

ПРОБЛЕМА ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З РАС: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОКОРЕКЦІЇ

THE PROBLEM OF DEVIANT BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ASD: THEORETICAL ANALYSIS AND MODERN APPROACHES TO PSYCHOCORRECTION

У статті здійснено ґрунтовний теоретичний аналіз проблеми девіантної поведінки в дітей і підлітків з розладами аутистичного спектра (РАС), що на тепер залишається однією з найменш досліджених у сучасній психології, педагогіці та медицині. Висвітлено особливості перебігу підліткового віку як критичного періоду розвитку, у якому поєднуються біологічні, психологічні та соціальні трансформації, що у випадку розладів аутистичного спектра значно ускладнюють процес соціалізації та підвищують ризик виникнення агресивних і дезадаптивних проявів. Проаналізовано ключові чинники, що впливають на формування девіантної поведінки, як-от: високий рівень тривожності, емоційна дезрегуляція, труднощі у сфері комунікації, сенсорна гіперчутливість, соціальні бар'єри та специфіка сімейного виховання. На основі сучасних досліджень розглянуто й узагальнено підходи до корекції девіантних форм поведінки. Особливу увагу приділено аналізу ефективності прикладного аналізу поведінки (АВА-терапії), когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), методів сенсорної інтеграції, програм TEACCH, моделей PRT і DIR/Floortime, які довели результативність у зниженні рівня тривожності й агресивності, розвитку комунікативних навичок і підвищенні соціальної адаптації. Окреслено значення інклюзивного навчання як протективного чинника девіантної поведінки, а також потенціал музейної педагогіки, що створює умови для безпечної соціальної взаємодії та культурної інтеграції. Підкреслено, що подолання девіантної поведінки в дітей і підлітків з розладами аутистичного спектра потребує комплексного міждисциплінарного підходу, який інтегрує медичну, психологічну й педагогічну підтримку, а також активну участь сім'ї та суспільства у створенні безпечного середовища. Зроблено висновок про перспективність поєднання традиційних психокорекційних методів та інноваційних соціально-педагогічних стратегій, що відкриває нові можливості для успішної соціалізації, удосконалення практичної допомоги й розвитку майбутніх емпіричних досліджень у цій сфері. Окремо наголошено на необхідності ранньої діагностики тривожності та підготовки кваліфікованих фахівців, здатних впроваджувати комплексні програми підтримки підлітків з розладами аутистичного спектра.

Ключові слова: девіантна поведінка, розлади аутистичного спектра, підлітковий вік, психокорекція, когнітивно-поведінкова терапія, інклюзивна освіта, соціальна адаптація.

The article provides a comprehensive theoretical analysis of the problem of deviant behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD), which remains one of the least explored issues in contemporary psychology, pedagogy, and medicine. The specific features of adolescence are considered as a critical developmental stage characterized by biological, psychological, and social transformations that, in the case of ASD, significantly complicate socialization and increase the risk of aggressive and maladaptive manifestations. The key factors influencing the formation of deviant behavior are analyzed, including high levels of anxiety, emotional dysregulation, difficulties in communication, sensory hypersensitivity, social barriers, and the specifics of family upbringing. Based on modern scientific research, different approaches to the correction of deviant behavior are reviewed and summarized. Particular attention is paid to the analysis of the effectiveness of Applied Behavior Analysis (ABA therapy), Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), sensory integration methods, TEACCH programs, as well as Pivotal Response Treatment (PRT) and DIR/Floortime models, which have demonstrated efficacy in reducing anxiety and aggression, developing communication skills, and improving social adaptation. The importance of inclusive education as a protective factor against deviant behavior is highlighted, along with the potential of museum pedagogy as an innovative strategy that creates conditions for safe social interaction and cultural integration. It is emphasized that overcoming deviant behavior in children and adolescents with ASD requires a comprehensive interdisciplinary approach integrating medical, psychological, and pedagogical support, as well as the active involvement of families and society in creating a safe environment. The article concludes on the prospects of combining traditional psychocorrectional methods with innovative socio-pedagogical strategies, which opens up new opportunities for successful socialization, the improvement of practical support, and the advancement of future empirical research in this field. Special attention is given to the necessity of early diagnosis of anxiety and the training of qualified professionals capable of implementing comprehensive support programs for adolescents with ASD.

