МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА РОЗВИТКУ ДІТЕЙ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

Виконав: студент ІІ курсу,
групи 8.0534-З-з
спеціальності 053– Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Котелевська Дар’я Вікторівна
Керівник: к.психол.н., доцент кафедри психології Гредінарова О. М.
Рецензент: канд. пед. наук, доцент кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності Голованова Т. П.,

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Котелевській Дар'ї Вікторівні

Тема роботи Соціально-психологічна підтримка розвитку дітей аутистичного спектру під час війни

керівник роботи Гредінарова О. М., канд. психол. наук, доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: розкрити психологічну сутність аутизму та проаналізувати основні теоретичні концепції причин і механізмів РАС; теоретично дослідити особливості психоемоційного та соціального розвитку дітей з аутистичними розладами; визначити особливості впливу воєнних подій на психологічний стан і розвиток дітей аутистичного спектру; виокремити напрями та форми соціально-психологічної підтримки дітей з РАС в умовах воєнного стану; провести аналіз психологічного стану та соціально-психологічної підтримки дітей з аутистичного спектру під час війни в рамках емпіричного дослідження.

Перелік графічного матеріалу: 1 таблиця, 3 рисунка.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Гредінарова О.М., доцент		
Розділ 1	Гредінарова О.М., доцент		
Розділ 2	Гредінарова О.М., доцент		
Розділ 3	Гредінарова О.М., доцент		
Висновки	Гредінарова О.М., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	серпень 2025	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ Д. В. Котелевська

Керівник роботи _____ О. М. Гредінарова

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 87 сторінок, 1 таблиця, 3 рисунка, 57 джерел, 1 додаток.

Об’єкт дослідження – процес соціально-психологічної підтримки дітей з розладами аутистичного спектру в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження – психологічні особливості, форми та методи соціально-психологічної підтримки розвитку дітей з аутистичного спектру під час війни.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості соціально-психологічної підтримки розвитку дітей з аутистичного спектру в умовах війни, а також розробити програму практичної допомоги батькам і педагогам для покращення їхньої взаємодії з такими дітьми.

Перша гіпотеза: передбачається, що умови воєнного стану суттєво ускладнюють психоемоційний стан та соціальну адаптацію дітей з розладами аутистичного спектра (РАС), що проявляється у підвищенні тривожності, сенсорної вразливості, регресивних форм поведінки та труднощах у соціальній взаємодії.

Друга гіпотеза: припускається, що стабільне емоційне середовище, збереження рутин, залученість батьків та використання спеціальних методів соціально-психологічної підтримки частково компенсують негативний вплив воєнних подій і сприяють покращенню адаптації дітей з РАС.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, метод спостереження, аналіз продуктів діяльності (дитячі малюнки), опитування батьків (анкета).

Наукова новизна дослідження полягає в уточненні змісту поняття «соціально-психологічна підтримка дітей з аутистичного спектру в умовах війни», визначенні психологічних особливостей впливу воєнного стану на їхній емоційний розвиток та соціальну адаптацію, а також у розробленні програми соціально-психологічної підтримки дітей з РАС

РОЗЛАД АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА, ДІТИ, ВОЄННИЙ СТАН, ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК, СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ.

SUMMARY

Kotelevska D.V. Socio-psychological support for the development of autistic children during the war.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (57 items, 42 of foreign origin), 1 appendix on 2 pages. The qualifying work volume is 95 pages long, 87 of them – main text. There are 1 tables and 3 illustrations.

The qualifying work presents a theoretical survey and describes the experimental research on the psychological aspects of children's development, with a focus on social and emotional support. The master's thesis consists of three chapters, each addressing a different aspect of the socio-psychological support of children on the autism spectrum during wartime.

Research object: the process of socio-psychological support of children with autism spectrum disorders (ASD) under conditions of martial law.

Research subject: psychological characteristics, forms, and methods of socio-psychological support for the development of children on the autism spectrum during war.

Research goal: to theoretically substantiate and empirically examine the specifics of socio-psychological support for the development of children on the autism spectrum in wartime conditions, as well as to develop a practical assistance program for parents and educators to improve interaction with such children.

The research tasks are:

1. To reveal the psychological essence of autism and analyze the main theoretical concepts of the causes and mechanisms of ASD.
2. To theoretically examine the features of the psycho-emotional and social development of children with autism spectrum disorders.
3. To identify the impact of wartime events on the psychological state and development of children on the autism spectrum.

4. To determine the key areas and forms of socio-psychological support for children with ASD under martial law.

5. To analyze the psychological state and socio-psychological support of children on the autism spectrum during the war within the empirical study.

6. To develop a socio-psychological support program for the development of children on the autism spectrum under wartime conditions.

7. To provide practical recommendations for parents, caregivers, and educators regarding effective interaction and socio-psychological support for children with ASD in crisis situations.

Chapter 1, “Theoretical Foundations of Socio-Psychological Support for Children on the Autism Spectrum During War,” provides a theoretical analysis of the psychological characteristics and developmental specifics of children with ASD.

Chapter 2, “Analysis of the Psychological State and Socio-Psychological Support of Children on the Autism Spectrum During War,” presents the empirical study and its results.

Chapter 3, “Program of Socio-Psychological Support for Children on the Autism Spectrum Under Wartime Conditions,” outlines the development and structure of the practical support program.

Key words: autism spectrum disorder, socio-psychological support, children, martial law, emotional development, social adaptation.

.

ЗМІСТ

ВСТУП 8

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ПІД ЧАС ВІЙНИ 12

1.1. Психологічна сутність аутизму 12

1.2. Основні теоретичні концепції причин і механізмів РАС 17

1.3. Особливості психоемоційного та соціального розвитку дітей з аутистичними розладами 26

1.4. Вплив воєнних подій на психологічний стан і розвиток дітей аутистичного спектру 38

1.5. Напрями та форми соціально-психологічної підтримки дітей з РАС в умовах воєнного стану 46

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ПІД ЧАС ВІЙНИ 60

2.1. Організація дослідження психологічних станів дітей з аутистичного спектру 60

2.2. Особливості психоемоційних станів і соціальної адаптації дітей з РАС в умовах війни 63

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ В УМОВАХ ВІЙНИ 71

3.1. Програма соціально-психологічної підтримки розвитку дітей з аутистичного спектру 77

3.2. Рекомендації для батьків дітей з аутистичними розладами 77

3.3. Рекомендації для вихователів та педагогів щодо взаємодії з дітьми РАС у воєнний час 81

ВИСНОВКИ. 85

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 88

ДОДАТКИ 94

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні реалії українського суспільства, зумовлені тривалим воєнним станом, призвели до суттєвих змін у житті дітей, сімей та освітніх спільнот. Особливо гостро ці зміни позначилися на дітях із розладами аутистичного спектру (РАС), для яких стабільність, передбачуваність і безпечне середовище є базовими умовами психоемоційного благополуччя. Втрата звичного способу життя, переміщення, розлука з близькими, тривожні новини та постійна небезпека створюють додаткове навантаження на нервову систему таких дітей, ускладнюючи їх соціальну адаптацію та розвиток.

Проблема підтримки дітей з аутизмом у кризових умовах має комплексний характер і потребує міждисциплінарного підходу — поєднання медичних, педагогічних і психологічних знань. В умовах війни особливої ваги набуває соціально-психологічна підтримка, спрямована на збереження емоційної рівноваги дитини, розвиток її комунікативних навичок, почуття безпеки, довіри та стабільності. Саме психологічна допомога, адаптована до особливих потреб дітей з РАС, може запобігти поглибленню тривожності, аутоагресивних або регресивних реакцій, що часто виникають у період стресу.

Українські дослідження таких науковців як: Колупаєва А. А., Скрипник Т. В., Тарасун В. В., Хворова Г. М. та ін., засвідчують, що рівень інклюзивної готовності батьків і педагогів до роботи з дітьми з аутизмом залишається недостатнім, особливо в умовах кризових обставин. Більшість науковців підкреслюють необхідність цілеспрямованої соціально-психологічної підтримки сім’ї дитини з РАС, адже саме від спільної взаємодії батьків, педагогів і психологів залежить ефективність розвитку таких дітей у період нестабільності.

Під час війни проблема соціально-психологічного супроводу дітей з аутистичного спектру набуває особливого гуманітарного значення. Вона стає важливою не лише для окремих сімей, а й для держави загалом, оскільки реалізація прав дітей з особливими освітніми потребами на повноцінний розвиток є складовою національної політики у сфері освіти, охорони психічного здоров'я та соціального захисту.

Таким чином, актуальність дослідження зумовлена необхідністю глибокого вивчення психологічних особливостей дітей з аутизмом у період війни та розроблення ефективних форм і програм соціально-психологічної підтримки, спрямованих на їхній розвиток, адаптацію й емоційне благополуччя.

Об'єкт дослідження – процес соціально-психологічної підтримки дітей з розладами аутистичного спектру в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження – психологічні особливості, форми та методи соціально-психологічної підтримки розвитку дітей з аутистичного спектру під час війни.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості соціально-психологічної підтримки розвитку дітей з аутистичного спектру в умовах війни, а також розробити програму практичної допомоги батькам і педагогам для покращення їхньої взаємодії з такими дітьми.

Перша гіпотеза: передбачається, що умови воєнного стану суттєво ускладнюють психоемоційний стан та соціальну адаптацію дітей з розладами аутистичного спектра (РАС), що проявляється у підвищенні тривожності, сенсорної вразливості, регресивних форм поведінки та труднощах у соціальній взаємодії.

Друга гіпотеза: припускається, що стабільне емоційне середовище, збереження рутин, залученість батьків та використання спеціальних методів соціально-психологічної підтримки частково компенсують негативний вплив воєнних подій і сприяють покращенню адаптації дітей з РАС.

Завдання дослідження:

1. Розкрити психологічну сутність аутизму та проаналізувати основні теоретичні концепції причин і механізмів РАС.

2. Теоретично дослідити особливості психоемоційного та соціального розвитку дітей з аутистичними розладами.

3. Визначити особливості впливу воєнних подій на психологічний стан і розвиток дітей аутистичного спектру.

4. Виокремити напрями та форми соціально-психологічної підтримки дітей з РАС в умовах воєнного стану.

5. Провести аналіз психологічного стану та соціально-психологічної підтримки дітей з аутистичного спектру під час війни в рамках емпіричного дослідження.

6. Розробити програму соціально-психологічної підтримки розвитку дітей з аутистичного спектру в умовах війни

5. Надати практичні рекомендації для батьків, вихователів і педагогів щодо ефективної взаємодії та соціально-психологічної підтримки дітей з РАС у кризових обставинах.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, метод спостереження, аналіз продуктів діяльності (дитячі малюнки), опитування батьків (анкета).

Наукова новизна дослідження полягає в уточненні змісту поняття «соціально-психологічна підтримка дітей з аутистичного спектру в умовах війни», визначенні психологічних особливостей впливу воєнного стану на їхній емоційний розвиток та соціальну адаптацію, а також у розробленні програми соціально-психологічної підтримки, спрямованої на стабілізацію емоційного стану й розвиток комунікативних навичок дітей з РАС.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, педагогів інклюзивних закладів освіти, соціальних працівників і батьків дітей з аутизмом. Розроблена програма соціально- психологічної підтримки може

бути застосована для стабілізації емоційного стану дітей, розвитку їхніх комунікативних навичок, формування відчуття безпеки та соціальної адаптації в умовах війни.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувались методологічним обґрунтуванням вихідних положень; використанням методів, адекватних меті та завданням дослідження.

Основні положення, висновки та результати кваліфікаційної роботи Котелевської Д. В. «Вплив воєнних подій на психологічний стан і розвиток дітей аутистичного спектру» були апробовані у збірнику матеріалів IX Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграційні можливості сучасної психології та шляхи її розвитку» (23–24 жовтня 2025 року, м. Запоріжжя, Україна).

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, 3 розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 57 найменувань і 1 додатку на 2 сторінках. Загальний обсяг основного тексту – 87 сторінок. Робота містить 1 таблицю і 3 рисунка.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1.1. Психологічна сутність аутизму

Розлад аутистичного спектра (РАС) — це складний комплекс психічних і поведінкових порушень, який дедалі частіше розглядають як важливу проблему сучасності. Попри значний обсяг наукових досліджень, походження аутизму й досі залишається дискусійним: немає єдиної думки щодо провідних чинників його виникнення. Стан характеризується широкою індивідуальною варіативністю проявів, що ускладнює його всебічне вивчення та пояснення.

Перші наукові описи аутизму з'явилися майже одночасно у США та Австрії. Лео Каннер уперше систематизував характерні ознаки розладу і виокремив симптоми, що нині становлять основу сучасних діагностичних критеріїв РАС. Паралельно Ганс Асперґер описав дітей із подібними особливостями розвитку, звернувши увагу на специфічний стиль мислення й поведінки, що згодом дало підґрунтя для виокремлення синдрому Асперґера [1, 210].

У наступні десятиліття проблема аутизму стала предметом активних досліджень зарубіжних і українських науковців. Вагомий внесок у вивчення природи цього розладу зробили Е. Орніц, К. Джіллберг, а також сучасні українські дослідники, О. Романчук, І. Лещенко, Л. Мельник, Т. Скрипник, які аналізували аутизм з позицій нейропсихологічних, поведінкових та соціально-комунікативних механізмів розвитку.

Сучасні уявлення щодо причин і механізмів формування аутизму охоплюють комплекс даних з генетики, нейрофізіології, нейрохімії та анатомії мозку. Нині доведено, що аутизм має багатофакторний характер:

порушення можуть виникати на різних рівнях функціонування нервової системи. Хоча універсальної теорії його походження не існує, більшість учених підкреслюють значущу роль генетичних і біологічних чинників.

Як зазначають Борисенко О. М. та Музика С. В., аутизм розглядають як складне порушення розвитку, що виникає внаслідок дисфункцій нервової системи та пов'язаний із порушенням роботи головного мозку. Основними проявами є затримка формування базових навичок, значні труднощі у соціальній взаємодії, обмеження комунікації, наявність звужених інтересів та стереотипних, повторюваних дій. У міжнародній класифікаційній традиції аутизм входить до групи розладів загального розвитку (pervasive developmental disorders, PDD), для яких характерні саме дефіцити соціальної взаємодії та комунікації, а також ригідність поведінкових патернів [1, 210].

У межах сучасних досліджень О. Д. Романчук підкреслює, що аутизм пов'язаний із дезорганізацією роботи нейрональних систем, які забезпечують сприймання та переробку зовнішніх стимулів. Унаслідок цього діти з РАС можуть проявляти як надмірну сенсорну чутливість до окремих подразників, так і майже повну відсутність реакції на інші, що істотно впливає на їх поведінку та особливості розвитку [30].

У науковій і клінічній практиці термін «аутизм» використовується як узагальнене поняття для діагностичних категорій МКХ-10 (F84 – загальні розлади розвитку; F80–F89 – порушення психологічного розвитку) та відповідає категорії «розлади аутистичного спектра» у DSM-V. У фаховій літературі він також вживається як синонім поняття «первазивні розлади розвитку».

Розлади аутистичного спектру належать до нейророзвиткових порушень і характеризуються низкою специфічних ознак. Відповідно до «Дослідницьких діагностичних критеріїв» МКХ-10, до ключових діагностичних характеристик РАС належать:

1. виражені порушення взаємної соціальної взаємодії;
2. значні труднощі у сфері комунікації;

3. обмежені, стереотипні та повторювані форми поведінки чи інтересів [29].

Ці три групи симптомів і сьогодні лежать в основі сучасних міжнародних підходів до діагностики РАС та визначають специфіку подальших втручань і підтримки дітей із такими особливостями розвитку.

На початку XX століття підходи до розуміння аутизму поступово розширювалися завдяки європейським клініцистам. Зокрема, E. Kretschmer (1924) пов'язував аутичні прояви з особливостями шизоїдної типології особистості, а E. Minkowski (1927) трактував їх як порушення «вітального контакту з реальністю», що зумовлює глибоку ізоляцію дитини від зовнішнього світу.

Поступовий перехід до системного вивчення аутизму відбувся у 1930–1940-х роках, коли розлади аутистичного спектра почали розглядати як окрему категорію порушень, відмінну від психозів та органічних патологій розвитку. Саме в цей період формуються перші цілісні визначення «дитячого аутизму», які згодом були уточнені та розвинуті в міжнародній науковій традиції.

Важливий внесок у становлення сучасного погляду на аутизм зробив австрійський лікар Ганс Асперґер. У 1938 році він уперше застосував поняття Е. Блейлера «аутичні психопатії» у своїй лекції з дитячої психології, описавши дітей із вираженими порушеннями соціальної взаємодії та характерним стилем поведінки. Згодом ці особливості були оформлені в окрему нозологічну категорію «синдром Асперґера», офіційно визнану лише у 1981 році.

Серед ознак, характерних для описаних Г. Асперґером дітей, виокремлювалися:

– ранній, але атиповий розвиток мовлення, що випереджав моторні навички;

– незвична інтонаційна структура мовлення;

– наявність стереотипних дій і повторюваних інтересів;

– труднощі у встановленні контакту очима;

– значні порушення емоційної взаємодії.

На думку Г. Асперґера, подібні прояви можуть мати біологічне підґрунтя та бути пов’язані з порушеннями раннього нейророзвитку, що формуються ще у пренатальний або натальний період. Він також припускав можливість спадкової природи аутичної психопатії [33, 15-16].

Упродовж значної частини ХХ століття аутизм тривалий час розглядали в одному ряду з психотичними розладами, передусім зі шизофренією. Лише подальші дослідження дозволили довести, що ці стани мають різну природу, суттєво відрізняються за клінічними механізмами, перебігом і закономірностями розвитку, що стало основою для сучасного розуміння аутизму як окремого нейророзвиткового розладу.

Аналіз історичних джерел засвідчує, що термін «аутизм» вперше був уведений у науковий обіг у 1911 році швейцарським психіатром Е. Блейлером. Він використав його для позначення специфічного виду егоцентричного мислення, характерного для осіб із шизофренією, акцентуючи на їхній схильності відмежовуватися від соціальної взаємодії [55, 21]. Такий підхід до трактування аутизму тривалий час домінував у психології та психіатрії й зберігався до середини ХХ століття [23].

Разом із тим українська дослідниця Т. Скрипник звертає увагу, що клінічні описи поведінки дітей, які сьогодні можна розглядати як прояви аутизму, зустрічалися у медичній літературі задовго до появи самого терміна [33, 13]. У цих ранніх записах фігурували діти, які майже не говорили, не демонстрували емоцій, не посміхалися й не включалися у взаємодію з оточенням, через що вважалися нездатними до соціального розвитку.

Упродовж 1920–1940-х років поняття «аутизм» поступово почало застосовуватися у клінічній практиці для позначення різноманітних нетипових форм розвитку. Саме в цей час формується перше концептуальне

наповнення терміна «дитячий аутизм», яке надалі уточнювалося й розширювалося завдяки дослідженням того періоду [44].

