

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

До захисту допустити:
Завідувач кафедри

«___» _____ 20__ р.

«ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОДИННОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ З
СИНДРОМОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ»

Кваліфікаційна робота здобувача
вищої освіти другого
(магістерського) рівня
освітньо-професійної програми
«Практична психологія»
Бахлової Ірини Володимирівни

Науковий керівник:
Тищенко Л.В., кандидат
психологічних наук, доцент
кафедри «Практична психологія»

Рецензент:
Гірман Н.О., практичний психолог
комунального закладу
*«Дитячий будинок змішаного типу
«Центр опіки» для дітей
дошкільного віку»*

Кваліфікаційна робота
захищена з оцінкою _____

Секретар ЕК _____

«___» _____ 20__ р.

3MIC

Т

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.....	9
1.1. Феноменологія аутистичного спектру.....	9
1.2. Аналіз теоретичних підходів щодо визначення сутності аутистичного спектру як психічного стану індивіда.....	15
1.3. Психофізіологічні властивості дитини з синдромом аутистичного спектру.....	27
Висновки до розділу 1.....	33
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ РОДИННОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.....	34
2.1. Специфіка внутрішньо-сімейних відносин в родинах із дітьми з комплексними порушеннями та їх роль у компенсації порушень.....	34
2.2. Родинно-орієнтований підхід як основа надання комплексної психолого-педагогічної допомоги дитині з синдромом аутистичного спектру.....	44
Висновки до розділу 2.....	56
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ РОДИННОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ З СИНДРОМОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.....	58
3.1. Обґрунтування методів дослідження.....	58
3.2. Констатувальний експеримент.....	68
3.3. Формувальний експеримент.....	81
Висновки до розділу 3.....	96
ВИСНОВКИ.....	99
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	102
ДОДАТКИ.....	114

ВСТУП

Актуальність теми. Родина як соціально-психологічний феномен знаходиться у фокусі науково-психологічного вивчення, адже саме вона є ґрунтовною основою сталих соціокультурних та морально-етичних норм людства, площадкою передачі наступним поколінням традицій і цінностей. Саме в родині здійснюються процеси первинної соціалізації окремої людини.

Досвід, набутий дитиною в сім'ї, є визначальним у формуванні її особистості, світогляду, відношення до себе та інших; у становленні індивідуального стилю й поведінки. Ставлення батьків до дитини безпосередньо впливає на формування її характеру, способи реагування в різних ситуаціях, цілеспрямованість та наполегливість.

Кожна родина – це складно організований живий організм, в якому усі елементи взаємопов'язані та взаємообумовлені. В кожній окремій родині є своя специфіка взаємин та стосунків. Особливості внутрішньо-сімейних взаємовідносин у родинах, що виховують дитину з синдромом аутистичного спектру обумовлені цілою низкою чинників. Специфіка соціальної поведінки такої дитини, характер її спілкування, відмінності пізнавальної діяльності, стереотипії в інтересах й діях не можуть не впливати на функціонування всієї родини.

Усвідомлення батьками існуючої проблеми виникає раптово разом із постановкою дитині діагнозу. Потреба такої дитини у спеціальних умовах виховання, корекційного навчання, соціального й особистісного розвитку, соціальній інтеграції і соціалізації природньо змінює сімейне середовище й життєвий уклад родини.

Дитина з синдромом аутистичного спектру є потужним чинником не тільки певних коректив у сімейному середовищі, але й джерелом складних емоційних переживань батьків, їх ставлень та відносин. Відсутність у дитини позитивного емоційного зв'язку с матір'ю й татом, відчуженість та відгородженість, труднощі у встановленні контакту з нею емоційно виснажують батьків, викликають почуття відчаю та формують переживання

безперспективності майбутнього дитини і всієї родини. Народження дитини з нормо типовим розвитком і реакціями привносить в життя родини низку позитивних переживань (розчулення, радість, ніжність), а наявні чисельні відхилення дитини з синдромом аутистичного спектру поступово стають чинником переживання безвихіддя, катастрофи та непоправної трагедії. Це, свою чергу, викликає наростання емоційної й фізичної напруги, які поступово стають перманентним виснажливим станом членів родини.

Наслідками такого кризового стану сім'ї і її членів стають порушення в структурі рольових сімейних відносин, виникнення протиріччя і конфліктів, викривлення стратегій виховання, загальне порушення повноцінного функціонування родини. В умовах відсутньої зовнішньої допомоги та глобальної життєвої невизначеності такі сім'ї стають найбільш уразливим соціальними групами у суспільстві. Родина, що перебуває у кризовому стані стає неспроможною допомогти власній дитині повноцінно розвиватися, інтегруватися у життєві процеси та засвоювати адекватні моделі соціальної поведінки.

Це означає, що така категорія сімей потребує раннього втручання у вигляді міждисциплінарної родинно-орієнтованої допомоги й підтримки. Родинно центрований принцип допомоги сім'ям, що виховують аутистичну дитину ґрунтується на переконанні, що проблеми здоров'я й розвитку у дитини впливають на внутрішній гомеостаз сім'ї та викривляють його. І, оскільки, для будь-якої дитини родина є вирішальним ресурсом її розвитку, ключове завдання раннього втручання – підвищити рівень соціальної компетентності батьків, надати допомогу в опануванні розвивальних та коригуючих стратегій виховання власної дитини, зорієнтувати кожного члена родини у пошуку джерел та стратегій видобування власних ресурсів.

На сьогодні, вирішуються завдання розробки технологій міждисциплінарної допомоги й супроводу дитини з розладами аутистичного спектру і сім'ї, в якій вона виховується, адже налагоджена родинна система та внутрішньо сімейне середовище створюють умови для благополучної

соціалізації дитини, включення її в систему інклюзивного навчання та набуття необхідного життєвого досвіду. Але недостатньо вивченими остаються окремі психологічні аспекти родинного супроводу дитини з комплексними порушеннями, що й обумовлює вибір нами теми магістерського дослідження **«Психологічні аспекти родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру»**.

