МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., професор Асєєва Ю.О.

_____
(підпис)

«____»_____2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності_____053 Психологія_____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою_____«Практична психологія»_____
(назва освітньої програми)

На тему: **«РОЛЬ БАТЬКІВ У РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК ДІТЕЙ З АУТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ»**

Виконавець:
здобувач 2 курсу 6зф12/2 групи
факультету ЦЗФН
_____ Літвінов Олександр Сергійович
/підпис/

Науковий керівник
Ст. викладач кафедри МППП
доктор філософії, ст. викладач
_____Орленко Ірина Миколаївна
/підпис/

Одеса 2025

ЗМІСТ

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ РАС У КОНТЕКСТІ НЕЙРОРОЗВИТКОВИХ ВІДХИЛЕНЬ 7

1.1. Історичний розвиток концепції розладів аутистичного спектра 7

1.2. Характеристика особистості та когнітивні моделі, що пояснюють природу розладу аутистичного спектру..... 14

1.3. Функціональні види та особливості розладів аутистичного спектру, особливості міжнародних діагностичних критеріїв DSM-5 та МКХ-11 ... 22

РОЗДІЛ ІІ. РОЛЬ СІМ'Ї ТА БАТЬКІВ У ФОРМУВАННІ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ 29

2.1. Роль сім'ї та батьків у розвитку дитини з порушеннями розвитку 29

2.2. Методи та практики підтримки батьків у розвитку комунікативних навичок дитини 37

2.3. Психологічна підтримка батьків дітей з аутистичними проявами . 45

РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ БАТЬКІВ У РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ 53

3.1.Обґрунтування критеріїв дослідження ролі та поведінки батьків у розвитку комунікативних навичок дітей з РАС 53

3.2. Результати проведеного дослідження ролі та поведінки батьків у розвитку комунікативних навичок дітей з РАС 68

3.3. Практичні рекомендації щодо підвищення ролі батьків у корекційних зусиллях у роботі з дітьми з РАС 85

ВИСНОВКИ..... 93

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 96

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Сучасний етап розвитку спеціальної та інклюзивної освіти характеризується зростанням кількості дітей із розладами аутистичного спектра (далі — РАС) та усвідомленням неможливості ефективної допомоги без активної участі сім'ї. Саме батьки є тими дорослими, які забезпечують дитині з аутистичними проявами найбільш тривале й емоційно значуще середовище, у якому формуються перші й найважливіші комунікативні навички. Водночас результати проведеного нами емпіричного дослідження засвідчили складну, неоднорідну картину мовленнєвого та соціально-комунікативного розвитку дітей з РАС за умов значного емоційного навантаження і високого рівня стресу їхніх батьків, при переважно низькому або базовому рівні поінформованості щодо особливостей аутизму та ефективних стратегій взаємодії. Це зумовлює особливу актуальність наукового аналізу ролі батьків у розвитку комунікативних навичок дітей з аутистичними проявами та пошуку практично орієнтованих шляхів підвищення ефективності батьківської підтримки.

Аналіз наукових джерел засвідчує значний інтерес дослідників до проблеми когнітивних, соціальних та поведінкових особливостей дітей з РАС. Разом з тим аспект взаємодії в системі «батьки – дитина з РАС», зокрема питання формування комунікативних навичок у сімейному контексті, потребує подальшого поглиблення. У більшості наявних робіт переважають загальні характеристики батьківських труднощів, однак менш широко представлені дослідження, що аналізують саме вплив стилів батьківської взаємодії, рівня поінформованості та сформованості батьківських компетенцій на розвиток комунікації дитини. Таким чином, обрана тема «Особливості взаємодії батьків і дітей із розладами аутистичного спектру» є актуальною, соціально значущою і науково обґрунтованою.

Мета дослідження – визначити специфіку взаємодії батьків з дітьми з РАС у контексті розвитку комунікативних навичок та розробити практичні рекомендації щодо підвищення ефективності батьківської підтримки.

Об'єкт дослідження – процес взаємодії батьків і дітей з розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження – особливості впливу батьківської взаємодії, стилів спілкування та рівня батьківської поінформованості на формування комунікативних навичок дітей з аутистичними проявами.

Для досягнення мети необхідно розв'язати такі **завдання:**

- розкрити сучасні наукові підходи до вивчення природи РАС та їх впливу на комунікативний розвиток дитини;
- проаналізувати роль сім'ї та найближчого соціального оточення у формуванні комунікативних навичок дітей з аутистичними проявами.
- визначити психологічні труднощі та ресурси батьків, що впливають на взаємодію з дитиною;
- охарактеризувати вибірку, структуру та методи емпіричного дослідження батьківських стратегій і комунікативних проявів дітей з РАС;
- дослідити особливості батьківської взаємодії та чинники, що сприяють або перешкоджають розвитку комунікативних навичок дитини;
- розробити практичні рекомендації щодо підвищення ефективності батьківської підтримки комунікативного розвитку дітей з РАС.

Методологічну основу дослідження становлять сучасні нейророзвиткові та соціально-інтеракційні підходи до вивчення РАС, що спираються на праці Л. Каннера, Г. Аспергера та міжнародні класифікації DSM-5 і МКХ-11. Теоретичне пояснення специфіки комунікації дітей з аутизмом ґрунтується на когнітивних моделях С. Барон-Коена, У. Фріт і Ф. Хаппе, які розкривають порушення Теорії розуму, центральної когерентності та виконавчих функцій. Важливими є також соціально-інтеракційні концепції М. Томазелло та Дж. Брунера. Роль сім'ї як ключового середовища розвитку

обґрунтовано у працях У. Бронфенбреннера та представників сімейно-центричного підходу. Аналіз батьківської взаємодії спирається на теорію прив'язаності Д. Боулбі та М. Ейнсворт і дослідження стилів виховання Д. Баумрінд. Практична частина дослідження базується на доказових корекційних підходах, зокрема АВА-терапії (О. Ловаас, Б. Скіннер), системі альтернативної комунікації PECS (Л. Бонді, Е. Фрост) та моделях раннього втручання (С. Роджерс, Дж. Доусон).

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та розв'язання дослідницьких завдань було використано комплекс взаємодоповнюючих методів, які забезпечили теоретичне обґрунтування теми та її всебічну концептуалізацію. На теоретичному рівні застосовувалися аналіз, синтез та узагальнення наукових праць, що дозволило окреслити сучасні підходи до розуміння природи РАС та особливостей комунікативного розвитку дітей. Емпіричну основу роботи склали анкетування батьків, напівструктуроване інтерв'ю та аналіз комунікативної поведінки дітей, що дало змогу зафіксувати реальні прояви сімейної взаємодії та труднощі у сфері спілкування. Для опрацювання отриманих результатів були використані методи кількісного аналізу, описової статистики та якісного аналізу відповідей, завдяки чому вдалося виявити ключові тенденції та узагальнити типові особливості батьківських стратегій.

У дослідженні було використано низку методик, спрямованих на всебічне вивчення батьківської взаємодії та особливостей комунікативного розвитку дітей з РАС. Зокрема, застосовано анкету для батьків, розроблену з метою виявлення їхніх уявлень про особливості дитини, стилів виховання та використовуваних стратегій підтримки. Додатково проведено напівструктуроване інтерв'ю, що дозволило глибше дослідити емоційні стани, труднощі та ресурси батьків у щоденній взаємодії з дитиною. Для аналізу комунікативної поведінки дітей використано спостереження та описові карти фіксації проявів спільної уваги, ініціювання контакту, мовленнєвої активності та прагматичних навичок. Сукупність цих методик

дала змогу отримати повні, достовірні та взаємодоповнюючі дані щодо ключових аспектів взаємодії в сім'ях, що виховують дітей з РАС.

Вибірка дослідження включає батьків дітей з РАС віком від 3 до 15 років (загальна кількість – 21 особа). Дослідження відбувалося на базі Одеського обласного ресурсного центру підтримки інклюзивної освіти КЗВО «ОАНО ООР».

Теоретичне значення роботи полягає в систематизації сучасних досліджень щодо сімейних факторів розвитку комунікації у дітей з РАС та у поглибленні розуміння ролі батьківського стилю взаємодії.

Практичне значення полягає у створенні рекомендацій і практичних інструментів, що можуть бути використані психологами, педагогами, консультантами та батьками для підсилення комунікативного розвитку дітей з аутистичними проявами.

Апробація результатів Орленко І.М., Літвінов О.С. Роль батьків у розвитку комунікативних навичок дітей з аутичними проявами. *Габітус,* 2025. Вип. 79.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Зміст роботи викладено на 92 сторінках тексту, ілюстровано 8 таблицями і 3 рисунками. Список літератури включає 80 джерел.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ РАС У КОНТЕКСТІ НЕЙРОРОЗВИТКОВИХ ВІДХИЛЕНЬ

1.1. Історичний розвиток концепції розладів аутистичного спектра

Як зазначає Т. Скрипник, початок використання термінів, які у теперішній час використовуються для характеристики осіб із нетиповими ознаками психічного розвитку припадає на на першу половину минулого століття [1]. Терміни «шизофренія» та «аутизм» (від грецького *autos* – сам) у 1911 р. запровадив швейцарський психіатр Ейген Блейлер. Як відмічає Р. Кан, термін «аутизм» Е. Блейлер застосував для опису активного відсторонення пацієнтів, які страждали на шизофренію, у світ власних фантазій у значенні центрального симптому в разі важких порушень взаємодії з реальністю у хворих на шизофренію дорослих [2]. Це відсторонення було спробою пацієнтів впоратися з нестерпними подразниками із зовнішнього світу або власними переживаннями.

Використовувати термін «аутизм» у його сучасному розумінні почали приблизно лише у тридцяті роки. На думку дослідників, австрійський педіатр Ганс Аспергер уперше використав цей термін для опису «аутистичної психопатії» у лекції, прочитаній у Віденському університеті. Пізніше, у 1944 році, Г. Аспергер опублікував свою докторську дисертацію, де детально описав групу дітей та підлітків, які демонстрували дефіцит комунікації та соціальних навичок, а також обмежені й повторювані моделі поведінки [2].

Майже одночасно Лео Каннер, вчений який працював у США, у своїй класичній праці «Аутистичні порушення афективного контакту» описав 11 дітей, поведінка яких винятковим чином була подібна до поведінки, описаної Аспергером. Більшість клінічних ознак, які навів Л. Каннер, як-от «аутистична відчуженість» та «наполеглива вимога одноманітності», і досі становлять частину діагностичних критеріїв Розладів Аутистичного Спектра (РАС) у сучасних класифікаціях. Слід підкреслити, що, на відміну від дітей,

описаних Л. Каннером, у випадках, поданих Г. Аспергером, не відмічалося значної затримки когнітивного та мовленнєвого розвитку [2].

Як відмічають дослідники, опублікована в Німеччині стаття Г. Аспергера тривалий час залишалася невідомою, поки не переклала її англійською мовою, завдяки чому ця робота набула широкого визнання. Погляди Аспергера знайшли подальший розвиток завдяки У. Фріт та Л. Вінг. У результаті цього, поступово сформувалася сучасна думка про аутизм як про спектр розладів із континуумом симптомів – від легкого до тяжкого ступеня, при цьому Синдром Аспергера став визнаватися лише як частина цього континууму.

На думку Фуентес Х., Бакаре М., Мунір К., Агуайо П., Ґаддур Н., Онер О., Меркаданте М., початкове значення терміна, запровадженого Блейлером, та його теоретична зв'язок із шизофренією, а також домінування психоаналітичних теорій у середині XX століття, призвели до того, що розлади аутистичного спектра (РАС) тривалий час хибно відносили до групи психотичних розладів, які класифікувалися у рубриці дитяча шизофренія [3].

Розлади аутистичного спектра (РАС), також вживають термін «розлади спектру аутизму» (РСА), є однією з найпоширеніших груп психічних розладів у дітей. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, РАС зустрічаються у 1 з 50 дітей, що робить їх вивчення та точну діагностику критично важливими для системи освіти та охорони здоров'я.

Оскільки ці психічні розлади не можуть розглядатись як ненормальність людей, в науковий та загальносуспільний обіг широко увійшли такі терміни для визначення дітей із різним рівнем психічного розвитку як нейротипові діти та «нейрорізноманітні» або «нейродивергентні» діти. Нейротипові діти, це діти, розвиток мозку та нервової системи яких, а отже і їхня поведінка, комунікативні навички та соціалізація, відповідають загальноприйнятим нормам або очікуваним етапам розвитку для їхнього віку. Термін «нейротиповий» використовується як противага іншому терміну «нейрорізноманітний» або «нейродивергентний». До «нейрорізноманітних»

або «нейродивергентних» дітей належать жіяти із різноманітними відхиленнями від очікуваного або середнього рівня, зокрема діти із РАС. Такий підхід дозволив відійти від поняття нормальності і ненормальності дітей і перейти до більш коректного та інклюзивного підходу з точки зору типовості і різноманітності психологічного стану окремих людей.

У наукових колах поряд із РАС активно вивчається затримка психічного розвитку (ЗПР), яка через подібні труднощі в навчанні та соціалізації часто помилково ототожнюється з аутизмом. Неправильне розмежування цих станів зумовлює неефективність корекційної роботи, адже їхня природа принципово різна. Визначення сутнісних відмінностей між ЗПР (як уповільнення розвитку) та РАС (як якісного порушення нейророзвитку) є ключем до своєчасної допомоги та точного прогнозу. Це підкреслює важливість ретельної диференціальної діагностики.

Спочатку розглянемо теоретичні основи сутності та видів розладів аутистичного спектра (РАС). Сучасне наукове розуміння РАС базується на концепції спектральності, що відображає виняткову варіативність клінічних проявів, когнітивних профілів, функціональних рівнів та супутніх станів.

Як відмічають Кирилова Л. Г., Мірошников О. О., Грабовенська І. О. [4], сутність РАС визначається як первазивний, тобто тотальний, розлад нейророзвитку, що комплексно впливає на формування соціального мозку та його функціональність, починаючи з раннього дитинства. Це порушення характеризується системним дизонтогенезом. На думку Кононової М. М. та Єланської Д.В. [5], перехід до терміну "спектр" став критичним кроком, що дозволив відійти від застарілих категорій (таких як синдром Аспергера або атиповий аутизм) і розглядати всі ці стани як частину єдиного континууму порушень соціальної комунікації та обмежених інтересів. Це дозволило фокусуватися на функціональному рівні та потребі в підтримці, а не на жорсткій нозологічній категорії.

Далі перейдемо до розгляду сутності та особливостей іншого виду психічного різноманіття дітей, а саме до дітей із затримкою психічного

розвитку (ЗПР). Як відмічає О. В. Гаврілов [6], при РАС порушення настають рано і їхня специфіка визначається якісною, а не лише кількісною, атиповістю розвитку психічних функцій, що критично відрізняє РАС від інших нозологій, зокрема ЗПР. Затримка психічного розвитку (ЗПР) – це порушення темпу психічного розвитку, при якому окремі психічні функції (такі як мислення, увага, пам'ять, емоційно-вольова сфера) формуються із запізненням, але мають потенціал до вирівнювання і нормалізації під впливом корекційного навчання.

Як зазначає Н. Голуб ключовими характеристиками ЗПР є уповільнення темпу розвитку – це є головною сутністю ЗПР [7]. Розвиток відбувається в тій же послідовності, що й у нормі, але значно повільніше. Незрілість Емоційно-Вольової Сфери: Як відмічає Н. Голуб, для дітей із ЗПР характерним є переважання ігрових інтересів та незрілість емоційного реагування, що більше відповідає попередньому віковому етапу. Також спостерігається недостатній запас знань, зниження пізнавальної активності, швидка насичуваність в інтелектуальній діяльності, а найбільші труднощі виявляються на рівні словесно-логічного мислення при відносно збереженому наочно-образному.

З метою більш чіткого формування предмету кваліфікаційної роботи важливим є визначити ключові відмінності затримка психічного розвитку та розладів аутистичного спектру (див. табл.). Як зазначають Островська К.О., Качмарик Х.В., Дробіт Л.Р., незважаючи на те, що діти з обома діагнозами можуть мати труднощі у навчанні та соціалізації, природа цих порушень є якісно різною [8].

Затримка психічного розвитку (ЗПР) і розлади аутистичного спектра (РАС) мають суттєві відмінності як за походженням, так і за характером проявів. ЗПР характеризується уповільненим, але збереженим напрямом розвитку, а РАС – якісною атиповістю, що впливає на всі сфери функціонування. У дітей із ЗПР зберігається мотивація до спілкування і соціальної взаємодії, тоді як при РАС наявний первинний дефіцит соціальної

комунікації та інтенційності. Поведінкові прояви при ЗПР здебільшого відображають вікову незрілість, у той час як при РАС домінують стереотипії, вузькі інтереси та сенсорні особливості. Роль родини також різниться: при ЗПР – як фактор вторинної поведінки, при РАС – як джерело структурованості для адаптації. Ці відмінності мають важливе діагностичне значення і визначають підходи до корекційної роботи. Більш детально з класифікацією можна ознайомитися у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Ключові відмінності затримка психічного розвитку та розладів аутистичного спектру

Критерій	Затримка Психічного Розвитку (ЗПР)	Розлади Аутистичного Спектра (РАС)
Сутність порушення	Уповільнення темпу розвитку. Дисфункція має тимчасовий і функціональний характер.	Якісна атиповість (первазивність) розвитку. Розлад є структурним порушенням нейророзвитку.
Соціальна взаємодія	Труднощі викликані незрілістю (дитина поводиться як молодша), невмінням підпорядковуватися правилам та відсутністю соціального досвіду (вторинне порушення).	Труднощі викликані первинним дефіцитом соціальної комунікації, порушенням "Теорії Розуму" та нездатністю до інтенційної взаємодії.
Спілкування та комунікація	Є мотивація до спілкування та емоційної взаємодії, але немає належних навичок. Мовлення сформоване зі запізненням, але послідовно.	Часто відсутня мотивація до спілкування (або вона атипова). Характерні ехолалії, інверсія займенників та прагматичні порушення (нерозуміння соціального контексту).
Інтереси та поведінка	Переважають ігрові інтереси, властиві дітям молодшого віку. Поведінка емоційно нестійка.	Наявність обмежених, інтенсивних та повторюваних інтересів (наприклад, колекціонування, енциклопедичні знання про вузьку тему) та стереотипій (рухових або вербальних).
Сенсорна сфера	Зазвичай не порушена.	Часто присутні сенсорна гіпер- або гіпочутливість (наприклад, до звуків, світла, одягу), що впливає на поведінку та тривожність.
Роль родини	Особлива прив'язаність до матері та небажання спілкуватися з "чужими" часто є наслідком	Залежність від структури та передбачуваності середовища, яку забезпечує близька людина (первинний фактор).

	несприятливого досвіду спілкування та гіперопіки (вторинний фактор).	

Джерело: складено на основі [7-9].

Всі відмінності між такими психічними порушеннями як затримка психічного розвитку та розладів аутистичного спектру були проаналізовані крізь призму шести критеріїв, а саме за такими як сутність порушення та його характер, специфіка соціальної взаємодії, особливості комунікації та спілкування, інтереси та специфіка поведінки, сенсорна сфера, вплив сім'ї. Розглянемо їх окремо.

За сутністю порушення та його характером, на думку вищеназваних дослідників цієї проблеми, фундаментальна відмінність полягає у характері дизонтогенезу. При ЗПР порушення визначається як уповільнення темпу розвитку. Це означає, що розвиток відбувається за загальноприйнятою послідовністю, але зі значним запізненням, яке може бути вирівняне. Дисфункція має часто функціональний та тимчасовий характер, а психічні функції мають потенціал до подальшого розвитку. При РАС йдеться про якісну атиповість (первазивність) розвитку, що є наслідком структурного порушення нейророзвитку. Порушення є тотальним і впливає на формування соціальної взаємодії та комунікації з раннього віку, що не може бути вирівняне лише за рахунок прискорення темпу.

Специфіка соціальної взаємодії та відмінності у соціальній сфері є найбільш значущими. У дітей із ЗПР труднощі у соціальній взаємодії найчастіше викликані незрілістю емоційно-вольової сфери (дитина поводиться як молодша), невмінням підпорядковуватися складним соціальним правилам та відсутністю належного соціального досвіду. Їхні соціальні труднощі є вторинними. Діти з РАС демонструють труднощі, викликані первинним дефіцитом соціальної комунікації та порушенням "Теорії Розуму". Їм складно автоматично розуміти наміри, бажання та емоції інших, що робить їхню взаємодію механічною та неадекватною контексту.

Вони не стільки не вміють, скільки структурно неспроможні до інтуїтивної соціальної комунікації.

За критерієм особливості комунікації та спілкування, на думку Л. Коргун та А. Хіля, якщо при ЗПР мовлення сформоване із запізненням, але дитина має високу мотивацію до спілкування та емоційної взаємодії, то це свідчить про збереження соціального ядра [9]. Натомість, при РАС часто спостерігається відсутність мотивації до ініціювання діалогу або спілкування є атиповим. Характерними є прагматичні порушення – нерозуміння соціального контексту, використання ехолалій (повторення слів) або інверсія займенників ("ти хочеш" замість "я хочу"), що відображає труднощі у засвоєнні комунікативної функції мови.

За наступним критерієм - інтереси та специфіка поведінки – відмічається наступна відмінність між ЗПР та РАС. Діти із ЗПР зазвичай мають ігрові інтереси, що є типовими для дітей, але переважають над навчальною мотивацією. Їхня поведінка емоційно нестійка, але не має глибоко вкорінених рухових стереотипій. Для дітей з РАС характерна наявність обмежених, інтенсивних та повторюваних інтересів, які часто не є соціальними (наприклад, фокусування на деталях, частинах предметів, вузька енциклопедична тема). Крім того, присутні стереотипії (стимінг) – повторювані рухові або вербальні акти, які є механізмами саморегуляції.

За останніми двома критеріями, а саме сенсорна сфера та вплив сім'ї, також є суттєві відмінності. Сенсорна сфера у дітей із ЗПР зазвичай не порушена. Натомість, при РАС часто присутні сенсорна гіпер- або гіпочутливість, що робить навколишнє середовище тривожним і непередбачуваним. Що стосується ролі сім'ї, то при ЗПР особлива прив'язаність до матері та небажання спілкуватися з "чужими" часто є наслідком несприятливого досвіду спілкування та гіперопіки. При РАС залежність від близьких пов'язана переважно з потребою у структурі та передбачуваності середовища, яке забезпечує близька людина (як первинний фактор).

Таким чином, якщо при ЗПР порушення можна охарактеризувати як відставання у розвитку, яке можна наздогнати, то при РАС йдеться про якісно інший, атиповий шлях розвитку, що вимагає специфічних, високоструктурованих корекційних підходів.

1.2. Характеристика особистості та когнітивні моделі, що пояснюють природу розладу аутистичного спектру

Критичний аналіз публікацій останнього десятиліття зосереджується не лише на констатації відсутності комунікації у дітей із розладом аутистичного спектру, але й на її якісних відмінностях. Як вказують О. Таран та В. Ольшевська [10], діти з РАС мають значні труднощі у застосуванні жестів, що мають символьне значення (вказівний жест, вітання), і схильність до використання лише найпростіших контактних жестів (тягти, штовхати).

На думку Н. Лещій [11], типові для РАС ехолалії (повторення слів або фраз) також є проявом якісної атиповості, оскільки вони, хоча й вербальні, часто не виконують функції діалогу, а слугують механізмом саморегуляції, або ж мають відтермінований комунікативний зміст. Дослідники підкреслюють, що дефіцит спільної уваги є первинною ланкою, яка перешкоджає формуванню якісної прагматики мовлення, включаючи розуміння просодії, тону голосу та контексту.