Вагому роль у становленні наукового розуміння аутизму відіграли зарубіжні дослідники. Значним є внесок М. Фіцджеральда, який детально проаналізував історію вивчення аутизму у першій половині XX століття [48]. Особливу увагу він приділяє роботі Г. Аспергера, який у 1938 році ввів поняття «аутична психопатія», а у 1944 році захистив дисертаційну роботу, що стала одним із перших фундаментальних досліджень феномену аутизму та згодом отримала широке визнання у міжнародній науковій спільноті [6, 130].

Паралельно з європейськими дослідженнями у Сполучених Штатах працював Л. Каннер, який у 1943 році описав групу дітей із вираженими труднощами встановлення емоційного контакту, порушеннями соціальної взаємодії та комунікації. Саме він запропонував термін «ранній дитячий аутизм», що згодом став ключовим поняттям у формуванні сучасної наукової традиції щодо вивчення РАС та визначив подальші напрями клінічних і психологічних досліджень.

До кола науковців, чиї праці суттєво вплинули на становлення уявлень про аутизм, належать Е. Блейлер, Т. Пітерс, М. Раттер та інші. У психологічних словниках середини XX століття аутизм часто визначали як форму крайнього психологічного відчуження, що характеризується зосередженістю людини на власних внутрішніх переживаннях і зниженням здатності до комунікації [3].

Сучасні українські науковці продовжують розвивати підходи до розуміння природи аутизму. Так, В. Кулик розглядає його як нейророзвитковий розлад, що виникає внаслідок порушень формування мозкових структур і проявляється значними труднощами у соціальній взаємодії, комунікації, а також у стереотипності поведінки та інтересів [10].

Узагальнення наукових джерел свідчить про суттєву варіативність підходів до визначення природи та змісту аутизму. Так само дискусійним

залишається питання щодо того, кого саме відносити до категорії «дитина з аутизмом». У сучасній традиції цей термін застосовується переважно до дітей, які демонструють характерні ознаки РАС, передусім труднощі у комунікації, соціальній взаємодії та специфічні особливості поведінки.

У своїй роботі ми спираємося на визначення аутизму як порушення психічного розвитку, для якого характерні труднощі у взаємодії з навколишнім середовищем, домінування внутрішніх переживань над зовнішніми стимулами, а також схильність до формування замкненого, відокремленого «внутрішнього світу».

Узагальнюючи викладене, можна зробити висновок, що аутизм розглядається як складний нейророзвитковий розлад, для якого характерні порушення соціальної взаємодії, комунікації та стереотипність поведінки. Водночас, попри накопичену теоретичну й клінічну базу, питання щодо природи та походження РАС залишається дискусійним. Саме тому в сучасній науковій літературі особливого значення набуває аналіз основних підходів до пояснення причин та механізмів розвитку аутизму.

1.2. Основні теоретичні концепції причин і механізмів РАС

Проблема походження розладів спектра аутизму (РАС) є однією з найбільш дискусійних у сучасній науці. Багатофакторність, різноманіття клінічних проявів та значні індивідуальні варіації розвитку роблять неможливим існування єдиної універсальної теорії. Узагальнення наукових джерел дає змогу виокремити три основні групи концепцій, що пояснюють причини виникнення РАС: поведінкові (біхевіористичні), біологічні (генетичні, нейрохімічні, імунологічні) та когнітивні, які зосереджуються на специфіці переробки інформації та соціального пізнання в осіб з РАС [32].

Поведінкова (біхевіористична) концепція представлена роботами M. G. Aman, J. W. Bodfish, K. C. Dominick, S. Folstein, J. Lainhart, M. H. Lewis та інших дослідників. З позицій біхевіоризму аутизм розглядають передусім

у площині поведінкових проявів. Представники цього напряму визначають аутизм як синдром поведінкових дефіцитів і надлишків, які можуть бути змінені за допомогою спеціально організованих, системних і послідовних корекційних втручань.

Під поведінковим дефіцитом розуміють ті дії або навички, які дитина не виконує або виконує недостатньо, тоді як поведінкові надлишки включають повторювані, стереотипні або непродуктивні форми поведінки, що ускладнюють взаємодію з довколишнім середовищем [34].

На думку представників поведінкового підходу, значна частина проблемної поведінки дітей з аутизмом зумовлена саме недостатньою сформованістю базових навичок, зокрема комунікативних. Дитина, яка не володіє ефективними засобами вираження своїх потреб, може використовувати замінникові, часто дезадаптивні форми поведінки. Так, бажаючи пити, але не маючи можливості попросити про це дорослого, вона може почати плакати, виявляти агресію або інші форми поведінки, що виконують функцію непрямої комунікації.

Як показує аналіз наукових джерел, підходи до пояснення природи та сутності аутизму залишаються неоднозначними, так само як і тлумачення поняття «дитина з аутизмом». У сучасній науковій традиції цей термін використовують переважно для позначення дітей, у яких наявні характерні ознаки РАС, пов’язані з труднощами соціальної взаємодії, комунікації та стереотипністю поведінки.

У межах вивчення етіології аутизму Чуприков А. П. та Хворова Г. М. виділяють низку біологічно орієнтованих підходів до трактування чинників його виникнення. Згідно з їхніми узагальненнями, розвиток РАС може бути пов’язаний із такими групами впливів:

– порушеннями нейророзвитку дитини у критичні періоди формування нервової системи;

– генетичними чинниками та мутаціями, які змінюють функціонування центральної нервової системи;

– нейрометаболічними й нейрохімічними відхиленнями, що впливають на передачу нервових імпульсів і взаємодію нейрональних структур;

– особливостями пренатального та раннього постнатального розвитку, які можуть перешкоджати фізіологічному дозріванню нервової системи [40, 12-18].

На думку Романчука О.Д. саме дисфункції нервових систем, відповідальних за узгодження та інтеграцію сенсорної, мовленнєвої й соціальної інформації, можуть лежати в основі типових проявів аутизму [30].

Одним із ключових чинників, які можуть бути пов’язані з виникненням аутизму, є особливості будови та функціонування головного мозку. Велика кількість можливих етіологічних впливів — генетичних, пренатальних, метаболічних, токсичних та інфекційних — певною мірою пояснює широкий спектр проявів РАС. Проте, попри різноманіття причин, більшість із них зводяться до спільного нейробіологічного механізму: порушення діяльності та взаємодії мозкових структур, відповідальних за інтеграцію сенсорної інформації, узгодження сигналів різних аналізаторів, а також обробку мовленнєвих і соціальних стимулів. Ідеться насамперед про системи мозку, що забезпечують організацію поведінки загалом і соціальної поведінки зокрема.

На сучасному етапі розвитку науки можна з достатнім ступенем обґрунтованості стверджувати, що провідну роль у виникненні РАС відіграють генетичні чинники полігенного типу. Органічні ураження центральної нервової системи при цьому можуть виступати як основні або як додаткові етіологічні фактори в окремих випадках, посилюючи або модифікуючи перебіг порушеного нейророзвитку.

Щодо ролі органічного ураження ЦНС, О. Д. Романчук наголошує, що лише приблизно у 10% випадків розладів спектра аутизму причиною є чітко встановлений медичний стан, який супроводжується структурним або функціональним пошкодженням головного мозку. До таких станів належать нейрофіброматоз, туберозний склероз, синдром ламкої Х-хромосоми,

фенілкетонурія, інші генетичні порушення, що спричиняють інтелектуальні труднощі, а також захворювання, які призводять до органічного ураження ЦНС. Серед них — дитячий церебральний параліч, ураження мозку внаслідок внутрішньоутробних інфекцій або ранніх дитячих захворювань, метаболічні порушення, токсичні впливи чи гіпоксично-ішемічні ушкодження нервової системи.

Щодо генетичного компонента, О. Д. Романчук підкреслює, що серед усіх психіатричних розладів саме при РАС генетичні чинники відіграють, ймовірно, найвагомішу роль. Про це свідчать високі показники конкордантності: у однояйцевих близнят вони становлять 60–92%, тоді як у двояйцевих — лише близько 5%. Така різниця переконливо демонструє значну спадкову детермінованість аутизму. Водночас навіть серед однояйцевих близнюків можливий дисконкордантний перебіг. У таких випадках прояви розладу частіше спостерігаються в тієї дитини, яка перенесла більш виражене гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи, що підкреслює взаємодію генетичних і перинатальних чинників.

Ризик народження другої дитини з РАС у сім’ї, де вже є одна дитина з таким діагнозом, становить у середньому 3–8%. Дослідження найближчих родичів дітей із РАС свідчать, що хоча у більшості з них немає підстав для встановлення клінічного діагнозу, в багатьох виявляються окремі мікропрояви, так звані риси широкого фенотипу. До них належать: виражена інтровертованість, низька потреба у соціальній взаємодії, сором’язливість, специфічні комунікативні труднощі, соціальна «ексцентричність», ригідність поведінки, схильність до надмірної тривожності, підвищена сенсорна чутливість тощо.

Крім того, серед близьких родичів дітей із РАС частіше, ніж у популяції загалом, трапляються інші розлади психологічного розвитку та психічні стани: депресивні й тривожні розлади, обсесивно-компульсивний розлад, соціальна фобія. Це також підтверджує можливу спадкову природу

деяких механізмів, пов’язаних із нервовою регуляцією та соціальною поведінкою.

Сучасні молекулярно-генетичні дослідження дали змогу окреслити групу генів, які ймовірно пов’язані з розвитком РАС. Припускається, що такі гени локалізовані на короткому плечі 7-ї, 10-ї та 15-ї хромосом. Частина з них кодує білки, важливі для функціонування серотонінергічної та ГАМК-ергічної нейротрансмітерних систем, а також фермент аденозиндезаміназу, що бере участь у метаболізмі нейромедіаторів, сполук, які забезпечують передачу нервових імпульсів між нейронами.

Інша група генів, імовірно пов’язана з РАС, регулює синтез білків, що беруть участь у формуванні та координації нейрональних зв’язків між різними структурами мозку. До таких належать білок рієлін та BDNF (brain-derived neurotrophic factor), тобто фактори, що мають ключове значення для раннього розвитку нервової системи, процесів диференціації нейронів і формування міжнейронних комунікацій.

Однією з сучасних теоретичних гіпотез є припущення, що специфіка розладів спектра аутизму може бути пов’язана з переважанням умовно «чоловічого», аналітично-наукового стилю роботи мозку, за якого інформація опрацьовується послідовно, від окремих деталей до формування цілісних образів. Такий підхід протиставляється умовно «жіночому», інтегративно-емпатійному способу сприйняття, що ґрунтується на цілісній, синтетичній обробці інформації та є критично важливим для ефективної соціальної взаємодії.

Науковці також припускають, що у разі РАС генетичні чинники можуть зумовлювати специфічний спосіб формування головного мозку, унаслідок чого інформація про навколишній світ загалом і про соціальні взаємини зокрема опрацьовується та інтегрується нетиповим чином. Це впливає на особливості функціонування мозку, визначає поведінкові прояви та формує своєрідність розвитку дитини з аутизмом.

Сучасні дослідження підтверджують, що становлення центральної нервової системи є складним і багаторівневим процесом, який можна порівняти з масштабним «будівництвом» організму. У межах ембріонального та раннього постнатального розвитку формується велика кількість структур мозку, між якими розподіляються функції та вибудовується система міжнейронних комунікацій, необхідних для їх узгодженої роботи. Хоча деталі цього процесу залишаються вивченими не повністю, очевидним є факт, що його перебіг потребує певного «генерального плану», сукупності генетичних механізмів, які визначають напрям організації мозкових структур і регулюють роботу білків, відповідальних за інтеграцію та координацію нейрональних мереж.

У дітей із РАС цей процес може порушуватися внаслідок генетичних причин та/або дії додаткових чинників, які здатні безпосередньо впливати на мозок, що розвивається, як у внутрішньоутробному періоді, так і в ранньому дитинстві [30]. До таких чинників належать:

— мікробні та вірусні інфекції (краснуха, герпес, грип), здатні порушувати міграцію нервових клітин у мозку на ранніх етапах його розвитку;

— наявність у людини аутоімунних реакцій, що виникають у відповідь на певні захворювання;

— порушення імунної регуляції, внаслідок яких у дітей із РАС можуть спостерігатися нетипові реакції на окремі вакцини (зокрема проти кору, краснухи та паротиту);

— підвищена частота генів, пов’язаних з імунною реактивністю, що формують схильність до аутоімунних порушень;

— статевий чинник, оскільки аутизм значно частіше діагностують у хлопців, ніж у дівчат;

— спадкова схильність до аутоімунних патологій, таких як ревматоїдний артрит, розсіяний склероз чи цукровий діабет;

— можливий вплив гормональних механізмів, зокрема секретину та ендорфінів [1, 212].

Однак, роль цих чинників поки що не має однозначного емпіричного підтвердження й розглядається як потенційно модифікуюча щодо основної генетично детермінованої основи аутизму.

Подальші морфологічні та функціональні дослідження центральної нервової системи дітей з аутизмом і сьогодні спрямовані на уточнення того, які саме мозкові структури та функціональні механізми зазнають порушень при РАС. Ці наукові пошуки зумовлені необхідністю встановити нейробіологічні закономірності, що лежать в основі специфічних когнітивних, мовленнєвих і соціальних особливостей дітей з аутизмом.

Сучасні дослідники переважно пов’язують виникнення розладів спектра аутизму з генетичними чинниками або їх складними поєднаннями. Водночас підкреслюється, що аутизм не має єдиного чіткого механізму формування, а тому питання його етіології залишається дискусійним. Наукові дискусії точаться навколо двох основних підходів:– чи є РАС комплексом порушень, у межах яких множинні мутації зрештою зводяться до невеликої кількості спільних молекулярних шляхів,– чи, навпаки, розлади спектра аутизму становлять велику групу різних за природою порушень, що мають істотно відмінні механізми нейробіологічного розвитку.

Одним із найпоширеніших припущень є твердження, що відхилення у розвитку зумовлені насамперед генетичними порушеннями. Проте залишається не до кінця з’ясованим, який чинник відіграє провідну роль у виникненні РАС: взаємодія багатьох генів, що ускладнюють роботу нервової системи, чи поодинокі, але рідкісні мутації, здатні мати значно потужніші нейробіологічні наслідки. Саме це й визначає подальні напрями досліджень, спрямованих на розуміння того, у який спосіб генетичні варіації впливають на формування мозкових структур та розвиток нейрональних мереж у дітей з аутизмом.

За результатами досліджень, проведених Міжнародним консорціумом із молекулярного та генетичного вивчення аутизму, на 2-й і 7-й хромосомах людини виявлено ділянки, що можуть бути пов’язані зі схильністю до розвитку аутизму. Подібні фрагменти були ідентифіковані також на 7-й та 16-й хромосомах. Канадський дослідник С. Шерер наголошує, що саме 7-ма хромосома може відігравати ключову роль у формуванні аутистичних проявів [32].

Молекулярно-біологічні дослідження дали змогу окреслити окремі хромосомні області, у яких можуть розташовуватися гени, що беруть участь у виникненні розладів аутистичного спектра. У межах генетичного підходу також активно вивчається роль Х-ламкої хромосоми, оскільки поєднання аутизму зі синдромом ламкої Х-хромосоми спостерігається приблизно у 3–8% випадків (хоча різні дослідження подають значення від 0% до 20%). Попри виявлення потенційно важливих ділянок на довгому плечі 15-ї та 7-ї хромосом, механізми їхнього впливу на розвиток РАС залишаються недостатньо з'ясованими [1].

Порушення розвитку нервової системи можуть виникати й під впливом несприятливих факторів, що діють на плід у період вагітності. Серед них називають кровотечі, надмірне вживання медикаментів, токсичні або інфекційні впливи. У контексті аутизму також розглядаються пренатальні та перинатальні ризики: старший вік батьків, низька маса тіла новонародженого, передчасні пологи та гіпоксія під час народження [1, 212].

Окремою групою можливих чинників розвитку аутичних проявів розглядають негативні зовнішні впливи на емоційний стан майбутньої матері. До таких належать сильний стрес, депресивні переживання або психологічні травми під час вагітності. У подібних умовах плід може своєрідно «блокувати» дію зовнішніх сигналів, сприймаючи їх як загрозливі. Таке внутрішнє «закривання» від впливів середовища зумовлює тенденцію до формування власного, відокремленого внутрішнього простору безпеки. У

подальшому це може проявлятися у специфічних особливостях психологічного, інтелектуального та емоційного розвитку дитини.

У сучасній науковій літературі поява аутизму також пояснюється порушеннями формування мозкових структур та відхиленнями у природних закономірностях дозрівання нервової системи в ранньому онтогенезі. Цей підхід підкреслює, що атипове нейророзвиття може бути наслідком множинних факторів, що впливають на мозок ще на етапі його становлення.

Біо- та нейрохімічна модель вбачає причини аутизму у змінах хімічних процесів у мозковій тканині й підкреслює роль спадкових механізмів, що здатні провокувати такі порушення. Є припущення, що в організмі вагітної жінки можуть циркулювати аутоантитіла, які впливають на формування окремих компонентів нервової системи плода [32].

Поряд із внутрішніми біологічними механізмами, дослідники звертають увагу й на потенційний вплив зовнішніх чинників: певних харчових компонентів, важких металів, токсичних речовин довкілля, пестицидів та інших елементів середовища, які можуть втручатися у процеси раннього нейророзвитку.

Важливим напрямом є імунологічна теорія, яка підкреслює зв’язок між станом імунної системи та ризиком розвитку аутизму. Встановлено, що чим більше імунних порушень спостерігається у членів родини, тим вищою є ймовірність появи аутичних проявів. Крім того, наявність імунних захворювань у майбутньої матері вважається фактором, який може підвищувати ризик народження дитини з РАС [53].

Сукупність цих наукових даних дає підстави припускати, що аутоімунні процеси можуть відігравати суттєву роль у патогенезі розладів аутистичного спектра. Водночас вони не розглядаються як єдиний або визначальний чинник, а, швидше, як частина багатокомпонентного механізму порушення нейророзвитку.

Важливий внесок у розроблення біопсихосоціальної моделі РАС зробили Т. Скрипник, А. Гореські, Дж. Клеускар. Науковці наголошують на

тому, що аутизм має багатофакторний характер і може виникати у дітей з будь-яких родин, незалежно від рівня матеріального забезпечення, освіти батьків чи соціального статусу сім'ї. Таким чином, соціальне середовище не є причиною виникнення РАС.

Водночас роль сім'ї в розвитку дитини з аутизмом залишається надзвичайно важливою. Хоча батьківське ставлення не визначає появу розладу, саме психоемоційний клімат у родині значною мірою впливає на динаміку розвитку дитини, інтенсивність поведінкових проявів, рівень тривожності й особливості соціальної адаптації. Чутливість батьків до потреб дитини, готовність сприймати її індивідуальні особливості та систематично підтримувати розвиток істотно підвищують ефективність корекційної роботи і покращують якість життя дитини з РАС [6, 132].

1.3. Особливості психоемоційного та соціального розвитку дітей з аутистичними розладами

Розлади спектра аутизму належать до найбільш поширених порушень розвитку в дитячому віці. За даними О. Д. Романчука, епідеміологічні дослідження вказують на те, що частота РАС варіює в межах від 1 : 150 до 1 : 500 дітей, що є співмірним із поширеністю таких станів, як дитячий церебральний параліч чи синдром Дауна. Ранній дитячий аутизм (РДА) трапляється у 2–3 випадках на 1000 дітей, причому спостерігається чітке переважання хлопчиків над дівчатками (співвідношення 4 : 1).