Мета роботи – розробити дієвий психологічний інструмент для комплексного родинного супроводу дитини с синдромом аутистичного спектру.

Об’єкт дослідження – можливості сім’ї у вирішенні завдань оптимального розвитку й соціалізації дитини с синдромом аутистичного спектру.

Предмет дослідження – психологічні аспекти дієвого родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру.

Гіпотеза дослідження: сукупність просвітницького, терапевтичного, тренінгово-навчального аспектів та аспекту групової підтримки забезпечує ефективність здійснюваного родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати клініко-психологічні аспекти синдрому аутистичного спектру.
2. Розглянути теоретичні підходи щодо визначення сутності аутистичного спектру як психічного стану індивіда
3. Визначити сутність родинно-орієнтованого підходу як основи надання комплексної психолого-педагогічної допомоги дитині з синдромом аутистичного спектру.
4. Надати теоретичне обґрунтування специфіки внутрішньо-сімейних відносин в родині із дітьми з комплексними порушеннями та їх ролі у компенсації порушень.

5. Дослідити психологічні аспекти родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру.
6. Розробити та апробувати психологічний інструмент для комплексного родинного супроводу дитини с синдромом аутистичного спектру.

Методи дослідження: дана робота складається з *теоретико-методологічного аналізу* досліджуваної проблематики та комплексу психодіагностичних методик, які складають структуру *емпіричного дослідження*: «Вимірювання батьківських установок і реакцій» PARI Е. Шефера і Р. Белла; експрес-діагностика неврозу К. Хека і Х. Хесса; рівень стресостійкості та соціальної адаптації за методикою Т. Холмса та Р. Райха; «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойко); «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах» О. Фанталової, а також *методів кількісного та якісного аналізу* отриманих емпіричних даних.

Теоретико-методологічну основу нашого дослідження складають: психологічні підходи щодо вивчення проблеми аутизму (Г. Аспергер, Л. Каннер, Е. Шоплер, І. Ловаас, Л. Вінг, С. Барон-Кохен, Л. Бобкович-Левартовська, О. Богдашина, Д. Шульженко); психолого-педагогічне визначення специфіки взаємодії батьків з неповносправними дітьми (М. Де Мейер, Б. Кауфман, К. Делагато, Д. Віванті, Т. Скрипник, Т. Галковські, Дж. Ольшевські, Л. Пінчукова, Г. Хворова, В. Тарасун, Л. Шипіцина); психологічні аспекти синдрому емоційного вигорання у батьків аутистичних дітей (Р. Лазарус, С. Фолькман, В. Лосяк, Р. Пелчар, Е. Пісула, М. Радохонські, Р. Салліван, М. Ліваг), принципи системної психотерапії і консультування (К. Людевіг, М. Палацоллі, У. Матурана, Е. Ейдеміллер, В. Сатір).

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження: обґрунтовано феноменологію аутистичного спектру; розглянуто психофізіологічні властивості дитини з синдромом аутистичного спектру; досліджено психологічні аспекти родинного супроводу дитини з синдромом

аутистичного спектру; розроблено та апробовано психологічний інструмент для комплексного родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру.

Практичне значення дослідження: результати теоретико-методологічного аналізу проблеми можуть бути використані в ході підготовки практичних психологів в рамках освітніх компонентів «Клінічна психологія з основами патопсихології», «Вікова психологія», «Педагогічна психологія», «Психологія сім'ї та корекція сімейних відносин», «Психологічне консультування», «Соціально-психологічна підтримка різних верств населення», а також в ході реалізації програми курсів підвищення кваліфікації практичних психологів, фахівців інклюзивно-ресурсних центрів та корекційно-реабілітаційних установ для дітей з комплексними порушеннями. Розроблена Комплексна психологічна програма родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру «Радість життя і всебічний розвиток без обмежень», яка вирішує завдання інформаційно-методичного забезпечення родини, організації взаємодопомоги, надання індивідуальних та сімейних психотерапевтичних ефектів може бути використана практичними психологами закладів загальної середньої, дошкільної та позашкільної освіти; психологами-фахівцями, що здійснюють психологічний супровід сім'ї; фахівцями інклюзивно-ресурсних центрів та корекційно-реабілітаційних установ. Виокремлені психологічні закономірності можуть бути використані в ході психологічного консультування батьків й фахівців за запитами, пов'язаними з розвитком особистості дитини з розладами аутистичного спектру, психологічної корекції її станів та проявів, створення родинних умов для ефективної інтеграції дитини в життєві процеси й відносини, збереження психічного здоров'я та благополуччя членів сім'ї, що виховують аутистичну дитину.

Апробація та впровадження результатів дослідження: анотацію до розробленої Комплексної психологічної програми родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру «Радість життя і всебічний

розвиток без обмежень» опубліковано у Каталозі психотехнологій у рамках V Міжрегіональної науково-практичної конференції «ХАРКІВСЬКИЙ ОСІННІЙ МАРАФОН ПСИХОТЕХНОЛОГІЙ», з нагоди 125-річчя Л.С. Виготського (1896-1934) (28-30 жовтня 2021 року).

Розроблену програму комплексного психологічного родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру апробовано на базі БО «БФ «АВАкновенное чудо» (акт впровадження додається).

Структура магістерської роботи: складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 112 сторінок. В тексті міститься 3 таблиці та 11 рисунків. Додатки викладено на 12 сторінках. Список використаних джерел складається з 100 примірників, що охоплюють 12 сторінок. Робота має емпіричний характер.

РОЗДІЛ 1. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1. Феноменологія аутистичного спектру

На сьогодні поняття «аутизм» використовується задля маркування широкої нозології загальних розладів розвитку та розладів аутистичного спектру (РАС)

Розлад аутистичного спектру – це порушення нейророзвитку, основними особливостями яких, згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВООЗ, 1992), є: 1) якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії; 2) якісні порушення спілкування; 3) обмежені, повторювані, стереотипні дії, поведінка та інтереси [17].

