

НЕЙРОВІДМІННІСТЬ У ФОКУСІ ПСИХОТЕРАПІЇ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Пашко Т. А.

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

ORCID ID: 0000-0002-2746-6471

Акулова О. М.

здобувачка вищої освіти

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

ORCID ID: 0009-0002-8163-9510

Метою статті є аналіз специфіки психотерапевтичної допомоги дорослим людям з нейровідмінностями та визначення клінічних і практичних орієнтирів такої роботи. У центрі уваги статті – перехід від моделі психотерапевтичної допомоги, яка переважно працює з вторинними емоційними та поведінковими проявами, до нейростверджувального підходу, що враховує особливості нервової системи конкретного клієнта: сенсорну обробку, інтероцепцію, регуляцію рівня збудження, маскування, пізню діагностику та хронічний стрес. Нейровідмінність розуміється як стійкий варіант функціонування нервової системи, що впливає на сприйняття, саморегуляцію, комунікацію та соціальну адаптацію. Тривога, депресивні стани, труднощі спілкування й поведінкові прояви у нейровідмінних клієнтів можуть бути пов'язані не лише з когнітивними схемами, особистісними рисами або досвідом стосунків, а й зі стійкими особливостями роботи нервової системи. Це дає змогу точніше визначати терапевтичні цілі та уникати помилкового трактування нейровідмінних проявів як опору або недостатньої мотивації. Клінічна робота передбачає розрізнення психологічних симптомів, сенсорної дисрегуляції, соматичних чинників і наслідків тривалого маскування. Практична робота потребує адаптації цілей, темпу, способів комунікації, сенсорних умов терапії та самої терапевтичної взаємодії, а також співпраці з лікарями й фахівцями суміжних профілів. Значущими для терапії є сенсорне перевантаження, порушення саморегуляції, алекситимія, труднощі інтероцепції, соціальне маскування, нейровідмінне вигорання та переживання пізньої діагностики. Нейростверджувальний підхід у цьому контексті не прагне «нормалізувати» клієнта, а допомагає зменшити перевантаження, краще розуміти себе, підтримувати автономію, добирати індивідуальні стратегії саморегуляції та підвищувати якість життя.

Ключові слова: нейровідмінність, нейрорізноманіття, психотерапія, сенсорна обробка, інтероцепція, саморегуляція, аутизм, СДУГ, маскування, нейростверджувальний підхід.

Pashko T. A., Akulova O. M. Neurodivergence in the focus of psychotherapy: features of clinical and practical work

The purpose of the article is to analyze the specificity of psychotherapeutic help for adults with neurodivergence and to define the clinical and practical guidelines for this work. The article focuses on the movement from a model of psychotherapeutic help that mainly works with secondary emotional and behavioral manifestations to a neuroaffirming approach that takes into account the nervous system of a particular client: sensory processing, interoception, regulation of arousal, masking, late diagnosis, and chronic stress. Neurodivergence is understood as a stable variant of nervous system functioning that affects perception, self-regulation, communication, and social adaptation. Anxiety, depressive states, communication difficulties, and behavioral manifestations in neurodivergent clients may be related not only to cognitive schemas, personality traits, or relational experience, but also to stable features of nervous system functioning. This makes it possible to define therapeutic goals more accurately and to avoid interpreting neurodivergent manifestations as resistance or lack of motivation. Clinical work involves differentiating psychological symptoms, sensory dysregulation, somatic factors, and the consequences of prolonged masking. Practical work requires adapting goals, pace, communication methods, sensory conditions of therapy, and the therapeutic relationship itself, as well as cooperation with physicians and related specialists. Sensory

overload, self-regulation difficulties, alexithymia, interoceptive difficulties, social masking, neurodivergent burnout, and the experience of late diagnosis are significant for therapy. In this context, the neuroaffirming approach does not aim to “normalize” the client, but helps reduce overload, understand oneself better, support autonomy, choose individual self-regulation strategies, and improve quality of life.

