

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Педагогічний факультет
Кафедра спеціальної освіти

**КОРЕКЦІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ
ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ ЗАСОБАМИ АРТТЕРАПІЇ**

Кваліфікаційна робота (проект)

На здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка другого
(магістерського) рівня вищої освіти
09-292-М групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
Освітня програма Олігофренопедагогіка
Спеціалізація 016.02. Корекційна
психопедагогіка

Дрок Оксана Олександрівна

Керівник: к.психол.н., доцентка Ляшко В.В.

Рецензент: Щетина Т.П., к.пед.н.,
директорка НВК “Дошкільний навчальний
заклад -загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів”
№33 Херсонської міської ради

Івано-Франківськ, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи корекції девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами засобами арттерапії.....	8
1.1. Особливості проявів девіацій у дітей з особливими освітніми потребами.....	8
1.2. Девіантна поведінка у дітей з порушеннями аутистичного спектру: сутність, види, причини.....	14
1.3. Арттерапія як метод корекції девіантної поведінки: теоретичні засади, види, можливості.....	18
1.4. Особливості застосування арттерапії у роботі з дітьми з порушеннями аутистичного спектру.....	24
РОЗДІЛ 2. Дослідження девіантної поведінки у дітей з порушеннями аутистичного спектру.....	31
2.1. Організація та методика дослідження.....	31
2.2. Результати дослідження та їх аналіз.....	46
РОЗДІЛ 3. Арттерапевтичні засоби корекції девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами.....	72
3.1. Методи та техніки арттерапії у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру.....	73
3.2. Аналіз ефективності арттерапії (нейрографіка) у корекції девіантної поведінки.....	85
ВИСНОВКИ.....	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	98
ДОДАТКИ.....	109
Додаток А.....	109
Додаток Б.....	112
Додаток В.....	113
Додаток Г.....	118

ВСТУП

Сучасне українське суспільство стикається з проблемою зростання кількості дітей з особливими освітніми потребами (ООП), які проявляють девіантну поведінку. Девіантна поведінка у таких дітей може проявлятися у формі агресії, соціальної ізоляції, тривожності, імпульсивності, деструктивних або аутоагресивних дій. Неефективна соціалізація та відсутність корекційних заходів можуть призвести до поглиблення проблем поведінки та ускладнень у подальшій інтеграції дітей у суспільство. Саме тому виникає необхідність пошуку ефективних методів корекції девіантної поведінки, серед яких арттерапія займає важливе місце.

Арттерапія є інноваційним та ефективним напрямом психологічної корекції, що дозволяє впливати на емоційний стан дитини, розвивати її комунікативні навички, самоконтроль та самовираження через мистецьку діяльність. Арттерапевтичні методи допомагають налагоджувати контакт між дитиною та її соціальним оточенням, а також сприяють розвитку адаптивних моделей поведінки. Дослідження у цій сфері показують, що використання арттерапії у корекції девіантної поведінки сприяє зниженню рівня тривожності, агресивності, покращенню емоційного стану та соціальної адаптації дітей з ООП [15, 27, 41 та ін.].

Вагомий внесок у дослідження девіантної поведінки дітей та застосування арттерапії зробили такі українські науковці, як Панок В.Г., який досліджував психологічні аспекти девіантної поведінки, Титаренко Т.В., яка розглядала особливості соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями розвитку, Скрипник О.В., яка вивчала вплив арттерапії на емоційний розвиток дітей, Дьяченко Н.М., яка досліджувала методи використання арттерапії у навчальних закладах. Важливими є також праці українських педагогів і психологів, таких як Лопатіна О.М., яка розглядала питання артпедагогіки, та Кравченко Л.В., яка аналізувала ефективність використання кольоротерапії та музикотерапії у роботі з дітьми з ООП.

Аналіз сучасних досліджень свідчить про ефективність використання арттерапії як засобу корекції девіантної поведінки. Так, Іванова М., Михайленко А. зазначають, що арттерапія сприяє розвитку самоконтролю та емоційної стабільності у дітей, а Литвинчук Л.М. доводить ефективність використання кольоротерапії та музикотерапії у роботі з гіперактивними дітьми. Крім того, роботи Саранчук К. демонструють позитивний вплив арттерапевтичних методик на зниження рівня тривожності у дітей з особливими освітніми потребами.

Окрему увагу слід приділити впливу війни на девіантну поведінку дітей з ООП. Воєнні дії, вимушене переміщення, втрата близьких, перебування в умовах постійного стресу та нестабільності значно впливають на психоемоційний стан дитини, провокуючи зростання агресивності, страхів, тривожності та порушень соціальної взаємодії. У таких умовах арттерапія стає важливим засобом емоційної реабілітації, допомагаючи дітям виражати свої переживання, знижувати рівень тривожності та знаходити способи адаптації до нових умов.

Таким чином, застосування арттерапевтичних засобів у корекції девіантної поведінки дітей з ООП є надзвичайно актуальним завданням сучасної української психології та педагогіки. Поєднання мистецтва та терапевтичних методик дозволяє створювати безпечне середовище для самовираження дітей, що сприяє їхній соціалізації, емоційному благополуччю та формуванню позитивних моделей поведінки. Дослідження та впровадження нових арттерапевтичних підходів відкривають широкі можливості для розвитку інклюзивної освіти та підвищення ефективності корекційної роботи з дітьми, які мають особливі освітні потреби.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами:
кваліфікаційна робота виконана у межах науково-дослідної теми кафедри спеціальної освіти Херсонського державного університету “Технології корекційно-розвикової, абілітаційної та реабілітаційної роботи в системі

спеціальної та інклюзивної освіти в умовах сучасних викликів суспільства” (0124U004367 від 11.10.2024).

Мета дослідження: Теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність арттерапії (нейрографіка) як засобу корекції девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати психолого-педагогічну літературу з проблеми девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами та можливості її корекції засобами арттерапії.
2. Визначити умови та фактори, що сприяють ефективності арттерапії у корекції девіантної поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру.
3. Експериментально визначити основні прояви девіантної поведінки характерні для дітей з розладами аутистичного спектру.
4. Розробити систему арттерапевтичних занять (нейрографіка) для дітей з особливими освітніми потребами, спрямовану на корекцію девіантної поведінки та апробувати її.
5. Скласти рекомендації для педагогів та психологів щодо використання арттерапії у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, які мають девіантну поведінку.

Об'єкт дослідження: процес корекції девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами засобами арттерапії.

Предмет дослідження: методи арттерапії (технології нейрографіки) як засіб корекції девіантної поведінки у дітей з порушеннями аутистичного спектру.

Методи дослідження. Метод спостереження, метод опитування дорослих, які взаємодіють із дитиною (шкала оцінки девіантної поведінки Aberrant Behavior Checklist (ABC), кількісний, емпіричний опитувальник Басса-Даркі, модифікована версія для дітей із когнітивними порушеннями

(Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI), проєктивна методика "Малюнок сім'ї" (Draw-a-Family Test) адаптована версія.

Наукова новизна одержаних результатів: обґрунтовано ефективність використання арттерапевтичних засобів для корекції девіантної поведінки дітей з особливими освітніми потребами в українському контексті; апробовано спеціальні арттерапевтичні методики, спрямовані на формування адаптивних стратегій поведінки у дітей з ООП, що дозволяє зменшити рівень тривожності, агресивності та соціальної ізоляції; виявлено основні механізми впливу арттерапевтичних засобів на емоційний стан та соціальну інтеграцію дітей з девіантною поведінкою, що дозволяє підвищити ефективність психологічної корекції; розроблено рекомендації для педагогів, психологів та соціальних працівників щодо використання арттерапевтичних методів у роботі з дітьми, які мають девіантну поведінку та особливі освітні потреби.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані у практичній діяльності педагогів, психологів, соціальних працівників та фахівців інклюзивної освіти для корекції девіантної поведінки дітей з ООП. Арттерапевтичні методики можуть бути інтегровані у корекційні програми навчальних закладів, спеціальних освітніх центрів та реабілітаційних установ. Отримані результати сприяють удосконаленню системи психологічного супроводу дітей з ООП шляхом упровадження арттерапії як ефективного інструменту соціально-емоційної адаптації. Рекомендації можуть бути використані у підготовці спеціалістів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами, а також у розробці навчальних програм для підвищення їхньої кваліфікації.

Апробація результатів дослідження: результати кваліфікаційного проєкту було представлено на щорічній серпневій конференції вчителів Українського сектору Тбіліської публічної школи №41 ім. Михайла Грушевського.

Публікації: Арттерапія як засіб корекції девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами. *Актуальні проблеми дошкільної, початкової та спеціальної освіти в умовах кризових викликів суспільства:* зб. тез доп. за мат. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, (Івано-Франківськ, 14-15 травня 2025 р.). МОН України, ХДУ [та ін.]. Івано-Франківськ, 2025. С. 227-229.

Структура роботи: кваліфікаційна робота викладена на 120 сторінках друкованого тексту, з них 108 – основного. Складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (83 назви), додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЇ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ ЗАСОБАМИ АРТТЕРАПІЇ

1.1. Особливості проявів девіацій у дітей з особливими освітніми потребами

У сучасних умовах розвитку освіти України, що ґрунтується на принципах гуманізації, інклюзії та компетентнісного підходу, особливої уваги набуває питання розуміння та підтримки дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Такі діти мають індивідуальні траєкторії розвитку, що визначають особливості їхньої поведінки, спілкування, емоційних реакцій та соціальної адаптації.

Поняття девіації (від лат. *deviatio* — відхилення) охоплює різноманітні форми поведінкових відхилень, що не відповідають прийнятим у суспільстві нормам і очікуванням [20, 39, 46 та ін.]. У дітей з ООП ці прояви часто мають вторинний характер, тобто є не наслідком свідомої девіантної установки, а результатом психофізіологічних порушень, емоційної нестабільності, соціальної дезадаптації або недостатнього педагогічного супроводу. Таким чином, девіації у поведінці дітей з особливими освітніми потребами не можна розглядати як класичні прояви асоціальності; вони, радше, є сигналом про труднощі у спілкуванні, навчанні, емоційному саморегулюванні.

З огляду на це, завдання педагогів, психологів і асистентів учителя полягає не у покаранні чи придушенні таких проявів, а у діагностиці причин, розумінні їх психологічної природи та створенні умов для конструктивного коригування поведінки. Важливим є усвідомлення, що поведінкові девіації у дітей з ООП часто виступають формою самозахисту, протесту або спробою компенсувати комунікативні труднощі.

У спеціальній психолого-педагогічній літературі виокремлюють наступні типові прояви девіантної поведінки у дітей [2, 14, 42-48 та ін.]:

По-перше, науковці і практики відзначають специфіку сприйняття цими дітьми соціального світу і функціонування в ньому. Такий молодший школяр і підліток часто буває імпульсивним, запальним; його спілкування з однолітками ускладнене і часто конфліктне, оскільки він проявляє агресію та егоїстичність. У багатьох спостерігається інфантильність, некритичність у сприйнятті своєї поведінки і ставлення до однокласників. Таке поведінка пов'язане з порушеннями емоційної сфери: часто при спілкуванні переважають негативні емоції, пригнічений настрій, часті його зміни, а також наявність постійної тривожності.

По-друге, спостерігається негативне ставлення до навчально-пізнавальної діяльності: низька пізнавальна активність, неуспішність, недостатній рівень володіння смисловим читанням і зв'язною мовою, бідний словниковий запас.

По-третє, діти з девіантною поведінкою погано володіють комунікативною культурою, виявляють грубість у спілкуванні, образливість, неприйняття чужого лідерства, небажання підкорятися авторитетам. Агресивність розглядається, особливо підлітками, як наявність сили, наслідування дорослим, лідерство.

По-четверте, діти з порушеннями у поведінці відрізняються недостатнім розвитком вольової і регулятивної сфери. Вони мають низький рівень довільної діяльності, самостійності, зосередженості, уваги. Діти часто переривають свою роботу, не доводячи її до кінця, що проявляється як невпевненість у собі [54].

Крім зазначених особливостей, у дітей спостерігається нестабільність рухової активності: ситуативне її посилення або послаблення; пріоритет імпульсивних, різких рухових проявів, схильність до бійок; труднощі з просторовою орієнтацією (плутають "право", "ліво", не орієнтуються на аркуші паперу) [50].

Відомі й крайні форми прояву девіантної поведінки, які наближаються вже до кримінально караних: вживання алкоголю, психоактивних речовин; схильність до стихійно-групового спілкування, втеч з дому. Відзначається збільшення й інших відхилень (вживання сленгу, самопошкодження, татуювання), стійка комп'ютерна залежність тощо. Водночас такі прояви є винятками для дітей молодшого шкільного віку.

Проблемою девіантної поведінки дітей та підлітків займалися як українські, так і зарубіжні науковці. Серед вітчизняних дослідників значний внесок зробили Сухомлинський О.В., Божович Л.І., Бех І.Д., Панок В.Г. які вивчали психологічні та педагогічні аспекти формування девіантної поведінки у школярів. Зокрема, Бех І.Д. наголошував на важливості формування моральних цінностей у дітей та підлітків для профілактики поведінкових порушень. Панок В.Г. [40] досліджував соціально-психологічні механізми девіантної поведінки, підкреслюючи роль сім'ї та соціального середовища у її формуванні [7, 39].

Серед зарубіжних вчених важливими є праці Е. Дюркгейма, Р. Мертон, Т. Парсонса, які аналізували девіантну поведінку в контексті соціологічних теорій. Е. Дюркгейм розглядав аномію як одну з головних причин девіантності, а Р. Мертон сформулював теорію адаптації особистості до суспільних норм. У психологічному аспекті значний внесок зробили А. Бандура та Б. Скіннер, які розглядали девіантну поведінку крізь призму соціального навчання та оперантного зумовлення. Дослідження цих науковців сприяли розробці ефективних методів профілактики та корекції поведінкових відхилень у дітей і підлітків [75, 79 та ін.].

Дослідження соціальних і педагогічних причин виникнення девіантної поведінки проводилося шляхом анкетування та опитування як педагогів, що працюють із такими дітьми, так і їхніх батьків. Серед основних соціальних чинників можна виокремити [3, 4, 8, 23, 53 та ін.]:

- несприятливі стосунки в родині, недостатня увага до дитини (так звані «покинуті» діти), жорсткі методи виховання, часті конфлікти між батьками;
- незнання дитиною норм соціальної поведінки, етики спілкування та взаємодії;
- несподівані зміни у соціальному середовищі: перехід до нового класу чи школи, зміна вчителя, нові форми організації навчального процесу та контролю знань;
- недостатня готовність до навчання в школі, труднощі адаптації під час вступу до першого класу або під час переходу до наступної освітньої ланки;
- відсутність навичок взаємодії з однолітками в різних видах спільної діяльності, недостатній досвід спілкування з незнайомими дорослими;
- брак уваги з боку вчителів або навіть їхнє негативне ставлення, часті зауваження, покарання, осуд.

Аналіз літературних джерел дозволив нам виявити, що девіантна поведінка у дітей з особливими освітніми потребами (ООП) має специфічні прояви, що обумовлені як порушеннями когнітивного, емоційного та соціального розвитку, так і особливостями соціалізації таких дітей. Насамперед, для них характерні труднощі у встановленні соціальних контактів, знижена стійкість до стресових ситуацій, підвищена тривожність, агресивність або, навпаки, замкнутість [19, 25, 53]. Діти з інтелектуальними порушеннями часто демонструють імпульсивну поведінку, низький рівень самоконтролю, схильність до афективних спалахів, що ускладнює їхню взаємодію з оточенням [29].

У дітей із розладами спектра аутизму (РАС) можуть спостерігатися стереотипні та ритуальні форми поведінки, а також труднощі у розумінні соціальних норм, що може призводити до ізоляції або агресивних проявів у ситуаціях фрустрації. Діти з порушеннями мовлення чи слуху нерідко

демонструють протестну поведінку через неможливість ефективно комунікувати, що призводить до конфліктів у колективі. Також поширеним є явище емоційної нестабільності, яке спричиняє часті зміни настрою та складність адаптації до нових умов [47].

Вагомий внесок у вивчення психолого-педагогічних аспектів поведінкових порушень зробили Бевз Г.М., Прохорова Л.М., які розглядали особливості агресивної поведінки дітей з порушеннями психічного розвитку.

Серед зарубіжних дослідників значущими є праці Виготського Л.С., який розробив теорію соціокультурного розвитку, що має безпосередній зв'язок із корекційною роботою з дітьми з ООП. Бандура А. розглядав девіантну поведінку через призму теорії соціального навчання, наголошуючи на впливі середовища та наслідування моделей поведінки. Б. Скіннер досліджував оперантне зумовлення як механізм формування поведінкових реакцій, що є основою для поведінкових методів корекції. Дослідження цих науковців сприяли розробці ефективних методів профілактики та корекції девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами [24, 28, 39 та ін.].

Шляхи подолання девіантної поведінки

Одним із ключових факторів розв'язання цієї проблеми є усвідомлення кожним педагогом своєї професійної відповідальності та розуміння того, що універсальних рішень для всіх учнів не існує. Тому робота з такими дітьми потребує [1, 16 та ін.]:

- розробки індивідуальних програм корекції девіантної поведінки, які включають адаптований навчальний план (за наявності труднощів у засвоєнні матеріалу), а також систему виховних заходів, спрямованих на формування соціальних навичок, регуляцію емоційного стану та розвиток комунікативних здібностей;
- комплексного психолого-педагогічного обстеження з метою виявлення динаміки поведінкових особливостей та визначення ефективних методів роботи;

- аналізу й оцінки причин виникнення девіантної поведінки, що дозволяє розробити стратегію її усунення або запобігання;
- поступової позитивної соціалізації учнів, розвиток їхнього соціального досвіду, сприяння налагодженню взаємодії з дорослими та однолітками, а також стимулювання навчальної мотивації.

Роль освітніх закладів у створенні сприятливих умов

Для ефективної профілактики та корекції девіантної поведінки необхідно створити методичне забезпечення роботи освітніх установ. Основними напрямками можуть бути [1, 9, 23, 30 та ін.]:

- розробка індивідуальних навчальних планів і програм, що враховують специфічні труднощі таких дітей. Наприклад, окремі модулі для розвитку навичок змістового читання, зв'язного мовлення, грамотного письма, математичних здібностей та інформаційної культури;
- використання інноваційних методів навчання, які сприяють розвитку ініціативності та самостійності учнів (експерименти, дослідження, рольові ігри, дискусії, проєктна діяльність);
- організація різних видів спільної та колективної діяльності, які враховують індивідуальні нахили та здібності дітей, з метою розвитку довільної діяльності, формування лідерських якостей, емоційної стійкості та здатності до співпраці;
- проведення заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, профілактику негативних соціальних явищ (куріння, алкоголізму, наркоманії), усвідомлення їхньої шкоди для здоров'я та життя людини;
- залучення шкільного психолога до розробки програм подолання агресивної поведінки учнів, проведення тренінгів із контролю емоцій, розв'язання конфліктних ситуацій;
- організація позакласної діяльності (факультативи, творчі конкурси, соціальні проєкти), що сприятиме розкриттю потенціалу дітей із девіантною поведінкою;

- психологічний супровід педагогів з метою допомоги у вибудові довірливих стосунків із учнями;
- співпраця з родинами учнів, спільна розробка стратегії подолання низької навчальної мотивації, профілактика прогулів, налагодження взаємодії між дитиною, вчителем і батьками.

Отже, зазначимо, що особливості проявів девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами зумовлені складною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. Девіації в їх поведінці нерідко мають адаптивний або компенсаторний характер і відображають труднощі дитини у спілкуванні, пізнавальній діяльності чи емоційному саморегулюванні. Усвідомлення цього дозволяє педагогам і психологам переходити від каральних чи формальних підходів до індивідуалізованої, підтримувальної та профілактичної роботи, що базується на принципах прийняття, довіри й партнерства. Таким чином, розуміння природи поведінкових відхилень у дітей з ООП є ключем до побудови інклюзивного навчання, у якому кожна дитина має право на успіх, прийняття та самореалізацію.

1.2. Девіантна поведінка у дітей з порушеннями аутистичного спектру: сутність, види, причини

У спеціальній психолого-педагогічній літературі зазначено, що аутизм є складним нейророзвитковим порушенням, яке впливає на соціальну взаємодію, комунікацію та поведінкові особливості дитини [24]. Одним із важливих аспектів цієї проблеми є девіантна поведінка, яка може проявлятися у різних формах і мати значний вплив на життя дитини, її родини та оточення.

Девіантна поведінка визначається як будь-яка форма поведінки, що відхиляється від соціальних норм і може бути неприйнятною для суспільства. У дітей з порушеннями аутистичного спектру така поведінка

часто є наслідком порушень сприйняття світу, складності з розумінням соціальних сигналів і реакцією на зовнішні подразники [24].

Сам собою аутизм не викликає проблемного поведінки, як і наявність проблемних видів поведінки не гарантує діагноз. Наприклад, дитина, яка ходить навщипиньки або б'ється головою об стіну, не обов'язково страждає від будь-якого розладу розвитку. Більше того, дитина може їсти землю з горщика для квітів, але це навряд чи буде пов'язано з тим фактом, що йому місяць тому діагностували РАС [20].

Проблема девіантної поведінки у дітей із розладами аутистичного спектру (РАС) є предметом дослідження багатьох науковців у галузі психології, педагогіки, нейропсихології та медицини. Загальні дослідження аутизму та девіантної поведінки в своїх дослідженнях висвітлювали Джеральдін Доусон (Geraldine Dawson) – досліджувала нейробіологічні основи аутизму, особливості розвитку мозку та їхній вплив на поведінкові девіації; Ерік Курт (Eric Courchesne) – вивчав особливості розвитку мозку у дітей з аутизмом та їхній зв'язок із порушеннями поведінки; Брайан Кінг (Bryan H. King) – вивчав біохімічні механізми, які можуть впливати на агресію та самоушкодження у дітей із РАС; Лорі Вішнек (Laurie Vismara) – розробляла терапевтичні підходи до корекції девіантної поведінки у дітей із аутизмом [62, 81, 85 та ін.].

В Україні дослідженням девіантної поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру займаються такі науковці: Гарасимів Т.З. аналізує історіографічні дослідження проблеми девіантної поведінки, розглядаючи основні теоретико-методологічні підходи до вивчення цієї проблематики; Анголенко В.В. досліджує сутність, причини та наслідки девіантної поведінки неповнолітніх у контексті розвитку системи пробації в Україні, аналізуючи соціально-педагогічні аспекти поширення девіантної поведінки серед дітей та підлітків; Зобенько Н. вивчає різні аспекти девіантної поведінки неповнолітніх, зокрема, аналізує причини та механізми формування агресії та девіацій у дитячому середовищі; Макаренко О.М.

досліджує поняття девіантної поведінки в соціальному та психологічному аспектах, розглядаючи різні підходи до розуміння та профілактики девіацій у поведінці дітей та підлітків [30, 35].

Діти з аутизмом часто ведуть себе неприйнятним для суспільства чином: говорять і роблять щось дивне, інколи дратівливе або навіть страшне. І саме ці прояви стають для близьких джерелом негативних переживань, стресу та почуття провини. Хоч би як сім'я намагалася задовольнити особливі потреби дитини, можуть знадобитися додаткові ресурси та стороння допомога. Дуже важливо абстрагуватися від неприємних аспектів поведінки та навчитися вчасно та правильно реагувати.

Види девіантної поведінки [2, 11, 33, 83 та ін.]

Девіації поведінки у дітей з порушеннями аутистичного спектру у психолого-педагогічній літературі поділяється на кілька основних видів [24]:

- *Агресивна поведінка* – виявляється у фізичних або словесних нападах на оточуючих. Дитина може проявляти агресію через роздратування, страх, нерозуміння соціальних ситуацій або чуттєве перенавантаження.

- *Аутоагресія (самоушкодження)* – дитина завдає собі фізичної шкоди, що може бути наслідком підвищеної тривожності, надмірної чутливості або спробою контролювати власні емоції.

- *Стереотипна поведінка* – нав'язливі повторювані рухи або дії (махи руками, розгойдування, биття по предметах), що допомагають дитині справлятися з тривогою та організовувати сенсорні відчуття.

- *Опозиційна та протестна поведінка* – ігнорування вимог дорослих, навмисна відмова виконувати завдання, гнівливі реакції на зміни у звичному розпорядку.

- *Утечі та уникнення соціальної взаємодії* – може проявлятися як повна ізоляція або вибірковість у контактах.

- *Гіперактивність та імпульсивність* – хаотичні дії, труднощі із самоконтролем, раптові зміни настрою.

Причини девіантної поведінки у дітей з аутизмом

Девіантна поведінка у дітей з аутизмом може бути викликана різними чинниками, серед яких нами були виділені [18, 26, 36 та ін.]:

Біологічні фактори:

- порушення роботи нервової системи;
- Дисбаланс нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну);
- Генетичні мутації, що впливають на розвиток мозку;
- Гіпер- або гіпочутливість до сенсорних подразників.

Психологічні фактори:

- Високий рівень тривожності та страху;
- Труднощі в саморегуляції емоцій;
- Відсутність розуміння соціальних норм та очікувань;
- Низький рівень когнітивної гнучкості, труднощі у зміні поведінкових шаблонів.

Соціальні фактори:

- Недостатня соціальна підтримка;
- Некоректні методи виховання або надмірний тиск з боку батьків;
- Невідповідність навчального середовища потребам дитини;
- Відсутність структурованості в житті дитини, що може викликати стрес.

Сенсорні фактори:

- Гіперчутливість або гіпочутливість до звуків, світла, дотиків;
- Непереносимість певних текстур, запахів або смаків;
- Проблеми з інтеграцією сенсорної інформації, що може викликати дезорієнтацію та агресивні реакції.

Аутизм виявляють на підставі двох «ядерних» симптомів:

- 1) характерних порушень спілкування та соціальної взаємодії;
- 2) повторюваних, одноманітних дій, занять та інтересів.

Поведінкова «мова» дітей з РАС розходиться з очікуваннями оточуючих [36]: супутні труднощі стають причиною тривоги, нерозуміння того, що відбувається, почуття безпорадності та роздратування, і це, своєю чергою, впливає на поведінку дитини. Так, хлопчик, який не говорить і не любить крики дітей на майданчику, швидше самотійно вирушить шукати тихе місце, ніж попросить маму піти разом. Дитина також може вибігти на дорогу, лише побачивши господаря собаки, якого панічно боїться, хоча фактично йому нічого не загрожує. Проблемна поведінка частіше виникає в умовах стресу та поганого самопочуття. Фізіологічні та неврологічні стани, потік відчуттів від органів чуття можуть завдавати дискомфорту та болю дитині з РАС, про що складно здогадатися через брак спілкування.

Отже, девіантна поведінка у дітей з порушеннями аутистичного спектру є багатфакторним явищем, що потребує комплексного підходу до корекції. Важливо розуміти, що така поведінка найчастіше є не свідомим вибором дитини, а результатом її особливостей сприйняття та реагування на світ.

1.3. Арттерапія як метод корекції девіантної поведінки: теоретичні засади, види, можливості

Сучасна система психолого-педагогічної підтримки стикається з численними викликами, серед яких особливе місце посідає проблема девіантної поведінки дітей та підлітків. Соціальні, психологічні та особистісні чинники, такі як нестабільність сімейного оточення, вплив медіа, травматичні досвіди та дефіцит позитивного спілкування, сприяють формуванню агресії, тривожності, емоційної нестабільності, що ускладнюють процес соціалізації.