Основні прояви аутистичної поведінки зазвичай присутні в ранньому дитинстві, але не завжди помітні до виникнення обставин, в яких мають проявлятися більш складні форми соціальної поведінки, наприклад, коли дитина йде в дитячий садок або до школи. З віком, при досягненні повноліття або у періоді старіння, спостерігається вікова патопластика аутистичних форм поведінки.

Порушення аутистичного спектру надзвичайно різноманітні й на сьогодні існує безліч класифікацій. Так за класифікацією О.С. Нікольської (1987), аутистичний спектр можна розділити на *чотири групи*:

Для *першої групи* найбільш характерні глибокі і складні порушення. Діти з таким діагнозом не здатні обслуговувати себе, в них повністю відсутня потреба у взаємодії з оточуючими. Людина невербальна.

У дітей *другої групи* наявні жорсткі обмеження в моделях поведінки. Будь-які зміни у схемі (наприклад, зміни у звичному режимі дня або обстановці) можуть спровокувати напад агресії й зрив. Дитина достатньо вікрита, але її мова примитивна, побудована на ехолалії. Діти, що належать до цієї групи здатні відтворювати побутові навички.

Для *третьої групи* характерні більш складні форми поведінки: діти можуть бути дуже захоплені яким-небудь предметом, видавати потоки енциклопедичних знань при розмові. В той же час, побудувати двосторонній діалог дитині складно, а наявні знання про навколишній світ фрагментарні.

Діти *четвертої групи* схильні до нестандартної і, навіть, спонтанної поведінки, але в колективі боязкі і сором'язливі, важко йдуть на контакт і не виявляють ініціативу при спілкуванні з іншими дітьми. Можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги [42].

На сьогодні окремо у РАС виокремлюється *синдром Аспергера*. Це одна з форм функціонального аутизму, яка відрізняється від класичної форми. У структурі розладу дитини присутня мінімальна затримка в розвитку мови; вона легко йде на контакт, навіть може підтримати розмову (хоча це більше нагадує монолог). Може годинами розповідати про цікаві для себе речі, і зупинити її досить важко. Наявна фізична незграбність. Нерідко хлопці з синдромом Аспергера мають неабиякий інтелект і хорошу пам'ять, особливо якщо мова йде про речі, що їх цікавлять.

За офіційними статистичними даними МОЗ України за період з 2009 по 2017 рік захворюваність на РАС, зросла на 194%: з 0,55 до 1,61 на 100 000 дитячого населення. Показник первинної захворюваності в Україні стабільно збільшувався з 2006 року: у 2007 р. на 28,2%; 2008 р. – 32,0%, 2009 р. – 27,2%, в 2010 р. – 35,7%, 2011 р. – 21,2%, 2012 р. – 25,3%. Поширеність РАС у дитячій популяції за ці роки зросла в 2,84 раза, з 17,0 до 48,2 на 100 000 населення [90].

Незважаючи на значне зростання, абсолютні показники поширеності РАС в Україні залишаються істотно нижчими, ніж у США та країнах Європи. Це дозволяє прогнозувати швидке зростання поширеності РАС на тлі поліпшення діагностики та впровадження у клінічну практику сучасних діагностичних процедур. РАС значною мірою пов'язані з низкою коморбідних психічних розладів та медичних станів. На основі

епідеміологічних даних, приблизно у 50% осіб з РАС спостерігалася тяжка та глибока розумова відсталість, у 35% виявилася легка/помірна інтелектуальна недостатність, а решта 15% розвивалася відповідно до вікових норм.

Поширеність РАС при деяких медичних станах, асоційованих з аутизмом, становить: інтелектуальна недостатність (27,9-31,0%); синдром ламкої Х-хромосоми (24-60%); туберозний склероз (26-79%); неонатальна енцефалопатія/епілептична енцефалопатія/інфантильні спазми (4-14%); церебральний параліч (15%); синдром Дауна (6-15%); м'язова дистрофія (3-37%); нейрофіброматоз (4-8%) [90].

Для постановки діагнозу «аутизм» не існує затверджених медичних тестів. Також цей діагноз не може бути коректно поставлений при одноразовому короткому огляді дитини, навіть комісією фахівців. Аутизм діагностується за наявністю або відсутністю певних поведінкових характеристик. Для цього ретельно вивчається історія розвитку дитини, проводиться аналіз даних анамнезу. Експерт проводить опитування батьків та інших людей, які приймають активну участь у житті дитини. Рекомендується організація серії спостережень за дитиною в різних ситуаціях.

Зазвичай діагностика аутизму проводиться командою фахівців, яка включає в себе психолога, невропатолога, психіатра, психотерапевта, педіатра, логопеда-дефектолога, інших експертів, які мають досвід роботи з дітьми з особливими потребами. Спостереження і огляд дитини з підозрою на аутизм проводити в умовах, максимально наближених до її звичного життєвого укладу, адже знаходження у незвичній обстановці, контакт з новими людьми є самостійним чинником стресу для особливої дитини і може спотворити діагностичну картину.

З медичної точки зору, в основі діагностики аутизму лежать критерії міжнародних класифікацій психічних розладів і захворювань МКХ-10 і DSM-4. Додатковими засобами для визначення виду патології є

стандартизовані опитування батьків або близьких, а також шкали спостереження, що дозволяють більш точно і якісно оцінити певні поведінкові симптоми.

Розроблені діагностичні таблиці і опитувальники надають інформацію про сферу потягів, сфери спілкування, сприйняття, дрібної моторики, стан інтелектуального розвитку, мови, гри, навичок соціальної поведінки. Методи апаратної діагностики аутизму дають інформацію про стан і функціонування мозку, вегетатики, серцево-судинної системи: електроенцефалографія (ЕЕГ), реоенцефалографія (РЕГ), ехоенцефалографія (ЕхоЕГ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), ультразвукове дослідження (УЗД), кардіоінтервалографії (варіаційна пульсометрія), – дослідження стану вегетативної нервової системи, електрокардіограма (ЕКГ), лабораторні дослідження оцінюють стан крові, імунітет, виявляють наявність похідних ртуті та інших важких металів, причини дисбактеріозу [2, 10].

