знайомлять її з правилами безпеки, добирають відповідну тварину й передбачають супровід. Кінь має бути спокійним, передбачуваним, добре підготовленим до роботи з дітьми та відповідати характеру діяльності, а також потрібні належний стан його здоров'я, умови утримання, спорядження й контроль за його фізичним і емоційним станом, адже безпека стосується не лише дитини, а й добробуту коня.

Важлива умова організації програми – поступове знайомство з твариною. Спочатку дитина спостерігає за конем на безпечній відстані, знайомиться з місцем занять і правилами поведінки та за бажанням долучається до простого догляду, а до складніших завдань переходить лише тоді, коли з'явилося достатнє відчуття безпеки. Це зменшує невизначеність і не створює додаткового тиску. Заняття за участю коней можна розглядати як перспективний додатковий засіб підтримки дітей із РАС завдяки поєднанню сенсомоторної стимуляції, фізичної активності, емоційної взаємодії з твариною та практичних завдань, що розвивають самостійність і адаптивну поведінку.

Дослідження показують позитивні результати в окремих сферах соціального, поведінкового й моторного функціонування, але доказів безпосереднього впливу на тривожність поки обмаль. Тому кінні заняття варто включати до комплексної програми психологічної підтримки за індивідуального добору навантаження, дотримання вимог безпеки та поєднання з іншими методами. У межах цього дослідження цікаво перевірити адаптовані кінні заняття як додатковий компонент психотерапевтичної програми, спрямованої на зниження тривожності та розвиток емоційної саморегуляції дітей із РАС.

З огляду на особливості тривожності в дітей із розладами аутистичного спектра, механізми її виникнення й основні напрями психологічної допомоги доцільно шукати комплексні підходи до корекції, і одним із перспективних є поєднання психотерапевтичних інтервенцій із систематичною фізичною активністю як додатковим ресурсом підтримки емоційного стану. Потреба в

комплексності зумовлена тим, що тривожність у дітей із РАС має багато чинників: особливості обробки сенсорної інформації, труднощі емоційної саморегуляції, непереносимість невизначеності, соціальні непорозуміння й негативний досвід взаємодії з довкіллям, а робота лише з одним із них не завжди дає достатній результат.

Психологічна допомога має брати до уваги і внутрішні механізми переживання тривоги, і умови, у яких дитина вчиться, спілкується й живе щодня. Психотерапевтичні інтервенції та фізична активність виконують різні, але взаємодоповнювальні функції. Психотерапія спрямована на усвідомлення емоцій, розуміння причин тривожних реакцій і формування адаптивних способів мислення та поведінки, а фізична активність може знижувати суб'єктивне напруження, розвивати моторну саморегуляцію, допомагати переключати увагу й дає позитивний досвід подолання посильних труднощів. Одне з теоретичних обґрунтувань такого поєднання – зв'язок фізіологічного збудження з психологічним переживанням тривоги. Тривожний стан супроводжується прискореним серцебиттям, змінами дихання, м'язовим напруженням, підвищеною пильністю, внутрішнім неспокоєм. Дитина може сприймати ці реакції як ознаки небезпеки, особливо коли їй важко розпізнавати й пояснювати тілесні відчуття. У психотерапії вона поступово вчиться бачити зв'язок між ситуацією, думками, емоціями, тілесними реакціями та поведінкою, а рух доповнює цей процес, адже дає змогу безпечно спостерігати за змінами тілесного стану під час навантаження й після нього.

За належного супроводу дитина починає розрізняти фізіологічні реакції на навантаження і переживання, спричинені тривогою. Фізичне навантаження, однак, не слід вважати способом негайно усунути тривогу: за інтенсивної діяльності збудження закономірно зростає, і надмірне навантаження посилює дискомфорт, тому вправи мають бути дозованими, передбачуваними й відповідати можливостям учасника.

Другий напрям взаємодоповнення – емоційна саморегуляція. Психотерапія вчить визначати власні емоції, помічати ранні ознаки напруження й обирати способи реагування, а фізична активність дає практичні умови, щоб застосувати ці навички: контролювати рухи, дотримуватися послідовності дій, переключати увагу, пристосовуватися до змін. Дитина може навчитися помічати втому чи перенапруження під час заняття, повідомляти, що їй потрібен відпочинок, і користуватися узгодженими способами відновлення, і так психологічні навички переходять із терапевтичного заняття в повсякденне життя.

Є й третій механізм – досвід успішного подолання труднощів. Ситуації невизначеності чи потреби швидко пристосуватися бувають для дітей із РАС джерелом тривоги, психотерапія допомагає змінювати ставлення до них, а рухова діяльність із поступовим ускладненням завдань дає додаткові можливості пережити успіх: доступні вправи, нові рухові навички та спостереження за власним прогресом зміцнюють упевненість у своїх силах. Успіх при цьому слід оцінювати не порівнянням з іншими дітьми, а за індивідуальним поступом учасника, адже це зменшує страх помилки й підтримує внутрішню мотивацію. Поєднання психотерапії та руху сприяє і розвитку адаптивної поведінки.

Стратегії подолання тривоги, засвоєні на заняттях, потребують практики в реальних ситуаціях, а рухові заняття стають середовищем, де їх поступово переносять у діяльність: дитина вчиться чекати на свою чергу, виконувати інструкції, просити допомоги, приймати незначні зміни послідовності дій і користуватися способами самозаспокоєння. За належного супроводу ці навички стануть у пригоді й у школі, й у соціальному оточенні. У комплексній програмі слід враховувати сенсорні особливості дітей із РАС, бо сенсорне перевантаження є одним із чинників виникнення та підтримання тривожності. Тому вид активності добирають з огляду на чутливість дитини до звуків, дотиків, руху, освітлення й інших стимулів, а психотерапевтична робота допомагає розпізнавати ознаки сенсорного дискомфорту, навчає

повідомляти про потреби й шукати прийнятні способи пристосувати середовище. Рухова діяльність дає досвід контрольованої сенсорної стимуляції, проте її інтенсивність і характер визначають індивідуально, бо однакові стимули діти сприймають по-різному. Важливий і соціальний компонент. Психотерапія допомагає краще розуміти соціальні ситуації, розпізнавати власні переживання під час спілкування та розвивати комунікативні навички, а фізична активність в індивідуальному чи невеликому груповому форматі дає змогу застосовувати їх на практиці: спільна діяльність вимагає узгоджувати дії, дотримуватися правил, звертатися до інших і набувати досвіду взаємодії. Для дітей, яким важко підтримувати розмову, рухове завдання може стати природною основою для контакту, але соціальний формат занять слід адаптувати до можливостей дитини й не пред'являти надмірних вимог до комунікації. Використання фізичної активності як додаткового компонента психологічної допомоги має наукове підґрунтя: систематичні огляди й метааналізи описують позитивні зміни окремих показників емоційного, поведінкового й когнітивного функціонування дітей із РАС після програм рухової активності.

Огляд Riis зі співавторами [41] показує, що фізична активність – перспективний напрям зниження тривожності в аутичних людей, а дослідження психотерапевтичних підходів свідчать про ефективність адаптованої КПТ у роботі з тривожністю дітей із РАС: метааналіз Sharma зі співавторами [43] засвідчив позитивні зміни показників тривожності після КПТ. Тож певні дані підтримують використання обох компонентів. Проте ефективність психотерапії та фізичної активності окремо ще не доводить, що їх поєднання обов'язково дасть сильніший результат. Щоб підтвердити додатковий ефект, потрібні дослідження, у яких порівнюють учасників, що отримують однакову психотерапевтичну допомогу, але відрізняються наявністю чи відсутністю додаткового руху, бо лише так можна оцінити внесок рухового компонента в загальну динаміку психологічних показників.

У межах цього дослідження комплексна програма складається з двох пов'язаних компонентів. Психотерапевтичний охоплює роботу з тривожними переживаннями, розвиток емоційної обізнаності, формування адаптивних способів мислення й поведінки, навчання саморегуляції та поступове опрацювання ситуацій, що викликають тривогу. Руховий передбачає систематичну фізичну активність, адаптовану до віку, фізичних можливостей, сенсорних особливостей та інтересів дитини, і його завдання – створити умови для емоційного розвантаження, розвитку моторної саморегуляції, позитивного досвіду й практичного застосування адаптивних навичок.

Адаптована верхова їзда чи інший формат кінних занять може бути спеціалізованою формою рухового компонента, що поєднує навантаження із сенсорним досвідом та взаємодією з твариною. Умовою реалізації програми є узгодженість компонентів: психотерапевтичні та рухові заняття мають мати спільну мету, а не бути незалежними заходами. Скажімо, навички розпізнавання емоцій, засвоєні в психологічній роботі, дитина використовує на руховому занятті, щоб визначити свій стан і повідомити про потребу відпочити. Не менш важливі послідовність і передбачуваність: дітям із РАС легше включитися в діяльність, коли вони заздалегідь знають, коли почнеться заняття, які завдання передбачені та як воно завершиться. У цьому допомагають візуальний розклад, короткі інструкції, постійна структура занять і попередження про можливі зміни.

Ще одна необхідна умова – індивідуалізація. Планувати програму слід з урахуванням рівня мовленнєвого розвитку, когнітивних можливостей, сенсорного профілю, особливостей поведінки, фізичної підготовки й попереднього досвіду дитини: одним більше підійде індивідуальний формат, іншим – невелика група, і так само відрізнятимуться інтенсивність навантаження, тривалість занять та складність завдань. Теоретичне обґрунтування поєднання фізичної активності й психотерапевтичних інтервенцій спирається на їхні взаємодоповнювальні можливості:

психотерапія допомагає усвідомити й опрацювати тривожні переживання, сформувати адаптивні стратегії та розвинути емоційну саморегуляцію, а фізична активність доповнює цей процес руховим досвідом, емоційним розвантаженням, практичним застосуванням набутих навичок і позитивним ставленням до власних можливостей.

Теоретичний аналіз показує, що тривожність у дітей із РАС має кілька взаємопов'язаних джерел: сенсорні особливості, непереносимість невизначеності, труднощі соціальної взаємодії та недостатньо сформовані навички саморегуляції. Найкраще досліджена адаптована когнітивно-поведінкова терапія, а фізична активність і кінні заняття розглядаються як додатковий ресурс, результат якого залежить від виду, дозування й відповідності навантаження індивідуальним особливостям. Більшість даних обмежена за обсягом вибірок і тривалістю втручань, тому інтерпретувати їх слід обережно. Тому в емпіричній частині тривожність оцінювали кількома методиками, а програма передбачала поступове, структуроване й безпечне залучення до рухової діяльності. Це й визначило логіку другого розділу.

РОЗДІЛ 2
ОРГАНІЗАЦІЯ, МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Організація дослідження, характеристика вибірки та основні етапи

Емпіричне дослідження мало визначити, як фізична активність впливає на ефективність психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на зниження тривожності в дітей із РАС, і зокрема чи дають додаткову користь заняття за участю коней у комплексній психологічній програмі. Для цього порівняли результати двох груп, які отримували однакову базову психологічну допомогу й різнилися лише наявністю занять із кіньми. Такий підхід дозволяє побачити і загальну динаміку тривожності під час психотерапевтичної роботи, і можливий додатковий внесок руху та взаємодії з конем. Дослідження проводили на базі кінного центру KJ «Faraon» в місті Solec у Польщі, де є умови для адаптованих занять за участю коней. Це середовище дало змогу поєднати психологічну роботу з рухом і поступово залучати дітей до контакту з твариною, а заняття організовували з урахуванням особливостей учасників, їхніх сенсорних потреб і готовності до взаємодії з конем. Вибірку склали 50 підлітків із РАС віком від 14 до 16 років. Цей вік обрано тому, що в підлітковому періоді зростає значення соціальної взаємодії, самостійності, прийняття власних особливостей і формування ідентичності, а разом із тим збільшуються вимоги освітнього та соціального середовища, що може посилювати тривогу. У такому віці соціальні ситуації, стосунки й вимоги до самостійності стають особливо значущими, а вузькі вікові межі дали відносно однорідну групу, зручну для порівняння результатів до і після програми. Учасників розподілили на дві групи по 25 осіб. Експериментальна група проходила базову

психотерапевтичну програму, брала участь у фоновій фізичній активності у воді та додатково відвідувала заняття з кіньми. Контрольна група мала таку саму психотерапевтичну програму й активність у воді, але без коней. Така схема забезпечує порівнянність основних умов психологічної роботи, а різниця між групами полягає тільки в кінному компоненті, що й дозволяє перевірити, чи супроводжується його додавання виразнішим зниженням тривожності. Формуючи вибірку, враховували підтверджений діагноз РАС, відповідність віку, можливість брати участь у запланованих заняттях і готовність дитини та батьків виконувати умови дослідження.

Окремо оцінювали, чи може дитина безпечно рухатися та взаємодіяти з конем: зважали на сенсорні особливості, вираженість поведінкових труднощів, комунікативні можливості й попередній досвід контакту з кіньми. Це потрібно було і для безпеки, і для того, щоб пристосувати програму до кожного учасника. Програма тривала один місяць. Її основою була психотерапевтична робота зі зниження тривожності, розвитку емоційної обізнаності та формування навичок саморегуляції, а експериментальна група додатково відвідувала заняття з кіньми. Психотерапевтичний компонент спирався переважно на адаптовані когнітивно-поведінкові інтервенції: діти розпізнавали емоції, визначали ситуації, що викликають тривогу, усвідомлювали зв'язок між думками, емоціями, тілесними реакціями та поведінкою, засвоювали доступні способи реагування на тривожні ситуації, вчилися самозаспокоєнню й поступово формували адаптивніші поведінкові стратегії. В обох групах цей зміст був однаковим, щоб відмінності в психотерапевтичному супроводі не вплинули на результати. Однаковими були й умови проведення занять, їхня спрямованість і загальна організація. Фоновою складовою для обох груп слугувала фізична активність у воді, яка забезпечила рівні умови руху для експериментальної та контрольної груп і врахувала руховий компонент у загальній структурі підтримки. Заняття з кіньми не замінювали жодної складової програми, а лише доповнювали її в експериментальній групі. Для цієї групи організували окремий місячний

цикл, спрямований на формування позитивного досвіду взаємодії з твариною, розвиток емоційної саморегуляції, впевненості й уміння виконувати послідовні практичні завдання. Під час занять зважали на індивідуальні реакції дітей, їхній сенсорний профіль і готовність до різних форм контакту з конем. Діяльність поступово ускладнювали: спочатку діти пристосовувалися до середовища й знайомилися з твариною, потім переходили до спокійної взаємодії, дотримання послідовності дій, виконання доступних завдань і розвитку впевненості. Завершальний етап передбачав закріплення набутого досвіду та оцінювання змін у поведінці й емоційному реагуванні. Загалом емпірична робота складалася з п'яти етапів.

Перший, підготовчий, був присвячений організаційним умовам дослідження, добору учасників за віковими й діагностичними критеріями та формуванню експериментальної й контрольної груп. Батьків ознайомили з метою, завданнями й умовами участі дітей, отримали необхідні дозволи та добровільну інформовану згоду. Особливу увагу приділили оцінюванню можливості безпечної участі дітей у фізичній активності та кінних заняттях, а для експериментальної групи – попередньому знайомству з умовами кінного центру та визначенню індивідуальних особливостей взаємодії з твариною.