У пошуку ефективних і гуманних підходів до корекції девіантної поведінки зростає інтерес до арттерапії — напряму психологічної допомоги, що використовує мистецтво як засіб комунікації, самовираження й

психоемоційного зцілення. Завдяки безпечному та символічному формату, арттерапія дозволяє дитині або підлітку звернутися до глибоких переживань, які часто не піддаються вербалізації, а також пропрацювати деструктивні моделі поведінки у творчій, ресурсній формі [17, 41, 45 та ін.].

Арттерапія як засіб психокорекції активно розвивається в українській науково-педагогічній традиції. Цей напрям стає дедалі актуальнішим у зв'язку зі зростанням рівня емоційної дезадаптації та девіантної поведінки серед дітей і підлітків. У роботах українських дослідників висвітлено теоретичні засади арттерапії, її потенціал у роботі з дітьми, які мають труднощі у спілкуванні, порушення емоційно-вольової сфери або поведінкові відхилення [13].

Особливу увагу приділено таким аспектам, як використання зображувальної діяльності у психотерапії (ізотерапія), рольові ігри (драматерапія), музичний вплив (музикотерапія), а також застосування колажів, ліплення, казко- та бібліотерапії в умовах освітнього та реабілітаційного простору [13].

Серед провідних українських науковців, які вивчали або впроваджували арттерапевтичні підходи у практику корекційної педагогіки, психотерапії та психології, варто відзначити: Ковальчук Г.І. (досліджує вплив зображувальної діяльності на розвиток емоційної сфери дітей); Клименко Т.І. (розглядає арт-терапію як засіб інклюзивного навчання та соціалізації); Грабенко Т.А. займається психокорекцією поведінкових проявів у дітей та підлітків через малювання й драматерапію; Каплуновську І.В. (практикує арт-терапію у груповій роботі з підлітками); Нікітенко О.М. (досліджує застосування музикотерапії в роботі з агресивною поведінкою); Малкіну-Пих І.Г. (адаптує арт-терапевтичні методи до роботи з дітьми, які пережили стрес чи травму).

Досвід цих фахівців засвідчує багатогранність і дієвість арттерапії як засобу допомоги дітям та підліткам із девіантною поведінкою, особливо в

умовах інклюзивної освіти, інтернатних закладів, центрів соціально-психологічної реабілітації.

У цьому контексті арттерапія розглядається не лише як інструмент самовираження, а й як ефективна технологія корекції девіантних проявів, формування емоційної регуляції, розвитку самосвідомості та соціальних навичок [12].

Арттерапія — це психокорекційний напрям, що використовує мистецтво як інструмент вираження внутрішнього світу особистості, зняття психоемоційної напруги та формування позитивної поведінки [17, 22 та ін.].

Аналіз літературних джерел дозволив виявити основні її положення [12, 17, 22, 26 та ін.]:

- **гуманістичної психології** (К.Роджерс, А.Маслоу): цілісність, самоактуалізація, свобода самовираження;
- **аналітичної психології** (К.Г.Юнг): образ як засіб доступу до несвідомого;
- **психоаналітичної теорії** (З.Фройд): мистецтво як форма сублімації;
- **когнітивно-поведінкової терапії** — для корекції негативних патернів поведінки через символічну діяльність.

Арттерапія є екологічно безпечним методом і особливо ефективна в роботі з дітьми та підлітками, які мають проблеми поведінки, емоційної регуляції, соціалізації [26].

Арттерапія охоплює різноманітні форми творчості, які забезпечують невербальну комунікацію, зняття психоемоційного напруження, розвиток саморефлексії та формування альтернативної поведінки. Залежно від особливостей особистості, віку та рівня девіантних проявів, обираються ті чи інші методи [31, 32, 41, 43, 45, 57, 65 та ін.].

Ізотерапія (терапія образотворчою діяльністю)

Суть методу: Дитина або підліток виражає свої емоції, думки, страхи, мрії через малюнок, графіку, живопис.

При девіантній поведінці допомагає:

- знижувати агресивність;
- виражати емоції, які важко озвучити;
- вивільнити внутрішню напругу без шкоди для себе та оточення;
- досліджувати власний досвід через символи.

Типові вправи: «Мій гнів», «Моє ім'я кольорами», «Я і мій світ», «Що зміниться завтра?»; Рисування ситуацій, які викликали конфлікт

Драматерапія (терапія через театр і рольові ігри)

Суть методу: Залучення до створення та відтворення ситуацій через гру, діалог, імпровізацію. Дитина переживає досвід в умовному просторі, де може спробувати інші ролі й моделі поведінки.

Ефекти для дітей із девіантною поведінкою:

- Безпечне відпрацювання агресії, образ, страхів;
- Формування емпатії, вміння поставити себе на місце іншого;
- Навчання соціальним ролям та конструктивним діям.

Типові формати: Інсценізація конфлікту та обговорення: «Що можна було зробити інакше?»; Вправа «Суд над вчинком» — розігрування морально складних ситуацій.

Музикотерапія

Суть методу: Використання музики (пасивне слухання або активне виконання) для впливу на емоційний стан.

При девіантній поведінці дозволяє:

- регулювати збудженість або тривожність;
- виразити пригнічені емоції через ритм, звук, рух;
- налаштуватися на позитивний настрій.

Методи: Слухання класичної або релаксаційної музики; Ритмічні ігри з музичними інструментами; «Музичні історії» — програвання подій за допомогою звуків

Аплікація, колаж, ліплення (тактильна арттерапія)

Суть методу: Створення об'ємних форм, образів із доступних матеріалів (тканина, глина, пластилін, папір).

Результати в роботі з девіантними дітьми:

- зняття тілесної напруги;
- формування навичок доведення справи до кінця;
- стимуляція відчуття власної цінності (через створення чогось унікального);
- розвиток фантазії та креативного мислення.

Завдання: «Моя безпечна фортеця», «Сонце і буря», «Ліпимо емоцію»

Нейрографіка (нейроарт-терапія) [32, 36, 44, 59 та ін.]

Суть методу: Нейрографіка — це сучасний напрям арт-терапії, розроблений психологом Павлом Піскарьовим, який поєднує образотворчу діяльність, нейропсихологію та позитивну візуалізацію. Малюнок будується за спеціальними алгоритмами, де лінії, фігури та з'єднання формують нейрографічну композицію.

Механізм дії: Вважається, що під час малювання певних ліній активуються нейронні зв'язки, відбувається перепрограмування внутрішніх установок, зниження емоційної напруги, поліпшення здатності до саморегуляції.

У роботі з дітьми та підлітками з девіантною поведінкою нейрографіка дозволяє:

- знижувати рівень тривожності, агресії, імпульсивності;
- активізувати саморефлексію через «малювання внутрішніх станів»;
- відчувати контроль над ситуацією через створення гармонійного візуального образу;
- покращити дрібну моторику, увагу, здатність до завершення справ.

Типові вправи: «Я і мій настрій» — малювання емоційної реакції та її трансформація; «Мій шлях» — вправа для роботи з внутрішнім конфліктом, бажанням або страхом; «Дерево ресурсів» — створення символічного образу своїх внутрішніх сил; «Антистрес-малюнок» — вільна нейролінія для зняття напруги.

Методичні переваги нейрографіки:

- не потребує художніх навичок;
- підходить для індивідуальної та групової роботи;
- добре поєднується з іншими арт-методиками (казкотерапія, музикотерапія);
- може застосовуватись у корекційній роботі з дітьми з ООП (ЗПР, емоційно-вольові порушення, аутистичний спектр).

Бібліотерапія (казкотерапія, робота з текстами)

Суть методу: Розгляд персонажів, їхніх рішень, поведінки — через аналогії з реальним життям дитини.

При девіантній поведінці дає можливість:

- побачити свій досвід «зі сторони»;
- ідентифікуватися з позитивним героєм;
- осмислити наслідки своїх дій через сюжет.

Формати:

- Казка з відкритим фіналом: дитина має запропонувати завершення
- Створення власної історії «Як я змінився»

Кожен з видів арт-терапії може бути потужним інструментом психологічної допомоги, особливо у випадках, коли вербальна комунікація недостатньо розвинена або заблокована через емоційну травму. Головна сила арт-терапії — у безпеці, свободі самовираження та ресурсному творчому середовищі, де дитина може змінити уявлення про себе й світ.

Систематизуємо можливості арт-терапії і наведемо їх у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Можливості арттерапії для корекції девіантної поведінки

Функція	Приклади результатів
Емоційна розрядка	зниження агресії, тривожності
Формування самооцінки	розвиток позитивного образу «Я»
Соціалізація	покращення навичок комунікації
Рефлексія	розуміння власних мотивів, емоцій
Альтернативна поведінка	навчання безпечних способів вираження почуттів

Практичні умови ефективної арттерапії

- добровільність участі;
- безоцінювальна атмосфера;
- безпека (емоційна та фізична);
- регулярність занять (оптимально — 1–2 рази на тиждень);
- супровід фахівця (психолог, психотерапевт, соціальний педагог).

Отже, зазначимо що арттерапія — потужний засіб м'якого впливу на поведінку та емоційний стан дітей і підлітків із девіантними проявами. Через символ, образ, гру та дію вона сприяє переосмисленню досвіду, зниженню внутрішнього напруження та формуванню конструктивних моделей поведінки.

1.4. Особливості застосування арттерапії у роботі з дітьми з порушеннями аутистичного спектру

Арттерапія, як потужний інструмент психокорекції та розвитку, набуває особливого значення у роботі з дітьми, які мають розлади аутистичного спектру (РАС). Цей підхід дозволяє обійти складнощі вербальної комунікації, що є одним із ключових викликів для дітей з РАС, і надати їм безпечний простір для самовираження та взаємодії зі світом.

Фундатори та ключові фігури у розвитку арт-терапії, такі як Адріан Хілл, який першим у 1942 році ввів термін "арт-терапія", а також Маргарет Наумбург та Едіт Крамер, які вважаються піонерами арт-терапії у США, заклали основи розуміння терапевтичного потенціалу творчого процесу. Хоча їхні початкові роботи були орієнтовані на ширші групи пацієнтів, принципи, які вони розробили — такі як акцент на самовираженні, символізмі та значенні несвідомого у творчості — виявилися надзвичайно релевантними для роботи з невербальними або такими, що мають труднощі з вербалізацією, дітьми, зокрема з РАС [80].

Сучасні дослідження та практика, зокрема роботи Карен Квіятковської, яка досліджувала сім'ї з дітьми з емоційними розладами, та багатьох інших

дослідників у галузі психології та спеціальної педагогіки, підтверджують, що візуальне та тактильне мистецтво може бути містком для встановлення контакту, розвитку сенсорної інтеграції та покращення комунікативних навичок у дітей з РАС. Вони вказують на те, що діти з аутизмом часто мають сильні візуальні та просторові здібності, які можна ефективно використовувати в арттерапевтичному процесі.

Саме завдяки невербальному характеру та можливості вираження внутрішнього світу через образи, арттерапія стала одним із найефективніших і найдоступніших методів для роботи з дітьми з РАС, допомагаючи їм розвивати навички комунікації та взаємодії, а також знижувати рівень тривожності та агресії.

Як показує аналіз спеціальної психологічної літератури арттерапія визначається як ефективний інструмент для роботи з дітьми з РАС і дозволяє формувати і коригувати [59, 78]:

- *Невербальна комунікація* - багато дітей з РАС мають труднощі з вербальним спілкуванням. Арттерапія надає їм безпечний і природний спосіб виразити свої емоції, думки та переживання за допомогою кольорів, форм і образів. Це допомагає обійти мовні бар'єри, що є особливо важливим для таких дітей.

- *Сенсорна інтеграція* - діти з РАС часто мають проблеми із сенсорною інтеграцією (обробкою сенсорної інформації). Арттерапія задіює різні сенсорні канали (зорові, тактильні, слухові) і допомагає дитині звикнути до різних текстур, температур, кольорів, сприяючи кращій організації сенсорного досвіду.

- *Зниження тривожності* - творчий процес допомагає дітям з РАС зосередитися на "тут і зараз", що може бути заспокійливим і зменшувати рівень стресу та тривожності, пов'язаних з непередбачуваністю світу.

- *Розвиток дрібної моторики та координації* - маніпуляції з фарбами, глиною, ножицями, пензликами покращують дрібну моторику, зорово-

моторну координацію та точність рухів, що є важливим для повсякденних навичок.

- *Розвиток уяви та креативності* - арттерапія заохочує вільне вираження та експерименти, стимулюючи розвиток уяви та творчого мислення, що часто є викликом для дітей з РАС через їх схильність до шаблонності.

- *Створення безпечного простору* - створення структурованого, але водночас гнучкого середовища, де дитина відчуває себе в безпеці та не боїться бути оціненою. Це сприяє довірі та відкритості.

Ключові аспекти застосування арттерапії

В результаті аналізу спеціальної психолого-педагогічної літератури нами були виділені наступні [36, 45, 49, 59 та ін.]:

1. **Структура та передбачуваність:** хоча арттерапія заохочує вільне вираження, для дітей з РАС важливо мати певну структуру та передбачуваність сесії. Це може бути чіткий початок і кінець, послідовність дій (вибір матеріалу, робота, прибирання) або візуальний розклад.

2. **Індивідуальний підхід:** кожна дитина з РАС унікальна. Спеціаліст має адаптувати матеріали, техніки та завдання відповідно до індивідуальних потреб, інтересів та сенсорних особливостей дитини. Деякі діти можуть бути чутливими до певних текстур (наприклад, липких фарб), тоді як інші можуть шукати саме такий сенсорний досвід.

3. **Використання різноманітних матеріалів:** використання широкого спектру художніх матеріалів: фарби (гуаш, акварель, акрил) - для вираження емоцій, роботи з кольором, глина, пластилін, тісто для ліплення - для розвитку тактильного сприйняття, дрібної моторики, об'ємного мислення, олівці, фломастери, крейда - для малювання, розмальовок, графічних вправ, колажі - вирізання та наклеювання різних матеріалів (папір, тканина, природні матеріали) для створення композицій, що допомагає з організацією простору, природні матеріали - шишки, листя, камінці для створення аплікацій та об'ємних робіт.

4. **Фокус на процесі, а не на результаті:** важливо підкреслювати важливість самого процесу творчості, а не кінцевого результату. Мета – не створити шедевр, а надати дитині можливість виразити себе, розслабитися та отримати задоволення від діяльності. Похвала має бути спрямована на зусилля дитини та її участь.

5. **Розширення комунікації:** спеціаліст може використовувати створені роботи як місток для комунікації. Наприклад, ставити відкриті запитання: "Розкажи про свій малюнок", "Що ти відчував, коли малював це?". Для дітей з обмеженим вербальним словником можна використовувати альтернативні методи комунікації (піктограми, картки).

6. **Врахування сенсорних особливостей:** для дітей з гіперчутливістю необхідно пропонувати матеріали, що не викликають дискомфорту (наприклад, сухі матеріали замість липких фарб), для дітей з гіпочутливістю використовувати матеріал з різними текстурами, що стимулюють сенсорне сприйняття, регуляція освітлення, шум, запахи в приміщенні, щоб створити максимально комфортне середовище.

7. **Навчання соціальним навичкам:** у групових заняттях арттерапія може допомогти вчитися: ділитися матеріалами, чекати своєї черги, взаємодіяти з іншими дітьми та дорослими (наприклад, під час спільних проєктів), розуміти правила та кордони.

8. **Документування та аналіз:** ведення записів про хід сесій, фотографування робіт дитини допомагає відстежувати прогрес, розуміти динаміку емоційного стану та коригувати терапевтичний план.

Арт-терапія, інтегрована в комплексну програму корекції та розвитку, може значно покращити якість життя дітей з РАС, надаючи їм потужний інструмент для самовираження, розвитку та адаптації до світу.

Особливу увагу хочемо звернути на використання нейрографіки, як порівняно новий напряму в арт-терапії, розробленого у 2014 році, що пропонує унікальний підхід до роботи з емоційними станами та ментальними процесами через малювання. Вона поєднує принципи

нейрофізіології, психології та графічного мистецтва, створюючи "графічний алфавіт" для трансформації свідомості. Для дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) нейрографіка може бути особливо цінним інструментом, оскільки вона апелює до їхніх візуальних та системних способів сприйняття інформації, минаючи вербальні бар'єри [44].

Аналіз спеціальної психолого-педагогічної літератури дозволив визначити нам ефективність нейрографіки для дітей з РАС, вона полягає у [44]:

1. **Візуальна та сенсорна орієнтація:** Діти з РАС частіше краще сприймають та обробляють візуальну інформацію. Нейрографіка є суто візуальним методом, де основний інструмент – це лінія та форми. Це дозволяє дитині зосередитися на процесі малювання, який є менш навантажувальним для її сенсорної системи, ніж пряма вербальна комунікація.

2. **Робота з повторюваністю та шаблонністю:** Однією з ключових особливостей нейрографіки є так звана "нейрографічна лінія" – лінія, яка "не повторює себе на жодній ділянці свого шляху" і рухається туди, де ми не очікуємо її побачити. Ця ідея може допомогти дітям з РАС, які часто схильні до ригідності та шаблонності у мисленні та поведінці, поступово розширювати свої когнітивні та поведінкові рамки.

3. **Зняття тривожності та напруги:** Процес округлення гострих кутів на малюнку (так зване "округлення" або "сполучення") в нейрографіці є метафорою для згладжування внутрішніх конфліктів та зняття напруги. Для дітей з РАС, які часто переживають підвищену тривожність, цей процес може мати заспокійливий ефект, допомагаючи їм краще справлятися зі стресом.

4. **Розвиток дрібної моторики та нейропластичності:** Малювання нейрографічних ліній та фігур, заповнення простору кольором активно задіює дрібну моторику рук. Це, своєю чергою, стимулює розвиток

нейронних зв'язків у мозку, сприяючи нейропластичності, що є вкрай важливим для дітей з особливостями розвитку.

5. **Структура та алгоритми:** Нейрографіка має чіткі алгоритми (наприклад, "Зняття обмежень", "НейроДерево", "НейроЛотос" тощо). Це створює передбачуваність, яку так цінують діти з РАС. Послідовність кроків допомагає їм орієнтуватися в процесі, знижуючи відчуття невизначеності та хаосу.

6. **Вираження емоцій без слів:** Дитина може перенести свої емоції, страхи, переживання на папір, не потребуючи вербалізації. Через форми, лінії, кольори вона може символічно виразити свій внутрішній стан, а терапевт може допомогти "прочитати" цей образ та провести через процес "розв'язання" проблеми на малюнку.

Ключовими у застосуванні нейрографіки при роботі з дітьми з РАС можна виділити наступні аспекти [26, 44]:

адаптація алгоритмів - оригінальні алгоритми нейрографіки можуть бути занадто складними для дітей з РАС. Важливо адаптувати їх до віку та рівня розвитку дитини, спрощуючи інструкції, використовуючи візуальні підказки та мінімізуючи словесні пояснення. Можна починати з простих вправ на проведення нейрографічної лінії та округлення.

фокус на сенсорному досвіді: дозвольте дитині досліджувати різні матеріали. Використовуйте різні типи лінерів, маркерів, олівців, фарб, які дають різні тактильні відчуття. Заохочуйте роботу з кольором, спостерігаючи за реакцією дитини на різні відтінки.

створення безпечного простору: нейрографіка передбачає свободу вираження. Важливо, щоб дитина відчувала, що її малюнок не буде оцінюватися чи критикуватися. Терапевт має підтримувати безоцінне ставлення та зосереджуватися на процесі.

терпіння та відсутність тиску: діти з РАС можуть потребувати більше часу для початку роботи або для переходу від одного етапу до

іншого. Не тисніть, дайте їм можливість адаптуватися до завдання та матеріалів.

комунікація через малюнок: заохочення дитини "розповідати" про свій малюнок невербально (вказуючи на елементи, виражаючи емоції мімікою) або за допомогою альтернативних засобів комунікації, якщо вербальна мова обмежена. Терапевт може ставити уточнюючі питання, які допоможуть дитині усвідомити свої відчуття під час процесу.

Інтеграція в комплексний підхід: нейрографіка найкраще працює як частина комплексної програми корекції та розвитку, що включає поведінкову терапію, логопедичні заняття, сенсорну інтеграцію та інші види арттерапії. Вона може доповнювати та посилювати ефект інших методів.

Нейрографіка пропонує унікальні можливості для роботи з дітьми з РАС, допомагаючи їм гармонізувати внутрішній світ, розвивати креативність, покращувати моторику та знаходити нові способи взаємодії з оточенням. Однак її ефективність залежить від професіоналізму терапевта та гнучкості в адаптації методики до індивідуальних потреб кожної дитини [21].

Отже, арттерапія є ефективним засобом корекції девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами, що проявляється у зниженні рівня девіацій та позитивних змінах у емоційній та соціальній сферах.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

2.1. Організація та методика дослідження

Девіантна поведінка у школярів з розладами аутистичного спектра (РАС) є недостатньо вивченою. Це питання знаходиться на перетині кількох наукових галузей — психології, педагогіки та медицини. Різноманіття проявів аутизму, а також варіативність його форм створюють унікальне підґрунтя для дослідження девіантної поведінки саме в цієї категорії дій.

Не можна ігнорувати й соціальний контекст цієї проблеми. Обговорення теми важливе не лише для освітян, а й для медичної спільноти і для широкого загалу. Розуміння механізмів девіантної поведінки у дітей з РАС може суттєво покращити підходи до їхньої соціалізації, навчання та виховання.

У сучасній науці відомі різні галузеві підходи до класифікації девіантної поведінки: соціально-правовий (девіації поведінки та девіантна поведінка), педагогічний (шкільна і соціальна дезадаптація), клінічний (медична класифікація поведінкових розладів), психологічний [3, 20].

Проаналізувавши наявні психологічні класифікації, нами були виокремлені провідні типи девіантної поведінки особистості, яким найбільше піддаються неповнолітні діти з РАС, вони представлені на малюнку 2.1.

Зрозумілим є той факт, що раннє виявлення як психологічних і фізіологічних особливостей дитини, так і несприятливих ситуацій виховання сприяє корекції її поведінки, насамперед шляхом створення соціальних умов, необхідних для формування повноцінної особистості, у зв'язку з чим зростає роль психолого-медико-педагогічної діагностики та соціального скринінгу сімейної ситуації. Раннє проведення психологічної

Провідні типи девіантної поведінки школярів з РАС

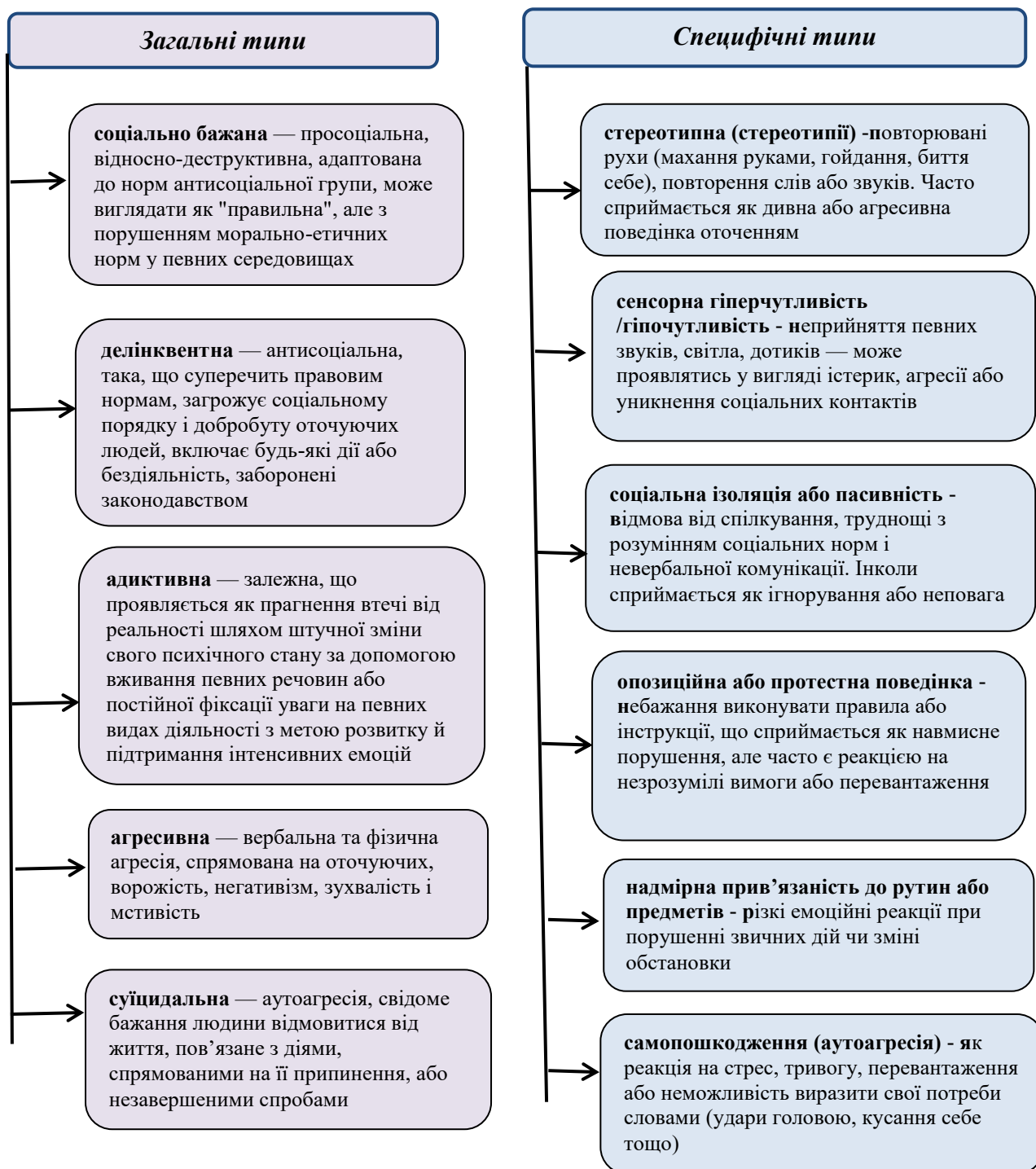


Рис.2.1. Провідні типи девіантної поведінки людини з РАС

діагностики дозволяє виявити порушення у розвитку психічної діяльності, визначити нахили й тенденції у поведінці та вчасно скласти особистісно орієнтовану на конкретну дитину програму корекції виховання й освіти.

Девіантна поведінка у дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) може розглядатися як реакція на труднощі комунікації в соціумі або як спроба впоратися з внутрішніми конфліктами. Зокрема, підлітки з РАС часто неправильно інтерпретують вербальні та невербальні сигнали від оточення, що може призводити до ненавмисних конфліктів і проявів агресії [23].

Через труднощі з соціальною взаємодією, пов'язані з нерозумінням очікувань і норм суспільства, їхня поведінка може здаватися іншим неадекватною або недоречною в певних ситуаціях. Це, у свою чергу, ускладнює комунікацію як із ровесниками, так і з дорослими, що може посилювати емоційні труднощі та ускладнювати соціальну адаптацію.

Девіантна поведінка може проявлятися в різних формах (відображено на малюнку 2.1): агресія, самоушкодження, уникнення відвідування школи, асоціальна та протиправна поведінка. Як вже зазначалося раніше, в науковій спільноті недостатньо уваги приділяється проблемі агресивної поведінки дітей та підлітків з РАС, а також відсутня єдина концепція поняття девіантності. Проблематика девіантної поведінки серед дітей та підлітків із РАС залишається малодослідженою в сучасній науці. Так, за даними PubMed лише 5865 публікацій стосуються цієї тематики, а за базою eLibrary — лише 506.