Синдром Аспергера діагностується ще частіше — 3–7 випадків на 1000 дітей, а гендерний дисбаланс при цьому значно більший (приблизно 10 : 1). Зауважується, що високофункціональні форми РАС в Україні нерідко залишаються недіагностованими або виявляються із суттєвим запізненням, що ускладнює своєчасне надання необхідної психолого-педагогічної підтримки дитині та її родині [30].

Позиція А. А. Колупаєвої узгоджується з міжнародними підходами до розуміння природи РАС. Дослідниця підкреслює, що ці розлади мають довічний характер, а їх походження переважно пов'язане з неврологічними або фізіологічними механізмами, у низці випадків із чітко вираженою генетичною детермінацією. За статистичними даними А. А. Колупаєвої, РАС діагностують у 4–5 випадках на 10 000 новонароджених, при цьому хлопчики мають такі розлади у чотири рази частіше, ніж дівчатка [9, 99].

Перші симптоми аутизму можуть проявлятися вже у перші місяці життя дитини. Одним із ранніх показників є порушення формування так званого «комплексу пожвавлення», характерного для немовлят із типовим розвитком. Дитина з аутичними проявами слабко реагує на зовнішні стимули: світло, звук брязкальця, дотик дорослого. Значно пізніше, ніж її однолітки, вона починає впізнавати матір і навіть після цього не виявляє до неї активного емоційного потягу, не простягає рук, не усміхається, не реагує на її зникнення. Типовими є відсутній або «порожній» погляд, спрямований ніби «повз» людину, а також відсутність реакції на власне ім'я [26].

Основні прояви аутистичної поведінки здебільшого присутні вже в ранньому дитинстві, однак не завжди помітні до моменту, коли дитина опиняється в ситуаціях, що потребують складніших соціальних навичок, під час входження в дитячий садок, а згодом у початкову чи середню школу. Крім того, з віком спостерігається вікова патопластика аутистичних проявів, тобто їх трансформація в підлітковому й дорослому віці, а також у період старіння [29].

У середньому РАС діагностується у віці від 2,5 до 4 років, хоча завдяки вдосконаленню діагностичних підходів фахівці все частіше можуть виявити ознаки аутизму й раніше, у поодиноких випадках вже до 18 місяців. Водночас 20–30% дітей із РАС до 2,5 років демонструють відносно гармонійний розвиток, за винятком уповільненого опанування мовлення чи менш ефективних соціальних навичок [9, 99].

Проте встановлення достовірного діагнозу зазвичай неможливе раніше, ніж дитині виповниться 3–4 роки. Це пов’язано з тим, що певні форми поведінки, порушення яких є ключовими діагностичними критеріями РАС, у дітей з нормативним розвитком ще просто не встигли сформуватися до цього віку [40, 261]. Саме тому підкреслюється важливість раннього виявлення ознак атипового розвитку та якомога ранішого залучення дитини до програм медичної, психологічної та педагогічної підтримки. Згідно з положеннями МОЗ України [16], рання корекція значно підвищує ефективність формування адаптивної поведінки та розвиткових навичок.

Капська А. Й. звертає увагу на те, що важливо враховувати, що траєкторія розвитку дітей з аутизмом є зміненою одночасно на біологічному, когнітивному та поведінковому рівнях. Саме поєднання цих змін і визначає особливості психоемоційного розвитку, соціальної взаємодії, мовленнєвих умінь та формування поведінкових стратегій у дітей з РАС [7, 12–13].

Хоча кожна дитина з розладами спектра аутизму є унікальною за своїми проявами, науковці виділяють низку характеристик, які найчастіше зустрічаються та мають ключове значення для діагностики. Узагальнення клінічних і психологічних даних дає змогу об’єднати їх у чотири основні групи:

1. Комунікаційні характеристики: вони включають труднощі з формуванням усного мовлення, обмежене використання жестів, порушення інтонаційної виразності, ехолалії, а також труднощі із розумінням зверненого мовлення. У деяких дітей мовлення може бути збереженим, але носити формальний, малоемоційний характер.

2. Характеристики соціальної взаємодії: типовими є труднощі у встановленні контакту очима, обмежена здатність до спільної уваги, низька потреба у взаємодії з однолітками, відсутність соціальної ініціативи або адекватної реакції на емоції іншої людини.

3. Характеристики незвичайної або проблемної поведінки: до цієї групи належать стереотипії, повторювані дії, ритуали, надмірна прихильність

до однаковості, агресивні чи автоагресивні прояви, труднощі у зміні діяльності чи переході між видами активності.

4. Навчальні характеристики: вони стосуються особливостей засвоєння інформації: фрагментарності, вибірковості уваги, труднощів із узагальненням, а також значних відмінностей між сильними та слабкими сторонами розвитку (наприклад, висока механічна пам'ять при виражених труднощах у соціальному мисленні) [9, 99].

Окрім зазначених категорій, Нерубасська А.О. та Турлевська Д.І. зазначають, що у багатьох дітей з РАС спостерігаються додаткові специфічні особливості, зокрема:

— незвичайні моделі запам'ятовування, коли дитина краще запам'ятовує деталі, але має труднощі із засвоєнням цілісної інформації;

— нетипові сенсорні реакції — як гіперчутливість до звуків, світла, дотиків, так і гіпочутливість або пошук інтенсивних сенсорних стимулів;

— підвищена тривожність, яка часто супроводжує соціальні ситуації, зміни у звичних умовах чи сенсорне перевантаження [19, 96].

У науковій та клінічній практиці часто застосовують поділ аутистичного спектра на чотири групи залежно від ступеня вираженості порушень, рівня соціальної взаємодії та розвитку комунікативних функцій. Така класифікація дає змогу більш цілісно описати індивідуальні особливості дітей з аутизмом і точніше визначити напрями корекційно-розвиткової роботи [29].

Перша група (глибокі форми аутизму) – для цієї групи характерні найбільш виражені порушення розвитку. Діти практично не проявляють інтересу до взаємодії з оточуючими, у них відсутня потреба у соціальному контакті та близькості. Вони зазвичай не відповідають на звертання, не реагують на ім'я та не підтримують контакт очима. Мовлення або повністю відсутнє, або носить недиференційований характер. Такі діти, як правило, не можуть самостійно себе обслуговувати та потребують постійної підтримки дорослих.

Друга група (аутизм із жорсткою ритуалізованою поведінкою) – діти цієї групи зберігають певну відкритість до оточення, однак їхня поведінка підпорядкована строгим правилам і шаблонам. Будь-яка зміна у звичному режимі, обстановці або послідовності дій може спричинити значну дезорганізацію, афективний зрив чи агресивну реакцію. Мовлення у таких дітей наявне, однак часто характеризується простотою, ригідністю та ехолаліями. Водночас діти здатні відтворювати елементарні побутові навички і дотримуватися структурованих вимог.

Третя група (аутизм із частково збереженою пізнавальною сферою) – для цієї категорії характерна нерівномірність розвитку: окремі інтелектуальні або пізнавальні функції можуть бути достатньо збереженими або навіть розвиненими вище середнього рівня. Часто дитина проявляє надмірну зацікавленість певною темою чи предметом, демонструє вміння відтворювати великі обсяги фактологічної інформації. Однак труднощі виникають у побудові діалогу, підтриманні двосторонньої комунікації, розумінні невербальних сигналів та гнучкому застосуванні знань. Світосприйняття зазвичай фрагментарне, що позначається на поведінці та емоційній сфері.

Четверта група (високофункціональні форми РАС) – для дітей цієї групи поведінка є відносно гнучкішою, здатність до навчання збережена, а інтереси — більш різноманітними. Проте соціальні труднощі залишаються значними: діти виявляють сором’язливість, уникання нових контактів, низьку ініціативність у взаємодії, їм складно адаптуватися в колективі. Часто виражені труднощі з концентрацією уваги, регуляцією емоцій та гнучкістю мислення. Попри це, діти здатні до продуктивного навчання за умов індивідуалізованої підтримки та позитивного освітнього середовища [29].

Окремо у структурі аутистичного спектра виділяють синдром Аспергера, який належить до високофункціональних форм РАС і значно відрізняється за своїми проявами від класичного раннього дитячого аутизму. На відміну від типових форм РАС, при синдромі Аспергера мовленнєвий

розвиток зазвичай не має суттєвих затримок або відхилень: діти оволодівають мовою у майже нормативні строки, зберігаючи граматичну структуру та лексичне багатство висловлювань.

Як зазначають Марценковський І.А. та Дубовик К.В., характерною особливістю є незвичний стиль комунікації. Діти здатні розпочати бесіду та підтримувати розмову, однак їхній мовленнєвий стиль нерідко має рису монологічності: дитина зосереджується на темі, яка її захоплює, може говорити про неї тривалий час, не реагуючи на зміну інтересу співрозмовника та не дотримуючись правил діалогічної взаємодії. Відзначається також обмеженість кола інтересів, які можуть набувати інтенсивного, майже енциклопедичного характеру.

У сфері соціальної взаємодії діти з синдромом Аспергера не уникають контактів з однолітками, однак їхня взаємодія має незвичні, інколи нетипові форми: вони можуть прагнути до спілкування, але не завжди враховують соціальні норми, емоції чи реакції інших. Це зумовлює труднощі у встановленні дружніх стосунків, адаптації до групових правил та інтеграції у дитячий колектив.

Досить поширеною рисою є моторна незграбність: труднощі з координацією рухів, незручність у спортивних або побутових діях, слабко розвинені навички дрібної моторики. Разом із тим значна частина дітей з синдромом Аспергера має високий інтелектуальний потенціал, добре розвинену пам’ять (особливо на фактичний матеріал), здатність до глибокої концентрації на цікавій для них діяльності, що нерідко забезпечує їм високі навчальні досягнення в окремих галузях знань [12, 25-27].

У науковій літературі нерідко підкреслюється, що перші системні підходи до опису аутизму були запропоновані Л. Каннером і Г. Аспергером, однак їхні погляди не були тотожними. Кожен із дослідників акцентував увагу на різних характеристиках розвитку та поведінки дітей, що зумовило формування двох дещо відмінних концептуальних ліній. Т. В. Скрипник узагальнила ці відмінності, виділивши ключові параметри, за якими описи Л.

Каннера й Г. Аспергера розходяться. У таблиці 1.1 представлено порівняльний аналіз їхніх підходів [33, 18].

Таблиця 1.1 - Відмінності в описі дитячого аутизму в підходах Л. Каннера та Г. Аспергера

Автори / Параметри	Підхід Л. Каннера	Підхід Г. Аспергера
Час появи ознак	Характерні прояви виникають у ранньому дитячому віці, помітні вже у перших роках життя.	Ознаки виявляються пізніше, ніж у каннерівському варіанті; порушення проявляються поступово.
Інтелектуальний розвиток	Спостерігається виражена затримка або недостатність когнітивного розвитку.	Діти здатні демонструвати досить високі інтелектуальні можливості, часто нерівномірні.
Взаємодія з довкіллям	Краще реагують на предмети, ніж на людей; вибірково не розуміють соціальних сигналів.	Порушена активна взаємодія із середовищем загалом; відчутні труднощі у всіх видах соціального контакту.
Мовленнєві характеристики	Мова майже не використовується як засіб комунікації, попри наявність окремих слів чи фраз.	Розгорнуте, оригінальне мовлення; дитина говорить багато й часто у манері «маленького дорослого».
Моторика та координація рухів	Часто збережена або добре розвинена моторика; за загальної незграбності тонкі рухи залишаються точними.	Виражена незграбність, порушення координації, труднощі з дрібною моторикою (особливо в письмі).
Особливості навчання	Найкраще навчаються через багаторазове відтворення та механічне засвоєння послідовності дій.	Найвищі результати за умов стимулювання самостійності, творчих проявів і розвитку абстрактного мислення.

Порівняльний аналіз характеристик, описаних Л. Каннером і Г. Аспергером, демонструє, що попри спільність ключових ознак аутистичних розладів, ці дослідники акцентували увагу на різних аспектах

розвитку та поведінки дітей. Л. Каннер описував більш глибокі й комплексні порушення, що супроводжуються ранньою появою симптомів, вираженою когнітивною недостатністю та суттєвими труднощами соціальної взаємодії. Натомість Г. Асперґер звертав увагу на інший варіант аутистичних проявів, вищим рівнем інтелектуального функціонування та розгорнутим, хоча й специфічним мовленням.

Н. Іванова, дослідниця у сфері нервових хвороб, психіатрії та медичної психології, виокремлює комплекс ранніх проявів, характерних для порушень розвитку дітей раннього віку. Вона систематизує ці ознаки у три ключові групи: соціальні характеристики, особливості спілкування та пізнавально-поведінкові особливості [29].

1. Соціальні характеристики

Діти раннього віку з порушеннями розвитку можуть демонструвати низку нетипових соціальних реакцій, зокрема:

— уникання прямого погляду, обмежений або відсутній зоровий контакт;

— відсутність розрізнення «своїх» і «чужих», відсутність природної настороженості перед незнайомими людьми;

— слабко виражена емоційна прив’язаність до батьків;

— обмежений спектр емоційних реакцій;

— недостатній інтерес до інших людей, ігнорування однолітків і дорослих;

— труднощі у залученні до спільних ігор або небажання долучатися до групи;

— порушення розуміння побутових звуків, інтонацій та простих словесних інструкцій;

— неадекватні емоційні реакції (сміх або крик без очевидної причини);

— незвичні реакції на предмети та явища довкілля (може лякатися окремих речей);

— відсутність розуміння небезпеки (висоти, гарячих предметів);

— знижена соціальна та емоційна взаємність.

2. Особливості спілкування

Порушення комунікації є одними з найхарактерніших ознак:

— рідкі усмішки, відчуття «закритості» у поведінці;

— недостатній мовленнєвий розвиток або його затримка;

— відсутність реакції на власне ім’я;

— можливий мовний регрес (дитина перестає використовувати слова, якими раніше оперувала);

— ехолалії — автоматичне повторення почутих слів і фраз;

— труднощі з використанням жестів, міміки, вказівного жесту;

— нерозуміння емоцій і мімічних реакцій інших людей;

— опір дотику, напруга при спробі взяти дитину на руки;

— стереотипні рухи (махання руками, розгойдування, удари по тілу);

— підвищена або вибіркова чутливість до звуків;

— сильний опір будь-яким змінам у повсякденному режимі.

3. Особливості пізнавальної діяльності та поведінки

У пізнавальній сфері та моторно-поведінковому профілі можуть спостерігатися такі прояви:

— використання нетипових способів дослідження предметів (облизування, нюхання);

— уникання фізичного контакту з людьми та перевага маніпуляції предметами;

— використання руки дорослого як «інструмента» для взаємодії з об’єктами;

— імпульсивні або нав’язливі дії;

— труднощі з перенесенням навичок у нові ситуації, недостатня здатність до узагальнення;

— буквальне розуміння мови, складність у трактуванні невербальних сигналів;

— швидка відволікання на зорові чи звукові подразники, труднощі з очікуванням;

— низькі організаційні навички, труднощі в плануванні та виборі дій;

— ритуалізованість поведінки, перевага стереотипних дій, обмеженість поведінкових моделей [29].

За спостереженнями М. В. Устінової, у сучасній науковій літературі представлено низку когнітивних підходів, що прагнуть пояснити природу поведінкових проявів при аутизмі. Ці концепції фокусуються на особливостях обробки інформації та функціонуванні вищих психічних процесів у дітей з РАС. Найбільш відомими серед них є теорія ослабленого центрального зв'язування, теорія порушеного розуміння намірів та психічних станів інших людей (theory of mind), а також теорія дефіциту виконавчих функцій. Кожен із цих підходів робить акцент на специфічних когнітивних механізмах, які можуть лежати в основі характерної поведінки та труднощів соціальної взаємодії дітей із розладами спектра аутизму [37].

Однією з провідних когнітивних моделей, що описує природу соціальних труднощів при аутизмі, є *теорія порушення розуміння намірів та психічних станів іншої людини*, розроблена у роботах С. Барона-Коена та його колег. Перші експериментальні дослідження, проведені авторами у 1993 р., були багаторазово відтворені та підтверджені з використанням різних діагностичних методик (Baron-Cohen & Swettenham, 1988).

Згідно з даною теорією, труднощі соціальної взаємодії та комунікації при РАС пов'язані з несформованістю здатності розуміти внутрішні переживання інших людей, інтерпретувати їх поведінку та прогнозувати наміри. Інакше кажучи, у дітей із РАС порушена так звана «модель психічного», тобто здатність уявляти зміст думок та емоцій іншого.

С. Барон-Коен підкреслював, що соціальні порушення при аутизмі не зумовлені загальною інтелектуальною недостатністю, а мають парціальний характер і пов'язані передусім з вибірковим дефіцитом соціального пізнання (Baron-Cohen, 1990) [37; 56].

Теорія слабкого центрального зв'язування, запропонована У. Фріт, пояснює особливості пізнавальної діяльності людей з аутизмом через домінування фокусування на деталях за одночасної труднощі у сприйнятті цілісного контексту. На основі результатів численних експериментів дослідниця дійшла висновку, що у дітей з РАС виявляються не лише знижені, а й незвично виражені когнітивні можливості.

До таких специфічних здібностей належать:

— високі результати у завданнях на запам'ятовування несмислово пов'язаних слів;

— вміння точно відтворювати беззмістовні звуки;

— здатність розпізнавати перевернуті або затемнені зображення;

— виявлення другорядних, малопомітних ознак у процесі класифікації.

Разом з тим особи з аутизмом часто демонструють виражені труднощі в тих видах діяльності, де необхідна інтеграція інформації або опора на контекст, зокрема:

— запам'ятовування зв'язних речень;

— розпізнавання емоцій за виразами обличчя;

— ідентифікація зображень у правильній орієнтації.

Поєднання високої успішності в одних тестових завданнях і значних складнощів у інших У. Фріт пояснила через специфічне порушення механізму інтеграції інформації. У нормі переробка стимулів ґрунтується на тенденції об'єднувати різні елементи в єдину, контекстуально узгоджену картину, так зване центральне зв'язування. За аутизму цей механізм працює інакше: типова здатність синтезувати окремі частини у цілісний образ порушена, тоді як сприймання окремих деталей зберігається або навіть посилюється [37; 49; 57, 117].

Таким чином, люди з РАС не піддаються звичному для нейротипових осіб «контекстуальному тиску» та інтерпретують інформацію більш фрагментарно, незалежно від загальної ситуації чи смислового фону.

Третьою важливою концепцією, що пояснює специфіку поведінкових проявів аутизму, є *теорія порушень виконавчих функцій*. Її прихильники припускають, що основні труднощі осіб з РАС пов'язані з недостатньою здатністю планувати свої дії, організовувати поведінку та переходити від одного виду діяльності до іншого.