Одним із найбільш вивчених когнітивних порушень при РАС є недостатня здатність розуміти психічні стани інших людей, їхні переконання, наміри та бажання. Цей дефіцит робить соціальну взаємодію для дитини з РАС непрогнозованою і, як наслідок, тривожною. На думку І. Недозим [12], незрілість емоційного інтелекту та часто наявна алекситимія (нездатність ідентифікувати та описувати власні емоції) у дітей з РАС ускладнюють не лише соціальну взаємодію, а й внутрішню емоційну регуляцію. Критичний аналіз показує, що зовнішня нечутливість, яку часто помилково приписують

особам з аутизмом, насправді може бути наслідком труднощів у декодуванні та управлінні власними і чужими емоціями.

На думу М. Вітомської [13], сенсорні особливості (гіпер- або гіпочутливість до звуків, світла, дотиків, запахів) визнані однією з ключових діагностичних ознак РАС. Ці особливості обумовлюють необхідність сенсорної дієти та адаптації середовища. Як зазначають дослідники цієї проблеми, повторювані рухи, або стереотипії, не є лише дезадаптивною поведінкою. Вони виконують важливу саморегуляційну функцію (стимінг). Критичний аналіз виявляє, що стереотипії часто виникають як реакція на сенсорне перевантаження або, навпаки, на сенсорне недовантаження (самостимуляція), допомагаючи дитині підтримувати оптимальний рівень збудження/гальмування. Позбавлення дитини цієї поведінки без надання альтернативних механізмів регуляції може призвести до зростання тривожності та дезорганізації поведінки.

Важливість вивчення когнітивних моделей, що пояснюють природу РАС, обумовлена необхідністю переходу від описової діагностики симптомів до розуміння первинних психологічних дефіцитів. Метою розгляду цих моделей є виявлення базових механізмів, які лежать в основі порушень соціальної взаємодії та комунікації. Як відмічають провідні вчені, ці теорії, пояснюючи, чому діти з РАС не здатні до інтуїтивної соціальної поведінки, є незамінними для розробки цілеспрямованих корекційних стратегій.

На думку дослідників цієї проблеми, саме недостатнє розуміння цих когнітивних особливостей часто призводить до неефективності традиційних педагогічних впливів. Критичний аналіз європейських публікацій підтверджує, що сучасні корекційні методики (наприклад, TEEACH) безпосередньо ґрунтуються на принципах центральної когерентності та теоріях розуму та емпатизування–систематизування. Таким чином, розгляд цих моделей дозволяє науково обґрунтувати якісну своєрідність психіки при РАС та необхідність структурованого навчання соціальним навичкам, яке є ключем до успішної інклюзії.

Отже, критичний аналіз існуючих підходів дозволив виділити три основні теоретичні моделі, що домінують у останніх наукових публікаціях провідних вчених світу і пояснюють природу РАС:

1. Теорія розуму (Theory of Mind – ToM);
2. Теорія порушення центральної когерентності (Theory of Weak Central Coherence);
3. Теорія емпатизування–систематизування (E–S Theory, Empathising-Systemizing Theory) (див. рис. 1.1)

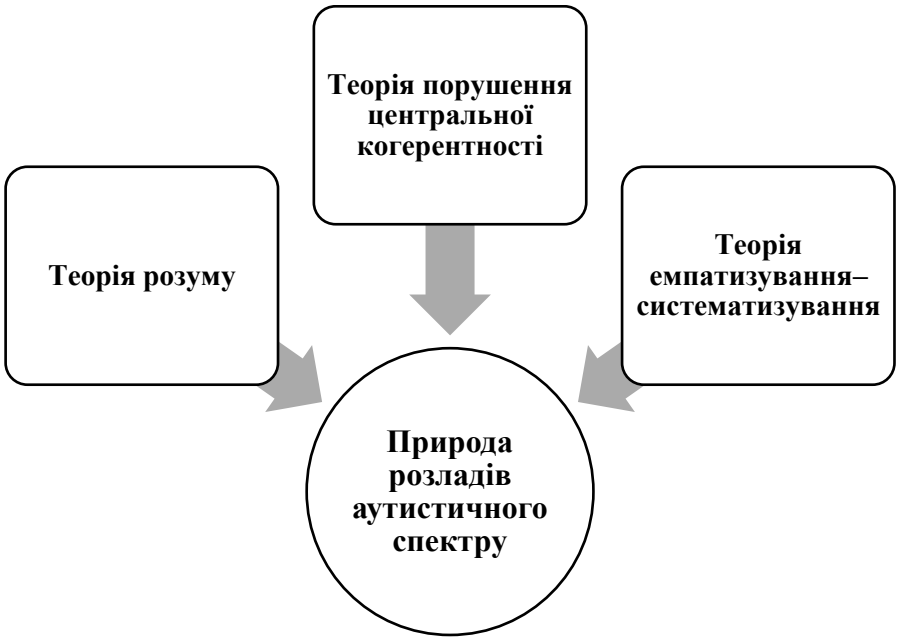


Рис. 1.1 Домінуючі підходи до пояснення природи розладів аутистичного спектру. Джерело: складено на основі [14-20].

Розглянемо їх більш детально. Як зазначає Франческа Гаппе [14], когнітивний дефіцит є ключовим для розуміння соціальної "сліпоти" – нездатності дитини автоматично приписувати психічні стани собі та іншим, що і є концептуальною основою "Теорії розуму" (Theory of Mind – ToM). Когнітивний дефіцит є первинним поясненням труднощів у формуванні спільної уваги. Як показано у роботах Ф. Гаппе та її послідовників Рональд А., Пломін Р., Барон-Коен С., Леслі А. М., Фріт У.,

Фріт К. Д., Віммер Г., Пернер Й., Премак Д., Вудрафф Ґ., Веллман Г. М., Крос Д., Вотсон Дж. [15-22] проблема полягає у когнітивній нездатності людини розуміти, що інші люди мають свої власні думки, переконання, наміри, емоції та знання, які можуть відрізнятися від їх власних.

Основними конструктивними елементами сутнісної відмінності теорії розуму від інших підходів є необхідність:

- розуміння переконань;
- розуміння намірів;
- розуміння бажань;
- розуміння емоцій;
- перспективного прийняття (рис. 1.2).



Рис. 1.2 Сутнісна відмінність Теорії Розуму від інших підходів до визначення осіб із розладами аутистичного спектру. Джерело: складено на основі [14-22].

Розглянемо їх більш детально. Розуміння переконань передбачає усвідомлення, що інші можуть мати правильні чи помилкові уявлення.

Розуміння намірів пердбачає вміння прогнозувати дії на основі передбачуваних цілей. Розуміння бажань є відображенням здатності бачити, що дії людей мотивуються їхніми потребами та прагненнями. Розуміння емоцій передбачає наявність усвідомлення переживань у інших людей та їх причин. Ключовою особливістю є перспективне прийняття, або уміння «стати на місце іншої людини», подивитись на те що відбувається чужими очима.

Ключовим значенням Теорії Розуму є те, що вона дає змогу сформувати основу соціальної взаємодії для осіб із розладами аутистичного спектра, дозволяє прогнозувати поведінку таких людей та є ключовою у розвитку комунікації, емпатії та морального мислення.

Вищеназвані дослідження встановили зв'язок між порушенням теорії розуму та аутизмом, які базуються на так званих завданнях на фальшиві переконання (False-Belief Tasks). Прикладом такого завдання є тест "Саллі та Енн" (Sally-Anne Task). Сюжет завдання передбачає послідовний показ особі трьох сцен. Початкова сцена: Лялька Саллі кладе кульку у свій кошик і йде з кімнати. Друга сцена: Лялька Енн бере кульку з кошика Саллі та перекладає її у свою коробку (поки Саллі немає). Третя сцена: Саллі повертається і хоче гратися своєю кулькою. Після цього особі яка проходить завдання ставиться критичне питання: "Де Саллі буде шукати кульку?".

Нейротипові діти (діти, розвиток мозку та нервової системи яких, а отже і їхня поведінка, комунікативні навички та соціалізація, відповідають загальноприйнятим нормам або очікуваним етапам розвитку для їхнього віку) та діти із ЗПР у більшості правильно відповідають, що Саллі шукатиме кульку у своєму кошику. Вони розуміють, що Саллі не бачила, як Енн переклала кульку, і що її переконання (що кулька в кошику) є фальшивим (помилковим) з об'єктивної точки зору. Значна частина дітей з РАС та іншими формами нейродивергентності, які беруть участь у цих дослідженнях, часто відповідають: "Саллі шукатиме кульку у коробці Енн". Така відповідь свідчить про труднощі або порушення розвитку за теорією розуму, оскільки

дитина не змогла відокремити своє об'єктивне знання (кулька в коробці) від суб'єктивного, але помилкового переконання Саллі (кулька в кошику), а також спрогнозувала поведінку Саллі, ґрунтуючись на реальності, а не на стані розуму персонажа.

Ці класичні дослідження стали наріжним каменем у розумінні аутизму як стану, що первинно характеризується когнітивним дефіцитом, який перешкоджає формуванню соціальної взаємодії. Це дозволило науці відійти від попередніх психогенних теорій аутизму.

Наступним підходом до розгляду сутності РАС є теорія порушення центральної когерентності (Weak Central Coherence Theory), відповідно до якого дитина з РАС демонструє схильність до фокусування на ізольованих деталях (наприклад, візерунок плитки, рух колеса іграшки) за рахунок втрати цілісного контексту або загального змісту. Цей механізм пояснює виникнення вузьких, інтенсивних інтересів та феноменальних здібностей у певних сферах (наприклад, математика, музика).

На думку У. Фріт [16; 18; 21; 23] та її колег, сутність теорії порушення центральної когерентності полягає у зниженій схильності (або слабкості) до "центральної когерентності" – природної психологічної установки, яка змушує нейротипових людей автоматично інтегрувати інформацію з різних джерел, щоб формувати цілісний, глобальний зміст. При РАС, цей механізм інтеграції є ослабленим. Це означає, що когнітивна система дитини схильна до обробки інформації фрагментарно, фокусуючись на локальних, ізольованих деталях за рахунок втрати загального контексту або "великої картини". Це не просто нездатність бачити ціле, а скоріше перевага або схильність до детальної обробки інформації, до фокусування на конкретних частинах цілого.

Порушення центральної когерентності має прямі наслідки для сприйняття, мислення та інтересів. Діти з РАС демонструють високу точність у виявленні дрібних деталей або помилок у системах (сильна локальна обробка). Це часто проявляється у кращому виконанні завдань, що вимагають

аналізу ізольованих частин, наприклад, тестів на вбудовані фігури, де потрібно швидко знайти просту фігуру у складі складної композиції.

При цьому ускладнюється здатність до контекстуалізації. Дитині важко зрозуміти іронію, метафору, соціальні ситуації або сюжет історії, оскільки вона не може швидко інтегрувати всі змінні (тон голосу, слова, обстановку) у єдиний, узгоджений смисловий контекст. Також Теорія порушення центральної когерентності пояснює феномен обмежених, інтенсивних інтересів. Дитина фокусується на вузькій темі (наприклад, деталях поїздів, наукових фактах, формулах), оскільки ці теми часто є систематизованими та не вимагають соціальної інтеграції або емоційного контексту. Як зазначають дослідники, це дозволяє дитині ефективно використовувати свою схильність до детальної, локальної обробки.

Розглянемо відмінність теорії порушення центральної когерентності від інших моделей. Теорія порушення центральної когерентності відрізняється від інших моделей за фокусом порушення. На відміну від теорії розуму (дефіцит соціального пізнання), Теорія порушення центральної когерентності стосується загальної обробки інформації, включаючи не-соціальні стимули (наприклад, візуальні патерни). Дитина з РАС може провалити тест теорії розуму (завдання на фальшиві переконання) через соціальний дефіцит, але вона також проявить слабкість у когерентності при несоціальному завданні (наприклад, не помітить загального патерну в мозаїці). На відміну від теорії емпатизування-систематизування, яка фокусується на мотиваційному дисбалансі (перевага систематизації над емпатією), WCC описує когнітивну здатність, що лежить в основі цієї систематизації – можливість розкладати інформацію на окремі, чіткі компоненти.

Таким чином, теорія порушення центральної когерентності дозволяє зрозуміти, чому діти з РАС можуть мати як значні дефіцити у цілісному сприйнятті світу, так і унікальні таланти, що базуються на винятковій увазі до деталей.

Останній з виокремлених методів визначення РАС – теорія емпатизування–систематизування (E–S Theory, Empathising-Systemizing Theory). Як відмічає її основоположник Саймоном Бароном-Коеном [24], сутність аутизму може бути пояснена як дисбаланс, де система "систематизації" (здатності аналізувати та будувати системи) домінує над системою "емпатії" (здатності зчитувати емоції). Ця модель найбільш повно пояснює наявність технічних інтересів та труднощі у міжособистісній комунікації. Теорія емпатизування-систематизування – це когнітивна модель, яка пояснює відмінності у способах мислення та переробки інформації між людьми.

На основі робот послідовників С. Барон-Коена, а саме, Нікмайєр Р. С., Бельмонте М. К., Ломбардо М. В., Ауєнг Б., Ешвін Е., Чакрабарті Б., Голденфельд Н., Вілрайт С. [25-28] можливо комплексно представити теорію емпатизування-систематизування наступним чином. Емпатизування (Empathising) розглядається в ній як здатність розпізнавати емоції та думки інших людей, реагувати на них відповідним чином, будувати соціальну взаємодію. Люди з високим рівнем емпатизування добре розуміють наміри та переживання інших, легко встановлюють контакт, чутливі до соціальних сигналів. Тоді як систематизування (Systemizing) це здатність аналізувати системи (технічні, логічні, природні тощо), знаходити правила та закономірності, прогнозувати поведінку систем на основі їхніх структур. Люди з високим рівнем систематизування добре опановують математику, техніку, програмування, логічні моделі, конструювання.

Ці дві здатності людського мозку є майже протилежними, тобто навіть теоретично неможлива ситуація із екстремально високим рівнем емпатизування та систематизування у однієї, принаймні цілісної, особистості. Таким чином, виникає реальність, яка полягає у певному співвідношенні емпатизування та систематизування у кожної конкретної людини. А вищеназвані вчені вивели теорію про те, що аутизм має прямий зв’язок із співвідношенням емпатизування та систематизування [25-28]. Теорія

емпатизування-систематизування припускає, що в людей з РАС емпатизування занижене, тоді як систематизування підвищене. Тобто особи із РАС можуть мати труднощі з соціально-емоційною взаємодією, але водночас можуть бути дуже сильними в аналітичній, логічній або технічній сферах здібностей та діяльності.

1.3. Функціональні види та особливості розладів аутистичного спектру, особливості міжнародних діагностичних критеріїв DSM-5 та МКХ-11

Як вже зазначалось, сучасне розуміння розладів аутистичного спектра відійшло від жорсткої категоріальної класифікації на користь спектрального та функціонального підходу. Огляд наукових позицій дозволяє виділити як історичні нозологічні типи, так і сучасну функціональну систему рівнів підтримки.

Як відмічають О. Горішна, Н. Майчук, Т. Даниленко [29-30], ключовою віхою у формуванні системи видів РАС стало прийняття міжнародних діагностичних критеріїв (DSM-5 та МКХ-11), що об'єднали раніше окремі діагнози (аутизм Каннера, синдром Аспергера, первазивний розлад без додаткових уточнень – PDD-NOS) в єдиний континуум. Цей підхід, започаткований роботами Л. Вінг, визнав, що сутність порушень (соціальна комунікація та обмежені інтереси) є однаковою, але варіативною за ступенем прояву. Сучасна клінічна та корекційна практика ґрунтується на функціональному рівні, який визначає обсяг та інтенсивність необхідної допомоги. На думку А. Демиденко [31], сьогодні види РАС розрізняють переважно за рівнем необхідної підтримки, що є найбільш прагматичним для розробки індивідуальної програми розвитку (див. рис. 1.3).

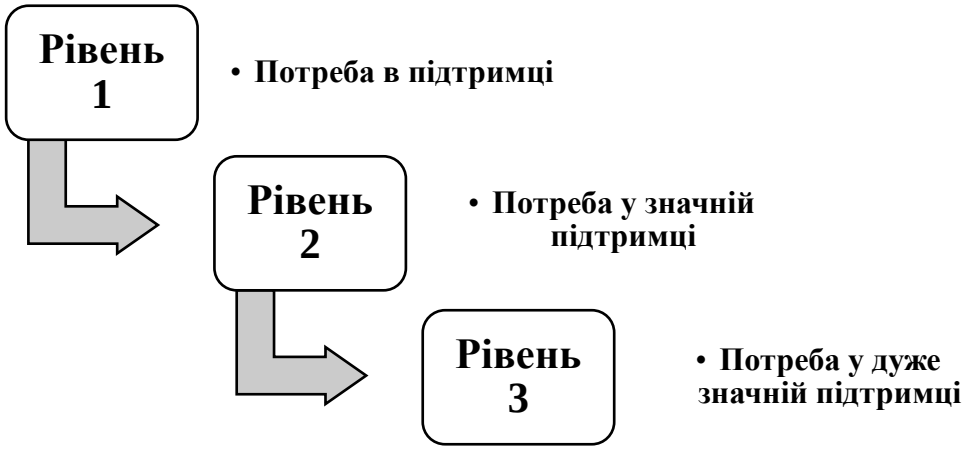


Рис. 1.3 Види розладів аутистичного спектру за рівнем необхідної підтримки. Джерело: складено на основі [31-33].

На думку І. М. Орленко, Г. Б. Соколової, А. А. Демиденко [31-33], види РАС сьогодні розрізняють переважно за рівнем необхідної підтримки (Рівень 1, 2, 3) та наявністю/відсутністю супутніх інтелектуальних порушень і порушень мовлення. Цей функціональний підхід дозволяє створювати індивідуальну програму розвитку, орієнтовану на реальні потреби, а не на загальний діагноз.

Перший рівень складності розладів аутистичного спектру передбачає надання найменшої потреби в підтримці. Дитина може спілкуватися, але її соціальна взаємодія виглядає незграбною, атиповою, і вона має труднощі з плануванням та організацією. Це часто відповідає стану, який раніше називали синдромом Аспергера.

Другий рівень складності розладів аутистичного спектру передбачає потребу у значній підтримці. У дітей із цим рівнем розладу існує чіткий дефіцит соціальної комунікації, помітний навіть за наявності підтримки, фіксуються складності з переключенням уваги та змінами у рутині.

Найскладніший, третій рівень розладів аутистичного спектру потребує дуже значної підтримки. Діти із третім рівнем РАС характеризуються найтяжчими дефіцитами у вербальній та невербальній комунікації, мінімальною здатністю до ініціювання соціальної взаємодії та значною

негнучкістю поведінки. Часто асоціюється із значними інтелектуальними порушеннями.

Незважаючи на формальне виключення з діагностичних систем, історичні типи і досі використовуються для опису функціональних крайнощів спектра. Класичний ранній дитячий аутизм (Синдром Каннера), названий на честь Лео Каннера, одного із засновників наукового напрямку вивчення психічних відхилень у дітей. Функціонально Синдром Каннера відповідає Рівню 2-3 і характеризується тяжкими дефіцитами мовлення (часто мутизмом), гострою потребою у збереженні сталості середовища та значними труднощами у формуванні соціальних зв'язків. Синдром Аспергера, названий на честь ще одного засновника цього наукового напряму Ганса Аспергера, функціонально відповідає Рівню 1. Ключова особливість – збережений інтелект та мовлення, але глибокі порушення прагматики мовлення та соціальної взаємодії. Часто спостерігаються вузькі, енциклопедичні інтереси та незграбна моторика [29-31].

На думку багатьох дослідників, функціональне визначення має критичне значення для комплексної корекційно-розвиткової роботи, де головна мета це не лише нівелювати дефіцити, але й максимально використовувати збережені (часто локальні та деталізовані) здібності дитини для її соціальної адаптації.

Більш чітко визначення рівня розладів аутистичного спектру зазвичай зараз відбувається за допомогою міжнародних стандартних процедур. Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, 5-е видання (DSM-5) та 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) є ключовими світовими стандартами для класифікації психічних, поведінкових та неврологічних розладів. Вони мають спільні цілі, але відрізняються підходами та сферою застосування.

Діагностичний та Статистичний Посібник (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) був опублікований Американською

психіатричною асоціацією (APA) у 2013 році. Розглянемо більш детально його особливості та зміст [34].

DSM-5 є головним інструментом для діагностики та досліджень у США та багатьох країнах Світу. Основна мета – забезпечити уніфіковану мову для клініцистів та дослідників. DSM-5 використовує переважно категоріальний підхід (розлад або є, або його немає), але додав дименсійні елементи (вимірювальні шкали). Наприклад, для РАС він вимагає оцінки рівня необхідної підтримки, яка була наведена в цій роботі раніше (Рівні 1, 2, 3) та супутніх симптомів (наприклад, інтелектуальних порушень), що робить діагноз більш функціональним.

Ще однією особливістю DSM-5 є відмова від так званої багатоосьової системи, яка була притаманна DSM-4, спростивши кодування та інтегрувавши всі розлади в один розділ. Але ключовою відмінністю DSM-5 стало введення терміну Розлади Аутистичного Спектра (РАС), що об'єднало колишні окремі діагнози (синдром Аспергера, аутизм Каннера та ін.). Це підкреслює континуум симптомів, а не їхні окремі типи.

При цьому, хоча DSM-5 має власну систему класифікації, для цілей медичного страхування та звітності він використовує коди, сумісні з Міжнародна Класифікація Хвороб. Розглянемо її особливості. МКХ-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision) була прийнята Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 2019 році і набула чинності у січні 2022 року. Вона є глобальним стандартом і використовується більшістю країн світу, включаючи Україну [35].

МКХ-11 це не лише діагностичний посібник для психічних розладів, а глобальна система класифікації всіх хвороб, травм, причин смерті та станів, пов'язаних зі здоров'ям. Її основна мета – глобальне відстеження статистики захворюваності та смертності. МКХ-11 є повністю електронною системою з гнучкою структурою кодування, що дозволяє створювати комбінації кодів для кращого опису стану пацієнта (наприклад, кодування основного розладу + кодування функціональних обмежень та інші).

Психічні розлади знаходяться у Розділі 06 МКХ-11. РАС включені до Розділу "Розлади нейророзвитку". Як і DSM-5, МКХ-11 відмовилася від окремих діагнозів, вводячи єдиний діагноз "Розлад аутистичного спектра" та вимагає кодування РАС з урахуванням двох ключових специфікаторів: наявність або відсутність порушення інтелектуального розвитку; наявність або відсутність порушення функціональної мови. МКХ-11 розроблялася з урахуванням необхідності глобального застосування, тому вона є більш культурно нейтральною та географічно розповсюдженою порівняно з DSM-5. Розглянемо спільні і від'ємні риси DSM-5 та МКХ-11 у табличному вигляді (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Ключові спільні та відміні риси стандартів Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) та діагностичного та статистичного посібника (DSM-5)

Критерій	DSM-5	МКХ-11
Організація, яка підготувала стандарт	Американська психіатрична асоціація (APA)	Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)
Географічна та політична сфера застосування	Переважно США, наукові дослідження	Глобальний стандарт для статистики та охорони здоров'я
Класифікація РАС	Розлади Аутистичного Спектра (єдина категорія)	Розлад аутистичного спектра (єдина категорія)
Оцінка тяжкості	За Рівнем необхідної підтримки (Рівень 1, 2, 3)	За наявністю/відсутністю порушень інтелекту та мови
Структура	Відмова від багатоосьової системи	Комплексна система кодування всіх хвороб

Джерело: створено на основі [34-35].