Key words: deviant behavior, autism spectrum disorders, adolescence, psychocorrection, cognitive-behavioral therapy, inclusive education, social adaptation.

УДК 159.9

DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.77.1.33>

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Продан Є.О.

аспірант, викладач кафедри загальної та соціальної психології
Дніпровський національний університет
імені Олеся Гончара
ORCID ID: 0009-0005-8566-4299

Ходотаєв А.А.

аспірант, викладач кафедри загальної та соціальної психології
Дніпровський національний університет
імені Олеся Гончара
ORCID ID: 0000-0002-5413-5619

Вступ. Проблематика розладів аутистичного спектра (далі – РАС) є однією з найбільш обговорюваних серед наукової спільноти як в Україні, так і в зарубіжних країнах. За запитом “autism spectrum disorder” (з англ. – розлад аутистичного спектра)

у базі даних PubMed можна знайти понад 61 000 різних публікацій, присвячених проблемам РАС.

РАС по своїй суті є сукупністю медичних, психологічних і соціальних аспектів. Саме тому варто приділити особливу увагу РАС в підлітковому періоді.

Підлітковий період сам собою є складним перехідним етапом від дитинства до дорослості, що супроводжується значними перебудовами в організмі людини – як фізичними, так і психологічними. Це час емоційних трансформацій і соціальних викликів, які вже самі здатні виявляти різні особистісні аспекти. Додавання комплексу РАС в цьому віці ускладнює соціалізацію підлітка, що, імовірно, може сприяти девіантній поведінці.

Девіантну поведінку в підлітків з РАС можна розглядати як реакції на труднощі комунікації в соціумі або як спробу впоратися із внутрішніми конфліктами. Зокрема, вони можуть неправильно інтерпретувати вербальні та невербальні сигнали від оточення, що здатне призвести до ненавмисних конфліктів і можливих проявів агресії. Оскільки підлітки з РАС мають труднощі соціальної взаємодії, пов'язані з очікуваннями та правилами суспільства, вони можуть демонструвати поведінку, яка іншим здається недоречною або неадекватною ситуації. Це спричиняє додаткові труднощі у спілкуванні підлітка як із ровесниками, так і з дорослими, що може посилювати емоційні проблеми й ускладнювати соціальну адаптацію.

Запобігання розвитку девіантної поведінки в підлітків з РАС та їх соціальна адаптація є однією із ключових проблем. Це потребує глибокого розуміння особливостей перебігу РАС в підлітковому періоді як з боку фахівців, так і з боку суспільства. Потрібне розроблення стратегії, яка могла б знижувати ризики виникнення девіантної поведінки. Включення підлітка в соціальне життя, розвиток його комунікативних навичок і навчання соціальних правил здатні суттєво знизити ризик девіантної поведінки. Важливу роль відіграють підтримка з боку сім'ї та суспільства, створення безпечного й такого, що розуміє, середовища, яке сприятиме соціальній адаптації та особистісному зростанню.

Отже, розуміння взаємозв'язку між РАС та девіантною поведінкою в підлітковому віці є важливим для розроблення ефективних підходів до превенції і корекції такої поведінки. Це потребує комплексного підходу з урахуванням як психологічних і медичних аспектів РАС, так і емоційних і соціальних чинників, що впливають на поведінку підлітка.

Основна частина. Поширеність РАС серед дітей і підлітків зростає з кожним роком. За даними досліджень у США та Центру з контролю захворювань, станом на 2000 р. 1 дитина зі 150 мала аутизм, тоді як у 2023 р. – уже 1 із 36 дітей [22]. В Україні, як і в інших країнах, також спостерігається зростання кількості дітей і підлітків віком до 17 років з РАС. За даними МОЗ України, у 2008–2013 рр. захворюваність на РАС зросла у 3,8 раза – із 2,4 до 9,1 на 100 тис. дитячого населення [11]. За результатами епідеміологічного аналізу Л.О. Турової та Т.А. Вежновець, поширеність РАС в дитячому населенні України за період 2008–2020 рр. збільшилася із 13,82 до 146,03 на 100 тис., а захворюваність – із 2,28 до 22,15 на 100 тис. дитячого населення. Про-

гноз до 2025 р. свідчить про подальше зростання цього показника [14]. Водночас варто враховувати, що ці цифри можуть бути заниженими через недоконалу систему діагностики та нерівний доступ до спеціалізованої допомоги в регіонах.