Виконавчі функції — це узагальнений термін, який охоплює широке коло когнітивних процесів, необхідних для свідомої регуляції поведінки, передусім у нових або складних ситуаціях. До них належать:

— планування діяльності та контроль за її виконанням;

— здатність ініціювати дію та підтримувати активність;

— гальмування імпульсивних або автоматичних реакцій;

— утримання інформації в оперативній пам'яті;

— гнучкість мислення та переключення між завданнями.

Дослідники вказують, що порушення цих функцій часто спостерігаються при ураженнях лобних часток головного мозку. Саме ці механізми розглядаються як можливе пояснення стереотипної, ритуальної та повторюваної поведінки, характерної для дітей з РАС. На думку прихильників теорії, обмеженість гнучкості поведінки та труднощі в організації власних дій є одним із стрижневих проявів аутизму [37].

Відповідно до цієї концепції, різноманіття форм та інтенсивності проявів РАС може бути пов'язане з варіативністю ураження лобних долей [51, 36]. Однак теорія не дає повного пояснення того, чому окремі симптоми — зокрема порушення комунікації або ритуальна поведінка зустрічаються частіше та є більш вираженими, ніж інші.

Додаткові аргументи проти цієї теорії наведені в роботі С. Вайт, де зазначається, що діти з РАС показують низькі результати у стандартизованих тестах на оцінку виконавчих функцій, зокрема BADS — інструменті, який

широко застосовується для діагностики таких порушень [57]. На думку авторки, це може бути пов’язано не лише з реальною дисфункцією виконавчих функцій, а й з особливостями соціального сприймання в дітей з аутизмом.

Зокрема, діти з РАС часто не орієнтуються на соціальні очікування дорослого та не завжди розуміють необхідність дотримуватися заданих правил, що, у свою чергу, зумовлено особливостями формування моделі психічного (теорії розуміння намірів іншого). Тому під час виконання тестових завдань вони нерідко діють не за логікою інструкції, а згідно з власним уявленням про ситуацію. Наприклад, у завданні «Зоопарк», де дитина має пересуватися маршрутом, який називає дослідник, діти з РАС нерідко ігнорують запропонований план і обирають шлях на власний розсуд.

Отже, психоемоційний та соціальний розвиток дітей з розладами спектра аутизму характеризується значною варіативністю та залежить від поєднання нейробіологічних, когнітивних і поведінкових чинників. Для РАС типові труднощі соціальної взаємодії, порушення комунікації, сенсорні атиповості та стереотипна поведінка, які можуть проявлятися вже в ранньому віці. Важливим є розуміння того, що діти з РАС не становлять однорідну групу: від глибоких форм аутизму до високофункціональних варіантів, включно із синдромом Аспергера. Представлені когнітивні моделі (порушення «моделі психічного», слабке центральне зв’язування, дефіцит виконавчих функцій) пояснюють специфіку їх соціальних і поведінкових труднощів.

1.4. Вплив воєнних подій на психологічний стан і розвиток дітей аутистичного спектру

У сучасних умовах практично кожна людина впродовж життя стикається з психотравмувальними ситуаціями. Вони можуть істотно відрізнятися за змістом, перебігом і наслідками, проте об’єднуються

спільною суттю, переживанням надмірно сильного стресу, що виходить за межі звичного життєвого досвіду. Такі події провокують значні емоційні та фізичні реакції організму: болісні переживання, виснаження, апатію, емоційне відсторонення, заціпеніння та інші психосоматичні прояви, які суттєво порушують повсякденне функціонування людини.

Згідно Наугольника Л.Б., психотравмуюча ситуація дестабілізує звичний спосіб життя та порушує сформовану картину світу. Критичні події, що трапляються раптово або мають руйнівний характер, викликають глибокі внутрішні переживання та можуть кардинально змінювати ставлення людини до себе та оточення. У науковій літературі травматичні події класифікують за кількома основними групами:

— природні катастрофи (землетруси, повені);

— трагічні випадки техногенного чи побутового характеру (аварії, катастрофи);

— надзвичайні ситуації соціального походження (війна, ув’язнення, тортури, збройні напади, зґвалтування тощо) [17, 198].

Для дитини наслідки психотравми є ще більш руйнівними: порушується почуття безпеки, зникає довіра до дорослих, змінюється бачення світу, втрачаються мрії та уявлення про майбутнє. Психотравма деформує стосунки з оточенням та призводить до емоційних і поведінкових змін, що ускладнюють подальший розвиток [18].

Психологічна травма — це емоційний вплив, який призводить до порушення психічного стану людини. Йдеться про нервове потрясіння або шкоду психічному здоров’ю, зумовлену сильними негативними чинниками довкілля чи інтенсивними стресовими діями з боку інших людей. У науковій літературі психологічну травму описують через три взаємопов’язані компоненти: сам психотравмувальний вплив, переживання, які він викликає, та результат, тобто наслідки для психічного функціонування [14].

Вернигор П. зазначає, що серед основних факторів, що визначають розвиток психотравми, виокремлюють:

— характер та специфіку психотравмувальної ситуації;

— швидкість, інтенсивність і сила дії психогенного чинника;

— особистісний сенс події для людини;

— індивідуально-психологічні особливості особистості [2].

Вплив травматичних подій на дитину визначається різними чинниками: специфікою самої ситуації, віковими особливостями та психологічними характеристиками дитини. Недостатня зрілість психіки, складність у контролі власних емоцій та домінування підкоркових структур, зокрема лімбічної системи, над функціональними можливостями центральної нервової системи, що спрямована на забезпечення виживання, призводять до низки наслідків у разі травматичного впливу.

Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. та Титаренко Д.С. зазначають, що дошкільники зазвичай демонструють регресивні реакції: енурез, смоктання пальця, страх розлуки з батьками, втрату вже сформованих навичок, острах незнайомців тощо. Водночас, як підкреслюють дослідники, у дітей частіше, ніж у дорослих, формується посттравматичний стресовий розлад [5], що проявляється у вигляді інтрузій, уникання, емоційної нечутливості та гіперзбудливості [36]. Для підлітків типовими є порушення поведінки, підвищена агресивність, труднощі у навчанні та психосоматичні симптоми.

Підчасов Є.В. та Чепелєва Н.І. підкреслюють, що на відміну від дорослих, діти значно частіше реагують дисоціативними станами, серед яких:

— дисоціативні порушення (розірваність, фрагментарність спогадів і переживань);

— надмірна пильність (посилена реакція на зовнішні подразники, очікування повторної небезпеки);

— соматоформні симптоми (тілесні реакції, що відтворюють травматичний досвід);

— панічні напади (відчуття безсилля, фізичного напруження, страх смерті);

— фобічні реакції (яскраві спогади та емоційні відгуки на початкову травму);

— реактивні розлади (вираження психологічної напруги через деструктивну поведінку, спрямовану на інших або на себе);

— депресивні прояви та почуття провини (замкненість, плаксивість, байдужість) [25].

Сікорська Л., Богоніс Ю., Граб Ю. та Славич О. наголошують, що у дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) будь-які стресові впливи спричиняють значно сильніші та гостріші реакції, ніж у дітей з типовим розвитком. Це пов’язано з особливостями функціонування нервової системи, які проявляються у труднощах комунікації, мовленнєвого розвитку, розуміння та виконання інструкцій, униканні соціальних контактів, емоційній відстороненості та схильності до самітності. Водночас автори підкреслюють, що діти з РАС є дуже різнорідною групою: у кожної дитини спостерігається індивідуальне поєднання особливостей, темпів розвитку та поведінкових реакцій, що необхідно враховувати під час оцінки їхнього стану та надання психологічної підтримки.

Більшість дітей із РАС мають труднощі з проявом емоцій і донесенням власних переживань до оточення, що робить їх особливо вразливими до психотравмувальних ситуацій. Саме тому контроль психологічного стану та зниження рівня стресу є важливими умовами підтримки їх благополуччя [31, 273].

Островська К. О. підкреслює, що реакції дітей з аутизмом на стрес можуть мати різні форми: істерики, посилення або поява нових стереотипій, порушення сну, відмова від звичних занять. Часто емоційні переживання

таких дітей складно розпізнати, оскільки їхня міміка, жести або моторика можуть бути нетиповими для інших людей. Труднощі з усною комунікацією додатково ускладнюють вираження емоцій, що може приховувати високий рівень стресу протягом тривалого часу [22].

Переживання психотравмувальної ситуації є значно складнішим для дітей з розладами аутистичного спектра, оскільки вони часто мають труднощі як із розпізнаванням власних емоцій, так і з їх адекватним вираженням. Навіть у дітей з типовим розвитком вплив психотравм першого дитячого періоду може суттєво ускладнювати формування подальших стресових реакцій [18, 166]. Діти з РАС можуть переживати емоції інакше, ніж їхні ровесники, або не демонструвати їх достатньо помітно, що ускладнює своєчасне розуміння рівня їх внутрішньої напруги та емоційного дискомфорту.

Погіршення психічного стану дітей може виникати під впливом різних травматичних подій: аварій, актів насильства, терористичних загроз, природних катастроф, втрати близьких або ж війни, яку сьогодні переживає українське суспільство. Особливу складність становить те, що діти не завжди можуть правильно інтерпретувати почуту чи побачену інформацію. Вони уважно вловлюють слова дорослих, фрагменти новин, реакції батьків, їхній тон і міміку, проте часто не здатні повністю збагнути їх зміст. Нерідко діти відчувають емоційний стан дорослих швидше, ніж самі дорослі його усвідомлюють: вони помічають тривогу, напруження та зміни у повсякденному житті, але не можуть пояснити їх причину[18]. Саме тому діти з РАС, через підвищену сенсорну та емоційну чутливість, є особливо вразливими до воєнних подій і потребують посиленої уваги, стабільності та чутливої підтримки з боку дорослих.

Як підкреслює Островська К. О., діти з розладами аутистичного спектра характеризуються підвищеною чутливістю до будь-яких змін, тому навіть незначні порушення звичного середовища, від відчуття небезпеки до найменших змін у рутині, звуковому оточенні чи просторовій організації,

можуть суттєво впливати на їхній емоційний стан. У відповідь на незвичні або раптові події такі діти нерідко демонструють крик, спроби сховатися, різкі емоційні реакції чи прояви агресії. У подібних ситуаціях надзвичайно важливо забезпечити їм передбачуваність, сталість режиму, відчуття захищеності та спокійну підтримку дорослих. Додатковою складністю є те, що багато дітей з РАС мають труднощі з комунікацією та вираженням власних потреб, через що вони не завжди можуть повідомити про свій стан чи описати переживання [22].

Наслідки психотравми можуть проявлятися на кількох рівнях: фізіологічному, когнітивному, емоційному та поведінковому. Попри те, що травматичні події є дуже болісними для дитячої психіки, своєчасна, чутлива та стабільна підтримка дорослих здатна значно зменшити їхній негативний вплив і сприяти поступовому поверненню дитини до звичного й гармонійного функціонування.

Особливо важливою у переживанні психотравмувальних подій дітьми з РАС є роль психоемоційного стану батьків. Дослідження сучасних українських науковців свідчать, що діти спектра надзвичайно чутливі до емоційного фону дорослих, навіть якщо ті намагаються його приховати [31, 273]. Тривога, напруження, зміни в поведінці чи емоційний дискомфорт батьків діти з РАС «зчитують» швидше, ніж усвідомлюють реальний зміст подій навколо. Тому врівноваженість, стабільність і контроль власного емоційного стану дорослими стають ключовими чинниками, що знижують стресову реактивність дитини та підтримують її здатність долати складні ситуації.

Як зазначає Наугольник Л. Б., саме емоційний клімат у родині є визначальним фактором адаптаційних можливостей дитини під час кризових обставин [18]

Дослідження Хромець В. А. демонструє, що батьки дітей з розладами аутистичного спектра реагують на кризові та воєнні події специфічно, оскільки традиційні механізми стресостійкості в них часто виснажені ще до

появи додаткових загроз. Авторка зазначає, що характерні компоненти емоційного вигорання (виснаження, деперсоналізація та зниження самооцінки) у цій групі проявляються по-особливому. Виснаження зумовлене постійною фізичною, емоційною та організаційною турботою про дитину. Деперсоналізація може виникати у формі відчуження, як від соціального оточення, так і від власної дитини, що викликає значну внутрішню тривогу батьків. Зниження самооцінки нерідко виявляється у вигляді почуття провини за нібито недостатню «результативність» у вихованні чи корекційній роботі, що стає ще більш вираженим у період воєнних загроз [39, 100-101].

Емпіричний аналіз, проведений дослідницею, дав змогу систематизувати класичні та сучасні підходи до розуміння емоційного виховання дітей з РАС у кризових умовах. На основі отриманих даних описано багатофакторну модель емоційного виснаження батьків, яка включає як традиційні чинники (хронічний стрес, соціальна ізоляція, недостатність підтримки), так і специфічні стресори, зумовлені війною: вимушене переміщення, втрата стабільності, обмежений доступ до фахових послуг, затримки у отриманні допомоги, а також вторинна ретравматизація, що виникає під час взаємодії з державними структурами та установами.

Аналіз динаміки психоемоційного стану батьків засвідчує глибоку трансформацію батьківської ролі під впливом воєнних подій. Якщо в довоєнний період головний фокус був на розвитку дитини, її навчанні, корекційній роботі, соціалізації та терапевтичній підтримці, то в умовах війни він зміщується на фізичне виживання, безпеку та мінімізацію травматичних впливів. Батьки дедалі частіше відзначають, що питання розвитку відходять на другий план, натомість зростає потреба у швидких рішеннях, спрямованих на захист та забезпечення базових умов існування.

Загалом результати дослідження підтверджують, що війна не лише підсилює чинні стресори, а й створює нові, специфічні виклики для батьків дітей з РАС. Емоційні переживання в цій групі набувають системного

характеру та виходять за межі індивідуального рівня: формується окрема соціально вразлива категорія батьків, які мають високий ризик ізоляції, депресивних проявів, емоційного виснаження та втрати довіри до соціальних інституцій. Це, у свою чергу, істотно впливає на якість життя дітей з РАС і визначає потребу у комплексній, багатовимірній підтримці сімей в умовах воєнного стану.

Отже, психологічна підтримка та травматерапія сімей та дітей з розладами аутистичного спектру має бути спрямовані насамперед на зниження рівня стресу, допомогу у задоволенні актуальних потреб та формування адаптивних способів реагування, а не на детальне відтворення травматичних подій. При цьому варто пам’ятати, що не кожна дитина переживатиме тривалі наслідки стресової ситуації. Ті ж діти, для яких подія стає психотравмувальною, зазвичай не здатні повністю усвідомити її зміст, але добре запам’ятовують сам момент переживання та емоційний стан. Через надмірну інтенсивність таких переживань дитина стає більш вразливою і може виражати свій внутрішній стан насамперед через поведінкові реакції [15].

Узагальнюючи усе вище зазначене, можна зробити висновок, що воєнні події суттєво підсилюють психотравмувальний вплив на дітей з розладами аутистичного спектру, оскільки їхня нервова система та емоційна регуляція є особливо вразливими до стресу й різких змін середовища. Порушення усталених рутин, відчуття небезпеки та емоційний стан батьків безпосередньо відображаються на поведінці й психологічному функціонуванні дітей. У таких умовах у них частіше проявляються регресивні реакції, стереотипії, емоційні зриви та труднощі з комунікацією. Тому підтримка сім’ї, стабільність життєвого середовища й своєчасна психологічна допомога є ключовими умовами зменшення наслідків стресу та збереження психічного благополуччя дітей з РАС.

1.5. Напрями та форми соціально-психологічної підтримки дітей з РАС в умовах воєнного стану

Воєнні події формують надзвичайно складний і загрозливий контекст, який суттєво впливає на психоемоційний стан та розвиток дітей, особливо тих, хто має розлади спектра аутизму (РАС). Діти з аутизмом вирізняються підвищеною сенсорною чутливістю, ригідністю поведінкових патернів, труднощами у соціальній взаємодії та специфікою переробки інформації. Це робить їх значно більш вразливими до стресових чинників війни — гучних звуків, раптових змін оточення, порушення звичного режиму, вимушених переміщень, зменшення доступності фахових і підтримувальних сервісів. Умови воєнного стану руйнують сталі структури повсякденності, які для дітей з РАС є критично важливими для відчуття безпеки та психологічної стабільності. Як наслідок, посилюється тривожність, можливий регрес сформованих навичок, загострення поведінкових проявів, погіршення комунікації та ускладнення процесів навчання й соціальної адаптації. Таким чином, війна виступає значним фактором ризику, що потребує спеціально організованої підтримки, адаптованих методів взаємодії та міждисциплінарного супроводу дітей з аутизмом і їхніх родин.

Психологічна підтримка дітей з розладами аутистичного спектра, які переживають психотравмуючі події, є особливо актуальною в умовах воєнного часу. У періоди підвищеної небезпеки першочерговим завданням є створення для дитини відчуття безпеки, передбачуваності та переконання, що дорослі контролюють ситуацію. Щоб полегшити переживання травматичного досвіду, необхідно бути поруч із дитиною, спілкуватися з нею зрозумілою мовою, заспокоювати, підтримувати емоційно, гратися, залишатися чуйним до її стану та реакцій. Постійний контакт і турбота допомагають відновити базове відчуття рівноваги та полегшують подолання емоційної напруги.

Сікорська Л., Богоніс Ю., Граб Ю. та Славич О. наголошують, що будь-яка криза чи травматична ситуація, попри свою складність, є життєвим

викликом, який може стимулювати розвиток внутрішньої стійкості. Індивідуальні та колективні ресурси, здатність адаптуватися й відновлюватися навіть після серйозних випробувань сприяють зміцненню психологічної витривалості та формуванню нових стратегій подолання труднощів [31, 277].

За словами Левченка В. В. та Луценко О. В., умови війни можуть одночасно відкривати доступ до ресурсів у дитини й водночас погіршувати її психічне здоров'я через емоційну напругу та виснаження. Тому для дитини надзвичайно важливо отримати допомогу у вираженні й опрацюванні емоцій, завдання, яке лягає на плечі значущих дорослих і психологів.

У випадку дітей, які зазнали вимушеної міграції або впливу війни, особливо актуальною стає психологічна підтримка, спрямована на створення захищеного середовища та довірливих стосунків. Допоміжними чинниками можуть бути позитивні досвіди минулого: навички говорити з родиною про почуття, усвідомлення підтримки сім'ї в кризові моменти, відчуття приналежності до сімейної, шкільної чи громадської спільноти, дружні взаємини та наявність кількох дорослих, які проявляють щиру турботу й створюють почуття безпеки [11, 91].

Сумарно можна стверджувати, що травматичний стрес має довготривалі наслідки, які впливають на структуру мозку та загальний стан людини (психічний і фізичний). Однак негативні наслідки можна мінімізувати шляхом стимулювання захисних взаємин. Тому більшість заходів для пом'якшення впливу несприятливих обставин у дітей має бути спрямована на дорослих, які їх оточують. Взаємодія значущих дорослих із дітьми, що пережили травму війни, має включати: підтримку та захист, допомогу у розумінні подій і власних переживань і створення нових захисних стосунків. Працюючи з дітьми, які зазнали негативного впливу, варто змінити підхід і запитувати: «Що відбувається з дитиною?» адже обставини впливають на неї.