Одже, спільні риси двох головних міжнародних стандартів Міжнародної Класифікації Хвороб (МКХ-11) та Діагностичного та Статистичного Посібника (DSM-5) в контексті нейророзвитку полягають у тому що:

1. Обидві системи визнають РАС як єдиний спектр, відмовляючись від попередніх окремих діагнозів (Каннер, Аспергер);

2. Обидві класифікації змістили фокус з опису симптомів на оцінку функціональних обмежень та потреби в підтримці, що є критичним для корекційної роботи;

3. Обидва посібники вимагають наявності дефіцитів у двох основних сферах: соціальна комунікація/взаємодія та обмежені/повторювані патерни поведінки, інтересів або діяльності.

Відмінність міжнародних стандартів Міжнародної Класифікації Хвороб (МКХ-11) та Діагностичного та Статистичного Посібника (DSM-5) в контексті нейророзвитку крім рівня глобальності полягає у принципі кодування функціональності:

- DSM-5 використовує інтегровану оцінку тяжкості, об'єднуючи соціальні та поведінкові аспекти у три рівні підтримки (від мінімальної до дуже значної).
- МКХ-11 пропонує більш гнучке, модульне кодування. Вона дозволяє клініцистам за допомогою окремих кодів точно вказати, чи є у дитини з РАС супутнє інтелектуальне порушення та чи є у неї порушення функціональної мови. Це дозволяє точніше диференціювати, наприклад, високофункціональний аутизм (колишній синдром Аспергера) від аутизму з тяжким порушенням мовлення.

Висновки до розділу І

У першому розділі було здійснено комплексний аналіз історичних, когнітивних і діагностичних підходів до розуміння розладів аутистичного спектра (РАС). Отримані результати дозволяють зробити такі висновки:

1. Сучасне уявлення про РАС сформувалося в результаті переходу від категоріальної до спектральної моделі, що об’єднала раніше розрізнені діагнози (аутизм Каннера, синдром Аспергера тощо). Цей підхід відображає високу варіативність проявів та ступеня підтримки, необхідної дитині.

2. РАС є нейророзвитковим, первазивним порушенням, що зачіпає всі сфери психічного розвитку, а не «затримкою», як у випадку ЗПР. Порівняння двох нозологій продемонструвало якісну атиповість розвитку при РАС, що проявляється у первинних порушеннях соціальної інтенційності, прагматики мовлення, сенсорної регуляції та поведінкової гнучкості.

3. Основні когнітивні моделі (Теорія розуму, Теорія слабкої центральної когерентності, модель «емпатизування–систематизування») пояснюють специфіку соціального мислення та обробки інформації у дітей з РАС, що робить їх фундаментом для корекційних і педагогічних підходів.

4. Міжнародні класифікації DSM-5 і МКХ-11 узгоджено визначають РАС як єдиний континуум та акцентують на рівнях функціональної підтримки й наявності супутніх порушень. Це забезпечує уніфікацію діагностики та підвищує точність розробки індивідуальних програм розвитку.

5. Теоретичний аналіз підтверджує, що порушення комунікації при РАС мають комплексну когнітивну, соціальну та сенсорну природу, що обумовлює потребу у багаторівневому системному втручанні.

РОЗДІЛ ІІ. РОЛЬ СІМ'Ї ТА БАТЬКІВ У ФОРМУВАННІ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ

2.1. Роль сім’ї та батьків у розвитку дитини з порушеннями розвитку

Сім’я є базовим мікросередовищем розвитку дитини, а в разі порушень розвитку вона фактично стає «першою реабілітаційною системою» на яку покладається велика частина передосвітньої (передшкільної) та своєчасна реакція на виявлення відхилень у розвитку дитини [32-33; 36-37]. З позицій екологічного підходу У. Бронфенбреннера, саме сім’я як найближчий мікрорівень середовища опосередковує вплив усіх інших систем – освіти, охорони здоров’я, громади – на розвиток дитини [38]. Для дітей з аутистичними проявами (розладами спектра аутизму) взаємодія з батьками набуває особливої ваги, оскільки труднощі у соціальній комунікації, сенсорна чутливість і стереотипна поведінка ускладнюють спонтанне включення дитини в ширші соціальні контакти. Тому якість сімейної взаємодії, психологічний клімат і стиль виховання виступають не лише фоном, а й активним чинником розвитку.

Українські дослідники інклюзивної освіти наголошують, що сім’я дитини з особливими освітніми потребами є ключовим партнером фахівців: без залучення батьків інклюзивне середовище лишається формальним [39-40]. У навчально-методичних посібниках Колупаєвої та Таранченко підкреслюється, що психолого-педагогічний супровід має охоплювати не лише дитину, а й її родину, допомагаючи батькам будувати реалістичні очікування, опановувати навички підтримувальної комунікації та створювати емоційно безпечний простір [39-40]. Таким чином, взаємодія батьків між собою та з дитиною виступає окремим напрямом роботи, а не «додатком» до суто корекційних заходів.

Психологічний клімат сім’ї, де виховується дитина з аутистичними проявами, часто характеризується підвищеним рівнем напруження. Міжнародні дослідження переконливо демонструють, що батьки дітей з аутизмом відчувають значно вищий рівень стресу, ніж батьки як типово розвиваних дітей, так і дітей з іншими видами порушень розвитку [41]. Метааналіз С. Хейз і С. Вотсон показав великий ефект різниці у рівні батьківського стресу: сім’ї дітей з аутизмом систематично повідомляють про вищі навантаження, емоційне виснаження та ризики для психологічного благополуччя [41]. Це створює умови для формування хронічного стресу, який впливає на подружні стосунки, стиль спілкування з дитиною та загальну атмосферу в родині.

Окремі емпіричні дослідження свідчать, що стрес батьків опосередковується як характеристиками дитини (виразність поведінкових труднощів, сенсорна гіперчутливість, частота кризових реакцій), так і контекстуальними чинниками – доступністю послуг, економічною ситуацією, підтримкою з боку розширеної родини та спільноти [42-43]. У роботі Н. Джонсон та співавт. показано, що високий рівень стресу у батьків дітей з розладами спектра аутизму пов’язаний із погіршенням як сімейного функціонування, так і суб’єктивної якості життя, зокрема у сфері фізичного й психічного здоров’я [42]. Водночас автори наголошують: саме сімейна згуртованість, конструктивна комунікація і відчуття підтримки з боку партнера можуть частково «буферизувати» негативний вплив стресу [42-43].

В українському контексті до загальносвітових викликів додаються наслідки воєнної травматизації, переміщення сімей, руйнування звичних сервісів підтримки. Колупаєва й Таранченко акцентують, що сім’ї дітей з особливими освітніми потребами належать до найбільш уразливих груп у період повоєнної відбудови, оскільки одночасно стикаються з потребою забезпечити безпеку, організувати безперервне навчання дитини та шукати корекційно-реабілітаційні послуги в нових умовах [39]. Це підвищує ризик

емоційного вигорання, тривожних і депресивних проявів у батьків, що неминуче позначається на психологічному кліматі сім'ї та стилях виховання.

Особливості сімейної взаємодії з дитиною з аутистичними проявами в Україні досліджувала, зокрема, Т. Скрипник. Вона показала, що продуктивність батьківсько-дитячої взаємодії визначається не лише рівнем інформованості про аутизм і залученням до корекційних програм, а насамперед емоційною включеністю батьків, здатністю помічати й підтримувати ініціативи дитини, навіть якщо вони не відповідають типовим соціальним сценаріям [40]. Авторка підкреслює, що для формування більш гармонійного психологічного клімату важливо не лише «навчати» дитину соціально прийнятної поведінки, а й допомагати батькам приймати її особливості, адаптувати сімейні правила, ритуали та очікування [40].

Важливим аспектом є адаптаційні механізми батьків. Дослідження R. Hastings та колег виявили низку типових стратегій подолання: активне уникання, проблемно-орієнтоване копінг, позитивне переосмислення та релігійно-захисні форми [44]. Надмірне використання уникання (ігнорування проблеми, емоційне «відсторонення») асоціюється з підвищеним рівнем дистресу й гіршим психічним здоров'ям батьків, тоді як проблемно-орієнтовані й позитивні стратегії (пошук інформації, залучення підтримки, переосмислення ситуації як можливості зростання) сприяють кращій адаптації [44]. Для сімей з дитиною з аутизмом це означає, що якість внутрішньосімейної взаємодії прямо пов'язана з тим, наскільки батьки володіють конструктивними механізмами подолання.

Теоретично й емпірично адаптацію таких сімей описують у межах моделі подвійного ABCX (double ABCX), яка розглядає сімейний стрес як результат взаємодії стресорів, ресурсів, способів інтерпретації ситуації та стратегій подолання. Дослідження П. Позо із співавт. показали, що у батьків дітей з аутизмом сімейна якість життя та психологічне благополуччя залежать не стільки від тяжкості порушень, скільки від поєднання поведінкових проблем дитини, почуття батьківської компетентності, рівня соціальної

підтримки та використовуваних копінг-стратегій [43]. Висока згуртованість і здатність партнерів спільно інтерпретувати виклики як «спільну задачу» пов’язані з вищим рівнем суб’єктивної якості життя навіть за об’єктивно значних труднощів [43; 45].

Структура сімейних ролей у таких родинах часто змінюється: один із батьків (частіше мати) бере на себе основний обсяг догляду й участі в терапевтичних заходах, тоді як інший фокусується на матеріальному забезпеченні [42; 45]. Подібний «перекіс» ролей може мати амбівалентні наслідки. З одного боку, це дозволяє ефективніше організувати догляд та корекційні заняття; з іншого – підвищує ризик емоційної ізоляції первинного доглядача, конфліктів у парі, відчуття «несправедливого розподілу» відповідальності. Системні дослідження сімейної адаптації вказують, що найменш стійкими є ті сім’ї, де ролі жорстко фіксовані, а комунікація між партнерами щодо власних потреб і меж є обмеженою [43].

Взаємодія батьків між собою виступає самостійним середовищем розвитку дитини. Дитина з аутистичними проявами, спостерігаючи модель стосунків між дорослими, опановує базові сценарії емоційної взаємодії, способи вираження і регуляції афекту, стилі вирішення конфліктів. За умов хронічного напруження, взаємних звинувачень або емоційного віддалення між батьками дитина потрапляє в ситуацію подвійного навантаження: їй доводиться одночасно впоратися з власними сенсорними, комунікативними та поведінковими труднощами й реагувати на нестабільний емоційний фон дорослих [42; 44]. Навпаки, узгоджена позиція батьків, прояв емпатії один до одного, відкритість у обговоренні труднощів і спільний пошук рішень створюють для дитини захисне середовище, у якому навіть складні терапевтичні вимоги сприймаються як послідовні й передбачувані.

Стиль виховання є ще одним ключовим чинником. Дослідження сімей дітей з аутизмом демонструють, що авторитетний стиль – поєднання високої емоційної підтримки з чіткими, стабільними правилами й структурою – асоціюється з кращою адаптацією дітей, меншим рівнем поведінкових

проблем і більшою ефективністю корекційних програм [41; 46]. Натомість авторитарний стиль (жорсткий контроль, каральні практики, низька чутливість до потреб дитини) посилює тривогу й проблемну поведінку, тоді як надмірно поблажливий або хаотичний стиль підвищує непередбачуваність середовища, що для дитини з аутистичними проявами є додатковим стресором. У цьому контексті важливим завданням психологічної підтримки родини стає не лише навчання батьків базовим поведінковим технікам, а й робота над стилем взаємодії: розвитком безумовного прийняття, умінням «читати» невербальні сигнали дитини, гнучко поєднувати структуру та емпатію.

Особливе значення має емоційна підтримка. Систематичні огляди показують, що суб'єктивно відчутна підтримка – як з боку партнера, так і з боку ширшого соціального оточення – знижує рівень батьківського стресу і пов'язана з кращими показниками психічного здоров'я, навіть якщо об'єктивна кількість стресорів залишається високою [45-46]. Для дитини емоційна підтримка втілюється в досвіді «налаштованості» дорослого: батьки, що здатні витримувати інтенсивні емоційні реакції, пропонувати сенсорні й поведінкові стратегії саморегуляції та при цьому зберігати теплоту й повагу до автономії дитини, створюють умови для формування більш безпечної прихильності. Українські дослідження взаємодії з аутичною дитиною підкреслюють, що саме якість емоційного контакту (сумісні ігри, здатність «розділяти інтереси» дитини, швидке реагування на її сигнали) є предиктором більшої продуктивності корекційних зусиль [40].

Структура сімейних ролей у сім'ях з дитиною з аутистичними проявами часто змінюється і щодо братів та сестер. Міжнародні роботи демонструють, що старші чи молодші брати й сестри можуть як ставати додатковим ресурсом для соціалізації дитини, так і переживати ревнощі, відчуття занедбаності й підвищену відповідальність [43; 45]. Якщо батьки відкрито обговорюють у сім'ї особливості аутизму, розподіляють обов'язки з урахуванням віку й можливостей, не покладають на дітей «батьківських» функцій, то братам і

сестрам легше формувати прийняття та емпатію до аутичного члена родини. Натомість табуювання теми діагнозу, прихована напруга між батьками й нерівномірний розподіл уваги можуть призводити до накопичення прихованого конфлікту, що погіршує загальний психологічний клімат сім'ї.

Важливою умовою конструктивної взаємодії є також включення сім'ї в систему зовнішньої підтримки. Українські посібники з інклюзивної освіти наполягають на необхідності розбудови команд психолого-педагогічного супроводу, де батьки визнаються повноцінними учасниками ухвалення рішень щодо індивідуальної освітньої траєкторії [39-40]. Досвід міжнародних програм показує, що участь батьків у тренінгах з навичок поведінкового менеджменту, групах взаємопідтримки, програмах майндфулнес і психоосвіти зменшує суб'єктивний стрес, підвищує відчуття компетентності та сприяє переходу від реактивних, «пожежних» стратегій до більш проактивних і узгоджених моделей виховання [42; 45-46]. У таких умовах сім'я починає сприймати себе не як «пасивний об'єкт» професійних втручань, а як активний ресурс розвитку дитини.

Підсумовуючи, роль сім'ї та батьків у розвитку дитини з аутистичними проявами виходить далеко за межі традиційних уявлень про «догляд» і «контроль поведінки». Психологічний клімат сім'ї, рівень батьківського стресу й обрані адаптаційні механізми формують контекст, у якому відбувається інтеріоризація соціальних норм, розвиток комунікативних і емоційно-регулятивних навичок дитини. Взаємодія батьків як середовище розвитку включає внутрішньосімейні умови (структура ролей, якість подружніх стосунків, залученість братів та сестер), стилі виховання (баланс підтримки й структури) та рівень емоційної підтримки. Наукові дані свідчать, що навіть за збереження об'єктивно високого навантаження сім'ї здатні до успішної адаптації, якщо мають доступ до соціальної підтримки, розвивають позитивні копінг-стратегії й формують партнерську модель взаємодії між дорослими. Тому сучасні підходи до допомоги дітям з аутистичними проявами невід'ємно включають роботу з батьками та сімейною системою

загалом, розглядаючи її як ключовий ресурс розвитку, а не лише як фон для індивідуальної терапії.

Внутрішньосімейне середовище для дитини з РАС є первинним простором, що формує її безпеку та впливає на засвоєння перших соціальних правил. Батьківські позиції набувають вирішального значення, оскільки вони можуть або сприяти, або критично перешкоджати адаптації дитини.

Якщо проводити типізацію батьківського ставлення до наявності аутистичних проявів, то можна визначити наступні позиції:

1. Конструктивні (сприятливі) батьківські позиції.

✓ На думку Т. В. Скрипник [47], найбільш ефективною є позиція, що поєднує високу емоційну підтримку з чіткою структурованістю. Структурованість та візуальна підтримка – це конструктивна позиція передбачає створення чіткого, послідовного та візуально організованого розпорядку дня. Така передбачуваність середовища, мінімізуючи невідомість та хаос, є ключовою для зниження загальної тривожності дитини з РАС, яка погано толерує зміни.

✓ Не менш важливою є й батьківська компетентність або ефективність (Self-Efficacy). Як відмічають Ґатт, М. Ф. і Дайкенс, Е. М. [48], висока само-ефективність батьків (віра у власні сили та здатність навчати дитину) є потужним прогностичним фактором. Це вимагає від батьків активного засвоєння науково обґрунтованих методів корекції (наприклад, принципів TEACCH або ABA), перетворюючи їх з опікунів на активних педагогічних партнерів.

✓ До групи конструктивних батьківських позицій відносять також й підтримку автономії та соціальних ініціатив. Така позиція передбачає цілеспрямоване розширення зони самостійності дитини у самообслуговуванні та побуті, попри труднощі. Згідно з даними дослідників, така поведінка батьків сприяє формуванню у дитини відчуття власної значущості та зменшує патологічну залежність.

2. Деструктивні (несприятливі) батьківські позиції.

Як зазначають дослідники цієї проблеми, деструктивні позиції виникають часто не зі зла волі, а як реакція на хронічний стрес та брак інформації про природу РАС. Виділяють наступні деструктивні типові поведінки батьків:

✓ Гіперопіка та надмірний контроль. На думку Л. О. Панченко [49], надмірний контроль та бажання «захистити» дитину від будь-яких труднощів або соціального осуду призводять до формування феномену «вивченої безпорадності» у дитини. Це критично гальмує розвиток навичок самостійності та ускладнює сепарацію, необхідну для подальшої соціалізації.

✓ Емоційне вигорання та відстороненість. Як відмічає І. А. Савенкова [50], хронічний батьківський стрес, пов'язаний з вихованням дитини з РАС, часто призводить до емоційного вигорання. Цей стан проявляється у формі емоційної відстороненості або механічного виконання обов'язків, що порушує якість емоційної взаємодії, необхідної для компенсації дефіциту соціальної комунікації у дитини.

✓ Неприйняття/заперечення діагнозу. Позиція заперечення проблеми або перфекціонізм, коли батьки висувають завищені вимоги, ігноруючи реальні функціональні можливості дитини та її сенсорні потреби. Критичний аналіз виявляє, що це призводить до постійної фрустрації та протестної поведінки дитини, а також до втрати критичного часу для ефективного раннього втручання.

Соціалізація дітей з РАС вимагає свідомого, цілеспрямованого та методично обґрунтованого опосередкування з боку дорослих, які не входять у сімейне коло (педагоги, терапевти, асистенти).

На думку Т. В. Черкашиної [51], для дітей з РАС перехід із зони актуального розвитку у ЗНР вимагає від дорослого якісно іншого підходу, ніж у нормі. Як відмічають дослідники, якщо нейротипова дитина засвоює соціальні навички через спостереження та імітацію, то дитина з РАС потребує прямого, інтенсивного та свідомого навчання соціальним правилам та емоційним реакціям. Саме тому у європейській практиці активно

впроваджуються такі моделі, як TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children) та методики соціальних історій.

Дорослий виступає в ролі «перекладача» соціальних норм, пояснюючи дитині невербальні сигнали та наміри інших людей, які вона не здатна розшифрувати самостійно. Ця роль є критично важливою для подолання дефіциту «Теорії розуму» на практиці.

Загальна незадоволеність потреби у якісному спілкуванні та досвід соціальних невдач призводять до того, що діти з РАС можуть залишатися поза системою спілкування «Я та інші люди». Як відмічають Руссо, С. і Ґеццо, А. [52], тривалий негативний досвід у взаємодії може призвести до формування низької самооцінки та негативної Я-концепції, навіть у дітей з високим інтелектом. Роль дорослого (фахівця чи батька) полягає у активному формуванні позитивного самосприйняття через забезпечення успішного досвіду та надання адекватного, підтримуючого зворотного зв’язку.

2.2. Методи та практики підтримки батьків у розвитку комунікативних навичок дитини

Розвиток комунікативних навичок у дітей з аутистичними проявами сьогодні розглядається у світовій та українській психолого-педагогічній науці не лише як окреме завдання терапії, а як центральний компонент усієї системи раннього втручання та інклюзивної освіти. Дедалі більше дослідників наголошує, що ключовим ресурсом у цьому процесі виступають не стільки окремі фахівці, скільки сім’я, а насамперед – батьки, які перебувають з дитиною в постійній, природній взаємодії [39; 46]. Якщо раніше більшість інтервенцій будувалися навколо моделі «спеціаліст працює з дитиною», то сучасні підходи переходять до парадигми «фахівець навчає і супроводжує батьків, а ті стають активними провідниками змін у

повсякденному житті дитини» [53; 54]. У цьому контексті особливого значення набувають методи та практики підтримки саме батьків у розвитку комунікативних навичок дитини, які поєднують корекційно-розвиткові програми, навчання комунікативним стратегіям та побудову партнерства з мультидисциплінарною командою фахівців.

На міжнародному рівні ефективність батьків-опосередкованих втручань (parent-mediated interventions) підтверджена низкою систематичних оглядів і метааналізів. Огляд І. Ооно з колегами, виконаний у форматі Кокранівського дослідження, показав, що програми раннього втручання, у яких батьків спеціально навчають комунікативним та поведінковим стратегіям, призводять до статистично значущих покращень у якісних параметрах взаємодії «батько – дитина», розумінні мови та зниженні виразності симптомів аутизму [53]. Подальші систематичні огляди й метааналізи підтвердили, що батьків-опосередковані інтервенції мають позитивний ефект на соціальну комунікацію, спільну увагу, спільну гру, а також на деякі аспекти адаптивного функціонування дітей з РАС [54-56]. При цьому підкреслюється, що якість інтервенцій значною мірою залежить від того, наскільки глибоко та послідовно навчені батьки, як організовано їхній супровід та підтримка, і чи інтегруються здобуті навички у повсякденні сімейні рутини [55; 57-58].

В українському контексті, де система інклюзивної освіти та раннього втручання перебуває у стадії активного розвитку та адаптації, дослідники особливо наголошують на потребі сімейно-центричного підходу, в якому сім’я визнається ключовим суб’єктом освітнього та терапевтичного процесу [39; 46; 62]. Колупаєва та Таранченко послідовно відстоюють позицію, що ефективна підтримка дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з аутистичними проявами, неможлива без системного навчання і супроводу батьків, які мають опанувати як базові знання про природу аутизму, так і конкретні комунікативні та поведінкові стратегії [39; 46]. Українські праці з проблем інклюзивної освіти підкреслюють, що включення дитини до

освітнього середовища має супроводжуватися посиленим консультуванням родини, а також створенням моделей партнерства між батьками та фахівцями, які спільно планують і реалізують індивідуальну програму розвитку [59-60].

Одним із центральних напрямів є корекційно-розвиткові програми для батьків дітей з аутистичними проявами. Ці програми можуть мати різну теоретичну основу (поведінкову, когнітивно-поведінкову, екологічно-розвивальну тощо), але їх об’єднує те, що батьки стають безпосередніми виконавцями частини терапії. Класичним прикладом є тренінги на основі прикладного аналізу поведінки (ABA), де батьків навчають принципам підкріплення, формування нових навичок через дискретні проби, використання стимулів та наслідків для корекції поведінки [57; 61]. Такі програми передбачають, що батьки вчаться структурувати взаємодію з дитиною, ставити чіткі, невеликі за обсягом комунікативні завдання, послідовно підкріплювати будь-які спроби мовленнєвої чи альтернативної комунікації, а також знижувати небажану поведінку через зміну її функціональних наслідків [54; 57]. Наукові дані свідчать, що за умови адекватної інтенсивності та супроводу фахівців такі програми здатні суттєво підвищувати рівень ініціативних звернень дитини до дорослого, розширювати репертуар її комунікативних актів і покращувати загальну якість взаємодії у сім’ї [54; 56; 61].