Девіантна поведінка може проявлятися різними способами – агресією, самопошкодженням, ухиленням від відвідування школи, асоціальною та протиправною поведінкою. Раніше вже зверталася увага на брак уваги до проблеми агресивної поведінки підлітків, а також на відсутність єдиної концепції у визначенні девіантності. Проблема девіантної поведінки в підлітків з РАС є «білою плямою» у сучасній науці. За даними PubMed, лише приблизно 6 000 публікацій стосуються цієї проблематики.

Попри невелику кількість досліджень у цій сфері, наявні дані свідчать про високу поширеність агресивної та девіантної поведінки в підлітків з РАС. Згідно з дослідженнями, понад половина батьків і опікунів стикаються з такими проявами. Водночас майже половина тих, хто стикається з такою поведінкою, не належить до близького кола підлітка [20; 28]. Агресія може проявлятися як у фізичній, так і у вербальній формах. Дослідження М. Моїс, Л.Е. Андрей, І. Міхайлеску, А.М. Буїка, Ф. Рад показують, що підлітки з РАС мають значно підвищені рівні вербальної агресії і реактивності за фрустрації порівняно з типово розвиненими однолітками [34].

Особливостями перебігу РАС у підлітків цікавилися багато науковців. С.Е. Brown зі співавторами [21] вважають, що ключовим чинником у розвитку агресивної та девіантної поведінки в цієї категорії є зовнішні подразники, як-от шум і порушення звичного розпорядку дня. Інші ж автори вважають, що саме гнів лежить в основі формування такого типу поведінки, не виключають водночас впливу тривоги й такого її прояву, як тривожність. Саме тривожність здебільшого ускладнює ранню діагностику РАС або супроводжує його та погіршує перебіг [21; 24].

Сучасні емпіричні дані засвідчують, що тривожність є соціально значущим чинником у шкільному середовищі та має тісний зв'язок із проявами агресії в підлітків з розладами аутистичного спектра. Так, С.А.Р. Purba зі співавторами (2024 р.) у своєму дослідженні відзначили, що підвищений рівень тривожності в підлітків із РАС корелює з більшою частотою агресивних реакцій, особливо в контексті взаємодії з ровесниками в навчальному середовищі [36]. Подібні результати отримали Р. Баведжа зі співавторами (2023 р.), які встановили, що в підлітків з високофункціональним аутизмом тривожність значно асоціюється як із фізичною агресією щодо інших, так і з аутоагресивними проявами [19]. П.Дж. Амблер (2015 р.) у результаті проведеного аналізу поведінки підлітків з РАС в загальноосвітніх школах довела, що саме соціальна тривожність виступає предиктором агресивної поведінки у шкільному середовищі. Учні з висо-

ким рівнем соціальної тривожності демонстрували більшу конфліктність у спілкуванні з однолітками та педагогами [16].

Дослідження Е. Рінальдо (2023 р.) показало, що навіть після контролю віку, когнітивних і соціальних характеристик тривожність залишається вагомим чинником ризику агресивної поведінки в дітей і підлітків з РАС. Водночас розвинені соціальні навички частково послаблюють цей зв'язок, знижують імовірність агресивних проявів [37].

У дослідженні, що проведено К. Лічмен зі співавторами (2024 р.), виявлено, що високий рівень тривожності в дітей і підлітків з РАС асоціюється із труднощами емоційної регуляції та нестабільною поведінкою. Це свідчить про те, що тривожність не лише ускладнює соціальну адаптацію, але й може опосередковано проявлятися через агресію у шкільному середовищі [32].

Отже, результати досліджень підтверджують, що тривожність виконує роль як емоційного тригера, так і поведінкового предиктора агресії та девіантних проявів у підлітків з РАС. Це підкреслює необхідність ранньої діагностики тривожності та її цілеспрямованої корекції в умовах освітніх інституцій, оскільки своєчасне втручання може суттєво знизити ризик агресивної та дезадаптивної поведінки.