Попри обмежену кількість досліджень, наявні дані свідчать про високу поширеність агресивної та девіантної поведінки серед осіб з РАС. Згідно з результатами досліджень, понад половина батьків або опікунів стикаються з такою поведінкою. У майже половині випадків об'єкти агресії не належать до близького оточення дітей [58]. Агресія проявляється як фізично, так і вербально. Наприклад, Fitzpatrick et al. вказують, що рівень агресії у дітей з РАС значно вищий, ніж у нейротипових однолітків [62].

Девіантна поведінка в контексті розладів аутистичного спектру набуває специфічних форм, які відрізняються від класичних типів девіацій, характерних для нейротипових дітей. Це можуть бути **стереотипії, аутоагресія, емоційні спалахи, неприйняття соціальних норм, жорстка прив'язаність до рутини та інші труднощі поведінкової регуляції**. Нерідко такі прояви розцінюються педагогами чи однолітками як свідомо опозиційність, агресивність або «неправильна» поведінка, що може призводити до стигматизації дитини [67].

Актуальність дослідження девіантної поведінки у дітей з РАС зумовлена потребою в глибокому розумінні витоків і механізмів цих проявів, диференціації поведінки, що є наслідком нейропсихологічних особливостей розвитку, від дійсно девіантних форм, зумовлених соціальними чи особистісними причинами. Це дозволить створити адекватну систему підтримки, профілактики та корекції поведінкових відхилень у дітей з аутизмом.

Отже, *метою* даного дослідницького розділу є виявлення особливостей девіантної поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру та визначити ефективні підходи до її діагностики й корекції в умовах освітнього простору.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні концепції та підходи до вивчення девіантної поведінки у дітей з РАС;
2. Проаналізувати існуючі методи діагностики девіантної поведінки та оцінити їхню ефективність щодо дітей з аутизмом;
3. Провести констатувальний експеримент для визначення рівня вираженості девіантної поведінки у дітей з РАС;
4. Проаналізувати отримані результати і на їх основі розробити методичні рекомендації щодо організації корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають прояви девіантної поведінки внаслідок РАС.

Структура констатувального експерименту мала наступну логічну схему представлену нами на малюнку 2.2.

Таким чином, структура експерименту, побудована за принципом «від загального до конкретного», забезпечила комплексне охоплення досліджуваного явища, дозволила виявити як загальні закономірності, так і індивідуальні особливості агресивної та тривожної поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру.

У психолого-педагогічній практиці існують різні анкети, карти спостережень, плани, схеми для збирання первинного матеріалу щодо проявів девіацій у школярів, вони передбачають бесіду з батьками й дитиною, аналіз особових справ, класних журналів і медичних карт. Наприклад, “Карта спостереження педагогів за проявом девіантної поведінки школярів” [33, 40, 46] виокремлює в їх поведінці теоретично допустимі прояви й форми девіантної поведінки за допомогою наявних, зовнішньо представлених «відрізків» їх поведінки. Вона заповнюється педагогом, куратором, класним керівником, шкільним психологом.

Шкала оцінки девіантної поведінки Aberrant Behavior Checklist (ABC)

У процесі психолого-педагогічної та клінічної роботи з дітьми, які мають порушення розвитку, зокрема розлади аутистичного спектру (РАС), надзвичайно важливим є об'єктивне вимірювання та моніторинг проблемної поведінки. Одним із найбільш визнаних у міжнародній практиці інструментів для такої оцінки є **Aberrant Behavior Checklist (ABC)** — стандартизована шкала, розроблена у 1985 році Френком Аманом та колегами для використання в клінічних дослідженнях і щоденній практиці з дітьми та дорослими, які мають інтелектуальні, поведінкові чи розвиткові порушення [55, 69, 73, 80 та ін.].

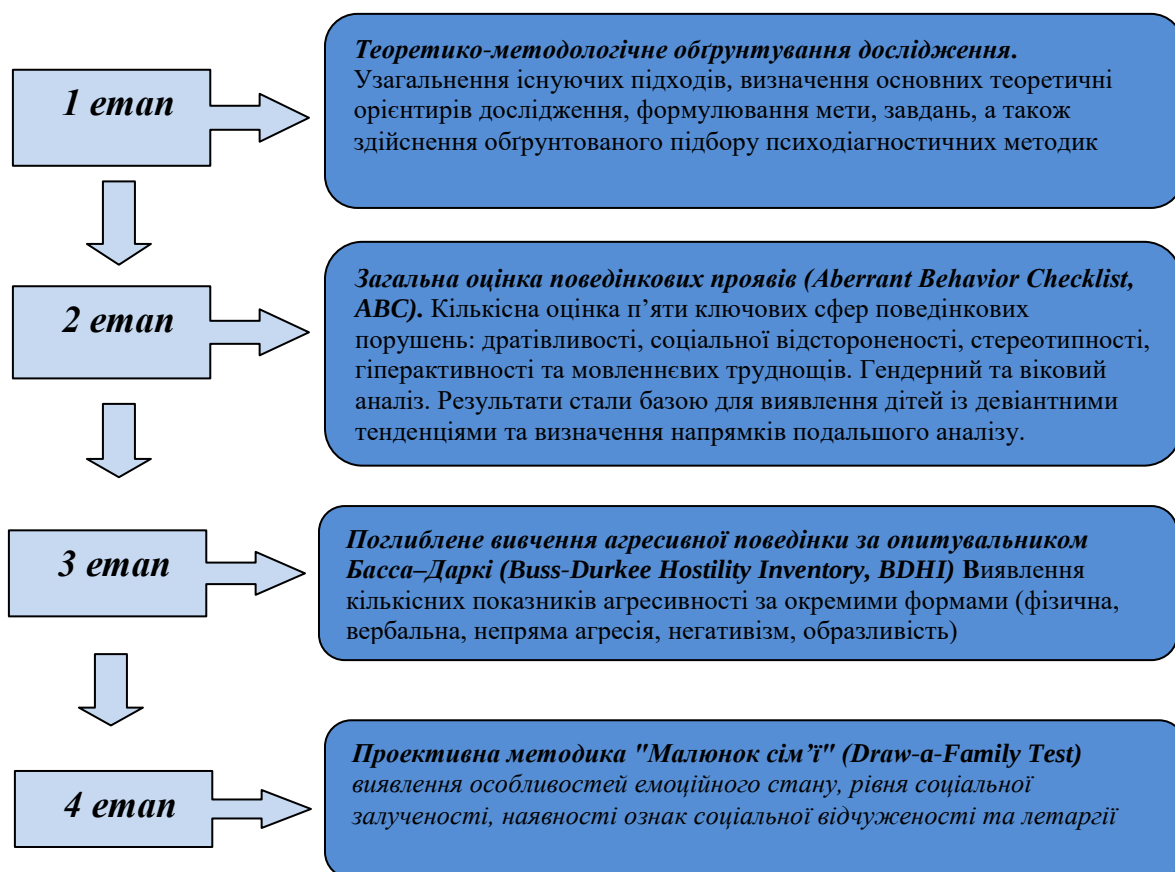


Рис.2.2. Структура констатувального експерименту по дослідженню девіантної поведінки дітей з РАС.

Опис методичного інструментарію дослідження

Шкала ABC дозволяє комплексно оцінити п'ять ключових доменів поведінки: дратівливість/агресію, соціальну відстороненість, стереотипну поведінку, гіперактивність/неуважність і невідповідне мовлення. Її перевагами є простота у застосуванні, висока надійність, валідність, а також здатність виявляти навіть незначні зміни у поведінковому профілі дитини під час терапевтичного втручання [69].

У сучасних дослідженнях дітей з РАС шкала ABC широко використовується як інструмент оцінки ефективності медикаментозних і поведінкових програм, а також як діагностичний індикатор рівня функціонування у різних сферах. Опис цієї методики, її структурних компонентів і діагностичних можливостей є важливим для розуміння

шляхів інтервенції при проблемній поведінці та побудови індивідуалізованої допомоги (додаток А).

Ціль: Виявлення девіантної поведінки у дітей з РАС та нейрологічними порушеннями.

Складається з: 58 пунктів, що охоплюють 5 підшкал (дратівливість, летаргія, стереотипія, гіперактивність, неадекватна мовна поведінка).

Метод: Спостереження та опитування дорослих, які взаємодіють із дитиною.

Процедура організації дослідження за шкалою ABC

1. Підготовчий етап

Мета: Визначити ціль дослідження (загальний моніторинг поведінки, оцінка ефективності корекції, первинна діагностика тощо).

Учасники: Батьки, вихователі, вчителі, асистенти — ті, хто постійно взаємодіє з дитиною.

Інструменти: Бланк ABC-шкали (можна в паперовому або цифровому вигляді).

2. Ознайомлення заповнювача з інструкцією. Важливо пояснити, що кожен пункт оцінюється залежно від частоти прояву поведінки впродовж останніх 4 тижнів. Кожна поведінкова характеристика оцінюється за шкалою від 0 до 3:

0 – Ніколи;

1 – Іноді;

2 – Часто;

3 – Дуже часто / завжди;

3. Структура ABC-шкали.

Шкала містить 58 тверджень, згрупованих у 5 підшкал (Додаток А):

Таблиця 2.1

Ключові домени поведінки за ABC-шкалою (підшкали представлено у додатку А)

№	Підшкала	Кількість пунктів	Приклади поведінки
1	Дратівливість / Агресивність Irritability	15	Істерики, агресія, вибухи гніву
2	Летаргія / Соціальна відчуженість Lethargy / Social Withdrawal	16	Відмова від взаємодії, уникнення зорового контакту
3	Стереотипна поведінка Stereotypic Behavior	7	Кліпання, махання руками, повторювані рухи
4	Гіперактивність / Неуважність Hyperactivity / Noncompliance	16	Не сидить спокійно, метушиться, порушує інструкції
5	Неадекватна мовна поведінка Inappropriate Speech	4	Незрозуміла, безконтрольна або агресивна мова

4. *Заповнення анкети.* Час: Орієнтовно 20–30 хвилин. Заповнювач повинен чесно оцінити кожен поведінковий характеристику відповідно до реального досвіду.

5. *Обробка результатів.* Підраховується окремо сума балів по кожній підшкалі. Високі показники по конкретній шкалі свідчать про проблемність саме цього аспекту поведінки.

Можна визначити профіль поведінки дитини (напр., «дратівливо-гіперактивний тип» або «соціально-замкнутий зі стереотипіями»).

6. *Інтерпретація.* Високі бали вказують на необхідність:

- глибшого клінічного обстеження,
- поведінкової корекції (АВА, ТЕАСН),
- залучення мультидисциплінарної команди.

Динаміка результатів у повторних вимірюваннях дозволяє оцінити ефективність втручань.

Детальна методика підрахунку балів по підшкалам представлена у додатку А.

Отримані в результаті проведеного дослідження дані є досить інформативними, для фахівців в тому числі. Якщо 2 і більше підшкал демонструють високий рівень – бажано провести розширене психологічне

обстеження. Дані можуть використовуватись для формування індивідуальної програми розвитку (ІПР) або корекційної програми.

Шкала ABC — це стандартизований інструмент, який: дозволяє об'єктивно оцінити п'ять аспектів поведінки; широко використовується у наукових клінічних дослідженнях; має високу надійність, валідність і клінічну значущість; особливо ефективна в оцінці динаміки лікування дітей з РАС [55, 69, 73, 80 та ін.].

Опитувальник Басса-Даркі

модифікована версія для дітей із когнітивними порушеннями (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

Агресивна поведінка є одним із поширених проявів емоційно-поведінкових труднощів у дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) [63, 71, 72, 82 та ін.]. Вона може проявлятися у вигляді фізичної чи вербальної агресії, опозиційності, імпульсивності, а також аутоагресивних дій. Вивчення агресії в цій категорії дітей є важливим для розуміння особливостей їхнього емоційного реагування, соціального функціонування та потреб у корекційно-реабілітаційній допомозі.

Одним з найбільш широко вживаних інструментів для психодіагностики агресії є опитувальник Басса-Даркі, який дозволяє виявити як рівень загальної агресивності, так і її окремі форми — фізичну, непряму, вербальну агресію, негативізм, образливість, підозрілість, відчуженість та провину. Методика демонструє високу надійність та валідність у різних вибірках, включаючи дітей із порушеннями психічного розвитку [71, 72].

Метою цього етапу дослідження є узагальнення сучасних наукових результатів, що стосуються застосування методики Басса-Даркі для оцінки рівня агресії у дітей з РАС, а також виявлення ключових закономірностей та практичних висновків для діагностики та корекційної роботи.

Останні дослідження, проведені у контексті вивчення РАС, свідчать про те, що діти з аутизмом можуть проявляти різні форми агресії, які мають як нейропсихологічне, так і соціальне підґрунтя [63]. Аналіз результатів за методикою Басса-Даркі у цій категорії дітей дозволяє виявити характерні профілі агресивної поведінки, їхні зв'язки з когнітивними функціями, комунікативними порушеннями та рівнем соціальної адаптації.

Більшість досліджень показують, що діти з РАС часто демонструють вищі показники агресивної поведінки, як вербальної, так і фізичної, у порівнянні з нейротиповими однолітками. Це пов'язано як із соціальними та комунікативними труднощами, так і з внутрішньою тривожністю [82]. У дітей з РАС виявляються різні прояви агресії: крик, лайка, удари, кусання. Агресія часто пов'язана з фрустрацією через неможливість адекватно висловити свої потреби чи емоції.

Аутоагресія (самопошкоджуюча поведінка). Значна частина дітей з РАС демонструє аутоагресивні дії (наприклад, удари по собі, укуси), які в методиці Басса-Даркі визначаються окремо і можуть бути **індикатором високого рівня стресу або тривожності**.

Також, у дослідженнях зазначено, що у дітей з РАС може спостерігатися **підвищений рівень роздратованості та підозрілості** [72]. Виявляються часті епізоди роздратування, спалахи агресії навіть на дрібні подразники, а також підвищена підозрілість і ворожість до оточуючих, що теж оцінюється за шкалами Басса-Даркі.

Когнітивні особливості дітей з РАС ускладнюють регуляцію емоцій і контролю поведінки, що сприяє проявам агресії [63].

Як зазначено у дослідженнях різних авторів, **рівень агресії у дітей з РАС знижується при наявності правильної підтримки, корекційних програм, структурованого середовища та ефективного педагогічного впливу** [72, 82].

*Процедура організації дослідження за опитувальником Басса-Даркі
(Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)*

Інструкція для дитини: Методика подається у вигляді адаптованих тверджень (від 15 до 24), доступних для розуміння дитини. Для кожного твердження дитина (самостійно або за допомогою психолога) відповідає "так" або "ні" (іноді — "часто", "іноді", "ніколи", якщо застосовується 3-бальна шкала) Змнст тестових тверджень наведено нами у Додатку Б.

Обробка результатів відбувається наступним чином:

- Сума балів за кожною шкалою:
- Фізична агресія: макс. 3 бали;
- Вербальна агресія: макс. 3 бали;
- Роздратування: макс. 4 бали;
- Підозрілість: макс. 3 бали;
- Аутоагресія: макс. 3 бали.

Таблиця 2.2

Інтерпретація рівнів проявів агресії у дітей з РАС (орієнтовна шкала)

Рівень	Балів для кожної шкали
РівеньНизький	0 – 1
Середній	2
Високий	3 або більше

Форму підсумкового протоколу (приклад) наведено нами у Додатку Б

Опитувальник Басса-Даркі залишається одним із найбільш валідних і діагностично інформативних інструментів для вивчення агресивної поведінки у дітей, включаючи тих, які мають розлади аутистичного спектру [72]. Застосування методики у дослідженнях з дітьми з РАС дозволяє виявити, що ця група респондентів демонструє підвищені показники за окремими шкалами агресії — зокрема, за фізичною, непрямую агресією та підозрілістю. При цьому рівень агресивних проявів суттєво варіює залежно

від тяжкості розладу, рівня інтелектуального розвитку та мовленнєвої компетентності дитини.

Наукові дослідження свідчать про те, що опитувальник Басса-Даркі є ефективним засобом не лише для первинної діагностики, а й для моніторингу динаміки емоційно-поведінкових проявів у процесі психокорекційної чи терапевтичної роботи [71]. Його результати можуть слугувати обґрунтуванням для індивідуалізації підходів до дітей з РАС, зокрема — у підборі методів поведінкової терапії, розвитку емоційного контролю та соціальних навичок.

Проективна методика "Малюнок сім'ї" (Draw-a-Family Test)

У дослідженні емоційно-поведінкових характеристик дітей з розладами аутистичного спектру важливо враховувати обмеженість вербальної комунікації та труднощі у самовираженні, що ускладнює застосування традиційних опитувальників. У зв'язку з цим особливого значення набувають проективні методики, які дозволяють дослідити внутрішній світ дитини опосередковано, через творчу діяльність. Однією з таких інструментальних методик є тест «Намалюй людину», що належить до класичних проективних прийомів і широко використовується у дитячій психології [6, 31, 59, 61, 65, 70, 74].

Методика ґрунтується на припущенні, що в процесі зображення дитина не лише відтворює зовнішній образ, а й несвідомо проектує власні уявлення про себе, інших та свій емоційний стан. Особливості рисунку (розмір, розташування, пропорції, деталізація, лінії, тиск тощо) інтерпретуються як маркери тривожності, соціальної відчуженості, агресивності, летаргії, самооцінки, соціальної адаптації. Це робить тест особливо цінним у роботі з дітьми з РАС, адже він не потребує вербальних відповідей і дозволяє виявити приховані емоційні труднощі у доступній для дитини формі.

Мета: виявлення особливостей емоційного стану, рівня соціальної залученості, наявності ознак соціальної відчуженості та летаргії у дітей з

розладами аутистичного спектра (РАС) шляхом аналізу образу сімейних взаємин, самосприйняття та міжособистісної дистанції, відображених у малюнку.

Проективна методика дозволяє отримати непряму інформацію про: ступінь включеності дитини у сімейну систему, емоційне ставлення до себе та близьких, наявність тривожності, самоізоляції, психоемоційного виснаження або дефіциту контактів [74].

Метод є проективним і придатний для дітей з РАС за умови адаптації інструкції та інтерпретації результатів.

Процедура організації дослідження за методикою

Дослідник доброзичливо і спокійно пояснює завдання, уникаючи емоційного тиску, складних формулювань і гучних інтонацій.

Матеріали: Білий аркуш формату А4, олівці або фломастери (на вибір дитини), без тайм-ліміту (але спостерігається час виконання).

Інтерпретація отриманих результатів ґрунтується на комплексному аналізі параметрів дослідження представлених нами у таблиці додатку В, також у додатку нами наведений весь методичний інструментарій методики.

Особливості інструктажу виконання методики

- Замість вказівки «Намалюй сім'ю» — сказати *"Намалюй тих людей, з якими ти живеш або часто буваєш удома."*

- Якщо дитина не хоче або не може малювати — дозволити використовувати піктограми, наклейки, аплікації.

- Якщо комунікація мінімальна — записувати спостереження за процесом: які фігури дитина малює першими, які з обличчям, які з деталями.

Особливості інструктажу виконання методики "Намалюй родину" для дітей з РАС.

Що потрібно врахувати:

- Обмеження у моторних і когнітивних навичках. Дитина може мати складнощі з моторною координацією, тому малюнок не завжди відображає внутрішній стан. Важливо не оцінювати "якість" малюнка.

- Буквальність мислення. Діти з аутизмом часто мислять буквально. Якщо запит "Намалюй сім'ю" не конкретизований, вони можуть, наприклад, намалювати лише одного з батьків, з ким живуть, або не намалювати себе, якщо себе не вважають "дорослим членом сім'ї".

- Потреба в супутньому інтерв'ю. Обов'язково варто додати питання про те, хто на малюнку, що відбувається, хто де стоїть — це дає контекст.

- Варто поєднувати з іншими методиками

У дітей з аутизмом здатність до вербалізації емоцій, а також формування уявлень про себе та інших може бути порушеною. Водночас візуальні способи вираження часто залишаються доступними або навіть є провідними, особливо у дітей із високофункціональним аутизмом чи синдромом Аспергера. Тому методика малювання сім'ї може стати ефективним засобом виявлення таких станів як [74]:

соціальна відчуженість — схильність до емоційного дистанціювання, зниження потреби в соціальних контактах, уникання взаємодії;

летаргія/соціальний відступ — зниження енергійності, мотивації, ініціативності у стосунках, млява або інертна поведінка.

Діагностичні показники соціальної відчуженості та летаргії

Під час аналізу малюнка дітей з РАС звертають увагу на наступні маркери:

1. Відсутність себе на малюнку. Дитина не включає себе до сім'ї, що може свідчити про відчуження або труднощі з ідентифікацією власного «Я» в соціальній групі.

2. Віддалене розташування фігур, порушення просторової цілісності. Сім'я зображується як набір несистемно розміщених осіб, часто без будь-яких взаємозв'язків, фігури роз'єднані, можуть «зависати в просторі».

3. Стерильність або схематичність зображення. Мінімум деталей, відсутність облич, рук, емоцій; одноманітність, механічність, монотонність ліній.

4. Відсутність чи спотворення емоційного забарвлення. Усі фігури зображені без міміки, всі однакові, або лише одна фігура викликає «емоцію», решта – байдужі.

5. Порушення пропорцій (гігантизм / мікрофігури). Значно зменшена фігура себе або значно збільшена фігура певного члена родини може сигналізувати про пригнічення, почуття неповноцінності чи навпаки — домінування.

6. Застосування темних кольорів (при використанні кольору). Особливо чорного, сірого, фіолетового – може вказувати на тривожність, емоційну ізоляцію, внутрішнє напруження.

Отже, методика «Малюнок сім'ї» має високу потенційну діагностичну цінність у дослідженні летаргії та соціальної відчуженості у дітей з аутизмом, але потребує професійної інтерпретації з урахуванням індивідуального розвитку, адаптації інструкцій до когнітивного стилю дитини, доповнення іншими інструментами (спостереження, інтерв'ю з батьками, стандартизовані шкали). Ця методика не дає абсолютного діагнозу, а слугує додатковим джерелом інформації в комплексній психологічній оцінці. Найкраще поєднувати її з іншими методами — спостереженням, бесідою, поведінковим аналізом, а також адаптованими опитувальниками, якщо це можливо.

Таким чином, організація дослідження здійснювалася з урахуванням специфіки цільової вибірки — дітей з розладами аутистичного спектру — та базувалася на принципі поетапного поглиблення діагностики: від загального аналізу девіантної поведінки до вивчення окремих емоційно-поведінкових проявів. Обґрунтований добір методик забезпечив

комплексний підхід до вивчення особливостей дитячої поведінки та внутрішнього емоційного стану.

Зокрема, шкала ABC дозволила кількісно оцінити загальний рівень поведінкових порушень; опитувальник Басса–Даркі — визначити рівень і структуру агресивності; проективна методика «Намалюй родину» — виявити наявність ознак соціальної відчуженості та летаргії приховані емоційні маркери тривожності та напруги. Поєднання стандартизованих опитувальників із візуально-проективним підходом дало змогу глибше охопити психологічний портрет дитини з РАС та створити основу для подальшого аналізу результатів експерименту і визначення напрямів корекційної роботи.

2.2. Результати дослідження та їх аналіз

Аналіз емпіричних даних, представлений в розділі, дає можливість досягнення основної мети — визначення особливостей прояву девіантної поведінки (агресії та ознак соціальної відчуженості та летаргії) у дітей з розладами аутистичного спектру, дає змогу зробити науково обґрунтовані висновки щодо характеру та структури емоційно-поведінкових проявів у зазначеної категорії дітей.

Результати, отримані в цьому розділі, не лише поглиблюють розуміння психологічного стану дітей з РАС, а й слугують основою для подальшого розроблення **практичних рекомендацій** щодо психокорекційної та психопросвітницької роботи з цією категорією.

Аналіз результатів здійснювався за допомогою ряду психодіагностичних інструментів (описаних у підрозділі 2.1): Шкали оцінки проблемної поведінки (ABC), опитувальника Басса–Даркі для визначення рівня та форм агресії, проективної **методики «Малюнок сім'ї»** для **проективного вивчення емоційного стану та** наявності ознак соціальної відчуженості та летаргії. **Таке поєднання методик дозволило охопити різні**

рівні прояву порушень — від поведінкових до глибинно-особистісних — і сформуванати уявлення про психоемоційний портрет дитини з РАС.

У дослідженні брала участь цільова вибірка дітей з діагностованими розладами аутистичного спектру (РАС) (з урахуванням особливостей діагностики регіону проживання), розподілених за віковими категоріями: молодший підлітковий вік (11–13 років) та підлітковий вік (14–15 років). Загальна кількість учасників склала 22 особи, з яких 13 дітей — молодшого підліткового віку та 9 — підліткового віку. Гендерний склад: хлопці - 15 (68%), дівчата - 7 (32%).

До школярів, що брали участь у дослідженні висувалися певні критерії включення, а саме: офіційно підтверджений діагноз РАС (відповідно до DSM-5 або МКХ-10, F84); вік: 11–16 років; наявність функціонального мовлення (вербальний або мінімально вербальний рівень); здатність до інструктивної взаємодії та участі у психодіагностичних процедурах.

Учасників було відібрано за принципом цільової вибірки у співпраці з педагогами, шкільними психологами та батьками дітей із спеціальних закладів освіти та установ, що надають корекційно-розвиткові послуги. Перед початком дослідження було отримано письмову інформовану згоду батьків (опікунів) на участь дітей у дослідженні.

Емпіричне дослідження проводилося на базі освітніх установ, що забезпечують навчання, корекцію, соціальну підтримку та психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з розладами аутистичного спектру. У вибірку були включені підлітки з таких типів закладів:

- Український сектор Тбіліської публічної школи № 41 ім.М.Грушевського,
- Тбіліський Центр нейророзвитку Neurodevelopment Center (приватна установа), вул. Любляна 13, Тбілісі,
- Autism and ASD Center (Tbilisi) вул. Левана Чарквіані, 8, Тбілісі,
- Children of Georgia – NGO, вул. Адама Міцкевича, 32, Тбілісі,

- Psycho-rehabilitation Centre "Partnership for Equality" (м. Руставі)

Аналіз спеціальної психолого-педагогічної літератури та дані отримані в результаті проведеного констатувального експерименту дозволили виявити поширеність різних видів девіантної поведінки у дітей з РАС, визначити загальні тенденції залежно від віку і ступеня порушення [36]:

- **Підвищений рівень проблемної поведінки:** діти з РАС показують значно вищі бали за підшкалами агресії, дратівливості, самопошкодження та стереотипної поведінки порівняно з нейротиповими дітьми. Ці показники відображають специфіку розладу та часто асоціюються з труднощами у соціальній адаптації [62,65].

- **Кореляція з тяжкістю симптомів РАС:** чим вищий рівень соціальних та комунікативних порушень, тим більша інтенсивність проблемної поведінки за ABC, особливо у сферах агресії та стереотипних рухів [55,76].

- **Відмінності за віком та функціональним рівнем:** у молодших дітей із РАС більш виражена дратівливість і агресія, тоді як у старших підлітків може збільшуватися соціальна відстороненість [65].

Оцінки девіантної поведінки школярів з РАС за шкалою Aberrant Behavior Checklist (ABC)

Оцінка кожної поведінкової ознаки у Aberrant Behavior Checklist (ABC) у науковій літературі здійснюється через 5 підшкал, кожна з яких охоплює групу поведінкових симптомів.

Щоб оцінити рівень девіантної поведінки за шкалою ABC (Aberrant Behavior Checklist), ми використаємо умовну класифікацію рівнів, яку часто застосовують у практиці (немає жорстко затвердженої шкали, але використовуються такі орієнтири на основі досліджень і клінічної практики) [55].

Високий рівень — потребує цілеспрямованого психологічного та/або корекційного втручання.

Середній рівень — бажана підтримка з боку педагогів, психологів, батьків.