На другому етапі, первинної діагностики, до початку програми оцінили вихідний рівень тривожності учасників обох груп стандартизованими психодіагностичними методиками, що дали кількісні показники для подальшого порівняння. Крім обстеження, спостерігали за емоційними та поведінковими реакціями дітей: реагуванням на нові ситуації, проявами напруження, труднощами адаптації, реакціями на інструкції й на взаємодію з іншими людьми. Ці дані стали початковою основою для оцінювання динаміки.

На третьому етапі протягом місяця учасники обох груп проходили психотерапевтичну програму та брали участь у фоновій активності у воді, а за змінами емоційного стану, поведінки та вмінням користуватися навичками саморегуляції стежили спостереженням. В експериментальній групі

додатково звертали увагу на адаптацію до коня, реакції на рух і готовність виконувати практичні завдання. Четвертий етап – повторна діагностика: після програми тривожність оцінили тими самими методиками, що й на початку, і це дало змогу визначити індивідуальну динаміку в кожній групі та те, наскільки змінився рівень тривожності. Результати психологічного спостереження також аналізували, бо вони відбивають зміни, які кількісні методики вловлюють не повністю.

П'ятий етап – аналіз і тлумачення результатів – полягав у порівнянні початкових і повторних показників у кожній групі та зіставленні експериментальної й контрольної груп. Особливо цікавило, чи відрізняється динаміка тривожності залежно від додаткових кінних занять. Кількісний аналіз доповнили якісною інтерпретацією спостережень за поведінкою та емоційними реакціями, що дало комплексніше уявлення про зміни. Дослідження за участю неповнолітніх потребує дотримання етичних принципів психологічної та реабілітаційної практики. Участь була добровільною, а батьки або законні представники отримали повну інформацію про мету, зміст, тривалість і можливі особливості програми та дали інформовану згоду; враховували й згоду самої дитини в доступній для її віку й комунікативних можливостей формі. Учасники мали право відмовитися від окремого завдання або припинити участь без негативних наслідків.

Конфіденційність персональних даних забезпечували тим, що інформацію використовували лише для дослідження, а результати подають узагальнено, без розкриття особистих даних дітей. На кінних заняттях дотримувалися правил безпеки, підбирали відповідного коня й спорядження та контролювали стан учасників. Дитину не залучали до діяльності, яка викликала сильний страх, сенсорне перевантаження чи фізичний дискомфорт, а програма передбачала можливість змінювати завдання, робити перерви й припиняти заняття за потреби. Підсумовуючи, організація дослідження ґрунтується на порівнянні двох груп дітей із РАС, які

отримували однакову психотерапевтичну підтримку та фонову активність і різнилися наявністю занять із кіньми. Така структура дає змогу простежити динаміку тривожності за місячну програму та оцінити можливий додатковий внесок кінного компонента в ефективність психологічної роботи.

2.2 Психодіагностичний інструментарій, методи спостереження та статистичного опрацювання даних

Щоб оцінити ефективність психотерапевтичної програми й можливий додатковий вплив адаптованих кінних занять, використали комплекс психодіагностичних методів. Головний акцент зроблено на вимірюванні тривожності, бо саме її зміна є основним критерієм результативності програми. Добираючи інструментарій, зважали на вік учасників, особливості їхнього емоційного розвитку, комунікативні можливості та специфіку проявів тривожності в дітей із РАС. Методики мали показувати не лише загальну вираженість тривожних проявів, а й окремі їхні складники: соціальну тривожність, соматичні реакції, страхи й загальне емоційне напруження [1].

Застосували опитувальник SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) як основну методику кількісного оцінювання, дитячий варіант шкали тривожності Спілбергера (STAIC) для оцінювання ситуативної та особистісної тривожності [46] і психологічне спостереження як метод якісного аналізу емоційних і поведінкових змін у ході програми. SCARED створено для виявлення симптомів тривожних розладів у дітей та підлітків. Його запропонували B. Birmaher зі співавторами, а психометричні властивості, надійність і валідність уточнювали в подальших дослідженнях [16]. Огляд властивостей інструментів, якими оцінюють результати втручань щодо тривожності в дітей із РАС [55], застерігає від надто впевненої інтерпретації результатів опитувальників і радить доповнювати їх іншими джерелами інформації.

SCARED дає і загальний показник, і результати за окремими компонентами. У поширеній 41-пунктовій версії виділяють п'ять напрямів: панічні симптоми та соматичні прояви тривоги, генералізовану тривожність, тривожність розлуки, соціальну тривожність і шкільні страхи. Кожен пункт оцінюють за трирівневою шкалою від відсутності прояву до його частого виникнення, а загальний бал дорівнює сумі балів за всіма пунктами. Це дає кількісну характеристику вираженості симптомів і дозволяє порівняти результати до та після програми.

Перевага SCARED у тому, що опитувальник оцінює різні складники тривожності, а це особливо важливо для дітей із РАС, у яких тривога виявляється не лише як суб'єктивний страх чи занепокоєння, а й через соматичні скарги, уникання ситуацій, труднощі соціальної взаємодії та напруження в умовах невизначеності. У цьому дослідженні SCARED був основним інструментом визначення динаміки тривожності. Його застосовували на початковому й завершальному етапах в обох групах, і порівняння показників мало показати, чи змінився загальний рівень тривожності та які складники змінилися найбільше.

Водночас SCARED є скринінговим інструментом, а не засобом встановлення клінічного діагнозу, тож результати тлумачать з огляду на індивідуальні особливості дитини та доповнюють іншими методами оцінювання.

Додатковим інструментом став дитячий варіант шкали тривожності Спілбергера, State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC). Методика розмежовує дві пов'язані, але не тотожні характеристики: ситуативну та особистісну тривожність. Ситуативна відображає емоційний стан у конкретний момент чи за певних обставин і може посилюватися у відповідь на нову ситуацію, очікування оцінювання, міжособистісні труднощі чи інші чинники, які сприймаються як загрозливі. Особистісна – відносно стійка схильність сприймати різні ситуації як потенційно небезпечні й реагувати на них підвищеним занепокоєнням, тобто загальна готовність до тривожного

реагування, а не стан у конкретну мить. У класичному варіанті STAIC дві шкали, кожна з 20 тверджень: перша визначає ситуативну тривожність, друга – особистісну. Завдяки цьому тривожність розглядається і як короткочасна реакція на обставини, і як індивідуальна особливість емоційного реагування. STAIC доповнює SCARED: якщо основний опитувальник показує вираженість окремих груп тривожних симптомів, то STAIC дозволяє співвіднести ситуативне емоційне напруження зі стійкішою схильністю до тривоги.

Для оцінки психотерапевтичної програми це важливо. Зниження ситуативної тривожності може свідчити, що дитина краще регулює емоційні реакції в конкретних обставинах, а зміни особистісної тривожності інтерпретують обережніше, оскільки ця характеристика відносно стійка й за короткої програми не обов'язково помітно змінюється. У дослідженні STAIC слугував додатковим інструментом, і його результати розглядали разом із показниками SCARED та даними спостереження.

Крім стандартизованих методик, застосували психологічне спостереження, мета якого – виявити емоційні та поведінкові зміни під час участі дітей у психотерапевтичній програмі й додаткових заняттях із кіньми. Поєднання трьох методів дало змогу розглянути явище з різних боків: SCARED забезпечував основну кількісну оцінку симптомів, STAIC доповнював її характеристикою ситуативної та особистісної тривожності, а спостереження допомагало простежити особливості емоційного й поведінкового реагування в процесі програми.

Для порівнюваності результатів на початковому та завершальному етапах використали однакові діагностичні процедури, що дозволило зіставити зміни в експериментальній і контрольній групах і з'ясувати, чи супроводжується додавання кінних занять виразнішою позитивною динамікою. Тлумачити результати слід, пам'ятаючи, що відповіді дітей можуть залежати від особливостей комунікації, сенсорної обробки й усвідомлення власних емоцій, тому опитувальники розглядали комплексно,

не обмежуючись сумарними балами. Обраний інструментарій відповідає меті дослідження й дозволяє оцінити динаміку тривожності та доповнити кількісні результати якісним аналізом емоційних і поведінкових змін.

Спостереження використовували, щоб вивчити емоційні й поведінкові реакції дітей у психотерапевтичній програмі та під час фізичної активності. Прояви тривожності у дітей із РАС різноманітні та не завжди супроводжуються можливістю чітко описати свій стан словами, тому враховували як безпосередні емоційні реакції, так і непрямі поведінкові ознаки напруження: уникання певних ситуацій, повторювані дії, труднощі переходу між видами діяльності, підвищену потребу в передбачуваності, рухове занепокоєння, відмову від завдання. Інформацію систематизували за попередньо визначеними критеріями, що дозволило фіксувати зміни за однаковими напрямами та порівнювати їх на різних етапах.

Основними критеріями були емоційне реагування, поведінкові реакції, здатність до саморегуляції, адаптація до нових умов, комунікативна взаємодія та впевненість під час виконання завдань. В емоційному реагуванні враховували прояви тривоги, страху, роздратування й напруження та вміння відновити рівновагу після складної ситуації. Серед поведінкових реакцій аналізували уникання діяльності, відмову від завдань, надмірну залежність від допомоги дорослого, руховий неспокій і труднощі адаптації до змін.

Саморегуляцію оцінювали за користуванням доступними способами заспокоєння, здатністю витримувати незначне навантаження й поверненням до діяльності після напруження, адаптацію – за реакціями на незнайоме середовище, нові завдання, зміну послідовності дій і потребу взаємодіяти з іншими. У комунікативній взаємодії фіксували готовність до контакту, вміння повідомляти про потреби, просити допомоги й реагувати на інструкції, а впевненість – за готовністю пробувати нове, поступовим зменшенням уникання та вмінням самостійно виконувати доступні завдання. В експериментальній групі додатково оцінювали взаємодію з конем: реакції на наближення до тварини, дотик, рух і зміну умов заняття, вміння

дотримуватися інструкцій і зберігати емоційну рівновагу під час практичних завдань. У контрольній групі за тими самими загальними критеріями спостерігали під час психотерапевтичної роботи та фізичної активності, що дало змогу порівнювати поведінкову динаміку учасників і не плутати специфічні реакції на коня із загальними змінами психоемоційного стану. Результати фіксували в індивідуальних протоколах із зазначенням ситуації, у якій виникла реакція, її характеру й подальшої поведінки дитини; такий запис допомагає уникнути надто загальних оцінок і дає змогу якісного аналізу.

Окремі поведінкові особливості дітей із РАС не можна автоматично вважати проявами тривожності: уникання контакту, повторювані рухи чи потреба у звичному порядку можуть бути пов'язані з індивідуальним розвитком, сенсорними потребами або способом саморегуляції, тож спостереження інтерпретували з огляду на контекст і профіль кожного учасника. Основу кількісного аналізу склали результати первинного й повторного обстеження за SCARED і STAIC, які показали зміни рівня тривожності після програми в кожній групі. Спершу результати психодіагностики систематизували й створили загальну базу даних, де для кожного учасника зазначали первинні та повторні показники й належність до експериментальної чи контрольної групи. Динаміку оцінювали порівнянням результатів до та після програми: визначали різницю між початковим і підсумковим значенням загального показника SCARED, а де це дозволяла версія опитувальника, так само аналізували окремі складники.

Результати STAIC розглядали окремо за шкалами ситуативної та особистісної тривожності, щоб побачити, чи змінюється актуальний емоційний стан і чи є динаміка у стійкішій схильності до тривоги. Використали такі статистичні показники: середнє арифметичне (середній рівень показника), медіану (центральне значення розподілу), стандартне відхилення (розсіювання результатів), мінімальне й максимальне значення (межі показників) і відсоткові зміни (наочна динаміка). Спосіб подання даних

залежав від розподілу: за нормального розподілу доцільні середні та стандартні відхилення, за відхилення від нормальності – медіана й міжквартильний розмах. Головне питання дослідження полягало в тому, чи відрізняється динаміка тривожності в дітей, які додатково відвідували заняття з кіньми, від змін у дітей, що отримували лише базову програму та фонову активність у воді. Тому виконали два види порівняння: змін усередині кожної групи (чи знизилася тривожність після програми в експериментальній і контрольній групах) і динаміки між групами (чи вираженіші зміни в експериментальній групі).

Критерії статистичної перевірки добирали залежно від розподілу даних, характеру показників і виконання статистичних припущень. За нормального розподілу пов'язані вимірювання до й після програми порівнюють парним t-критерієм Стьюдента, а незалежні групи – t-критерієм для незалежних вибірок, а якщо розподіл не відповідає вимогам параметричного аналізу, використовують непараметричні аналоги: критерій Вілкоксона для пов'язаних вимірювань і U-критерій Манна – Вітні для незалежних груп. Нормальність розподілу перевіряли за критерієм Шапіро – Вілка, а за потреби враховували й однорідність дисперсій між групами. Крім статистичної значущості, оцінювали величину ефекту, щоб знати не тільки, чи підтверджені відмінності статистично, а й наскільки вони виражені практично. Рівень значущості встановили на $p \leq 0,05$. Результати тлумачили з урахуванням розміру вибірки, індивідуальної варіативності показників і тривалості програми.

На завершальному етапі зіставили результати психодіагностичних методик із даними спостереження, щоб побачити, чи супроводжується зниження кількісних показників тривожності змінами в поведінці та емоційному реагуванні. Зменшення тривожності може поєднуватися з більшою готовністю виконувати завдання, меншим униканням ситуацій, кращою адаптацією до змін чи ефективнішим використанням навичок саморегуляції. Проте відсутність помітних змін у поведінці не означає, що

динаміки немає, адже внутрішні емоційні зміни не завжди мають очевидний зовнішній вираз. Особливе значення мало порівняння експериментальної та контрольної груп: виразніше зниження тривожності в експериментальній групі могло б свідчити про додаткову користь кінних занять у комплексній програмі, але такий висновок потребував підтвердження статистичними результатами й урахування можливих альтернативних пояснень.

2.3 Розроблення психотерапевтичної програми, спрямованої на зниження тривожності

Розроблення психотерапевтичної програми – важлива частина емпіричного дослідження, адже саме вона стала спільною основою роботи з експериментальною та контрольною групами. Її мета – знизити вираженість тривожних проявів, сформувати навички емоційної саморегуляції та розвинути адаптивніші способи реагування на ситуації, що викликають напруження. Розробляючи програму, зважали на психологічні особливості дітей із РАС: труднощі розпізнавання й називання емоцій, чутливість до змін, особливості сенсорної обробки та можливі складнощі соціальної взаємодії. Тому психотерапевтичні методи доводилося пристосовувати до можливостей кожного учасника. За основу взяли когнітивно-поведінковий підхід (КПТ), що передбачає систематичну роботу з тривожними думками, емоційними реакціями та поведінковими стратегіями. У роботі з дітьми з РАС він потребує адаптації: чіткої структури занять, зрозумілих інструкцій, конкретних прикладів, візуальної підтримки та врахування сенсорних особливостей.