Окрім тривоги, як предиктора агресивної поведінки, автори С.М. Канне та М.О. Мазурек вважають, що одним із чинників ризику девіантної та агресивної поведінки може бути сімейне середовище, як-от низький рівень освіти батьків, їхні невисокі доходи та часто авторитарний стиль виховання [28]. До біологічних чинників можна віднести чоловічу стать, затримку мовленнєвого розвитку та молодий вік матері під час народження дитини.

Терапія агресивної та девіантної поведінки в підлітків, на нашу думку, має бути не лише медикаментозною, а й психотерапевтичною.

Багато дослідників зосереджують увагу на фармакотерапії цих проявів, відзначають у своїх роботах ефективність таких нейролептиків, як Арипіпразол, Рисперидон і Оланзапін [26; 31; 40]. Проводилися дослідження щодо Луразидону, Зипразидону та Кветіапіну, проте вони показали меншу ефективність щодо агресивної поведінки в підлітків з РАС.

У разі використання Палиперидону спостерігався нижчий показник набору ваги під час терапії, проте вплив на агресивну поведінку також був менш виражений. Водночас допускається використання таких препаратів, як Вальпроат, Ламотриджин, Літій, Клонідин [23; 38]. М. Лемі та К.А. Еріксон у своїх працях зазначають, що застосування СИЗС можливе, проте не має достатньої доказової бази щодо ефективності в терапії [31].

Одним із важливих чинників є токсичність медикаментозної терапії, що, своєю чергою, спонукає до пошуку немедикаментозних методів підтримки.

Корекційні підходи до подолання девіантної поведінки в підлітків з РАС

Натепер програми, засновані на поведінковій терапії, спрямовані на поліпшення спілкування батьків з дитиною, а також акцентовані на розвитку комунікативних і соціальних навичок, мають найбільшу доказову базу й можуть розглядатися як ефективні щонайменше в короткостроковій перспективі (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Затверджено МОЗ 15 червня 2015 р. № 341) [10].

Applied Behavior Analysis (з англ. – прикладний аналіз поведінки (далі – АВА)) використовується як метод терапії за наявності РАС досить ефективно, базуючись на позитивному підкріпленні, що сприятливо позначається на поведінкових, соціальних і комунікативних навичках, а також покращує якість навчання підлітків з РАС у школах. Метод ґрунтується на підкріпленні бажаної поведінки й пригніченні небажаної, однак має суттєве обмеження – бар'єр у комунікації. Найчастіше підліткам з РАС надзвичайно складно виразити свої емоції та відчуття через чітко сформульовану вербальну комунікацію [25; 35].

У сучасній українській науковій літературі питання застосування біхевіористичних підходів до корекції поведінки дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) розробляє Л. Рибченко, яка аналізує можливості впровадження АВА-терапії в освітню практику й окреслює перспективи її адаптації до вітчизняних умов [12]. Водночас С. Калашник зосереджує увагу на інтеграції біхевіоральних методів у системі спеціальної освіти, підкреслює необхідність адаптації зарубіжного досвіду щодо потреб дітей з особливими освітніми потребами в Україні [6].

Іншим ефективним методом є **Functional Behaviour Assessment** (з англ. – функціональна оцінка поведінки (далі – FBA)) [39]. Цей підхід ґрунтується на аналізі методів виявлення передумов і чинників, що впливають на поведінку підлітків з РАС. По суті, FBA є цілою стратегією, яка передбачає використання таких методів, як спостереження, інтерв'ю та фіксація поведінкових даних із подальшим аналізом. FBA продемонструвала ефективність у корекції агресивної чи девіантної поведінки підлітків з РАС. Вона не завжди усуває таку поведінку повністю, але здатна значно знизити її прояви, частоту й інтенсивність [39].

Модель розвитку, індивідуальних відмінностей та відносин (далі – DIR), також відома як "Floortime", концептуально інтегрується в АВА-моделі та є одним із методів терапії для дітей і підлітків з РАС [43]. Концепція моделі передбачає провідну роль батьків у терапії дитини чи підлітка з РАС. Вона допомагає знижувати рівень агресії та тривожності через ігрові форми взаємодії з дорослими, де останні є повноправними учасниками процесу. DIR передбачає поетапний підхід і складається із 6 базових рівнів і додаткових. Якщо типовий розвиток дозволяє дитині опанувати

базовий рівень до 3–4 років, то в дітей з РАС цей процес може потребувати набагато більше часу через особливості емоційного розвитку. Модель DIR забезпечує індивідуальний підхід.