Паралельно розвиваються програми, що поєднують поведінкову та розвивальну парадигми, наприклад NDBI-підходи, де навчання організується в контексті природної взаємодії та гри. У рандомізованих контрольованих випробуваннях К. Касарі та її колег батьків навчали стратегіям спільної уваги, розширення гри та залучення дитини до спільних дій; результати показали значні покращення у сфері спільної уваги, комунікативної ініціативи та тривалості взаємодії як у дошкільному, так і у молодшому шкільному віці [57; 62]. Важливим є те, що батьки не тільки засвоюють техніки під час занять з терапевтом, але й вчаться інтегрувати їх у щоденні рутини: під час годування, прогулянки, гри, побутових справ. Такий підхід дозволяє зробити

інтервенцію постійною, а не обмеженою кількома годинами терапії на тиждень, що особливо цінно в умовах обмежених ресурсів, типовим для багатьох українських сімей.

Окрему групу становлять батьківські тренінги, орієнтовані на психологічну підтримку та підвищення психологічної гнучкості батьків. Терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy – ACT), адаптована для батьків дітей з аутизмом, спрямована на те, щоб допомогти їм прийняти емоційно складні переживання (почуття провини, тривогу, безсилля), дистанціюватися від деструктивних думок і сфокусуватися на ціннісно зорієнтованій поведінці у взаємодії з дитиною [58; 63]. Дані клінічних досліджень свідчать, що участь у таких програмах пов’язана зі зниженням рівня батьківського стресу, депресивних симптомів, підвищенням переживання компетентності й задоволеності батьківською роллю [58; 63]. Непрямим чином це створює сприятливіший фон для розвитку комунікації дитини: батьки стають менш реактивними, більш терплячими, здатними довше включатися у спільну взаємодію, краще помічати й відповідати на комунікативні сигнали дитини навіть тоді, коли вони є неочевидними або відмінними від типових для нормотипового розвитку.

На стику корекційно-розвиткових і психотерапевтичних підходів знаходяться програми типу Hanen «More Than Words», які поєднують інформаційний компонент, тренінг комунікативних стратегій та групову взаємодію батьків [63]. У рандомізованому дослідженні А. Картер та співавторів показано, що участь у програмі «More Than Words» сприяла значущим змінам у стилі комунікації батьків: вони частіше слідували за ініціативою дитини, використовували стратегії розширення висловлювань, давали більше можливостей для вибору, а також демонстрували вищий рівень чутливості до сигналів дитини [63]. Частина дітей продемонструвала також приріст у сферах розуміння мови та використання жестів. Хоча ефекти на суто мовленнєві показники були помірними, автори наголошують на

довготривалому значенні змін у стилі батьківської взаємодії: саме вони створюють умови, у яких дитина з аутистичними проявами отримує більше «можливостей для спілкування» у щоденному житті.

Центральним компонентом більшості сучасних програм є навчання батьків конкретним комунікативним стратегіям. Йдеться не просто про загальні поради «більше розмовляти з дитиною», а про структуровані прийоми, ефективність яких підтверджена емпіричними дослідженнями. До таких стратегій належать, зокрема, використання методів ABA для формування мовленнєвих і альтернативних комунікативних реакцій, застосування візуальної підтримки (розкладів, піктограм, карток, жестів), створення і використання соціальних історій, відеомоделювання, природні стратегії навчання у контексті гри та повсякденних ситуацій [54; 55; 57; 61].

Прикладний аналіз поведінки розглядається як одна з найбільш досліджених та структурованих рамок роботи з комунікативними навичками у дітей з РАС. У цьому підході батьків навчають розкладати складну навичку (наприклад, вербальний запит) на окремі кроки, послідовно формувати кожен із них, використовуючи підказки та підкріплення, а потім поступово зменшувати підтримку, досягаючи самостійного використання навички дитиною [57; 61]. Наприклад, у програмі, описаній Л. Хемптон та співавторами, поєднуються дискретне пробне навчання, елементи спільної уваги та мовленнєві підказки; батьки проходять спеціальний тренінг, після чого продовжують використання стратегій у домашніх умовах [61]. Дослідження показують, що така форма «коучингу» приводить не лише до поліпшення мовлення та базових комунікативних навичок у дітей, а й до підвищення впевненості батьків у власних можливостях та їхньої готовності послідовно підтримувати нові форми поведінки [58; 61].

Важливим доповненням до вербальної комунікації є використання альтернативних та додаткових засобів спілкування. До них належать, наприклад, система обміну зображеннями (PECS), жести, піктограми, а також електронні пристрої зі спеціальним програмним забезпеченням. Батьків

навчають, як відбирати релевантні символи, організовувати комунікативну книжку або планшет, моделювати використання символів і поступово підкріплювати будь-яку спробу дитини звернутися до дорослого через ці засоби [54-55]. Дослідження демонструють, що використання PECS та інших альтернативних засобів не «заважає» розвитку мовлення, як іноді бояться батьки, а навпаки, створює місток до більш складних форм комунікації, знижує фрустрацію дитини та кількість поведінкових вибухів, пов'язаних з неспроможністю висловити свої потреби [54-56].

Візуальна підтримка, що включає розклади, послідовні картинки, піктограми, схеми «спочатку–потім», особливо важлива для дітей, які краще сприймають інформацію у наочно-образній формі. Батькам пояснюють, як створювати індивідуальні візуальні системи, що відповідають реальним рутинам сім'ї: наприклад, картки з послідовністю «прокинутися – почистити зуби – поснідати – вдягтися – іти до школи» або схеми, які показують, що після виконання неприємного завдання (наприклад, домашніх вправ) буде приємна активність (гра, прогулянка). Такі інструменти допомагають дитині краще розуміти структуру дня, очікувану поведінку, послідовність подій, що, у свою чергу, створює більше можливостей для ініціювання запитань, уточнень, висловлення власних побажань [46; 54-55]. Батьків тренують не лише у технічному створенні матеріалів, але й у тому, як коментувати візуальні підказки, як підкріплювати будь-який вербальний чи невербальний відгук дитини.

Соціальні історії й наративи дозволяють готувати дитину до складних або нових соціальних ситуацій – візиту до лікаря, зміни школи, поїздки громадським транспортом, знайомства з новими людьми. Фахівці навчають батьків принципам конструювання таких історій: описувати ситуацію простою, конкретною мовою; підкреслювати, що відчувають різні учасники; показувати соціально прийнятні варіанти поведінки; закінчувати історію позитивною нотою. Батьки читають ці історії з дитиною, інколи супроводжуючи їх малюнками чи фотографіями, а потім у реальній ситуації

звертаються до сюжету вже як до знайомого сценарію. Дослідження свідчать, що регулярне використання соціальних історій знижує тривожність дитини в нових ситуаціях, полегшує виконання інструкцій та створює більше можливостей для діалогічної взаємодії, оскільки дитина має «словесні опори» для опису того, що з нею відбувається [54-55; 62].

В останні роки значного розвитку набули технології дистанційної підтримки батьків – телеінтервенції. Метааналіз К. Пан та колег показав, що телездоров'я-інтервенції, орієнтовані на навчання батьків, можуть бути так само ефективними, як і очні програми, у підвищенні точності виконання стратегій, самоефективності батьків та зниженні стресу, особливо коли вони включають регулярний відеозв'язок, зворотний зв'язок у реальному часі та можливість обговорювати реальні епізоди взаємодії з дитиною [58]. Для України, де багато сімей проживають у віддалених регіонах або в умовах переміщення, такі формати можуть бути особливо актуальними, адже дозволяють забезпечити доступ до кваліфікованої допомоги незалежно від географічних обмежень.

Усі перелічені методи та стратегії реалізуються не в «порожнечі», а в системі взаємодії батьків з фахівцями – логопедами, психологами, педагогами, дефектологами. Саме тому вимір партнерства та консультування є не менш важливим, ніж конкретні техніки. Сучасні рекомендації щодо інклюзивної освіти в Україні передбачають, що батьки мають бути повноправними учасниками команд психолого-педагогічного супроводу, брати участь в обговоренні індивідуальної програми розвитку, мати доступ до зрозумілої інформації про цілі і методи роботи з дитиною [46; 59-60]. Міжнародні огляди підкреслюють, що ефективні батьків-опосередковані інтервенції характеризуються не лише продуманою структурою тренінгів, але й високим рівнем комунікації, прозорістю у постановці цілей, регулярним наданням зворотного зв'язку та можливістю адаптувати стратегії до реальних умов сім'ї [55-56; 64].

Партнерська модель взаємодії передбачає, що фахівці визнають унікальну експертизу батьків щодо їхньої дитини, а батьки, у свою чергу, визнають професійну компетентність спеціалістів і готові співпрацювати, дотримуючись узгоджених підходів. Логопед, наприклад, не лише проводить індивідуальні заняття з дитиною, а й навчає батьків артикуляційним вправам, іграм, що стимулюють мовлення, способам підкріплення правильних звуків і слів; психолог-надає рекомендації щодо емоційного супроводу, консультування, організації зони сенсорного розвантаження вдома; дефектолог допомагає адаптувати навчальні матеріали й побутові завдання до рівня можливостей дитини, розробляє разом із батьками систему підказок та заохочень [39; 46; 59]. Кожен спеціаліст у такій моделі не «заміщує» батьків, а навпаки, розглядає їх як ключових партнерів у впровадженні рекомендацій у реальному житті.

Консультування та супровід батьків включає різні формати: індивідуальні консультації, групи підтримки, психоедукаційні заняття, коучинг «на місці» (у домі, на дитячому майданчику, у магазині) або дистанційно. Їх метою є не лише передача інформації про аутизм, а й формування здатності батьків рефлексувати власні реакції, відстежувати прогрес дитини, коригувати власні очікування, уникати «пасток» перфекціонізму та самозвинувачення. Практика показує, що там, де батьки отримують стабільну, неоцінювальну підтримку, вони легше приймають діагноз, активніше включаються в реалізацію програм, рідше припиняють участь через виснаження або розчарування [55; 58; 63]. Для українських реалій особливо актуальним є поєднання психолого-педагогічного супроводу з інформацією про правові та організаційні механізми інклюзивного навчання, можливості отримання комплексної реабілітації, державної та громадської підтримки [46; 59-60].

Підсумовуючи, можна зазначити, що сучасні методи та практики підтримки батьків у розвитку комунікативних навичок дитини з аутистичними проявами базуються на поєднанні трьох ключових

компонентів. Перший – це корекційно-розвиткові програми для батьків, які допомагають їм оволодіти конкретними поведінковими, розвивальними та психотерапевтичними інструментами, знижується батьківський стрес, підвищується відчуття компетентності й контрольованості ситуації [53–55; 57; 62]. Другий компонент – навчання комунікативним стратегіям, що включає використання методів АВА, альтернативної та додаткової комунікації, візуальної підтримки, соціальних історій, відеомоделювання, природних стратегій навчання у повсякденних рутинах [54; 55; 57; 62]. Третій – партнерська взаємодія з логопедами, психологами, педагогами, дефектологами, заснована на принципах сімейно-центричності, спільного планування, регулярного консультування та супроводу [39; 46; 56; 59; 60]. Саме інтеграція цих трьох вимірів дає змогу створити для дитини з аутистичними проявами таке мікросередовище розвитку, у якому комунікація стає не лише предметом спеціальних занять, а й живим, повсякденним процесом у колі родини, посиленим професійною підтримкою та науково обґрунтованими підходами.

2.3. Психологічна підтримка батьків дітей з аутистичними проявами

Психологічна підтримка батьків, які виховують дітей з порушеннями розвитку та, зокрема, з аутистичними проявами, сьогодні розглядається як один із ключових напрямів системи допомоги сім’ї. Сучасні дослідження переконливо показують, що батьки таких дітей переживають значно вищий рівень стресу, тривоги, емоційного виснаження, ніж батьки дітей з типовим розвитком, а також стикаються з підвищеним ризиком депресивних і тривожних розладів [65-67]. При цьому характер їхнього психологічного стану безпосередньо впливає на стиль взаємодії з дитиною, на вибір виховних стратегій, здатність послідовно підтримувати корекційні програми та будувати партнерські стосунки з фахівцями. Отже, психологічна підтримка

батьків розглядається не як «додатковий сервіс», а як необхідна умова ефективного розвитку дитини та збереження функціональності всієї сімейної системи.

У зарубіжних оглядах зазначається, що батьківський стрес у сім'ях, де є діти з особливими освітніми потребами, зумовлюється поєднанням факторів: високими доглядовими навантаженнями, постійною необхідністю приймати складні рішення щодо лікування та навчання, обмеженням власного часу і приватності, економічним тиском, стигмою з боку суспільства [66-68]. Додатковим чинником є невизначеність майбутнього дитини: батьки відчувають тривогу щодо її здатності до самостійного життя, працевлаштування, соціальної інтеграції. Систематичні огляди підкреслюють, що високий рівень стресу пов'язаний із більш жорсткими або, навпаки, хаотичними стилями виховання, зменшенням чутливості до потреб дитини, збільшенням кількості конфліктів у сім'ї [66; 69]. Іншими словами, без адресної роботи з психоемоційним станом батьків навіть найкращі корекційні програми можуть виявитися малоефективними, оскільки батькам бракує внутрішніх ресурсів для їх послідовного виконання.

В українському контексті до типових для всіх країн стресорів додаються наслідки війни: вимушене переміщення сімей, втрата житла, розрив звичних соціальних зв'язків, обмежений доступ до фахової допомоги, досвід травматичних подій. Це особливо ускладнює становище батьків дітей з особливими освітніми потребами, адже їм одночасно доводиться забезпечувати базову безпеку, шукати нові освітні та реабілітаційні маршрути, боротися зі зростанням тривоги та регресом у розвитку дитини через стресові фактори [39; 46]. Вітчизняні автори наголошують, що в таких умовах психологічна підтримка батьків набуває статусу не лише корекційного, а й кризово-реабілітаційного заходу, покликаного зберегти функціональність сім'ї, попередити її дезінтеграцію та забезпечити мінімально стабільне середовище для дитини [39; 46; 70].

Цілі психологічної підтримки батьків можна узагальнити у кількох взаємопов'язаних напрямах. По-перше, це зменшення рівня емоційного дистресу, включно зі стресом, тривожністю, почуттям провини, безпорадності, сорому, пов'язаними з діагнозом дитини та особливостями її поведінки. По-друге, формування і зміцнення конструктивних копінг-стратегій, тобто способів подолання труднощів, які допомагають сім'ї адаптуватися, а не руйнують її. По-третє, розвиток батьківської компетентності, відчуття самоефективності й контролю над ситуацією: батьки мають розуміти, що саме вони можуть зробити у щоденному житті, які інструменти мають у своєму розпорядженні. По-четверте, підтримка сімейної згуртованості, подружніх стосунків, конструктивної комунікації всередині родини. Нарешті, сприяння залученню батьків до партнерства з фахівцями та соціальними інституціями, що розширює їхнє коло підтримки [46; 71-73].

Психологічна підтримка має як інформаційний, так і емоційний виміри. Інформаційний вимір охоплює психоедукацію – надання науково обґрунтованих знань про природу порушення розвитку, особливості аутизму, можливості корекції та прогноз розвитку. Недостатня поінформованість часто стає джерелом паніки, міфів, неадекватних очікувань і, відповідно, хронічної фрустрації. Коли батьки отримують доступ до структурованої, зрозумілої, адаптованої до їхнього рівня підготовки інформації, це знижує невизначеність і допомагає переорієнтуватися від пошуку «чудодійного лікування» до реалістичних, поетапних цілей розвитку дитини [39; 46; 73]. В українських методичних посібниках для батьків дітей з особливими освітніми потребами підкреслюється значення пояснення сутності порушень та шляхів допомоги простою мовою, з прикладами вправ, ігор, моделей щоденної взаємодії [39; 70].

Емоційний вимір психологічної підтримки стосується опрацювання почуттів, що супроводжують досвід виховання дитини з особливими потребами. Батьки часто проходять через стадії шоку, заперечення, гніву, торгу, депресії, перш ніж дійдуть до прийняття ситуації, і цей процес далеко

не лінійний. Психологічне консультування допомагає визнати й легітимізувати ці емоції, зменшити самозвинувачення, підтримати переживання втрати «очікуваної» дитини, сформувати новий образ батьківства, який враховує реальні можливості та обмеження дитини [67; 74]. В українських джерелах говориться про важливість створення «простору довіри», де батьки можуть відкрито говорити про свої страхи, гнів, сором, не натрапляючи на осуд з боку фахівців [70]. Лише після того, як емоційний фон частково стабілізовано, батьки здатні повною мірою засвоювати інформацію, планувати та впроваджувати конкретні стратегії допомоги дитині.

Форми психологічної підтримки батьків різноманітні та можуть комбінуватися залежно від потреб сім'ї, віку дитини, етапу діагностики чи лікування. Традиційно вирізняють індивідуальне консультування, групові форми роботи, тренінги, психотерапевтичні програми, а також дистанційні формати (онлайн-консультації, вебінари, телеінтервенції). Індивідуальне консультування дозволяє глибше опрацювати особисту історію батьків, їхній попередній життєвий досвід, специфіку сімейної системи. Воно є особливо важливим на етапі щойно встановленого діагнозу, коли реакції можуть бути дуже інтенсивними, а також у випадках, коли мають місце гострі кризи (розлучення, загострення проблем зі здоров'ям, травматичні події). Групові форми – тренінги, групи підтримки, батьківські клуби – дають можливість пережити досвід «нормалізації»: побачити, що інші батьки мають подібні труднощі, поділитися практичними знахідками, відчути співпереживання й прийняття [70]. Дослідження показують, що участь у таких групах сприяє зниженню суб'єктивного відчуття самотності, підвищенню відчуття соціальної підтримки й формуванню більш оптимістичного погляду на майбутнє сім'ї [66; 68].

Окрему роль відіграють спеціалізовані психотерапевтичні програми для батьків. У низці досліджень описано ефективність короткотривалих інтервенцій, побудованих на терапії прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), для батьків дітей з аутизмом. Такі

програми, як правило, включають кілька сесій, на яких батьків навчають навичкам усвідомленого ставлення до власних думок і почуттів, прийняття неминучих труднощів, фокусування на цінностях (наприклад, бути уважним і підтримувальним батьком) та вибору дій, що відповідають цим цінностям, попри наявність стресу [72; 74]. Рандомізовані дослідження показали, що навіть короткі ACT-програми можуть приводити до зниження симптомів депресії, тривоги, вигорання та підвищення психологічної гнучкості у батьків дітей з аутизмом [72; 74]. З позицій психологічної підтримки важливо, що ці зміни не лише полегшують суб'єктивний стан батьків, а й пов'язані з покращенням якості їхньої взаємодії з дитиною.

Іншим напрямом є програми, засновані на майндфулнес- (усвідомленому) підході та тренінгах співчуття до себе. Систематичні огляди та клінічні випробування свідчать, що майндфулнес-інтервенції для батьків дітей з аутизмом знижують рівень стресу, тривоги та покращують здатність до емоційної саморегуляції [75-76]. Програми усвідомленого батьківства (mindful parenting) фокусуються на розвитку вміння залишатися присутнім у взаємодії з дитиною «тут і тепер», приймати її поведінку без надмірного осуду, спостерігати власні емоційні реакції й обирати більш адаптивні відповіді, а не діяти імпульсивно. Дослідження програм, що поєднують майндфулнес з тренінгами самоспівчуття, показали, що у батьків зменшується жорсткість у ставленні до себе, зростає толерантність до власних помилок, що особливо важливо для запобігання вигоранню та хронічному самозвинуваченню [75-76]. Усе це створює більш стабільний емоційний фон, у якому дитина з аутичними проявами відчуває менше напруження з боку дорослих.

Психологічна підтримка батьків неможлива без роботи із системою їхніх ресурсів. Під ресурсами мають на увазі як зовнішні (соціальна підтримка, доступ до послуг, матеріальна стабільність), так і внутрішні (оптимізм, відчуття контролю, віра у власні можливості, духовні/ціннісні опори). Дослідження показують, що соціальна підтримка – як

інструментальна (допомога в догляді за дитиною, побутова допомога), так і емоційна (співпереживання, прийняття, визнання значущості зусиль батьків) – істотно знижує рівень батьківського стресу [66; 68]. Тому психологічна підтримка часто включає не лише роботу з індивідуальними переживаннями батьків, а й допомогу у розбудові мережі підтримки: налагодженні стосунків із розширеною родиною, пошуку груп взаємодопомоги, залученні ресурсів громади, благодійних і громадських організацій. В українських напрацюваннях підкреслюється важливість міжвідомчої взаємодії – коли фахівці освітньої, соціальної, медичної сфер координують зусилля щодо підтримки сімей, а психолог стає «посередником» між батьками та цими системами [39; 70; 73].

Важливим полем реалізації психологічної підтримки батьків є інклюзивно-ресурсні центри, заклади освіти й спеціалізовані реабілітаційні установи. У роботах українських авторів описуються напрямки психологічного супроводу батьків у закладах дошкільної та загальної середньої освіти: це індивідуальні консультації з питань прийняття діагнозу, виховних стратегій, взаємодії з учителями; групові заняття, тренінги, «школи для батьків»; спільні заходи батьків і дітей, що сприяють формуванню позитивного образу дитини й покращують сімейний мікроклімат [70; 73; 77]. Наголошується, що психологічна підтримка має бути неперервною: від моменту підозри на порушення розвитку, через етап діагностики, інтенсивних корекційних втручань до переходу в інші вікові періоди (школа, підлітковий вік). Кожен з цих етапів супроводжується специфічними викликами й потребує оновлення стратегій підтримки.

Окремої уваги заслуговує питання культурної та контекстуальної чутливості психологічної підтримки. У різних країнах, а також у різних регіонах України, батьки можуть мати відмінні уявлення про норму й патологію, різні вірування щодо причин порушень розвитку, різний рівень довіри до фахівців. Психологічна підтримка, побудована на ігноруванні цих особливостей, ризикує бути формальною або відторгнутою. Тому сучасні

підходи рекомендують враховувати культурні особливості сім'ї, її цінності, релігійні й етнічні традиції, мовне середовище, соціально-економічні умови. Для багатьох українських сімей, що пережили досвід війни, важливо також інтегрувати елементи травма-орієнтованого підходу: визнавати вплив травматичних подій на батьків і дітей, допомагати опрацьовувати травматичні спогади, розвивати відчуття безпеки в повсякденних рутинах [39; 70].

У підсумку психологічна підтримка батьків дітей з порушеннями розвитку, зокрема з аутистичними проявами, є багатовимірним процесом, що поєднує інформаційний, емоційний, тренінговий і ресурсний компоненти. Вона спрямована не лише на зниження стресу, тривоги та інших негативних переживань, а й на формування нової, більш стійкої конфігурації сімейної системи, у якій батьки бачать себе компетентними, ціннісно зорієнтованими суб'єктами взаємодії з дитиною. Доказові психотерапевтичні підходи (ACT, майндфулнес-інтервенції, тренінги самоспівчуття), сімейно-центричні моделі супроводу, робота з соціальними та внутрішніми ресурсами батьків демонструють реальний потенціал у покращенні як психічного благополуччя дорослих, так і якості їхньої взаємодії з дитиною [64; 72; 74; 78-79]. В українських умовах розвиток системи психологічної підтримки батьків потребує подальшого методичного забезпечення, міжвідомчої координації та розширення доступу до послуг, але вже сьогодні існує достатня теоретична й практична база, щоб розглядати цю підтримку як обов'язкову складову комплексної допомоги сім'ям, що виховують дітей з особливими потребами.