Як зазначає Оверчук В., формування захисних стосунків дає змогу окреслити основні напрями психологічного супроводу дитини. До ключових завдань такого супроводу належать:

1. Повернення відчуття безпеки. Це передбачає створення або відновлення безпечного простору, налагодження соціальних контактів, стабілізацію психічного стану дитини за допомогою спеціальних вправ для зняття фізичної й емоційної напруги, а також поступове пом'якшення надмірно жорстких захисних реакцій шляхом відкриття можливостей для розвитку.

2. Відновлення та зміцнення внутрішніх ресурсів дитини. У межах супроводу важливо активізувати наявні психологічні ресурси, які дають змогу дитині впоратися з пережитими подіями.

3. Осмислення та символізація досвіду війни. Йдеться про допомогу дитині у вираженні пережитого через символічні форми (малюнок, гру, історію), інтеграції травматичного досвіду в емоційний та життєвий контекст і формування нового, більш адаптивного ставлення до подій.

4. Підтримка природних механізмів відновлення. Психологічний супровід спрямований на стимулювання внутрішніх процесів саморегуляції й адаптації до нових умов, а також на розвиток творчих здібностей як інструменту подолання стресу [20, 467-468].

Наугольник Л. Б. підкреслює, що підтримка дитини з розладами аутистичного спектра під час переживання психотравмуючої ситуації потребує цілеспрямованих емоційно-педагогічних та корекційних підходів.

1. Відновлення відчуття безпеки. Травматичні події порушують базове відчуття стабільності, тому важливо створити для дитини умови, у яких вона зможе знову відчути захищеність і передбачуваність. Це передбачає мінімізацію загрозливих стимулів, задоволення актуальних потреб та присутність значущих дорослих, з якими вона почувається спокійно.

2. Емоційна підтримка дитини. Переживання травми часто перевищує можливості дитини до саморегуляції, тому вона потребує емоційної опори. Спокійні реакції дорослих допомагають дитині повернути відчуття контролю та зменшують рівень тривожності.

3. Збереження емоційної врівноваженості дорослих. Діти з РАС швидко реагують на емоційний фон оточення. Тому важливо, щоб дорослі контролювали власний стан, оскільки дитина легко «зчитує» тривогу чи напруження та може реагувати на це посиленням страху або регресивною поведінкою.

4. Поступове повернення до звичних рутин. Стабільність і передбачуваність середовища допомагають дитині знизити внутрішню напругу. Рекомендовано відновлювати щоденні ритуали, структуру дня та використовувати прості техніки тілесного заспокоєння (глибоке дихання, повільні рухові вправи).

5. Підтримка емоційної виразності. Дітям важливо дати можливість висловлювати свої почуття у прийнятний спосіб — через прості словесні висловлювання, міміку, гру або інші доступні форми. Дорослі можуть допомагати їм уточнювати та називати власні емоції.

6. Застосування візуальних засобів. Ураховуючи специфіку мислення дітей з РАС, доречно використовувати картинки, схеми, соціальні історії чи інші візуальні інструменти, які допомагають пояснювати події та будувати логічні зв’язки.

7. Використання арт-терапії. Творчі методи дають дитині можливість безпечно виражати внутрішні переживання, знижувати рівень напруги та опрацьовувати емоції через символічну діяльність.

Фахівці застерігають, що надмірна увага дорослих до травматичного досвіду може мати зворотний ефект: постійне фокусування на переживаннях здатне закріплювати симптоматику та сприяти формуванню посттравматичних реакцій. Тому важливо підтримувати дитину, не посилюючи її фіксацію на травмі [17].

Як ми зазначали вище, війна найбільше впливає на емоційну сферу дитини, що відображається на її поведінці, емоційних реакціях і когнітивних процесах. Малюнки та ігрова діяльність у таких випадках стають важливими індикаторами внутрішнього стану: вони дозволяють дорослим побачити, як дитина суб'єктивно сприймає події війни, які переживання домінують та що саме викликає найбільше занепокоєння. За визначеням Махній М.М., малюнок є доступним та ефективним способом дослідження дитячої картини світу, адже він забезпечує символічну передачу змісту й дозволяє проявитися тим аспектам внутрішнього досвіду, які дитина ще не може висловити словами [13].

Розуміння дорослим багатовимірності дитячого сприйняття дає змогу точніше інтерпретувати її переживання. Аналізуючи дитячі малюнки, психолог може виявити приховані конфлікти чи неусвідомлений образ власного тіла, на цьому наголошувала Ф. Дольто. Хоча малюнок зазвичай пов'язують із візуальним сприйняттям, Ф. Дольто підкреслювала, що його необхідно не лише «дивитися», а й «слухати». Вона вважала, що в центрі уваги має бути не зображення як таке, а розповідь дитини про нього, її асоціації та емоційні реакції. Саме дитина надає малюнку зміст, озвучує те, що ховається за символами й фігурами.

На думку Ф. Дольто, малюнок є не статичним зображенням, а проявом психічного руху — жестом, який відображає внутрішній досвід дитини. Він розглядається як фрагмент особистої історії, сплетений із переживань, почуттів і стосунків із важливими людьми. Тому через малюнок дитина встановлює своє ставлення до світу, позначає у часі та просторі власний досвід, емоції та внутрішні конфлікти [11, 88].

Важливу роль у роботі з дітьми, які пережили травматичний досвід, відіграє використання малюнка в психотерапевтичних підходах, зокрема в методі символдрами. Цей підхід ґрунтується на метафоричності образів, а провідне значення має сама дитина, яка описує свій малюнок, пояснює символи та надає власні інтерпретації. Робота з малюнком дає змогу м'яко

наблизитися до складного досвіду, допомагає дитині «розповісти» про свої переживання, усвідомити власний стан і вибудувати особисте ставлення до подій, створивши внутрішній простір для відновлення.

Психокорекційна робота з малюнком передбачає послідовне проходження кількох етапів:

1. Підготовчий етап (стабілізація). Його мета — сформувати атмосферу безпеки, відновити довіру, встановити контакт із дитиною та забезпечити надійні підтримувальні стосунки.

2. Символічний етап (опрацювання травматичного досвіду).На цьому етапі, що вперше був описаний у проєкті *War Toys* (Brian McCarty), дитині пропонують створити власну історію через малюнок: «Намалюй історію, яку ти хотів би розповісти світу». Використовуються відкриті запитання, що допомагають дитині пояснити контекст і логіку подій, а психолог супроводжує процес формування цілісної наративної історії.

3. Емоційне завершення (закриття досвіду). Метою є зменшення емоційної напруги, символізація пережитого та інтеграція досвіду у власну життєву картину. Це допомагає дитині залишити подію в минулому.

4. Ресурсний етап (відновлення). На цьому етапі увага зосереджена на пошуку внутрішніх сил та сенсів, які дитина може винести з пережитих подій. Через діалог дитина отримує можливість побачити власні ресурси та опори [13].

Шульженко Д. І. наголошує, що важливо приділити особливу увагу організації занять і робочого простору дитини з РАС. Навчальні матеріали доцільно розміщувати зліва, а виконані завдання — праворуч, щоб дитина могла самостійно перекладати їх у відповідне місце. На початковому етапі вона може виконувати завдання, спостерігаючи за діями педагога, а після завершення кожного етапу роботи — самостійно складати дидактичні матеріали у коробки або пакети.

Для полегшення орієнтації на робочому місці корисно робити візуальну розмітку на столі: схеми або контури зошита, аркуша, ручки, лінійки тощо.

Це допомагає дитині швидше звикнути до власного робочого простору та зрозуміти очікувані від неї дії [41].

Галах Т. В. Звертає увагу, що іноді дітям з аутизмом потрібна фізична підказка: дорослий може «вести» руки дитини під час письма чи малювання, тримаючи разом один олівець. Тактильна підтримка, а також вправи на розслаблення сприяють зниженню тривожності. Ефективними для цього є пальчикові ігри, які поєднують сенсорну стимуляцію та емоційний контакт [4].

Оскільки дітям з РАС важко засвоювати нові види діяльності, Тарасун В. В. та Хворова Г. М., рекомендують на початку роботи добирати завдання, з якими вони гарантовано впораються. Похвала та доброзичлива підтримка сприятимуть формуванню впевненості в собі. Науковці зауважують, навіть якщо дитина не демонструє емоційної реакції, лагідний тон і спокійна атмосфера позитивно впливають на її внутрішній стан і підвищують ефективність подальшої взаємодії [35].

Олексюк В. Р. зазначає, що через схильність до швидкого виснаження і психічного перевантаження дітям з аутизмом потрібен індивідуальний темп роботи, часті паузи та плавне переключення між видами діяльності. Характерні для них монотонні, стереотипні рухи (розгойдування, повторювані жести) можна поступово зменшити завдяки використанню емоційно забарвлених ритмічних ігор і простих танцювальних вправ. Регулярні заняття сприяють зниженню рухових порушень [21].

У випадках, коли дитина не приймає інструкцій дорослого, не варто наполягати або застосовувати тиск. Доцільніше спостерігати за її власними діями, підтримати те, що вона робить, долучитися до її активності. Це допомагає встановити довіру та налагодити взаємодію.

Фізичні вправи є важливою складовою роботи з дітьми з РАС, оскільки вони посилюють тілоусвідомлення та покращують координацію рухів. Також корисними є види діяльності, які сприяють сенсорній розрядці: малювання фарбами (пензлями, штампами, пальцями), ігри з піском, глиною, крупами чи водою.

Корекційна робота з дітьми з аутизмом є довготривалою і вимагає значних емоційних ресурсів від дорослих. Її головна мета полягає не у «вилікуванні» аутизму, що неможливо, а у створенні умов для максимальної адаптації дитини до соціального середовища та підвищення її якості життя.

Перед початком корекційної роботи важливо дотримуватися низки базових рекомендацій, які створюють основу для подальшої ефективної взаємодії з дитиною з РАС.

По-перше, необхідно допомагати дитині поступово переконуватися у необґрунтованості її страхів. Це потребує м'яких, послідовних пояснень та опори на безпечний досвід, який дитина здатна засвоїти й прийняти.

По-друге, важливим завданням є розвиток здатності до емоційного розуміння — уміння розпізнавати емоційні стани інших людей, співпереживати та передавати власні почуття у доступній формі. Такі навички суттєво знижують рівень внутрішньої напруги та сприяють більш конструктивній соціальній взаємодії.

По-третє, у роботу необхідно включати вправи, спрямовані на переключення уваги з одноманітних аутостимуляторних дій на продуктивну діяльність. Це здійснюється шляхом поступового введення елементів новизни та розширення поведінкового репертуару дитини.

По-четверте, важливо працювати над розвитком пластики рухів, що сприяє тілесній усвідомленості, координації та загальному психоемоційному балансу [8, 112-113].

З цією метою доцільно застосовувати різноманітні ігри, творчі етюди, бесіди, спеціальні вправи для подолання стереотипних форм мислення, розвитку уяви, вивільнення емоційної напруги, агресії та страхів. Важливими умовами ефективної корекційної роботи є створення мотивувального середовища, атмосфери безпеки, довіри, а також формування вміння адекватно висловлювати власний емоційний стан.

Регулярна та системна робота фахівців з дитиною з аутизмом, бажано у поєднанні з активною участю її сім'ї, є ключовою передумовою позитивної

динаміки розвитку. Досвід показує, що за умови довготривалої, цілеспрямованої підтримки різних спеціалістів і відповідального ставлення батьків, які усвідомлюють необхідність постійної взаємодії та корекційної допомоги, можливі значні позитивні зміни у стані дитини. Натомість відсутність належної підтримки, фахового супроводу та роботи в сім'ї істотно ускладнює адаптацію та розвиток дитини з аутизмом [24].

Устінова М.В. наголошує, на тому, що побудова нейропсихологічної моделі розвитку дитини з розладами аутистичного спектра є важливим підґрунтям для створення ефективної корекційної програми. Така модель дає змогу врахувати закономірності формування вищих психічних функцій, особливості роботи нервової системи та індивідуальний профіль симптомів, що особливо актуально в умовах підвищеного стресового навантаження, спричиненого воєнними подіями. Опора на нейропсихологічні механізми дозволяє будувати корекційні втручання більш адресно, адаптуючи їх до унікальних потреб кожної дитини з РАС та підтримуючи її в подоланні наслідків психотравматичного досвіду [37].

Для встановлення ефективної взаємодії з особами, які мають аутичний тип розвитку, важливим є використання альтернативних методів комунікації. Одними з найпоширеніших підходів є система PECS та метод підтримувальної комунікації.

Система PECS (Picture Exchange Communication System) створена для того, щоб допомогти дитині з обмеженими комунікативними можливостями передавати власні потреби та наміри. За її допомогою дитина може висловлювати прохання, відповідати на запитання, робити коментарі та описувати події або предмети довкола.

PECS є альтернативною комунікативною технологією, розробленою A. Bondy і L. Frost спеціально для дітей з аутизмом та іншими порушеннями комунікації. Вона ґрунтується на використанні карток із символами або зображеннями, за допомогою яких дитина навчається ініціювати комунікативні акти та налагоджувати взаємодію з оточенням [33, 148].

Опановування цією системою відбувається поетапно. Спершу дитину навчають встановлювати зв’язок між конкретним предметом і символом, зображеним на картці. Наступним кроком є формування вміння використовувати картку для висловлення прохання — тобто передавати її дорослому чи іншому партнеру для отримання бажаного об’єкта. Поступово дитина оволодіває навичками самостійно знаходити потрібне зображення серед кількох карток і подавати його дорослому, щоб повідомити про свої потреби. На початкових етапах зазвичай використовують картки із зображенням їжі або улюблених іграшок, що робить процес навчання більш мотивувальним і зрозумілим для дитини.

Одним із методів, що отримав значне поширення у сфері корекції розвитку дітей з аутизмом, є програма “Son-Rise” (у перекладі — «схід сонця» або «виховання сина»), створена Баррі та Самарією Кауфман під час пошуку шляхів взаємодії з власною дитиною. Цей підхід ґрунтується на ідеї, що рушійною силою розвитку є внутрішня мотивація дитини, а ефективність роботи залежить від здатності дорослого побачити світ очима самої дитини.

Метод «Son-Rise» передбачає поступове розширення середовища стимулів і формування взаємодії через гру, що дозволяє підсилити природні механізми навчання. Важливим елементом є приєднання дорослого до стереотипних дій дитини, що допомагає зрозуміти її поведінку, полегшує встановлення зорового контакту та створює умови для більш глибокої емоційної взаємодії. Через таке м’яке входження у світ дитини дорослий отримує можливість стати партнером у грі, а не зовнішнім коректором її поведінки.

Ключовою умовою для навчання в методі є організація безпечного, структурованого простору, у якому дитина не відволікається на зайві стимули. Це дає змогу зосередити увагу на послідовному опануванні навичок — від простих до більш складних.

Серед основних принципів методу «Son-Rise» виділяють:

— Приєднання до стереотипної поведінки дитини, що створює міст до взаєморозуміння і допомагає поступово розширювати її комунікативний досвід.

— Побудову взаємодії на внутрішній мотивації дитини, а не на зовнішньому примусі.

— Навчання через гру, яке забезпечує природність, емоційну значущість і кращу засвоюваність нових умінь.

— Організацію спокійного, впорядкованого простору, що сприяє концентрації уваги та відчуттю безпеки.

— Емоційну залученість дорослого: ентузіазм, доброзичливість і щира зацікавленість підтримують мотивацію дитини й створюють позитивний фон для навчання.

— Безоцінкове ставлення, яке допомагає дитині відчути прийняття та радість від взаємодії, що особливо важливо для формування стабільного емоційного стану [33, 151].

Таким чином, «Son-Rise» підкреслює цінність індивідуального темпу дитини, необхідність емоційного контакту та роль гри як провідного механізму навчання. Цей підхід може бути ефективним елементом комплексної підтримки дітей з РАС, зокрема в умовах підвищеного стресу, спричиненого воєнними подіями.

Одним із сучасних напрямів корекційно-розвивальної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра є програма «Розвиток міжособистісних стосунків» (Relationship Development Intervention, RDI), зосереджена на формуванні так званого динамічного інтелекту. Концепцію цієї програми розробив доктор Стівен Гутстейн, який підкреслює, що люди з аутизмом переважно спираються на статичний інтелект — здатність запам’ятовувати факти, відтворювати інформацію та дотримуватися знайомих патернів поведінки. Це робить їхнє уявлення про світ більш фіксованим і малогнучким.

На відміну від цього, динамічний інтелект передбачає вміння адаптуватися до нових ситуацій, гнучко реагувати на зміни, інтегрувати різні типи інформації, бачити альтернативи та перспективи. Саме ці здібності забезпечують ефективне орієнтування у складних соціальних контекстах і є критично важливими для повсякденного життя людини. Формування динамічного інтелекту, за Гутстейном, є основою для покращення якості життя дітей і дорослих з РАС.

Мета програми RDI полягає у поступовому формуванні навичок, необхідних для успішної взаємодії та побудови емоційно значущих стосунків. Дитина систематично навчається реагувати на соціальні сигнали, проявляти емоційний відгук, співпрацювати, ділитися увагою та досвідом, виявляти інтерес до інших людей. Практична частина програми передбачає відпрацювання типових компонентів соціальної взаємодії — від простих форм спільної уваги до більш складних навичок групової взаємодії.

Особливе місце в програмі займає робота з родиною. Спочатку аналізуються наявні патерни спілкування між батьками та дитиною, після чого спеціалісти допомагають дорослим опанувати нові стилі комунікації та взаємодії. Такий підхід дає змогу перетворити щоденні сімейні ситуації на можливості для розвитку дитини та формування її соціальних компетентностей [33, 152-153].

У межах теоретичної моделі RDI розвиток міжособистісних навичок описується як проходження шести послідовних рівнів, починаючи від зростання зацікавленості людьми та емоційного відгуку на їх присутність і завершуючи здатністю дружити, підтримувати взаємини у групі та вибудовувати сталу соціальну поведінку.

Таким чином, програма RDI спрямована на поступове формування гнучкого мислення, соціального розуміння та емоційної чутливості, що є важливими складовими адаптації дітей з РАС до реальних життєвих умов та міжособистісних стосунків.

У роботі корекційного психопедагога з родиною, яка виховує дитину з розладами аутистичного спектра, особливо в умовах воєнного стану, важливо спиратися не лише на принцип комплексності корекційно-педагогічного впливу, а й на низку ключових методологічних підходів, що забезпечують стабільність, передбачуваність і підтримку [1, 215].

По-перше, необхідно дотримуватися принципу єдності діагностики та корекції. В умовах підвищеного стресу, вимушених змін середовища та періодичної втрати доступу до фахових послуг діагностика має бути максимально змістовною та гнучкою. Командне обстеження дозволяє визначити актуальний стан дитини, її потенційні можливості, реакції на стресові чинники та сформувати індивідуальну програму розвитку, адаптовану до нестабільного середовища, у якому живе дитина під час війни.