Keywords: *neurodivergence, neurodiversity, psychotherapy, sensory processing, interoception, self-regulation, autism, ADHD, masking, neuroaffirming approach.*

Вступ. Психотерапевтична допомога людям з нейровідмінностями стає дедалі актуальнішою темою в психології та психотерапії. До нейровідмінностей належать розлади аутистичного спектра, СДУГ, порушення сенсорної обробки, висока чутливість та інші особливості нейророзвитку. Водночас багато психотерапевтичних підходів створювалися для нейротипової популяції, що ускладнює роботу з нейровідмінними клієнтами.

У статті поняття нейровідмінності використовується як загальний термін для стійких особливостей нейророзвитку та роботи нервової системи: обробки інформації, уваги, сенсорного сприйняття, емоційної реакції та соціальної взаємодії. Нейрорізноманіття означає природне різноманіття людських нервових систем, а нейровідмінність – індивідуальний варіант функціонування, який може давати ресурси й водночас створювати труднощі адаптації. Клінічна робота передбачає оцінювання стану клієнта, диференціацію психологічних, сенсорних і соматичних чинників та визначення меж компетенції психотерапевта, а практична робота – добір адаптацій терапевтичного процесу й повсякденного середовища.

У психотерапевтичному консультуванні запит часто пов'язаний із тривогою, депресією, труднощами у стосунках, вигоранням або розумінням себе, однак стійкий ефект у роботі з нейровідмінними клієнтами досягається не завжди. Частина цих проблем є вторинною щодо особливостей нервової системи, сенсорної обробки та регуляції збудження. Отже, на початку роботи первинними завданнями можуть бути стабілізація саморегуляції, зниження перевантаження й адаптація середовища.

Метою статті є аналіз специфіки психотерапевтичної роботи з нейровідмінними дорослими крізь призму сенсорної обробки, саморегуляції, інтероцепції та пізньої діагностики; обґрунтування гнучких терапевтичних підхо-

дів і окреслення викликів формування терапевтичного альянсу.

Методи та методики дослідження. Стаття є теоретико-аналітичним оглядом. У ній зіставляються сучасні дані про сенсорну обробку, інтероцепцію, саморегуляцію, аутизм і СДУГ, а також клінічні спостереження щодо дорослих нейровідмінних клієнтів. Методологічною рамкою є міждисциплінарний підхід, який поєднує клінічну психологію, психотерапію, нейропсихологію, дослідження аутизму і СДУГ, травмаінформовану та нейростверджувальну практику.

Результати.

Огляд досліджень: сенсорна обробка, регуляція стресу та пізня діагностика за нейровідмінностей. У науковій літературі дедалі більше уваги приділяється темі сенсорної обробки та саморегуляції за нейророзвиткових особливостей. Дослідження показують, що складнощі з увагою, виконавчими функціями, емоційною регуляцією та поведінковою організацією часто пов'язані з особливостями обробки сенсорних сигналів [1, с. 1–146; 2, с. 1154–1162; 3, с. 179–185; 4, с. 671–684; 5, с. 1–458]. Отже, такі складнощі нейровідмінного клієнта має сенс розглядати не тільки як когнітивні або особистісні проблеми, а передусім як прояви порушеної саморегуляції нервової системи.

Важливо враховувати, що зовні сенсорне перевантаження не завжди виглядає як окрема сенсорна проблема, і сама людина може не розуміти, що з нею відбувається. Перевантаження може проявлятися як надмірна стресова реакція, дратівливість, виснаження, уникання контактів, втрата працездатності, тривога, соматичне напруження або біль, а також бути причиною багаторічного хронічного стресу. Якщо фахівець, який надає допомогу, бачить у цьому лише опір, уникання клієнта або міжособистісний конфлікт, нейровідмінний клієнт ризикує залишитися без відповідної допомоги, оскільки первинна причина дезадаптації є непоміченою.