Аутистичні розлади нерідко супроводжуються ураженням кишечника, регулярними болями при впливі опіатів. Тести на харчову непереносимість і алергени допомагають сформувати індивідуальну дієту для дитини. Введення дієти – це вже початок лікування. Діагностика дитячого аутизму до 2-х років життя є найбільш проблематичною.

Основні труднощі ранньої діагностики аутизму полягають в наступному: 1) найбільш яскраво картина порушення проявляється після 2,5 років. До цього віку симптоми виражені слабо, існують у латентній формі; 2) часто педіатри та сімейні лікарі недостатньо обізнані в даній сфері, що заважає розгледіти в ранніх симптомах аномалії розвитку; 3) батьки, які помічають «незвичність» своєї дитини, довірившись неспеціалісту і не отримавши адекватного підтвердження, перестають бити на сполох.

Нерідко аутизм може зустрічатися в поєднанні з іншими розладами, які пов'язані з порушенням функції мозку, з вірусними інфекціями, порушенням обміну речовин, відставанням в розумовому розвитку,

епілепсією. Важливо розрізняти аутизм і розумові розлади або шизофренію, так як плутанина в діагностуванні може привести до невідповідного й неефективного лікування.

Важливо розуміти, що розвиток і формування структур мозку в ранньому віці є найбільш активним. Тому, при патологічних станах це оптимальний період для втручання і початку корекції. Окрім того, компенсаторні можливості організму дитини великі, і їх також необхідно своєчасно і оперативно задіяти.

Згідно з МКХ-10 аутистичні синдроми входять до підрозділу «Загальні розлади розвитку» розділу «Порушення психологічного розвитку». Їх класифіковано наступним чином:

F84 Загальні розлади розвитку. Розлади, що належать до цієї групи, характеризуються якісними відхиленнями в реципрокних соціальних взаємодіях і в способах комунікації, а також обмеженим, стереотипним набором інтересів та занять, які повторюються.

F84.0 Дитячий аутизм. Цей вид загального розладу розвитку визначається наявністю патологічного і / чи порушеного розвитку, який вперше виявляється у віці до трьох років, і є характерним типом аномального функціонування у всіх трьох таких сферах: реципрокна соціальна взаємодія, комунікація, поведінка (простежується обмежений набір її стереотипних форм, що повторюються).

F84.1 Атиповий аутизм. Цей різновид загального розладу розвитку відрізняється від дитячого аутизму або за часом прояву, або неповною відповідністю вимогам за трьома наборами діагностичних критеріїв.

F84.10 Атиповість за часом прояву.

F84.11 Атиповість за симптоматикою.

F84.12 Атиповість як за часом прояву так і за симптоматикою.

F84.2 Синдром Ретта. У цьому стані за раннім періодом зовнішньо нормального розвитку простежується часткова або повна втрата мовлення,

набутих локомоторних і мануальних навичок поряд з уповільненням росту голови.

F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку. Це загальний розлад розвитку, який характеризується періодом в цілому нормального розвитку до його початку, після чого протягом декількох місяців відбувається виразна втрата раніше набутих навичок в декількох сферах розвитку.

F84.4 Гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю і стереотипними рухами. Це нечітко описаний розлад невизначеного нозологічного походження.

F84.5 Синдром Аспергера. Цей розлад, нозологічна самостійність якого не визначена, характеризується тим самим типом якісного порушення реципрокної соціальної взаємодії, що й типовий аутизм, та обмеженим набором стереотипних, повторюваних інтересів і занять.

F84.8 Інші загальні розлади розвитку.

F84.9 Загальний розлад розвитку, неуточнений. Цю діагностичну категорію варто використовувати для розладів, які відповідають опису загальних розладів розвитку, у тому випадку, коли, зважаючи на суперечливість даних або через відсутність адекватної інформації, немає можливості з'ясувати, чи задовольняються діагностичні критерії якої-небудь з попередніх рубрик у F84 [10, 17].

1.2. Аналіз теоретичних підходів щодо визначення сутності аутистичного спектру як психічного стану індивіда

На сьогодні проблема аутизму є достатньо висвітленою у науковій медичній, психологічній, корекційно-педагогічній зарубіжній літературі (Н. Asperger, L. Bender, M. Bristol, S. Harris, В. Hermelin, L. Kanner) [96, 98-99] та у вітчизняних наукових джерелах (Я. Багрій, І. Марценківський, К. Островська, О. Романчук, Г. Смоляр, В. Тарасун, Г. Хворова, А. Чуприков, Д. Шульженко) [35-36, 46-49, 63, 74, 81, 84, 86, 88-89].

В історії становленні теорії аутизму виокремлюється чотири послідовні етапи [72].

I етап – донозологічний період (кінець XIX – початок XX ст.), який характеризується окремими згадками про дітей із прагненням до самотності та втечі.

Першим спеціалістом, який звернув особливу увагу на малих дітей з тяжкими психічними порушеннями та вираженими відхиленнями, затримкою і розладами процесу розвитку, був психіатр Г. Маудслей (1867), який розглядав такі розлади як «психози».

II етап – доканнерівський період у розвитку проблеми аутизму охоплює 20–40-ті роки XX сторіччя, який пов'язується з виявленням у дітей так званої шизоїдії. Саме в цей період виник термін «аутизм» (грец. «autos» – сам). Його в наукову термінологію психіатрії ввів Е. Бльойлер (1920). Аутизм він трактував як симптом шизофренії і охарактеризував його як відчуження від реальності з наявністю внутрішнього життя, особливого світу мрій і фантазій. Згодом він визнав наявність симптомів аутизму у клінічній картині

таких хворіб, як маніакально-депресивний психоз (МДП), шизоїдна психопатія, істеричні та афективні розлади. На думку вченого, в основі аутизму лежать афективні комплекси і порушення мислення.