Висновки до розділу ІІ

Другий розділ розкрив важливість сімейно-центричного підходу в роботі з дітьми з РАС. Основні висновки:

Сім'я є ключовим середовищем розвитку комунікації, оскільки саме в ній дитина отримує базові моделі соціального контакту, емоційної взаємодії

та мовленнєвої активності. Взаємодія «батьки–дитина» є основним фактором, що визначає інтенсивність і напрям комунікативного розвитку.

У батьків дітей з РАС виявляється значно підвищений рівень стресу, емоційного виснаження та тривоги, що впливає на стиль виховання, чутливість до сигналів дитини та ефективність участі у корекційній роботі.

Розрізнено конструктивні та деструктивні батьківські позиції, серед яких найбільш сприятливою є поєднання емоційної підтримки, структурованості та позитивної комунікації. Надмірна опіка, заперечення діагнозу, емоційне вигорання знижують можливості батьків бути ефективними партнерами у розвитку дитини.

Сучасні практики допомоги батькам (ABA, PECS, візуальна підтримка, соціальні історії, методики NDBI, програми Hanen, майндфулнес-орієнтовані підходи) є доказово ефективними та значно підвищують якість сімейної взаємодії та комунікації дитини.

Партнерство між батьками та фахівцями (психологами, логопедами, дефектологами) є необхідною умовою успішного втручання. Чим системнішою є взаємодія сім’ї з фахівцями, тим вища ймовірність стабільного прогресу дитини.

РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ БАТЬКІВ У РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ

3.1.Обґрунтування критеріїв дослідження ролі та поведінки батьків у розвитку комунікативних навичок дітей з РАС

Метою аналітичного дослідження є виявляти взаємозв'язки між характером батьківської підтримки, особливостями сімейного спілкування та рівнем розвитку комунікативних навичок у дітей з розладами спектру аутизму (РАС). Встановити внутрішні та зовнішні чинники, які впливають на це спілкування.

Основними цілями аналітичного дослідження є:

- охарактеризувати комунікативні навички дітей з РАС у контексті сімейної взаємодії;
- проаналізувати стилі батьківської взаємодії та їх вплив на розвиток комунікацій дитини;
- визначити рівень підтримки батьками розвитку комунікативних навичок;
- оцінити психологічний клімат у сім'ї, батьківський стрес та адаптаційні механізми;
- виявити сили та обмеження сімейної підтримки;
- встановити вплив соціальних, економічних та освітніх чинників на розвиток комунікацій.

Об'єктами дослідження виступають батьки (матері та батьки) дітей з діагнозом РАС, у віці 3-15 років, які мають різний рівень розвитку мовлення та комунікативних навичок. В опитуванні приймають участь родини з різною економічною ситуацією та доступом до послуг.

Методами збору та аналізу даних виступають анкетування батьків (опитувальник), співбесіди з фахівцями, які працюють з дітьми.

Анкетування включає вісім ключових розділів, а саме:

1. Характеристика дитини з РАС. До цього розділу будуть відображені як загальні відомості (вік дитина, вік встановлення відхилення, особа та вік респондента, матеріальний та сімейний стан), так і загальні специфічні особливості, як рівень розвитку мовлення, основні способи спілкування, комунікативні труднощі та сильні сторони спілкування

Аналіз рівня мовленнєвого розвитку є вихідною точкою для планування будь-якого корекційно-розвиткового маршруту. Саме від реального рівня мовлення залежить постановка реалістичних цілей: для дитини, яка не користується мовленням, першочерговим завданням стає запуск базової комунікації через жести, звуки, картки чи інші засоби, тоді як для дитини з фразовим мовленням цілі зміщуються у площину розвитку діалогічності, розуміння нюансів соціальної взаємодії, формування зв’язного висловлення. При цьому важливо враховувати, що мовленнєвий рівень не є прямим відображенням інтелектуального потенціалу: дитина з РАС може мати збережені або навіть високі невербальні здібності за наявності суттєвих труднощів саме у вербальній комунікації. Фіксація як продуктивного, так і рецептивного мовлення (що розуміє і що говорить дитина) дає змогу уникнути хибних висновків, не занижувати й не завищувати вимоги, а також об’єктивно відстежувати динаміку як один із показників ефективності втручання.

Не менш значущим є блок, присвячений основним способам спілкування дитини. У дітей з аутистичними проявами комунікація далеко не обмежується усною мовою: вони можуть активно використовувати жести, міміку, погляд, рухи тіла, поведінкові реакції, картки, піктограми, електронні пристрої чи письмо. Фіксація всіх актуальних каналів дає змогу побачити приховану комунікацію там, де дорослі схильні бачити лише «дивну» або «проблемну» поведінку. Розуміння того, через що саме дитині наразі

найлегше взаємодіяти з оточенням, дозволяє грамотно підбирати засоби альтернативної та додаткової комунікації, будувати рекомендації для батьків і педагогів, уникати ситуацій, коли дорослі наполягають лише на усному мовленні, ігноруючи більш доступні для дитини канали. Таким чином, цей блок фіксує не лише те, чого дитина «не робить», а й те, як вона вже намагається бути в контакті зі світом.

Аналіз комунікативних труднощів дитини у вигляді окремого блоку дає можливість перевести загальну тезу «є проблеми зі спілкуванням» у конкретизовану карту цілей для корекційної роботи. Різні види труднощів потребують різних стратегій: відсутність ініціації контакту, слабка реакція на ім’я, нездатність зрозуміти прості інструкції, труднощі з очікуванням, неприйняття відмови, вибухові реакції на зміни чи сенсорні перевантаження – усе це різні «вузькі місця» в комунікативному ланцюжку, що вимагають різних підходів. Такий аналіз дає змогу локалізувати, на якому саме етапі порушується комунікація: на рівні ініціації, розуміння, вираження, регуляції емоцій чи соціального використання мови. Окрім того, опис труднощів допомагає прогнозувати ризикові ситуації та заздалегідь планувати профілактичні заходи: структурування середовища, впровадження візуальних підказок, організацію «кутка спокою», навчання дитини стратегіям саморегуляції. Для фахівців такий блок є також підставою для визначення зон відповідальності різних спеціалістів: логопеда, психолога, ерготерапевта, педагога.

Водночас включення в опитувальник блоку про сильні сторони спілкування дитини принципово змінює оптику оцінювання, переводячи його з дефіцитарної моделі в ресурсно-орієнтовану. Визначення того, що у дитини виходить добре – чи то окремі аспекти невербальної взаємодії (контакт очима в знайомих ситуаціях, здатність чекати своєї черги у грі), чи то специфічні інтереси (тематика, яка викликає жвавий відгук), чи то окремі мовленнєві навички (гарне запам’ятовування пісень, рим, фраз) – дозволяє будувати втручання «від опори», використовуючи ці сильні сторони як мотиваційний

ресурс. Для дитини це означає більше ситуацій успіху й позитивного зворотного зв'язку, для батьків – зміну уявлень про власну дитину: від образу «суцільної проблеми» до образу особистості з реальними можливостями. Окрім того, розуміння сильних сторін спілкування допомагає педагогам і фахівцям планувати включення дитини у групу через посильні соціальні ролі, що зміцнює її самооцінку та сприяє кращій інтеграції в колективі.

2. Стилі батьківської взаємодії з дитиною.

Показник того, як часто батьки розмовляють з дитиною протягом дня, відображає базовий рівень комунікативної насиченості сімейного середовища. Для дитини з аутистичними проявами, яка сама рідше ініціює контакт, частота звертань з боку дорослого є критично важливою: чим більше «мовленнєвих пропозицій» вона отримує в спокійному, ненав'язливому форматі, тим більше можливостей у неї виникає для включення у взаємодію. Якщо ж дорослі звертаються до дитини лише ситуативно («коли треба»), це звужує поле тренування комунікативних навичок і може підкріплювати її схильність до ізоляції. Тому оцінка саме частоти розмов упродовж дня є необхідною для розуміння, наскільки повсякденне середовище взагалі «насичене» можливостями для спілкування.

Однак кількісного показника недостатньо, тому наступний компонент – «яким є ваше спілкування з дитиною» – фіксує якість і функцію цих контактів. Дорослий може часто звертатися до дитини, але переважно в директивному форматі («зроби/не роби»), або ж, навпаки, його мовлення може бути емоційно підтримувальним, описовим, орієнтованим на спільний досвід («дивись, що ми робимо», «мені цікаво, що ти обираєш»). Характер спілкування (накази, зауваження, інструкції, чи підтримка, коментування, запити до думки/почуттів дитини) є ключовим маркером стилю батьківської взаємодії: він показує, чи сприймається дитина як повноцінний партнер по комунікації, чи радше як об'єкт контролю і догляду. Саме тому варіативність «яким є спілкування» дозволяє глибше інтерпретувати цифру частоти.

Питання про «стиль вашого виховання дитини» переводить акцент від окремих комунікативних актів до загальної виховної позиції дорослого. Авторитетний, авторитарний, ліберальний чи непослідовний стиль по-різному поєднують рівень вимог і рівень емоційної підтримки. Для дитини з РАС це має особливе значення: надмірна жорсткість без емпатії посилює тривогу й проблемну поведінку, хаотичність правил – підвищує непередбачуваність середовища, тоді як поєднання структури й підтримки створює оптимальні умови для навчання соціальним нормам. Тому включення цього блоку дозволяє зв'язати комунікативні особливості батьків не лише з «як вони говорять», а й з тим, «як вони в принципі будують виховання», що критично важливо для планування корекційно-педагогічних рекомендацій.

Компонент «яким чином Ви реагуєте на спробу спілкування дитини» безпосередньо стосується чутливості батьків до ініціативи дитини. Для дитини з РАС ця ініціатива може бути дуже крихкою, нетипово вираженою (жест, погляд, підведення дорослого до предмета, звук), і саме реакція дорослого визначає, чи буде вона закріплена та повторена. Якщо спроба спілкування часто залишається непоміченою, ігнорується або «перекривається» надмірним контролем (дорослий одразу все робить замість дитини), мотив до комунікації згасає. Натомість уважне помічання, вербалізація («ти хочеш показати…», «я бачу, що ти просиш…») та позитивне підкріплення створюють потужний стимул для повторних звернень. Тому саме цей блок дозволяє оцінити, чи є батьки «відповідним партнером» у комунікації, чи комунікативні спроби дитини в сімейному середовищі систематично втрачаються.

Останній елемент – ставлення до альтернативної комунікації (PECS, картинки, гаджети тощо) – відображає готовність батьків приймати сучасні, науково обґрунтовані засоби підтримки спілкування, які особливо важливі для дітей з обмеженим або несформованим мовленням. Позитивне, відкрите ставлення створює шанс, що система ААС буде реально впроваджена й

послідовно використовуватися у повсякденних ситуаціях, тоді як скепсис, страх «застрягти на картинках» чи сором перед оточенням часто блокують використання інструментів, які суттєво полегшують життя дитині. Таким чином, це питання допомагає побачити, чи не є самі батьківські установки бар'єром для розширення комунікативних можливостей дитини, і водночас окреслює напрямок психоосвіти для родини.

У сукупності ці п'ять складових – частота розмов, характер спілкування, загальний стиль виховання, реакція на ініціативу дитини та ставлення до альтернативної комунікації – дозволяють отримати об'ємну картину батьківської взаємодії як системи. Вони показують, скільки можливостей для спілкування створюється в сім'ї, якої якості ці можливості, як саме дорослий підтримує чи гальмує комунікативні спроби дитини та наскільки відкритий до використання сучасних засобів, що компенсують мовленнєві труднощі. Саме тому включення саме цих питань до блоку «Стилі батьківської взаємодії» є методично обґрунтованим і дає змістову основу для подальшого планування індивідуальної роботи з родиною.

3. Корекційні зусилля та підтримка.

Запитання про те, які корекційні розвивальні послуги отримує дитина, фіксує «карту» залучених спеціалістів (логопед, психолог, дефектолог, ерготерапевт, БК-терапевт тощо) та форматів допомоги (індивідуальні заняття, групи, реабілітаційні центри, інклюзивне навчання). Без цього неможливо зрозуміти, в якому теоретичному й методичному полі фактично перебуває дитина: одна річ – коли основний акцент зроблено на медичній реабілітації, інша – коли переважають поведінкові або розвивальні програми, або ж дитина практично не має доступу до спеціалізованих послуг. Таким чином, перший блок запитань дає уявлення про «номінальний» обсяг допомоги, на який може спиратися сім'я.

Разом із тим сам по собі перелік послуг малоінформативний без розуміння їхньої інтенсивності, тому логічним продовженням є запитання про частоту отримання цих послуг. У сучасних дослідженнях ефективності

втручань для дітей з РАС особлива увага приділяється саме «дозі» – кількості годин на тиждень, регулярності занять, тривалості участі в програмі. Той самий тип послуги (наприклад, логопедичні чи АВА-заняття) матиме різну ефективність, якщо проводиться епізодично раз на місяць чи системно кілька разів на тиждень. Тому фіксація частоти дозволяє відрізнити ситуацію формальної наявності послуги від реальної інтенсивної корекційної роботи, оцінити, чи відповідає обсяг допомоги потребам дитини, і виявити можливі «прогалини» в забезпеченні.

Окремий блок, присвячений тому, чи виконують батьки завдання з дитиною вдома (самостійно або для закріплення матеріалу), та які саме методи вони використовують, є ключовим для оцінки сімейної участі в корекційному процесі. Сучасні підходи виходять із того, що найбільш стійкі зміни в комунікації й поведінці дитини відбуваються тоді, коли навчання триває не лише у кабінеті фахівця, а й у природному середовищі – вдома, у побутових ситуаціях, у грі. Відповіді на ці запитання показують, чи виступає сім’я активним учасником втручання, чи корекційні впливи фактично «замкнені» на кількох годинах занять на тиждень. Важливо й те, які методи використовують батьки: чи співвіднесені вони з рекомендаціями фахівців, чи базуються на науково обґрунтованих підходах (візуальні розклади, соціальні історії, елементи АВА, сенсорні стратегії), чи, навпаки, є хаотичною сумішшю порад з інтернету. Це дозволяє оцінити узгодженість корекційних зусиль, ризик суперечливих впливів та потребу в додатковій психоосвіті родини.

Запитання про те, як часто фахівці консультують батьків щодо розвитку комунікації дитини та чи отримують вони інформацію й допомогу щодо вирішення проблем спілкування, відкриває вимір якості підтримки, а не лише її наявності. Навіть за умов достатньої кількості занять із дитиною, відсутність регулярних консультацій з батьками означає, що знання й методики «не виходять» за межі кабінету, не інтегруються у повсякденне життя сім’ї. Частота та зміст консультацій відображають, чи реалізується

сімейно-центричний підхід, чи сприймаються батьки як партнери, яких навчають і супроводжують, чи як «спостерігачі». Відповіді на ці пункти дозволяють виявити, наскільки системно батьки забезпечені психоосвітньою підтримкою, чи мають вони доступ до зрозумілої інформації про природу порушень комунікації, можливі стратегії допомоги, наявні ресурси громади.

Таким чином, сукупність цих складових – перелік корекційно-розвивальних послуг, частота їх отримання, участь батьків у домашньому закріпленні, характер використаних удома методів, регулярність консультацій з фахівцями та доступ до інформаційної підтримки – формує об’ємну характеристику корекційних зусиль і системи підтримки дитини з РАС. Вони дозволяють відрізнити ситуацію, коли допомога має переважно формальний, фрагментарний характер, від ситуації, де існує скоординована, безперервна й сімейно-центрична модель втручання. Саме на основі такого аналізу можна реалістично оцінити, які зміни можна очікувати від поточної системи допомоги, де потрібне посилення інтенсивності, де – розширення спектра послуг, а де – цілеспрямована робота із самими батьками як ключовими агентами розвитку комунікації їхньої дитини.

4. Розділ «Психологічний клімат та батьківський стрес» дозволяє охопити як загальний стан сімейної атмосфери, так і індивідуальний психоемоційний стан батьків, включно з факторами ризику та ресурсами.

Запитання «Оцініть емоційний клімат у Вашій сім'ї» виконує роль інтегрального показника: воно фіксує загальне суб’єктивне враження від сімейної атмосфери – наскільки в родині переважають підтримка, довіра, відчуття безпеки чи, навпаки, напруга, конфлікти, емоційна дистанція. Саме емоційний клімат є фоном, на якому відбувається щоденна взаємодія з дитиною з РАС; тому його оцінка дозволяє зрозуміти, у яких «температурних умовах» формуються комунікативні та поведінкові навички дитини і чи не є сама сімейна атмосфера чинником додаткового стресу.

Питання «Який рівень стресу Ви відчуваєте щоденно» конкретизує загальну картину, переводячи її у вимір інтенсивності батьківського

навантаження «тут і зараз». Навіть за відносно сприятливого емоційного клімату окремий батько чи мати можуть перебувати у стані високого внутрішнього напруження через догляд за дитиною, поєднання роботи й сімейних обов'язків, хронічну втому. Оцінка поточного рівня стресу дає змогу відрізнити ситуацію, коли сім'я функціонує у режимі відносної стабільності, від ситуації, де адаптаційні можливості вже на межі, і будь-які додаткові вимоги (у тому числі терапевтичні) можуть виявитися надмірними.

Запитання про «Основні джерела батьківського стресу» деталізує цей показник, дозволяючи побачити структуру навантажень: чи домінують труднощі, пов'язані саме з особливостями дитини (поведінкові кризи, проблеми комунікації, сенсорна гіперчутливість), чи більше виснажують матеріально-побутові чинники (фінансові труднощі, відсутність підтримки з боку родичів, дефіцит послуг), чи ключовим джерелом стресу є міжособистісні конфлікти в родині. Така диференціація важлива для планування допомоги: в одних випадках пріоритетом будуть поведінкові й комунікативні програми для дитини, в інших – соціальний супровід, пошук ресурсів громади, робота з подружніми стосунками. Без аналізу джерел стресу будь-які рекомендації ризикують бути поверховими й неадресними.

Питання «Чи спостерігаєте Ви симптоми депресії чи тривожних розладів у себе» додає до загальної картини стресу вимір клінічно значущих проявів. Батьківський стрес сам по собі ще не означає наявності психічного розладу, однак тривале перебування у стані перенапруження підвищує ризик депресії, генералізованої тривоги, панічних атак тощо. Наявність таких симптомів суттєво впливає на здатність батьків бути емоційно доступними, послідовними, терплячими, а іноді – просто фізично здатними залучатися до корекційних заходів. Тому навіть базова самооцінка наявності/відсутності подібних проявів є важливим маркером того, чи потрібна батькам додаткова психологічна або психіатрична допомога, а також дозволяє з етичних міркувань не накладати на них надмірних вимог у період загострення.

Нарешті, блок «Як часто Ви можете відпочити та піклуватися про себе» вимірює наявність і доступність ресурсів відновлення. Сам по собі високий рівень стресу не є фатальним, якщо людина має регулярні можливості «підзаряджатися» – отримувати підтримку, відпочивати, займатися власними потребами й інтересами. Для батьків дітей з РАС можливість відпочинку часто різко обмежена, що веде до хронічного виснаження та вигорання. Запитання про частоту самоопіки дозволяє оцінити баланс між навантаженням і відновленням: чи є у батьків підтримка (родичі, послуги «перепочинку», розподіл обов'язків у парі), чи доступні їм базові форми турботи про себе (сон, медичний догляд, вільний час). Саме цей показник вказує, чи існує реалістичний простір для впровадження нових рекомендацій, чи спершу необхідно працювати над розширенням ресурсів та підтримкою самих батьків.

5. Включення до блоку «Адаптаційні механізми та копінг-стратегії» саме таких складових, як «Як ви справляєтеся зі стресом», «Чи отримуєте Ви підтримку від інших людей з оточення» та «Як змінилися ваші відносини з партнером/супругом після встановлення діагнозу» дають змогу описати, *як* саме сім'я переживає і перетравлює хронічний стрес, пов'язаний з вихованням дитини з РАС, на трьох ключових рівнях: індивідуальному, соціальному та подружньому. Запитання «Як ви справляєтеся зі стресом» безпосередньо стосується індивідуальних копінг-стратегій батьків: чи вдаються вони до активного, проблемно-орієнтованого подолання (пошук інформації, звернення до фахівців, планування), до емоційно-орієнтованих стратегій (пошук підтримки, самозаспокоєння, рефлексія) чи до уникання (ігнорування проблеми, «відключення», втеча у роботу, шкідливі звички тощо). Саме характер цих стратегій значною мірою визначає, чи стає стрес мобілізувальним чинником, що сприяє адаптації, чи, навпаки, призводить до виснаження та дезорганізації сімейного життя. Тому фіксація способів «як я справляюся» дає можливість відрізнити відносно адаптивні моделі реагування від дезадаптивних і окреслити напрями психологічної підтримки.

Запитання «Чи отримуєте Ви підтримку від інших людей з оточення» виносить аналіз за межі внутрішнього світу батьків і дозволяє оцінити, наскільки їхні адаптаційні механізми підкріплені зовнішніми ресурсами. Соціальна підтримка – емоційна (співпереживання, прийняття), інструментальна (допомога з доглядом, побутом), інформаційна (поради, обмін досвідом) – є одним із найважливіших буферів між стресом і психологічними наслідками. Навіть за високого суб'єктивного напруження батьки, які мають коло людей, до яких можуть звернутися, демонструють кращу стійкість, рідше «ламаються», легше приймають участь у корекційних програмах дитини. Якщо ж підтримка мінімальна або відсутня, сім'я опиняється у стані ізоляції, і навіть формально «адекватні» копінг-стратегії можуть виявитися недостатніми через брак підкріплення. Тому аналіз того, чи є поруч значущі інші (родичі, друзі, інші батьки, громада), є невід'ємною частиною оцінювання адаптаційних можливостей сім'ї.

Питання «Як змінилися ваші відносини з партнером/супругом після встановлення діагнозу» фокусується на подружній підсистемі як центральному елементі сімейної структури. Діагноз дитини з РАС є сильним стресором для пари, який може як згуртувати її («ми разом долаємо труднощі»), так і загострити конфлікти, нерівномірний розподіл обов'язків, почуття несправедливості, взаємні звинувачення. Зміни у стосунках між партнерами безпосередньо впливають на емоційний клімат у домі, стабільність правил, узгодженість виховних стратегій і, зрештою, на відчуття безпеки у дитини. Тому оцінка того, як трансформувалася подружня взаємодія (посилилася підтримка чи, навпаки, зросла дистанція і конфліктність), є ключовою для розуміння, наскільки сім'я адаптується як система, а не лише як окремі її члени.

У сукупності ці три складові дозволяють побачити адаптацію не у вузькому сенсі «чи витримують батьки стрес», а як комплексний процес: як вони внутрішньо його переробляють, чи мають на кого спертися, і як стрес змінює ядро сімейних стосунків. Саме на такій багатовимірній картині можна

будувати змістовні рекомендації щодо підтримки сім'ї, а не обмежуватися загальними порадами, відірваними від реальних копінг-ресурсів та уразливостей конкретних батьків.