Мета програми – знизити рівень тривожності через формування навичок розпізнавання емоцій, усвідомлення власних реакцій, розвиток саморегуляції та поступове опанування ситуацій, що викликають тривогу. Завдання були такими: навчити розпізнавати й називати власні емоційні стани; сформувати розуміння зв'язку між ситуаціями, думками, емоціями,

тілесними реакціями та поведінкою; виявити типові ситуації та чинники, що викликають або посилюють тривожність; навчити доступних способів зниження емоційного й фізичного напруження; сформувати адаптивніші стратегії реагування на невизначеність і зміни звичного порядку; поступово розвинути впевненість у виконанні складних чи незнайомих завдань; зменшити поведінкове уникання ситуацій, що викликають помірну тривогу; закріпити навички саморегуляції та перенести їх у повсякденні ситуації.

Програму будували на принципах індивідуалізації, послідовності, структурованості й доступності. Індивідуалізація означає врахування рівня комунікативних можливостей, сенсорної чутливості, інтенсивності тривоги, когнітивних особливостей і досвіду подолання складних ситуацій, адже однакові завдання діти сприймають по-різному, і зміст та складність їх мають відповідати можливостям учасника. Структурованість передбачає чітку послідовність занять, а їхній зміст заздалегідь пояснюють дитині, за потреби з візуальними розкладами, картками й схемами. Поступовість означає поетапне формування навичок: спершу розпізнати емоції та тілесні реакції, потім опанувати способи саморегуляції та ситуації, що викликають тривогу.

Емоційна безпека виключає примус, вимагає поваги до меж дитини й можливості зробити перерву чи відмовитися від завдання, бо робота не повинна додатково перевантажувати. Практична спрямованість означає, що навички застосовують не лише на заняттях, а й у навчанні, спілкуванні, сім'ї та інших ситуаціях, де виникає тривога. Програма складалася з кількох взаємопов'язаних напрямів, що поступово доповнювали один одного. Перший – розпізнавання, розрізнення й називання власних емоцій. Для дітей із РАС це складно через особливості усвідомлення внутрішніх станів і співвіднесення їх із ситуаціями, тому користувалися картками з емоціями, візуальними шкалами настрою, ситуаційними прикладами та простими запитаннями. Дитині пропонували співвідносити ситуації з можливими емоціями, прислухатися до своїх переживань і поступово виробляти власний спосіб їх позначати. Окреме значення мало розпізнавання тілесних проявів

тривоги: прискореного серцебиття, напруження м'язів, болю в животі, змін дихання, внутрішнього неспокою. Дитині пояснювали, що тілесні відчуття можуть бути пов'язані з емоційним станом і служити сигналом, що час застосувати навички саморегуляції. Далі визначали обставини, які найчастіше супроводжуються тривогою: незаплановані зміни, нові умови діяльності, соціальні контакти, очікування оцінювання, сенсорне перевантаження, незнайомі завдання. Для цього обговорювали конкретні життєві ситуації, користувалися візуальними схемами й простими записами, і за допомогою психолога дитина вчилася розуміти, що саме її турбує, як вона реагує і до яких способів поведінки вдається.

Не всі незвичні чи небажані для дитини ситуації є проявом тривоги: відмова від діяльності може пояснюватися сенсорним дискомфортом, втомою чи нерозумінням інструкції, тому чинники тривоги визначали з огляду на особливості учасника. Третій напрям спрямований на засвоєння доступних способів знизити напруження. Дітям пропонували прості техніки, які можна використати під час тривоги чи після складної ситуації: повільне контрольоване дихання без примусу, поступове розслаблення окремих груп м'язів, короткі паузи для відновлення рівноваги, індивідуально підібрані сенсорні способи самозаспокоєння, візуальні нагадування й послідовні алгоритми дій, а також навичку звертатися по допомогу, коли напруження надмірне. Підбираючи вправи, зважали на те, що деякі техніки можуть бути некомфортними: зосередження на диханні чи тілесних відчуттях іноді посилює дискомфорт, тому психолог орієнтувався на реакцію дитини й пропонував інші способи регуляції.

Важливою частиною КПТ було поступове формування вміння помічати тривожні думки та шукати альтернативні пояснення ситуації. Дітям давали конкретні приклади, у яких потрібно було визначити, що викликає занепокоєння, яких наслідків очікують і чи є інші можливі варіанти розвитку подій, а залежно від комунікативних і когнітивних можливостей користувалися словесними поясненнями, малюнками, картками чи

короткими ситуаційними історіями. Особливу увагу приділяли ситуаціям невизначеності: дитина вчилася розрізняти те, що можна контролювати, і те, що від її дій не залежить, що зменшувало надмірну тривогу й формувало реалістичніші очікування.

Окремий напрям – поведінкове уникання, яке підтримує тривожність. Коли дитина постійно обминає ситуації, що викликають страх чи напруження, вона не має змоги переконатися, що впорається з ними. Тому в адаптованій КПТ застосовували поступове наближення до ситуацій помірної тривоги: визначали послідовні кроки від простішого до складнішого, темп узгоджували з можливостями дитини, а роботу проводили в умовах психологічної безпеки. Примусового перебування в ситуації сильного страху чи сенсорного перевантаження не передбачали, мета полягала в позитивному досвіді поступового подолання труднощів і розвитку впевненості. Завершальний напрям – повторення та практичне використання засвоєних способів саморегуляції: дитина вчилася визначати, що допомагає їй у конкретній ситуації, і користуватися цим за потреби. Важливо було перенести досвід за межі занять, для чого давали прості домашні завдання, обговорювали повсякденні ситуації та залучали батьків. Їхня участь мала полягати не в постійному контролі емоційних реакцій, а у створенні передбачуваного середовища, підтримці самостійності й закріпленні адаптивної поведінки. Зміст програми організовано за принципом поступового переходу від усвідомлення емоцій до практичного використання навичок саморегуляції, а основні етапи наведено в таблиці (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Структура реалізації психотерапевтичної програми

Етап	Основний зміст роботи	Очікуваний напрям змін
1. Емоційна обізнаність	Розпізнавання емоцій, визначення тілесних проявів тривоги	Краще усвідомлення власного стану
2. Виявлення чинників тривоги	Аналіз ситуацій, що викликають напруження, визначення типових реакцій	Розуміння причин власних переживань

Продовження таблиці 2.1

3. Формування саморегуляції	Дихальні вправи, розслаблення, паузи, індивідуальні способи заспокоєння	Розвиток навичок зниження напруження
4. Когнітивно-поведінкова робота	Опрацювання тривожних думок, альтернативні способи реагування	Формування більш адаптивних стратегій
5. Поступове подолання уникнення	Виконання послідовних завдань у ситуаціях помірної тривоги	Підвищення впевненості та готовності до діяльності
6. Закріплення навичок	Повторення, практичне використання та перенесення навичок у повсякденне життя	Підтримання досягнутих змін

Етапи відображають змістові напрями роботи, а не обов'язково окремі календарні тижні. Їх реалізовували послідовно, але достатньо гнучко, зважаючи на темп засвоєння матеріалу й потреби учасників. Принципова умова дослідження полягає в тому, що базова психотерапевтична програма була однаковою для експериментальної та контрольної груп, і тому подальший порівняльний аналіз зосереджується саме на додатковому компоненті, який отримувала експериментальна група. Від участі в програмі очікували позитивної динаміки за такими напрямами: менша вираженість тривожних проявів, краща здатність розпізнавати власні емоції, більша усвідомленість ситуацій, що викликають занепокоєння, ширший набір способів емоційної саморегуляції, менше надмірного уникання повсякденних ситуацій, більша впевненість у виконанні доступних завдань і краща адаптація до змін і нових умов діяльності. Це були очікувані напрями змін, а не наперед визначені наслідки, а фактичну їх вираженість встановили за результатами повторної психодіагностики та психологічного спостереження. Розроблена програма ґрунтується на принципах адаптованої КПТ і спрямована на формування емоційної обізнаності, саморегуляції та адаптивнішого реагування на тривожні ситуації. Використання її в обох групах дало спільну основу психологічної роботи й дозволило надалі визначити додатковий внесок фізичної активності та занять за участю коней у зниження тривожності.

2.4 Програма включення фізичної активності та іпотерапії до комплексної психологічної роботи

Фізична активність – важлива складова цілісного підходу до психологічної підтримки дітей із РАС. Її включили до програми, бо рух може позитивно впливати на психоемоційний стан, рівень напруження, здатність до саморегуляції й загальне самопочуття. У цьому дослідженні вона розглядається не як заміна психотерапії, а як додатковий компонент, що може посилити її вплив. Важливо було створити такі умови, за яких рух є не лише навантаженням, а й новим досвідом, можливістю вчитися регулювати свої реакції та поступово набувати впевненості. Програма поєднувала дві складові: фізичну активність у воді, спільну для експериментальної та контрольної груп, і додаткові заняття за участю коней лише для експериментальної. Завдяки цьому порівнюються результати учасників, які мали однакову базову психологічну підтримку та фонову рухову активність, але різний додатковий досвід руху. Фізичну активність у воді проводили в обох групах. Водне середовище дозволяє виконувати рухи з меншим навантаженням на опорно-руховий апарат і забезпечує різноманітну сенсорну стимуляцію, а рух у воді сприяє розвитку координації, підтримує загальну активність, покращує контроль рухів і формує позитивний досвід взаємодії з фізичним середовищем. Для дітей із РАС слід пам'ятати про індивідуальне сприйняття води, температури, звуків, дотиків та інших сенсорних характеристик. Основне завдання цього компонента – забезпечити однакові умови фонової активності для обох груп, щоб відмінності в результатах не пояснювалися лише різним рівнем загальної рухової активності. Під час занять зважали на фізичні можливості дітей, їхній досвід перебування у воді, упевненість і сенсорні реакції; участь відбувалася під належним наглядом із дотриманням правил безпеки, а дитину не примушували виконувати вправи чи залишатися в умовах, що викликають виражений дискомфорт.

Особливість програми для експериментальної групи – додаткові заняття за участю коней. Вони мали поєднати фізичну активність, сенсомоторний досвід, емоційну взаємодію та поступове формування впевненості. Взаємодія з конем відрізняється від інших видів руху: треба орієнтуватися в новому середовищі, сприймати поведінкові сигнали тварини, виконувати інструкції та послідовно діяти, а це дає дитині можливість розвивати уважність, координацію, самоконтроль і вміння регулювати емоції. Заняття організовували з урахуванням особливостей учасників. Експериментальна група відвідувала адаптовані кінні заняття тричі на тиждень по 45 хвилин, а вся програма тривала один місяць, тож діти поступово засвоювали навички взаємодії з конем, звикали до нового середовища й закріплювали позитивний досвід упродовж послідовних занять. Програма складалася з чотирьох етапів, що відповідали основним напрямам роботи: адаптація та формування відчуття безпеки, емоційна регуляція і взаємодія з конем, робота з тривогою та впевненістю, закріплення набутих навичок і позитивного досвіду. Враховували реакцію дітей на розмір тварини, звуки стайні, запахи, дотики, рухи коня й інші сенсорні подразники. Комусь зручніше було починати зі спостереження за твариною на безпечній відстані, комусь – зі знайомства через догляд чи прості завдання поруч із конем. Участь у заняттях не мала обов'язково включати верхову їзду на кожному етапі: формат визначали готовність дитини, правила безпеки та її можливості. У роботі доречно вживати назви «адаптовані кінні заняття» або «терапевтична верхова їзда» залежно від фактичного змісту програми. Термін «іпотерапія» у вузькому клінічному значенні передбачає спеціалізоване використання руху коня як терапевтичного засобу в професійній реабілітації, тому сама участь дитини в заняттях із конем не дає підстав називати їх клінічною іпотерапією. Мета додаткових кінних занять – створити умови для розвитку емоційної саморегуляції, упевненості у власних силах і позитивного досвіду подолання помірних труднощів через поступову взаємодію з конем та рух.

Для цього поставили такі завдання: забезпечити поступову адаптацію дітей до середовища кінного центру, сформувати досвід безпечної взаємодії з конем, розвивати вміння розпізнавати власні емоційні реакції під час нової діяльності, сприяти самоконтролю й емоційній саморегуляції, розвивати координацію, увагу та вміння виконувати послідовні інструкції, підтримувати впевненість через доступні практичні завдання й створити умови для перенесення позитивного досвіду в інші сфери повсякденного життя. Кінний компонент розрахований на один місяць і мав чотири послідовні етапи, змістом яких був поступовий перехід від адаптації до середовища та знайомства з твариною до закріплення навичок і самостійності. Початковий етап був присвячений знайомству дітей із середовищем кінного центру, його особливостями й правилами безпечної поведінки. Головне завдання – зменшити невизначеність, яка в незнайомій ситуації може викликати тривогу: дитині пояснювали послідовність запланованої діяльності, показували простір, обладнання та правила перебування поруч із конем. Залежно від готовності учасника діти спостерігали за конем на комфортній відстані, знайомилися з особливостями його поведінки, дивилися, як доглядають за твариною, за бажанням наближалися до неї й виконували прості завдання поруч із конем під наглядом фахівця. Обов'язкового безпосереднього контакту чи посадки на коня на цьому етапі не вимагали: головним було відчуття безпеки, передбачуваності й позитивний перший досвід, а очікували поступового зменшення напруження в новому середовищі, більшої готовності до взаємодії та довіри до організаторів. Другий етап поглиблював контакт із твариною й розвивав здатність регулювати емоційні реакції під час взаємодії: дитина вчилася розпізнавати власні відчуття, повідомляти про дискомфорт чи потребу в перерві та користуватися доступними способами самозаспокоєння.

Залежно від можливостей діти спокійно спостерігали за поведінкою коня, брали участь у простих процедурах догляду, розчісували чи чистили

коня під безпосереднім наглядом, виконували нескладні послідовні завдання і, якщо це відповідало готовності та умовам безпеки, поступово знайомилися з рухом коня. Звертали увагу на реакції дитини на зміну ситуації, наближення тварини, дотик і потребу виконувати інструкції, а за потреби робили перерви й поверталися до простіших видів діяльності. На цьому етапі сподівалися на позитивний досвід взаємодії, розвиток емоційної обізнаності та поступове засвоєння навичок саморегуляції. Третій етап розширював досвід дитини та формував упевненість під час практичних завдань. Якщо попередні етапи були зосереджені на адаптації та безпечній взаємодії, то тепер дитина активніше брала участь у запланованій діяльності: виконувала послідовні завдання з догляду за конем, самостійно робила окремі прості дії під наглядом, допомагала готувати коня до заняття, виконувала вправи на координацію й рівновагу, а за наявності умов і готовності – їздила верхи в адаптованому форматі. Особливо важливо було підтримувати позитивний досвід: дитина поступово долала невпевненість, бачила результат своїх дій і отримувала зворотний зв'язок про успішно виконані завдання. Подолання тривоги не означає обов'язково виконати складну дію, тому, якщо дитина відчувала надмірний страх чи сенсорне перевантаження, завдання спрощували або припиняли. Очікували вищої впевненості у виконанні доступних завдань, меншого уникання та вміння зберігати емоційну рівновагу за помірного навантаження. Завершальний етап закріплював навички, сформовані протягом попередніх тижнів, і узагальнював досвід. Дитині пропонували знайомі завдання з поступовим підвищенням самостійності, і значення мала не складність діяльності, а впевненість, послідовність дій та вміння користуватися засвоєними способами саморегуляції.