Одним із перспективних напрямів у немедикаментозній терапії РАС дослідники розглядають **Pivotal Response Treatment** (далі – PRT) – терапію базової реакції [27; 33]. Проведені Ф. Мохаммад-захері й іншими у 2015 р. дослідження показали вищу ефективність щодо девіантної поведінки порівняно з АВА-терапією. На відміну від традиційної АВА, PRT зосереджується на мотивації дитини чи підлітка, самовизначенні та реакції на соціальні контакти, водночас не створює штучного середовища, а базується на реальних життєвих ситуаціях і взаємодіях [33]. PRT максимально заохочує ініціативу самого підлітка.

Дослідження також показали ефективність використання **когнітивно-поведінкової терапії** (далі – СБТ) як методу лікування тривожності та схильності до агресії в підлітків з РАС [42]. Проте існує суттєве обмеження – тяжкість перебігу РАС у підлітків. У довгостроковій перспективі СБТ демонструє позитивні результати, що підтверджується низкою досліджень [29; 44]. У 2018 р. було показано, що ефективність може спостерігатися як в індивідуальній роботі, так і у групових заняттях із дітьми та підлітками з РАС [29]. Також серед сучасних фахівців у галузі когнітивно-поведінкової терапії особливе місце посідає австралійський психолог Т. Аттвуд, який у своїх працях детально розкриває можливості застосування когнітивно-поведінкової терапії в роботі з дітьми із синдромом Аспергера. Він підкреслює ефективність цього підходу в розвитку соціальних навичок, подоланні тривожності та формуванні позитивної самооцінки, що має ключове значення для успішної соціальної адаптації дітей з РАС [17].

Серед українських авторів помітним є внесок С. Дерев'янка, яка вказує на перспективність когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ) у роботі з дітьми з розладами спектра аутизму та досліджує можливості її адаптації до реабілітаційних практик в Україні [5]. Дослідження О. Антошик показують, що використання елементів КПТ сприяє розвитку навичок емоційного розпізнавання і саморегуляції в дітей з РАС, що, своєю чергою, позитивно впливає на їхній психологічний стан і соціальну адаптацію [2].

Сенсорна інтеграція (далі – СІ). Багато девіантних проявів у підлітків з РАС (істерики, аутоагресія, уникання шкільних занять) мають сенсорне підґрунтя. Перевантаження звуками, світлом чи дотиками викликає в дитини реакції, які оточення сприймає як девіантні. Метод сенсорної інтеграції, започаткований А. Айрес [15], спрямований на гармонізацію сенсорного досвіду й формування більш адаптивних реакцій на подразники.

Українські дослідники І. Григус та І. Крук [3] зазначають, що застосування програм СІ зменшує рівень тривожності й агресивності, а також

підвищує здатність дитини до соціальної взаємодії. О. Кіпаренко [8] доводить, що СІ може бути ефективним інструментом профілактики аутоагресії, адже допомагає дитині краще усвідомлювати власне тіло та його межі.

Інклюзивне навчання є **протективним чинником** щодо девіантної поведінки. Дитина з РАС, яка залишається ізольованою від колективу, має підвищений ризик формування асоціальної поведінки або уникання навчання. Перебування в інклюзивному середовищі за умови кваліфікованого педагогічного супроводу дозволяє дитині поступово засвоювати соціальні правила, набувати досвіду конструктивних взаємодій і уникати стигматизації.

І. Демченко [4] підкреслює значення методичних матеріалів для педагогів у роботі з дітьми з РАС, а О. Мартинчук [9] показує, що інтеграція таких дітей у загальноосвітні класи знижує рівень конфліктності й відчуження, які часто є предикторами девіантної поведінки.

Іншим перспективним напрямом є **музейна педагогіка**, яка відкриває нові можливості для профілактики девіантної поведінки через культурний і сенсорний досвід. Участь в адаптованих музейних програмах дозволяє дітям з РАС виражати емоції соціально прийнятним способом, знижує рівень тривожності та запобігає формуванню агресивних реакцій у стресових умовах.