Низький рівень — значні труднощі у поведінці не зафіксовано.

Таблиця 2.3

**Індивідуальні результати підлітків з РАС за 5 підшкалами шкали
девіантної поведінки ABC (Aberrant Behavior Checklist)**

Ім'я	вік	стать	Підшкали (рівні)					Рівень дев. поведінки	
			I	II	III	IV	V	Сума балів	рівень
			Ірритативність (Irritability)	Летаргія/соціальний відступ (Lethargy/Social Withdrawal)	Стереотипія (Stereotypic Behavior)	Гіперактивність/ Non compliance	Непритосованість до самопомогі (Inappropriate Speech)		
Георгій	11	ч	17	18	18	18	5	76	середній
Леван	15	ч	24	30	14	29	4	104	високий
Давід	14	ч	15	15	7	18	6	61	середній
Деніс	13	ч	32	35	14	20	6	107	високий
Зураб	15	ч	25	28	10	27	10	100	високий
Олександр	12	ч	20	27	12	22	4	85	середній
Юрій	13	ч	19	20	10	22	8	79	середній
Давід І.	14	ч	25	15	12	26	6	84	середній
Алік	14	ч	18	15	13	12	3	61	середній
Мераб	12	ч	35	37	17	24	7	120	високий
Шота	12	ч	33	35	15	30	9	122	високий
Отар	14	ч	18	16	8	22	4	68	середній
Лаша	11	ч	15	15	12	17	3	62	середній
Арчил	14	ч	31	32	16	15	6	100	високий
Нодар	15	ч	28	25	14	26	7	100	високий
Тамара	11	ж	18	17	10	18	5	68	середній
Ніно	12	ж	26	33	16	19	6	100	високий
Маріам	12	ж	15	16	6	27	5	69	середній
Елене	13	ж	32	37	15	34	2	120	високий
Екатеріна	14	ж	13	15	5	24	4	61	середній
Саломе	11	ж	22	23	17	23	10	95	середній
Теа	14	ж	18	15	11	17	5	66	середній

Примітки:

*Значення балів умовні, на основі типових розподілів для ABC (макс. сума = 174).
Рівень девіантної поведінки визначено за сумарним балом усіх підшкал:
0–60 – низький,
61–99 – середній,
100+ – високий.*

На основі отриманих даних, представлених нами у таблиці 2.3 рівень прояву девіантної поведінки у підлітків розподілився наступним чином: середній рівень виявлено у 13 осіб (59%), високий рівень виявлено у 9 осіб (41%), низького рівня у підлітків, що приймали участь у дослідженні не виявлено, хоча зазначимо, що за деякими підшкалами виявлені показники максимально наближені до низького рівня. Узагальнені дані представлені нами на **малюнку 2.3** у вигляді кругової діаграми.

Середній рівень у більшості підлітків свідчить про наявність окремих проявів девіантної поведінки, які потребують психолого-педагогічної корекції та індивідуального супроводу. І це доводить аналіз даних за окремими підшкалами, який буде представлено нами нижче. Це вказує на **помірну вираженість поведінкових порушень**, характерних для дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) і свідчить про наявність труднощів, але без критичного рівня дезадаптації.

Високий рівень у 41% підлітків є маркером виражених труднощів у поведінковій регуляції, що можуть ускладнювати соціальну адаптацію, навчання та взаємодію з однолітками й дорослими.

Високі показники летаргії виявлено у 9 дітей (41%), тобто майже половина учасників дослідження демонструє помітні труднощі соціального включення, контактності та мотиваційної залученості в активності.

Ірритативність (агресивна, дратівлива поведінка) на високому рівні зафіксовано у 7 підлітків (32%), що потребує індивідуального втручання, спрямованого на розвиток емоційної регуляції та соціально прийнятних форм реагування.

Гіперактивність на високому рівні спостерігається у 6 дітей (27%), що свідчить про порушення регуляції поведінки та труднощі в дотриманні інструкцій, самоконтролі та посидючості.

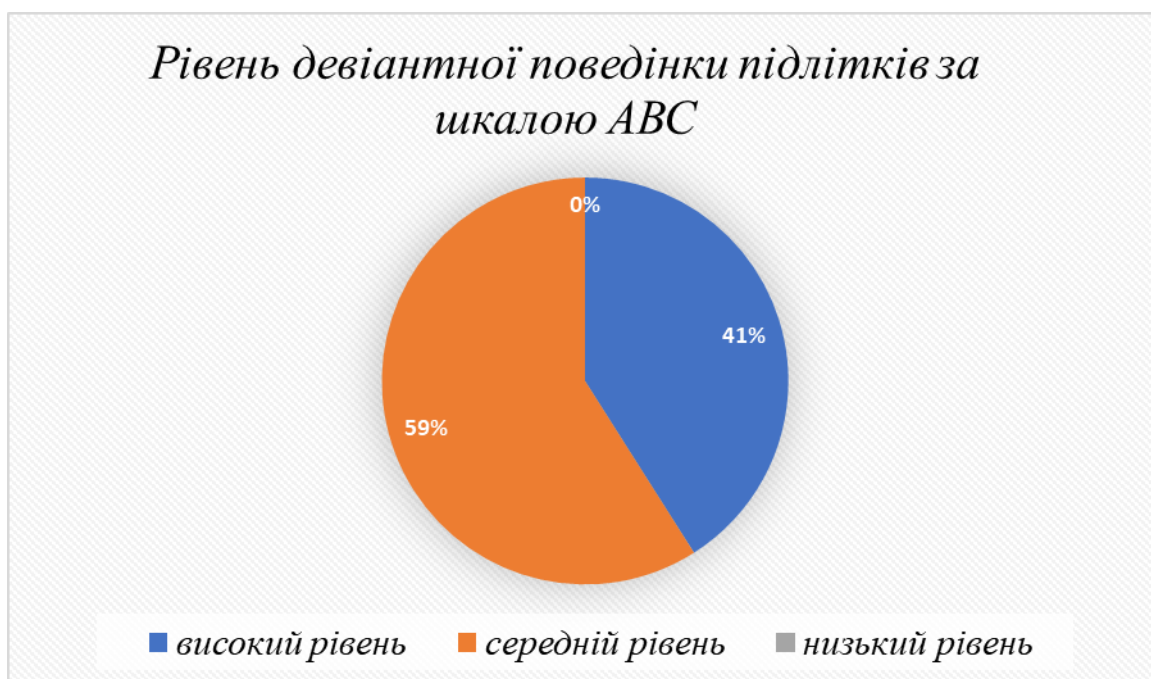


Рис.2.3. Рівень девіантної поведінки підлітків з РАС за шкалою ABC (Aberrant Behavior Checklist) (узагальнені дані)

Відсутність низького рівня девіантної поведінки вказує на те, що вся вибірка підлітків має підвищений ризик поведінкових розладів і засвідчує той факт, що жоден із підлітків не має стабільно адаптивної поведінки. Це вимагає: впровадження корекційно-розвиткових програм, мультидисциплінарної взаємодії фахівців (психологів, дефектологів, педагогів) та підтримки з боку батьків та освітнього середовища. Зважаючи на високий відсоток дітей із серйозними порушеннями, необхідне системне втручання, орієнтоване на покращення емоційного фону, зниження рівня агресії, розвиток комунікації та саморегуляції.

Аналіз отриманих даних і їх переведення у відносні показники (рис.2.4) дали змогу стверджувати, що летаргія, як прояв девіації, є найбільш вираженою поведінковою ознакою серед дітей з РАС — це свідчить про значні труднощі соціальної активності, емоційного залучення та спілкування підлітків, уникання зорового контакту, ініціативи до спілкування. Діти з високим рівнем летаргії проявляли наступні риси: Шота

— 35б.: не реагував на звернення, ніколи не ініціював діалогу, Мераб — 37б. з глибокою соціальною замкнутістю, Елене — 37 балів, весь час мовчазна, не приймала участі у спільних діях. Цей тип порушення є характерним для дітей з розладами аутистичного спектру, глибокими порушеннями емоційного розвитку.

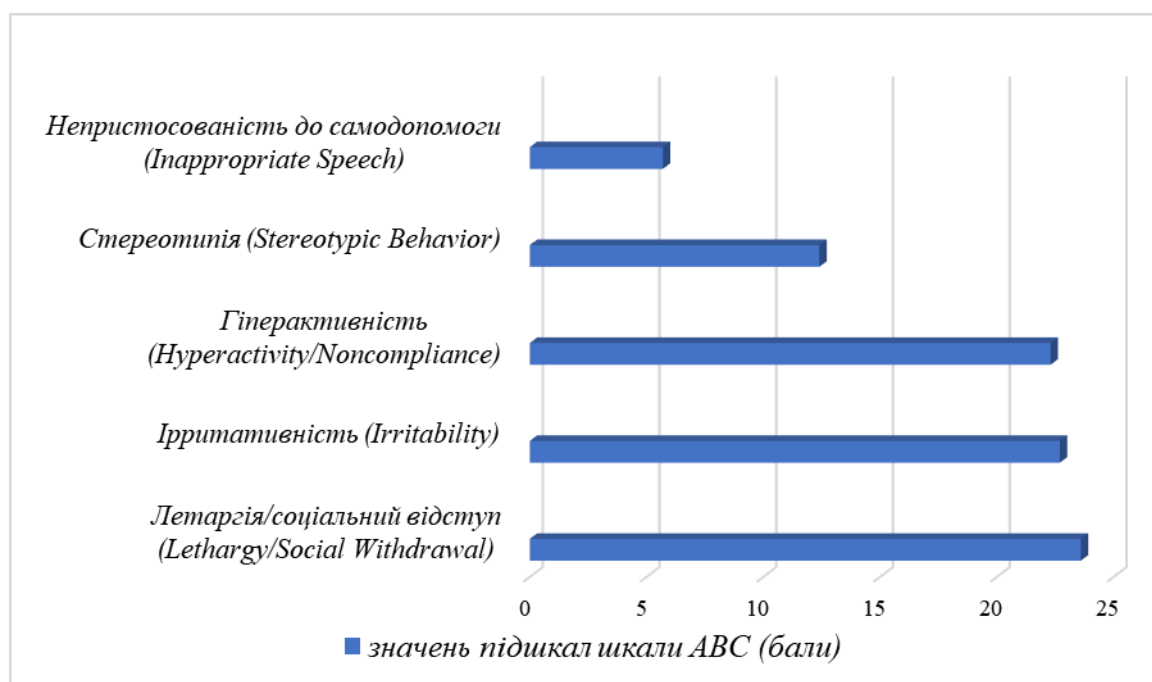


Рис.2.4. Діаграма проявів середніх значень підшкал шкали ABC у підлітків із РАС

Другою, за рівнем прояву є ірритативність, у дітей, що приймали участь у дослідженні вона також має високу вираженість і характеризується емоційною нестабільністю, імпульсивністю, агресивними реакціями і проявами які можна було спостерігати під час проведення дослідження і спостереження за підлітками. Найвищі рівні було виявлено у Мераба — 35 балів, він часто проявляв опір до вимог, показував свій гнів і незадоволення, емоційно вибухав, Шота — 33бали у нього спостерігалися схильність до агресивних реакцій, навіть, фізична агресія, Арчила — 31 бал, демонстрував некерованість і знижену емоційну витримку. Зазначимо, що висока

іритативність значно ускладнює навчання та соціалізацію, адже така дитина може порушувати дисципліну та створювати конфліктні ситуації.

Стереотипна поведінка проявлялася у підлітків повторюванням дій або рухів (махання руками, гойдання), ехолалією, постійним повторенням фраз або звуків, ритуалізованою поведінкою. Наприклад, Саломе — часто повторювала рухи або фрази, мала сенсорну гіперчутливість, Шота, для самозаспокоєння, повторював дії або звуки. Стереотипія часто є проявом сенсорної потреби у дітей з РАС або тривоги.

Гіперактивність / невиконання вимог проявлялася у підлітків неуважністю, метушливістю, імпульсивністю у діях, відволіканнями, опором до інструкцій, недотримання правил. Наприклад, Елене — мала неорганізовану поведінку, Шота — не виконував інструкцій, метушив, Леван — мав некеровану поведінку, труднощі з дисципліною. Хоча, зазначимо, що гіперактивність може бути пов'язана з СДУГ, невротичними станами, але дуже впливає на успішність у навчанні.

Найменшу вираженість має непристосованість до самодопомоги (Inappropriate Speech) (рис.2.4) — діти в основному демонстрували відносно прийнятний рівень мовлення в порівнянні з іншими проявами. У підлітків спостерігалось невідповідне мовлення, ехолалії, наприклад, Саломе — ехолалії, проблеми з побудовою речень, Зураб — має затримку мовного розвитку або нетипову мову, Юрій — спостерігалася неповноцінна комунікація, труднощі в мовленнєвому вираженні. Хоча ця підшкала має найнижчий середній бал, для окремих дітей вона важлива. Мовні порушення ускладнюють соціалізацію і вимагають логопедичної допомоги.

Отже, Отримані дані підтверджують, що у підлітків з аутизмом найчастіше проявляються труднощі у соціальній взаємодії, емоційній регуляції та адаптивній поведінці. Висока летаргія та іритативність є ключовими ознаками, які потребують цілеспрямованої психолого-педагогічної та медико-соціальної допомоги. Розуміння специфіки кожного

виду девіації дозволяє індивідуалізувати підтримку і будувати ефективні програми інтеграції та розвитку для таких дітей.

Для глибшого розуміння особливостей девіантної поведінки у підлітків з розладами аутистичного спектру (РАС) було здійснено кількісний аналіз даних, згрупованих за **гендерною** (хлопці, дівчата) та **віковою** (молодший підлітковий вік – 11–13 років, підлітковий вік – 14–16 років) ознаками. У межах кожної групи проаналізовано рівні прояву девіантної поведінки: високий, середній і низький. Такий підхід дав змогу виявити специфіку поведінкових порушень залежно від віку та статі, що має важливе значення для подальшого планування психокорекційної та педагогічної роботи з підлітками з РАС.

У результаті побудови узагальненої таблиці 2.4 (рис.2.5) розподілу було враховано три рівні девіантної поведінки (високий, середній, низький), які дозволили простежити динаміку поведінкових відхилень залежно від віку та статі. Отримані відносні показники у відсотковому співвідношенні дали змогу зробити порівняльний аналіз між групами та встановити закономірності, які виявляються у різних підгрупах підлітків із РАС.

Серед хлопців молодшого підліткового віку (11–13 років) переважає середній рівень девіантної поведінки — 57,1% (4 дитини), тоді як високий рівень спостерігався у 42,9% (3 дитини). Це може свідчити про відносно стабільний психоемоційний стан у більшості хлопців цієї вікової групи, хоча в окремих випадках (42,9%) вже простежуються значні труднощі у поведінковій регуляції.

Таблиця 2.4

Дані про вікові та гендерні особливості проявів девіантної поведінки у підлітків з розладами аутистичного спектру (РАС)

гендер	Вікова група	Рівень девіантної поведінки	кількість дітей	%
хлопці	Молодший підлітковий (11–13 р.)	високий	3	42.9%
		середній	4	57.1%
		низький	0	0%
	Підлітковий (14–16 р.)	високий	4	50%
		середній	4	50%
		низький	0	0%
дівчата	Молодший підлітковий (11–13 р.)	високий	2	40%
		середній	3	60%
		низький	0	0%
	Підлітковий (14–16 р.)	високий	0	0%
		середній	2	100%
		низький	0	0%

У старшій групі хлопців (14–16 років) ситуація суттєво змінюється: високий рівень девіантної поведінки спостерігається вже у **50% підлітків**, що вказує на зростання складнощів у поведінковій адаптації з віком. Середній рівень залишається у **50%**. Відсутність випадків з низьким рівнем у цій групі є показовою: всі хлопці демонструють певний ступінь девіації, що може бути наслідком ускладнень у соціалізації, навчанні, емоційній сфері, а також впливу пубертатного періоду.

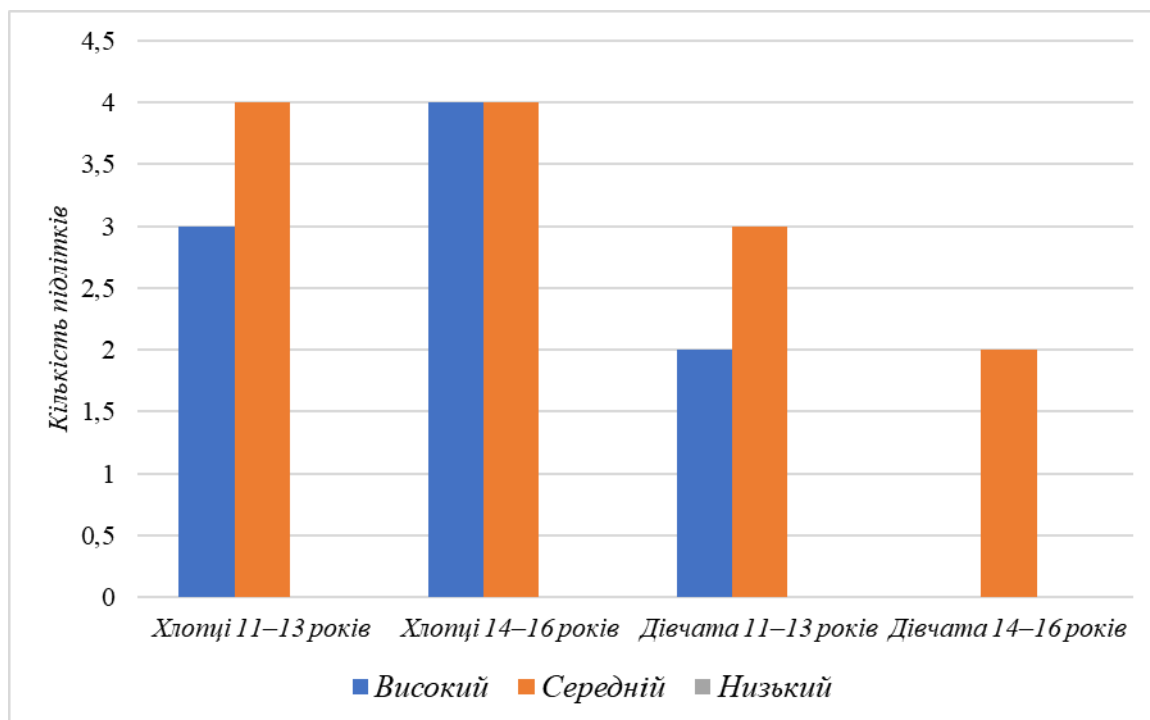


Рис.2.5. Дані про вікові та гендерні особливості проявів девіантної поведінки у підлітків з розладами аутистичного спектру (РАС)

У підлітковому віці у хлопців починає інтенсивно вироблятися тестостерон, що пов'язано з зростанням імпульсивності, агресивнішими реакціями на фрустрацію, зниженням самоконтролю. Водночас нервова система ще незріла, особливо лобові частки мозку, що відповідають за планування, стримування емоцій, моральну оцінку. Це створює “когнітивно-емоційний дисбаланс”: сильні емоції – слабкий контроль [34].

Зростання рівня девіантної поведінки у хлопців з аутизмом у старшому підлітковому віці є складним, але логічним явищем, яке можна пояснити біопсихосоціальними чинниками. Воно не є обов'язковим чи універсальним, але досить часто зустрічається.

У групі дівчат молодшого підліткового віку (11–13 років) ситуація дещо інша: 60% мають середній рівень девіантної поведінки, а 40% — високий. Це свідчить про порівняно рівномірний розподіл поведінкових особливостей, проте навіть у цьому віці значна частина дівчат демонструє високий рівень труднощів у поведінковій сфері.

Натомість серед дівчат підліткового віку (14–16 років) жодна не потрапила до групи з високим рівнем девіації — 100% дівчат цієї категорії мають середній рівень проявів. Це може свідчити про відносну стабілізацію їхнього психоемоційного стану в старшому віці або про кращу адаптацію дівчат з РАС до вимог соціального середовища у порівнянні з хлопцями.

Для глибшого розуміння характеру девіантної поведінки підлітків з розладами аутистичного спектру нами було здійснено аналіз середніх значень за підшкалами шкали ABC у розрізі статі. Таблиця 2.5 представляє порівняльні дані щодо п'яти ключових поведінкових сфер: ірритативності, летаргії, стереотипії, гіперактивності та порушень мовлення.

Таблиця 2.5

Середні значення по підшкалах (за статтю):

Підшкала	Хлопці	Дівчата
Ірритативність	16.1	14.0
Летаргія	12.6	10.4
Стереотипія	7.6	5.4
Гіперактивність	19.8	14.0
Порушення мовлення	6.3	5.2

Аналіз середніх показників демонструє, що хлопці стабільно мають вищі значення за всіма підшкалами, порівняно з дівчатами, що свідчить про загалом більш виражені девіантні прояви у поведінці.

Найбільший розрив спостерігається за шкалою гіперактивності: хлопці мають середній показник 19,8 балів проти 14,0 у дівчат. Це може свідчити про більшу імпульсивність, моторну збудженість і проблеми з дотриманням інструкцій саме у хлопців.

Ірритативність, як емоційна нестабільність, також є вираженішою у хлопців (16,1), що узгоджується з загальною тенденцією до агресивніших реакцій і меншого самоконтролю.

Летаргія та стереотипія також мають вищі середні показники у хлопців, що може свідчити про глибші порушення соціальної активності та більшу схильність до повторюваної, шаблонної поведінки.

Порушення мовлення (Inappropriate Speech), хоч і мають найнижчі середні значення серед усіх підшкал, все ж теж частіше проявляються у хлопців (6.3 проти 5.2).

Загалом, такі результати узгоджуються з клінічними спостереженнями, що у хлопців з РАС поведенкові порушення часто мають більш яскраві прояви, тоді як дівчата можуть демонструвати приховані або масковані симптоми. Це має враховуватися при розробці індивідуальних програм корекції та підтримки.

Загалом, результати свідчать про наявність чіткої вікової динаміки у хлопців: із віком рівень девіацій зростає, тоді як у дівчат, навпаки, — знижується або стабілізується на середньому рівні. Це дозволяє зробити висновок, що хлопці з аутизмом потребують посиленої підтримки саме у підлітковому віці, коли спостерігається погіршення поведінкових проявів. У дівчат же важливо вчасно виявляти девіації в молодшому віці та працювати над їх стабілізацією до періоду старшого підліткового віку [35].

Ці дані мають важливе практичне значення для корекційної роботи: врахування статевих і вікових особливостей дозволяє точніше планувати психолого-педагогічні втручання й підвищити їхню ефективність.

Результати досліджень агресії у дітей з РАС за тестом Басса-Даркі

Аналіз даних, отриманих нами в результаті проведення констатувального експерименту за методикою шкала АВС, дали змогу визначити, що показник агресії (за підшкалою Ірритативність (Irritability) у підлітків з РАС має високи показники. Це спонукало нас до виявлення особливостей прояву агресивності у дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) за допомогою проективного опитувальника Басса–Даркі. Ця методика дозволяє комплексно оцінити різні форми агресії (фізичну, вербальну, непряму, аутоагресію), а також емоційні реакції, пов'язані з ворожістю, підозрілістю, образливістю [62].

Особливу увагу приділено визначенню переважаючого типу агресії в кожного з учасників (таблиця 2.6), що має важливе значення для формування рекомендацій щодо психокорекційної роботи. Дані представлені у вигляді таблиці з індивідуальними результатами тестування, що включають бали за кожною підшкалою та загальну агресивність.

Таблиця 2.6

Індивідуальні результати за підлітків тестом Басса-Даркі (бали)

№	Ім'я	Вік	Стать	фізична агресія	вербальна агресія	непряма агресія	аутоагресія	підозрілість	образливість	вербальна реактивна агресія	Сума загальна агресивність	Переважаючий тип агресії
1	Георгій	11	ч	4	5	6	3	5	2	4	29	Непряма агресія
2	Леван	15	ч	8	6	5	4	6	3	5	37	Фізична агресія
3	Давід	14	ч	6	5	4	5	5	4	4	33	Аутоагресія
4	Деніс	13	ч	7	6	6	3	6	4	4	36	Фізична агресія
5	Зураб	15	ч	8	6	6	3	6	3	5	37	Фізична агресія
6	Олександр	12	ч	5	5	5	4	4	3	4	30	Вербальна агресія
7	Юрій	13	ч	6	6	6	3	5	2	3	31	Непряма агресія
8	Давід І.	14	ч	7	5	4	5	6	3	4	34	Аутоагресія
9	Алік	14	ч	5	4	6	4	5	2	3	29	Непряма агресія
10	Мераб	12	ч	7	5	7	3	5	3	4	34	Непряма агресія
11	Шота	12	ч	8	5	6	2	6	3	4	34	Фізична агресія
12	Отар	14	ч	6	6	6	4	5	3	3	33	Вербальна агресія
13	Лаша	11	ч	5	5	6	4	4	3	3	30	Непряма агресія
14	Арчил	14	ч	7	6	5	4	6	3	4	35	Фізична агресія
15	Нодар	15	ч	8	6	5	4	6	4	5	38	Фізична агресія
16	Тамара	11	ж	3	5	6	5	4	2	3	28	Аутоагресія
17	Ніно	12	ж	4	4	6	6	5	3	2	30	Аутоагресія
18	Маріам	12	ж	3	5	6	4	4	2	3	27	Непряма агресія
19	Елене	13	ж	5	6	6	3	4	3	3	30	Непряма агресія
20	Екатеріна	14	ж	3	4	5	6	4	2	2	26	Аутоагресія
21	Саломе	11	ж	4	4	6	5	3	2	3	27	Непряма агресія
22	Теа	14	ж	4	5	6	4	4	3	3	29	Вербальна агресія

Такий підхід дає змогу не лише кількісно оцінити рівень агресії, а й якісно інтерпретувати психологічні механізми реагування дитини в ситуаціях міжособистісної взаємодії, що особливо актуально у контексті розладів аутистичного спектра [36, 37].

Обчислення середніх показників за отриманими даними (таблиця 2.7) дало змогу визначити відмінності в агресивних реакціях між хлопцями та дівчатами з РАС. Загальний рівень агресивності є дещо вищим у хлопців (46.93 бала), ніж у дівчат (42.71 бала), що свідчить про тенденцію до більш виражених агресивних проявів у хлопців (візуалізація на малюнку 2.6).

Таблиця 2.7

Середні показники агресії у підлітків з РАС за гендером (середні бали)

Шкала	Хлопці (n=15)	Дівчата (n=7)
Фізична агресія	6.20	4.14
Непряма агресія	6.07	6.14
Ірритативність	4.80	6.29
Негативізм	6.73	5.43
Образа	6.00	5.71
Підозрілість	5.47	5.43
Вербальна агресія	5.93	6.57
Почуття провини	5.73	3.00
Агресивність загалом	46.93	42.71

Зокрема, фізична агресія значно переважає у хлопців (6.20 бала проти 4.14 у дівчат), що вказує на частіше застосування прямої сили або тілесного впливу у конфліктних ситуаціях. Негативізм також є вищим у хлопців (6.73), що може свідчити про більшу опозиційну поведінку, протест, відмову від співпраці. Почуття провини, навпаки, частіше виражене у хлопців (5.73), тоді як у дівчат цей показник помітно нижчий (3.00), що може свідчити про менше усвідомлення або вираження емоцій провини.