У працях Е. Бльойлера (а згодом і Л. Каннера) йшлося про замкнених дітей, хоча більш пізніші дослідження, проведені з метою виявлення соціальних ознак аутизму (С. Байрон-Кохен, Л. Бобкович, Л. Вінг, Дж. Глатзель, Б. Кауфман, Е. Мінковські, П. Рандел, Б. Рімланд, Е. Шоплер, Т. Яшімото), засвідчили, що назва не достатньо відображає зміст проблеми, оскільки багатьох аутистичних дітей можна охарактеризувати як «активних», але «дивних», однак не замкнутих.

Багато клініцистів запропонували своє розуміння поняття аутизму. На думку Е. Мінковські (1927), аутизм є наслідком порушення «вітального» інстинкту; Дж. Глатзель (1982) проаналізував аутизм в аспекті інформаційного порушення між особистістю і середовищем. Власне трактування аутизму запропонував С. Салліван (1953), який вважав, що аутизм є наслідком регресу на ранньому рівні психічного онтогенезу. На взаємозв'язок особистісної дезадаптації та аутизму звертав увагу І.Т. Вікторов (1980), а на зв'язок між порушенням «Я-концепції» та аутизмом – С.Ф. Семенов (1975).

Слід підкреслити, що такі нетотожні поняття, як «аутизм», «аутистичний розлад», «аутистичний синдром», «аутистичне мислення», «аутистична поведінка» нерідко вживають як синоніми, що зумовлює серйозні кваліфікаційні та діагностичні труднощі.

У дитячій психіатрії поняття аутизму як синдрому почали використовувати з часу виділення ранньої дитячої шизофренії (Г.Е. Сухарьова, 1926, 1937; М.О. Гуревич, Н.И. Озерецький, 1930; Л. Бендер, 1933, 1956; Дж. Лутц, 1938) і шизоїдії (Т.П. Симеон, 1929; А. Хомбургер, 1926). Т.П. Симеон, вперше простеживши за формуванням шизоїдної психопатії у дітей трьох-п'яти років, дійшла висновку, що їм властиві аутизм і мала прив'язаність до об'єктів реального світу.

На цьому етапі перед клініцистами стояла проблема доказу можливості формування аутизму в незрілої особистості дитини. В.П. Осипов (1931) розглядав аутизм як «відокремлення хворих від зовнішнього світу», а В.А. Гиляровський (1938) писав про аутизм як про «своєрідний розлад свідомості свого «Я» та всієї особистості з порушенням нормальних настановлень до довкілля» [41].

III етап – каннерівський період дослідження проблеми аутизму (40–80-ті роки ХХ ст.). У цей період були опубліковані кардинальні праці з дитячого аутизму, одним з перших авторів яких був Л. Каннер (1943). У своїх працях автор описує особливі стани у дітей, що проявляються з перших років життя й зумовлена крайньою самоізоляцією. Він запропонував назвати ці стани «раннім дитячим аутизмом». Концепція раннього дитячого аутизму Каннера відрізнялася від бльойлерівського трактування аутизму, незважаючи на те, що у витоках цієї концепції лежали найвідоміші дослідження аутизму при шизофренії, шизоїдії, проведені в Європі, США (Е. Бльойлер, 1911, 1922; Крепелін Е., 1913; Кречмер Е., 1921).

Л. Каннер вважав, що синдром раннього дитячого аутизму частіше трапляється у дітей, ніж це вважалось раніше, і що ранній дитячий аутизм помилково розглядали як розумову відсталість або дитячу шизофренію. Каннер виділяв п'ять головних критеріїв дитячого аутизму: 1) глибоке порушення контакту з іншими людьми; 2) нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності; 3) поглинутість предметами, які крутяться; 4) мутизм, або мовлення, не спрямоване на міжособистісне спілкування; 5) високий когнітивний потенціал.

На підставі більшої кількості спостережень, Л. Каннер (1956) дійшов висновку, що головними критеріями дитячого аутизму є глибоке порушення контакту з іншими людьми та нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності, а від трьох інших критеріїв як основних відмовився.

Складні й різні психопатологічні симптоми в клініці дитячого аутизму були підставою для того, щоб розглядати це захворювання як окремий

розлад, але феноменологічне визначення Каннер зберіг за ним колишнє – аутизм. Це зумовило плутанину понять дитячого аутизму як розладу та аутизму як симптому (за Е. Бльойлером). Тому, коли йдеться про ранній дитячий аутизм, мається на увазі не симптом аутизму в бльойлерівському розумінні, який постає як ознака різних хворіб і, насамперед, шизофренії, а розлад (хвороба), названий раннім дитячим аутизмом Каннера, або синдромом Каннера.

IV етап – постканнерівський період – аутистичні розлади у дітей вивчали за допомогою уточнення клініко-психопатологічних особливостей раннього дитячого аутизму (50–90-х роках ХХ ст.). В результаті досліджень багатьох авторів (В. М. Башина, Г. Н. Пивоварова, 1970; Е. Ентоні, 1958; Б. Рімланд, 1964; Дж. Лутц, 1968; Л. Вінг, 1981; М. Руттер, 1987) у структурі раннього дитячого аутизму вдалося виявити такі розлади, як порушення апетиту, відсутність адаптації до оточення, а також афективні розлади; уточнити терміни розгорнутого прояву (до трьох-п'яти років) клініки дитячого аутизму і можливість виникнення позитивних психопатологічних розладів поряд із симптомами порушення розвитку всіх сфер діяльності (Л. Каннер, 1956, В. М. Башина, 1975, 1978, 1980; Л. Ейзенберг).

Пізніше з'явилися праці, у яких автори доводили неспецифічність раннього дитячого аутизму. Послідовники психогенезу пов'язували формування раннього дитячого аутизму з порушенням симбіозу між матір'ю і дитиною, розладом адаптаційних механізмів у незрілої особистості, зі слабкістю інтеграційних процесів у нервовій системі дитини, із впливом таких зовнішніх чинників, як пологи, вікові кризові періоди, інфекції, травми, відстоюючи багатофакторність раннього дитячого аутизму (М. Махлер, 1959, 1972; З. Руттенберг, 1970).