Отже, діагностика у психотерапії нейровідмінного клієнта має включати не лише скарги та емоційний стан, а й питання про сенсорне середовище, режим дня, навантаження, відновлення, переносимість комунікації, тілесні сигнали та ситуації, у яких симптоми посилюються або зменшуються. Така діагностика допомагає виявити первинні труднощі й зробити психологічну або психотерапевтичну допомогу точнішою та ефективнішою.

Подібні закономірності описуються і в разі СДУГ. У наукових дослідженнях показано, що СДУГ нерідко поєднується з підвищеною сенсорною чутливістю, сенсорним униканням або сенсорним пошуком [2, с. 1154–1162; 3, с. 179–185; 6, с. 1–898]. Ці особливості пов'язані з емоційною регуляцією, саморегуляцією загалом, а також зі здатністю до повсякденного функціонування. Отже, СДУГ важливо розглядати не тільки як розлад уваги, але й як розлад саморегуляції.

Також важливо приділяти увагу інтероцептивним сигналам, тобто здатності розуміти й розпізнавати сигнали внутрішніх органів і тілесних станів. У частини людей з розладами аутистичного спектра складнощі інтероцепції пов'язані з труднощами розпізнавання емоцій, власної втоми, напруження та перевантаження [7, с. 7–14; 8, с. 104–111; 9, с. 193–200]. Отже, найважливішим завданням терапії стає допомога клієнту в тому, щоб навчитися помічати власні тілесні сигнали, розпізнавати ранні ознаки напруження, перевантаження або втрати ресурсу, а вже потім усвідомлювати зв'язок цих сигналів з емоціями, потребами і власними межами.

Так, допомога нейровідмінному клієнту часто починається з більш ранніх етапів: з дослідження функціонування його нервової системи, умов перевантаження, тілесних сигналів і доступності саморегуляції. Тільки після цього стає можливою складніша робота з емоціями, потребами, особистими межами, міжособистісними патернами та особистісними смислами.

У контексті регуляції станів і реакції на стрес використовується полівагальна теорія Стівена Порджеса [10], яка описує зв'язок автономної нервової системи з відчуттям безпеки, мобілізацією та замиранням. Її нейро-

фізіологічні підстави залишаються предметом наукової дискусії, тому доцільно використовувати її як клінічну модель, а не як універсальне пояснення всіх реакцій нервової системи.

Для нейровідмінних клієнтів це особливо важливо: їхні реакції можуть бути пов'язані не тільки зі стресом або травмою, але й із сенсорною чутливістю, інтероцептивними труднощами, перевантаженням і маскуванням. Отже, дихальні практики, фокусування на тілі або тілесну медитацію важливо перевіряти на конкретному клієнті: одним вони можуть допомагати, а в інших посилювати тривогу.

Останніми роками активно вивчається пізня діагностика аутизму і СДУГ у дорослих. Багато людей зі збереженим інтелектом отримують діагноз уже в дорослому віці, після багаторічної компенсації та соціального маскування. Камуфлювання може допомагати зовнішній адаптації, але пов'язано з тривожністю, депресією, виснаженням і ризиком вигорання. Пізня діагностика дає нове розуміння пояснення своїх станів, але може супроводжуватися жалем за втраченим часом і попереднім самопримушуванням.

Тут важливим є поняття нейростверджувальної психотерапії. Вона не заперечує труднощів, пов'язаних із нейровідмінностями, але відмовляється від мети зробити клієнта більш «нейротиповим» будь-якою ціною. Терапія орієнтується на якість життя, зниження страждання, автономію, самозахист і середовище, у якому клієнту не доводиться платити надто високу ціну за функціонування. Дослідження нейростверджувальної допомоги аутичним дорослим вказують на значення поваги до суб'єктивного досвіду клієнта, прозорості інтервенцій, спільного прийняття рішень, адаптації спілкування та відмови від стигматизувальної мови [11, с. 1–13].