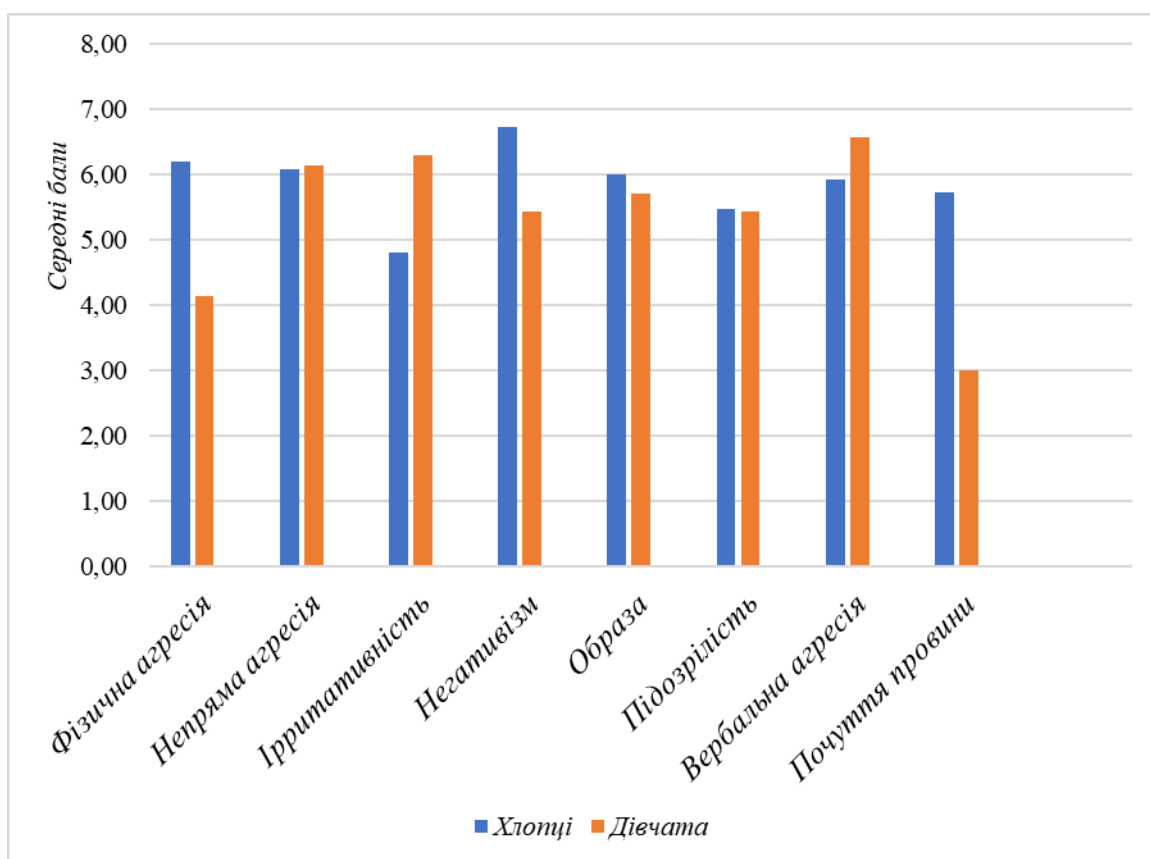


Рис.2.6. Середні показники агресії у підлітків з РАС за гендером (середні бали)

Цікаво, що за такими шкалами, як вербальна агресія, ірритативність (дратівливість) і непряма агресія, дівчата мають вищі або близькі показники. Зокрема, вербальна агресія у дівчат (6.57) перевищує показники хлопців (5.93), що може свідчити про переважання словесної форми вираження негативних емоцій. Ірритативність також вища у дівчат (6.29 проти 4.80), що може вказувати на більшу емоційну збудливість, швидке виникнення роздратування. Непряма агресія — така як пасивно-агресивна поведінка, образливі жести чи маніпулятивність — виявляється приблизно однаково в обох групах (6.14 у дівчат і 6.07 у хлопців).

Загалом, і це спостерігалось під час проведення дослідження, хлопці демонструють більш яскраво виражені прямі форми агресії, тоді як у дівчат переважають опосередковані та емоційно забарвлені форми агресивної поведінки і відмінності слід враховувати під час розробки корекційних

програм: хлопцям може бути доцільно пропонувати методики самоконтролю та тілесного розвантаження, а дівчатам — програми емоційної регуляції, розвитку мовленнєвого самовираження та зниження внутрішньої напруги.

Аналіз психолого-педагогічної літератури, дані отримані в результаті досліджень науковців, підтверджують закономірність отриманих результатів і дає змогу визначити важливі моменти на які слід звернути увагу під час організації корекційної роботи [10, 28, 39, 62, 83 та ін.]:

- діти з РАС зазвичай демонструють вищі бали за шкалами фізичної агресії, ворожості та неприязні в порівнянні з нейротиповими. Це пов'язано із труднощами у регуляції емоцій та комунікації;

- діти з РАС часто проявляють агресію у формі опірності та прихованої ворожості, що може бути викликано непорозумінням або стресом через сенсорні або соціальні фактори;

- вищі показники агресії пов'язані з тяжкими порушеннями соціальної взаємодії, що вказує на важливість роботи з комунікативними навичками для зниження агресії.

- дівчата демонструють вищу ірритативність (дратівливість) та вербальну агресію, що характерно для пасивніших або соціально модифікованих форм агресії.

- показники непрямой агресії, образи, підозрілості приблизно однакові у представників обох статей.

У дослідженні було проаналізовано прояви різних типів агресії серед підлітків із РАС у двох вікових групах: 11–13 років та 14–16 років (таблиця 2.8, малюнок 2.7). Розподіл учасників дозволив простежити вікові тенденції в інтенсивності агресивних реакцій. Було визначено, що:

- показники фізичної агресії вищі у старшій віковій групі. Це може бути пов'язано з віковим загостренням внутрішніх конфліктів, посиленням імпульсивності та зниженням толерантності до фрустрацій. У молодшій

групі така агресія проявляється рідше і частіше має ігровий або ситуативний характер;

- у двох вікових групах показники непрямой агресії були приблизно однаковими, що вказує на стабільність такого типу агресії незалежно від віку. Ця форма часто проявляється через соціальне дистанціювання, уникнення прямого контакту чи приховані прояви невдоволення;

Таблиця 2.8

**Середні показники агресії підлітків з РАС за віковими групами
(середні бали) за опитувальником Басса-Даркі (Buss-Durkee Hostility
Inventory, BDHI)**

Тип агресії	11–13 років	14–16 років
Фізична агресія	5.0	6.9
Непряма агресія	6.1	6.1
Ірритативність	4.4	5.6
Негативізм	5.6	7.3
Образа	5.2	6.5
Підозрілість	4.9	5.9
Вербальна агресія	5.4	6.3
Почуття провини	4.8	5.2

- у старшій віковій групі ірритативність була вираженіша, що можна пояснити підвищеною емоційною реактивністю, гормональними змінами, посиленням тривожності та соціального тиску. Молодші діти проявляють дратівливість менш стабільно, часто ситуативно.

- старші підлітки частіше демонстрували опозиційну поведінку, заперечення та активний спротив вимогам дорослих. Це узгоджується з нормальними проявами пубертатного розвитку, проте у підлітків з РАС така поведінка може бути більш жорсткою та ригідною;

- показники за шкалами образи й підозрілості були вищими у старшій віковій групі, що може свідчити про наростання відчуття ізоляції, несправедливості з боку оточення, а також формування більш складних моделей міжособистісного сприйняття.

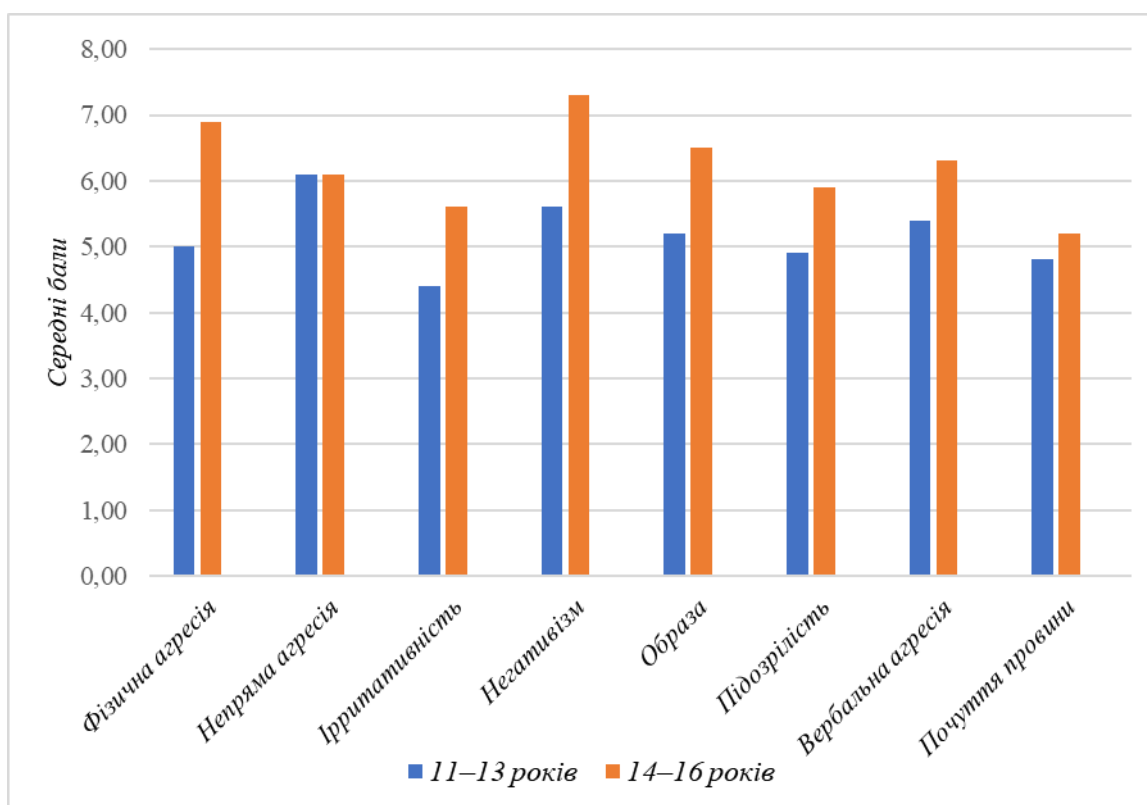


Рис.2.7. Середні показники агресії підлітків з РАС за віковими групами (середні бали) за опитувальником Басса-Даркі (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

- вербальна агресія також зростає з віком, що пов'язано зі зростаючою мовленнєвою компетентністю та здатністю виражати негативні емоції через мову.

- цікаво, що почуття провини частіше виявлялися у старших підлітків, що може бути результатом формування самосвідомості, етичних уявлень, хоча у деяких дітей з РАС воно може бути неадекватно виражене або мати деструктивний характер.

Отже, зазначимо, що старша вікова група (14–16 років) виявляє вищий рівень більшості типів агресії, особливо фізичної, негативізму, ірритативності та вербальної агресії ніж молодші підлітки. Ці особливості свідчать про необхідність вікової диференціації корекційно-розвивальних програм, з урахуванням зміни проявів агресії залежно від етапів розвитку особистості та когнітивно-емоційних змін у підлітковому віці.

Результати досліджень агресії у підлітків з РАС за проективною методикою “Малюнок сім’ї” (Draw-a-Family Test)

Для глибшого вивчення особливостей емоційного стану та міжособистісних уявлень дітей з розладами аутистичного спектра була використана проективна методика «Малюнок сім’ї». Цей метод є ефективним засобом психологічної діагностики, що дозволяє виявити рівень соціальної включеності, емоційної близькості, почуття безпеки або відчуження, які часто залишаються неусвідомленими й не проявляються відкрито в поведінці дитини.

Методика була адаптована до особливостей сприймання та комунікативних можливостей дітей із РАС, що дало змогу уникнути перевантаження інструкціями та зберегти природність малюнкового висловлювання. Особливу увагу в аналізі малюнків приділено таким показникам, як розміщення членів сім’ї, відстань між ними, розмір фігур, їхня емоційна виразність, відсутність чи спотворення зображень, що інтерпретуються як індикатори соціальної відчуженості та летаргії [6, 24, 31].

На основі створеної шкали оцінювання було проведено індивідуальний аналіз малюнків усіх учасників дослідження. Отримані результати дозволили класифікувати дітей за трьома рівнями соціальної відчуженості (низький, середній, високий) та провести їх подальше порівняння з даними, отриманими за шкалою ABC.

Представлені нижче результати дають змогу простежити, наскільки проективна методика здатна виявити глибинні емоційні труднощі дітей з РАС, а також підсилюють діагностичну цінність комплексного підходу у психологічному вивченні таких дітей. Хоча, зазначимо, що у діагностичній практиці рекомендовано використовувати методики даного типу комплементарно (у нашому випадку із методикою шкала ABC) для глибшої оцінки емоційно-соціального стану дітей з РАС.

Таблиця 2.9

**Індивідуальні результати підлітків з РАС за проективною
методикою “Малюнок сім’ї”**

Ім'я	Вік	Стат'я	Соціальна відчуженість	Летаргія	Загальний рівень (середній з 2-х)	Інтерпретація
Георгій	11	ч	Середній	Середній	Середній	Часткова включеність у соціальні зв'язки
Леван	15	ч	Високий	Високий	Високий	Високий рівень емоційної ізоляції
Давід	14	ч	Середній	Низький	Середній	Легка соціальна скучність
Деніс	13	ч	Високий	Високий	Високий	Виразена відстороненість
Зураб	15	ч	Високий	Високий	Високий	Ізоляція, замкнутість
Олександр	12	ч	Середній	Середній	Середній	Пасивність у соціумі
Юрій	13	ч	Середній	Середній	Середній	Вибірковий контакт з оточенням
Давід І.	14	ч	Середній	Середній	Середній	Тенденція до замкненості
Алік	14	ч	Низький	Середній	Середній	Загалом соціально включений
Мераб	12	ч	Високий	Високий	Високий	Відмова від соціальної взаємодії
Шота	12	ч	Високий	Високий	Високий	Зниження соціального інтересу
Отар	14	ч	Середній	Середній	Середній	Соціальна пасивність
Лаша	11	ч	Низький	Низький	Низький	Активне соціальне включення
Арчил	14	ч	Високий	Середній	Високий	Соціальна ізоляція з емоційним гальмуванням
Нодар	15	ч	Високий	Середній	Високий	Соціальна напруга
Тамара	11	ж	Середній	Середній	Середній	Вибірковість у взаємодії
Ніно	12	ж	Високий	Високий	Високий	Схильність до відчуження
Маріам	12	ж	Середній	Середній	Середній	Пасивна участь у соціумі
Елене	13	ж	Високий	Високий	Високий	Емоційна холодність, замкненість
Екатеріна	14	ж	Середній	Середній	Середній	Зниження соціальної ініціативи
Саломе	11	ж	Середній	Середній	Середній	Тимчасове дистанціювання
Теа	14	ж	Низький	Середній	Середній	Загалом відкритість до спілкування

Примітка: Оцінки за параметрами "Соціальна відчуженість" і "Летаргія" ґрунтуються на інтерпретації типових малюнкових ознак: положення сім'ї, присутність/відсутність себе на малюнку, емоційна виразність, розмір фігур, деталі, розташування, тощо.

Індивідуальні дані дітей із розладами аутистичного спектра (РАС), отримані в результаті проведення проєктивної методики “Малюнок сім’ї”, наведено у вигляді узагальненої таблиці 2.9, складеної на основі умовних результатів проєктивної методики “Малюнок сім’ї”, що орієнтована на виявлення соціальної відчуженості та летаргії. Для кожної дитини зазначено оцінку за двома параметрами.

Результати дослідження (мал. 2.9), отримані на основі аналізу малюнків за двома ключовими параметрами — соціальна відчуженість та летаргія — дають змогу виявити закономірності проявів цих ознак у дітей з РАС залежно від віку та статі, зазначимо, що:

- високий рівень соціальної відчуженості та летаргії спостерігається у 9 дітей (41% вибірки). Для їх малюнків характерні такі ознаки: крайове або ізольоване розміщення фігур, значне зменшення розміру малюнка, відсутність ключових частин тіла, мінімальна взаємодія між членами сім’ї.

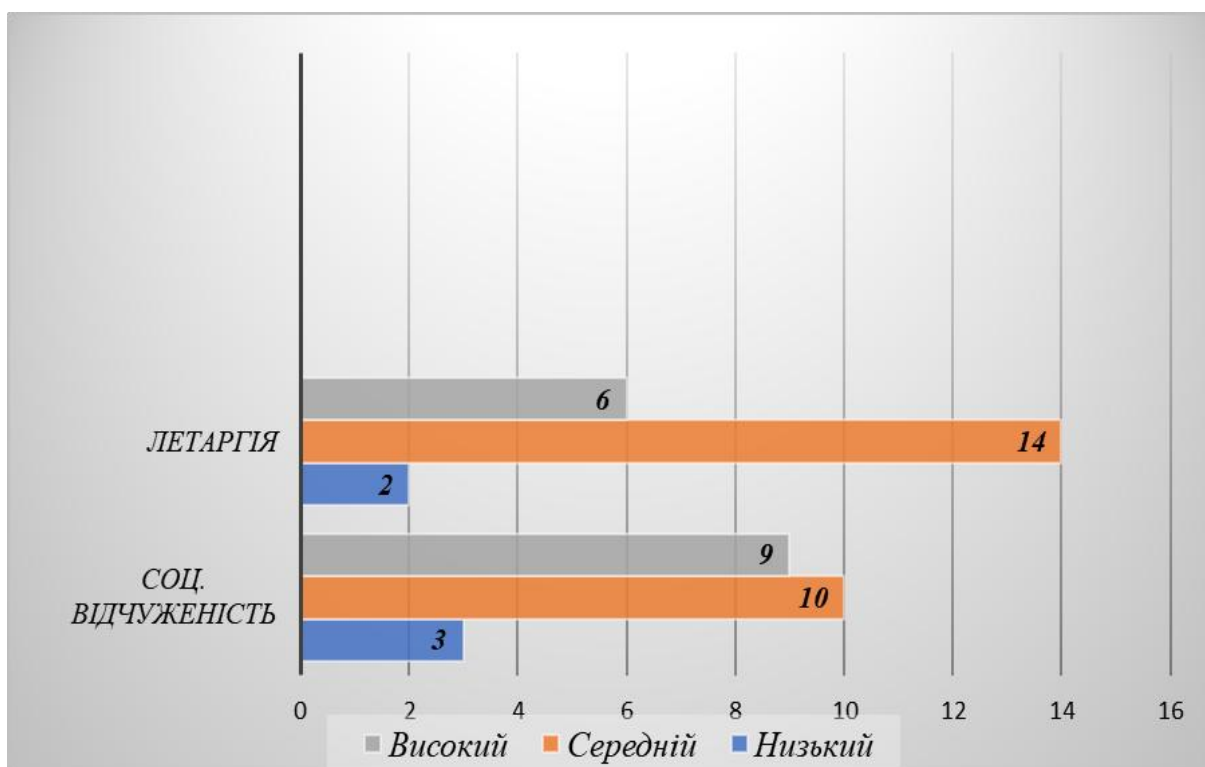


Рис.2.9. Індивідуальні результати підлітків з РАС за проєктивною методикою “Малюнок сім’ї” (рівні/бали)

- середній рівень (50%): у малюнках частково збережено структуру, присутні деякі емоційні зв'язки, але є ознаки відстороненості, редукції деталей, помірна летаргічність (слабкі лінії, відсутність активності).

- низький рівень (лише 2 дитини — близько 9%): фігури зображені у спільному просторі, виявляється певна емоційна включеність, детальність, комунікативність між персонажами.

- 11–12 років: діти цієї вікової групи частіше демонструють високий або середній рівень соціальної відчуженості. У малюнках домінують ознаки пасивності, зниженого енергетичного тону, скутості. Це може бути пов'язано з адаптаційними труднощами в соціумі та недостатньо сформованими емоційними зв'язками.

- 13–15 років: у підлітків помітні контрастні прояви — поряд із підвищеним рівнем летаргії виявляються також агресивні або компенсаторні мотиви (наприклад, великі темні фігури, ізольовані дорослі). Це свідчить про ускладнення внутрішнього емоційного стану та поглиблення процесів соціального відсторонення в підлітковому віці.

- хлопці ($n = 15$) частіше мають високий рівень соціальної відчуженості — із 9 високих показників 6 припадає саме на хлопців. Їхні малюнки відзначаються сильнішою редукцією соціального простору, тенденцією до самоізоляції, переважає зображення себе окремо або в центрі без контактів.

- дівчата ($n = 7$) загалом демонструють середній рівень, хоча у 3 дівчат (наприклад, Елене, Ніно, Саломе) виявлено високі показники соціального відчуження. Їхні малюнки більш емоційні, проте також містять сигнали тривожності, напруги або дистанції у взаєминах.

Отже, зазначимо, що найвищий рівень соціальної відчуженості та летаргії переважає у підлітків віком 13–15 років, що відповідає віковій динаміці ускладнення внутрішньоособистісних і соціальних конфліктів; хлопці частіше демонструють структурну дезорганізацію простору сім'ї на малюнках, що свідчить про зростання аутоізоляції.

Дані узгоджуються з результатами шкали ABC: високі показники летаргії/соціального відступу в обох методиках корелюють між собою.

Щоб визначити, чи узгоджуються результати проєктивної методики "Малюнок сім'ї" з даними, отриманими за шкалою ABC (Aberrant Behavior Checklist), ми порівняли їх через ключові психоемоційні прояви, незультати наведено у таблиці 2.10, зокрема:

у **Шоти**: високі бали за шкалами II (35) та I (33) — в малюнку очікуємо сильну соціальну ізоляцію, пасивність, відсутність себе, спотворення фігур;

у **Левана**: високий бал за летаргією (30) — імовірна схильність до відмови від зображення членів сім'ї або себе, символічна відчуженість;

у **Лаші**: шкали в межах норми (середній рівень), малюнок — імовірно більш інтегрований, з позитивною атмосферою.

Таблиця 2.10

**Порівняльний аналіз результатів проєктивної методики
"Малюнок сім'ї" з даними, отриманими за шкалою ABC (Aberrant
Behavior Checklist) у підлітків з РАС**

Параметри проєктивного тесту	Відповідна шкала ABC	Коментар
Соціальна відчуженість	Летаргія / соціальний відступ (Subscale II)	Цілком співставні: Високі бали за Subscale II зазвичай відповідають високому рівню соціальної відчуженості на малюнках.
Летаргія	Також Subscale II	Якщо малюнок виявляє емоційну відстороненість, апатію (відсутність очей, рота, себе, слабкий натиск тощо) — це узгоджується з високим рівнем летаргії.
Емоційна тривога / напруження	Ірритативність (I) або Гіперактивність (IV)	Наприклад, у дітей з темними кольорами, колючими формами, тривожними фігурами — часто спостерігається підвищена шкала I або IV.
Загальний рівень соціального включення	Загальна сума балів	Малюнки з низькою соціальною інтеграцією відповідають вищому сумарному балу ABC.

Проективні показники не виходять за межі поведінкових оцінок, але доповнюють їх — зокрема щодо внутрішнього емоційного стану дитини, який не завжди проявляється у поведінці, але помітний в малюнках.

Отже, у дітей із розладами аутистичного спектра (РАС), особливо в підлітковому віці (13–15 років), чітко простежується взаємозв'язок між емоційною ізоляцією, агресивністю та соціальним уникненням. Результати, отримані за допомогою шкали адаптивної поведінки (АВС), опитувальникової мотивації до соціальної взаємодії, шкали Басса–Даркі та проективної методики «Малюнок сім'ї», виявили наявність девіантної поведінки, яка проявляється у формі вербальної та фізичної агресії, схильності до ізоляції та летаргії.

У значної частини дітей (особливо хлопців підліткового віку) діагностовано високий рівень девіантної поведінки, що не є типовим для норми розвитку та вказує на глибші порушення соціальної адаптації. Це корелює з основними ознаками розладів аутистичного спектра, серед яких — дефіцит комунікації, порушення соціальної взаємодії, ригідність поведінки та емоційна дисфункція.

Зазначимо, за отриманими нами даними, найбільшій корекційної підтримки потребують хлопці віком 13–15 років, оскільки саме в цій групі фіксуються найвищі показники агресивності, емоційної відстороненості та соціального відчуження. Вони демонструють нестійку поведінку, порушення самоконтролю та низьку мотивацію до контакту з оточенням.

Разом із тим, дівчата молодшого підліткового віку (11–12 років) також потребують корекційної роботи, але вона має бути більш м'якою та спрямованою на розвиток емоційної відкритості, підвищення самооцінки та стимулювання соціальних ініціатив.

Таким чином, девіантна поведінка в дітей із РАС **не є випадковим або ситуативним явищем, а виступає стійким поведінковим патерном**, зумовленим як особливостями діагнозу, так і віковими труднощами соціалізації. Це обґрунтовує необхідність ранньої та комплексної корекційної роботи, спрямованої на зменшення проявів агресії, розвиток соціальних навичок та формування емоційної відкритості. Отримані

результати дозволяють сформувати чіткі пріоритети для індивідуалізації корекційно-розвивальної роботи відповідно до статі та віку дітей із РАС.

РОЗДІЛ 3

АРТТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАСОБИ КОРЕКЦІЇ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

У сучасному суспільстві питання підтримки та корекції поведінкових порушень у дітей з особливими освітніми потребами (ООП) набуває особливої актуальності. Зростання кількості дітей з різними формами девіантної поведінки — агресією, замкнутістю, протестною реакцією, соціальною дезадаптацією — вимагає від фахівців пошуку ефективних та гуманних підходів до психолого-педагогічної корекції. У цьому контексті арттерапія виступає як потужний інструмент м'якого впливу на емоційно-поведінкову сферу дитини [2, 19, 62].

Зазначимо, що у психолого-педагогічній літературі лікування соціальних девіацій визначається як складний процес, що потребує комплексного підходу і включає фармакологічну, психокорекційну та психотерапевтичну допомогу до якого залічуються фахівці різних профілів.

Психотерапія. Сеанси спрямовані на усвідомлення підлітком особливостей власного характеру, навчання поведінковим методам саморегуляції. Проводиться аналіз конфліктних ситуацій, можливих варіантів дій та реакцій. Психотерапевтичні зустрічі рекомендовані також батькам для відновлення повноцінних взаємин у сім'ї [29, 62].

Психокорекція. Метою занять є стабілізація емоційного стану, розвиток функцій уваги, мислення. Результатом є підвищення ефективності психотерапевтичної роботи, формування впевненості у власних силах, пробудження інтересу до навчання (як передумови соціальної реабілітації).

Фармакотерапія. Застосування медикаментозних засобів є додатковим методом лікування, показане пацієнтам із біологічною схильністю до девіантної поведінки: тим, хто має психотичні розлади або неврологічні патології. Специфічних препаратів для лікування асоціальної поведінки не існує. Використання літію, антипсихотичних засобів, антиконвульсантів

знижує прояви агресії. Ізольоване застосування фармакотерапії є неефективним [36, 62].

Арттерапевтичні методи базуються на природній здатності дитини до самовираження через творчість — малювання, музику, ліплення, театр. Ці форми діяльності не лише сприяють розвитку комунікативних і емоційних навичок, а й допомагають знижувати рівень тривожності, агресії та формувати позитивну Я-концепцію. З огляду на це, застосування арттерапії у роботі з дітьми з ООП стає важливою складовою цілісної системи психолого-педагогічної допомоги [13].

Вивчення арттерапевтичних засобів у контексті корекції девіантної поведінки дозволяє не лише краще зрозуміти психологічні потреби дитини, а й створити індивідуалізовані умови для її розвитку та соціалізації.