На цьому етапі повторювали знайомі процедури догляду за конем, виконували послідовні завдання з меншою кількістю підказок, закріплювали навички безпечної взаємодії з твариною, повторювали адаптовані рухові вправи та обговорювали власні відчуття й зміни, які дитина помічала на

заняттях. Дитині також допомагали усвідомити, які завдання стали доступнішими, як змінилося її ставлення до нового середовища та які способи подолання напруження виявилися найкориснішими, і це мало закріпити позитивний досвід, підвищити впевненість і краще усвідомлення своїх можливостей. Включення адаптованих кінних занять до комплексної програми пояснюють кількома можливими механізмами впливу. По-перше, взаємодія з конем дає новий сенсорний і руховий досвід: зміна положення тіла, потреба координувати рухи й реагувати на зовнішні стимули можуть розвивати тілесну усвідомленість та контроль рухів. По-друге, поступове знайомство з твариною й послідовні завдання допомагають набути досвіду подолання невпевненості, а дитина переконується, що нова ситуація може бути безпечною, якщо правила зрозумілі й поруч дорослий. По-третє, догляд за конем і практичні завдання вимагають дотримуватися послідовності дій, концентрувати увагу й зважати на поведінку живої істоти, що розвиває самоконтроль і відповідальність. По-четверте, успішне виконання завдань впливає на самооцінку та віру у свої можливості, особливо тому, що результат конкретний і зрозумілий: дитина бачить наслідки своїх дій і поступово відчуває більшу самостійність. Проте ці механізми не є гарантованими наслідками кожного заняття, адже реакції дітей залежать від сенсорних особливостей, попереднього досвіду, рівня тривожності й ставлення до тварин. Безпека була обов'язковою умовою реалізації кінного компонента, тому до початку занять оцінювали фізичні можливості дитини, наявність протипоказань, особливості сенсорного реагування та готовність до взаємодії з конем.

Організація занять передбачала попереднє ознайомлення дітей із правилами перебування на території кінного центру, підбір спокійного коня, підготовленого до роботи з дітьми, відповідне захисне спорядження під час верхової їзди, безпосередній нагляд відповідального фахівця, поступове ускладнення завдань залежно від можливостей учасника, право відмовитися від окремої дії чи зробити перерву, а також гуманне поводження з конем без

його перевантаження. Враховували й те, що сенсорне середовище кінного центру буває складним: запахи, звуки, рухи тварини, присутність інших людей і зміна звичного порядку дій викликають дискомфорт, тому адаптація до середовища відбувалася поступово, без примусу й з увагою до реакцій кожного учасника. У цьому дослідженні адаптовані кінні заняття розглядаємо як додатковий компонент психологічної програми, а не самостійний метод лікування тривожних розладів. Учасники обох груп отримували однакову базову психотерапевтичну підтримку та брали участь у фоновій активності у воді, тому порівняння результатів дозволяє оцінити можливий додатковий внесок кінного компонента. Основним критерієм ефективності залишалася динаміка тривожності за психодіагностичними методиками, а додатково враховували результати спостереження: зміни емоційного реагування, поведінки, готовності до взаємодії та саморегуляції. Місячну програму кінних занять побудовано за принципом поступового переходу від адаптації до середовища й безпечної взаємодії до розвитку впевненості та закріплення навичок, а її включення до комплексної роботи дає змогу перевірити, чи може додаткова рухова діяльність за участю коней посилити позитивну динаміку психоемоційного стану дітей із РАС.

2.5 Організаційні умови реалізації програми та врахування індивідуальних і сенсорних особливостей

Ефективність психологічної програми для дітей із РАС залежить не лише від змісту методів, а й від умов їх реалізації. Важливі передбачуваність занять, зрозумілі інструкції, емоційна безпека, можливість індивідуально пристосувати завдання та врахування сенсорних особливостей кожної дитини, тому під час дослідження прагнули створити умови, за яких учасники могли поступово долучатися до програми без надмірного психологічного навантаження. Одним із ключових принципів була структурованість. Для дітей із РАС додатковими чинниками тривоги стають

непередбачуваність, різка зміна планів чи нерозуміння послідовності подій, тож заняття мали зрозумілий порядок, а їхній зміст і очікувані дії пояснювали наперед. За потреби користувалися візуальними підказками, короткими планами, демонстрацією послідовності завдань і попередженнями про перехід до наступної діяльності. Особливе значення мала зрозумілість комунікації: інструкції формулювали просто й конкретно, без зайвої інформації, зважали на індивідуальний темп сприймання й давали дитині достатньо часу, щоб обдумати звернення та підготувати відповідь, а за потреби користувалися жестами, зображеннями, показом дій чи іншими доступними засобами. Так зменшували непорозуміння й уникали ситуацій, коли труднощі з виконанням завдання помилково сприймають як небажання співпрацювати. Окремим напрямом адаптації було врахування сенсорного профілю учасників. У дітей із РАС може бути підвищена або знижена чутливість до звукових, тактильних, зорових, нюхових і рухових стимулів: одні гостро реагують на гучні звуки, несподівані дотики, певні текстури чи запахи, інші потребують додаткової сенсорної стимуляції, а сприймання руху, положення тіла й внутрішніх сигналів теж різниться. На кінних заняттях сенсорне навантаження створюють присутність тварини, її розмір, рухи, звуки, запах стайні, дотик до шерсті та контакт зі спорядженням, тому знайомство з новим середовищем відбувалося поступово: дитина спершу спостерігала за конем із комфортної відстані, оглядала простір і лише за власної готовності переходила до взаємодії. Виконувати всі завдання чи підходити до тварини примусово ніхто не вимагав.

Стежили й за ознаками сенсорного перевантаження: посиленням рухового неспокою, уникненням контакту, зростанням напруження, відмовою від завдань, вираженими емоційними реакціями, потребою припинити взаємодію. У таких випадках зменшували кількість стимулів, робили перерву, змінювали завдання або завершували заняття. Такі реакції не слід було тлумачити лише як поведінковий опір, адже вони могли свідчити про надмірне навантаження чи дискомфорт. Індивідуалізація стосувалася й

складності та темпу завдань: комусь вистачало спостереження за конем, хтось одразу переходив до контакту, догляду чи простих послідовних дій, а до складніших завдань переходили з огляду на емоційний стан, готовність і реакції дитини. Позитивне підкріплення підтримувало зацікавленість і відчуття успіху, але не мало ставати засобом примусу до небажаної діяльності. Окремо зважали на право дитини вибирати й відмовлятися: навіть за згоди батьків чи законних представників вона не повинна була виконувати вправу всупереч вираженому дискомфорту. Це відповідає принципам поваги до особистих меж, психологічної безпеки та добровільності й формує позитивний досвід взаємодії з новими людьми, середовищем і тваринами. Обов'язковою умовою були правила фізичної безпеки. Перед залученням до рухової та кінної активності враховували загальний фізичний стан дитини, можливі протипоказання, рухові обмеження, особливості координації й індивідуальну переносимість навантаження. Під час роботи з конем користувалися засобами захисту, зокрема кінним шоломом під час верхової їзди, а діяльність відбувалася під наглядом фахівців, які вміють працювати з кіньми й забезпечувати безпеку учасників. Коня добирали за темпераментом, підготовкою та досвідом взаємодії з дітьми, зважаючи не лише на потреби учасника, а й на фізичний стан і поведінкові реакції тварини: навантаження коня, тривалість контакту, перерви й умови утримання відповідали принципам гуманного поводження, адже безпечна взаємодія передбачає врахування потреб і дитини, і коня.

Оскільки спільним компонентом для обох груп була активність у воді, при ній також дотримувалися правил безпеки: враховували готовність дитини, її ставлення до води, сенсорні труднощі, фізичні обмеження й потребу в нагляді, а навантаження не мало бути надмірним чи примусовим. Додаткові адаптовані кінні заняття в експериментальній групі проходили тричі на тиждень по 45 хвилин, загалом протягом місяця. Така регулярність забезпечувала постійну взаємодію з конем і водночас давала змогу поступово адаптувати дітей без надмірного фізичного та сенсорного навантаження.

Структуру кожного заняття визначали за етапом програми та можливостями учасника, а за потреби робили короткі перерви, зменшували інтенсивність або змінювали окремі завдання з огляду на емоційний стан дитини. Для методологічної послідовності обидві групи проходили однакову базову психотерапевтичну програму, мали спільну рухову активність у воді та однакові загальні принципи організації психологічної роботи, а основною відмінністю був додатковий компонент адаптованих кінних занять в експериментальній групі. Завдяки цьому можна було оцінити можливий додатковий внесок взаємодії з кіньми в динаміку тривожності. Щоб підвищити достовірність результатів, первинне й повторне психодіагностичне обстеження проводили в максимально подібних умовах. Опрацьовуючи дані, враховували відвідуваність занять, можливі перерви, індивідуальні зміни в програмі й обставини, які могли вплинути на емоційний стан учасників: зміни звичного режиму, додаткові психологічні заняття, значущі події в житті дитини, стан здоров'я. Це допомагає обережніше інтерпретувати динаміку й не пов'язувати всі зміни лише з досліджуваною програмою. Індивідуальні адаптації фіксували в робочих записах: особливості виконання завдань, потребу в додаткових перервах, реакції на сенсорні стимули, рівень залученості та причини зміни чи припинення вправ. Організаційні умови забезпечували передбачуваність, фізичну та психологічну безпеку, індивідуалізацію навантаження й урахування сенсорних і комунікативних особливостей дітей із РАС, і це важливо не лише з етичного погляду, а й для коректної оцінки результатів, оскільки ефективність програми розглядають у реальних умовах її впровадження та з урахуванням індивідуальних відмінностей учасників.

Організацію дослідження, інструментарій і програму побудовано так, щоб порівняння груп було коректним. Обидві групи проходили однакову психотерапевтичну програму та фонову активність у воді, а єдиною відмінністю були додаткові кінні заняття в експериментальній групі. Тривожність оцінювали за SCARED і STAIC до та після програми, кількісні

дані доповнювали спостереженням, а результати опрацьовували порівнянням динаміки всередині груп і між ними. Окремо розроблено психотерапевтичну програму на основі адаптованої когнітивно-поведінкової терапії та місячну програму кінних занять із чотирма послідовними етапами, зміст яких узгоджено з індивідуальними й сенсорними особливостями дітей. Такий підхід став основою для аналізу результатів, поданого в третьому розділі.

РОЗДІЛ 3
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПОЄДНАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ І ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ

3.1 Аналіз вихідних показників та динаміки тривожності учасників експериментальної та контрольної груп

На першому етапі емпіричного дослідження провели первинне психодіагностичне обстеження, щоб визначити вихідний рівень тривожності й початковий психоемоційний стан дітей із РАС. Отримані показники потрібні для порівняння результатів експериментальної та контрольної груп після реалізації психотерапевтичної програми. У дослідженні взяли участь 50 дітей віком 14-16 років, яких розподілили на експериментальну й контрольну групи по 25 осіб. На початку обидві групи перебували в однакових організаційних умовах щодо базової психотерапевтичної програми та спільного компонента фізичної активності у воді, а відмінність полягала лише в тому, що експериментальній групі належало додатково відвідувати адаптовані кінні заняття. Для первинного оцінювання тривожності застосували шкалу SCARED, яка показує вираженість різних проявів тривоги: генералізованої, соціальної, тривоги розлуки, панічних і соматичних симптомів та шкільних страхів. Додатково використали шкалу STAIC для оцінювання ситуативної та особистісної тривожності. Під час аналізу головну увагу приділяли загальному показнику SCARED, бо він відображає сукупну вираженість тривожних проявів, а показники STAIC доповнювали загальну характеристику емоційного стану учасників. Вихідні показники наведено в таблиці 3.1 та на рисунку 3.1.

Таблиця 3.1 – Вихідні показники тривожності учасників експериментальної та контрольної груп

Психодіагностичний показник	Експериментальна група (n=25), M±SD	Контрольна група (n=25), M±SD
Загальний показник SCARED	38,92±5,97	40,04±4,71
Ситуативна тривожність STAIC	43,56±4,73	42,40±4,32
Особистісна тривожність STAIC	45,96±5,36	45,12±6,44

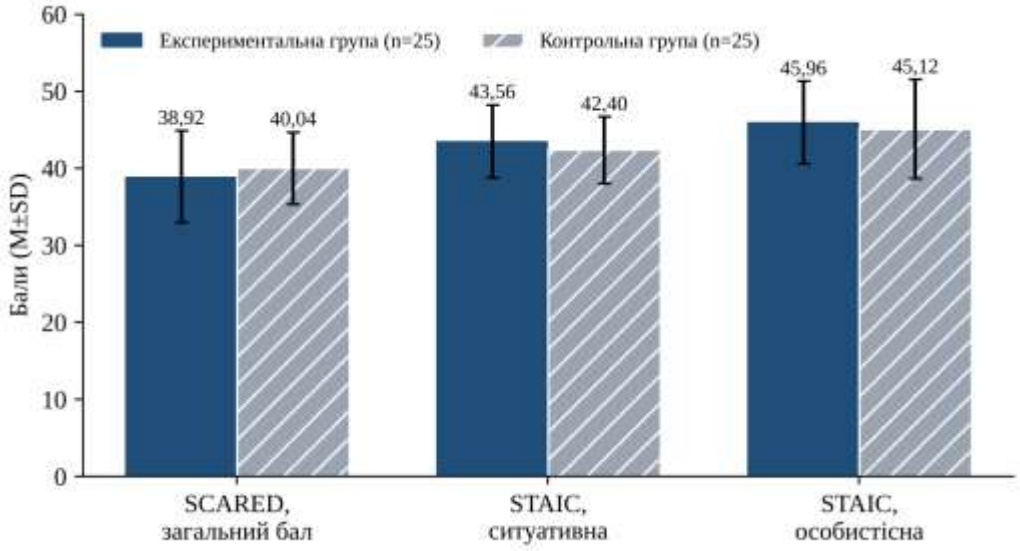

Рисунок 3.1 – Вихідні показники тривожності учасників експериментальної та контрольної груп

Наведені результати свідчать, що на початку дослідження в обох групах тривожність була досить вираженою. Середнє значення загального показника SCARED становило 38,92 бала в експериментальній групі й 40,04 бала в контрольній, а за загальноприйнятим пороговим значенням цієї шкали (25 балів) такі середні вказують на підвищений рівень тривожних проявів у досліджуваних групах. Шкала STAIC також засвідчила виражену тривожність: ситуативна становила 43,56 бала в експериментальній групі та 42,40 бала в контрольній, а особистісна була трохи вищою – 45,96 і 45,12 бала відповідно. Це може означати, що тривога учасників пов'язана не лише з окремими ситуаціями, а й зі сталою схильністю сприймати певні обставини як загрозливі. Щоб перевірити, чи зіставні групи на початку, провели

порівняльний статистичний аналіз. Спершу характер розподілу показників перевіряли за критерієм Шапіро – Вілка: значущих відхилень від нормального розподілу не виявили (p>0,05), тому використали t-критерій для незалежних вибірок. Результати наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Результати порівняння вихідних показників тривожності експериментальної та контрольної груп

Показник	t	p	Величина ефекту (Cohen's d)
Загальний показник SCARED	-0,74	0,465	-0,21
Ситуативна тривожність STAIC	0,91	0,370	0,26
Особистісна тривожність STAIC	0,50	0,619	0,14

У таблиці t – значення t-критерію Стьюдента, p – рівень статистичної значущості, Cohen's d – стандартизований розмір ефекту. За жодним із показників статистично значущих відмінностей між експериментальною та контрольною групами на початку дослідження не було (p>0,05): для загального показника SCARED p=0,465, для ситуативної тривожності p=0,370, для особистісної – p=0,619. Величини ефекту за всіма трьома показниками були невеликими: від 0,14 до 0,26 за абсолютним значенням Cohen's d, що також свідчить про відсутність суттєвих початкових розбіжностей. Групи можна вважати загалом зіставними за вихідними показниками тривожності, і це важливо для подальшого аналізу, адже динаміку психоемоційного стану оцінюють за умови, що на початку статистично значущих відмінностей між групами не встановлено. Утім, відсутність значущих відмінностей не означає, що учасники однакові: на результати могли впливати індивідуальні особливості дітей, рівень функціонування, сенсорна чутливість, досвід соціальної взаємодії й інші чинники, тому надалі слід зважати не лише на групові середні, а й на індивідуальну динаміку. Підсумовуючи, первинне обстеження показало підвищену тривожність в обох групах і відсутність статистично значущих початкових відмінностей між ними, що створює основу для порівняння результатів після програми й оцінювання можливого додаткового впливу

адаптованих кінних занять. Після завершення психотерапевтичної програми провели повторне обстеження учасників обох груп, щоб визначити зміни тривожності та динаміку психоемоційного стану дітей із РАС. Обидві групи проходили однакову базову програму зі зниження тривожності та мали спільний компонент фізичної активності у воді, а експериментальна група додатково відвідувала адаптовані кінні заняття тричі на тиждень по 45 хвилин протягом місяця. Для оцінювання змін повторно застосували SCARED і STAIC, а результати порівняли з показниками первинної діагностики, щоб побачити напрям і вираженість змін у кожній групі. Результати наведено в таблиці 3.3 та на рисунку 3.2.