Особливості психологічної та психотерапевтичної роботи з нейровідмінними дорослими. Ключовою особливістю у роботі з нейровідмінними клієнтами є те, що їхня нервова система інакше обробляє сенсорну, емоційну й когнітивну інформацію та іншим чином вибудовує картину світу і власного «Я». Це може проявлятися у підвищеній або зниженій чутливості до стимулів і реактивності на

стрес. Отже, фахівцю важливо розуміти, що ці особливості пов'язані не з характером або вихованням, а з функціонуванням нервової системи.

Практично це означає, що психотерапевту потрібно відрізнити небезпечну або руйнівну поведінку від поведінки, яка просто не збігається з нейронормативними очікуваннями. Відсутність зорового контакту, потреба рухатися, стимулювання, паузи перед відповіддю, письмова комунікація або перерви не обов'язково свідчать про опір чи порушення контакту. Часто саме це допомагає клієнту залишатися уважним, присутнім і краще врегульованим.

Терапевтичний альянс із нейровідмінним клієнтом будується не лише на емпатії та прийнятті. Він потребує адаптації процесу: узгодження темпу, формату запитань, тривалості сесії, освітлення, звукового навантаження, можливості рухатися, використовувати нотатки, схеми або письмові повідомлення. Критерієм ефективності стає не зовнішня відповідність нормі, а зниження дистресу, посилення автономії та формування системи самопідтримки.

Стрес і саморегуляція як центральна проблема. Однією з ключових труднощів у людей з нейровідмінностями є порушення саморегуляції. У цієї групи клієнтів часто спостерігаються підвищений рівень стресу й тілесне напруження, а стандартні методи психологічної саморегуляції виявляються менш ефективними. Зазвичай це пов'язано з нейрофізіологічними механізмами, зокрема з роботою вегетативної нервової системи та дисбалансом збудження й гальмування.

Багато способів саморегуляції у нейровідмінних людей можуть виглядати незвично для фахівця. Рух, стимулювання, уникання певних тканин, звуків або запахів, потреба в повторюваності й передбачуваності легко сприйняти як інфантильність, ригідність або небажання «працювати над собою». У нейростверджувальній терапії такі прояви спочатку варто розуміти як можливий спосіб знизити перевантаження, а вже потім оцінювати їхній вплив на клієнта.

Отже, в роботі з нейровідмінними клієнтами питання важливо зміщувати з «Як прибрати небажану поведінку?» на «Яку потребу, перевантаження або складність

регуляції ця поведінка показує?». Це не скасовує межі, безпеку й відповідальність, але допомагає не посилювати напруження, сором і маскування заради формального зменшення симптому.

Ефективна допомога поєднує психологічну оцінку, аналіз сенсорного навантаження, оцінювання саморегуляції, психоосвіту, стратегії самопідтримки і, за потреби, медичну підтримку. Міждисциплінарність важлива тоді, коли психологічна симптоматика перетинається із сенсорною дисрегуляцією, порушеннями сну, побічними ефектами медикаментів, соматичними станами або неврологічними чинниками.

Інтероцепція та емоційна усвідомленість у терапевтичній роботі. Інша важлива особливість роботи з нейровідмінними клієнтами пов'язана з труднощами інтероцепції та розпізнавання емоційних станів. У таких випадках терапія починається не лише з аналізу емоцій, а й з відновлення базової саморегуляції, формування мови тілесних станів і поступового розпізнавання ранніх ознак перевантаження.

Усвідомленість не має перетворюватися на примусове утримування уваги на тілі. У клієнтів з травматичним досвідом, високою сенсорною чутливістю або тривалим маскуванням такий фокус може бути надто інтенсивним, тому інтероцептивна робота потребує поступовості, права зупинитися, зовнішніх опор і поваги до попередніх захисних стратегій.