3.1. Методи та техніки арттерапії у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру

Одна з найактуальніших проблем сучасного суспільства — зростання девіантної поведінки серед школярів. У цьому випадку девіантна поведінка серед дітей з ООП виступає однією з центральних проблем сучасної педагогіки та психології. При вивченні девіантної поведінки особлива увага приділяється вивченню її мотивів, причин і умов, що сприяють її розвитку, а також можливостям запобігання й подолання.

Внутрішній світ дитини з девіантною поведінкою є складним і багатограним, тому для того, щоб розібратися в причинах порушень, необхідно уважно дослідити особливості її характеру [17].

Багато психологів, соціологів, педагогів, науковців і практиків намагаються впливати на фактори, що сприяють розвитку девіантної поведінки у дітей з ООП, для того щоб поведінкові розлади не стали звичним способом життя. Методи корекції запобігають таким негативним проявам особистісної поведінки в освітньому закладі. У сучасному світі девіантна поведінка може істотно впливати на особистісний розвиток

дитини, що лежить в основі такого напрямку корекційної педагогіки, як арттерапія [12].

Арттерапія — це форма психотерапії, спеціалізована й заснована на художньому мистецтві та творчості. Ця галузь психології може бути ефективним методом корекційної роботи з дітьми з порушеннями аутистичного спектру, які мають відхилення у поведінці [26].

Арттерапія може бути ефективним засобом подолання поведінкових проблем, а також гуманним методом діагностики та аналізу. У літературі термін «девіантна поведінка» (з лат. *deviatio* — відхилення) часто означає стійку поведінку особистості, що відрізняється від загальноприйнятих, найбільш поширених і усталених суспільних норм [26].

Порушення особливо помітні у той час, коли дитина інтегрується в процес формування цінностей, ставлення до майбутнього, інтересів і потреб, а також у систему різних відносин, що суттєво впливають на її самопізнання та самооцінку. Специфіка нозології робить дітей особливо вразливими до різних соціальних деформацій у суспільстві та до педагогічних помилок.

З гуманістичної точки зору можливості корекції за допомогою арттерапії пов'язані з наданням дітям з ООП практично необмежених можливостей для самовираження та самопізнання в творчих продуктах, які підтверджують і розпізнають їхнє «я». Створені дитиною продукти, що відображають її емоційне ставлення до світу, полегшують процес спілкування та встановлюють зв'язки з іншими важливими людьми [26].

Застосування арттерапії ґрунтується на тому, що внутрішнє «я» людини відображається в її творчості. Малюючи, дитина не тільки уникає нервозності, тривожності, агресії, невпевненості в собі та інших внутрішніх проблем, але також набуває впевненості в собі, успіху, а разом з тим — позитивного досвіду та моделей поведінки. Тому в системі психолого-педагогічної допомоги таким дітям можна впливати методом арттерапії.

Напрямок арттерапії в психокорекції девіантної поведінки орієнтований на внутрішній творчий потенціал кожної дитини. Це часто дає змогу

скоригувати емоційні, поведінкові та інтелектуальні порушення і її вади [78].

Координування формування особистості дитини з ООП шляхом самовираження та самопізнання є однією з головних цілей арттерапії. В основі класичного психоаналізу центральним механізмом корекційної дії арттерапії є механізм сублимації. На думку швейцарського психолога Карла Юнга, арттерапія, зокрема використання легенд, міфів і мистецтва, значно полегшує процес особистісного становлення людини, що базується на встановленні ідеального балансу між несвідомим і свідомим «Я». Одним з важливих методів арттерапевтичної взаємодії є техніка активної уяви, яка має на меті зіткнути свідомість і несвідоме віч-на-віч і об'єднати їх через ефективну взаємодію.

Аналіз спеціальної психолого-педагогічної літератури дозволив нам визначити розширений перелік умов і факторів, які сприяють ефективності арттерапії у корекції девіантної поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру (РАС), згрупований за основними категоріями [78] наведений нами у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Умови і фактори які сприяють ефективності арттерапії у корекції девіантної поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру (РАС)

умова	фактор	опис
Педагогічні умови	Компетентність фахівців	Професійна підготовка педагогів, психологів, арттерапевтів, які володіють знаннями про особливості РАС і методи арттерапії, є критично важливою для досягнення позитивного ефекту
	Індивідуалізація навчання і терапії	Побудова індивідуального корекційного маршруту з урахуванням рівня розвитку, сенсорного профілю, комунікативних і когнітивних особливостей дитини
	Використання спеціально адаптованих методик	Арттерапія повинна бути адаптована під особливі освітні потреби дитини з РАС — наприклад, застосування нейрографіки, модульної арттерапії, сенсорної інтеграції
	Підтримка візуального	Використання структурованих візуальних підказок, графічних схем і розкладів допомагає дітям з РАС

	середовища	краще орієнтуватися в занятті, знижує тривожність і підвищує ефективність роботи
Соціальні умови	Позитивний мікроклімат колективі у	Безпечна, доброзичлива атмосфера в групі, що виключає булінг, соціальне відчуження та надмірну критику
	Залучення родини до терапевтичного процесу	Психолого-педагогічна підтримка батьків, консультування щодо використання арттерапевтичних методів удома, формування партнерських стосунків між фахівцями та родиною
	Соціальна інклюзія	Залучення дітей з РАС до спільної творчої діяльності з однолітками як у спеціальних, так і в інклюзивних умовах. Це знижує рівень соціальної ізоляції та девіантної поведінки
	Міждисциплінарний підхід	Співпраця педагогів, психологів, логопедів, неврологів та інших фахівців для цілісного впливу на особистість дитини
Психологічні умови	Емоційна безпека під час заняття	Дитина повинна почуватися прийнятою, не зазнавати тиску чи критики, мати право на помилку
	Регулярність і тривалість занять	Арттерапія є ефективною лише при системному підході. Нерегулярні або епізодичні заняття не дають стійкого результату
	Врахування мотивації дитини	Залучення в терапевтичний процес через інтереси самої дитини — кольори, образи, техніки, музика, що сприяє внутрішній мотивації до участі
	Позитивне підкріплення	Використання схвалення, заохочення, підсилює бажану поведінку та знижує прояви девіантної
Організаційно-матеріальні умови	Наявність ресурсного простору	Обладнане приміщення, забезпечене необхідними матеріалами для малювання, ліплення, колажів, а також засобами сенсорної стимуляції
	Доступ до сучасних арттерапевтичних засобів	Забезпечення інструментами нейрографіки, кольоровими матеріалами, мультимедійними пристроями (за потреби)
	Оптимальна кількість учасників у групі	Арттерапевтичні групи не повинні бути перевантаженими — це дозволяє фахівцю приділити достатньо уваги кожній дитині
Особистісні фактори	Рівень когнітивного розвитку дитини	Діти з вищим рівнем абстрактного мислення швидше включаються в арттерапевтичний процес і краще усвідомлюють зміни у власній поведінці
	Початковий рівень девіантної поведінки	Як показують дослідження, найбільш помітна динаміка — у дітей із вираженими проявами девіації, оскільки потенціал для змін у них більший
	Сформованість комунікативних навичок	Діти з кращими базовими навичками взаємодії ефективніше реагують на терапевтичні впливи

У теоретичних джерелах зазначено, що ефективність арттерапії в корекції девіантної поведінки у дітей з РАС значно зростає за умови забезпечення мультифакторного підходу. Важливо поєднувати педагогічні,

психологічні та соціальні чинники, враховуючи індивідуальні особливості дитини, її оточення та якість терапевтичного процесу [44].

Завдання арттерапії [45]:

- Визначити соціально прийнятну точку агресії та інших негативних емоцій (робота з малюнками, картинами, скульптурами — безпечний спосіб випустити «пару» і знизити стрес);

- Полегшити процес лікування (несвідомі внутрішні конфлікти та переживання часто легше виявити через візуальні образи, ніж за допомогою вербальної корекції);

- Отримання матеріалу для пояснень і діагностики (твори мистецтва відносно довговічні, їх не можна заперечити; зміст і стиль виконання надають інформацію про дитину);

Пропрацювати думки й почуття, які дитина зазвичай звикла придушувати;

- Покращення комунікації між психологом і дитиною (спільна участь у мистецтві розвиває співпереживання і взаємне прийняття);

- Розвиток відчуття внутрішнього контролю;

- Звернення уваги на почуття та емоції;

- Розвиток почуття власної гідності та художніх здібностей.

Можливості корекції поведінки дитини з РАС за допомогою мистецтва переважно пов'язані з тим, що воно є джерелом нових позитивних емоцій, почуттів та вражень, а також створює нові творчі потреби та способи їх задоволення. Підвищення естетичних потреб дитини, активізація потенціалу та художньо-практичної творчості — це реалізація психолого-педагогічної діяльності мистецтва.

Реабілітаційна, профілактична та корекційна робота з дітьми з РАС через мистецтво здійснюється [44]:

- шляхом виховання здатності естетично сприймати істину як у житті, так і в мистецтві;

- через діяльність, пов'язану з мистецтвом (театральну, усно-художню, музичну, візуальну).

Мистецтво, будучи фактором художнього розвитку, впливає на емоційно-чуттєву сферу дитини, виконуючи комунікативну, регулятивну та катарсичну функції. Залучення дітей до художньої діяльності разом із ровесниками та дорослими розширює їхній соціальний досвід, навчає адекватної взаємодії й спілкування в спільній діяльності, забезпечує профілактику, корекцію та реабілітацію комунікативних розладів і девіантної поведінки [28].

Основні функції арттерапії [27]:

- катарсична (очищення від негативних станів і емоцій);
- регулятивна (зниження нервово-психічного напруження, моделювання позитивного психоемоційного стану);
- комунікативно-рефлексивна (корекція порушень спілкування, формування адекватної самооцінки та міжособистісної поведінки);
- профілактична.

У сучасній літературі арттехнології поділяють на дві основні групи: індивідуальні та групові.

В арттерапії для дітей з РАС із незначними психічними проблемами більше підходять індивідуальні форми роботи. Спочатку необхідно пояснити дитині, у чому полягатиме спільна робота, що вона може й чого не може робити. Часто дитина може захотіти знищити свою роботу — це може бути ознакою глибокого внутрішнього конфлікту. У таких випадках важливо з'ясувати причину цього бажання [26].

Індивідуальна корекція може тривати кілька місяців або років. Раптове припинення роботи небажане — завершення має символізувати внутрішній особистісний ріст.

Групові форми арттерапії також популярні. Їхня мета — зміни в стані та соціальній поведінці учасників групи. Педагог, психолог може використовувати різні методи: колаж, мандалатерапію, музикотерапію,

казкотерапію, логотерапію, моріотерапію тощо. Колаж допомагає подолати страх творчості. Логотерапія — вербалізація емоційних станів через розмову. Музикотерапія — прослуховування музики для зняття напруження та тривожності. Ігровий характер арттехнологій створює безпечний простір для непрямого опрацювання проблем.

Використання арттерапії в роботі з корекції девіантної поведінки у дітей з РАС сприяє її корекції, зниженню негативних емоцій, збереженню психологічного здоров'я, поліпшенню мотивації до навчання, підвищенню працездатності, стабілізації уваги та пам'яті, а також зниженню ризику розвитку подальших відхилень у поведінці.

Технологія “НЕЙРОГРАФІКИ” [5, 12, 21, 78 та ін.]

Одним із інноваційних методів арттерапії, розроблений психологом *Павлом Піскарьовим* у 2014 році є нейрографіка. Цей підхід поєднує принципи нейрофізіології, психології та образотворчого мистецтва, дозволяючи працювати з емоційними станами та ментальними процесами за допомогою малювання. Фактично, це створення "графічного алфавіту" для трансформації свідомості.

Основні принципи нейрографіки

Нейрографіка ґрунтується на кількох ключових принципах:

Нейрографічна лінія: Це центральний елемент методу. Нейрографічна лінія — це лінія, яка "не повторює себе на жодній ділянці свого шляху" і рухається туди, куди ви не очікуєте її побачити. Вона відображає унікальність і неповторність нервових імпульсів у мозку, допомагаючи обійти шаблонне мислення та відкрити нові нейронні зв'язки.

Округлення: Усі гострі кути, що утворюються на перетинах ліній, округлюються. Це символізує згладжування внутрішніх конфліктів, усунення перешкод і досягнення гармонії. Процес округлення має терапевтичний ефект, заспокоюючи нервову систему.

Інтеграція: У нейрографіці використовується принцип інтеграції, коли різні елементи малюнка об'єднуються в одне ціле за допомогою ліній

та кольору. Це допомагає об'єднати різні аспекти проблеми, знайти нові рішення та відчувати цілісність.

Архетипування та фіксація: Завершальний етап, на якому малюнку надається більшої ваги, виділяються основні елементи або контури, що символізують рішення проблеми чи досягнення бажаного стану.

Етапи технології:

Процес нейрографіки зазвичай включає кілька етапів:

1. **Формулювання запиту/теми:** На початку визначається проблема, емоція або бажання, з яким людина хоче працювати.
2. **Викид:** Часто сесія починається з "викиду" негативних емоцій або думок на папір за допомогою швидких, хаотичних ліній. Це допомагає вивільнити напругу.
3. **Нейрографічна лінія:** Хаотичні лінії перетворюються на нейрографічні, з'єднуючи елементи та створюючи нові зв'язки.
4. **Округлення:** Усі перетини та гострі кути старанно округлюються, згладжуючи конфлікти та створюючи відчуття цілісності.
5. **Фігури та фон:** Додаються геометричні фігури (кола, квадрати, трикутники), що мають своє символічне значення. Малюнок інтегрується у фон.
6. **Колір:** Додавання кольору дозволяє посилити емоційне сприйняття та активізувати додаткові нейронні зв'язки.
7. **Лінії поля та фіксація:** Вводяться потужніші "лінії поля", що надають малюнку енергії та зв'язку зі світом. Завершується малюнок фіксацією ключових елементів.

Переваги нейрографіки

- **Доступність:** Не потребує художніх навичок, доступна для людей будь-якого віку та рівня підготовки.
- **Ефективність:** Допомагає опрацьовувати стрес, тривогу, страхи, вирішувати конфлікти, покращувати комунікацію, розкривати творчий потенціал.

•**Візуалізація:** Проблеми та їхні рішення стають видимими, що полегшує усвідомлення та трансформацію.

•**Розвиток нейропластичності:** Стимулює утворення нових нейронних зв'язків у мозку, що сприяє гнучкості мислення та адаптивності.

•**Гармонізація:** Сприяє внутрішній гармонії та балансу емоційного стану.

Нейрографіка є потужним інструментом самопізнання та саморозвитку, що дозволяє впливати на свій внутрішній світ через простий, але глибокий процес малювання. Вона застосовується як в індивідуальній, так і в груповій роботі, допомагаючи людям знаходити рішення та покращувати якість життя.

Опис нейрографічної технології «Світ ліній і гармоній»

Вступ: Сучасна освітня система стикається з необхідністю ефективної інклюзії дітей з розладами аутистичного спектра (РАС), зокрема з проявами девіантної поведінки. Це вимагає використання нових підходів, орієнтованих на емоційну безпеку, сенсорну регуляцію та розвиток позитивного соціального досвіду.

Одним із таких підходів є нейрографіка — методика арт-терапевтичного спрямування, що поєднує психологічні знання та естетику візуального самовираження. Малюнок, виконаний за правилами нейрографіки, сприяє зниженню тривожності, усвідомленню внутрішніх станів, перетворенню негативного досвіду на ресурсний.

Актуальність програми обумовлена зростанням кількості дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) в інклюзивному освітньому середовищі та необхідністю пошуку ефективних, безпечних, м'яких методів психокорекції. Особливості емоційного розвитку та соціальної поведінки таких дітей часто призводять до проявів девіантної поведінки: агресії, самоізоляції, гіперактивності, емоційної нестриманості або замкнутості.

Традиційні поведінкові методики не завжди дають бажаний ефект, особливо при сенсорній або емоційній перевантаженості дитини.

Мета технології: Корекція девіантної поведінки в дітей з РАС шляхом розвитку емоційної саморегуляції, зниження рівня тривожності й агресивності, формування навичок самовираження та покращення соціальної взаємодії засобами нейрографіки (таблиця 3.2).

Завдання технології:

- Ознайомити дітей з базовими елементами нейрографічного малюнка.
- Сприяти зниженню емоційної напруги, агресивних проявів, страхів.
- Розвивати навички самоспостереження, рефлексії та емоційного інтелекту.
- Формувати навички конструктивного самовираження через образотворчі засоби.
- Розвивати здатність до побудови позитивного образу «Я».
- Поліпшити комунікативну поведінку, сприяти соціалізації.

Методи та підходи

- Арттерапія (нейрографіка як графічна психопрактика).
- Елементи тілесно-орієнтованої терапії (дихальні вправи).
- Психоемоційне моделювання.
- Індивідуалізований та інклюзивний підхід.
- Емпатійна комунікація.

Організація роботи

- Кількість занять: 10 занять (1 раз на тиждень).
- Тривалість: 40–60 хв.
- Форма: індивідуальні заняття або групи до 4 учнів.
- Час проведення: позаурочно.

Матеріали: аркуші паперу формату А4 або А3, маркери, кольорові олівці або фломастери, спокійна музика для фону.

Очікувані результати

- Зменшення кількості та інтенсивності девіантних проявів.
- Поліпшення здатності до регуляції емоційних станів.
- Формування більш позитивного образу себе.
- Підвищення самооцінки та віри у власні сили.
- Покращення соціальної взаємодії з однолітками та дорослими.

Рекомендації до впровадження

- Доцільно узгоджувати програму з ІПР дитини.
- Бажано вести щоденник спостережень (реакції дитини, зміни емоційного стану).
- Можна адаптувати кожне заняття до рівня функціонування конкретної дитини.
- Рекомендується залучення батьків (показ робіт, короткі рекомендації для дому).

Таблиця 3.2

Зміст корекційної технології

Тема	Мета:	Хід заняття	Матеріали
Заняття 1: "Мій внутрішній світ"	Ознайомлення з методом нейрографіки, формування довіри та безпечного простору	Привітання. Ігрова вправа на знайомство. Пояснення, що таке нейрографіка. Демонстрація нейролінії. Виконання малюнку "Мій настрій": хаотична лінія, округлення, колір. Обговорення (за бажанням).	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика
Заняття 2: "Моя злість"	Усвідомлення та трансформація агресії.	Вступна бесіда: "Що таке злість?" Малювання різких ліній, "випускання" злості. Техніка округлення. Додавання кольору (який колір має моя злість?). Завершення: коротка релаксація.	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика
Заняття 3: "Мій страх"	Виявлення та зниження емоційної сили страхів	Вправа: "Намалюй свій страх" (у вигляді плями). Обведення нейролінією. Округлення гострих кутів. Поступове розфарбовування позитивними	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика

		кольорами. Рефлексія (необов'язково вербально).	
Заняття 4: "Друзі і я"	Формування позитивного досвіду соціальної взаємодії	Обговорення: "Хто такий друг? Як з ним поводитися?" Спільне малювання на одному аркуші (у парі або в групі). Нейромости — поєднання фігур через лінії. Рефлексія: "Що мені сподобалось у спільній роботі?"	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика
Заняття 5: "Я можу!"	Розвиток впевненості в собі	Розмова: "Що я вмію добре робити?" Створення образу дерева здібностей. Нейролінії навколо кожної гілки (здібності). Розфарбування позитивними кольорами.	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика
Заняття 6: "Як я почуваюся сьогодні?"	Формування навички усвідомлення емоційного стану	Вправа на тілесну рефлексію (де в тілі емоція?). Малюнок настрою: кола емоцій + нейролінії. Округлення, розфарбування. Запис (або розповідь) про емоцію.	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика
Заняття 7: "Мої мрії"	Мотивування, позитивне мислення	Вправа "Ким я хочу бути?" Малювання мрії як образу. Створення нейрокарти: мрія, шлях, ресурси. Рефлексія.	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика
Заняття 8: "Я — гармонія"	Інтеграція досвіду, закріплення позитивного образу себе	Обговорення, що ми робили за весь час. Підсумковий нейрографічний малюнок: "Я зараз". Обговорення робіт, вручення сертифікатів/наклейок.	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика
Заняття 9: "Моя безпека"	Усвідомлення власних кордонів і зон безпеки	Обговорення: "Коли я почуваюся в безпеці?" Малюнок з зображенням себе в центрі, навколо — "захисні кола" (батьки, друзі, правила, інтуїція). Проведення нейроліній між колами. Округлення, розфарбування теплими кольорами.	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика
Заняття 10: "Мій ресурс"	Визначення внутрішніх ресурсів для самопідтримки	Вправа: "Що мені допомагає, коли мені важко?" Малювання нейроресурсу — символічний образ джерела сили (тварина, предмет, образ). Проведення нейроліній, округлення, колір. Завершальна рефлексія: "Що нового я дізнався про себе за час програми?"	Маркери, олівці, аркуші А4, спокійна музика

Оцінювання результатів

Психологічне спостереження.

Анкети для батьків (на початку і в кінці).

Порівняльний аналіз поведінки й стану дитини за результатами занять.

Отже, зазначимо, що використання технології "Світ ліній і гармонії" доводить ефективність використання нейрографіки як м'якого, безпечного, ресурсного методу в роботі з дітьми з РАС. Через мову кольору й ліній дитина вчиться регулювати свої стани, виражати себе та віднаходити шляхи до гармонійної взаємодії з навколишнім світом.

Розуміння взаємозв'язку між РАС та девіантною поведінкою в підлітковому віці є необхідною умовою для розробки ефективних підходів до профілактики та корекції таких поведінкових проявів. Це вимагає комплексного підходу, що враховує не лише психологічні та медичні аспекти, а й емоційні та соціальні фактори, які впливають на поведінку підлітка.

3.2. Аналіз ефективності арттерапії (нейрографіка) у корекції девіантної поведінки

У сучасній практиці психологічної допомоги дітям із розладами аутистичного спектра (РАС) зростає потреба у впровадженні ефективних, м'яких і водночас глибоких методів впливу на емоційно-поведінкову сферу. Одним із таких методів є нейрографіка — інноваційний напрям арттерапії, який поєднує в собі елементи психології, мистецтва та нейропластичності.

Нейрографіка дозволяє дітям невербально виражати внутрішні переживання, знижувати рівень психоемоційної напруги, формувати нові нейронні зв'язки, що сприяють м'якому перепрограмуванню негативних моделей поведінки. Це особливо важливо у випадках девіантної поведінки, яка часто виявляється у формі агресії, емоційної ізоляції або уникання соціальних контактів.

Аналізу результатів корекційної роботи з підлітками з РАС, проведеної за допомогою нейрографіки дозволив визначити динаміку проявів девіантної поведінки у дітей за параметрами (пілшкалами) шкали АБС, а

саме: ірритативність, стереотипія, летаргія/соціальний відступ, гіперактивність, непристосованість до самодопомоги.

Мета дослідження— оцінити ефективність арттерапевтичного впливу на психоемоційний стан і девіантні прояви у підлітків із аутистичним спектром порушень та визначити, які саме підшкали поведінкових порушень найчутливіші до використання методу нейрографіки.

Для об'єктивного оцінювання результатів використано порівняння кількісних показників (сума балів за всіма підшкалами) та якісних (рівень девіацій: низький, середній, високий) до та після терапії. Окремо було здійснено аналіз за статтю та віком учасників (таблиця 3.3, малюнок 3.1).

Таблиця 3.3

Дані про зміни рівнів прояву девіантної поведінки підлітків з РАС у результаті проведення формувального експерименту (бали/ рівні)

Ім'я	вік	стать	Підшкали (рівні)										Рівень дев.поведінки			
			I		II		III		IV		V		Сума балів		Рівень	
			Ірритативність (Irritability)		Летаргія/соціальний відступ (Lethargy/Social Withdrawal)		Стереотипія (Stereotypic Behavior)		Гіперактивність (Hyperactivity/Noncompliance)		Неприспособленість до самопомог (Inappropriate Speech)					
			до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після
Георгій	11	ч	17	18	18	18	18	18	18	18	5	5	76	76	середній	середній
Леван	15	ч	24	24	30	29	14	14	29	29	4	4	104	103	високий	високий
Давід	14	ч	15	14	15	14	7	7	18	18	6	6	61	59	середній	середній
Деніс	13	ч	32	28	35	30	14	12	20	18	6	4	107	92	високий	середній
Зураб	15	ч	25	22	28	25	10	8	27	23	10	8	100	86	високий	середній
Олександр	12	ч	20	17	27	23	12	10	22	20	4	4	85	74	середній	середній
Юрій	13	ч	19	16	20	18	10	9	22	20	8	8	79	71	середній	середній
Давід І.	14	ч	25	22	15	12	12	11	26	20	6	6	84	71	середній	середній
Алік	14	ч	18	16	15	12	13	10	12	11	3	3	61	52	середній	низький
Мераб	12	ч	35	31	37	32	17	15	24	22	7	6	120	106	високий	високий
Шота	12	ч	33	30	35	30	15	13	30	26	9	8	122	107	високий	високий
Отар	14	ч	18	15	16	14	8	8	22	20	4	4	68	61	середній	середній
Лаша	11	ч	15	14	15	14	12	12	17	17	3	3	62	60	середній	середній
Арчил	14	ч	31	28	32	28	16	15	15	13	6	6	100	90	високий	середній
Нодар	15	ч	28	24	25	21	14	12	26	23	7	7	100	87	високий	середній
Тамара	11	ж	18	16	17	14	10	9	18	16	5	5	68	60	середній	низький
Ніно	12	ж	26	22	33	30	16	14	19	16	6	6	100	88	високий	середній
Маріам	12	ж	15	14	16	13	6	6	27	24	5	5	69	62	середній	середній
Елене	13	ж	32	28	37	34	15	12	34	30	2	2	120	106	високий	високий
Екатеріна	14	ж	13	11	15	12	5	5	24	22	4	4	61	54	середній	низький
Саломе	11	ж	22	20	23	20	17	15	23	21	10	10	95	86	середній	середній
Tea	14	ж	18	15	15	12	11	9	17	14	5	5	66	55	середній	низький

Аналіз отриманих в результаті проведеного формулюючого експерименту даних дав змогу визначити, що після проведення корекційної роботи з використанням арттерапії (нейрографіки), із 22 дітей, що приймали участь у дослідженні, у 9 осіб (40,9%) зафіксовано зниження рівня девіантної поведінки, що свідчить про клінічно значущу позитивну динаміку. Ще у 7 дітей (31,8%) відбулося зниження сумарного балу за опитувальником, однак рівень (низький, середній, високий) залишився незмінним. У решти 6 підлітків (27,3%) суттєвих змін не спостерігалось.