Таблиця 3.3 – Динаміка показників тривожності до та після реалізації програми

Показник	ЕГ: до	ЕГ: після	Зниж., %	КГ: до	КГ: після	Зниж., %
SCARED, загальний бал	38,92±5,97	25,84±5,10	33,6	40,04±4,71	33,12±5,20	17,3
STAIC, ситуативна тривожність	43,56±4,73	31,20±4,60	28,4	42,40±4,32	36,00±4,80	15,1
STAIC, особистісна тривожність	45,96±5,36	34,40±5,00	25,2	45,12±6,44	39,20±5,60	13,1

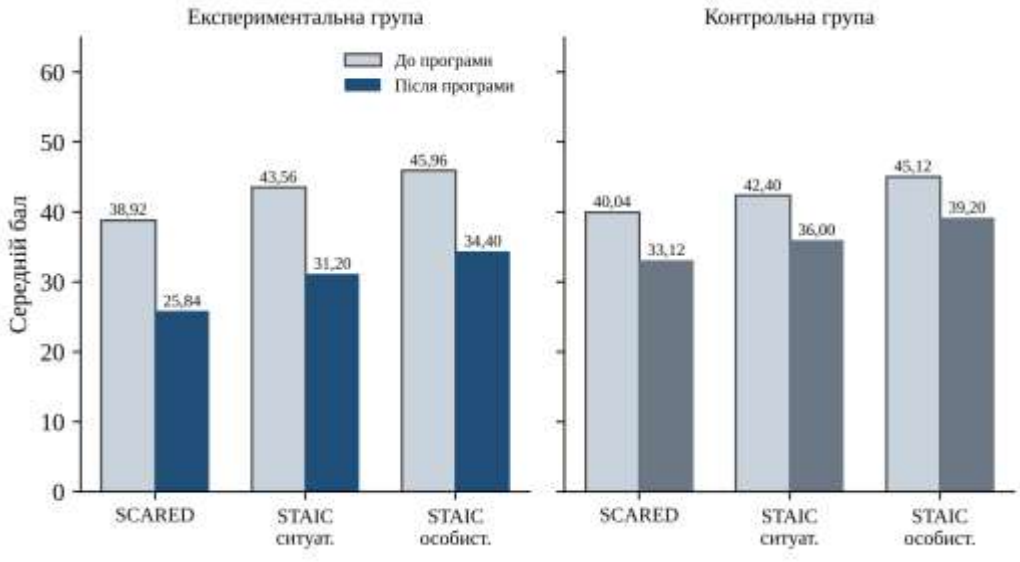

Рисунок 3.2 – Середні показники тривожності до та після реалізації програми

Результати, подані в таблиці 3.3, показують позитивну динаміку за всіма показниками в обох групах, але різної вираженості. Найпомітніше змінився загальний показник SCARED. В експериментальній групі середнє значення знизилося з 38,92 до 25,84 бала, тобто на 13,08 бала, або на 33,6%, а в контрольній – на 6,92 бала, з 40,04 до 33,12, що становить 17,3%. Загальна тривожність зменшилася виразніше в дітей, які додатково відвідували кінні заняття. Водночас показник експериментальної групи після програми все ще трохи перевищував загальноприйнятий пороговий бал SCARED, тож цю динаміку не можна трактувати як повне усунення тривожних проявів. Така сама тенденція простежується за ситуативною тривожністю STAIC. В експериментальній групі середній показник зменшився з 43,56 до 31,20 бала (на 28,4%), у контрольній зниження було меншим: з 42,40 до 36,00 бала, або на 15,1%. Зменшення ситуативної тривожності може свідчити про позитивні зміни в емоційних реакціях дітей на конкретні ситуації: зниження напруження та поступове формування адаптивніших способів реагування на стресові обставини. Для експериментальної групи така динаміка відбувалася на тлі регулярної взаємодії з конем, яка могла створювати додаткові можливості для розвитку емоційної саморегуляції. Позитивні зміни зафіксовано й за особистісною тривожністю: в експериментальній групі вона знизилася з 45,96 до 34,40 бала (на 25,2%), у контрольній – з 45,12 до 39,20 бала (на 13,1%). Особистісна тривожність відображає стійкішу схильність до тривоги, тому її зниження може свідчити про зміни не лише в окремих емоційних реакціях, а й у загальному способі сприймати та оцінювати потенційно складні ситуації. Проте для стійких особистісних змін зазвичай потрібен триваліший період роботи, тому результати слід інтерпретувати обережно. Щоб перевірити статистичну значущість змін, порівняли показники до і після програми в межах кожної групи. Зважаючи на характер розподілу даних, використали парний t-критерій Стьюдента. Результати подано в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Результати порівняння показників тривожності до та після реалізації програми

Показник	ЕГ: t(24)	p	КГ: t(24)	p
SCARED, загальний бал	14,99	<0,001	7,93	<0,001
STAIC, ситуативна тривожність	17,09	<0,001	8,26	<0,001
STAIC, особистісна тривожність	14,36	<0,001	6,43	<0,001

У таблиці t(24) – значення парного t-критерію Стьюдента за 24 ступенями свободи, p – рівень статистичної значущості. Статистичний аналіз засвідчив, що позитивна динаміка за всіма трьома показниками є значущою в обох групах ($p<0,001$). Тож зміни відбулися після участі в програмі незалежно від додаткового кінного компонента, а значущість змін усередині кожної групи сама по собі не доводить переваги одного варіанта програми над іншим: для такого висновку величину змін між експериментальною та контрольною групами треба порівняти окремо, що зроблено в наступному підрозділі. Результати повторного обстеження показують позитивну динаміку психоемоційного стану учасників: в обох групах знизилися загальна, ситуативна та особистісна тривожність, але в експериментальній групі відсоток зниження за всіма показниками був більшим. Це дає підстави припускати, що додавання адаптованих кінних занять до комплексної програми могло бути пов'язане з додатковими позитивними змінами в емоційному стані дітей із РАС.

3.2 Порівняльний аналіз результатів груп та особливості емоційних і поведінкових змін

Щоб визначити ефективність програми, мало встановити позитивну динаміку тривожності в кожній групі окремо, необхідно також безпосередньо порівняти отримані зміни. Так можна з'ясувати, чи супроводжувалося додавання адаптованих кінних занять виразнішим зниженням тривожності

порівняно з участю лише в базовій психотерапевтичній програмі та спільній фізичній активності. Раніше встановили, що вихідні показники груп не мали статистично значущих відмінностей, а після програми позитивна динаміка була в обох групах, проте в експериментальній зниження тривожності виявилося більшим. Для детальнішого аналізу розрахували абсолютну різницю між початковими та підсумковими середніми за кожною методикою, де додатне значення в таблиці означає величину зниження тривожності. Результати наведено в таблиці 3.5 та на рисунку 3.3.

Таблиця 3.5 – Порівняння величини змін показників тривожності в експериментальній та контрольній групах

Показник	Експериментальна група: зниження	Контрольна група: зниження	Міжгрупова різниця змін
SCARED, загальний бал	13,08	6,92	6,16
STAIC, ситуативна тривожність	12,36	6,40	5,96
STAIC, особистісна тривожність	11,56	5,92	5,64

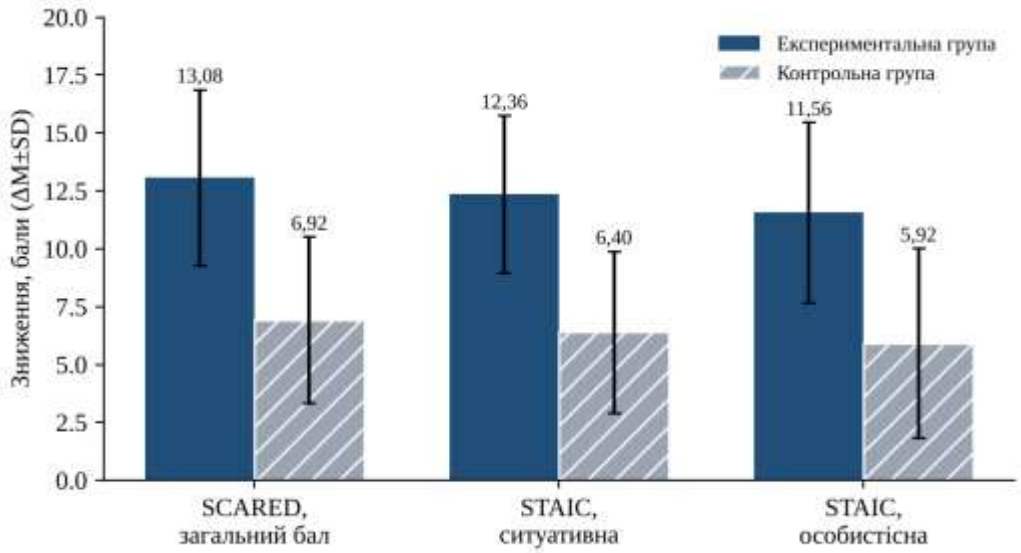

Рисунок 3.3 – Зниження показників тривожності в експериментальній та контрольній групах

За загальним показником SCARED зниження тривожності в експериментальній групі було на 6,16 бала більшим, ніж у контрольній. За ситуативною тривожністю STAIC міжгрупова різниця змін становила 5,96

бала, за особистісною – 5,64 бала. Найбільшою за абсолютним значенням виявилася різниця за загальним показником SCARED, проте позитивна тенденція простежується за всіма показниками. Щоб перевірити статистичну значущість міжгрупових відмінностей, порівняли величину змін за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок, який показує, чи відрізняється динаміка тривожності в експериментальній і контрольній групах. Результати подано в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 – Результати порівняння величини змін показників тривожності між групами

Показник	ЕГ: ΔM±SD	КГ: ΔM±SD	t(48)	p	Cohen's d
SCARED, загальний бал	13,08±3,80	6,92±3,60	5,92	<0,001	1,67
STAIC, ситуативна тривожність	12,36±3,40	6,40±3,50	6,12	<0,001	1,73
STAIC, особистісна тривожність	11,56±3,90	5,92±4,10	4,98	<0,001	1,41

У таблиці ΔM – середня величина зниження показника, SD – стандартне відхилення індивідуальних змін, t(48) – значення t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок, p – рівень статистичної значущості, Cohen's d – стандартизований розмір міжгрупового ефекту. Порівняльний аналіз показав статистично значущі відмінності між групами за всіма трьома показниками ($p<0,001$), тож зниження тривожності в експериментальній групі було більшим, ніж у контрольній. Найбільший розмір ефекту зафіксовано за ситуативною тривожністю STAIC (Cohen's d=1,73), за загальним показником SCARED він становив 1,67, за особистісною тривожністю – 1,41, і всі ці значення відповідають великому ефекту за загальноприйнятими орієнтирами Cohen's d. Це дозволяє припустити, що додаткові адаптовані кінні заняття могли бути пов'язані з виразнішими змінами передусім в емоційному реагуванні на конкретні ситуації, а також із позитивною динамікою стійкіших проявів тривожності. Не менш важливо, що контрольна група теж показала статистично значуще зниження

тривожності: це підтверджує доцільність комплексної психотерапевтичної роботи, яка розвиває емоційну усвідомленість, формує навички саморегуляції та допомагає поступово долати тривожні реакції. Виразніші зміни в експериментальній групі можуть бути пов'язані з додатковими можливостями, що дає взаємодія з конем. Регулярні кінні заняття поєднують рух, сенсорний досвід, потребу зосереджувати увагу, виконувати послідовні дії й поступово набувати впевненості; дитина отримує досвід взаємодії з новим середовищем, долає невпевненість і формує адаптивніші способи реагування на незнайомі ситуації. Проте пояснювати відмінності лише впливом кінних занять не можна, бо на результати могли вплинути індивідуальні особливості учасників, рівень залученості, попередній досвід із тваринами, сенсорне сприймання та інші обставини. Дані дослідження не дають змоги повністю відокремити вплив самого контакту з конем від впливу додаткової уваги фахівців, новизни діяльності й загального досвіду успішного виконання завдань. Підсумовуючи, експериментальна група порівняно з контрольною показала виразніше зниження загальної, ситуативної та особистісної тривожності, і статистичний аналіз підтвердив значущість міжгрупових відмінностей за всіма параметрами. Тому адаптовані кінні заняття можна розглядати як перспективний додатковий компонент комплексної програми для дітей із РАС, ефективність якого потребує подальшого вивчення. Щоб повніше зрозуміти результати, кількісні показники доповнили якісним аналізом емоційних і поведінкових змін: він дозволяє побачити не лише загальну динаміку тривожності, а й поведінку дітей під час завдань, їхню готовність до взаємодії, вміння регулювати емоції та адаптуватися до нових умов.