Пізня діагностика, маскування і вторинні психологічні проблеми. Значна кількість людей з нейровідмінностями, особливо зі збереженим або високим інтелектом, роками залишаються без діагнозу. Хронічне відчуття, що з ними «щось не так», підвищена реактивність, перевантаження, труднощі у стосунках і невдалий досвід адаптації можуть призводити до депресивних станів, тривоги, соціальної ізоляції та хронічного вигорання.

Окремо важливо говорити про маскування, або камуфлювання, нейровідмінних рис: пригнічення природної комунікації, імітацію нейротипової поведінки, примушування себе до зорового контакту, відмову від стимулювання, контроль міміки, мовлення і соціальних реак-

цій. В аутичних дорослих камуфлювання пов'язано з високою когнітивною та емоційною ціною і ризиком втратити контакт із власною ідентичністю [12, с. 2519–2534].

У терапії маскування може бути дуже непомітним. Клієнт намагається бути «гарним клієнтом»: вгадує очікування терапевта, демонструє інсайти, погоджується з інтерпретаціями і приховує перевантаження. Тож терапевту важливо створювати умови, у яких клієнт може не зрозуміти запитання, попросити переформулювати, зробити паузу, не дивитися в очі, користуватися записами або повідомити про перевантаження.

Тривале маскування й життя у невідповідному середовищі можуть призводити до нейровідмінного, зокрема аутистичного, вигорання. Його джерело – багаторічне сенсорне, соціальне й когнітивне перенапруження, пригнічення потреб і відсутність відновлення. D. Raymaker зі співавторами описує його як глибоке виснаження, зниження функціональності та посилення аутистичних труднощів на тлі невідповідності потреб людини і вимог середовища [13, с. 132–143].

Особливості психотерапевтичної роботи та міждисциплінарний підхід. Найефективнішим підходом до допомоги людям з нейровідмінностями є міждисциплінарна модель, що включає взаємодію психотерапевта, психіатра, невролога, фахівців із сенсорної інтеграції та інших спеціалістів. Важливими напрямками залишаються діагностика нейророзвиткових і сенсорних особливостей, оцінка саморегуляції, виявлення стресогенних чинників, психоосвіта, самопідтримка і, за потреби, медикаментозна допомога.

Особливу складність становить межева зона, коли вираженість особливостей недостатня для формального діагнозу, але людина має значні труднощі у повсякденному житті. Тоді важливо не знецінювати досвід клієнта фразами «у всіх так буває» або «зараз усі трохи аутичні/зі СДУГ», а оцінювати конкретні потреби: сенсорні обмеження, виконавчі функції, відновлення, комунікацію та доступні адаптації.

Практична допомога може будуватися навколо самоадаптацій, які не потребують негайного діагнозу: зміни робочого середо-

вища, перерв, письмових інструкцій, зниження сенсорного навантаження, роботи зі сном, вибору одягу й харчування з урахуванням сенсорних особливостей, підтримки у спілкуванні з близькими та роботодавцями. Якщо адаптація покращує функціонування і не створює ризику, вона може входити до терапевтичного плану.

Важливою частиною такої допомоги є психоосвіта. Якщо людина роками пояснювала свої труднощі лінощами, слабкістю або «неправильністю», розуміння нейровідмінного механізму може знижувати вторинний сором. Водночас діагноз або гіпотеза про нейровідмінність не мають пояснювати все: вони дають мову для дослідження потреб, але не скасовують особисту історію, травматичний досвід, стосунки та цілі клієнта.

Після діагнозу або клінічної гіпотези дорослому клієнту часто доводиться наче наново зібрати власну біографію. Неуспішність, конфлікти, соціальна втома, труднощі з навчанням або роботою можуть отримати інше пояснення. У терапії це потребує бережності: полегшення може поєднуватися із сумом за втраченим часом, злістю на систему, жалем через попереднє самопримушування і тривогою перед змінами. Нейровідмінні спільноти й досвід інших людей можуть знижувати ізоляцію та підтримувати психічне здоров'я [14, с. 2151–2164].