Великі досягнення у сфері вивчення диференційованих форм розумової відсталості привели до опису аутистичних симптомів при розумовій відсталості, фенілпіровиноградній олігофренії, Х-ламкій хромосомі, синдромі Дауна й інших розладах (Г.С. Маринчева, В.И. Гаврилов, 1988). З

дитячої шизофренії був виділений і ретельно описаний синдром Ретта, за наявності якого відзначалися аутистичні симптоми виявлялися на першій стадії його розвитку (В.М. Башина та ін., 1993, 1995; Ретт А., 1966; Б. Хагберг, 1985).

У сучасній медико-психологічній літературі аутизм розглядають як загальний розлад розвитку, яке виявляється в ранньому дитинстві та триває протягом усього життя [14, 42]. Люди з аутизмом неадекватно реагують на оточуючих, погано засвоюють навички, які необхідні для спілкування, схильні до ригідної поведінки та стереотипних дій [46].

У вітчизняній науці за даними сучасних досліджень Т. Скрипник присвячено монографію феноменології аутизму; К. Островською висвітлено основні положення щодо психологічної допомоги дітям аутистам; В. Тарасун розроблено навчальний посібник щодо концепції розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом; Д. Шульженко у своїх працях описано генезис понять і категорій аутизму; О. Хаустов розкриває основні шляхи організації навколишнього середовища для соціалізації та розвитку комунікації у дітей з розладами аутичного спектру.

За визначенням Т. Скрипник, аутизм – це загальне (первазивне) порушення розвитку, що позначається на вербальній і невербальній комунікації та соціальній взаємодії, а також ускладнює становлення адаптаційних процесів. Розлади аутичного спектра в цілому виявляються у віці до трьох років. Інші характеристики, які часто пов'язують з аутизмом: обмежені повторювані стереотипні рухи, нетолерантність до змін навколишнього середовища або повсякденності, незвичайні реакції на сенсорні подразники [69-73].

В. Тарасун розглядає дитячий аутизм (від лат. *aitos* – сам) як один з клінічних варіантів такого типу дизонтогенезу, як спотворений розвиток (за термінологією В. Лебединського). Стосовно частоти випадків цієї патології розвитку, на думку автора, існують різні дані: від 6–17 (за В. Каганом) до 57 (за К. Гілбертом) на 10000 дитячого населення (у хлопчиків аутизм

зустрічається частіше, ніж у дівчаток). При цьому типі психічного дизонтогенезу спостерігаються складні поєднання загального психічного недорозвинення дитини, а саме: затриманий, ушкоджений та прискорений розвиток її окремих психічних функцій [80-81].

На думку Т. Галах, аутизм – це специфічний діагноз, який характеризується комплексом симптомів, що проявляються відхиленнями у мовленні, соціалізації і стереотипних рухах. Автор зазначає, що аутизм – це не захворювання, а комплекс розладів розвитку нервової системи, це порушення в розвитку емоційно-особистісної сфери дітей та підлітків. Дитина відчуває труднощі при встановленні емоційного контакту із зовнішнім світом. Проблемним стає вираження власних емоційних станів і розуміння інших людей. Труднощі виникають при встановленні зорового контакту, у взаємодії з людьми за допомогою жестів, міміки, інтонацій [10].

За визначенням академіка В.М. Синьова, аутизм – це порушення зв'язків із навколишнім світом при збереженні основних механізмів прийняття й опрацювання інформації за браком потреби у спілкуванні, первинною ланкою якого є порушення емоційно-позитивної діяльності з матір'ю. Адже дитина, зазвичай, отримує інформацію від оточуючого її середовища, якими є домашні умови її життя, спілкуючись із матір'ю, яка доглядає за немовлям. У результаті йде процес становлення основних діяльнісних компонентів: потреби немовляти у спілкуванні з матір'ю, бажання чути її голос, отримувати її пестощі [82].

Враховуючи особливості психічного розвитку дітей з аутизмом, Н. Пахомова виокремлює 4 групи афективної патології в залежності від ступеня тяжкості [51].

Група 1 – у дитини спілкування практично відсутнє. Спостерігається самоагресія як прояв аутичного захисту. Характерні неадекватні бредоподібні страхи. При безцільних рухах можуть спостерігатися висококоординовані, пластичні рухи, що проявляються через активні форми аутостимуляції. У процесі обстеження предметів використовує нюхові,

вестибулярні і тактильні відчуття. Потребує постійної опіки з боку дорослих в умовах спеціальної установи або в сім'ї.

Група 2 – спілкування обмежене, особливо в незвичних умовах. Страху обумовлені підвищеною гіперчутливістю. Активність вибіркова, виражена прихильність до сталості. Спостерігається скутість, напруженість м'язового тону, недорозвинення тонкої моторики. Когнітивні процеси проявляються через символічні ігри, які відрізняються вираженою стереотипністю. Можуть користуватися мовою при афективно-значимих ситуаціях. Прогноз: можливе навчання на дому за індивідуальною програмою, оволодіння елементарним рахунком, читанням. Дитина потребує постійної опіки. Можливо володіє елементарними трудовими навичками.

Група 3 – при обмеженій потребі спостерігається виражене виборче спілкування, переважно з дорослими. Можлива агресія та афективні переживання частіше проявляються в вербальних формах, в однотипних малюнках. Спостерігається моторна невправність, порушення м'язового тону, слабка координація рухів. На ефективність сприйняття істотний вплив робить афективна установка. Сприйняття вибіркоче. Високий рівень розвитку пам'яті, особливо на афективно значущі події. Характерний нерівномірний темп інтелектуальної діяльності, доступні узагальнення, судження з істотними ознаками, але мотивування відповідей утруднене. Обмеженість (зацікленість) інтелектуальних інтересів. Прогноз: можливе навчання на дому або в коррекційному класі за спеціальною програмою, самостійне проживання під наглядом родичів чи опікунів та оволодіння трудовими навичками.

Група 4 – діти не проявляють ініціативи в процесі спілкування. Характерні неврозоподібні розлади: надзвичайна гальмівність, боязкість, полохливість, особливо в контактах, почуття власної неспроможності, що підсилює соціальну дезадаптацію. Поведінка в цілому цілеспрямована. При напрузі ситуації можуть спостерігатися моторні стереотипії, неспокій, зниження концентрації уваги. Характерні труднощі в засвоєнні моторних

навичок. Затримка руху на відміну від здорових дітей. Прогноз сприятливий. Можливе навчання по масовій програмі в школі [51].