7. Внутрішні фактори (особистісні особливості батьків) відображають ключові виміри внутрішнього світу дорослого – когнітивний (знання), поведінковий (готовність навчатися), ціннісно-світоглядний (ставлення до РАС) та емоційний (переживання), – які безпосередньо визначають, як батьки будуть взаємодіяти з дитиною та включатися в корекційний процес.

Питання про «рівень знань про РАС та розвиток комунікації» дозволяє оцінити когнітивну готовність батьків розуміти особливості своєї дитини і приймати науково обґрунтовані рекомендації. Якщо знання поверхові або базуються на міфах, це підвищує ризик помилкових очікувань (наприклад, «дитина просто переросте», «головне – домогтися нормальної мови»), звернення до неефективних або навіть шкідливих «чудодійних» методів і відмови від системної роботи. Натомість достатній рівень поінформованості про природу аутизму, сенсорні й комунікативні особливості, роль альтернативної комунікації формує більш реалістичні очікування і підвищує батьківську самоефективність: дорослі розуміють, що саме і навіщо вони роблять у взаємодії з дитиною. Тому оцінка знань є базою для планування психоосвіти та корекції хибних уявлень.

Запитання «Чи відвідували Ви навчальні заходи або тренінги щодо РАС» відображає поведінковий аспект внутрішніх факторів – готовність батьків активно інвестувати час і зусилля у власне навчання. Сам факт участі у тренінгах, вебінарах, групах для батьків свідчить про проактивну позицію: людина не лише «щось чула» про аутизм, а робить кроки до поглиблення компетентності, засвоєння конкретних технік (комунікативні стратегії, поведінкові методи, використання візуальної підтримки тощо). Водночас відсутність такого досвіду може означати або брак доступу до ресурсів, або низьку готовність до змін і недовіру до фахової допомоги. Для фахівця ця інформація є ключовою: вона показує, з якого стартового рівня слід будувати

освітньо-консультативну роботу, і чи потрібно спершу мотивувати батьків до включення у навчальні програми.

Компонент «Як Ви сприймаєте РАС своєї дитини» фіксує ціннісно-світоглядний вимір: чи бачать батьки діагноз як трагедію, «кінець нормального життя», кару/несправедливість, чи як особливість розвитку, яка суттєво ускладнює, але не скасовує можливості дитини, чи як виклик, що потребує мобілізації ресурсів. Рівень прийняття або, навпаки, заперечення, сорому, гніву визначає, чи готові батьки вибудовувати довготривалу стратегію підтримки, чи схильні уникати теми, відкладати прийняття рішень, ігнорувати рекомендації. Ставлення до РАС також впливає на те, як батьки представляють дитину іншим (родичам, педагогам, одноліткам), а отже – на ризик стигматизації або, навпаки, на формування більш інклюзивного соціального оточення. Тому аналіз сприйняття діагнозу дає змогу оцінити ступінь внутрішньої готовності до співпраці та потребу у психологічному супроводі саме дорослого.

Нарешті, блок «Як часто у Вас виникають почуття…» (йдеться, як правило, про почуття провини, сорому, безнадії, тривоги, злості, а також гордості, радості, надії) дозволяє описати емоційний профіль батьків у зв’язку з РАС дитини. Навіть за достатнього рівня знань і формальної згоди з діагнозом, батьки можуть жити у стані хронічного емоційного напруження, переживаючи повторювані хвилі провини («це моя вина»), сорому («що скажуть інші»), страху за майбутнє, виснажливої тривоги. Частота й інтенсивність таких переживань безпосередньо впливають на якість взаємодії з дитиною: дорослий, який постійно відчуває провину та безсилля, схильний або до надмірного контролю та гіперопіки, або до емоційного відсторонення, тоді як переживання радості від невеликих досягнень, гордості за дитину і надії підтримує мотивацію до послідовних зусиль. Тому фіксація домінуючих почуттів і частоти їх виникнення є необхідною для розуміння, на якому емоційному фоні відбувається виховання й корекція, і чи потребують батьки

додаткової психологічної підтримки, спрямованої на зменшення самозвинувачення та зміцнення ресурсних емоцій.

8. Сильні сторони та обмеження сімейної підтримки.

Запитання про «основні сили Вашої сім'ї у роботі з РАС дитини» спрямоване на виявлення тих внутрішніх ресурсів, на які можуть спиратися як сама родина, так і фахівці: згуртованість, готовність домовлятися, відкритість до нового, вміння шукати інформацію, високий рівень включеності одного чи обох батьків, підтримка з боку родичів тощо. Формулювання саме в термінах «сил» принципово важливе: воно зміщує акцент з дефіцитарної моделі («у нас нічого не виходить») до ресурсно-орієнтованої, де сім'я усвідомлює й артикулює те, що їй вдається. Для фахівця ці відповіді стають опорою для планування подальшої роботи: будь-які нові рекомендації ефективніші, коли «вбудовуються» у вже наявні сили, а не нав'язуються поверх них.

Разом з тим повноцінна картина неможлива без аналізу «тіньового боку», тому запитання про «головні труднощі та обмеження, з якими Ви стикаєтеся» доповнює профіль, дозволяючи сім'ї окреслити свої межі. Це можуть бути матеріальні обмеження, відсутність часу, брак допомоги, власні психологічні труднощі, конфлікти між членами сім'ї, втома від постійних занять, нестача фахових послуг у громаді. Фіксація саме «головних» труднощів допомагає уникнути розпорошення та виділити ті чинники, які найбільше заважають підтримувати дитину. Для фахівця ця інформація критично важлива: якщо, наприклад, ключовим обмеженням є тотальний дефіцит часу або підтримки, недоцільно пропонувати складні й трудомісткі програми для дому, натомість варто шукати способи зменшення навантаження, перерозподілу обов'язків, залучення зовнішніх ресурсів. Таким чином, поєднання запитань про сили й обмеження дозволяє побачити реальний «діапазон можливого» для конкретної родини.

Питання «що допомогло Вам ефективніше підтримувати розвиток комунікацій дитини» фокусує увагу на уже здобутому позитивному досвіді та

механізмах, які виявилися дієвими саме для цієї сім'ї. Це можуть бути конкретні методи (візуальна підтримка, соціальні історії, певні форми гри), участь у тренінгах, зміна стилю спілкування, підтримка інших батьків, консультації фахівців, внутрішні рішення (перерозподіл ролей, прийняття діагнозу). Такі відповіді мають подвійну цінність: для сім'ї – як усвідомлення того, що «щось уже працює» і це можна посилювати; для фахівця – як ключ до індивідуалізації рекомендацій, адже замість стандартного набору порад він може розвивати саме ті підходи, які вже дали результат. Це також важливий індикатор стійкості: якщо сім'я здатна помічати, що їй допомагає, вона має більше шансів підтримувати мотивацію в довготривалій перспективі.

Запитання про «динаміку розвитку комунікативних навичок дитини за останній рік» вводить у характеристику вимір часу і змін. Сім'я оцінює не абстрактний стан «зараз», а відстежує, що відбулося за певний період: з'явилися нові слова чи жести, дитина стала частіше звертатися по допомогу, краще розуміти інструкції, менше кричати в ситуаціях фрустрації, більше залучатися до спільної гри. Такий аналіз дозволяє пов'язати зусилля родини й фахівців із реальними результатами, побачити, які зміни сталися попри труднощі й обмеження, а також виявити зони, де прогрес мінімальний або відсутній. Для фахівця це сигнал, що частину стратегії треба переглянути або посилити, а для батьків – можливість побачити, що навіть маленькі кроки є важливими й помітними у часовій перспективі.

Нарешті, запитання «якими Ви бачите перспективи розвитку комунікації Вашої дитини» залучає до аналізу суб'єктивне бачення майбутнього, рівень надії та очікувань батьків. Це не лише про прогнози («зможе/не зможе говорити», «буде/не буде навчатися в школі»), а й про те, наскільки батьки вірять у можливість подальших змін, чи бачать вони комунікацію дитини як таку, що може розвиватися, чи сприймають ситуацію як «застиглу». Нереалістично завищені очікування можуть приводити до хронічної фрустрації, занижені – до відмови від зусиль і передчасної «капітуляції». Тому це питання дозволяє виявити, де потрібна корекція

очікувань, додаткова інформація, підтримка у формуванні більш збалансованого, але не безнадійного бачення майбутнього. Водночас воно відкриває простір для спільного планування довгострокових цілей: якщо батьки уявляють, що дитина зможе, наприклад, самостійно висловлювати базові потреби або підтримувати короткий діалог, ці уявлення можна перевести у конкретні етапні завдання.

У сукупності ці складові – усвідомлені сімейні сили, окреслені труднощі й обмеження, реальний позитивний досвід підтримки комунікації, оцінка динаміки за рік і бачення перспектив – формують цілісну характеристику потенціалу і меж сімейної підтримки. Вони дозволяють фахівцю рухатися не від абстрактної «норми», а від конкретної вихідної точки саме цієї родини, спираючись на її ресурси, поважаючи її обмеження і коригуючи стратегії відповідно до реальної динаміки та очікувань батьків.

3.2. Результати проведеного дослідження ролі та поведінки батьків у розвитку комунікативних навичок дітей з РАС

У дослідженні взяли участь батьки дітей із розладами аутистичного спектру, всього було отримано анкет від 21 респондента. Переважну більшість опитаних становили мами (71,4 %), тоді як частка батьків-чоловіків склала 28,6 %. Середній вік респондента становить 35 років, що свідчить про участь у дослідженні переважно дорослих батьків у періоді найбільшої сімейної та професійної активності. За рівнем освіти вибірка є достатньо висококваліфікованою: 85,7 % батьків мають вищу освіту, тоді як лише 14,3 % – середню, що може впливати як на обізнаність щодо особливостей розвитку дітей з РАС, так і на готовність до пошуку та використання спеціалізованих послуг.

Матеріальний стан сімей респондентів загалом можна охарактеризувати як стабільний: 85,7 % оцінили його як середній, тобто такого рівня, за якого родині вистачає коштів на повсякденні витрати, тоді як

14,3 % віднесли себе до категорії з «добрим» матеріальним станом, за якого вони можуть дозволити собі прийняття нових витрат (зокрема, на додаткові послуги, корекційні програми чи реабілітацію дитини). Більшість опитаних виховують дітей у повних сім'ях: 85,7 % зазначили, що сім'я повна, і лише 14,3 % – що ні, що свідчить про відносно високий рівень збереженості подружніх стосунків у вибірці, попри наявність у сім'ї дитини з особливими потребами. Середня кількість дітей у сім'ї становить 1,9, при цьому середній показник кількості дітей з РАС – 1,0 на сім'ю, тобто у кожній родині, що взяла участь у дослідженні, є лише одна дитина з розладом аутистичного спектра.

У опитуванні приймали участь батьки дітей у віці від 3 до 15 років. Середній вік дитини у вибірці становить 8,3 року, тоді як середній вік встановлення діагнозу РАС – 3,3 року. Це свідчить про те, що в більшості випадків батьки та фахівці помічають особливості розвитку достатньо рано, у дошкільному віці, що в потенціалі створює можливості для раннього втручання й корекційної підтримки.

Структура мовленнєвого розвитку дітей є досить неоднорідною, що у першу чергу пов'язано з широким діапазоном віку опитуваних дітей та реальним періодом корекційних зусиль батьків. Так найдорослiша дитина серед опитуваних має вік 14 років при встановленні діагнозу РАС у віці 3 роки. Тобто період корекції у цьому випадку становить 11 років. Найменша дитина має вік 3 роки при встановлені діагнозу РАС у 2-річному віці та відповідному корекційному періоді 1 рік. Залежність розвитку комунікативних навичок від періоду корекційних зусиль батьків більш детально наведена у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Розвиток комунікативних навичок та період корекційних зусиль батьків

Рівень розвитку мовлення дитини	Частота присутності ознаки, %	Період корекційних зусиль батьків, роки

Мовлення відсутнє (дитина не говорить)	14,3	1<
Ехолалія (повторює почуте)	9,5	3-12
Окремі слова (менше 50 слів)	4,8	1-3
Прості речення (2-3 слова)	42,9	2-8
Складні речення (розвинуте мовлення)	28,6	7-12

У групі дітей, у яких мовлення повністю відсутнє (14,3%), період цілеспрямованих корекційних зусиль батьків становить менше одного року. Це дає підстави припускати, що значна частина цих дітей перебуває на початковому етапі корекційної роботи, коли ще зарано очікувати помітного мовленнєвого прориву. Відсутність мовлення на цьому етапі не обов'язково свідчить про стійкі, «неподоланні» порушення, а радше відображає потребу в часі, системності та узгодженні зусиль батьків і фахівців. Надалі саме тривалість і послідовність корекційної підтримки можуть стати ключовими чинниками переходу від повної відсутності мовлення до появи звуків, окремих слів і фраз. Усі інші частини попереднього опису результатів дослідження залишаються актуальними без змін.

У ще 9,5% дітей провідною мовленнєвою особливістю залишається ехолалія, а період корекційних зусиль коливається в інтервалі від 3 до 12 років. Такий широкий діапазон свідчить про те, що в частини дітей ехолалія зберігається навіть за умов багаторічної підтримки, а в інших може бути транзиторним етапом, який, однак, потребує цілеспрямованого педагогічного та логопедичного супроводу, щоб перетворитися з механічного повторення у більш усвідомлене, функціональне мовлення. Для групи дітей, у яких мовлення представлено окремими словами (менше 50 слів), зафіксовано 4,8% вибірки; період корекційних зусиль для них становить 1–3 роки. Це, з одного боку, може означати, що діти перебувають на відносно ранньому етапі корекційної роботи, а з іншого – що потенціал розвитку є, проте потребує послідовності та системності втручань, аби перейти до фразового мовлення.

Найбільш чисельною виявилася група дітей, у яких сформовані прості речення з 2–3 слів, – 42,9 %. Період корекційних зусиль батьків у цій групі

варіює від 2 до 8 років, що свідчить про досить тривалий, поступовий шлях переходу від окремих звуків і слів до фразового мовлення. Можна припустити, що саме системна, довготривала участь батьків у корекційних програмах, заняттях з фахівцями та щоденній домашній практиці створює умови для появи та закріплення простих речень. Водночас частина дітей, попри багаторічні зусилля, може «застрягати» на цьому рівні через поєднання мовленнєвих, когнітивних та соціально-комунікативних труднощів.

Розвинуте мовлення, представлене складними реченнями, зафіксовано у 28,6 % дітей. Для цієї групи характерний найдовший період корекційних зусиль – від 7 до 12 років. Це підкреслює, що досягнення високого рівня мовленнєвого розвитку у дитини з РАС, як правило, є результатом багаторічної системної роботи, у якій батьки відіграють ключову роль. Ймовірно, саме поєднання раннього втручання, стабільної мотивації сім'ї, міждисциплінарної підтримки (логопед, дефектолог, психолог) та адаптованого освітнього середовища дозволяє частині дітей переходити від елементарних форм мовлення до контекстуально доречного, розгорнутого висловлювання.

Узагальнюючи, результати дослідження демонструють чітку тенденцію: чим складніший і функціональніший рівень мовлення дитини, тим тривалішим зазвичай є період корекційних зусиль батьків. Навіть там, де мовлення залишається відсутнім або обмеженим, батьки інвестують у корекцію щонайменше рік і більше, тоді як для сформованого фразового та розвинутого мовлення характерна багаторічна (до 8–12 років) робота. Це підкреслює критичну важливість раннього виявлення порушень, безперервної підтримки та партнерства між сім'єю і фахівцями, а також показує, що мовленнєвий прогрес у дітей з РАС зазвичай є повільним, але можливим за умови системної, довготривалої корекційної роботи.

Основні способи спілкування демонструють переважання вербального каналу: 85,7 % дітей користуються словами та фразами. Разом з тим, значна частина комунікації відбувається через альтернативні або допоміжні засоби:

42,9 % дітей використовують звуки та вокалізації, і стільки ж – указівні жести (показують на предмети). Погляд і зоровий контакт є значущим, але не провідним каналом: 28,6 % дітей застосовують його як засіб спілкування, а жести загалом – 28,6 %. Міміка та вираз обличчя як окремий комунікативний ресурс зафіксовані у 14,3 % дітей.

Комунікативні труднощі мають системний характер і виявляються у більшості дітей. Найбільш вираженою проблемою є труднощі з підтримкою діалогу – їх відзначили у 85,7 % дітей, що свідчить про значні обмеження у здатності вести розгорнуте двостороннє спілкування. 71,4 % дітей мають труднощі з ініціюванням спілкування, тобто рідко самі розпочинають контакт, потребують стимуляції з боку дорослого чи однолітка. Порушення прагматики мовлення (уміння доречно використовувати мовлення у різних ситуаціях) наявні у 42,9 % дітей. Порушення спільної уваги та розуміння зверненої мови зустрічаються у 28,6 % випадків кожне, що вказує на складнощі з одночасною концентрацією на об’єкті та партнері по спілкуванню, а також із адекватною інтерпретацією мовлення дорослого. Труднощі з установленням зорового контакту відзначені у 14,3 % дітей, тоді як проблем із розумінням невербальних сигналів за даними опитування не виявлено, що може свідчити або про реальну відносну збереженість цього компонента, або про те, що батьки менше звертають увагу саме на цей аспект.

Водночас діти демонструють і низку сильних сторін у сфері спілкування. Так, 71,4 % дітей реагують на власне ім’я, що є базовим показником соціальної чутливості та включеності у взаємодію. Більше половини (57,1 %) добре розуміють прості інструкції та команди, що створює основу для навчання, корекційної роботи та формування побутових навичок. 42,9 % проявляють інтерес до предметів та видів діяльності, а також можуть підтримувати невіддалене (просте, короткочасне) спілкування, що дає змогу вибудовувати взаємодію на основі спільної діяльності. 28,6 % дітей розповідають про свої потреби та наслідують слова дорослих, що свідчить про формування елементарної саморегуляції, здатності виражати бажання та

опановувати мовлення шляхом імітації. Водночас жести як цілеспрямований засіб комунікації зафіксовані як сильна сторона у віх опитуваних, а прояв вираженої охоти до спілкування – лише у 14,3 %, що підкреслює необхідність цілеспрямованого розвитку як невербальної комунікації, так і мотиваційної складової взаємодії.

Результати дослідження корекційних зусиль батьків дітей з розладами аутистичного спектра (див. табл. 3.2) свідчать про високий рівень залученості сімей у систему допомоги, але водночас демонструють нерівномірність у доступі до різних видів корекційно-розвивальних послуг. Абсолютна більшість дітей отримує логопедичну допомогу: 18 із 21 респондента (85,7%) зазначили, що дитина відвідує логопеда. Це підтверджує, що саме мовленнєвий розвиток сприймається батьками й фахівцями як провідний напрям корекційної роботи, і логопедична підтримка є найбільш доступною та системною формою допомоги.

Таблиця 3.2

Корекційні зусилля та їх підтримка батьками

Критерії	Кількість позитивних відповідей, од.	Питома вага позитивних відповідей, %
Які корекційні розвивальні послуги отримує дитина:		
Логопедична допомога	18	85,7
Заняття з психологом	6	28,6
АВА-терапія	0	0
Заняття з дефектологом	6	28,6
Фізіотерапія	6	28,6
Сенсорна інтеграція	0	0,0
Музична терапія	9	42,9
Заняття в інтегрованих групах	10	47,6
Інклюзивна освіта	2	9,5
Не отримує жодних послуг	0	0
Частота отримання послуг:		
3 і більше разів на тиждень	6	28,6
2 рази на тиждень	15	71,4
Виконання завдання з дитиною вдома (самостійно або закріплюючи пройдене з фахівцями):		
Щодня	9	42,9
1-2 рази на тиждень	7	33,3
Рідко	5	23,8

Менш поширеними, але все ж значущими є інші види послуг: 28,6% дітей (6 осіб) отримують заняття з психологом, стільки ж – корекційну допомогу дефектолога та фізіотерапію. Це свідчить про часткове залучення мультидисциплінарного підходу, коли робота з дитиною охоплює не лише мовлення, а й емоційно-поведінкову сферу, пізнавальний розвиток та соматичне здоров'я. Водночас показники не є високими, що може відображати як обмежений доступ до фахівців, так і нерівномірність розуміння батьками важливості комплексної корекції.

Порівняно часто використовуються немедикаментозні розвивальні практики: музичну терапію отримують 42,9% дітей (9 осіб), що вказує на інтерес батьків і фахівців до залучення мистецьких методів як засобу стимуляції емоційної сфери, мотивації та комунікації. Майже половина дітей (47,6%, тобто 10 осіб) відвідує заняття в інтегрованих групах, де вони мають можливість взаємодіяти з дітьми з типовим розвитком або з різними освітніми потребами. Це важливий ресурс для формування соціальних навичок, адаптації до групового середовища та розвитку спільної діяльності. Натомість показник залучення до інклюзивної освіти є низьким: лише 2 дитини (9,5%) навчаються в умовах інклюзивного освітнього середовища, що може свідчити про труднощі з реалізацією інклюзивних підходів у практиці освіти або про недостатню готовність системи та сімей до такого формату.

Важливо, що жодна дитина у вибірці не позбавлена корекційних послуг: на твердження «Не отримує жодних послуг» не було жодної позитивної відповіді (0%). Це підкреслює, що всі батьки так чи інакше організовують для дитини корекційно-розвивальну підтримку. Водночас привертає увагу повна відсутність таких сучасних напрямів, як АВА-терапія (0%) та заняття з сенсорної інтеграції (0%). З огляду на світові тенденції їхнього активного використання в роботі з дітьми з РАС, це може свідчити або про низьку доступність таких послуг у регіоні, або про недостатню поінформованість батьків щодо їх можливостей.

Щодо інтенсивності корекційних впливів, більшість дітей отримують допомогу з регулярністю 2 рази на тиждень – про це повідомили 71,4% респондентів (15 осіб). Ще 28,6% (6 осіб) зазначили, що дитина відвідує корекційні заняття 3 і більше разів на тиждень. Таким чином, переважна частина сімей забезпечує принаймні помірну регулярність корекційних послуг, а майже третина – високий рівень інтенсивності, що є важливим для досягнення позитивних змін у розвитку дитини.

Окрема важлива складова корекційних зусиль батьків – виконання завдань з дитиною вдома, самостійно або для закріплення матеріалу, опрацьованого з фахівцями. 42,9% батьків (9 осіб) працюють із дитиною щодня, що свідчить про високий рівень мотивації, відповідальності та розуміння важливості систематичності. Третина респондентів (33,3%, 7 осіб) виконує завдання 1–2 рази на тиждень, що можна розглядати як періодичну, але не повністю регулярну домашню корекцію. Ще 23,8% батьків (5 осіб) відзначили, що роблять це рідко, що може бути пов’язано з браком часу, ресурсів, знань або емоційним виснаженням.

Загалом результати дослідження демонструють, що батьки дітей з РАС активно залучені в організацію корекційної допомоги, насамперед логопедичної, із залученням психологічної, дефектологічної, фізіотерапевтичної та розвивальної підтримки (музична терапія, інтегровані групиВодночас виявлено суттєві прогалини у використанні сучасних спеціалізованих підходів (АВА-терапія, сенсорна інтеграція) та низьку частку інклюзивної освіти, що вказує на потребу в розширенні доступу до таких послуг, підвищенні обізнаності батьків та розвитку комплексних, міждисциплінарних програм підтримки дітей із РАС і їхніх сімей.