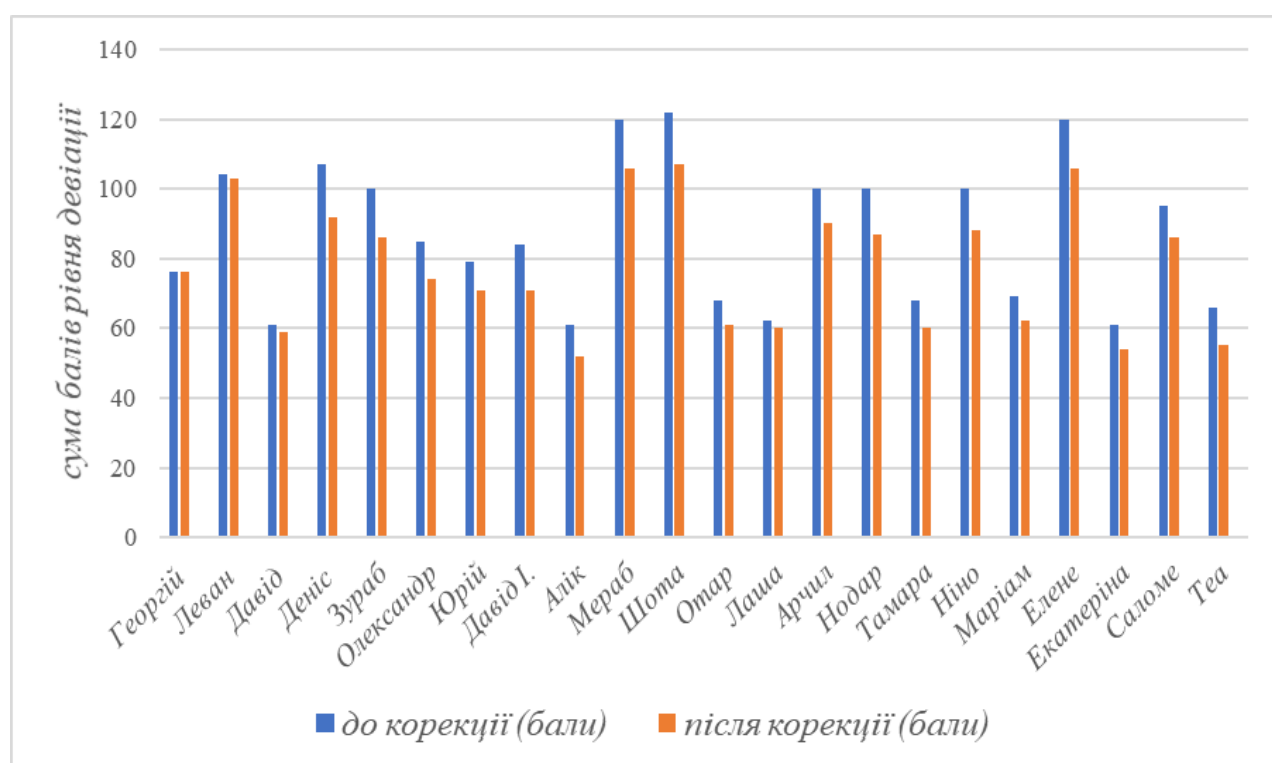


Рис.3.1. Дані про зміни рівнів прояву девіантної поведінки підлітків з РАС у результаті проведення формульовального експерименту (бали/ рівні)

Таким чином, загальна позитивна динаміка (зміна рівня і/або зменшення балів) зафіксована у 72,7% підлітків.

Аналіз результатів за статтю дозволив виявити наступні тенденції:

Зниження рівня девіантної поведінки спостерігалось у 5 із 15 хлопців, що становило 33,3% від їх загальної кількості; у дівчат у 4 із 7, що становило 57,1%.

Отримані дані дають можливість говорити про вищу ефективність корекційної роботи у дівчат, які виявили більшу динамічність у зміні поведінкових проявів. Можливо, це зумовлено кращою емоційною рефлексією та більшою відкритістю до психологічного впливу в цьому віці.

Спостерігалися зміни у сферах летаргії (соціального відступу) та ірритативності (подразливості) після корекційної роботи мають особливе значення, оскільки саме ці прояви часто слугують індикаторами глибинних емоційно-поведінкових порушень, пов'язаних із соціальним функціонуванням та внутрішньою напругою дитини і мали найвищі показники за всіма проведеними тестами (шкала АВС, тест Басса-Даркі, методика “Малюнок людини” у констатувальному експерименті).

Зменшення *показників летаргії* зафіксовано у 18 із 22 дітей ($\approx 82\%$). Найбільші зрушення — у дітей, які початково мали високі показники відстороненості, замкненості, низької соціальної активності. Зниження летаргії свідчить про покращення соціальної адаптації, зростання ініціативності, залученості до взаємодії з однолітками та дорослими.

Арттерапія, зокрема нейрографіка, сприяла емоційному розкриттю, активізації уяви, зменшенню страхів і тривоги, що позитивно вплинуло на мотивацію до соціальної активності. Така динаміка є свідченням зменшення ізоляційної поведінки та підвищення рівня емоційного комфорту в соціальному середовищі.

Зміни у сфері *ірритативності (подразливості, емоційної нестабільності)* мали наступні особливості: зниження балів у підшкалі ірритативності спостерігалось у 17 із 22 учасників ($\approx 77\%$), у деяких дітей зменшення було всього на 3–5 бали, але це свідчило про реальне зниження емоційної напруги та імпульсивних реакцій.

Зменшення ірритативності свідчить про покращення емоційної саморегуляції, зменшення внутрішньої напруги та агресивно-захисних реакцій. Це може бути пов'язано з тим, що нейрографіка активує праву півкулю мозку, сприяє гармонізації емоційного стану, знижує внутрішні

конфлікти. Діти почали демонструвати більше стриманості, терпимості, спокійніші реакції у фрустраційних ситуаціях.

Зазначимо, що летаргія виявилась менш пластичною до змін, що може бути пов'язано з її глибшою нейропсихологічною природою. Дівчата частіше знижували рівень летаргії, а хлопці – соціальної відчуженості.

Аналіз результатів *за віком* у молодших підлітків (11–12 років (7 учасників) показав, що зміна рівня девіації відбулася у 4 дітей, позитивна динаміка (зміна рівня та/або балів) — у 6 із 7, що становить 85,7% учасників.

У підлітків 13–14 років (10 учасників), також, зміна рівня виявлена у 4 дітей, позитивна динаміка у 6 із 10, що становить 60% підлітків.

У підлітків 15 років (5 учасників) зміну рівня девіації виявлено тільки у 1 дитині, позитивну динаміку — у 3 із 5, що становить 60% підлітків цієї вікової групи.

Слід зазначити, що найбільша ефективність впливу корекційної програми спостерігалася у дітей молодшої групи (11–12 років), що свідчить про більшу пластичність емоційно-поведінкової сфери у цьому віці. Це важливо враховувати при розробці програм раннього втручання.

Загальне зниження рівня девіантної поведінки виявлено у 9 осіб. Із них: 5 хлопців (Деніс, Зураб, Арчил, Нодар, Алік) та 4 дівчини (Тамара, Теа, Катеріна, Ніно). У більшості з них початковий рівень був високим або середнім, а після корекції — середнім або низьким. Це підтверджує тезу, що найбільша динаміка спостерігається у дітей із початково високими показниками, оскільки простір для покращення у них більший.

Отже, зазначимо, що в результаті проведеної корекційної роботи:

- діти з високим рівнем девіантної поведінки мали більше шансів показати суттєве покращення, адже їхній стан потребував активнішої корекції.

- дівчата частіше показували зниження рівня — можливо, завдяки вищій здатності до рефлексії та емоційної саморегуляції.

- найвиразніші позитивні зміни відзначені у сферах летаргії та ірритативності, що вказує на зниження соціального уникнення та емоційної нестабільності.

діти 11–12 років більш гнучкі до психологічного впливу — підтверджено вищими показниками покращення у цій віковій групі.

- нейрографіка як метод арттерапії продемонструвала високу ефективність у зниженні таких проявів, як агресивність, гіперактивність, емоційна напруга (враховуємо паралельні корекційні впливи на дитину).

- корекційна робота з використанням нейрографіки позитивно вплинула: на емоційне розвантаження, зниження внутрішньої напруги, формування контактності та цікавості до соціальної взаємодії (враховуємо паралельні корекційні впливи на дитину).

- отримані дані свідчать про доцільність подальшого застосування арттерапевтичних методик, зокрема нейрографіки, у програмах психокорекції девіантної поведінки дітей і підлітків.

Згідно з науковими даними, нейрографіка сприяє активації нейронних зв'язків, які впливають на емоційно-регуляторні функції, тому й спостерігається зниження показників девіантної поведінки у формі ізоляції та летаргії.

Корекція девіантної поведінки засобами нейрографіки: методичні рекомендації для фахівців інклюзивної освіти

На основі проведеного теоретичного аналізу, експериментального дослідження та практичної апробації арттерапевтичної програми з використанням нейрографіки нами були виявлені позитивні зміни у поведінкових проявах дітей з особливими освітніми потребами, зокрема — з розладами аутистичного спектру. Зниження рівня девіантної поведінки, зменшення ірритативності, летаргії, гіперактивності, а також покращення емоційного стану й комунікативних навичок підтвердили ефективність арттерапевтичного підходу.

З урахуванням отриманих результатів нами було сформовано методичні рекомендації для педагогів та психологів, що працюють з дітьми, які мають прояви девіантної поведінки. Рекомендації спрямовані на підвищення ефективності корекційної роботи в освітньому середовищі шляхом впровадження арттерапевтичних методик, зокрема — нейрографіки, як одного з найбільш адаптивних і безпечних інструментів впливу.

Показання для застосування нейрографіки:

- підвищена тривожність, агресивність, імпульсивність;
- соціальна ізоляція або замкнутість;
- страхи, труднощі у спілкуванні, навичках самоконтролю;
- порушення поведінки: девіантні прояви, спротив, негативізм;
- потреба у формуванні позитивного «Я-образу», довіри до себе та світу.

Умови ефективного проведення занять:

- *Безпечна атмосфера*: тиха, простора кімната, без відволікаючих подразників.
- *Регулярність*: мінімум 1 раз на тиждень, курс — 8–12 занять.
- *Тривалість*: 30–45 хвилин (залежно від віку та рівня витривалості дитини).
- *Маленькі групи* або індивідуальний формат (особливо для дітей з РАС).
- *Спокійна інструкція* та наочність: педагог демонструє процес малювання поетапно.
- *Психоемоційна підтримка*: відсутність оцінювання, похвала за спробу, а не за «якість» роботи.

Методичні поради щодо проведення занять з нейрографіки:

Підготовка до заняття: забезпечити всі необхідні матеріали (папір, чорні маркери, кольорові олівці/фломастери); коротко пояснити дитині мету — наприклад: «Малюватимемо, щоб навести лад у думках / зняти злість / заспокоїтися тощо».

Основні етапи заняття:

- Формулювання запиту / проблеми: дитина за бажанням озвучує чи уявляє те, що її турбує (емоція, ситуація).

- Малювання ліній: безперервні, плавні, емоційно забарвлені лінії, що перетинаються, займаючи простір аркуша.

- Округлення кутів: згладжування стиків між лініями — як метафора гармонізації й прийняття.

- Додавання кольору: емоційне наповнення, створення балансу.

Рефлексія: заохочення до короткого обговорення почуттів або вражень (усно або візуально).

Завершення заняття: похвала за участь; можливе обговорення позитивних змін у настрої; збереження роботи — як символу досягнень.

Спостереження та фіксація змін:

- Ведення індивідуальних карт спостереження або щоденників динаміки;

- Фіксування змін у таких сферах: емоційна стабільність; зменшення частоти девіантних проявів; покращення комунікації; розвиток довільної уваги, спокою, позитивних реакцій.

Рекомендації для фахівців

- Навчання педагогів і психологів основам нейрографіки як окремого напрямку арттерапії;

- Адаптація занять під індивідуальні особливості дітей (сенсорна чутливість, темп, моторика);

- Використання інтегрованого підходу — поєднання арттерапії з соціально-побутовим, мовленнєвим, когнітивним та ігровим навчанням;

- Робота в команді: взаємодія з батьками, асистентами, логопедами, дефектологами.

Участь батьків:

- Проведення ознайомчих зустрічей;
- Надання простих інструкцій для домашніх занять (за бажанням);
- Заохочення позитивного емоційного фону під час спільної творчості вдома.

Зауваження. Арттерапія — не панацея, а підтримувальний і допоміжний метод, вона найбільш ефективна при системному, тривалому застосуванні. Результати проявляються не відразу, тому важлива послідовність та довіра до процесу.

Отже, зазначимо, що використання нейрографіки в роботі з дітьми з ООП, які мають девіантні прояви поведінки, є доцільним і перспективним. Така форма арттерапії сприяє емоційному розвантаженню, розвитку саморегуляції, підвищенню рівня соціальної адаптації та зниженню проявів деструктивної поведінки.

У більшості випадків при комплексному лікуванні девіантна поведінка підлітків має сприятливий прогноз — молоді люди володіють гнучкими адаптаційними механізмами, а реабілітаційні та психотерапевтичні заходи дають позитивний результат. Більших зусиль потребують випадки, коли девіація розвивається на тлі неврологічного та/або психотичного захворювання. Профілактика ґрунтується на ранньому виявленні патологічних внутрішньосімейних стосунків та проблем з навчанням.

ВИСНОВКИ

Аналіз спеціальної психолого-педагогічної літератури та результатів експериментального дослідження, відповідно до поставлених завдань дав змогу сформулювати узагальнені висновки:

1. Аналіз науково-педагогічної та психологічної літератури засвідчив, що девіантна поведінка дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) має свої специфічні риси, пов'язані з емоційною незрілістю, труднощами соціалізації, сенсорними порушеннями, комунікативними обмеженнями та когнітивною ригідністю. Найпоширенішими формами девіацій є агресивність, соціальна ізоляція, гіперактивність, летаргія, ірритативність, а також труднощі у саморегуляції поведінки. Існує потреба у цілісному, м'якому, індивідуалізованому підході до корекції таких порушень.

2. Проведене дослідження дозволило виокремити низку факторів, що сприяють ефективності арттерапії у роботі з корекції девіантної поведінки у дітей з РАС: *педагогічні умови*: компетентність фахівців, індивідуалізація навчання і терапії, використання спеціально адаптованих методик; *соціальні умови*: позитивний мікроклімат у колективі, залучення родини до терапевтичного процесу, соціальна інклюзія, міждисциплінарний підхід; *психологічні умови*: емоційна безпека під час заняття, регулярність і тривалість занять, врахування мотивації дитини, позитивне підкріплення; *організаційно-матеріальні умови*: наявність ресурсного простору, доступ до сучасних арттерапевтичних засобів; *особистісні фактори*: рівень когнітивного розвитку дитини, початковий рівень девіантної поведінки, сформованість комунікативних навичок, регулярність проведення занять, використання адаптованих арттехнік, залучення батьків і педагогів до процесу.

3. Емпіричні дані, отримані в процесі проведення дослідження в якому приймали участь 22 дітей з РАС віком від 11 до 15 років (15 хлопців, 7 дівчат), засвідчили наявність різних форм проявів девіантної поведінки (збудливість, афективна нестабільність, соціальний відступ, гіперактивність,

тощо. Особливо значущими були показники летаргії та ірритативності, які безпосередньо впливали на соціальну адаптацію, навчальну мотивацію та поведінкові реакції дитини у колективі.

Методика ABC (Aberrant Behavior Checklist) дала змогу кількісно оцінити рівень поведінкових і соціальних труднощів дитини за п'ятьма підшкалами: $\approx 32\%$ дітей мали високий рівень ірритативності, що вказує на постійну напруженість, вибухові реакції або непередбачувану поведінку; $\approx 41\%$ дітей продемонстрували виражену соціальну відчуженість і низьку активність у взаємодії (летаргія); $\approx 22\%$ дітей проявляли стереотипну поведінку; $\approx 27\%$ дітей мали підвищену гіперактивність із вираженим негативізмом; $\approx 19\%$ дітей демонстрували труднощі у мовленні або навичках самопомоги.

За методикою Басса-Даркі було виявлено рівень агресії підлітків— як зовнішньої, так і внутрішньої. Орієнтовно у 23% учнів виявлено високий рівень загальної агресивності. Низький рівень $\approx 9\%$ дітей.

За методикою «Малюнок сім'ї» було виявлено, що високий рівень соціальної відчуженості та летаргії спостерігається у 9 дітей (41% вибірки). Для їх малюнків характерні такі ознаки: крайове або ізольоване розміщення фігур, значне зменшення розміру малюнка, відсутність ключових частин тіла, мінімальна взаємодія між членами сім'ї. Середній рівень було виявлено у 50% підлітків, низький рівень - лише 2 дитини — близько 9% .

4. У дітей із розладами аутистичного спектра (РАС), особливо у підлітків 13–15 років, спостерігається чіткий взаємозв'язок між емоційною ізоляцією, агресивністю та соціальним уникненням.

Результати, отримані за шкалою адаптивної поведінки (ABC), методикою Басса–Даркі та проективним тестом «Малюнок сім'ї», свідчать про наявність девіантної поведінки, що проявляється у формі вербальної й фізичної агресії, летаргії та соціальної відстороненості.

Найвищі показники девіантності зафіксовано у хлопців 13–15 років — вони демонструють нестійку поведінку, низький самоконтроль і слабку

мотивацію до соціальних контактів. Дівчата молодшого підліткового віку (11–12 років) також потребують підтримки, але з акцентом на розвиток емоційної відкритості, самооцінки та соціальної активності.

Отже, девіантна поведінка дітей із РАС є стійким проявом порушеної соціалізації, що зумовлює потребу у ранній, комплексній корекційно-розвивальній роботі, спрямованій на зниження агресії, розвиток соціальних навичок і формування емоційної чутливості.

5. За результатами порівняльного аналізу до та після впровадження серії корекційних занять із використанням методу нейрографіки встановлено, що у 9 із 22 дітей ($\approx 41\%$) спостерігалось зниження рівня девіантної поведінки як за сумою балів, так і за рівневою оцінкою. Найпомітніші позитивні зміни виявлено у дітей із високими вихідними показниками девіацій, переважно у віковій групі 14–15 років, що можна пояснити вищим рівнем усвідомленості та мотивації до змін.

Найбільш значущі зрушення зафіксовано у сферах летаргії (соціального уникнення) та ірритативності, що свідчить про покращення соціальної взаємодії, зниження емоційної напруги та формування більш конструктивних форм реагування. Отримані результати підтверджують ефективність використання методу нейрографіки у корекційній роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра.

6. На основі проведеного дослідження розроблено низку методичних рекомендацій для педагогів та психологів: доцільно впроваджувати нейрографіку як складову індивідуальної або групової корекційної роботи з дітьми з РАС, арттерапія ефективна як додатковий засіб психокорекції в поєднанні з логопедичною, сенсорною та когнітивною терапією, потрібно навчати фахівців технікам нейрографіки та арттерапії як інструментам роботи з емоціями, залучати родини до процесу терапії — через інформування, домашні арт-завдання, психоосвіту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андросова Н.С. Арт-терапія як метод роботи соціального педагога з профілактики девіантної поведінки підлітків. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. молодих науковців, ХНПУ імені Г.С.Сковороди, 2016, с. 112–113. dspace.hnpu.edu.ua+1elibrary.kdpu.edu.ua+1
2. Андрусишин Р. Аналіз особливостей розвитку девіантної поведінки підлітків. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. Вип №69, 2022. С.13-19. URL:https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2022/03/NVUzhNU_69.pdf
3. Афанасьєва В.В. Характерологічні порушення девіантних підлітків *Вісн. Луган. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка: Педагогічні науки*. 2008. №6 (169). С.9–15. URL:https://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.
4. Афанасьєва В.В. Вплив сім'ї та школи на девіантну поведінку підлітка *Соц. педагогіка: теорія та практика*. 2008. № 4. С. 43 – 50. URL:<https://www.kspu.edu/>
5. Бадер С.О. Нейрографіка як засіб розвитку креативного мислення майбутніх педагогів» *Вісник Луганського національного університету ім. Т.Шевченка. Серія «Педагогічні науки»* 2021, № 6(344), ч. 2, с. 19–29. URL:ku-khsac.in.ua+11eko.org.ua+11vseosvita.ua+11ku-khsac.in.ua+2dspace.luguniv.edu.ua+2vseosvita.ua+2
6. Бобрушко М.І. *Проективна методика «Малюнок сім'ї»: Конспект*. Всеосвіта. 2019 URL:<https://vseosvita.ua/library/proektivna-metodika-malunok-simi-173082.html>
7. Бех І.Д. *Виховання особистості*. К.: Либідь, 2008. 848 с. URL:<https://nenc.gov.ua/education/wp-content/uploads/2018/01/%f>
8. Бесєдін А.А. Дисфункціональна сім'я як чинник девіантної поведінки неповнолітніх: Автореф. дис... канд. соціол. наук: 22.00.03 Нац.

ун-т внутр. справ. Х., 2002. 19 с. URL:<https://nm2.univd.edu.ua/download/121051>

9. Бесєдін А.А. Тип виховання в родині та його вплив на виникнення девіацій. Вісник Національного університету внутрішніх справ. Вип. 16. Харьков, 2001. С. 45 - 58. URL:http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=_81

10. Бондарчук О.І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій Міжрегіональна академія управління персоналом. К.: МАУП, 2006. 88 с. URL:<https://nm2.univd.edu.ua/download/121051>

11. Бондарчук О.І., Вакуліч Т.М. Психологія девіантної поведінки: навч. посіб. рчук; НАПН України, Ун-т менедж. освіти. К.: Науковий світ, 2010. 230 с. URL:<http://uaorppp.com.ua/read/58/>

12. Будник А.В., Гошко І.О. «Графічний дизайн як засіб арттерапевтичної підтримки в період війни»гічної підтримки населення, включаючи дітей. URL:ku-khsac.in.ua

13. Бедіченко О., Раївська Я. Концепції та методики арт-терапії: розвиток і впровадження в Україні. *Психологія*. МАУП, 2024. DOI:10.32689/maup.psych.2024 URL: journals.maup.com.ua

14. Вольнова Л.М. Профілактика девіантної поведінки підлітків : навч.-метод. посіб. для спецкурсу соц.-пед. циклу "Профілактика девіантної поведінки підлітків" для студ. спец. "Соціальна педагогіка" Л. М. Вольнова. К.: Вид-во НПУ ім.М.П.Драгоманова, 2009. 224 с. URL:https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/05/Volnova_profilactika-deviant.1-chast.Teoriya.pdf

15. Вознесенська О. Л., Мова Л. В. «Арт-терапія в роботі практичного психолога: використання арт-технологій в освіті» Київ: «Шкільний світ», 2007, 120 с. URL:umo.edu.ua+2pedagogy.lnu.edu.ua+2journals.maup.com.ua+2.

16. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків : навч.-метод. посіб. для спецкурсу соц.-пед. циклу «Профілактика девіантної поведінки підлітків» для студ. спец. «Соціальна педагогіка». Київ : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. 224 с.
17. Гаврилюк С. Використання методів арт-терапії у навчально-виховному процесі закладу освіти» URL:umo.edu.ua.
18. Гольдштейн А., Хомик В. Тренінг умінь спілкування: як допомогти проблемним підліткам [пер. з англ. В. Хомика]. Київ : Либідь, 2003. 520 с., с. 285–287. <https://f.eruditor.link/file/970007/>
19. Жданова І. В. Проблема саморегуляції в контексті девіантної поведінки особистості: психологічні аспекти. Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 43, ч.ІІ. С. 110–128. URL:http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&
20. Квітковська Н. В. Психологія девіантної поведінки учнів : умови, причини, особливості виховання, проблем. родини, профілактика та корекція : навч.-метод. посіб. Миколаїв : Прокопчук Т. Ю., 2010. 239 с. URL:http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID
21. Косова А. В., Краєва О. А. Нейрографіка у підтримці психічного здоров'я» URL:reddit.com+12vseosvita.ua+12vseosvita.ua+12
22. Кошова І.В., Кресан О.Д. Психологія девіантної поведінки : навч. Посібник. Ніжинський держ. ун-т ім. Миколи Гоголя. Ніжин: Вид-во НДУ, 2009. 167 с. http://www.ndu.edu.ua/storage/2021/zahal_psy_lib
23. Кіясь А.В. Психологічний аналіз причин формування девіантної поведінки підлітків. Проблеми загальної та педагогічної психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ. 2009. Т. 11, ч. 6. С. 198–205. URL: <https://kursovi.com.ua/psihologiya-ta-pedagogika/psihologija/psihologichne-doslidzhennja-osnov-deviantnoji-pidlitkiv>

24. Костецька В.А. Діагностика тривожності молодших школярів з розладами аутистичного спектру. URL: uk.e-medjournal.com+12studscientist.kubg.edu.ua+12ps.journal.kspu.edu+12.

Джерело: studscientist.kubg.edu.ua

25. Козлюк О.А., Руденко Н.М. Особливості розвитку тривожності дошкільників у системі дитячо-батьківських взаємин. URL: studscientist.kubg.edu.ua+12ps.journal.kspu.edu+12.

26. Клименко Т. І., Ковальчук Т. І. «Використання арт-терапії у роботі з дітьми з особливими потребами» Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія «Фізична культура і спорт», 2014, № 5(48), с. 77–81 URL: researchgate.net+7studbase.kubg.edu.ua+7naurok.com.ua+7.

27. Ладжинська О. В. Поняття “арт-терапія” в освітньому процесі. Ізотерапія як складова корекційної роботи з дошкільниками URL: naurok.com.ua+9studbase.kubg.edu.ua+9researchgate.net+9.

28. Лисиця Ю. В. Зниження агресивних проявів поведінки підлітків засобами арт-терапії. Дипломна робота, Нац. авіац. ун-т, 2021. URL: naub.ua+11er.nau.edu.ua+11elibrary.kdpu.edu.ua+11

29. Максимова Н.Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: Либідь, 2011. 520 с. URL: https://lib.khmnu.edu.ua/fond/NOV/new_04_2018/454811.pdf

30. Макаренко О. М., Андрейчева А. О. Поняття девіантної поведінки в соціальному та психологічному аспектах Наукові записки НаУКМА. 2015. Т. 175. С. 61–64. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/items/193965e4-3615-405c-a6f9-c1073f2d8eb3>

31. Махній М. М. Психомалюнкові методики у діагностично-корекційній роботі в системі інклюзивної освіти. Посібник, «Десна Поліграф», 2021. URL: elibrary.kdpu.edu.ua

32. Містова К. О. Нейрографіка, як засіб збереження ментального здоров'я 2024 URL: biblio.lib.kherson.ua+10vseosvita.ua+10vseosvita.ua+10

33. Оржеховська В.М., Федорченко Т. Є. Профілактика девіантної поведінки неповнолітніх: [науково-метод. посіб.] Черкаси: Чабаненко Ю., 2008. 375 с. URL:<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/53201/1/010823.pdf>

34. Островська-Бугайчук І.М. Причини формування девіантної поведінки підлітків. Вісник Житомирського державного університету. Вип.2 (80). Педагогічні науки. 2015. С.48-52. URL: https://visnyk.zu.edu.ua/%2FArticles%2F80%2F11.pdf&psig=AOvVaw0QHrjew_GnwSzZyUzJSsgC&ust=1685261835685269

35. Зобенько Н. А. Аналіз мотивів та механізмів формування девіантної протиправної поведінки *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2011. Вип. 21. С. 63–66. – URL: <https://elibrary.kdpu.edu.ua/handle/123456789/11078>

36. Павлишин А. Розуміти небажану поведінку у дітей з розладами спектру аутизму 29 Квітня, 2024 URL:<https://k-s.org.ua/resources/blog/rozumity-nebazhanu-povedinku-u-ditey-z-rozladamy-spektru-autyzmu/>

37. Парфанович І. І. Система попередження і подолання девіантної поведінки дівчат: монографія; Терноп. нац. пед. ун-т ім. Володимира Гнатюка. ТНПУ, 2012. 367 с. URL:https://www.academia.edu/33008248/Volnova_profilactika_deviant_1_chast_Teoriya_PDF

38. Пихтіна Н. П. Пихтін М. П., Федорченко Т. Є. Профілактика девіантної поведінки дітей і молоді: психолого-педагогічні та соціально-правові аспекти: навч. посіб. за заг. ред. проф. В. М. Оржеховської ; Ніжин. держ. ун-т ім. Миколи Гоголя. Ніжин : НДУ ім. Миколи Гоголя, 2014. 399 с. URL: http://webirbis.korolenko.kharkov.com/cgi-bin/cgiirbis_64.exe?LNG=uk&Z21ID=&I21DBN=IBIS&P21DBN=IBIS&S21STN=1&S21REF=5&

39. Педагогічна профілактика девіантної поведінки неповнолітніх: орієнтована програма для пед. навч. закл. України / Ін-т змісту і методів навчання ; авт.-уклад. В. М. Оржеховська. К.: [б.в.], 1996. 41 с.
[URL:https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/05/Volnova_profilactika-deviant.1-chast.Teoriya.pdf](https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/05/Volnova_profilactika-deviant.1-chast.Teoriya.pdf)
40. Психолого-педагогічна робота з дітьми, схильними до прояву девіантної, делінквентної поведінки (з досвіду роботи спеціалістів психологічної служби системи освіти України) авт. кол.: О.П. Абухажар, Н.М. Акімова, В.В. Білецька та ін; упор.: В.Г. Панок, Ю.А. Луценко. К.: Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2014. 497с.
<https://dnmcps.com.ua/sites/default/files/2020-URL:04/20/2/2/%D0%92.%20%D0%9F%D0.pdf>
41. Саранчук К. С. Корекція девіантної поведінки дітей засобами арт-терапії. Актуальні проблеми психології в закладах освіти, 2022. DOI:10.31812/psychology.v6i URL:naub.oa.edu.ua+10journal.kdpu.edu.ua+10e-catalog.mk.ua+10
42. Скопич Д. Девіантна поведінка у дітей та підлітків: причина та способи вирішення 2 Серпня 2024 URL:<https://vilnohirsk.in.ua/deviantna-povedinka-u-ditej-ta-pidlitkiv-prychyna-ta-sposoby-vyrishennya/>
43. Теоретичний аналіз умов оптимального використання засобів арт-терапії у роботі з агресивними дітьми. Публікація на сайті НаУБ (ОА), методичний блог. URL:kultart.lnu.edu.ua+11naub.oa.edu.ua+11journal.kdpu.edu.ua+11
44. Швидка І.І. Впровадження арт-терапевтичного напрямку «Нейрографіка в роботі з дітьми з ООП»» методичні матеріали. URL:vseosvita.ua.
45. Хиля Анна та ін.«Арт-терапевтичні технології в освітній соціалізації дітей з інтелектуальними порушеннями» URL:naurok.com.ua+10academia.edu+10naurok.com.ua+10.

46. Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки: навчально-методичний посібник Львів: ЛьвДУВС, 2014. 192 с.
URL:<https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/>
47. Чурсіна Л.В. Девіантна поведінка у дітей та підлітків 12 квітня, 2017 URL:<https://health-ua.com/article/25669-devantna-povednka-udtej-tapdltkv>
48. Чушак В.Ю. (2020). Психологічні чинники девіантної поведінки підлітків. Донецький національний університет імені Василя Стуса, 2 курс, спеціальність «Психологія». URL: <https://jamp.donnu.edu.ua/article/view/7897/7897>
49. Христук О.Л. Психологія девіантної поведінки: навчально-методичний посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2014. 192 с.
URL:<https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890pdf>
50. Чайковська О.М. Психологічні особливості корекції конфліктності у молодших підлітків, схильних до девіантної поведінки: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка. Київ, 2014. 20 с. URL:http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN_45
51. Шевченко, В. Є. (2019). *Проективна методика «Малюнок сім'ї»*. Всеосвіта. <https://vseosvita.ua/library/proektivna-metodika-malunok-simi-123419.html>
52. Федорченко Т.Є. Профілактика девіантної поведінки школярів в умовах соціокультурного середовища: соціально-педагогічний аспект : [монографія] Черкаси: ПП Чабаненко Ю.А. 2011. 488 с.
URL:<https://docs.academia.vn.ua/bitstream/handle/123456789/1406=1&isAllowed=y>
53. Федорченко Т.Є. Соціально-педагогічні детермінанти девіантної поведінки школярів. Збірник наукових праць, Київ, випуск 15, книга II с226-236 URL:https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/2995/1/Fedorchenko_Sostialno-pedahohichni_determinantu.pdf

54. Фіцула М.М. Відхилення у поведінці неповнолітніх: шляхи їх попередження та подолання :навч. посібник для студ. вищ. пед. закладів освіти Тернопіль : Навчальна книга, 2008. 432 с.
URL:<https://litly.com.ua/books/vidhilennya-u-povedinci-nepovnolitnih-shlyahi-jih-poperedzhennya-ta-podolannya>

55. Aman, M. G., Burrow, W. H., & Wolford, P. L. (1995) The Aberrant Behavior Checklist–Community: Factor validity and effect of subject variables for adults in group homes. *American Journal on Mental Retardation*, 100(3), 283–292. DOI: 10.1352/0895-8017(1995)100<0283:TABCFC>2.0.CO;2

56. Aman M. G., Singh N. N., Stewart A. W., & Field C. J. (1985) The Aberrant Behavior Checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency*, 89(5), 485–491. DOI: 10.1352/0895-8017(1985)89<485:TABCAR>2.0.CO;2

57. Ambler P.G., Eidels A., Gregory Ch., Anxiety and aggression in adolescents with autism spectrum disorders attending mainstream schools, *Research in Autism Spectrum Disorders*, Volume 18, 2015, Pages 97-109, ISSN 1750-9467, URL:<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.07.005>.

58. Brown CE, Quetsch LB, Aloia LS, Kanne SM. Predictors of Aggression, Disruptive Behavior, and Anger Dysregulation in Youths with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2024 Apr;54(4):1264-1280. doi: 10.1007/s10803-022-05876-6. Epub 2023 Jan 25. PMID: 36697931.

59. Bar I., Adler-Gabriely M., Ashkenazi O., & Shaviv G. (2011). Autism spectrum disorder as reflected in drawings. *Art Therapy Journal*, May 2011. Retrieved from URL:<https://ajcat.haifa.ac.il/images/stories/ArtTherapyJornalMay2011/1-autism%20spectrum%20disorder%20as%20>.

60. DeFilippis M, Wagner KD. Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. *Psychopharmacol Bull*. 2016 Aug 15;46(2):18-41. PMID: 27738378; PMCID: PMC5044466.

61. Di Renzo, M., Bianchi di Castelbianco F., & Petrillo M. (2016). Correlations between the drawing process in autistic children and developmental indexes. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6(3). URL:<https://www.longdom.org/open-access/correlations-between-the-drawing-process-in-autistic-children-and-developmental-indexes-15905.html>
62. Fitzpatrick S.E., Srivorakiat L., Wink L.K., Pedapati E.V., Erickson C.A. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1525–1538. doi:10.2147/NDT.S84585.
63. Juvonen J., Graham S. “Peer Victimization and Aggression in Children: Associations and Outcomes” URL:<https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.60.110707.163622>
64. Kanne S.M., Mazurek M.O. Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *J Autism Dev Disord*. 2011 Jul;41(7):926-37. doi: 10.1007/s10803-010-1118-4. PMID: 20960041.
65. Koppitz, Elizabeth M. *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. 1968 URL:<https://psycnet.apa.org/record/1969-03482-000> (Draw-A-Person Test, DAP)
66. Kilburn T.R., Juul Sørensen M. Thastum M., Rapee R.M., Rask C.U., Bech Arendt K., Thomsen P.H.. Group-based Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorder in Children with Autism Spectrum Disorder: a feasibility study. *Nord J Psychiatry*. 2019 May-Jul;73(4-5):273-280. doi: 10.1080/08039488.2019.1622153. Epub 2019 Jun 1. PMID: 31156001.
67. Kilburn T.R., Sørensen M.J., Thastum M., Rapee R.M., Rask C.U., Arendt K.B., Thomsen P.H. Rationale and design for cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children with autism spectrum disorder: a study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*. 2018 Apr 2;19(1):210. doi: 10.1186/s13063-018-2591-x. PMID: 29609630; PMCID: PMC5879814.
68. La Grutta S., Milio A., & Valerio P. (2023). Drawing techniques as tools for evaluation in clinical practice: A systematic review. *Mental Illness*, 15(1), 18–26. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9894026/>

69. Lydon, S., Healy, O., Reed, P., & Mulhern, T. (2016) Psychometric properties of the Aberrant Behavior Checklist in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 1894–1903. DOI: 10.1007/s10803-016-2704-0 URL:[SpringerLink+14PMC+14PMC+14](#).
70. Manomenidis G., Apostolopoulou, D, & Kalafati M. (2025). Evaluating children's drawings as a means of expression. *Children*, 12(3), 141–153. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12269769/>
71. Matson M. L., LoVullo S. V. "Reliability and Validity of the Buss-Durkee Hostility Inventory in Children with Autism Spectrum Disorders" 2011. URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21463316/>
72. Matson M., Rivet G.. Risk factors for aggression in children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*. 2010. 31, Issue 3, Pages 435-441. DOI: 10.1016/j.ridd.2009.11.004. URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20960041/>
73. Matson J.L., & Wilkins J. (2008) The Relationship of Challenging Behaviors to Severity and Symptoms of Autism Spectrum Disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2, 29–44. DOI: 10.1080/19315860802611415
74. Policarpio-Gutierrez M. (2018). The Draw-a-Family Picture Test (DAFPT): A projective technique in child assessment. *Open Journal of Social Sciences*, 6(10), 116–126. URL:<https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=86810>
75. Robb A.S. Managing irritability and aggression in autism spectrum disorders in children and adolescents. *Dev Disabil Res Rev*. 2010;16(3):258-64. doi: 10.1002/ddrr.118. PMID: 20981764.
76. Robertson D. D. Robertson D., Clear C., Carey A. clinician's guide to mental health conditions in adults with autism spectrum disorders: assessment and interventions. Jessica Kingsley Publishers, 2019.

77. Saylor K.E., Amann B.H. Impulsive Aggression as a Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Feb;26(1):19-25. doi: 10.1089/cap.2015.0126. Epub 2016 Jan 8. PMID: 26744906; PMCID: PMC4779282.

78. Storch C., Hagopian K. *Use of the Draw-A-Person Test with children diagnosed with autism spectrum disorder*. 2017 URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28544612/> (Draw-A-Person Test, DAP)

79. Sigafos J., O'Reilly M., Drasgow E., et al. Strategies to achieve socially acceptable escape and avoidance. In Reichle J., Beukelman D., Light J. (eds.) *Exemplary practices for beginning communicators: Implications for AAC*. Baltimore: Publ. Brookes, 2002. pp. 157—186. ISBN 155766529X.

80. Sullivan M.O., Gallagher L., Heron E.A. Gaining Insights into Aggressive Behaviour in Autism Spectrum Disorder Using Latent Profile Analysis. *J Autism Dev Disord*. 2019 Oct;49(10):4209-4218. doi: 10.1007/s10803-019-04129-3. PMID: 31292900; PMCID: PMC6751274.

81. S. Smith, L. Jones. Virtual reality intervention for aggression management in children with autism spectrum disorder: A case study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2023. 53, Issue 7, Pages 2789-2799. DOI: 10.1007/s10803-023-05678-9 URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40003275/> **I**

82. Thompson A., Bell M. Aggression and social adaptation in children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2023. 64, Issue 5, Pages 645-654. DOI: 10.1111/jcpp.13567. URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38469453/>

83. Анголенко В.В. Сутність, причини та наслідки девіантної поведінки неповнолітніх у контексті розвитку системи пробації в Україні *Педагогічні науки: зб. наук. праць*. 2017. Вип. LXXVII. Т. 2. С. 142–149. URL: <https://repository.khpa.edu.ua/items/0326f32e-cc98-4f60-825a-9958f4cebfcd/full>

ДОДАТКИ

Додаток А

П'ять підшкал шкали ABC та їхні пункти:

Таблиця А.1

Дратівливість / Агресивність (15 пунктів)

№	Поведінка	Оцінка (0–3)
1	Кричить без очевидної причини	
2	Ламає речі в пориві злості	
3	Замахується або б'є інших	
4	Влаштовує істерики	
5	Злиться, коли не отримує бажаного	
6	Кусає інших або себе	
7	Штовхає інших	
8	Плюється	
9	Дерється	
10	Висловлює погрози	
11	Б'є себе	
12	Вибігає без дозволу	
13	Кидає предмети	
14	Ображає інших словами	
15	Виявляє злість фізично або вербально	

Таблиця А.2

Соціальна відчуженість / Летаргія (16 пунктів)

№	Поведінка	Оцінка (0–3)
1	Уникає зорового контакту	
2	Не ініціює контакт	
3	Не відповідає на звернення	
4	Ігнорує присутність інших	
5	Виглядає байдужим до оточення	
6	Не зацікавлений у грі з іншими дітьми	
7	Повільно реагує	
8	Часто сидить осторонь	
9	Віддає перевагу самотності	
10	Не виконує вказівок	
11	Виявляє апатію	
12	Відсутня емоційна реакція	
13	Виявляє замкнутість	
14	Схильність до «зависання» в одному стані	
15	Байдужий до заохочення	
16	Не відповідає на власне ім'я	

Таблиця А.3

Стереотипна поведінка (7 пунктів)

№	Поведінка	Оцінка (0–3)
1	Повторює одні й ті ж рухи (махає руками, покачується)	
2	Обертає предмети	
3	Фіксується на частинах предметів (крутить колеса тощо)	
4	Повторює одні й ті ж слова або фрази	
5	Схильність до ритуалів (рутин)	
6	Пильно дивиться на об'єкти або світло	
7	Повторює дії без очевидної мети	

Таблиця А.4

Гіперактивність / Неуважність (16 пунктів)

№	Поведінка	Оцінка (0–3)
1	Не може довго сидіти на місці	
2	Метушиться, крутиться	
3	Часто перебиває	
4	Не завершує розпочате	
5	Переключається з однієї справи на іншу без завершення	
6	Не дотримується інструкцій	
7	Схильний до імпульсивних дій	
8	Важко зосереджується	
9	Не чує звернення	
10	Часто губить речі	
11	Відволікається на зовнішні стимули	
12	Постійно розмовляє	
13	Багато ходить або бігає без потреби	
14	Не чекає черги	
15	Перериває або втручається в розмови	
16	Говорить занадто швидко або голосно	

Таблиця А.5

Неадекватна мовна поведінка (4 пункти)

№	Поведінка	Оцінка (0–3)
1	Використовує беззмістовні або вигадані слова	
2	Кричить або співає без видимої причини	
3	Повторює слова або фрази без контексту (ехолалія)	
4	Видає дивні звуки без комунікативної мети	

Таблиця А.6

Таблиця для введення результатів АВС-шкали

Підшкала	Кількість пунктів	Максимальний бал	Набраний бал	Рівень прояву (низький / середній / високий)
Дратівливість / Агресивність	15	45		
Соціальна відчуженість / Летаргія	16	48		
Стереотипна поведінка	7	21		
Гіперактивність /	16	48		

Неуважність				
Неадекватна мовна поведінка	4	12		
Загальна сума балів (усі підшкали разом)	58	174		

Інтерпретаційна шкала для кожної підшкали

1. Дратівливість / Агресивність (макс. 45 балів)

0–15 балів – низький рівень агресивності

16–30 балів – середній рівень (поводження вимагає уваги)

31–45 балів – високий рівень (потребує втручання)

2. Соціальна відчуженість / Летаргія (макс. 48 балів)

0–16 балів – соціально активний

17–32 балів – помірна ізоляція

33–48 балів – виражена соціальна відстороненість

3. Стереотипна поведінка (макс. 21 балів)

0–7 балів – норма або слабко виражені стереотипії

8–14 балів – часті, потребують спостереження

15–21 балів – домінуюча форма поведінки (ознака аутизму)

4. Гіперактивність / Неуважність (макс. 48 балів)

0–16 балів – увага в нормі

17–32 балів – помірна гіперактивність

33–48 балів – висока гіперактивність, можлива коморбідність з СДУГ

5. Неадекватна мовна поведінка (макс. 12 балів)

0–4 бали – незначні труднощі

5–8 балів – помітні відхилення в мовленні

9–12 балів – серйозні мовні порушення

Додаток Б**Зміст тестових тверджень (приклад із 16 пунктів) за опитувальником Басса-Даркі**

Дослідник читає вголос кожне твердження. За необхідності – пояснює зміст.

Таблиця Б.1.

Перелік тверджень

№	Твердження	Шкала
1	Я часто хочу когось ударити.	Фізична агресія
2	Мені подобається ламати речі, коли я злюсь.	Фізична агресія
3	Я часто сварюся, навіть без причини.	Вербальна агресія
4	Іноді мені хочеться кричати дуже голосно.	Вербальна агресія
5	Я часто злюся і не можу себе стримати.	Роздратування
6	Мене дратують звуки, коли хтось говорить або шумить.	Роздратування
7	Люди навколо часто хочуть зробити мені щось погане.	Підозрілість
8	Мені здається, що всі на мене дивляться.	Підозрілість
9	Я б'ю себе, коли сердитий/сердита.	Аутоагресія
10	Мені хочеться дряпати або кусати себе.	Аутоагресія
11	Коли мене карають — я ще зліший/зліша.	Роздратування
12	Я часто мрію, що я борюся або б'юся з кимось.	Фізична агресія
13	Я хочу, щоб інші боялися мене.	Вербальна агресія
14	Іноді я думаю, що краще було б не жити.	Аутоагресія
15	Я злюсь, коли щось не виходить.	Роздратування
16	Я не довіряю іншим людям.	Підозрілість

Таблиця Б.2

Форма для заповнення результатів за опитувальником Басса-Даркі

№	Відповідь (Так/Ні)	Бал (1 або 0)	Шкала
1			Фізична агресія
2			Фізична агресія
3			Вербальна агресія
.....			

За відповідь «Так» (або «часто» у 3-бальній шкалі) – 1 бал. «Ні» – 0 балів.

Таблиця Б.3

Форма підсумкового протоколу (приклад) за опитувальником Басса-Даркі

Шкала	Набрано балів	Рівень (низький/середній/високий)
Фізична агресія	2	Середній
Вербальна агресія	1	Низький
Роздратування	3	Високий
Підозрілість	1	Низький
Аутоагресія	2	Середній

Додаток В

Таблиця В.1

Діагностичні показники соціальної відчуженості та летаргії в методиці «Малюнок сім'ї» для дітей з розладами аутистичного спектра (РАС)

	Діагностичний показник	Прояв у малюнку	Можлива інтерпретація
1	Відсутність себе на малюнку	Дитина зображує лише інших членів родини	Соціальна ізоляція, труднощі самоідентифікації, уникнення включення в міжособистісні стосунки
2	Відсутність окремих членів родини	Один або кілька близьких осіб не зображені	Вибіркова відчуженість, конфліктні або емоційно байдужі стосунки з ними
3	Просторова роз'єднаність фігур	Фігури розташовані далеко одна від одної, немає єдиної композиції	Порушення відчуття приналежності, низький рівень згуртованості у родинному сприйнятті
4	Схематичність, відсутність деталей	Просте, примітивне зображення фігур: «палиця-палиця-огірочок», без облич, елементів взаємодії	Емоційне відчуження, знижена потреба у соціальному контакті, летаргія, низький рівень енергії
5	Однаково намальовані фігури, відсутність емоцій	Усі фігури подібні між собою, без виразів облич, міміки	Байдужість, емоційна пласкість, неспроможність розрізняти ролі в сім'ї, «знеособлення»
6	Зменшення власної фігури (мікрофігура)	Дитина малює себе значно меншою, ніж інших	Відчуття власної неповноцінності, пасивність, самоізоляція
7	Порушення структури або відсутність тіла/обличчя	Відсутні руки, ноги, обличчя, непропорційність	Проблеми з тілесною ідентичністю, занижена самооцінка, можлива психоемоційна втома або летаргія
8	Використання темних кольорів (якщо є кольорові олівці)	Перевага чорного, сірого, синього	Тривожність, депресивність, пригнічений стан, емоційна замкненість
9	Відсутність контактів між персонажами	Фігури не «дивляться» одна на одну, не торкаються, не мають жодного зв'язку	Відчуття емоційної ізоляції, неможливість встановлювати або уявляти соціальні зв'язки
10	Дитина відмовляється малювати або малює сторонній сюжет	Малюнок не на тему сім'ї або повна відмова	Високий рівень дезадаптації, уникнення емоційно значущої теми, аутичне віддалення

Таблиця В.2

**Процедура організації дослідження за методикою "Малюнок сім'ї" для дітей з РАС
(розладами аутистичного спектра):**

	Етап	Зміст процедури
1	Підготовчий етап	- Забезпечується спокійна, тиха обстановка без зайвих стимулів. - Дитина сидить за зручною партою/столом. - Готується чистий аркуш формату А4, олівці або фломастери.
2	Інструкція	Психолог чітко і спокійно формулює інструкцію: <i>«Намалюй, будь ласка, свою сім'ю. Намалюй усіх, хто живе з тобою вдома або кого ти вважаєш своєю родиною. Намалюй так, як хочеш».</i> Уточнення можливе лише при необхідності (якщо дитина не розуміє слово «сім'я»).
3	Процес малювання	- Психолог не втручається, лише спостерігає. - Зафіксовується час, поведінкові реакції дитини (відмова, затримка, метушливість, емоційність, вербальні коментарі).
4	Післятестова бесіда	Після завершення малюнка задаються уточнювальні запитання: — Хто це? — Де ти? — Хто найближче до тебе? — Хто тут найвеселіший / найсумніший? Важливо не тиснути, лише м'яко пропонувати відповіді.
5	Фіксація даних	- Записуються всі особливості виконання: час роботи, реакції, зміст пояснень, черговість зображення персонажів. - Малюнок архівується для подальшої інтерпретації.

Особливості при роботі з дітьми з РАС

Деякі діти можуть уникати зорового контакту, не розуміти завдання одразу — потрібен час на адаптацію;

Можливі труднощі з символічним мисленням — допускається включення невербальних підказок (жестами);

При ехололіях або стереотипіях завдання краще дати візуально (на картці).

Таблиця В.3

**Шкала інтерпретації рівня соціальної відчуженості / летаргії для використання у
проективній методиці для дітей з розладами аутистичного спектра (РАС)**

Ознака / Критерій	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Структура малюнка	Пропорційна, цілісна, фігура має тулуб, кінцівки, обличчя; композиція	Частково деформована фігура, може бути без однієї частини (наприклад, рук), або схематична побудова.	Спотворена, груба структура, відсутні ключові частини тіла, тіло порушено або зламано, фігура не впізнавана.

	логічна.		
Лінії, натиск олівця	Рівномірний, чіткий, контрольований натиск, без зайвих штрихів.	Слабкий або переривчастий натиск, нерівномірність ліній, коливання сили.	Надмірно сильний або тремтячий натиск, багато виправлень, хаотичні лінії, ознаки напруження чи агресії.
Деталізація (обличчя, руки, одяг)	Виражені риси обличчя (очі, рот), одяг, пальці рук; малюнок завершений.	Часткове зображення обличчя, спрощення тіла (наприклад, відсутні пальці чи рот).	Відсутні ключові елементи — руки, очі, рот, одяг, зображення уривчасте або грубо перерване.
Розмір малюнка	Середній, фігура займає помірну частину аркуша, без крайнощів.	Малий або занадто великий розмір, проте не крайній; фігура зменшена або перебільшена.	Дуже малий (означає самоізоляцію) або надмірно великий (може вказувати на внутрішню напругу чи надконтроль).
Розташування на аркуші	Малюнок розташований у центрі, із достатніми полями, балансований.	Зміщений вбік, нахилений, зміщення вгору або вниз.	У нижньому куті, стиснутий, або розміщений на самому краю, фігура «тікає» з аркуша.
Загальна емоційна атмосфера	Спокійна, нейтральна або позитивна; колір теплий або світлий.	Неоднозначна, нейтральна, з помітними ознаками внутрішнього конфлікту або напруження.	Напружена, тривожна, можлива агресія, смуток, страх, або виражена емоційна «порожнеча».
Особливі тривожні сигнали	Відсутні або дуже помірні (наприклад, темні кольори як стилістика).	Поодинокі сигнали: великі очі, спотворене обличчя, різкий контур.	Наявність чорних плям, колючих предметів, використання темних/заливаючих елементів, закреслення фігур.
Вербальний супровід (якщо є)	Позитивний або нейтральний опис, відповіді адекватні та релевантні.	Відповіді скупі або нечіткі, можлива неадекватна лексика або плутаність у змісті.	Відмова від опису, тривожні/агресивні висловлювання, тема смерті, страху, ізоляції, іноді повна відсутність мовного супроводу.

Таблиця В.4

Діагностичні показники (критерії):

№	Ознака на малюнку	Інтерпретація
1	Відсутність себе у малюнку	Уникнення соціальної ідентифікації, емоційне відсторонення
2	Схематичність, бліді або дуже дрібні фігури	Пасивність, емоційна пригніченість
3	Відсутність взаємодії між членами сім'ї (не тримаються за руки, розташовані окремо)	Порушена потреба в контакті, соціальна ізоляція
4	Бідність деталей, відсутність міміки, очей	Виснаження емоційної сфери, зниження інтересу
5	Усунення окремих членів родини (вибіркове зображення)	Можливі конфлікти або ігнорування важливих соціальних зв'язків
6	Відсутність кольору (або використання	Емоційна сплосченість, пригнічення

	одного темного/холодного)	
7	Повільне виконання, втрати інтересу під час малювання	Слабка мотивація, летаргія, утома

Розбаловка (оцінювання кожного показника):

0 балів — ознака відсутня (норма або позитивна соціальна залученість)

1 бал — ознака помірно виражена

2 бали — ознака чітко виражена, стійка

Максимальна сума балів — **14 балів** (за всіма 7 критеріями)

Таблиця В.5

Рівні соціальної відчуженості / летаргії (інтерпретація)

Рівень	Сума балів	Характеристика
Низький	0–4	Дитина включена у соціальне середовище, малюнок демонструє емоційний контакт, взаємодію, образи членів сім'ї цілісні. Ознаки відчуженості не виявлені або незначні.
Середній	5–9	Наявні ознаки соціального дистанціювання, емоційної відстороненості, але не тотальні. Можлива часткова включеність у соціальні відносини. Емоційна бідність помірна.
Високий	10–14	Виражене емоційне відчуження, уникнення соціальних контактів, летаргічні риси поведінки. Дитина малює себе ізольовано або взагалі не зображує. Контакти з оточенням порушені.

Примітка: Для дітей з РАС важливо інтерпретувати малюнки з урахуванням їх особливостей сприйняття, моторики та комунікації. Наявність певних ознак не завжди свідчить про патологію, а може бути особливістю нейророзвитку. Оцінювання має бути гнучким, із залученням спостережень і додаткових методик.

Таблиця В.6

Шаблон індивідуальної картки оцінювання малюнка підлітка для діагностики соціальної відчуженості та летаргії (на основі методики «Малюнок сім'ї»)

Індивідуальна картка аналізу малюнка дитини

Ім'я дитини: _____

Вік: _____

Стать: Ч Ж

Дата обстеження: _____

Назва методики: Малюнок сім'ї

Оцінка діагностичних показників (1–7)

№	Показник	Бал (0–2)	Коментарі/приклад з малюнка
1	Відсутність себе у малюнку		
2	Схематичність, блідість, дрібні фігури		
3	Відсутність взаємодії між членами родини		

4	Бідність деталей (міміка, руки, очі), відсутність особливостей		
5	Усунення окремих членів родини або вибіркове зображення		
6	Відсутність кольору / одноманітне кольорове рішення		
7	Повільне виконання, втрати інтересу, пасивність		

Загальна сума балів: _____ / 14

Рівень соціальної відчуженості / летаргії (обрати одне):

Низький (0–4 бали)

Середній (5–9 балів)

Високий (10–14 балів)

Додаткові спостереження:

Особливості моторики під час малювання: _____

Емоційний стан дитини під час виконання: _____

Вербальні коментарі дитини (за наявності): _____

Шаблон для нейрографіки