Особливу увагу приділяли спостереженню за експериментальною групою під час кінних занять: реакціям на присутність тварини, поступовості встановлення контакту, рівню емоційного напруження, готовності виконувати завдання та змінам упевненості під час взаємодії з конем. У контрольній групі спостерігали за загальними проявами емоційної

саморегуляції, поведінковою активністю, комунікацією, готовністю виконувати психотерапевтичні завдання та використанням засвоєних способів подолання тривоги. На початку роботи в окремих учасників експериментальної групи були настороженість, невпевненість чи уникання безпосереднього контакту з конем: незвичне середовище, розмір тварини, її рухи, звуки й запахи додавали сенсорного навантаження, тоді як інші діти виявляли зацікавленість і хотіли швидше перейти до взаємодії. Поступове знайомство та можливість самим обирати темп зменшували початкове напруження. Дитина спершу лише дивилася на тварину, потім наближалася, торкалася шерсті, брала участь у догляді та виконувала нескладні завдання, і так досвід розширювався без надмірного емоційного навантаження. Значення мала й можливість робити конкретні та зрозумілі дії: підготувати спорядження, розчесати коня, виконати просте доручення, дотримати певної послідовності. Взаємодія з твариною набувала не лише емоційного, а й практичного характеру, дитина бачила результат своїх дій, і це могло формувати відчуття компетентності та впевненості. З часом у окремих учасників змінювалися емоційні реакції: зменшувалася настороженість, зростала готовність виконувати завдання, діти поступово приймали нове середовище й ставали самостійнішими. Показником позитивної динаміки було не обов'язково повне зникнення тривоги, а здатність продовжувати діяльність, користуватися доступними способами саморегуляції та відновлювати рівновагу після напруження. Окремо спостерігали взаємодію з фахівцями: готовність сприймати інструкції, звертатися по допомогу, повідомляти про дискомфорт і брати участь у спільній діяльності. У міру адаптації впевненіше виконувалися знайомі завдання, меншала потреба в постійному підтвердженні правильності дій і поступово зростала ініціативність. Для систематизації якісного спостереження визначили основні критерії оцінювання емоційних і поведінкових змін, а узагальнені якісні зміни подано в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7 – Основні критерії якісного спостереження за емоційними та поведінковими змінами учасників

Критерій	Прояви на початковому етапі	Позитивна динаміка в процесі програми
Емоційне напруження	Настороженість, тривожні реакції, труднощі адаптації	Більш спокійне реагування, швидше відновлення емоційної рівноваги
Адаптація до нових умов	Уникнення незнайомого середовища, потреба в додатковій підтримці	Поступове прийняття нових умов і готовність до діяльності
Саморегуляція	Труднощі з подоланням напруження, потреба в зовнішній допомозі	Використання засвоєних способів заспокоєння та саморегуляції
Взаємодія з іншими	Обмежена ініціативність, труднощі спільної діяльності	Більша готовність до комунікації та прийняття допомоги
Самостійність	Потреба в частих підказках і підтримці	Більш самостійне виконання знайомих завдань
Упевненість	Невпевненість під час нової діяльності, страх помилки	Готовність пробувати нові дії та приймати власний результат

В експериментальній групі окремо оцінювали взаємодію з конем: готовність наближатися до тварини, переносимість тактильного контакту, участь у догляді, виконання послідовних інструкцій та емоційні реакції на кінних заняттях. Позитивною динамікою вважали не однаковий для всіх рівень взаємодії, а індивідуальний прогрес порівняно з початковим станом. У контрольній групі позитивні зміни виявлялися в упевненішому використанні технік емоційної саморегуляції, готовності говорити про переживання, поступовому зменшенні уникання тривожних ситуацій і кращій організації власної поведінки, що узгоджується зі спрямованістю базової програми на розвиток емоційної усвідомленості та адаптивних стратегій подолання тривоги. Порівняння якісних змін у групах дає змогу припустити, що спільна психотерапевтична робота сприяла позитивним змінам у емоційній саморегуляції, а кінні заняття додатково давали можливість практично закріпити ці навички в новому середовищі: взаємодія з конем вимагала зважати на зовнішні сигнали, дотримуватися послідовності дій, контролювати поведінку й поступово долати невпевненість. Водночас діти з РАС неоднорідні й не всі однаково реагують на контакт із тваринами, рух чи

нове середовище: для одних кінні заняття стають джерелом позитивних емоцій і зацікавленості, для інших – додатковим сенсорним навантаженням, тож результат залежить від індивідуального добору завдань, поступовості адаптації та готовності дитини. Якісні спостереження мають і методологічні обмеження: вони залежать від умов проведення занять, взаємодії з фахівцями та індивідуального сприймання поведінкових проявів, тому не є самостійним доказом ефективності програми, і найобґрунтованіше поєднувати їх із кількісними показниками психодіагностичних методик. Якісний аналіз доповнює результати обстеження та дає змогу ширше оцінити участь дітей у програмі. Найважливішими позитивними змінами в межах представленої моделі є поступове зменшення емоційного напруження, краща адаптація до нових умов, розвиток навичок саморегуляції та більша впевненість у виконанні завдань, а додаткові адаптовані кінні заняття можуть бути одним із засобів, що допомагає закріпити такі зміни на практиці.

3.3 Обговорення результатів дослідження в контексті сучасних наукових підходів

Результати емпіричного дослідження дають змогу поглянути, як поєднання психотерапевтичних інтервенцій і фізичної активності працює з тривожністю в дітей із РАС. Ми визначали зміни психоемоційного стану після програми та можливий додатковий внесок адаптованих кінних занять. Після програми позитивна динаміка виявилася в обох групах, але в тій, що додатково відвідувала кінні заняття тричі на тиждень по 45 хвилин протягом місяця, тривожність знизилася виразніше за всіма показниками. Це узгоджується із загальним науковим підходом: комплексна психологічна підтримка може бути ефективнішою за один вид втручання, якщо додаткові компоненти відповідають потребам дитини. Важливий результат – позитивна динаміка й у контрольній групі, що підкреслює роль базової психотерапевтичної програми з адаптованими методами КПТ. Робота з

розпізнаванням емоцій, визначенням чинників тривоги, формуванням альтернативних способів мислення та поступовим подоланням уникання розвиває навички, необхідні для самостійного регулювання емоційних реакцій. Наші результати загалом відповідають висновкам систематичного огляду та метааналізу Sharma зі співавторами [43] про застосування КПТ для зниження тривожності в дітей і молоді з аутизмом, де наголошено на потребі адаптувати психотерапевтичні підходи до особливостей комунікації, когнітивного функціонування й емоційного розвитку, а це підтверджує доцільність структурованих і зрозумілих завдань та поступового формування навичок подолання тривоги. Додаткового розгляду потребує компонент фізичної активності. У сучасних дослідженнях рух розглядають не лише як засіб підтримки здоров'я, а й як чинник, що може впливати на емоційний стан, поведінкову саморегуляцію та когнітивне функціонування. Suárez-Manzano зі співавторами [48] у систематичному огляді описали вплив фізичної активності на когнітивні, поведінкові та моторні характеристики дітей і молоді з РАС і вказали на потенційні переваги рухових програм, хоча ефекти залежали від виду активності, тривалості занять та особливостей учасників. Схожі питання розглядають Riis зі співавторами [41] у систематичному огляді про фізичну активність і тривожність в аутичних людей, і цей напрям особливо важливий для обґрунтування комплексних програм, де рух доповнює психологічну роботу.

Водночас фізичну активність не можна вважати універсальним засобом зниження тривоги: її вплив залежить від інтенсивності навантаження, сенсорних характеристик середовища, зацікавленості учасника й доступності виду діяльності. У нашому дослідженні спільним для обох груп компонентом була фізична активність у воді, а тому позитивні зміни в обох групах могли пов'язуватися не лише з психотерапією, а й із загальним включенням руху до програми, і міжгрупова різниця відображає можливий додатковий внесок саме кінних занять на тлі спільних компонентів. Особливо цікаві результати експериментальної групи, де зниження тривожності було виразнішим.

Gabriels зі співавторами [24] у рандомізованому контрольованому дослідженні вивчали вплив терапевтичної верхової їзди на поведінкові та соціально-емоційні характеристики дітей і підлітків з аутизмом і описали позитивні зміни за окремими показниками, що зміцнило доказову базу кінних втручань, хоча однакового ефекту в усіх дітей чи за будь-яких умов очікувати не слід. Trzmiel зі співавторами [51] у систематичному огляді та метааналізі розглядали можливості кінних активностей і терапевтичних втручань у дітей із РАС, вказували на потенційні позитивні зміни в окремих сферах, але наголошували на неоднорідності досліджень і потребі в подальшому вивченні. Це співвідноситься з оглядом Sissons зі співавторами [44], розглянутим у підрозділі 1.5: автори описують взаємодію з тваринами як додатковий засіб підтримки соціальної активності й комунікації. Для нашого дослідження це важливо, бо контакт із конем створює природну ситуацію для спільних завдань, дотримання інструкцій, розвитку уваги та поступового подолання невпевненості. Одним із можливих пояснень позитивної динаміки в експериментальній групі є поєднання сенсорного, рухового й емоційного досвіду. Взаємодія з конем вимагає сприймати різні стимули, контролювати рухи, орієнтуватися в просторі, дотримуватися послідовності дій і реагувати на поведінку тварини, і за належної адаптації таке середовище сприяє розвитку саморегуляції та більшої впевненості у своїх можливостях. Сенсорні особливості дітей із РАС різні.

Для одних контакт із конем – позитивний і цікавий досвід, для інших – джерело надмірного навантаження. Інтерпретуючи результати, важливо розрізняти ситуативну й особистісну тривожність. В експериментальній групі виразніше зниження було за обома показниками, що може свідчити про позитивні зміни і в реакціях на конкретні ситуації, і в загальній схильності до тривоги. Проте через короткість програми стверджувати про стійкі особистісні зміни не можна, а для перевірки збереження ефекту потрібне повторне обстеження через певний час після завершення втручання.

Оцінюючи результати, слід пам'ятати і про методологічні обмеження. По-перше, вибірка з 50 учасників дозволяє порівняти дві групи, але не дає підстав широко узагальнювати результати на всіх дітей із РАС, тому для вищої зовнішньої валідності потрібні дослідження з більшою кількістю й різноманітнішими характеристиками учасників. По-друге, кінний компонент тривав лише місяць: це дозволяє оцінити короткострокову динаміку, але не показує, як довго зберігалися зміни після завершення занять. По-третє, значення має спосіб формування груп. Якщо розподіл не був випадковим, не можна повністю виключити впливу початкових індивідуальних відмінностей, адже й без значущих розбіжностей за тривожністю групи могли відрізнятися за адаптивним функціонуванням, сенсорною чутливістю чи досвідом із тваринами. По-четверте, результати психодіагностики залежать від вибору мовної версії методик, вікової відповідності та способу застосування. Особливо слід перевірити відповідність конкретної версії STAIC віку 14-16 років і чітко визначити, чи застосовували дитячу, батьківську чи обидві форми SCARED. По-п'яте, якісне спостереження може бути суб'єктивним, тож для надійності доцільні заздалегідь визначений протокол, єдині критерії та, за можливості, кілька незалежних спостерігачів. Слід враховувати й вплив додаткових чинників: супутніх психологічних занять, медикаментозного лікування, змін у родині чи навчальному середовищі та відвідуваності програми, які відрізняються між учасниками й можуть позначатися на загальній динаміці тривожності.

Результати загалом узгоджуються із сучасними науковими підходами, що розглядають адаптовану КПТ, фізичну активність і заняття за участю коней як взаємодоповнювальні компоненти психологічної підтримки дітей із РАС. Виразніше зниження тривожності в експериментальній групі дає підстави припускати, що кінні заняття можуть посилювати позитивну динаміку комплексної програми, але для підтвердження потрібні подальші дослідження з більшими вибірками, довшим спостереженням і суворішим контролем додаткових чинників. Ці обмеження не зменшують практичної

цінності результатів, а лише окреслюють межі їх інтерпретації та напрями подальшої перевірки. Слід зважати й на методичні обмеження, про які йдеться в літературі: огляд властивостей інструментів, якими оцінюють результати втручань щодо тривожності в дітей із РАС [55], закликає обережно ставитися до даних опитувальників. У цьому дослідженні SCARED доповнили дитячим варіантом шкали Спілбергера та спостереженням, але повністю компенсувати обмеження самозвітних методик це не може. Окремо варто обговорити дозування. Метааналіз Hu зі співавторами [26] стосується зв'язку тривалості, частоти й інтенсивності занять з ефектом фізичної активності, а Li зі співавторами [30] розглядають її вплив на моторні, комунікативні, соціальні та виконавчі функції. У нашій програмі кінні заняття проходили тричі на тиждень по 45 хвилин протягом місяця; параметри навантаження ми не змінювали, тому судити про оптимальний режим не можемо, і порівняння з іншими режимами – завдання подальших досліджень. Нарешті, результати слід співвіднести з даними про психотерапевтичну складову. Адаптовану КПТ для підлітків із РАС і тривожністю перевіряли в рандомізованих дослідженнях E. A. Storch зі співавторами [47] та J. J. Wood зі співавторами [58]. В обох групах нашого дослідження психотерапевтичний компонент був однаковим, і він може пояснювати зниження тривожності в контрольній групі, а додатковий внесок кінних занять оцінюють за різницею між групами.

3.4 Практичні рекомендації щодо використання фізичної активності у психологічному супроводі

Теоретичний аналіз і проведене дослідження дають підстави розглядати фізичну активність як додатковий ресурс психологічного супроводу дітей із РАС: вона може покращувати емоційну саморегуляцію, знижувати напруження, розвивати впевненість і формувати позитивний досвід взаємодії. Самостійною заміною психотерапії вона бути не може,

найдоцільніше поєднувати її з індивідуально підібраними психологічними інтервенціями. Звідси випливають практичні рекомендації для психологів, батьків і фахівців, які працюють із дітьми з РАС. Перш ніж вводити фізичну активність до програми супроводу, слід оцінити емоційний стан дитини, рівень тривожності, сенсорні особливості, характер комунікації, фізичні можливості та вподобання. Діти з однаковим діагнозом можуть сильно різнитися чутливістю до подразників, потребою в русі та вмінням адаптуватися до нового, тому єдина програма для всіх не підходить, а навантаження, тривалість і характер вправ слід визначати індивідуально. Основою психологічної роботи залишаються методи з підтвердженою ефективністю, зокрема адаптовані когнітивно-поведінкові інтервенції, а рух їх доповнює й дає змогу практично закріпити навички емоційної регуляції. На психологічних заняттях дитина знайомиться з техніками розпізнавання емоцій, дихальними вправами та способами подолання тривожних думок, а під час руху ці навички закріплюються в ситуаціях, де потрібні зосередженість, дотримання послідовності дій, очікування й самоконтроль. Нові види активності вводять поступово, з коротких і зрозумілих завдань, бо різка зміна середовища, багато інструкцій чи надмірне навантаження посилюють тривогу й перевантажують. Допомагають передбачувана структура занять, візуальні розклади, короткі інструкції та зрозуміла послідовність дій, а дитина має можливість заздалегідь побачити місце заняття, обладнання й характер діяльності. Складних спортивних вправ для цього не потрібно: залежно від особливостей дитини підійдуть ходьба, плавання за умови нагляду й дотримання правил безпеки, рухливі ігри, вправи на координацію, розтягування, елементи танцю та адаптовані заняття зі спортивним обладнанням. Діяльність не повинна сприйматися як примус, а можливість вибору, позитивне підкріплення й поступове ускладнення вправ підтримують мотивацію та позитивне ставлення до руху.