Необхідність підвищення обізнаності батьків підтверджує й аналіз внутрішніх особистісних факторів батьківської поведінки (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Рівень обізнаності батьків про РАС

Критерії	Кількість позитивних відповідей, од.	Питома вага позитивних відповідей, %
Рівень знань про РАС та розвиток комунікації:		
Мало знаю	9	42,9
Маю базові знання	5	23,8
Добре поінформований	7	33,3
Доглибно вивчаю тему	0	0
Професійно займаюся цією проблемою	0	0
Чи відвідували Ви навчальні заходи або тренінги щодо РАС:		
Кілька тренінгів	0	0
Один-два	4	19,0
Нічого подібного	17	81,0
Хотів би, але немає можливостей	0	0
Чи маєте доступ до інформації та ресурсів про РАС:		
Легко знайти потрібну інформацію	4	19,0
Знаходжу, але з деякими труднощами	10	47,6
Важко знайти	5	23,8
Не знаю, де шукати	2	9,5

Результати дослідження свідчать про те, що обізнаність батьків щодо розладів аутистичного спектра (РАС) та особливостей розвитку комунікації їхніх дітей загалом залишається недостатньою й неоднорідною. Майже половина опитаних (42,9%, 9 осіб) оцінили свій рівень знань як низький («мало знаю»), ще 23,8 % (5 осіб) зазначили, що мають лише базові уявлення про РАС. Тобто у двох третин батьків (66,7%) знання про природу розладу, механізми формування порушень комунікації та ефективні підходи до підтримки дитини є поверхневими або фрагментарними. Це означає, що значна частина сімей змушена діяти інтуїтивно, спираючись на поодинокі джерела інформації, поради знайомих або загальні уявлення, не завжди науково обґрунтовані.

Водночас третина респондентів (33,3%, 7 осіб) відзначили, що «добре поінформовані» щодо РАС та розвитку комунікації. Це вказує на наявність групи батьків, які цілеспрямовано шукають інформацію, читають

спеціалізовану літературу чи консультативні матеріали, активно спілкуються з фахівцями. Однак жоден із опитаних не відзначив, що «докладно вивчає тему» або «професійно займається цією проблемою» (0% за обома твердженнями). Таким чином, у вибірці повністю відсутні батьки, які б мали глибокий, системний рівень знань, наприклад, через спеціальну освіту, участь у професійних спільнотах або постійне самостійне вивчення теми на рівні, наближеному до фахового.

Особливо показовими є дані щодо участі в навчальних заходах та тренінгах, присвячених РАС. Абсолютна більшість батьків (81,0%, 17 осіб) зазначили, що ніколи не відвідували жодних тренінгів чи спеціалізованих навчальних програм. Лише 19,0% (4 особи) брали участь в одному-двох подібних заходах, і жоден респондент не має досвіду відвідування «кількох тренінгів». При цьому варіант відповіді «Хотів би, але немає можливостей» не був обраний жодного разу (0%), що може свідчити про кілька важливих моментів. По-перше, частина батьків, ймовірно, не усвідомлює значення систематичного навчання для розуміння РАС та розвитку компетентного ставлення до особливостей дитини. По-друге, можливо, інформація про наявні програми підтримки, тренінги та школи для батьків є недостатньо доступною або не потрапляє до цільової аудиторії. По-третє, частина сімей може відчувати емоційне виснаження або перевантаження, через що не ініціює пошук додаткових ресурсів.

Результати дослідження доступу батьків до інформації про РАС показують, що для більшості цей процес не є простим. Лише 19,0 % респондентів зазначили, що їм легко знайти потрібну інформацію, що свідчить про наявність у невеликої групи батьків стабільних, перевірених джерел. Майже половина опитаних (47,6 %) здатні знаходити потрібні відомості, але з певними труднощами, витрачаючи додатковий час і зусилля на пошук, відбір і розуміння матеріалів. Водночас 23,8 % батьків прямо вказують, що їм важко знаходити інформацію, а 9,5 % взагалі не знають, де її

шукати, що свідчить про суттєві бар'єри інформаційної доступності та ризик опинитися без якісної підтримки.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що попри наявність певного ядра батьків, які вважають себе «добре поінформованими», загальний рівень знань про РАС у вибірці залишається недостатнім і переважно базовим або низьким. Ситуацію ускладнює той факт, що більшість батьків не залучені до систематизованого навчання й не мають досвіду проходження спеціалізованих тренінгів й нерідко стикаються з труднощами у пошуку надійної інформації.. Це створює ризики для якості домашньої корекційної роботи, вибору ефективних стратегій взаємодії з дитиною, а також для емоційного стану самих батьків, які можуть відчувати невпевненість, провину або розгубленість. Сукупність низького/фрагментарного рівня знань і ускладненого доступу до ресурсів створює ризики для якості домашньої корекційної роботи, вибору ефективних стратегій взаємодії з дитиною та емоційного благополуччя батьків.

Щодо емоційного благополуччя у родині, дослідження свідчать про багатовимірний характер емоційного навантаження та поєднання як зовнішніх, так і внутрішніх джерел напруги (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Вплив виховання дитини з РАС на психоемоційний стан батьків

Критерії	Кількість позитивних відповідей, од.	Питома вага позитивних відповідей, %
Основні джерела батьківського стресу (виберіть актуальні):		
Перехоплення стрімких поведінкових реакцій дитини	9	42,9
Труднощі в комунікації з дитиною	9	42,9
Невизначеність щодо майбутньої дитини	15	71,4
Фінансові труднощі з оплатою послуг	3	14,3
Брак часу на власні потреби	6	28,6
Недостатня соціальна підтримка оточуючих	6	28,6
Чутливість до постанову з боку суспільства	12	57,1
Проблеми в подружніх стосунках	6	28,6
Вигорання від постійної опіки	6	28,6
Неефективність корекційних заходів	0	0,0
Чи спостерігаєте Ви симптоми депресії чи тривожних розладів у себе:		

Помітні ознаки	6	28,6
Часткові ознаки	9	42,9
Не помічаю	6	28,6
Не знаю	0	0,0

Найбільш поширеним чинником стресу є невизначеність щодо майбутнього дитини: про це повідомили 71,4 % батьків (15 осіб). Це вказує на глибоке й постійне занепокоєння тим, як складеться навчання, соціалізація, подальша самостійність та якість життя дитини у дорослому віці, а також власні страхи батьків щодо того, чи зможуть вони забезпечити необхідну підтримку в довгостроковій перспективі.

Важливими джерелами стресу є й соціально-психологічні чинники. Більше половини респондентів (57,1 %, 12 осіб) відзначили «чутливість до ставлення з боку суспільства», що відображає переживання через осуд, нерозуміння, стигматизацію або неадекватні реакції оточення на поведінку дитини чи особливості її розвитку. Майже третина батьків (28,6 %, по 6 осіб) вказали на недостатню соціальну підтримку, проблеми у подружніх стосунках, вигорання від постійної опіки та брак часу на власні потреби. У сукупності це формує картину хронічного емоційного виснаження, коли батьки одночасно виконують роль основного доглядача, координатора корекційних послуг, посередника між дитиною та зовнішнім світом і при цьому відчувають дефіцит розуміння й допомоги, як від близького оточення, так і від суспільства загалом.

Суттєвим джерелом стресу залишаються й безпосередні труднощі у взаємодії з дитиною. Однакова частка респондентів (42,9 %, по 9 осіб) відзначили як стресогенний фактор необхідність постійно «перехоплювати стрімкі поведінкові реакції дитини» та труднощі у комунікації з нею. Це свідчить про високу напругу, пов’язану з регуляцією поведінки, попередженням афективних спалахів, а також із тим, що батькам непросто зрозуміти потреби дитини й налагодити ефективну взаємодію. Водночас матеріальні чинники, хоча й присутні, не є провідними: лише 14,3 % (3 особи)

зазначили фінансові труднощі з оплатою послуг як значуще джерело стресу. Примітно, що ніхто з батьків не обрав варіант «неефективність корекційних заходів» (0,0 %), що може свідчити або про загалом позитивне сприйняття результатів корекції, або про те, що емоційний фокус більше зосереджений на повсякденних труднощах, ніж на оцінці довгострокової ефективності втручань.

Дані щодо психологічного стану самих батьків показують, що значна частина з них відчуває вплив хронічного стресу на рівні, близькому до клінічних проявів. Помітні ознаки депресії чи тривожних розладів мають 28,6 % респондентів (6 осіб), ще 42,9 % (9 осіб) зазначили, що спостерігають у себе часткові ознаки таких станів. Таким чином, у сумі 71,5 % батьків відзначають у себе ті чи інші прояви емоційного неблагополуччя – від окремих симптомів до виражених ознак. Лише 28,6 % (6 осіб) не помічають у себе симптомів депресії чи тривоги, і жоден з опитаних не обрав відповідь «не знаю», що свідчить про достатньо високий рівень усвідомлення власного емоційного стану.

Дослідження стратегій подолання стресу серед батьків дітей з РАС показують, що вони переважно покладаються на внутрішні психологічні ресурси та неформальну підтримку, тоді як професійна допомога й спеціальні техніки релаксації використовуються рідко. Найвищий середній бал має стратегія «Зосередження на позитивних змінах» – 4,4 за 5-бальною шкалою. Це свідчить, що для більшості батьків важливо помічати навіть невеликі успіхи дитини, фіксувати прогрес і будувати власну стійкість через орієнтацію на досягнення, а не лише на труднощі. Порівняно високо оцінено також «Позитивний настрій та оптимізм» (3,6 бали), що вказує на прагнення зберігати внутрішню віру у можливості розвитку дитини й власні ресурси, навіть попри хронічне навантаження.

На рівні помірного використання перебувають одразу кілька стратегій. «Розмовляю з близькими людьми» та «Прийняття ситуації» мають по 3,0 бали, що означає, що батьки досить часто звертаються до неформальної

емоційної підтримки сім'ї та друзів і водночас намагаються прийняти реальність життя з дитиною з РАС як довгостроковий факт, а не тимчасову кризу. Фізична активність також присутня в арсеналі копінг-стратегій, але не є домінувальною: «Займаюся спортом та фізичною активністю» має в середньому 2,7 бали, що свідчить радше про епізодичне, ніж регулярне використання спорту як засобу зняття напруги. Помітним, хоча й не провідним, є також звернення до потенційно неадекватних способів саморегуляції: стратегія «Вживання алкоголю чи ліків – зловживання їжею» має середній бал 2,6.

Натомість структуровані, професійні й спеціальні форми допомоги використовуються значно рідше. «Медитація та практика релаксації» отримали лише 1,4 балу, «Звернення до психолога» – 1,3, а «Участь у групах взаємопідтримки» – 1,1. Такий рівень свідчить про епізодичне, скоріше виняткове застосування цих стратегій. Це може бути пов'язано з низькою поінформованістю про їхню ефективність, обмеженою доступністю послуг, стигмою щодо звернення по психологічну допомогу чи банальним браком часу й сил у батьків, які перебувають у режимі постійної опіки над дитиною.

Результати дослідження стилів виховання дітей з розладами аутистичного спектра свідчать про переважання в батьків емоційно теплих, підтримувальних, але частково надмірно опікуючих підходів. Найвищий середній бал отримало твердження «Забезпечую теплоту та душевну підтримку» – 4,6 балу, що вказує на домінування емоційної прийнятності, турботи та щирої залученості батьків у життя дитини. Високо також оцінено «Заохочую прагнення дитини спілкуватися» (4,1 балу), що демонструє усвідомлену мотивацію батьків підтримувати будь-які прояви комунікації та соціальної активності дитини з РАС, які традиційно є однією з найуразливіших сфер її розвитку.

Водночас дані свідчать про достатньо виражені елементи структурованого виховання. Твердження «Встановлюю чіткі правила та межі поведінки» отримало в середньому 3,7 балу, а «Слідкую за дитиною та

контролюю її поведінку» – 3,6 балу. Це означає, що більшість батьків не відмовляються від вимогливості, прагнуть формувати у дитини зрозумілу систему правил і обмежень, що є важливим для дітей з РАС з огляду на їхню потребу у передбачуваності та структурі. Одночасно батьки декларують готовність надавати певну свободу: твердження «Даю дитині свободу вибору та самостійності» також має середній бал 3,6, що свідчить про спробу балансувати між контролем і автономією, дозволяючи дитині проявляти ініціативу там, де це можливо і безпечно.

Цікавим є поєднання поміркованої автономізації з тенденцією до гіперопіки. Так, твердження «Все роблю для дитини, щоб полегшити її завдання» отримало 3,7 балм, що близько до оцінок за контроль та встановлення правил. Це може свідчити про те, що частина батьків схильна надмірно знімати з дитини труднощі, виконуючи за неї значну частину завдань, аби захистити від стресу, перевантаження чи можливих невдач. Одночасно твердження «Дозволяю дитині вирішувати проблеми самостійно» має нижчий середній бал – 2,9, що вказує на недостатню сформованість практик цілеспрямованого тренування самостійності та подолання труднощів. Таким чином, попри загальне прагнення надати свободу вибору, батьки не завжди дозволяють дитині самостійно долати проблемні ситуації, часто беручи цю функцію на себе.

Ставлення до помилок і небажаної поведінки загалом можна охарактеризувати як м’яке й некритичне. Дуже низький середній бал за твердженням «Часто критикую дитину за помилки» (1,7) засвідчує, що більшість батьків уникають жорсткої критики й намагаються не фокусуватися на хибних діях дитини. Твердження «Часто караю за поведінку» також має низький показник – 2,1 балу, що свідчить про відсутність домінування каральних, авторитарних підходів у вихованні. Це можна інтерпретувати як усвідомлення батьками того, що типові дисциплінарні практики не завжди є ефективними щодо дітей з РАС і можуть навіть посилювати тривожність чи проблемну поведінку.

Окремої уваги потребує твердження «Демонструю розуміння особливостей РАС», середній бал якого становить 3,4. Це свідчить про те, що батьки загалом усвідомлюють специфіку розладів аутистичного спектра, однак відчувають певні прогалини в знаннях або невпевненість у своїх діях. Тобто рівень розуміння не є критично низьким, але й не досягає максимально можливого, що вказує на потребу в подальшому інформуванні, психоедукації та підтримці сімей. Водночас відносно невисокі показники за твердженням «Дозволяю дитині вирішувати проблеми самостійно» на тлі досить високих оцінок тепла та підтримки можуть свідчити, що батьки, розуміючи особливості РАС, часто переоцінюють безпорадність дитини й недооцінюють її потенційні можливості.

Узагальнюючи, можна сказати, що стиль виховання, притаманний батькам дітей з РАС у цій вибірці, характеризується високим рівнем емоційної підтримки, прийняття та готовності заохочувати спілкування, поєднаним із поміркованою вимогливістю, контролем і схильністю до гіперопіки. Каральні та критичні стратегії виражені слабко, що є позитивним фактором для емоційного стану дитини. Водночас наявні дані вказують на потребу розвивати в батьків навички поступового формування самостійності дитини, делегування їй посильних завдань, а також поглиблення знань про РАС, аби їхня чутливість та підтримка поєднувалися з адекватною вірою в потенціал розвитку та можливості дитини долати труднощі власними силами.

Розрахунок кореляційних зв’язків за допомогою коефіцієнту Пірсона (r) між рівнем батьківського стресу та стилями взаємодії з дитиною показав кілька помітних тенденцій (див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Кореляція з рівнем стресу за допомогою коефіцієнту Пірсона

Показник	**Кореляція з рівнем стресу (r)**
Спілкування «майже весь час»	-0,19
Спілкування 1–2 години	0,19
Спілкування менше 1 години	-0,09
Спілкування, багате на емоції та переживання	0,26

Переважно спрямоване на виконання завдань	0,87
Розташовуюсь на одному рівні з дитиною	-0,39
Граю з дитиною в улюблені ігри	0,48
Використовую просту мову та короткі речення	0,03
Коментую діяльність дитини	-0,64

Коефіцієнт кореляції Пірсона – це статистичний показник, який вимірює силу та напрямок лінійного зв'язку між двома змінними. Він коливається в межах від (-1) до (+1):

(+1): ідеальний позитивний зв'язок (зі збільшенням однієї змінної, інша також послідовно зростає);

(-1): ідеальний негативний зв'язок (зі збільшенням однієї змінної, інша послідовно зменшується);

(0): відсутність лінійного зв'язку. Це не означає повну відсутність зв'язку, а лише те, що він не є лінійним (наприклад, може бути вигнутим).

Чим ближче значення (r) до (+1) або (-1), тим сильніший лінійний зв'язок, а чим ближче до (0), тим слабший.

Найвищий позитивний зв’язок спостерігається між рівнем стресу та орієнтацією спілкування на виконання завдань (коефіцієнт r = 0,87). Це означає, що чим більше батьки концентруються на навчальних чи функціональних аспектах спілкування (інструкції, контроль, вправи), тим вищим є їхній рівень напруги. Менш виражена, але все ж позитивна кореляція наявна між стресом і ігровими формами взаємодії (r = 0,48) та емоційним забарвленням спілкування (r = 0,26), що може свідчити про те, що навіть при спробах зробити контакт теплішим або більш залученим батьки все одно відчувають підвищене емоційне навантаження.

Натомість виявлено помітні негативні зв’язки, які можуть мати захисний ефект. Зокрема, чим частіше батьки коментують діяльність дитини (r = –0,64) або розташовуються на одному рівні з нею під час спілкування (r = –0,39), тим нижчим виявляється рівень стресу. Це свідчить про те, що рівноправна, підтримувальна взаємодія, орієнтована на розуміння, а не контроль, зменшує напруження і сприяє емоційній стабільності батьків.

Негативна, хоч і слабка, кореляція зафіксована також між стресом і спілкуванням “майже весь час” (r = –0,19), що може відображати певний компенсаторний ефект постійної залученості у взаємодію з дитиною.

Отже, дані свідчать: у загальному підсумку рівень стресу батьків мало пов’язаний зі стилями взаємодії батьків із дітьми.

3.3. Практичні рекомендації щодо підвищення ролі батьків у корекційних зусиллях у роботі з дітьми з РАС

Результати дослідження дозволяють сформулювати низку практичних рекомендацій, спрямованих як на підтримку батьків дітей з розладами аутистичного спектра, так і на удосконалення роботи фахівців, які супроводжують такі сім’ї. Враховуючи виявлену неоднорідність мовленнєвого й комунікативного розвитку дітей, а також високий рівень батьківського стресу при одночасно недостатній обізнаності щодо РАС, ключовим завданням є не лише індивідуальна корекція дитини, а й цілеспрямована робота з родиною як з головним ресурсом її розвитку.

Для батьків першочерговим напрямом є вдосконалення щоденної комунікації з дитиною. Для цього у роботі ми сформували кілько практичних рекомендацій, головною з яких є використання наявних сильних сторін у розвитку комунікаційних навичок дитини. Так, більшість дітей реагують на власне ім’я, розуміють прості інструкції, виявляють інтерес до діяльності. Це можна використати як «вхід» у взаємодію:

- ✓ частіше звертайтесь по імені, після цього одразу давайте коротку інструкцію чи запрошення до гри;
- ✓ використовуйте прості фрази: *«Ідемо грати», «Дай м’яч», «Дивись сюди»*.
- ✓ коментуйте діяльність дитини, а не лише давайте вказівки. Оскільки у дітей домінують труднощі з ініціюванням і

підтримкою діалогу, важливо, щоб дорослий «озвучував» те, що відбувається:

- ✓ описуйте те, що дитина робить: *«Ти будуєш вежу», «Ти наллєш воду в склянку»*;
- ✓ поступово додавайте нові слова (розширюйте її репліки на 1 слово: було *«м'яч»,* говорите *«червоний м'яч»*).
- ✓ додайте жести, картинки, піктограми, розклад дня у вигляді малюнків; якщо дитині важко говорити – використовуйте картки вибору / PECS / фото на телефоні.

Допомагайте дитині ініціювати спілкування. З огляду на те, що ініціація є однією з найбільших проблем:

- ✓ частіше створюйте «ситуації потреби» – наприклад, даєте неповний набір предметів, щоб дитина попросила допомоги;
- ✓ ставте питання з вибором («*сік чи вода?*»), даючи можливість показати, сказати або доторкнутися;
- ✓ витримуйте паузу – не поспішайте одразу робити за дитину те, що вона потенційно може «запросити» сама.

Використовуйте ехолалію як ресурс, а не лише «симптом». Якщо дитина повторює фрази:

- ✓ перетворюйте їх на діалог (відповідайте на її «цитати» як на справжні висловлювання);
- ✓ моделюйте потрібну фразу – дитина може запам'ятати й згодом використати її у схожій ситуації.

Розвиток ігрових та соціальних навичок також має спиратися на системну, але емоційно комфортну взаємодію. В умовах, коли спілкування часто набуває завданнєво-орієнтованого характеру, бажано щоденно виділяти хоча б 10–15 хвилин спеціального «часу для спільної гри», під час якого дорослий максимально зосереджений на дитині, а не на побутових завданнях:

- ✓ обирайте те, що подобається дитині (машинки, ляльки, сенсорні ігри, конструктор);

- ✓ спочатку «йдіть за дитиною», повторюючи її дії, а потім м’яко додавайте нові варіанти гри.
- ✓ навчайте правилам гри й черговості, тому що це сприяє і соціальним, і комунікативним навичкам:
- ✓ прості настільні ігри, «кидай м’яч – ловлю», ігри з чергою («спочатку ти, потім я»);
- ✓ вербалізуйте правила: *«Моя черга», «Тепер твоя черга»*.

Залучайте братів/сестер та однолітків. З урахуванням того, що частина дітей уже відвідує інтегровані групи:

- ✓ організовуйте короткі спільні ігри з одним–двома дітьми (спільна побудова вежі, гра у крамницю, лікарню тощо);
- ✓ використовуйте «соціальні історії» (короткі оповідання з картинками) про те, як поводитися з іншими дітьми.

Розвивайте невербальну комунікацію. Жести та міміка як сильна сторона дітьми у виборці практично не використовуються:

- ✓ самі активно показуйте, кивайте, махайте, демонструйте емоції на обличчі;
- ✓ навчайте дитину «просити» жестом: показати пальцем, простягнути руку, стукнути по картці.

Паралельно зі зміною стилю взаємодії необхідно дбати і про зниження батьківського стресу. Виявлене поєднання високої емоційної залученості, тенденції до гіперопіки та відчуття хронічного виснаження підкреслює важливість пошуку балансу між теплом, вимогливістю та формуванням самостійності дитини.

Баланс «тепло – вимогливість – самостійність» передбачають виконання простих правил поведінки:

- ✓ зберігайте теплоту й підтримку (це вже є сильною стороною більшості сімей);
- ✓ чітко формулюйте невелику кількість правил (2–5 ключових) і дотримуйтеся їх послідовно;

- ✓ поступово передавайте дитині маленькі обов’язки (прибрати іграшку, покласти одяг у кошик тощо), щоб зменшувати гіперопіку.

Використовуйте позитивне підкріплення, а не покарання.

- ✓ частіше помічайте й хвалить бажану поведінку («*Ти гарно чекав*», «*Ти попросив словами – молодець*»);
- ✓ замість частих заборон – домовленості й заздалегідь обумовлені наслідки.

Піклуйтесь про себе системно, а не «коли з’явиться час»:

- ✓ плануйте хоча б короткі особисті «вікна» (15–30 хвилин) щодня/кілька разів на тиждень;
- ✓ замінюйте алкоголь, переїдання тощо більш конструктивними способами: прогулянка, рух, розмови з близькими, консультація психолога;
- ✓ шукайте спільноти батьків (онлайн або офлайн) – навіть нерегулярний контакт з людьми «у схожій ситуації» знижує відчуття ізоляції.