В. Помогайбо звертає увагу фахівців на те, що дитячий аутизм – це захворювання, ознаками якого є порушення спілкування дитини з навколишнім світом, насамперед з іншими людьми, мимовільна самоізоляція, що призводить до порушення розвитку емоційної сфери, мови, пізнавальних функцій та поведінки загалом [55].

Ігрова діяльність дітей з розладами аутичного спектру особливо різко змінена – гра нерідко зводиться до одноманітного пересипання, перекладання предметів, постукування ними, торкання ними обличчя, обнюхування, облизування. Дітям притаманне надто швидке пересичення будь-якою грою; зациклення на одній і тій самій маніпуляції, відсутність сюжетності та ускладнення гри, її стереотипність. Замість гри діти можуть повзати, ходити, іноді підстрибувати, крутитися. Після трьох років така поведінка іноді поєднується зі ставленням до певних предметів (іграшок, стрічок, коліс) як до особливої цінності.

На думку В. Тарасун основними причинами розладів аутичного спектру є: 1) біологічна недостатність регуляторних систем (активуючої та інстинктивно-афективної), а також дефіцитарність аналізаторних систем (гностичних, мовленнєвих, рухових); 2) соціальні (вторинні) фактори: вихідна енергетична недостатність дітей (швидка виснаженість, швидке перенасичення будь-якою діяльністю, низькі сенсорні пороги з вираженим негативним фоном тощо) підвищує їхню готовність до формування реакції страху, що створює хронічну ситуацію дискомфорту.

Тому, як вважає дослідник, аутизм для таких дітей є своєрідною компенсаторною реакцією, спрямованою на захист від травмуючого зовнішнього середовища [80-81].

Перші ознаки аутизму, на думку В. Помогайбо, можуть проявлятися вже в немовлят у вигляді відсутності комплексу поживлення при контакті з матір'ю та іншими близькими людьми. У старшому віці виявами аутизму є

«занурення у себе», зниження або повне ігнорування контактів з навколишнім світом. Зовнішній вигляд хворих на аутизм дітей характеризується застиглим виразом обличчя, спрямованим у пустоту або немовби всередину себе поглядом, відсутністю реакції «очі в очі». Однак їм властива підвищена чутливість до світлових, звукових та інших подразників [55].

До класичних теорій аутизму належать: *поведінкова* (J.W.Bodfish, M.H.Lewis, F.J.Symons); *біологічна*, до якої належать: генетичні концепції, теорія порушення розвитку мозку, теорії, пов'язані з дією перинатальних чинників, а також нейрохімічні та імунологічні концепції (В.В. Лебединський, К.С. Лебединська, С.С. Мнухін, О.С. Нікольська, І.А. Скворцов) та *когнітивна* (U.Frith, A.Leslie) [42, 77].

Поведінкова теорія розглядає аутизм на рівні поведінкових проявів. За визначенням представників цієї теорії, аутизм – це синдром поведінкових дефіцитів і надлишків, які можуть змінюватись під впливом спеціальних ретельно спланованих, конструктивних взаємин з оточуючими. При цьому дефіцитом поведінки названо те, що дитина не робить або робить недостатньо, а надлишком – рухи й дії дитини, які часто виявляються і перетворюють її поведінку на неадекватну та неефективну, заважаючи конструктивній взаємодії з навколишнім середовищем [74].

У дітей з аутичним типом розвитку частіше за все спостерігають такі дефіцити: комунікація; соціально адаптивні навички; ігрові навички; побутові навички; генералізація навичок. Категорія «надлишку поведінки», своєю чергою, охоплює такі прояви: агресія (самоагресія); істерика; аутостимуляція; стереотипні дії [74].

Поведінку дитини, що є соціально небажаною, деструктивною або самодеструктивною, називають проблемною. На думку представників поведінкового (біхевіорального) напрямку, проблемна поведінка у аутичних дітей здебільшого відбувається через брак певних навичок. Так, дитина, яка не має комунікативних навичок, починає виявляти себе небажаним чином:

наприклад, хоче пити, але, не маючи навички просити, починає плакати чи виявляти ауто стимуляцію.

Біологічна теорія – спрямована на визначення тих біологічних аномалій, які можуть бути причиною нездатності до нормо типового емоційно-когнітивного функціонування або, навіть, всієї сукупності симптомів аутизму. На сьогодні існує кілька гіпотез. Так дослідження батьків дітей з аутизмом, дають змогу говорити про певну роль генетичного чинника в розвитку цього розладу. Наприклад, у братів і сестер аутистів, хвороба розвивається в шести-семи випадках зі 100 (Пайвен, 1997), тобто в 200 разів частіше, ніж у середньому в усіх людей. Однояйцеві близнюки аутистів належать до найбільш ризикованої групи. Крім цього, у 10-12% людей, які мають аутизм, простежуються хромосомні аномалії (Садхалтер, 1990).

Деякі дослідники пов'язують аутизм з ускладненнями, які виникають під час вагітності чи народження дитини (Рімланд, 1992; Гудмен, 1990). Ймовірність розвитку аутизму зростає, якщо жінка під час вагітності хворіла на краснуху, до чи після вагітності працювала з токсичними хімічними речовинами, чи якщо були ускладнення при пологах.

У 80-х роках ХХ століття виявлено специфічні біологічні аномалії, що вагомо вплинуло на дослідження розвитку аутизму. У деяких працях, особливу увагу зосереджено на мозочку (Корчесне, 1997). Результати нейрофізіологічних досліджень дають змогу припустити, що в аутистів ще в ранньому дитинстві виникають аномалії в цій частині головного мозку. Якщо мозочок розвивається аномально, дуже важко спрямовано фокусувати свою увагу, розуміти словесні натяки чи міміку інших людей і сприймати соціальну інформацію, що є суттєвими ознаками аутизму. Дослідження у цьому напрямку продовжуються й до сьогоднішнього дня.