Праці Х. Сільверман [41] та ініціатива “Autism in Museums” [18] демонструють, що музейне середовище може виступати безпечним майданчиком для розвитку соціальних навичок і подолання поведінкових бар'єрів. В Україні О. Квас та І. Земан [7] обґрунтовують інклюзивний потенціал музеїв, адаптивні ж програми у Києві вже показали позитивний вплив на соціальну взаємодію дітей з РАС.

ТЕАССН спрямована на структуроване навчання та організацію простору. Однією з основних причин девіантної поведінки є фрустрація через непередбачуваність середовища. Використання візуальних підказок, розкладів і структурованих інструкцій дозволяє зменшити рівень тривоги й агресії, запобігти зривам і аутоагресії.

В українських закладах спеціальної та інклюзивної освіти вже застосовуються окремі елементи ТЕАССН (розклади, піктограми, чітка організація простору), що підтверджує її ефективність як профілактичного інструменту щодо девіантних проявів [13].

Роль сім'ї та міждисциплінарної команди. Сім'я є визначальним чинником у формуванні або подоланні девіантної поведінки. Авторитарний стиль виховання чи відсутність розуміння особливостей дитини можуть провокувати агресію та асоціальність. Натомість навчальні програми для батьків, які включають стратегії роботи з агресією, аутоагресією та емоційною регуляцією, довели свою ефективність у зниженні частоти девіантних проявів [1].

Міждисциплінарна команда (психолог, дефектолог, логопед, психіатр, педагог) забезпечує комплексний підхід, завдяки якому девіантна поведінка розглядається не лише як проблема дитини, а і як наслідок взаємодії середовища, сім'ї та освітніх умов.

Виходячи із проведеного аналізу, зрозуміло, що в галузі немедикаментозної терапії девіантності, агресії та тривожності в дітей і підлітків з РАС зроблено значний крок уперед, однак досі залишається багато невідомого в цій сфері досліджень.

Висновки. Отже, аналіз літератури свідчить, що проблема девіантної та агресивної поведінки в підлітків з РАС залишається недооціненою і мало дослідженою. Вона показує труднощі у формуванні єдиної концепції профілактики та терапії девіантної поведінки в цієї групи. Дослідники досі не дійшли єдиного розуміння в систематизації діагностичних підходів до цієї проблематики. Невелика кількість досліджень лише ускладнює ситуацію.

Важливим аспектом є соціально-педагогічна підтримка не лише підлітка з РАС, але й сім'ї загалом. Робота має бути спрямована на стабілізацію емоційного стану всіх членів родини, навчання методів подолання стресу й релаксації. Необхідно забезпечити підліткам безпечний простір, де вони могли б вільно виражати свої почуття та емоції; навчити справлятися з переживаннями, виробляти стратегії взаємодії із тривогою, стресами та зовнішніми подразниками.

З огляду на можливості медикаментозної корекції девіантної та агресивної поведінки в підлітків з РАС варто віднести це питання й до медичного аспекту, що, своєю чергою, має відображатися в міжнародних медичних класифікаціях. На нашу думку, це могло б сприяти виробленню єдиного розуміння проблематики та стандартизації підходів до профілактики.

У підсумку варто зазначити, що підходи до профілактики й терапії девіантної поведінки в підлітків з РАС мають бути не лише міждисциплінарними, а й спрямованими на індивідуальну роботу з підлітком. Поєднання освітньої, медичної, психологічної роботи та підтримки сім'ї дає можливість створити сприятливе середовище, забезпечити соціальну адаптацію та запобігати девіантній поведінці підлітка з РАС.

Виходячи із проведеного аналізу, можна зробити висновок: у сфері немедикаментозної терапії девіантності, агресії та тривожності в дітей і підлітків з РАС досягнуто значного прогресу, проте ще багато залишається невивченим.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Альошина А. Система корекційної роботи з дітьми раннього дитячого аутизму. Херсон : ХДУ, 2021. 70 с.
2. Антошик О. Ефективність КПТ тривожних розладів у людей з розладами спектра аутизму: системний огляд літератури. URL: <https://er.ucu.edu.ua/items/19708427-667b-4f88-9e3a-304f391a48f9>

3. Григус І., Крук І. Сенсорна інтеграція дітей з раннім аутизмом. *Rehabilitation and Recreation*. 2022. № 11. Р. 102–110.