Для фахівців (логопедів, психологів, дефектологів, педагогів, лікарів) результати дослідження підкреслюють необхідність розглядати сім’ю як повноправного партнера в корекційно-розвитковому процесі. Доцільно не обмежуватися індивідуальними заняттями з дитиною, а систематично включати батьків у цей процес. На початковому етапі це можуть бути короткі психоедукаційні зустрічі, під час яких фахівець простими словами пояснює суть діагнозу, типові труднощі та реалістичні прогнози, а головне – демонструє 2–3 конкретні прийоми, які батьки вже сьогодні можуть застосовувати вдома. Ефективною є модель «навчання через спільні заняття», коли частину часу фахівець працює з дитиною, а частину – показує батькам техніки, відпрацьовуючи їх у форматі «фахівець – батько – дитина». Для підвищення усвідомленості та мотивації можна використовувати відеозаписи

коротких фрагментів домашньої взаємодії з подальшим спільним аналізом сильних сторін і зон зростання.

Важливо, щоб домашні завдання не були формальними: вони мають бути простими, конкретними та вимірюваними (наприклад, певна кількість спроб ініціювати погляд або мовленнєвий запит, щоденний 10-хвилинний блок «коментованої гри»). Рекомендовано розробляти й регулярно переглядати індивідуальні корекційні цілі разом із батьками, підкреслюючи їхній внесок у досягнуті зміни. У роботі ми рекомендуємо наступний перелік дій з боку профільного фахівця, який, на нашу думку, допоможе більш якісно та ефективно залучати батьків до корекційно-розвиткового процесу:

1. Починати з «короткої психоедукації» одразу після встановлення діагнозу.
    - ✓ одна–дві структуровані зустрічі, де простими словами пояснюються особливості РАС, типові труднощі в комунікації, реалістичні очікування;
    - ✓ обов'язково показати батькам, *що саме вони можуть робити вдома* (2–3 конкретні навички для початку).
2. Модель «навчання через спільні заняття».
    - ✓ не лише «заняття з дитиною», а й короткі блоки, де фахівець демонструє прийоми, а потім батько/мати повторює їх під супроводом;
    - ✓ використання відеофідбеку: запис 5–10 хвилин взаємодії вдома, подальший спільний аналіз сильних сторін та зон для розвитку.
3. Домашні завдання як обов'язкова частина програми.
    - ✓ прості, вимірювані завдання («3 рази на день назвати дитину на ім'я й дочекатися погляду», «щодня 10 хвилин коментувати гру»);
    - ✓ чек-листи або щоденники спостережень (батько відмічає, що пробував, що вийшло, які були труднощі).
4. Спільне планування цілей.

- ✓ формулювати короткострокові цілі разом із батьками (1–3 місяці): «дитина вчиться просити про допомогу», «дитина реагує на 3 побутові інструкції»;
- ✓ регулярно переглядати прогрес, підкреслювати роль батьківських зусиль.

Окрім вищезазначеного отримані дані свідчать і про те, що батьки потребують не лише порад, а й структурованого навчання. Оскільки більшість з них мають вищу освіту, але оцінюють свої знання про РАС переважно як низькі чи базові й дуже рідко відвідували спеціалізовані тренінги, доцільно розробляти модульні освітні програми для батьків, що виводить проблему навчання батьків на новий суспільний рівень.

На базі освітніх, громадських та певних профільних організацій доцільно створити різні модульні програми, які будуть допомагати батькам у різні періоди розвитку дитини з РАС. Наприклад для вибірки батьків, що була проаналізована, доцільно було б запропонувати:

1. Базовий модуль «Розумію РАС» може включати опис механізмів РАС простими словами; міфи і реальність про діагноз (зняття провини, нереалістичних очікувань); базові принципи розвитку комунікації та поведінки.
2. Модуль «Комунікація та мовлення»: як говорити з дитиною (простота мовлення, коментування, паузи, візуальна підтримка, використання жестів і альтернативної комунікації); як працювати з ехолалією; приклади вправ для різних рівнів мовлення.
3. Модуль «Гра і соціальні навички»: типи ігор за віком і рівнем розвитку, що можуть допомагати у корекції; перехід від паралельної гри до спільної, ролі дорослого; використання інтегрованих груп, соціальних історій.
4. Модуль «Поведінка та емоції»: базові принципи навчання (підкріплення, послідовність, передбачуваність); робота з «стрімкими

реакціями», запобігання зривам; як підтримувати бажану поведінку без жорстких покарань.

5. Модуль «Батьківський ресурс та профілактика вигорання»: розпізнавання ознак стресу, депресії, тривоги; прості техніки саморегуляції (дихання, мікропаузи, планування відпочинку); коли й куди звертатися за психологічною допомогою.

Форма проведення: очні групи, короткі онлайн-лекції, записані відео та роздаткові матеріали. Важливо, щоб батьки отримували конкретні інструкції й приклади, а не лише теорію.

У підсумку, результати Вашого дослідження дуже чітко показують: дитина з РАС потребує не лише індивідуальної корекції, а й системної роботи з батьками, а самі батьки – підтримки не менше, ніж їхні діти. Рекомендації вище можуть лягти в основу практичного розділу роботи та програм для сімей і фахівців.

Висновки до розділу ІІІ

Емпірична частина дозволила оцінити реальний стан сімейної взаємодії та корекційної підтримки. Основні висновки:

Вибірка охопила 21 сім’ю дітей віком 3–15 років. У середньому діагноз встановлювався у 3,3 року, що свідчить про відносно раннє виявлення порушень.

Рівень мовленнєвого розвитку дітей суттєво варіює. Дані виявили наступну закономірність – чим вищий рівень мовлення, тим тривалішими та системнішими є корекційні зусилля батьків (від 1 року при відсутності мовлення до 12 років при складних реченнях).

Основні комунікативні труднощі — ініціювання контакту, підтримання діалогу, спільна увага та прагматика мовлення. Водночас більшість дітей мають сильні сторони (реакція на ім’я, розуміння інструкцій, наслідування), що може бути ресурсом для втручань.

Корекційна підтримка є нерівномірною:

– 85,7% отримують логопедичні заняття;

– лише 28,6% — психологічну або дефектологічну підтримку;

– 0% дітей мають доступ до АВА або сенсорної інтеграції, що є суттєвим недоліком;

– інклюзивною освітою охоплено лише 9,5% дітей.

Лише 42,9% батьків працюють із дитиною вдома щодня, що демонструє потребу у посиленні домашньої корекції.

66,7% батьків мають низький або базовий рівень знань про РАС, 81% ніколи не відвідували тренінгів — що ускладнює свідому, методично правильну підтримку дитини.

Психоемоційний стан батьків характеризується високим рівнем стресу:

– 71,4% відчувають страх і невизначеність щодо майбутнього;

– 57,1% переживають тиск суспільства;

– 42,9% мають часткові ознаки депресії.

Це підкреслює потребу у психологічній підтримці не лише дитини, а й сім’ї загалом.

Батьки демонструють готовність до взаємодії та високу мотивацію, але обмежені знаннями, ресурсами та доступом до комплексних послуг, що знижує ефективність їхньої участі у розвитку комунікації дитини.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне та емпіричне дослідження дозволило всебічно охарактеризувати роль батьків у розвитку комунікативних навичок дітей із розладами аутистичного спектра. Аналіз сучасних наукових підходів довів, що природа РАС має комплексну нейророзвиткову основу, що визначає специфіку соціальної взаємодії та комунікації дитини з перших років життя. Теорії, які пояснюють атиповість мислення та соціальної поведінки при РАС (Теорія розуму, слабка центральна когерентність, порушення виконавчих функцій), показали, що труднощі комунікації не є лише мовленнєвими порушеннями, а охоплюють широке коло процесів — від спільної уваги до емоційної взаємності. Це підкреслює, що формування комунікативних умінь у дітей з РАС потребує системної підтримки, у якій сімейне середовище відіграє ключову роль.

Емпіричні дані підтвердили провідне значення сім'ї у становленні комунікації дитини. Результати роботи показали, що саме найближче соціальне оточення створює базові умови для засвоєння дитиною моделей соціальної поведінки, невербальних та вербальних засобів спілкування. Участь батьків у щоденній комунікативній взаємодії, їхня емоційна доступність, чутливість до сигналів дитини та послідовність у використанні спеціальних методик значно впливають на темп і якість розвитку мовлення та соціальних навичок.

Водночас дослідження виявило, що батьки дітей з РАС часто перебувають у стані підвищеного стресу, емоційного виснаження, тривоги та невизначеності щодо майбутнього дитини. Саме психологічні труднощі — страх помилитися, брак інформації, низька впевненість у власних компетентностях, соціальний тиск — суттєво ускладнюють взаємодію з дитиною та знижують ефективність батьківських стратегій. Проте було виявлено і значні ресурси батьків: мотивація допомогти дитині, відкритість

до нових знань, активна участь у корекційних заняттях, здатність до адаптації та пошуку додаткових можливостей розвитку.

Структура та методи емпіричного дослідження дозволили проаналізувати реальні умови виховання дітей з РАС, рівень поінформованості батьків та їхній внесок у розвиток комунікації дитини. Вибіркові дані продемонстрували високу варіативність мовленнєвих можливостей дітей, що безпосередньо пов’язано з тривалістю та системністю корекційної роботи в сім'ї. Отримані результати засвідчили, що стабільні та регулярні батьківські зусилля у поєднанні з професійною підтримкою є одним із визначальних чинників формування комунікативних навичок.

Дослідження батьківської взаємодії виявило низку чинників, що сприяють комунікативному розвитку: емоційно-підтримувальний стиль виховання, регулярність занять, використання візуальної підтримки, залучення до спеціальних методик (PECS, соціальні історії, раннє втручання). Водночас було окреслено й бар’єри — нестача знань про природу РАС, нерівномірний доступ до фахових послуг, низький рівень інклюзивної підтримки, перевантаженість батьків та недостатня психологічна стабільність.

На основі теоретичних і практичних результатів було розроблено систему практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності батьківської підтримки комунікативного розвитку дітей з РАС. Рекомендації зосереджуються на підвищенні батьківської компетентності, структуризації домашнього середовища, покращенні емоційної взаємодії, запровадженні сімейно-центричних практик, використанні доказових методів та налагодженні партнерства між сім’єю та фахівцями.

Таким чином, проведена робота підтверджує, що розвиток комунікації дітей з РАС значною мірою залежить від якості взаємодії у сім'ї та рівня готовності батьків бути активними учасниками корекційного процесу. Врешті-решт, формування комунікативних навичок дитини при РАС є результатом багатокомпонентної системи підтримки, де батьки виступають

центральною ланкою, а науково-обґрунтовані методики та професійний супровід підсилюють їхні можливості й створюють умови для позитивної динаміки розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму. Київ : Фенікс, 2010. 388 с.

2. Kuhn R. Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *Hist Psychiatry*. 2004. Vol. 15, No. 3. P. 361–366.

3. Розлади аутистичного спектра / J. Fuentes, M. Bakare, K. Munir та ін. 2014. С. 415–443.

4. Кирилова Л. Г., Мірошников О. О., Грабовенська І. О. Розлади аутистичного спектра як ранні порушення нейророзвитку в дітей. *The journal of neuroscience of B. M. Mankovskyi*. 2017. Т. 5, № 1. С. 71–78.

5. Кононова М.М., Єланська Д.В. Особливості формування комунікативних навичок у старших дошкільників з розладами аутистичного спектра: навчально-методичний посібник. Полтава: ПНПУ імені В.Г. Короленка. 2020. 75 с.

6. Гаврилова Н., Гаврилов О., Константинів О. Діагностика рівня розвитку навички спілкування у дітей з розладами спектру аутизму (початковий етап). *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2021. Вип. 17. С. 54–75.

7. Голуб Н. М. Особливості організації корекційно-розвивальної роботи з молодшими школярами із загальним недорозвиненням мовлення, затримкою психічного розвитку в умовах інклюзивного навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2019. Вип. 15. С. 56–66.

8. Островська К.О., Качмарик Х.В., Дробіт Л.Р. Основи діагностики дітей з розладами аутистичного спектра : навчальний посібник. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2017. 124 с.

9. Коргун Л., Хіля А. Алгоритми готовності майбутнього педагога до організації корекційно-розвивальної роботи як складової інклюзивного навчання. *Modern Information Technologies and Innovation Methodologies of*

Education in Professional Training Methodology Theory Experience Problems. 2022. P. 97–107.

10. Таран О. П., Ольшевська В. Л. Прикладні аспекти діагностики невербальної комунікації у дитини молодшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектра. *Іноваційна педагогіка*. 2023. № 1 (65). С. 103–107.

11. Лещій Н. П. Інтерактивні технології в логопедичній практиці для дітей з розладами аутичного спектру. *Професійно-прикладні дидактики*. 2025. № 1. С. 67–71.

12. Недозим І. В. Методики дослідження соціального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектра. *Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Психологія*. 2018. Т. 23, вип. 2 (48). С. 105–115.

13. Вітомська М. В. Формування активності повсякденного життя дітей періоду першого дитинства з розладами аутистичного спектра в загальній програмі ерготерапії : дис. ... канд. на здобуття доктора філософії. Київ, 2023. 181 с.

14. Happé F. G. E. An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1994. Vol. 24, No. 2. P. 129–154. DOI: 10.1007/BF02172093.

15. Happé F. The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child Development*. 1995. Vol. 66, No. 3. P. 843–855. DOI: 10.2307/1131954.

16. Happé F., Frith U. The neuropsychology of autism. *Brain*. 1996. Vol. 119, No. 4. P. 1377–1400. DOI: 10.1093/brain/119.4.1377.

17. Happé F., Ronald A., Plomin R. Time to give up on a single explanation for autism. *Nature Neuroscience*. 2006. Vol. 9, No. 10. P. 1218–1220. DOI: 10.1038/nn1770.

18. Baron-Cohen S., Leslie A. M., Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*. 1985. Vol. 21, No. 1. P. 37–46. DOI: 10.1016/0010-0277(85)90022-8.

19. Wimmer H., Perner J. Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*. 1983. Vol. 13, No. 1. P. 103–128. DOI: 10.1016/0010-0277(83)90004-5.

20. Premack D., Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*. 1978. Vol. 1, No. 4. P. 515–526. DOI: 10.1017/S0140525X00076512.

21. Frith U., Frith C. D. Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2003. Vol. 358, No. 1431. P. 459–473. DOI: 10.1098/rstb.2002.1218.

22. Wellman H. M., Cross D., Watson J. Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. *Child Development*. 2001. Vol. 72, No. 3. P. 655–684. DOI: 10.1111/1467-8624.00304.

23. Frith U. Autism: Explaining the enigma. 2nd ed. Blackwell Publishing, 2003.

24. Baron-Cohen S. The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*. 2002. Vol. 6, No. 6. P. 248–254.

25. Baron-Cohen S., Knickmeyer R. C., Belmonte M. K. Sex differences in the brain: Implications for explaining autism. *Science*. 2005. Vol. 310, No. 5749. P. 819–823. DOI: 10.1126/science.1115455.

26. Baron-Cohen S. Autism: The empathizing–systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009. Vol. 1156, No. 1. P. 68–80. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.04467.x.

27. Baron-Cohen S., Lombardo M. V., Auyeung B. та ін. Why are autism spectrum conditions more prevalent in males? *PLoS Biology*. 2011. Vol. 9, No. 6. P. e1001081.

28. Goldenfeld N., Baron-Cohen S., Wheelwright S. Empathizing and systemizing in males, females and autism. *Clinical Neuropsychiatry*. 2005. Vol. 2, No. 6. P. 338–345. DOI: 10.1348/000712606X101676.

29. Даниленко Т. І. Сутність посттравматичного стресового розладу: історія, критерії діагностики, механізми формування. *Ментальне здоров'я*. 2025. № 2. С. 25–29.

30. Horishna N., Maichuk O. Порушення інтелектуального розвитку у дітей: підходи до діагностики. *Social Work and Education*. 2021. Vol. 8, No. 4. P. 528–539.

31. Демиденко А. А. Психологічні особливості посттравматичного зростання особистостей з різними типами прив’язаності : кваліф. робота магістра. Запоріжжя : ЗНУ, 2022. 53 с.

32. Орленко І. М. Передшкільна підготовка дитини старшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектру. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2024. № 25. С. 189–202.

33. Орленко І. М. Особливості виявлення відхилень у розвитку дітей раннього віку: сучасні діагностичні інструменти. *Педагогічна інноватика: сучасність та перспективи*. № 9. С. 63–68.

34. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980. P. 205–224.

35. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics, 26 supplementary chapter traditional medicine conditions - module I. URL: https://icd.who.int/dev11/l-m/en (дата звернення: 03.10.2025).

36. Соколова Г. Б., Орленко І. М. Застосування ідіографічного підходу до експрес-психотерапії емоційних та поведінкових розладів у дітей (метод кейсів). *Ментальне здоров'я*. 2025. № 3. С. 158–162.

37. Орленко І. М. Використання арттерапії в корекції страхів підлітків в умовах воєнного стану в Україні. *Психологічний часопис: науково-практичний журнал*. 2023. № 3 (16). С. 45–52.

38. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1979. 330 p.

39. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Діти з особливими освітніми потребами: навчання та супровід у період повоєнної відбудови : навч.-метод. посіб. Київ, 2023. 192 с.

40. Скрипник Т. В. Дослідження продуктивності взаємодії батьків з аутичною дитиною. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : зб. наук. пр. 2010. № 7(9). С. 225–233.

41. Hayes S. A., Watson S. L. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013. Vol. 43, No. 3. P. 629–642.

42. Johnson N. L., Frenn M., Feetham S., Simpson P. Autism spectrum disorder: parenting stress, family functioning and health-related quality of life. *Families, Systems & Health*. 2011. Vol. 29, No. 3. P. 232–252.

43. Corcoran J., Berry A., Hill S. The lived experiences of US parents of children with autism spectrum disorders: a systematic review and metasynthesis. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2015. Vol. 19, No. 4. P. 356–366.

44. Pozo P., Sarriá E., Brioso A. Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2014. Vol. 58, No. 5. P. 442–458.

45. Vasilopoulou E., Nisbet J. The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2016. Vol. 23–24. P. 36–49.

46. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі : навч.-метод. посіб. Харків : Ранок, 2019. 304 с.

47. Скрипник Т. В. Корекційно-розвивальна робота з дітьми з аутизмом: психолого-педагогічний аспект : монографія. Київ : Освіта України, 2017.

48. Gatt M. F., Dykens E. M. Parental Coping in Families with a Child with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. Vol. 45, No. 5.

49. Панченко Л. О. Особливості прив'язаності та залежності від матері у дітей з розладами аутистичного спектра. *Психологія і суспільство*. 2019. № 3.

50. Савенкова І. А. Вплив батьківського стресу на емоційну сферу дитини з аутизмом. *Соціальна психологія*. 2023. № 1 (95).

51. Черкашина Т. В. Організація "Зони найближчого розвитку" для дітей з розладами аутистичного спектра в умовах інклюзії. *Вісник психології та педагогіки*. 2016. Вип. 10.

52. Russo S., Ghezzo A. Self-Perception and Self-Concept in Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2022. Vol. 93.

53. Oono I. P., Honey E. J., McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. Iss. 4. Art. No.: CD009774.

54. Althoff C. E., Dammann C. P., Hope S. J., Ausderau K. K. Parent-mediated interventions for children with autism spectrum disorder: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2019. Vol. 73, No. 3.

55. Deniz E., Kasari C., Alkinj I. Parent-mediated play-based interventions to improve social communication in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2024.

56. Cullenward J. et al. Characteristics of effective parent-mediated interventions for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *BMJ Open*. 2024. Vol. 14, No. 8. P. e083464.

57. Kasari C., Gulsrud A. C., Wong C. та ін. Randomized controlled caregiver-mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010. Vol. 40, No. 9. P. 1045–1056.

58. Pan C.-Y., Chiang H., Lin Y.-J. Meta-analysis of effectiveness of parent-mediated interventions for autistic children and telehealth delivery models. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2023.

59. Демус Я. Інклюзивна освіта в Україні: проблеми та перспективи. *Естетика і етика педагогічної дії*. 2021. Вип. 24. С. 203–212.

60. Bocharova O. Children with special educational needs: training and support. In: Kolupaeva A. A. (ed.). *Children with special educational needs: training and support*. Київ, 2020.

61. Hampton L. H. et al. A randomized controlled trial of a caregiver training intervention incorporating discrete trial teaching and naturalistic strategies (JASP+EMT+SGD). *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2020. Vol. 125, No. 3. P. 201–222.

62. Shire S. Y. et al. Families including children with autism spectrum disorder who are minimally verbal: Parents' adoption of social communication intervention strategies. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. Vol. 45, No. 10. P. 3242–3257.

63. Carter A. S. et al. A randomized controlled trial of Hanen's "More Than Words" in toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011. Vol. 52, No. 7. P. 741–752.

64. Scheibner C., Wolter A., Kolb J. Parenting stress in families of children with disabilities: a cross-sectional study. *Child: Care, Health and Development*. 2024. Vol. 50. P. 101–115.

65. Hahs A. D., Dixon M. R., Paliliunas D. Brief acceptance and commitment therapy for parents of children with autism spectrum disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019. Vol. 13. P. 60–67.

66. Cengiz M. et al. The effects of mindfulness-based self-compassion training on stress and psychological resilience in parents of autistic children. *Current Psychology*. 2025.

67. Матвєєва О. В. Напрями психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами у закладі загальної середньої освіти. *Сучасні стратегії розвитку освіти*. 2020. С. 120–128.

68. Rojas-Torres L. P. et al. Mindfulness parenting and childish play: A clinical trial with parents of children with autism. *Psicothema*. 2023. Vol. 35, No. 2. P. 173–181.

69. Hahs A. D., Dixon M. R., Paliliunas D. Brief acceptance and commitment therapy for parents of children with autism spectrum disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019. Vol. 13. P. 60–67.

70. Продан Є. Організація психологічної допомоги батькам дітей з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2019. № 2. С. 56–62.

71. Hahs A. D., Dixon M. R., Paliliunas D. Brief acceptance and commitment therapy for parents of children with autism spectrum disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019. Vol. 13. P. 60–67.

72. Fu W. et al. Parenting stress and parenting efficacy of parents having children with disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, No. 3. P. 2133.

73. Кучер О. В. Психологічний супровід батьків дітей з особливими освітніми потребами. 2024. 84с.

74. Sood P. Stress and coping in parents of children with developmental disabilities : PhD thesis. University of Wales Trinity Saint David, 2019.

75. Cheng A. W. Y., Leung C., Leung N. T. Y. Parental stress in families of children with special educational needs: a systematic review. *Child: Care, Health and Development*. 2023. Vol. 49, No. 6. P. 1333–1347.

76. Peng Q. et al. The effectiveness of mindfulness-based interventions for children with autism and their parents: a systematic review and meta-analysis. 2025.

77. Hastings R. P., Kovshoff H., Brown T. та ін. Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*. 2005. Vol. 9, No. 4. P. 377–391.

78. Todorova E. S. Challenges in the Communication of Children with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. *Bulgarian Journal of Special Education*. 2019. Vol. 27, No. 1.

79. Willems L., Van Der Putten P. The role of school support staff in the inclusion of pupils with ASD: A focus on quality of interaction. *European Journal of Special Needs Education*. 2021. Vol. 36, No. 2.

80. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. Inclusive Education for Learners with Autistic Spectrum Disorder: Policy and Practice Recommendations. 2024.