Висновки. Проведений теоретико-аналітичний огляд дає підстави стверджувати, що психотерапія нейровідмінних дорослих має враховувати сенсорну обробку, інтероцепцію, регуляцію збудження нервової системи, маскування, пізню діагностику і хронічний стрес. Без урахування цих чинників терапія ризикує працювати з вторинними проявами, а не з механізмами дезадаптації.

Практичні принципи адаптації терапії включають спільне формулювання цілей, відмову від прихованої нормалізації, узгодження формату комунікації, зниження сенсорного навантаження, поступову роботу з інтероцепцією, обережне зменшення маскування, підтримку самозахисту й автономії.

Терапевтичний план доцільно вибудовувати поетапно: спочатку визначати профіль перевантаження й ранні ознаки дисрегуляції, а вже

потім переходити до складніших інтервенцій. Нейростверджувальний підхід зміщує фокус із контролю поведінки на якість життя, безпеку та індивідуальні адаптації.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробленні емпірично обґрунтованих протоколів психотерапевтичної допомоги нейровідмінним дорослим, оцінюванні ефективності сенсорних і комунікативних адаптацій у терапії та вивченні міждисциплінарних моделей підтримки [15].

цій у терапії та вивченні міждисциплінарних моделей підтримки [15].

Інформація про використання штучного інтелекту. Під час підготовки статті інструменти штучного інтелекту використовувалися виключно для мовного редагування, перевірки граматики, перекладу або інших допоміжних завдань, без використання згенерованих ними об'єктів як результатів академічної діяльності.

Список використаних джерел

1. Dunn W. The Sensory Profile: User's manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1999. 146 p.
2. Engel-Yeger B., Ziv-On D. The relationship between sensory processing difficulties and leisure activity preference of children with different types of ADHD. *Research in Developmental Disabilities*. 2011. Vol. 32, № 3. P. 1154–1162. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.008>.
3. Panagiotidi M., Overton P. G., Stafford T. The relationship between ADHD traits and sensory sensitivity in the general population. *Comprehensive Psychiatry*. 2018. Vol. 80. P. 179–185. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.008>.
4. Robertson C.E., Baron-Cohen S. Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*. 2017. Vol. 18, № 11. P. 671–684. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112>.
5. Schore A.N. The science of the art of psychotherapy. New York: W.W. Norton, 2012. 458 p.
6. Barkley R.A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment / ed. by R.A. Barkley. 4th ed. New York: Guilford Press, 2015. 898 p.
7. Critchley H.D., Garfinkel S.N. Interoception and emotion. *Current Opinion in Psychology*. 2017. Vol. 17. P. 7–14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.020>.
8. DuBois D., Ameis S.H., Lai M.C., Casanova M.F., Desarkar P. Interoception in autism spectrum disorder: A review. *International Journal of Developmental Neuroscience*. 2016. Vol. 52. P. 104–111. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2016.05.001>.
9. Schauder K.B., Mash L.E., Bryant L.K., Cascio C.J. Interoceptive ability and body awareness in autism spectrum disorder. *Journal of Experimental Child Psychology*. 2015. Vol. 131. P. 193–200. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2014.11.002>.
10. Porges S.W. The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. New York: Norton, 2011. 347 p.
11. Flower R.L., Benn R., Bury S., Camin M., Muggleton J., Richardson E.K., Bulluss E.K., Calabria B., Curran A., Giugni M., Gottlieb V., Hodges H., Lawrence J., Leung V., Levy-Knoll R., Miklosi K., Mitchelson M., Nuske A., Waldie C., Watts C., Watts S., Jellett R. Defining neurodiversity affirming psychology practice for autistic adults: A Delphi study integrating psychologist and client perspectives. *Autism in Adulthood*. 2025. 13 p. DOI: <https://doi.org/10.1089/aut.2024.0305>.
12. Hull L., Petrides K.V., Allison C., Smith P., Baron-Cohen S., Lai M.-C., Mandy W. “Putting on my best normal”: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017. Vol. 47, № 8. P. 2519–2534. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>.
13. Raymaker D.M., Teo A.R., Steckler N.A., Lentz B., Scharer M., Delos Santos A., Kapp S. K., Hunter M., Joyce A., Nicolaidis C. “Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew”: Defining autistic burnout. *Autism in Adulthood*. 2020. Vol. 2, № 2. P. 132–143. DOI: <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079>.
14. Botha M., Dibb B., Frost D. M. “It’s being a part of a grand tradition, a grand counter-culture which involves communities”: A qualitative investigation of autistic community connectedness. *Autism*. 2022. Vol. 26, № 8. P. 2151–2164. DOI: <https://doi.org/10.1177/13623613221080248>.
15. van der Kolk B.A. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Viking, 2014. 464 p.