По-друге, критично важливо вибудовувати партнерські взаємини між фахівцями та батьками. У воєнних умовах родина часто перебуває у стані виснаження, тривоги та невизначеності. Тому спеціаліст повинен взаємодіяти з батьками як із рівноправними партнерами, підтримуючи їх, знижуючи емоційне напруження та допомагаючи знайти ресурси для повсякденного догляду за дитиною. Лише в атмосфері співпраці та довіри батьки зможуть застосовувати рекомендації, незважаючи на складні життєві обставини. Взаємодія з дитиною також має ґрунтуватися на особистісно орієнтованих підходах — із позиції «на рівні очей» та через встановлення чуйного зорового контакту.

По-третє, важливо враховувати інтереси дитини та актуальні потреби родини. На тлі війни інтереси та запити батьків можуть різко змінюватися: безпека, стабільність, емоційне врівноваження та регуляція поведінкових реакцій виходять на перший план. Фахівцю важливо бути максимально тактовним, уважним до запитань батьків і надавати рекомендації, які реально виконати у кризових умовах — у тимчасовому житлі, укритті чи новій школі.

Четвертий принцип — опора на провідний вид діяльності дитини. У воєнних умовах, коли порушується звичний розклад і можливості для

розвитку обмежуються, особливо важливо, щоб корекційна робота будувалася в межах природної для дитини діяльності. Гра, побутові дії, рутинні вправи, спільні сенсорні заняття мають сприяти збереженню відчуття стабільності та забезпечувати поступовий розвиток дитини відповідно до її віку й можливостей. Такі форми взаємодії легко адаптувати навіть у ситуаціях вимушеної евакуації чи тимчасового переміщення.

Отже, в умовах воєнного стану підтримка дітей з розладами аутистичного спектра потребує особливої уваги, оскільки вони гостріше реагують на порушення стабільності та підвищений стрес. Ефективний супровід має бути комплексним, індивідуалізованим і спрямованим на відновлення відчуття безпеки, емоційної рівноваги та базових навичок взаємодії. Використання адаптованих методів комунікації, арт-терапевтичних та корекційних технік, а також тісна співпраця з родиною дозволяють зменшити наслідки травматичного досвіду та підтримати подальший розвиток дитини навіть у складних умовах війни.

РОЗДІЛ 2.
АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Організація дослідження психологічних станів дітей з аутистичного спектру

Мета емпіричної частини дослідження: з'ясувати особливості психоемоційного стану та рівня соціальної адаптації дітей із розладами аутистичного спектра в умовах воєнного стану.

Організація дослідження психологічного стану дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) в умовах війни потребує комплексного, етичного та адаптованого до їхніх особливостей підходу. Військові події створюють для таких дітей середовище підвищеного ризику, яке проявляється у зростанні тривожності, сенсорної перенасиченості, емоційної нестабільності, регресивних реакцій і труднощів соціальної взаємодії. Тому діагностика має не лише фіксувати наявні зміни у психоемоційному стані, а й визначати потреби дитини та її родини для подальшої соціально-психологічної підтримки.

Під час організації дослідження нами враховувалися такі принципові положення:

1. Адаптація процедури до індивідуальних можливостей дитини. Діти з РАС по-різному реагують на нові умови, тому діагностичний процес проводився у спокійному, структурованому середовищі з мінімальною кількістю стимулів. Важливо забезпечити можливість пауз, використання альтернативної комунікації та поступове включення у взаємодію.

2. Безпечність і стабільність середовища. З огляду на воєнні події, дослідження проводилося у приміщеннях, що мають укриття або можуть

швидко адаптуватися до вимог безпеки. Дитині та батькам заздалегідь пояснювалася структура зустрічі, можливість переривання діяльності, а також правила реагування на сигнали повітряної тривоги.

3. Взаємодія з батьками як ключова умова достовірності даних. Оскільки діти з аутизмом не завжди можуть вербально описати свій стан, а війна впливає на всю сім'ю, важливим елементом дослідження стали опитування, інтерв'ювання та спостереження за дитиною у взаємодії з батьками. Збір інформації включав виявлення змін у поведінці, емоційних реакціях, сенсорних особливостях та рівні адаптації до воєнних обставин.

4. Комплексність методів. Для дослідження використовувалися поєднання психодіагностичних інструментів, метод спостереження, аналіз продуктів діяльності (малюнків), а також опитування дорослих. Такий підхід дозволив забезпечити багатовимірність оцінки та підвищити валідність результатів.

5. Етичність і чутливість підходу. Дослідження проводилось із дотриманням принципів добровільності, конфіденційності та мінімального втручання. Уся комунікація відбувалася у м'якій, підтримувальній формі, щоб уникнути додаткового стресу для дитини.

Організація дослідження включала кілька послідовних етапів:

— підготовчий етап — встановлення контакту, адаптація дитини, створення безпечного простору;

— діагностичний етап — збір даних про емоційний стан, поведінкові реакції, соціальну взаємодію та рівень адаптації до змін;

— аналітичний етап — обробка отриманих результатів та визначення ключових проблемних зон;

— заключний етап — формування напрямів індивідуальної соціально-психологічної підтримки дитини та її родини.

Таким чином, емпірична частина дослідження ґрунтується на поєднанні науково обґрунтованих методик та практичних підходів, адаптованих до особливостей дітей із РАС і специфіки їхнього життя у

воєнний період. Це дозволяє отримати цілісне уявлення про їхній психоемоційний стан та визначити оптимальні форми подальшої підтримки.

Вибірку емпіричного дослідження становили 12 дітей віком від 8 до 12 років, яким офіційно встановлено діагноз «розлади аутистичного спектра» (РАС). Дослідження проводилось на базі Запорізького обласного дошкільного закладу з надання психіатричної допомоги та реабілітації.

До вибірки увійшли діти, які разом із сім'ями проживають в умовах воєнного стану, мають досвід вимушеної зміни місця проживання, періодичного перебування в укриттях або тривалого проживання в середовищі з підвищеним рівнем зовнішніх стресових чинників (сирени, обстріли, нестабільність побутових умов).

Окрім дітей, до дослідження долучено 12 батьків (один із кожної родини), які заповнили анкету щодо психологічного стану дитини, змін у поведінці та особливостей адаптації під час війни. Участь батьків є важливим джерелом додаткової інформації, оскільки діти з РАС не завжди можуть самостійно висловити свої переживання або пояснити зміни у внутрішньому стані.

З метою комплексного вивчення психологічного стану дітей із РАС в умовах воєнного стану було використано комплекс взаємодоповнювальних методів, зокрема:

1. Метод спостереження. Здійснювалося структуроване спостереження за поведінкою дитини у спокійному середовищі та під час виконання завдань. Фіксувалися:

— емоційні реакції,

— прояви тривожності,

— сенсорні перевантаження,

— наявність регресивних поведінкових форм,

— інтерес до взаємодії.

2. Аналіз продуктів діяльності (дитячі малюнки). Для оцінки емоційного стану та символізації переживань використовувався аналіз

малюнків на вільну тему. Такий матеріал дозволяє виявити приховані переживання, які дитина не може виразити вербально.

3. Опитування батьків (анкета) (Додаток А). Анкета була розроблена для виявлення змін у психоемоційному стані дитини, поведінкових особливостях та адаптації до умов воєнного часу.

2.2. Особливості психоемоційних станів і соціальної адаптації дітей з РАС в умовах війни

На основі застосованих методів, а саме структурованого спостереження, аналізу продуктів діяльності (малюнків) та анкетування батьків, було отримано комплексні дані, які відображають специфіку реакцій дітей на умови підвищеної стресогенності, спричинені воєнними подіями.

Структуроване спостереження за дітьми з РАС здійснювалося протягом трьох тижнів, що дозволило зафіксувати як стабільні, так і ситуативні реакції дітей на різні умови взаємодії та зміни середовища.

Спостереження проводилося 3 рази на тиждень (близько 18 годин), у різних видах діяльності, зокрема:

— у структурованому навчальному середовищі;

— під час вільної гри;

— у взаємодії з батьками та фахівцем;

— в умовах підвищеної стимуляції (зміна приміщення, збільшення кількості людей).

За даними спостереження, ми отримали наступні результати.

Тривожні реакції – у 10 із 12 дітей було зафіксовано підвищений рівень тривожності, який проявлявся у:

— униканні нових видів діяльності,

— підвищеній пильності до зовнішніх звуків,

— раптових емоційних спалахах при зміні середовища,

— потребі в постійному перебуванні поруч зі значущим дорослим.

Особливо помітними були реакції на гучні звуки, що нагадували сигнали повітряної тривоги або вибухи, у таких ситуаціях діти демонстрували плач, крик, закривання вух, втечу або тілесне стискання.

Ознаки сенсорної дезорганізації – у 9 дітей спостерігалися ознаки сенсорного перевантаження:

— розгойдування,

— махові рухи руками,

— посилена потреба у тактильній стимуляції (тримаючі предмети, стискання м’яких іграшок),

— уникання зорового контакту.

Сенсорні труднощі значно загострювалися у моменти, коли поруч звучали сирени, переміщували меблі чи збільшувалася кількість людей у приміщенні.

Регресивні форми поведінки – у 7 дітей було помічено частковий регрес:

— зниження мовленнєвої активності,

— повернення до примітивних способів комунікації (жести, тягнення за руку),

— відмова від раніше засвоєних навчальних завдань.

Це узгоджується з даними науковців в теоретичний частині нашого дослідження про вплив хронічного стресу на розвиток дітей з РАС.

Аналіз малюнків дозволив виявити емоційний стан дітей та особливості символізації ними пережитого досвіду.

Тематика малюнків:

— у 8 дітей на зображеннях переважали укриття, будинки та люди, що перебувають у приміщенні..

— у 5 малюнках спостерігались символи небезпеки, такі як темні кольори, колючі лінії, заштриховані фігури.

— лише у 3 дітей тематика була нейтральною (іграшки, тварини, сонце).

Емоційні характеристики малюнків. У частини робіт простежувалася:

— підвищена тривога (дрібні повторювані штрихи, домінування чорного або сірого кольору),

— напруга (сильний натиск олівця),

— фрагментарність або неповнота зображень.

Ці ознаки свідчать про високий рівень внутрішньої емоційної напруги та недостатню здатність до символічного опрацювання травматичних подій.

Символізація досвіду війни. У малюнках дітей, які пройшли через евакуацію, домінували такі елементи:

— рюкзаки,

— машини,

— дороги,

— фігури людей, що тримаються за руки.

Це може символізувати переживання вимушених переміщень, а також потребу у захищеності, стабільності та опорі на значущих дорослих.

Анкетування батьків дітей із РАС дозволило отримати додаткові, глибинні відомості щодо змін у поведінці, емоційному стані та адаптаційних можливостях дітей в умовах воєнного стану. Оцінки батьків доповнили дані спостереження та аналізу малюнків, підтвердивши наявність стресогенних впливів війни на розвиток та психоемоційні реакції дітей.



Рисунок 2.1. Зміни в емоційному стані дитина з РАС

Аналіз відповідей показав, що більшість дітей демонструють виражені емоційні порушення, посилення яких корелює із загостренням воєнних подій. Зокрема:

83 % батьків відзначили підвищений рівень тривожності у дітей. Це проявлялося у гіперреактивності на гучні звуки, страхові реакції на сирени, небажанні залишати дім, частих емоційних спалахах, плаксивості та підвищеній збудливості.

75 % зазначили порушення сну, серед яких:

– страх засинати на самоті;

– нічні пробудження;

– ранкові страхи або відмова спати в окремій кімнаті;

– повторювані кошмари, пов’язані з війною.

58 % батьків виявили посилення сенсорної чутливості. Діти стали більш чутливими до шуму, яскравих або миготливих візуальних стимулів, небажаних дотиків. У деяких випадках спостерігалася реакція «сенсорного відкату» — прагнення повної тиші, темряви, ізоляції.

Такі дані підтверджують загальні закономірності, описані в теоретичній частині: діти з РАС надзвичайно чутливо реагують на непередбачувані події та порушення звичного розпорядку, а хронічний стрес посилює тривожні й сенсорні симптоми

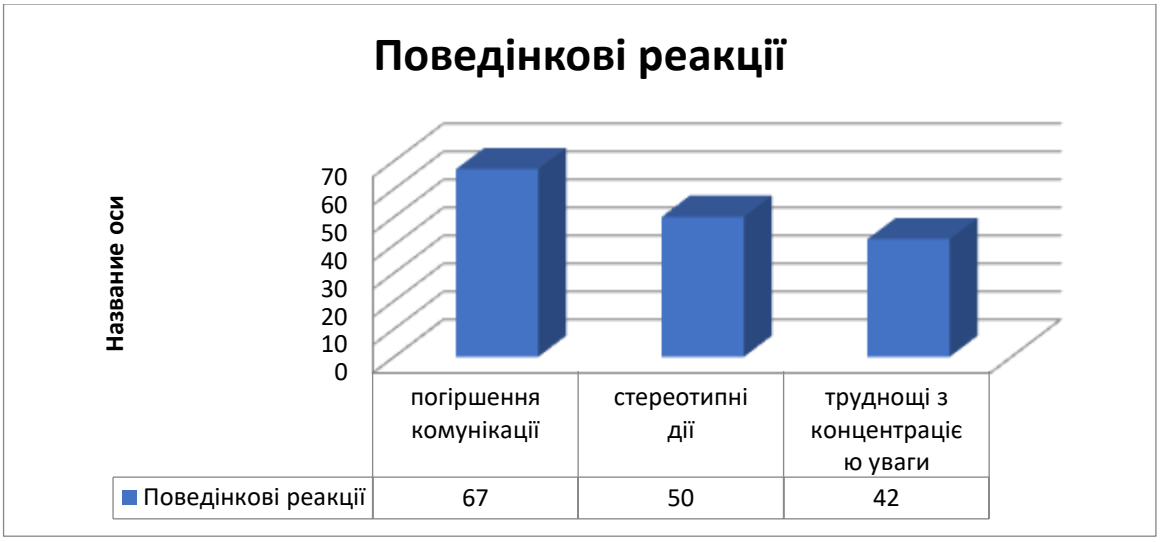


Рисунок 2.1. Поведінкові реакції дитина з РАС

Поведінкові зміни є однією з найбільш показових груп симптомів у дітей із РАС в умовах стресу. Батьки повідомили про такі тенденції:

67 % зауважили погіршення комунікативних навичок:

– зниження кількості ініційованих комунікативних актів;

– повернення до більш простих форм спілкування (жести, тягнення за руку);

– уникання зорового контакту.

50 % вказали на зростання кількості стереотипних дій:

– розгойдування,

– махові рухи,

– повторення однакових фраз,

– ходіння по колу,

– надмірне сортування чи перекладання предметів.

42 % повідомили про значні труднощі з концентрацією уваги:

– неможливість зосередитись на завданні;

– швидке виснаження під час навчальної діяльності;

– різке переключення уваги.

Посилення стереотипій та труднощів концентрації є природною реакцією дітей з РАС на стрес: стереотипні рухи виконують заспокійливу регулятивну функцію, а когнітивне навантаження в умовах небезпеки зменшує доступні ресурси для уваги.

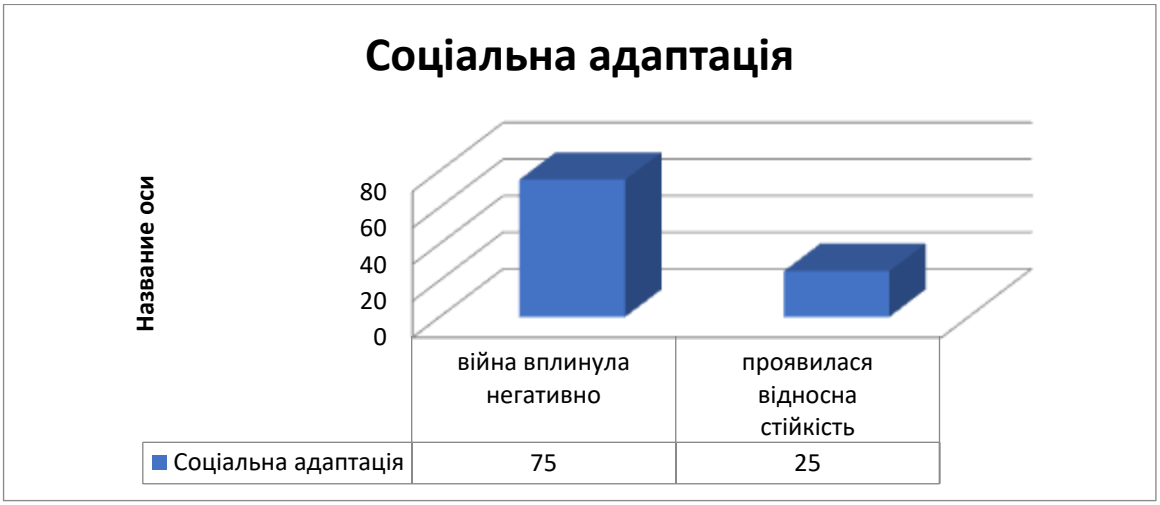


Рисунок 2.1. Соціальна адаптація дитина з РАС

Результати показали суттєве погіршення соціальної взаємодії та адаптивної поведінки:

У 9 дітей (75%) зафіксовано виражені труднощі соціальної адаптації:

– уникання контактів з однолітками;

– небажання залишати домівку;

– страх відвідувати нові місця;

– підвищена залежність від батьків;

– відмова від діяльності поза домом.

У 3 дітей (25%) збереглася відносна стабільність емоційного стану.Їхні батьки зазначили, що дитині вдалося уникнути різкого погіршення завдяки:

– структурованому розкладу;

– незмінності щоденних ритуалів;

– активній участі родини у створенні «островків безпеки»;

– стабільній присутності значущих дорослих.

Такий розподіл свідчить, що сталість середовища та емоційна підтримка сім’ї відіграють вирішальну роль у збереженні функціонування дитини.

Анкетування батьків підтвердило високий рівень стресогенності воєнної ситуації для дітей із РАС та продемонструвало тісний зв'язок між зовнішніми подіями й інтенсивністю аутистичних проявів. Діти реагують на небезпеку та нестабільність як емоційними, так і поведінковими змінами: від посилення тривоги та сенсорної вразливості до регресивних реакцій і труднощів соціальної взаємодії.

Аналіз отриманих результатів дозволив встановити низку важливих закономірностей та узагальнень, що поглиблюють розуміння психоемоційного стану дітей з РАС у воєнний період. Перехресне зіставлення даних спостереження, аналізу малюнків та анкетування батьків продемонструвало їх високу узгодженість. Діти, які під час спостереження проявляли підвищену тривожність, сенсорну дезорганізацію або регресивні поведінкові реакції, демонстрували подібні ознаки і в малюнках

(домінування темних кольорів, фрагментарність, різкі лінії), а батьки цих дітей повідомляли про погіршення сну, уникання контакту, страх гучних звуків чи підвищену потребу у присутності дорослого. Це підтверджує комплексний характер реакцій дітей із РАС на хронічний стрес та небезпеку.