Взаємодія з конем і адаптована верхова їзда можуть бути додатковим напрямом супроводу окремих дітей із РАС, адже розвивають послідовність

дій, концентрацію уваги, координацію, відповідальність і поступово формують упевненість. Проте кінні заняття не універсальні й доречні лише за наявності інтересу дитини, відповідних фізичних можливостей та належної безпеки: потрібні попереднє знайомство з конем, спокійна підготовлена тварина, захисне спорядження, супровід кваліфікованих фахівців і врахування індивідуальних обмежень щодо навантаження. У нашій програмі кінні заняття проходили тричі на тиждень по 45 хвилин протягом місяця, але такий режим не є універсальною рекомендацією: частоту й тривалість слід визначати індивідуально за реакцією дитини, її витривалістю та адаптацією. Під час активності треба помічати втому, зростання напруження, уникання контакту, дратівливість, труднощі з виконанням інструкцій чи бажання припинити діяльність, бо ці реакції можуть свідчити про надмірне навантаження або непідходящі умови. Тому варто передбачати перерви, відпочинок у спокійному місці та адаптацію завдань і поважати небажання дитини продовжувати вправу чи взаємодіяти з певним об'єктом, адже примус посилює тривожність і підриває довіру до фахівця. Ефективність супроводу залежить від узгодженості дій дорослих, тож психологу корисно співпрацювати з батьками, педагогами, фахівцями з фізичної реабілітації та за потреби з медиками. Батькам рекомендовано підтримувати інтерес дитини до руху, не порівнювати її з іншими й не зводити все до виконання вправ: важливіші поступова самостійність, позитивні емоції та відчуття власної компетентності. Результативність комплексної роботи оцінюють психоемоційним станом до і після програми, добираючи методики, які відповідають віку, мають належну мовну адаптацію та підтверджені психометричні характеристики, а кількісні показники доповнюють спостереженням, відгуками дитини та інформацією від батьків. Слідкувати варто не лише за рівнем тривожності, а й за тим, як дитина розпізнає емоції, користується способами саморегуляції, взаємодіє з оточенням і переносить навички у повсякденне життя.

Результати використовують для коригування програми за індивідуальною динамікою: якщо вид активності не викликає позитивного відгуку або супроводжується стійким зростанням напруження, слід переглянути його формат, інтенсивність чи доцільність. Фізична активність може бути корисним додатковим компонентом супроводу дітей із РАС за умови індивідуалізації, поступового введення й поєднання з психотерапією, і найперспективніше, коли рух не стає самоціллю, а створює позитивний досвід, розвиває саморегуляцію та розширює можливості дитини в повсякденному житті. Практичні рекомендації стосуються й оцінювання змін. Оскільки властивості опитувальників у дітей із РАС мають обмеження [55], результати тестів доцільно зіставляти зі спостереженнями фахівців і відомостями від батьків, а динаміку відстежувати за кількома вимірюваннями, а не лише за двома точками. Психологу варто заздалегідь визначити, які поведінкові прояви вважатимуться ознаками прогресу (скажімо, готовність пробувати нове завдання чи швидше повернення до спокою після напруження), і фіксувати їх у короткому протоколі після кожного заняття. Навантаження планують з урахуванням даних про дозування фізичної активності [26; 30; 38]: починають з нетривалих занять, поступово збільшують частоту й тривалість і змінюють параметри лише тоді, коли дитина стабільно виконує поточні завдання без ознак перевантаження. Підліткам із високою тривожністю зручніші регулярні короткі заняття, ніж рідкісні, але виснажливі, а відмову від завдання краще сприймати як інформацію про межі можливостей дитини, а не як порушення дисципліни. Окремо варто сказати про підготовку фахівців. Психолог, який поєднує психотерапевтичні й рухові заняття, повинен розуміти особливості РАС, сенсорні та комунікативні потреби дитини й межі власної компетенції, а в кінному компоненті співпрацювати з інструктором, який має досвід роботи з особливими дітьми. Така співпраця дає змогу швидко коригувати завдання, коли дитина виявляє ознаки перевантаження, і зберігати єдиний підхід на всіх заняттях. І наостанок: рекомендації мають умовний характер. Вони

ґрунтуються на невеликій вибірці та короткій програмі, тому їх слід вважати орієнтирами для практики, які потребують перевірки на більших групах і за довшого спостереження.

За результатами третього розділу тривожність знизилася в обох групах (за загальним показником SCARED на 17,3 % у контрольній і на 33,6 % в експериментальній групі, $p < 0,001$), а відмінності між групами підтверджено за всіма трьома показниками. Ці тенденції узгоджуються з напрямами сучасних досліджень, проте короткий строк програми та невелика вибірка не дають підстав для широких узагальнень. Практичні рекомендації стосуються індивідуального добору навантажень, їх поступового запровадження та узгодженої роботи психолога, батьків і фахівців. Для практики це означає, що кінні заняття доцільно розглядати як додатковий компонент до психотерапії, а не як її заміну, і планувати їх з урахуванням сенсорного профілю, готовності та безпеки дитини. Стійкість отриманого ефекту має перевірити подальше дослідження.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено теоретичний аналіз та емпірично досліджено можливості поєднання психотерапевтичних інтервенцій із фізичною активністю у психологічному супроводі дітей із розладами аутистичного спектра. Основну увагу зосереджено на особливостях переживання тривожності, чинниках її виникнення та підтримання, а також на можливостях використання рухової діяльності як додаткового ресурсу психологічної допомоги. За результатами проведеної роботи можна сформулювати такі висновки.

1. На основі теоретичного аналізу наукових джерел визначено психологічні особливості дітей із розладами аутистичного спектра, які можуть впливати на їхній емоційний стан і повсякденне функціонування. Наприклад, увагу приділено особливостям соціальної комунікації, сенсорного сприйняття, гнучкості мислення, емоційної саморегуляції та адаптації до змін. Встановлено, що ці характеристики можуть створювати додаткові труднощі під час взаємодії з оточенням і підвищувати вразливість до тривожних переживань. При цьому прояви РАС є індивідуальними, тому психологічна допомога має враховувати не лише діагностичні особливості, а й особистісні ресурси, потреби та можливості кожної дитини.

2. Розглянуто тривожність як одну з поширених емоційних труднощів у дітей із розладами аутистичного спектра. Визначено, що її прояви можуть бути пов'язані з труднощами прогнозування подій, сенсорною чутливістю, соціальною невизначеністю, змінами звичного середовища та негативним досвідом взаємодії. Тривожність може впливати на навчальну діяльність, соціальні контакти, самостійність і загальну якість життя дитини. Суттєвим є розмежування тривожних реакцій, пов'язаних із конкретними ситуаціями, та стійкіших проявів тривожності, що потребують систематичної психологічної оцінки.

3. Проаналізовано основні психотерапевтичні підходи до роботи з тривожністю у дітей із РАС. Особливу увагу приділено адаптованій когнітивно-поведінковій терапії, яка передбачає розвиток навичок розпізнавання емоцій, усвідомлення зв'язку між думками, почуттями та поведінкою, поступове опрацювання тривожних ситуацій і формування конструктивних способів подолання напруження. Обґрунтовано необхідність адаптації психологічних інтервенцій до рівня розвитку, комунікативних можливостей і сенсорних потреб дитини.

4. Розглянуто вплив фізичної активності на психоемоційний стан дітей із розладами аутистичного спектра. Встановлено, що рухова діяльність може створювати додаткові умови для розвитку саморегуляції, координації, концентрації уваги та позитивного емоційного досвіду. Однак її вплив залежить від характеру навантаження, регулярності занять, індивідуальних можливостей і ставлення дитини до обраного виду активності. Тому фізичну активність доцільно розглядати не як універсальний засіб корекції тривожності, а як додатковий компонент комплексного психологічного супроводу.

5. Проаналізовано можливості використання іпотерапії та адаптованих кінних занять у роботі з дітьми з РАС. Визначено, що взаємодія з конем може створювати умови для розвитку послідовності дій, відповідальності, концентрації уваги, координації та впевненості. Особливе значення має поступове знайомство з твариною, передбачуваність діяльності та можливість формування позитивного досвіду взаємодії. При цьому кінні заняття мають добиратися індивідуально, із дотриманням вимог безпеки та з урахуванням благополуччя тварини. Їх не слід ототожнювати з клінічною іпотерапією, якщо заняття не проводяться в межах відповідної клінічної програми за участю необхідних фахівців.

6. Розроблено та реалізовано програму комплексного психологічного супроводу, що поєднує адаптовані психотерапевтичні інтервенції з фізичною активністю. У дослідженні взяли участь дві групи по 25 учасників віком 14-

16 років. Для обох груп було реалізовано однакову базову психологічну програму та фонову фізичну активність у воді, а експериментальна група додатково відвідувала адаптовані кінні заняття тричі на тиждень по 45 хвилин протягом одного місяця. Такий дизайн дав змогу оцінити можливий додатковий внесок кінних занять на тлі спільних для обох груп компонентів програми.

7. Для оцінювання тривожності та психоемоційного стану учасників використано психодіагностичний інструментарій. Основним кількісним інструментом була шкала SCARED, яка дає змогу оцінити загальний рівень тривожності та окремі її прояви. Додатково застосовано STAIC для оцінювання ситуативної та особистісної тривожності, а також психологічне спостереження для аналізу емоційних і поведінкових змін. Під час застосування методик враховувалися відповідність віковим характеристикам учасників, якість мовної адаптації та психометричні властивості конкретної версії інструментарію.

8. За результатами повторного обстеження в обох групах виявлено статистично значуще зниження загальної (SCARED), ситуативної та особистісної (STAIC) тривожності ($p<0,001$). В експериментальній групі зниження було більшим: середній показник SCARED зменшився з 38,92 до 25,84 бала (на 33,6 %), у контрольній групі – з 40,04 до 33,12 бала (на 17,3 %). Міжгрупові відмінності у величині зниження статистично значущі за всіма показниками ($p<0,001$; Cohen's d від 1,41 до 1,73), що свідчить про можливий додатковий внесок адаптованих кінних занять у зниження тривожності.

9. На основі проведеного аналізу сформульовано практичні рекомендації щодо використання фізичної активності у психологічному супроводі дітей із РАС. Серед основних умов визначено індивідуальний підбір навантаження, поступове введення нових видів діяльності, використання передбачуваної структури занять, урахування сенсорних особливостей, забезпечення можливості відпочинку та повагу до вибору дитини. Значущим є узгодження дій психолога, батьків та інших залучених

фахівців, а також регулярне оцінювання змін у психоемоційному стані й повсякденному функціонуванні дитини.

Мету роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити можливості використання фізичної активності як додаткового компонента психотерапевтичної роботи, спрямованої на зниження тривожності у дітей із розладами аутистичного спектра, – досягнуто. Гіпотезу дослідження підтверджено: у групі з додатковими кінними заняттями зниження тривожності було значущо більшим. Запропонований підхід дає змогу розглядати фізичну активність не як альтернативу психотерапії, а як можливий засіб її доповнення. Перспективи подальшого дослідження полягають у збільшенні вибірки, перевірці стійкості отриманих змін шляхом повторного обстеження через певний час після завершення програми та контролі умов реалізації втручання. Окремої уваги потребує порівняння різних видів фізичної активності та визначення того, для яких дітей із РАС і за яких умов їх включення до психологічного супроводу є найдоцільнішим.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Костецька В. А. Діагностика тривожності молодших школярів з розладами аутичного спектру. *Наукові здобутки студентів Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти*. 2017. № 1(7). URL : https://www.studscientist.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/110 (дата звернення: 25.10.2026).

2. Міненко О. О. Дослідження особливостей тривожності підлітків в умовах воєнного конфлікту. *Наукові записки ЦДУ ім. В. Винниченка.* Серія : Психологія. 2024. Вип. 3 (5). С. 47–55. DOI : https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-7.

3. Островська К., Островський І., Лобода В. Основи психолого-педагогічної діагностики дітей із розладами спектра аутизму. *Проблеми сучасної психології* : збірник наукових праць. 2018. Вип. 42. С. 133–151. DOI : https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-42.133-151.

4. Скрипник Т. В. Сенсорна інтеграція як підґрунтя цілісного розвитку дітей з аутизмом. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2016. № 4(80). С. 24–31.

5. Скрипник Т. В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра : науково-методичний посібник. Київ : Педагогічна думка, 2013. 55 с.

6. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму : монографія. Київ : Фенікс, 2010. 368 с.

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

8. Скрипник Т., Лозова О. Формування діалогічної взаємодії у дітей з розладами аутистичного спектра. *Психолінгвістика*. 2020. Т. 27, № 1. С. 237–261. DOI : https://doi.org/10.31470/2309-1797-2020-27-1-237-261.

9. Тарасун В. В. Аутологія : монографія. Київ : Леся, 2014. 579 с.

10. Тарасун В. В. Аутологія: теорія і практика : підручник. Київ : Вадекс, 2018. 589 с.

11. Тарасун В. В., Хворова Г. М. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом : навчальний посібник для вищих навчальних закладів. Київ : Науковий світ, 2004. 98 с.

12. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей : монографія. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 385 с.

13. Яковлева Л. М. Психологічний супровід дітей-аутистів. Київ : Редакції загальнопедагогічних газет, 2013. 119 с.

14. Adams D., Ambrose K., Simpson K., Malone S., Dargue N. The relationship between anxiety and social outcomes in autistic children and adolescents: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2023. Vol. 26. P. 706–720. DOI : https://doi.org/10.1007/s10567-023-00450-7.

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text rev. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing, 2022. URL : https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm (дата звернення: 16.11.2026).

16. Birmaher B., Khetarpal S., Brent D., Cully M., Balach L., Kaufman J., Neer S. M. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997. Vol. 36, № 4. P. 545–553. DOI : https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018.

17. Bougeard C., Picarel-Blanchot F., Schmid R., Campbell R., Buitelaar J. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-Morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Focus*. 2024. Vol. 22, № 2. P. 212–228. DOI : https://doi.org/10.1176/appi.focus.24022005.

18. Boulter C., Freeston M., South M., Rodgers J. Intolerance of uncertainty as a framework for understanding anxiety in children and adolescents with autism

spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014. Vol. 44, № 6. P. 1391–1402. DOI : https://doi.org/10.1007/s10803-013-2001-x.

19. Case-Smith J., Weaver L. L., Fristad M. A. A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*. 2015. Vol. 19, № 2. P. 133–148. DOI : https://doi.org/10.1177/1362361313517762.

20. Chen Y., Xi Z., Saunders R., Simmons D., Totsika V., Mandy W. A systematic review and meta-analysis of the relationship between sensory processing differences and internalising/externalising problems in autism. *Clinical Psychology Review*. 2024. Article 102516. DOI : https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102516.

21. Costley D., Emerson A., Ropar D., Sheppard E. The anxiety caused by secondary schools for autistic adolescents: in their own words. *Education Sciences*. 2021. Vol. 11, № 11. Article 726. DOI : https://doi.org/10.3390/educsci11110726.

22. Cresswell L., Hinch R., Cage E. The experiences of peer relationships amongst autistic adolescents: a systematic review of the qualitative evidence. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2019. Vol. 61. P. 45–60. DOI : https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.01.003.

23. Fernandez-Prieto M., Moreira C., Cruz S., Campos V., Martínez-Regueiro R., Taboada M., Carracedo A., Sampaio A. Executive functioning: a mediator between sensory processing and behaviour in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021. Vol. 51, № 6. P. 2091–2103. DOI : https://doi.org/10.1007/s10803-020-04648-4.

24. Gabriels R. L., Pan Z., Dechant B., Agnew J. A., Brim N., Mesibov G. Randomized Controlled Trial of Therapeutic Horseback Riding in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015. Vol. 54, № 7. P. 541–549. DOI : https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.04.007.