References

1. Dunn, W. (1999). The Sensory Profile: User's manual. *Psychological Corporation*.
2. Engel-Yeger, B., & Ziv-On, D. (2011). The relationship between sensory processing difficulties and leisure activity preference of children with different types of ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (3), 1154–1162. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.008>.
3. Panagiotidi, M., Overton, P. G., & Stafford, T. (2018). The relationship between ADHD traits and sensory sensitivity in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.008>.
4. Robertson, C.E., & Baron-Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 18 (11), 671–684. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112>.
5. Schore, A.N. (2012). The science of the art of psychotherapy. W.W. Norton.
6. Barkley, R.A. (Ed.). (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). *Guilford Press*.
7. Critchley, H.D., & Garfinkel, S.N. (2017). Interoception and emotion. *Current Opinion in Psychology*, 17, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.020>.
8. DuBois, D., Ameis, S.H., Lai, M.C., Casanova, M.F., & Desarkar, P. (2016). Interoception in autism spectrum disorder: A review. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 52, 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2016.05.001>.
9. Schauder, K.B., Mash, L.E., Bryant, L.K., & Cascio, C.J. (2015). Interoceptive ability and body awareness in autism spectrum disorder. *Journal of Experimental Child Psychology*, 131, 193–200. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2014.11.002>.
10. Porges, S.W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. Norton.
11. Flower, R.L., Benn, R., Bury, S., Camin, M., Muggleton, J., Richardson, E.K., Bulluss, E.K., Calabria, B., Curran, A., Giugni, M., Gottlieb, V., Hodges, H., Lawrence, J., Leung, V., Levy-Knoll, R., Miklosi, K., Mitchelson, M., Nuske A., Waldie C., Watts C., Watts S., & Jellet, R. (2025). Defining neurodiversity affirming psychology practice for autistic adults: A Delphi study integrating psychologist and client perspectives. *Autism in Adulthood. Advance online publication*. 13 p. <https://doi.org/10.1089/aut.2024.0305>.
12. Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). “Putting on my best normal”: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47 (8), 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>.
13. Raymaker, D.M., Teo, A.R., Steckler, N.A., Lentz B., Scharer M., Delos Santos A., Kapp S.K., Hunter M., Joyce A., & Nicolaidis C. (2020). “Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew”: Defining autistic burnout. *Autism in Adulthood*, 2 (2), 132–143. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079>.
14. Botha, M., Dibb, B., & Frost, D.M. (2022). “It’s being a part of a grand tradition, a grand counter-culture which involves communities”: A qualitative investigation of autistic community connectedness. *Autism*, 26 (8), 2151–2164. <https://doi.org/10.1177/13623613221080248>.
15. van der Kolk, B.A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.

Дата першого надходження статті до видання: 22.07.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 16.08.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 14.10.2026