4. Демченко І. Сутність поняття «інклюзивна педагогіка». URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/902/1/INKLUS_PEDAGOGIKA_tesy.pdf

5. Дерев'яно С. Когнітивно-поведінкова терапія. URL: <http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/123456789/9108/1/Когнітивно-поведінкова%20терапія.pdf>

6. Калашник С. Огляд методик корекції поведінкових порушень у дітей з РАС. URL: <https://dspace.hnpu.edu.ua/items/3c35db0b-2335-4745-a0a5-bbe2519d0db6>

7. Квас О., Земан І. Музейна педагогіка як інструмент розширення освітнього простору. *Молодь і ринок*. 2019. № 5. С. 12–17.

8. Кіпаренко О. Сенсорна інтеграція як метод корекції розладів у дітей. *Проблеми сучасної психології*. 2020. № 49. С. 152–176.

9. Мартинчук О. Інклюзивна педагогіка як науковий чинник формування компетентності у сфері інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2019. № 13. С. 157–175.

10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)»: наказ МОЗ України від 15.06.2015 р. № 341. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0341282-15>

11. Аутизм. *МОЗ України / Центр громадського здоров'я*. [Електронний ресурс]. URL: <https://phc.org.ua/en/node/1558>

12. Рибченко Л. Організація корекційної роботи з дітьми з аутистичними проявами у світовій практиці. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19 «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія»*. 2014. № 28. С. 189–193.

13. Скрипник Т. Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт». Київ, 2013. 234 с.

14. Турова Л., Вежновець Т. Dynamics of the incidence and prevalence of autism spectrum disorders in childhood in Ukraine. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 2024. № 8 (144). Р. 65–71. DOI: 10.15574/SP.2024.8(144).6571

15. Ayres A.J. Sensory Integration and the Child. Los Angeles : Western Psychological Services, 1972.

16. Ambler P.G., Eidsen A., Gregory Ch. Anxiety and aggression in adolescents with autism spectrum disorders attending mainstream schools. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2015. Vol. 18. Р. 97–109. DOI: 10.1016/j.rasd.2015.07.005

17. Attwood T. Autism Spectrum Disorders in Boys and Men. *Men's Health*. 4th ed. 2021. Р. 325–329.

18. Baldino S.D. Museums and autism: creating an inclusive community for learning. *Museums, Equality and Social Justice*. Routledge, 2012. Р. 217–228. DOI: 10.4324/9780203120057-22

19. Baweja R., Waschbusch D.A., Mayes S.D. Physical aggression toward others and self: correlates in autism, ADHD, and population-based samples. *JAACAP*

Open. 2023. № 1 (4). P. 274–283. DOI: 10.1016/j.jaacop.2023.07.004

20. Blackmore C.E., Woodhouse E.L., Gillan N. et al. Adults with autism spectrum disorder and the criminal justice system: an investigation of prevalence of contact, risk factors and sex differences. *Autism*. 2022. № 26 (8). P. 2098–2107. DOI: 10.1177/13623613221081343

21. Brown C.E., Quetsch L.B., Aloia L.S., Kanne S.M. Characteristics and correlates of aggressive behavior in autistic youths. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2024. № 54 (4). P. 1264–1280. DOI: 10.1007/s10803-022-05876-6

22. Centers for Disease Control and Prevention. *Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder*. CDC. 2024 [Електронний ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

23. DeFilippis M., Wagner K.D. Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. *Psychopharmacology Bulletin*. 2016. № 46 (2). P. 18–41.

24. Fitzpatrick S.E., Srivorakiat L., Wink L.K., Pedapati E.V., Erickson C.A. Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016. № 12. P. 1525–1538. DOI: 10.2147/NDT.S84585

25. Goodwin M.S., Mazefsky C.A., Ioannidis S., Erdogmus D., Siegel M. Predicting aggression in youth with autism using a wearable biosensor. *Autism Research*. 2019. № 12 (8). P. 1286–1296. DOI: 10.1002/aur.2151

26. Iffland M., Livingstone N., Jorgensen M., Hazell P., Gillies D. Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023. Vol. 10. CD011769. DOI: 10.1002/14651858.CD011769.pub2

27. Ingersoll B., Schreibman L. Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2006. № 36 (4). P. 487–505. DOI: 10.1007/s10803-006-0089-y