25. Glod M., Riby D. M., Rodgers J. Short report: Relationships between sensory processing, repetitive behaviors, anxiety, and intolerance of uncertainty in

autism spectrum disorder and Williams syndrome. *Autism Research*. 2019. Vol. 12, № 5. P. 759–765. DOI : https://doi.org/10.1002/aur.2096.

26. Hu B., Liang Q., Jiang H. Effects of exercise dosage on children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*. 2025. Vol. 4. Article 1647280. DOI : https://doi.org/10.3389/frcha.2025.1647280.

27. Hyman S. L., Levy S. E., Myers S. M. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2020. Vol. 145, № 1. Article e20193447. DOI : https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447.

28. Jenkinson R., Milne E., Thompson A. The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in autism: a systematic literature review and meta-analysis. *Autism*. 2020. Vol. 24, № 8. P. 1933–1944. DOI : https://doi.org/10.1177/1362361320932437.

29. Kerns C. M., Winder-Patel B., Iosif A. M., Nordahl C. W., Heath B., Solomon M., Amaral D. G. Clinically Significant Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder and Varied Intellectual Functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2021. Vol. 50, № 6. P. 780–795. DOI : https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1703712.

30. Li C., Pan H., Zhou T., Li X., Cui W., Li D. Effects of physical activity on motor, communication, social, and executive function in children with autism spectrum disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pediatrics*. 2026. Vol. 185, № 1. Article 5. DOI : https://doi.org/10.1007/s00431-025-06636-1.

31. Lord C., Elsabbagh M., Baird G., Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder. *The Lancet*. 2018. Vol. 392, № 10146. P. 508–520. DOI : https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2.

32. MacLennan K., Rossow T., Tavassoli T. The relationship between sensory reactivity, intolerance of uncertainty and anxiety subtypes in preschool-age autistic children. *Autism*. 2021. Vol. 25, № 8. P. 2305–2316. DOI : https://doi.org/10.1177/13623613211016110.

33. Madigand J., Rio M., Vandevelde A. Equine assisted services impact on social skills in autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2023. Vol. 125. Article 110765. DOI : https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2023.110765.

34. Meera B., Fields B., Healy S., Columna L. Equine-assisted services for motor outcomes of autistic children: a systematic review. *Autism*. 2024. Vol. 28, № 12. P. 3002–3014. DOI : https://doi.org/10.1177/13623613241255294.

35. Mutluer T., Aslan Genç H., Özcan Morey A., Yapici Eser H., Ertinmaz B., Can M., Munir K. Population-Based Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. Article 856208. DOI : https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.856208.

36. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. NICE guideline CG170. 2013. Updated 2021. URL : https://www.nice.org.uk/guidance/cg170 (дата звернення: 25.10.2026).

37. Neil L., Olsson N. C., Pellicano E. The relationship between intolerance of uncertainty, sensory sensitivities, and anxiety in autistic and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016. DOI : https://doi.org/10.1007/s10803-016-2721-9 (дата звернення: 16.11.2026).

38. Pan C.-Y., Chu C.-H., Tsai C.-L., Sung M.-C., Huang C.-Y., Ma W.-Y. The impacts of physical activity intervention on physical and cognitive outcomes in children with autism spectrum disorder. *Autism*. 2017. Vol. 21, № 2. P. 190–202. DOI : https://doi.org/10.1177/1362361316633562.

39. Peters B. C. M., Wood W. Autism and Equine-Assisted Interventions: A Systematic Mapping Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017. Vol. 47, № 10. P. 3220–3242. DOI : https://doi.org/10.1007/s10803-017-3219-9.

40. Pickard H., Hirsch C., Simonoff E., Happé F. Exploring the cognitive, emotional and sensory correlates of social anxiety in autistic and neurotypical

adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020. Vol. 61, № 12. P. 1317–1327. DOI : https://doi.org/10.1111/jcpp.13214.

41. Riis K., Samulski B., Neely K. A., Laverdure P. Physical Activity for Anxiety for Autistic People: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025. Vol. 55, № 8. P. 2663–2679. DOI : https://doi.org/10.1007/s10803-024-06356-9.

42. Roberts K., Rankin P. M. A cognitive help or hindrance? A systematic review of cognitive behavioural therapy to treat anxiety in young people with autism spectrum disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2025. Vol. 30, № 2. P. 419–435. DOI : https://doi.org/10.1177/13591045251314906.

43. Sharma S., Hucker A., Matthews T., Grohmann D., Laws K. R. Cognitive behavioural therapy for anxiety in children and young people on the autism spectrum: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*. 2021. Vol. 9. Article 151. DOI : https://doi.org/10.1186/s40359-021-00658-8.

44. Sissons J. H., Blakemore E., Shafi H., Skotny N., Lloyd D. M. Calm with horses? A systematic review of animal-assisted interventions for improving social functioning in children with autism. *Autism*. 2022. Vol. 26, №6. P. 1320–1340. DOI : https://doi.org/10.1177/13623613221085338.

45. South M., Rodgers J. Sensory, Emotional and Cognitive Contributions to Anxiety in Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2017. Vol. 11. Article 20. DOI : https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00020.

46. Spielberger C. D. Preliminary Test Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC): “How I Feel Questionnaire”. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1973. URL : https://www.mindgarden.com/state-trait-anxiety-inventory-for-children/310-staich-manual.html (дата звернення: 16.11.2026).

47. Storch E. A., Lewin A. B., Collier A. B., Arnold E., De Nadai A. S., Dane B. F., Nadeau J. M., Mutch P. J., Murphy T. K. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for adolescents with autism spectrum disorders and comorbid anxiety. *Depression and Anxiety*. 2015. Vol. 32, № 3. P. 174–181. DOI : https://doi.org/10.1002/da.22332.

48. Suárez-Manzano S., Ruiz-Ariza A., Marques de Loureiro N. E., Martínez-López E. J. Effects of Physical Activity on Cognition, Behavior, and Motor Skills in Youth with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of Intervention Studies. *Behavioral Sciences*. 2024. Vol. 14, № 4. Article 330. DOI : https://doi.org/10.3390/bs14040330.

49. Tafolla M., Lord C. Longitudinal analyses of mental health in autistic individuals: a systematic review. *Brain Sciences*. 2024. Vol. 14, №10. Article 1033. DOI : https://doi.org/10.3390/brainsci14101033.

50. Thiele-Swift H. N., Dorstyn D. S. Anxiety prevalence in youth with autism: a systematic review and meta-analysis of methodological and sample moderators. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2024. URL : https://link.springer.com/article/10.1007/s40489-023-00427-w (дата звернення: 16.11.2026).

51. Trzmiel T., Purandare B., Michalak M., Zasadzka E., Pawlaczyk M. Equine assisted activities and therapies in children with autism spectrum disorder: A systematic review and a meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*. 2019. Vol. 42. P. 104–113. DOI : https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.11.004.

52. van Steensel F. J. A., Bögels S. M., Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011. Vol. 14, №3. P. 302–317. DOI : https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0.

53. Vasa R. A., Keefer A., McDonald R. G., Hunsche M. C., Kerns C. M. A Scoping Review of Anxiety in Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Autism Research*. 2020. Vol. 13, №12. P. 2038–2057. DOI : https://doi.org/10.1002/aur.2395.

54. White S. W., Oswald D., Ollendick T., Scahill L. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29, №3. P. 216–229. DOI : https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.003.

55. Wigham S., McConachie H. Systematic Review of the Properties of Tools Used to Measure Outcomes in Anxiety Intervention Studies for Children

with Autism Spectrum Disorders. *PLOS ONE*. 2014. Vol. 9, №1. Article e85268. DOI : https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085268.

56. Wigham S., Rodgers J., South M., McConachie H., Freeston M. The interplay between sensory processing abnormalities, intolerance of uncertainty, anxiety and restricted and repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. Vol. 45, №4. P. 943–952. DOI : https://doi.org/10.1007/s10803-014-2248-x.

57. Wood J. J., Drahota A., Sze K., Har K., Chiu A., Langer D. A. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009. Vol. 50, №3. P. 224–234. DOI : https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x.

58. Wood J. J., Ehrenreich-May J., Alessandri M., Fujii C., Renno P., Laugeson E., Piacentini J. C., De Nadai A. S., Arnold E., Lewin A. B., Murphy T. K., Storch E. A. Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: a randomized, controlled trial. *Behavior Therapy*. 2015. Vol. 46, №1. P. 7–19. DOI : https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.01.002.

59. Wood J. J., Kendall P. C., Wood K. S., Kerns C. M., Seltzer M., Small B. J., Lewin A. B., Storch E. A. Cognitive Behavioral Treatments for Anxiety in Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020. Vol. 77, №5. P. 474–483. DOI : https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4160.

60. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva : World Health Organization, 2020. URL : https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128 (дата звернення: 25.10.2026).

61. Yeung K. C. M., Bai J., Mak K. L. Longitudinal changes in executive function in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analyses. *Autism Research*. 2024. Vol. 17, №10. P. 2045–2063. DOI : https://doi.org/10.1002/aur.3196.

62. Zhang L., Song W., Gao H., Li X. Effects of exercise on anxiety and psychiatric comorbidities in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2026. Vol. 17. Article 1761833. DOI : https://doi.org/10.3389/fpsyt.2026.1761833.

ДОДАТКИ

Додаток А

Картка психодіагностичного обстеження учасника

Мета: систематизація результатів оцінювання рівня тривожності та психоемоційного стану дитини до та після реалізації психологічної програми.

Код учасника: _____

Вікова група: 14-16 років

Група: експериментальна / контрольна

Дата первинного обстеження: _____

Дата повторного обстеження: _____

Таблиця А.1 – Результати оцінювання за методикою SCARED

Показник	До програми	Після програми
Загальний показник тривожності		
Панічні/соматичні прояви		
Генералізована тривожність		
Сепараційна тривожність		
Соціальна тривожність		
Шкільна тривожність		

Таблиця А.2 – Додаткове оцінювання тривожності

Показник	До програми	Після програми
Ситуативна тривожність		
Особистісна тривожність		

3. Додаткові спостереження

- Емоційний стан під час обстеження: _____
- Особливості взаємодії з психологом: _____
- Реакція на інструкції: _____
- Ознаки напруження або втоми: _____
- Інші особливості: _____

Додаток Б

Протокол психологічного спостереження за емоційними та поведінковими проявами дитини

Мета: якісне оцінювання змін емоційного стану, поведінки та навичок саморегуляції під час участі в психологічній програмі.

Код учасника: _____

Дата спостереження: _____

Вид діяльності: психологічне заняття / фізична активність / кінне заняття.

Для систематизації спостережень пропонується використовувати умовну шкалу:

- 0 – прояв не спостерігається;
- 1 – прояв спостерігається рідко або за значної допомоги дорослого;
- 2 – прояв спостерігається періодично, дитина потребує незначної підтримки;
- 3 – прояв виражений, дитина переважно демонструє його самостійно.

Таблиця Б.1 – Критерії психологічного спостереження

Критерій спостереження	0	1	2	3
Емоційне напруження				
Здатність адаптуватися до умов заняття				
Використання навичок саморегуляції				
Концентрація уваги				
Дотримання послідовності дій				
Взаємодія з фахівцем				
Самостійність під час виконання завдань				
Упевненість під час діяльності				

Якісні примітки спостерігача:

1. Емоційні реакції дитини:

_____

2. Реакція на нові завдання та зміни:

_____

3. Особливості взаємодії з іншими учасниками:

_____

4. Ознаки втоми, сенсорного або емоційного перевантаження:

_____

5. Позитивні зміни та труднощі:

_____

Додаток В

Орієнтовна програма адаптованих кінних занять

Мета програми: створення додаткових умов для розвитку емоційної саморегуляції, концентрації уваги, координації рухів і впевненості у власних можливостях у дітей із розладами аутистичного спектра.

Тривалість: один місяць.

Частота: три заняття на тиждень.

Тривалість одного заняття: 45 хвилин.

Учасники: діти експериментальної групи.

Таблиця В.1 – Структура одного заняття

Етап	Зміст діяльності	Орієнтовний час
Підготовчий	Привітання, ознайомлення з планом заняття, оцінювання емоційного стану	5 хв
Основний, частина 1	Знайомство з конем, спостереження, взаємодія та догляд за твариною	10 хв
Основний, частина 2	Виконання простих послідовних завдань, вправи на координацію, адаптована верхова їзда за готовності дитини	20 хв
Завершальний	Спокійне завершення взаємодії, обговорення емоцій, коротка рефлексія	10 хв

Орієнтовний зміст роботи за тижнями

Перший тиждень – адаптація та формування відчуття безпеки.

Основна увага приділяється знайомству з територією кінного центру, фахівцями та конем. Дитині надається можливість спостерігати за твариною, поступово наближатися до неї, знайомитися з її поведінкою та виконувати нескладні завдання за бажанням.

Другий тиждень – розвиток емоційної регуляції.

Передбачаються вправи на послідовність дій, концентрацію уваги та усвідомлення власного емоційного стану. Взаємодія з конем використовується як ситуація для практичного застосування навичок саморегуляції.

Третій тиждень – розвиток упевненості та самостійності.

Дитині пропонуються завдання, що передбачають поступове розширення самостійності: вибір необхідного обладнання, виконання знайомих дій із догляду за твариною, участь у вправах відповідно до індивідуальних можливостей.

Четвертий тиждень – закріплення отриманого досвіду.

Основна увага приділяється повторенню знайомих завдань, підтриманню позитивної взаємодії, закріпленню навичок саморегуляції та підсумковому обговоренню досвіду дитини.

Умови безпеки та індивідуалізації:

- попереднє оцінювання готовності дитини до взаємодії з конем;
- використання спокійної, підготовленої до роботи з дітьми тварини;
- присутність кваліфікованих кінних фахівців;
- використання захисного шолома та необхідного спорядження;
- урахування фізичних обмежень і сенсорних особливостей;
- наявність можливості зробити перерву або припинити заняття;
- відсутність примусу до контакту з твариною чи верхової їзди;
- дотримання правил безпеки та благополуччя коня.

Додаток Г

Інформована згода батьків (законних представників) на участь дитини в дослідженні

Назва дослідження: «Вплив фізичних навантажень на ефективність психотерапевтичних інтервенцій у дітей із синдромом Аспергера».

Шановні батьки!

Вам пропонується надати згоду на участь Вашої дитини в дослідженні, спрямованому на вивчення особливостей тривожності та можливостей її зниження за допомогою психологічних інтервенцій у поєднанні з фізичною активністю.

Участь передбачає проходження психологічного оцінювання до та після реалізації програми, участь у психологічних заняттях, а для учасників експериментальної групи – додаткову можливість залучення до адаптованих кінних занять за умови відповідності індивідуальним можливостям дитини.

Участь у дослідженні є добровільною. Батьки та дитина мають право відмовитися від участі або припинити її без негативних наслідків.

Під час проведення занять передбачено дотримання правил безпеки, урахування індивідуальних особливостей дитини та забезпечення конфіденційності отриманої інформації.

Результати дослідження можуть використовуватися в узагальненому вигляді для наукового аналізу без розкриття особистих даних учасників.

Я, _____,

як законний представник дитини, підтверджую, що отримав(ла) інформацію про мету, зміст та умови дослідження, мав(ла) можливість поставити запитання та отримати відповіді.

Підтверджую добровільну згоду на участь дитини в дослідженні.

ПІБ законного представника: _____

Підпис: _____

Дата: _____

Підпис відповідального дослідника: _____