На основі узагальнення результатів було визначено кілька ключових закономірностей впливу війни на дітей з аутистичного спектра. По-перше, порушення звичного розкладу та різка зміна рутин є одним із найсильніших стресорів для таких дітей. Саме розпад передбачуваності спричиняв посилення тривожності, стереотипій та відмову від взаємодії. По-друге, сенсорні тригери воєнної ситуації — сирени, гучні звуки, велике скупчення людей, значно посилювали аутистичні прояви, провокуючи дезорганізацію та потребу у сенсорній «ізоляції». По-третє, у значної частини дітей спостерігався регрес розвитку, що є типовою адаптивною реакцією нервової системи в умовах перевантаження. Такі прояви узгоджуються з теоретичними даними про вплив тривалого стресу на розвиток дітей із РАС.

Окремої уваги потребує соціальна взаємодія. У більшості дітей спостерігалося погіршення соціальної адаптації: уникання контактів, страх виходу з дому, підвищена залежність від батьків. Навіть ті діти, які до війни проявляли певну автономність, в умовах небезпеки різко посилили потребу у «фігурі безпеки». Це свідчить про недостатність власних регуляторних механізмів та потребу у більш стабільному емоційному супроводі.

Водночас аналіз результатів анкети дозволив виокремити низку захисних чинників, які сприяли зниженню проявів тривоги та стабілізації емоційного стану дітей. До таких чинників належать: збереження чітких рутин, структурований розклад дня, сталість середовища, наявність «островків безпеки» вдома, мінімізація сенсорних подразників, а також активне використання альтернативних способів комунікації (картки PECS, візуальні розклади). Важливим фактором є емоційна стабільність батьків та їх здатність підтримувати дитину під час кризових моментів.

Анкетування також дало змогу виявити потреби сімей, які виховують дітей із РАС у воєнний період. Батьки відчувають значне емоційне виснаження, труднощі з організацією безпечного простору під час повітряних тривог, нестачу корекційних послуг, а також складнощі соціальної взаємодії дитини поза домом. Вони потребують регулярних консультацій фахівців, інструкцій щодо зменшення сенсорного перевантаження, психологічної підтримки самої сім'ї, а також доступності офлайн-форм роботи з дитиною.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують, що воєнні події є потужним стресогенним чинником для дітей із розладами аутистичного спектра, який впливає на їхню емоційну сферу, поведінку, сенсорну регуляцію та соціальну адаптацію. Водночас виявлені захисні чинники та ресурси сім'ї дають підстави для визначення ефективних напрямів соціально-психологічної підтримки.

РОЗДІЛ 3.
ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Програма соціально-психологічної підтримки розвитку дітей з аутистичного спектру

Розроблена програма соціально-психологічної підтримки спрямована на стабілізацію психоемоційного стану дітей з розладами аутистичного спектра (РАС), підвищення їх адаптаційних можливостей та покращення соціальної взаємодії в умовах воєнного стану. Необхідність створення програми обумовлена результатами емпіричного дослідження, які засвідчили високий рівень тривожності, сенсорної вразливості, труднощів комунікації, регресивних форм поведінки та зниження адаптаційних можливостей більшості дітей вибірки.

Програма ґрунтується на таких принципах:

— індивідуалізація,

— структурованість середовища,

— емоційна безпека,

— партнерська взаємодія з сім’єю,

— опора на внутрішню мотивацію дитини,

— використання візуальних засобів

— поступовість формування нових навичок.

Програма складається з трьох взаємопов’язаних блоків:

1. **Стабілізаційний блок** – зниження тривоги та сенсорного перевантаження.

2. **Комунікативно-соціальний блок** – формування навичок спільної уваги, взаємодії, емоційного контакту.

3. **Ресурсно-адаптаційний блок** – підвищення адаптивності, розвиток емоційної регуляції, підтримка батьків.

Мета програми – сприяти емоційній стабілізації, розвитку комунікативних і соціальних навичок дітей з аутистичного спектру та підвищенню їх здатності адаптуватися до змін середовища в умовах війни.

Завдання програми:

1. Знизити рівень психоемоційного напруження та тривожності.
2. Оптимізувати сенсорне навантаження та зменшити прояви сенсорної дезорганізації.
3. Розвинути навички емоційної виразності, розпізнавання та називання почуттів.
4. Підтримати комунікативні навички, спільну увагу й соціальну взаємодію.
5. Сприяти формуванню навичок саморегуляції через гру, творчі методи та візуальні опори.
6. Розширити ресурсний потенціал сім'ї, надати батькам практичні інструменти допомоги дитині.
7. Забезпечити індивідуальну та групову соціально-психологічну підтримку в умовах підвищеної небезпеки та нестабільності.

Форма роботи:

— індивідуальна та підгрупова робота з дитиною;
— консультативні зустрічі з батьками;
— психопросвітницькі заняття;
— інтерактивні вправи та заняття в ресурсній кімнаті;
— за потреби — онлайн-формат.

Структура програми

1. Стабілізаційний блок

Спрямований на зниження тривоги, відновлення відчуття безпеки та регуляцію сенсорних реакцій.

Основні напрями роботи:

— техніки «тілесного заспокоєння» (глибоке дихання, тиск, сенсорні паузи);

— створення «кутка безпеки» або сенсорного простору;

— вправи на відновлення рутин та передбачуваності дня;

— використання соціальних історій про безпеку під час війни;

— вправи «Назви емоцію», «Світлофор емоцій», «Мій безпечний простір».

2. Комунікативно-соціальний блок

Спрямований на розвиток навичок взаємодії, спільної уваги та емоційної комунікації.

Основні напрями роботи:

— вправи на встановлення зорового контакту («Очі сміються», «Знайди мій погляд»);

— завдання на спільну гру та чергування («Гра по черзі», «Разом будуємо»);

— використання альтернативних засобів комунікації (PECS, візуальні символи);

— емоційні ігри («Що відчуває герой?», «Покажи почуття»);

— малюнкові техніки символізації переживань (підхід War Toys, методи символдрами).

3. Ресурсно-адаптаційний блок

Спрямований на підвищення адаптивності та підтримку сім’ї.

Основні напрями роботи:

— творчі вправи для опрацювання переживань (малювання, ліплення, робота з піском);

— формування навичок саморегуляції (карти-підказки «Що я можу зробити, коли хвилююся?»);

— тренінги для батьків: підтримка емоційної стійкості, техніки реагування на дитячу тривогу, правила поведінки під час сирени разом із дитиною з РАС;

— розробка індивідуального плану підтримки на випадок екстрених ситуацій;

— навчання батьків технікам «повільного супроводу», «дзеркального реагування», «спільної регуляції».

Очікувані результати програми

— зменшення проявів тривожності та сенсорного перевантаження;

— стабілізація емоційного стану дитини;

— підвищення рівня соціальної взаємодії та комунікації;

— покращення адаптації до змін середовища;

— зростання активності та інтересу до взаємодії;

— формування стійких форм саморегуляції;

— підвищення компетентності батьків у підтримці дитини.

Календарно-тематичний план програми соціально-психологічної підтримки розвитку дітей з аутистичного спектру в умовах війни

Заняття 1. Створення безпечного простору. Знайомство та адаптація

Мета: формування почуття безпеки, зниження напруги, встановлення початкового контакту.

Завдання:

– адаптація до середовища;

– мінімізація сенсорних подразників;

– встановлення передбачуваності структури заняття.

Методи: техніка «Куточок безпеки», сенсорні паузи, візуальний розклад заняття.

Матеріали: килимок, м’які іграшки, картки візуального розкладу.

Заняття 2. Розвиток спільної уваги та зорового контакту

Мета: активізувати спільну увагу та базові навички соціальної взаємодії.

Завдання:

– закріплення «контакт–реакція»;

– формування позитивного емоційного досвіду взаємодії.

Методи: «Очі сміються», гра «Знайди мій погляд», м’яке дзеркальне відтворення рухів.

Матеріали: легкі тактильні іграшки, м’яч.

Заняття 3. Емоційна регуляція. Робота з тривогою

Мета: навчити дитину базових навичок зниження тривоги.

Завдання:

– формування навички «розслаблення через тіло»;

– знайомство з основними емоціями.

Методи: техніка «Ведмежі обійми» (глибокий тиск), «Світлофор емоцій», дихальна техніка «Дихає квітка».

Матеріали: картки емоцій, м’які елементи для натискання.

Заняття 4. Сенсорна стабілізація

Мета: зменшення сенсорної перевантаженості та підвищення толерантності до стимулів.

Завдання:

– робота з тактильними, візуальними, пропріоцептивними стимулами;

– формування безпечної реакції на сенсорні подразники.

Методи: сенсорний мішок, «важкі» вправи (тиснення, перенесення предметів), пальчикові ігри.

Матеріали: сенсорні наповнювачі (пісок, крупи), еластичні стрічки.

Заняття 5. Комунікація через альтернативні засоби (PECS / піктограми)

Мета: сприяти розвитку ініціативної комунікації.

Завдання:

– навчити дитину використовувати зображення для вираження потреб;

– підкріпити ініціативні комунікативні акти.

Методи: картки PECS, схема «Я хочу…», гра «Обери і скажи».

Матеріали: набір карток предметів і дій.

Заняття 6. Навички гри та взаємодії (за принципами Son-Rise)

Мета: формування емоційної взаємодії та спільної діяльності.

Завдання:

– приєднання до стереотипної поведінки;

– розширення гри.

Методи: «дзеркальне» приєднання, гра-фантазування, поступове ускладнення лінії гри.

Матеріали: улюблені іграшки дитини.

Заняття 7. Символізація переживань через малюнок

Мета: підтримати емоційне вираження та опрацювання переживань.

Завдання:

– формування безпечної форми вираження емоцій;

– виявлення емоційних домінант.

Методи: малюнок «Мій день», «Мій безпечний простір», техніка «Історія в малюнку» (War Toys).

Матеріали: папір, фломастери, пастель, фарби.

Заняття 8. Розвиток динамічного інтелекту (елементи RDI)

Мета: стимулювати гнучкість мислення та адаптивність.

Завдання:

– формувати навички чергування, спільного рішення задач;

– знижувати ригідність поведінки.

Методи: вправи на зміни правил, «Знайди інший спосіб», «Закінчи історію».

Матеріали: предметні ігри, картки ситуацій.

Заняття 9. Ресурсне заняття. Створення «книги безпеки»

Мета: формування позитивних ресурсів, що підтримують дитину у стресових ситуаціях.

Завдання:

– допомогти дитині усвідомити власні опори;

– закріпити моделі поведінки в кризових ситуаціях.

Методи: колаж «Мені допомагає…», складання персональної «книги безпеки».

Матеріали: вирізки, наклейки, папка, кольорові олівці.

Заняття 10. Підсумкове заняття з дитиною та батьками

Мета: інтегрувати здобуті навички та оцінити зміни.

Завдання:

– аналіз прогресу;

– передача рекомендацій батькам;

– формування індивідуального плану подальшої підтримки.

Методи: спільна вправа «Моє дерево сил», коротке зворотне інтерв'ю для батьків.

Матеріали: лист формату А3, наліпки, маркери.

3.2. Рекомендації для батьків дітей з аутистичними розладами

Підтримка батьків є ключовим чинником ефективного розвитку та адаптації дітей із розладами аутистичного спектра, особливо в умовах війни, коли стресові чинники значно посилюють емоційні та поведінкові прояви. Військові події змінюють повсякденне життя сім'ї, порушують сталі структури, підвищують рівень невизначеності та тривоги. Саме тому рекомендації для батьків мають бути спрямовані на створення стабільного, передбачуваного та підтримувального середовища, що сприятиме зменшенню дистресу та підтримці психоемоційної рівноваги дитини.

1. Забезпечення почуття безпеки та стабільності

— Створіть у домі «безпечне місце» — простір, де дитина може заспокоїтись (подушки, м'які іграшки, улюблені предмети).

— Пояснюйте події простими й конкретними фразами: *«Ми йдемо в укриття, щоб бути в безпеці»*.

— Використовуйте візуальні підказки: картки, фото, піктограми для пояснення дій і правил під час тривоги.

— Дотримуйтеся звичних ритуалів (сон, харчування, улюблені заняття). Розклад має бути максимально передбачуваним.

2. Підтримка емоційної стабільності дитини

— Говоріть спокійно, повільно, короткими фразами.

— Допомагайте дитині називати емоції, навіть якщо вона не говорить: *«Ти налякався, бо був гучний звук. Я поруч. Я тримаю тебе».*

— Використовуйте техніки тілесної регуляції: «ведмежі обійми», масаж долонь, глибоке дихання разом з дитиною.

— Уникайте перенасичення: якщо дитина сильно збуджена, зменшіть кількість стимулів (звук, світло, рух).

3. Підтримка сенсорної рівноваги

— Забезпечте можливість сенсорних пауз: стискання м’яких іграшок, обіймальна ковдра, ігри з піском, крупами, водою.

— Якщо у дитини сенсорні тригери (сирени, гучні звуки), завчасно забезпечте навушники або шумопоглинаючі навушники.

— Використовуйте важкі вправи (перенесення предметів, натискання, протискання), які допомагають знизити рівень тривоги.

4. Підтримка комунікації в умовах напруження

— Використовуйте альтернативні засоби комунікації (PECS, піктограми, фото-послідовності).

— Навчайте дитину висловлювати базові потреби через картки: *«Я хочу…», «Мені потрібно…», «Я відчуваю…»*.

— Залучайте дитину до простих спільних активностей — приготування їжі, прибирання, поливання рослин, щоб підтримувати контакт.

— Заохочуйте навіть мінімальні комунікативні прояви: погляд, жест, дотик, вокалізацію.

5. Робота з поведінковими реакціями

— Не карайте дитину за стереотипні рухи — вони є способом саморегуляції.

— У разі агресії чи істерики зберігайте спокій та безпечну дистанцію: дитині необхідно повернути контроль над тілом.

— Завжди попереджайте про зміни у діяльності: – *«Ще 2 хвилини будемо грати і перейдемо до малювання».*

— Використовуйте таймер або пісочний годинник для зниження тривоги перед переходами.

6. Підтримка під час повітряних тривог

— Заздалегідь проігруйте сценарії:

– сигнал → рух до укриття → безпечне місце → заспокоєння.

— Візуально позначте шлях до укриття на малюнку чи картці.

— Укладайте в «тривожну валізку» знайомі сенсорні предмети:

– м’яку іграшку,

– сенсорні м’ячики,

– воду,

– навушники,

– картки PECS.

— Використовуйте «заспокійливу фразу»: *«Ми разом. Я тебе тримаю. Ми в безпеці».*

7. Підтримка навчання та концентрації

— Зменшуйте обсяг навчального матеріалу, розбивайте його на короткі блоки.

— Використовуйте візуальні розклади завдань.

— Забезпечуйте часті рухові паузи.

— Давайте завдання, з якими дитина гарантовано впорається — це формує відчуття успіху і знижує тривогу.

— Не вимагайте виконання завдань під час підвищеної тривожності — дайте можливість стабілізуватися.

8. Психологічна підтримка самих батьків

— Важливо зберігати власну емоційну стабільність — дитина чітко відчуває стан дорослих.

— Дозволяйте собі відпочинок, опору на близьких, короткі техніки релаксації.

— Не звинувачуйте себе за реакції дитини — це природні прояви аутичного розвитку у стресових умовах.

— За потреби звертайтесь до психолога, особливо якщо спостерігається:

– виснаження,

– почуття безсилля,

– емоційні зриви,

– труднощі у взаємодії з дитиною.

9. Техніки «швидкої допомоги» під час кризи

— Глибокий тиск: обіймайте дитину або загортайте в ковдру.

— Спільне дихання: 4 секунди вдих – 4 секунди видих.

— Заземлення 5–4–3–2–1: назвати 5 предметів, 4 звуки, 3 кольори тощо.

— Сенсорні предмети: передати м’яч, дати іграшку для стискання.

— «Я поруч» — проста, чітка, заспокійлива фраза.

10. Створення та підтримка «острівців безпеки»

Батьки можуть сформувати:

— сенсорний куточок,

— візуальні правила дня,

— книгу безпеки дитини,

— коробку заспокоєння,

— щоденник емоцій,

— ритуал вечірнього заспокоєння.

Такі «острівці» відновлюють передбачуваність і допомагають дитині пережити стресові ситуації з меншими наслідками.

Рекомендації для батьків дітей з аутистичними розладами в умовах війни спрямовані на підтримку базових потреб дитини: безпеку, стабільність, емоційну регуляцію, сенсорний комфорт, комунікацію та соціальну

взаємодію. Саме батьки є центральними фігурами у формуванні захисного середовища, тому їхня поінформованість, психологічна стійкість та участь у корекційно-розвитковому процесі визначають ефективність соціально-психологічної підтримки.

3.3. Рекомендації для вихователів та педагогів щодо взаємодії з дітьми РАС у воєнний час

Умови воєнного стану в Україні створюють для дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) середовище підвищеної стресогенності, яке поглиблює труднощі сенсорної регуляції, соціальної взаємодії та емоційного реагування. Тому педагогам і вихователям необхідно адаптувати освітній процес, забезпечуючи безпечні умови, підтримувальну комунікацію та індивідуально орієнтовані підходи. Наведені нижче рекомендації спрямовані на зменшення стресу, підтримку розвитку та покращення соціально-психологічного благополуччя дітей із РАС у закладах освіти під час війни.

1. Створення безпечного та передбачуваного освітнього середовища

— Забезпечити чітку структуру дня, використовуючи візуальні розклади, картки, піктограми та соціальні історії.

— Мати заздалегідь визначений алгоритм дій під час повітряної тривоги та інформувати дитину про нього у доступний спосіб.

— Організувати клас чи групу так, щоб дитина мала доступ до тихого куточка («зони спокою»), де вона може відновити рівновагу.

— Зменшувати кількість стимулів: сильного світла, шуму, хаотичних переходів між видами діяльності.

2. Підтримка емоційного стану дитини

— Використовувати м’який, спокійний тон, уникати різких інтонацій та наказових формулювань.

— Допомагати дитині називати емоції через прості фрази або візуальні картки («Мені страшно», «Я злюсь»).

— Реагувати спокійно на регресивні або емоційні прояви, пам’ятаючи, що це — реакція на стрес, а не «неслухняність».

— Використовувати короткі техніки заспокоєння: дихальні ігри, вправи на стискання предметів, короткі сенсорні паузи.

3. Адаптація навчального процесу

— Розбивати завдання на короткі, чіткі та послідовні кроки.

— Використовувати наочність, відео, предметні картинки для пояснення інструкцій.

— Давати більше часу на виконання завдань, не вимагати одномоментного переключення уваги.

— Дотримуватися принципу: *«одна інструкція — одна дія»*.

— За можливості пропонувати вибір між двома завданнями, щоб підтримати відчуття контролю.

4. Підтримка сенсорної регуляції

— Забезпечити доступ до сенсорних матеріалів: антистрес-іграшок, м’яких предметів, тактильних дошок.

— Дозволяти короткі сенсорні «перепочинки» — натискання на стіну, масаж пальців, робота з пластиліном чи кінетичним піском.

— Використовувати навушники або шумопоглинаючі навушники у середовищах із високим рівнем шуму.

— Уникати несподіваних гучних звуків та різких змін освітлення.