28. Kanne S.M., Mazurek M.O. Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011. № 41 (7). P. 926–937. DOI: 10.1007/s10803-010-1118-4

29. Kilburn T.R., Sørensen M.J., Thastum M., Rapee R.M., Rask C.U., Arendt K.B., Thomsen P.H. Group-based Cognitive Behavioural Therapy for anxiety disorder in children with ASD: a feasibility study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2019. № 73 (4–5). P. 273–280. DOI: 10.1080/08039488.2019.1622153

30. Koegel L.K., Koegel R.L., Harrower J.K., Carter C.M. Pivotal response intervention I: overview of approach. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*. 1999. № 24 (3). P. 174–185.

31. Lamy M., Erickson C.A. Pharmacological management of behavioral disturbances in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2018. № 48 (10). P. 250–264. DOI: 10.1016/j.cppeds.2018.08.015

32. Leachman C., Nichols E.S., Al-Saoud S., Duerden E.G. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder: behavioural phenotypes and environmental factors. *BMC Psychology*. 2024. № 12. P. 534. DOI: 10.1186/s40359-024-02044-6

33. Mohammadzaheri F., Koegel L.K., Rezaei M., Bakhshi E. A randomized clinical trial comparison between PRT and ABA intervention on disruptive behaviors in public school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. № 45 (9). P. 2899–2907. DOI: 10.1007/s10803-015-2451-4

34. Moise M., Andrei L.E., Mihailescu I., Buica A.M., Rad F. Aggression and risk behaviors in adolescents with high-functioning autism. *Children (Basel)*. 2025. № 12 (4). P. 455. DOI: 10.3390/children12040455

35. Piper A., Borrero J.C., Becraft J.L. Differential reinforcement-of-low-rate procedures: a systematic replication with students with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 2020. № 53 (2). P. 1058–1070. DOI: 10.1002/jaba.631

36. Purba C.A.P., Febriyana N., Setiawati Y., Yunias et al. Managing Aggressive Behavior in Adolescents with Autism Spectrum Disorder: pharmacological and non-pharmacological approaches. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2024. № 35 (4). P. 223–229. DOI: 10.5765/jkacap.240016

37. Rinaldo E., Perry A. Associations of age, anxiety, and social functioning with aggressive behaviour in youth with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2023. № 108. P. 102246. DOI: 10.1016/j.rasd.2023.102246

38. Robb A.S. Managing irritability and aggression in autism spectrum disorders in children and adolescents. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2010. № 16 (3). P. 258–264. DOI: 10.1002/ddrr.118

39. Robertson D., Clear C., Carey C. A Clinician's Guide to Mental Health Conditions in Adults with ASD: Assessment and Interventions. London : Jessica Kingsley Publishers, 2019.

40. Siafis S., Çıray O., Wu H., Schneider-Thoma J., Bighelli I., Krause M., Rodolico A., Ceraso A., Deste G., Huhn M., Fraguas D., San José Cáceres A., Mavridis D., Charman T., Murphy D.G., Parellada M., Arango C., Leucht S. Pharmacological and dietary-supplement treatments for ASD: a systematic review and network meta-analysis. *Molecular Autism*. 2022. № 13 (1). P. 10. DOI: 10.1186/s13229-022-00488-4

41. Silverman C. NeuroTribes: the legacy of autism and the future of neurodiversity by Steve Silberman. *Anthropological Quarterly*. 2015. № 88 (4). P. 1111–1121.

42. van Steensel F.J.A., Bögels S.M. CBT for anxiety disorders in children with and without autism spectrum disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015. № 83 (3). P. 512–523. DOI: 10.1037/a0039108

43. Wieder S., Greenspan S.I. Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*. 2003. № 7 (4). P. 425–435. DOI: 10.1177/1362361303007004008

44. Wood J.J., Ehrenreich-May J., Alessandri M., Fujii C., Renno P., Laugeson E., Piacentini J.C., De Nadai A.S., Arnold E., Lewin A.B., Murphy T.K., Storch E.A. CBT for early adolescents with ASD and clinical anxiety: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2015. № 46 (1). P. 7–19. DOI: 10.1016/j.beth.2014.01.002

Стаття надійшла у редакцію: 16.09.2025

Стаття прийнята: 25.09.2025

Опубліковано: 17.11.2025