5. Підтримка комунікації

— Використовувати альтернативні засоби комунікації (PECS, жести, піктограми).

— Заохочувати навіть мінімальні прояви взаємодії — короткий погляд, жест, вказування.

— Говорити короткими, прямими фразами без метафор.

— Використовувати попередження про зміни: *«Через дві хвилини ми перейдемо до наступної гри»*.

6. Дії педагога під час кризових ситуацій (повітряні тривоги, переміщення в укриття)

— Завжди інформувати дитину про послідовність дій за допомогою коротких інструкцій і зорових підказок.

— Зберігати спокій: діти з РАС гостро реагують на емоційний стан дорослих.

— Дати дитині улюблену іграшку або сенсорний предмет під час перебування в укритті.

— Забезпечити можливість фізичного контакту (якщо дитина цього потребує): тримання за руку, дотик до плеча.

— Після завершення тривоги допомогти дитині повернутися до звичної діяльності через короткий ритуал: малювання, дихальна вправа, гра.

7. Підтримка соціальної взаємодії та адаптації

— Поступово вводити дитину в групові форми діяльності, не примушуючи до взаємодії.

— Давати дитині «соціального партнера» — однолітка або дорослого, який допомагає виконувати завдання.

— Заохочувати спільні, але не надто складні ігрові активності: паралельна гра, ігри з правилами, рольові сценки.

— Формувати навички соціальної комунікації через соціальні історії та моделювання життєвих ситуацій.

8. Співпраця з батьками

— Систематично обговорювати з батьками поведінкові й сенсорні особливості дитини, обмінюватися стратегіями реагування.

— Узгоджувати ритуали, ключові фрази та методи заспокоєння, які використовуються вдома.

— Ділитися з батьками спостереженнями щодо прогресу та труднощів дитини.

— За потреби направляти сім’ю до психолога, реабілітолога чи інших фахівців.

9. Професійна стійкість педагога

— Військові умови є стресовими також для педагогів, тому важливо застосовувати техніки саморегуляції.

— Планувати короткі перерви протягом дня.

— Підтримувати командну взаємодію з колегами.

— Дотримуватися принципів професійної гігієни: відпочинок, емоційне відновлення, тайм-менеджмент.

— Пам’ятати: стабільність дорослого = стабільність дитини.

Рекомендації для вихователів та педагогів зосереджені на важливості створення структурованого, безпечного й емоційно підтримувального середовища, що мінімізує вплив стресових чинників війни на дітей із РАС. Педагоги є одними з ключових учасників системи підтримки, адже саме вони щоденно взаємодіють із дітьми, допомагають їм адаптуватися, опановувати соціальні навички й зберігати психологічну рівновагу. Компетентність, доброзичливість та чутливість педагога мають вирішальне значення для успішної соціалізації та емоційного розвитку таких дітей у складних умовах воєнного сьогодення.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз теоретичних підходів до розуміння сутності розладів спектра аутизму засвідчив, що РАС є складними та багатофакторними порушеннями нейророзвитку, що поєднують нейробіологічні, генетичні, когнітивні та поведінкові механізми. У сучасній науці аутизм розглядається як стійке порушення розвитку соціальної взаємодії й комунікації, у поєднанні зі стереотипними формами поведінки та особливостями сенсорної інтеграції. Узагальнення досліджень вітчизняних і зарубіжних учених підтверджує відсутність єдиної теорії походження РАС, однак обґрунтовує полігенний характер їх виникнення та зв'язок із відхиленнями в розвитку мозкових структур. Систематизація теоретичних підходів створила необхідне підґрунтя для подальшої емпіричної роботи та формування практичних рекомендацій.

2. Етіологія РАС має поліфакторний характер, що включає генетичні, нейробіологічні, імунологічні та зовнішні чинники раннього розвитку. Поведінкові, когнітивні й біологічні моделі узгоджено підкреслюють, що ключову роль у виникненні РАС відіграє складна взаємодія спадкових механізмів та атипового формування міжнейронних зв'язків, що впливає на розвиток сенсорної, комунікативної та соціальної сфер. У межах біопсихосоціальної парадигми визначено, що соціальне середовище не є чинником виникнення РАС, однак значною мірою визначає успішність адаптації дитини. Таким чином, розуміння багатофакторності етіології є основою для розроблення ефективних корекційних і підтримувальних програм.

3. Особливості психоемоційного та соціального розвитку дітей з РАС зумовлені поєднанням нейробіологічних та когнітивних механізмів, що визначають варіативність функціонування — від глибоких порушень до високофункціональних форм аутизму. Важливу роль відіграють труднощі соціального пізнання, зокрема несформованість «теорії розуму», слабке

центральне зв’язування та дефіцит виконавчих функцій. Ці особливості впливають на адаптацію, комунікативну активність, емоційну регуляцію та поведінкові патерни дітей. Отже, розвиток дітей із РАС має системний характер і потребує комплексного підходу до діагностики та психологічної допомоги, зорієнтованої на розвиток соціальних, комунікативних і адаптивних навичок.

4. Воєнні події виступають сильним психотравмувальним чинником, який суттєво посилює психоемоційні та поведінкові порушення у дітей з РАС. Незрілість механізмів саморегуляції, труднощі у розпізнаванні та вираженні емоцій, а також підвищена сенсорна чутливість роблять цю категорію дітей особливо вразливою до стресу. У воєнних умовах посилюються тривога, емоційна нестабільність, стереотипії, порушення комунікації та адаптації. Значний вплив має емоційний стан батьків: їхнє виснаження, стрес і невизначеність прямо корелюють зі станом дитини. Отже, війна не лише поглиблює вже наявні труднощі розвитку, а й створює нові ризики, що вимагають цілеспрямованої та своєчасної психологічної підтримки сімей.

5. Умови воєнного стану істотно ускладнюють соціально-психологічну підтримку дітей з РАС, що потребує гнучких, індивідуалізованих і міждисциплінарних підходів. Ефективна система супроводу повинна включати створення стабільного, передбачуваного середовища, емоційну підтримку дитини та батьків, використання альтернативних методів комунікації (PECS, RDI, Son-Rise), сенсорну регуляцію, арт-терапевтичні методи та розвиток динамічного інтелекту. Підтримка має бути спрямована на зниження тривожності, подолання сенсорного перевантаження, формування соціальних навичок і забезпечення безпеки дитини в умовах постійної нестабільності.

6. Емпіричне дослідження підтвердило суттєвий негативний вплив воєнних подій на психоемоційний стан, поведінку та соціальну адаптацію дітей із РАС. У більшості дітей проявляються підвищена тривожність,

сенсорна гіперчутливість, регресивні реакції, труднощі комунікації та зниження соціальної активності. Аналіз малюнків засвідчив наявність образів небезпеки та укриття, а анкетування батьків виявило підвищення порушень сну, страхи, посилення стереотипій та залежність від дорослих. Водночас було визначено, що стабільні рутини, безпечне середовище та емоційна підтримка значущих дорослих суттєво пом'якшують прояви стресу. Це підтверджує важливість індивідуалізованої, системної соціально-психологічної підтримки дітей і сімей у воєнних умовах.

7. У третьому розділі була розроблена комплексна програма соціально-психологічної підтримки дітей з РАС в умовах війни, що базується на результатах теоретичного й емпіричного аналізу. Програма включає сенсорну, емоційну, комунікативну та соціальну складові й спрямована на зниження тривожності, покращення емоційної регуляції, розвиток адаптивної поведінки та посилення взаємодії дитини з оточенням. Рекомендації для батьків передбачають створення безпечного та передбачуваного домашнього середовища, використання візуальної підтримки, підтримання стабільних рутин, сенсорної регуляції та емоційного контакту. Рекомендації для педагогів акцентують на адаптації освітнього середовища, уникненні сенсорного перевантаження, застосуванні альтернативних засобів комунікації та підвищенні власної стресостійкості. Запропонована програма є важливою практичною основою для оптимізації супроводу дітей з РАС у воєнних умовах та забезпечення їх комфортнішої адаптації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Борисенко О. М., Музика С. В. Концепції і теорії причин виникнення розладу спектра аутизма. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Вип. 1, 2016. С. 209-217. URL : https://surl.li/ophsqq

2. Вернигор П. Що таке психотравма та чому важливо лікувати її вже зараз. 2022. URL : https://zaborona.com/shho-take-psyhotravma-ta-chomu-vazhlyvo-likuvaty-yiyi-vzhe-zaraz/

3. Войтко В. І. Психологічний словник. Київ: Вища школа. 2010. 218 с.

4. Галах Т. В. Діагностика і корекція дітей з раннім дитячим аутизмом. Нетішин, 2016. 49 с.

5. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

6. Інклюзія в дії; стратегії впровадження в Україні та світі : колективна монографія / О. Главацька, Н. Горішна, Г. Слозанська та ін. Тернопіль : Осадца Ю. В., 2022. 326 с. URL : http://dspace.tnpu.edu.ua/handle/123456789/25417

7. Капська А. Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю : навчально-методичний посібник. Київ : УДЦССМ. 2001. 219 с.

8. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: від основ до практики : монографія. Київ : ТОВ «АТОПОЛ». 2016. 152 с.

9. Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі : навчально-методичний посібник / А. А. Колупаєва,О. М. Таранченко. Харків : Вид-во «Ранок», 2019. 304 с.

10. Кулик В. Г. Аутичні діти: які вони? *Дефектолог*. №8. 2013. С. 4-6.

11. Левченко В. В., Луценко О. В. Вплив військовий подій на психічне здоров'я дітей. *Габітус*. Вип. 50, 2023. С. 85-92.

12. Марценковський І. А., Дубовик К. В. Високофункціональні розлади аутистичного спектра: клінічний поліморфізм, коморбідність, особливості лікування. *НейроNews.* №9 (83). 2016. С. 25-29. URL : https://surl.li/yyzhsi

13. Махній М. М. Проєктивний психологічний інструментарій для роботи з дітьми з особливими освітніми потребами. Чернігів : Десна Поліграф, 2021. 320 с.

14. Музиченко І. В. Ткачук І. І. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : метод. рекоменд. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.

15. Надання психологічної допомоги, дітям, зокрема, з дітьми з ООП, які зазнали психотравматичних подій (блог С. Ярмолицької). URL : http://yarmolytska.blogspot.com/ p/blog-page_26.html

16. Наказ МОЗ України від 15.06.2015 № 341. Уніфікований клінічний протокол, первинної, вторинної(спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Розлади аутичного спектру (розлади загального розвитку). URL : https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2015_341_autism/2015_341_YKPMD_autism.pdf

17. Наугольник Л. Б. Особливості переживання кризи горя. *Проблеми особистості в освітньому просторі держави* : матеріали круглого столу (м. Львів, 15 квітня 2014 р.). Львів : ЛьвДУВС, 2015. С. 158–162.

18. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ. 2015. 324 с.

19. Нерубасська А. О., Турлевська Д.І. Особливості розвитку дітей із розладом аутистичного спектру. *Габітус*. Випуск 44. 2022. С. 94-98. URL : http://habitus.od.ua/journals/2022/44-2022/16.pdf

20. Оверчук В. Проблема психологічної безпеки особистості в умовах військового стану. *Наукові перспективи*. 2022. № 12(30). С. 461–471

21. Олексюк В. Р. Моделі психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами спектру аутизму. *Науковий вісник Мукачівського державного університету.* Серія Педагогіка та психологія. Мукачево. Вип. 2 (2). 2019. С. 97-100.

22. Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом : монографія. Львів : Тріада плюс, 2012. 520 с.

23. Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом : монографія. Львів : «Тріада плюс», 2012. 520 с.

24. Островська К. О. Островський І. П. Основи психолого-педагогічної та медичної діагностики дітей із спектром аутистичних порушень : навчальний посібник. Львів : Тріада плюс. 2015. 228 с.

25. Підчасов Є. В., Чепелєва Н. І. Вплив пролонгованих травматичних подій (військових подій) на емоційну сферу дитини. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві* : зб. матеріалів VII Всеукр. науково-практичної конференції, (28 жовтня 2022 р. Львів), 2022. С. 276–279.

26. Психологічні особливості аутистичних дітей. Сторінка корекційного педагога. Інклюзивно-ресурсний центр №8 Святошинського району. Київ, 2021. URL : https://kyiv8.irc.org.ua/psihologichni-osoblivosti-autichnih-ditej-14-47-21-15-04-2021/

27. Психотравмуюча ситуація та психотравма. Психологічна допомога. *База пошуку психологів* : веб-сайт. 2021. URL : https://www.psyhelp.com.ua/ 2021/09/07/psyhotravmuyucha-sytuacziya-ta-psyhotravma/

28. Рассказова О. І. Розвиток соціальності учнів в умовах інклюзивної освіти: теорія та технологія : монографія. Харків : ФОП Шейніна О. В. 2012. 465 с.

29. Розлади аутистичного спектру у дітей. Особливості ранньої діагностики. *Буковинський державний медичний університет*, 2018. URL : https://surl.li/hawgfr

30. Романчук О. Д. Нейробіологічне походження та психологічні моделі аутизму. *НейроNews*. №5 (16). 2009. URL : https://surl.li/wuobrl

31. Сікорська Л., Богоніс Ю., Граб Ю., Славич О. Травматерапія та психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектру. *Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат* : матеріали III Всеукраїнської міждисциплінарної науково-практичної конференції з міжнародною участю (23–24 квітня 2023 р.). С. 271-277. URL : http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/29764/1/53_Sikorska_et_al.pdf

32. Скрипник Т. В. Інтеграційний літній табір: простір розвитку дітей з аутизмом / Т. В. Скрипник, Г. М. Хворова, Г. Г. Смоляр. Київ : ПВП «Задруга», 2007. 96 с

33. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму : монографія. Київ : Видавництво “Фенікс”, 2010. 320 с.

34. Смоляр Г. Г. Біхевіоральна теорія. Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом : у 2-х т. Т. II. Київ, 249 с.

35. Тарасун В. В., Хворова Г. М. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом : навч. посіб. для вищ. навч. закл. за наук. Київ: Наук, світ. 2004. 100 с.

36. Титаренко Д. С. Особливості функціонування механізмів психологічного захисту у рятувальників в умовах екзистенціальної загрози : монографія. Харків : НУЦЗУ, 2011. 151 с.

37. Устінова М. В. Нейропсихологічні аспекти аномального розвитку вищих психічних функцій при розладах аутистичного спектра. *Медична психологія*. №6, 2018. С. 57-60. URL : http://tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/6_2018/12.pdf

38. Хворова Г. М. Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.03. 2010. Київ, 22 с.

39. Хромець В. А. Емоційне вигорання батьків дітей з аутизмом в умовах війни: психологічний аналіз і стратегії підтримки. *Журнал сучасної психології*. Вип. 3, 2025. С. 97-104. DOI : https://doi.org/10.26661/2786-7471/2025-3-11

40. Чуприков А. П., Хворова Г. М. Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів : Мс. 2012. 184 с.

41. Шульженко Д. І. Психологічні основи корекційного виховання дітей з аутистичними порушеннями: дис. … д-ра психол. наук : 19.00.08. Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ, 2010. 2010. 480 с.

42. Що таке аутизм і як його розпізнати? *Медичний онлайн-хаб* : веб-сайт. 2021. URL : https://doc.ua/ua/bolezn/autizm

43. Bauman, Margaret L., Thomas L. Kemper. The Neurobiology of Autism. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press, 2005.

44. Crowell J. A., Keluskar J., Gorecki A. Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*. Vol. 90, 2019. P. 21-29.

45. Diest V. C., Leoni M., Fisher N., & Spain D. Using EMDR With Autistic Clients: How Do Therapists Adapt? *Journal of EMDR Practice and Research*. 2022. №. 16 (3). P. 123–134.

46. Encinas M., Osorio A., Jarero I., & Givaudan M. Randomized Controlled Clinical Trial on the Provision of the EMDR-PRECI to Family Caregivers of Patients with Autism Spectrum Disorder. *Psychology and Behavioral Science International Journal*. 2019. № 11(1). P. 1–8.

47. Fisher N., van Diest C., Leoni M., & Spain D. Using EMDR with autistic individuals: A Delphi survey with EMDR therapists. *Autism*. 2023. №. 27 (1). P. 43–53.

48. Fitzgerald M. The history of autism in the first half century of the 20th century: new and revised. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*. Vol. 1(2). 2018. P. 70-77.

49. Frith U. Mind blindness and the brain in autism. *Neuron*. 2001. № 6. С. 969–979.

50. Lobregt-van Buuren, E., Sizoo B., Mevissen L., & de Jongh, A. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy as a feasible and potential effective treatment for adults with autism spectrum disorder (ASD) and a history of adverse events. *Journal of autism and developmental disorders*. 2019. №. 49. P. 151–164.

51. Mandy W., Murin M., Skuse D. The Cognitive Profile in Autism Spectrum Disorders. *Key Issues in Mental Health*. 2015. № 180. С. 34–45.

52. Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience. New York : Oxford University Press, 2000.

53. O'Leary J. J. Measles virus an autism / J. J. O'Leary, V. Uhlmann, A. J. Wakefield. Lancet, 2000. № 356 (9231). 772 p.

54. Ritvo, Edward R. Understanding the Nature of Autism and Asperger's Disorder: Forty Years along the Research Trail. London : Jessica Kingsley Publishers, 2005.

55. Stewart J. The Metamorphosis of Autism: A History of Child Development in Britain by Bonnie Evans. *The Journal of the History of Childhood and Youth*. Vol. 11(2), 2018. P. 271-272.

56. Tager-Flusberg H. Language and Understanding Minds: Connections in autism. Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience / Baron-Cohen S, Tager- Flusberg H, Cohen DJ, editors. Oxford:Oxford University Press, 2000: С. 34–65.

57. White S. The Triple I Hypothesis: Taking Another('s) Perspective on Executive Dysfunction in Autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 2012. № 1. С. 114–121.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для батьків «Психоемоційний стан дитини з РАС під час війни»

1. Як змінився загальний емоційний стан вашої дитини з початком війни?

□ без змін□ стала більш тривожною

□ стала більш збудженою

□ стала замкненою

□ інше (вкажіть) _____

2. Чи помічаєте посилення таких проявів:

— страхів: □ так □ ні

— агресивних реакцій: □ так □ ні

— аутостимуляційних дій: □ так □ ні

— регресивної поведінки: □ так □ ні

3. Які зміни у поведінці ви спостерігаєте найчастіше?

_____

_____

_____

_____

4. Як дитина реагує на звуки сирен, вибухів, швидкі зміни середовища?

_____

_____

_____

_____

5. Чи порушився сон дитини?

□ так

□ ні

□ частково

6. Чи погіршився апетит?

□ так □ ні

7. Наскільки легко дитина адаптується до укриття, евакуації або переміщень?

□ легко

□ помірно

□ важко

8. Що зараз найбільше допомагає дитині заспокоїтися?

_____

_____

_____

_____

9. Які труднощі у взаємодії з дитиною ви відчуваєте?

_____

_____

_____

_____

10. Якої допомоги від фахівців вам бракує найбільше?

_____

_____

_____

_____

Щиро дякуємо вам за час, увагу та відкритість у відповідях!