Когнітивна теорія (U.Frith) – в її основу лягли результати експериментальних досліджень і спостережень, які виявили не лише зменшення можливостей, але й специфічні здібності в осіб з аутизмом (наприклад, високі показники у запам'ятовуванні слів, не пов'язаних за

сенсом, уміння відтворювати безглузді звукосполюки, уміння розрізняти перевернуті й приховані зображення, виокремлювати другорядні ознаки для класифікації осіб).

В той же час, особам з аутизмом важко виконувати тести на запам'ятовування речень, на класифікацію осіб за емоційним виразом тощо. Через виявлені особливості автор теорії припустила, що аутизм характеризується специфічним дисбалансом в інтеграції інформації. Нормальний процес перероблення інформації полягає в тенденції сполучати розрізнену інформацію в єдину картину, пов'язану загальним контекстом або «центральним зв'язком».

На думку автора, у разі аутизму порушується саме ця універсальна властивість людини перероблювати інформацію. В той час, як люди з нормальним типом розвитку інтерпретують інформацію, беручи до уваги контекст, у якому подано стимули, аутичні особи вільні від такого «контекстуального примусу».

До когнітивної теорії також примкнула сучасна концепція – *теорія намірів* (U. Frith, A. Leslie, S. Baron-Cohen) – в ній стверджується, що триаду поведінкових порушень з аутизму зумовлено ушкодженням фундаментальної людської здатності розуміти наміри інших людей («mind-read»). Здорові діти приблизно у віці 4-х років починають розуміти, що люди мають переконання й бажання («ментальні стани»), які зумовлюють їх поведінку. Дотримуватися «теорії намірів» означає бути здатним приписувати незалежні ментальні стани собі й іншим.

Саме така здатність дає змогу пояснювати та прогнозувати поведінку. Передбачають, що є деякий природжений когнітивний механізм, який забезпечує формування особливого типу уявлень, а саме – уявлень про ментальні стани. Автори концепції зробили припущення, що з дитинства у нас формується два типи репрезентації: одна з них – первинна репрезентація, яку пов'язано з реальною дійсністю, друга – метарепрезентація, що відображає уявний (або символічний) план.

На думку авторів, у аутичних людей цієї здатності немає, що призводить до порушення розвитку уяви, комунікативних і соціальних навичок. До найбільш сучасних теорій аутизму, на сьогодні, відносяться: соціокультурна й психологічна теорії.

Соціокультурна концепція – першим звернув увагу на специфічні риси батьків аутистичних дітей Лео Каннер. Певні властивості особистості батьків, на думку вченого, створюють несприятливий клімат для розвитку дитини, що й спричиняє виникнення хвороби. Згідно з його описом, такі батьки – це високоінтелектуальні, проте холодні люди, «батьки-холодильники». Ці твердження мали суттєвий вплив на загальну думку і на думку батьків про самих себе. Пізніші дослідження не підтвердили того, що батьки таких дітей обов'язково є жорстокими, холодними, які нехтують своїми обов'язками чи мають порушення психіки (Роузен, 1992).

Інші клінічні спеціалісти вважали, що високий рівень соціального і пов'язаного з навколишніми умовами стресу може бути однією з причин аутизму. Однак, дослідження спростували й цю гіпотезу. Вчені, які порівнювали дітей-аутистів з дітьми, які не мають цього розладу, не виявляли ніяких розбіжностей у кількості таких сімейних подій, як смерть батьків, їхнє розлучення чи фінансові проблеми в сім'ї (Кокс, 1975). Отже, соціокультурна концепція пояснює лише деякі аспекти проблематики аутизму, не розкриваючи причин цього явища та не подаючи результативних способів допомоги.

Психологічна концепція – на думку деяких учених, в аутистів є вроджені перцептивні чи когнітивні порушення, що унеможливають їхнє нормальне спілкування та взаємодію з іншими. Такий погляд на проблему аутизму існує в рамках теорії «емоційно-когнітивного функціонування» (або «теорія розуму») (Леслі, 1997; Фрітц, 1989; Байрон-Кохен, 1997; Хейп, 1997).

За теорією «емоційно-когнітивного функціонування» людина здатна передбачувати та розуміти наміри, думки інших людей (а також власні) на підставі поведінки, вигляду, вербальних та невербальних аспектів комунікації [87]. До трьох чи п'яти років більшість дітей здатні брати до уваги думку іншої людини і розуміють, що, враховуючи цю думку, можна

передбачити, що людина робитиме, тобто вони вчать «читати думки» інших людей.

Досвід роботи з аутистами показує, що вони справді страждають своєю «розумовою сліпотою». Чому ж аутисти мають таке емоційно-когнітивне обмеження? Як вважають Гермелін та О'Коннор (1998), це відбувається внаслідок порушень біологічного характеру в ранньому дитинстві, що спричиняє неспроможність аутистичної дитини у процесі сприйняття відрізнити важливе від другорядного.

1.3. Психофізіологічні властивості дитини з синдромом аутистичного спектру

Розлади аутистичного спектру – група розладів психологічного розвитку (відповідно до Міжнародного класифікатора хвороб 10-ї редакції), що характеризується якісними відхиленнями у показниках комунікабельності, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним комплексом інтересів та дій.

Для людей з РАС характерна наявність тріади симптомів:

1. *Комунікативні розлади* – часто порушення мовлення супроводжують аутизм, але люди з РАС можуть мати проблеми із спілкуванням жестами, зчитуванням невербальних сигналів (міміки, пози тіла). Ті, хто мають значні мовленнєві порушення, можуть використовувати для спілкування альтернативні засоби комунікації (картки, програми, жестову мову, набір тексту).
2. *Стереотипне коло інтересів* – діти надають перевагу певним іграм, предметам. Можуть виникати проблеми із розвитком сюжетних ігор. Діти з РАС часто використовують для гри предмети, що не є іграшками, мають обмежений репертуар ігр, не виявляють зацікавлення новими забавками.

3. *Розлади прив'язаності* – в молодшому віці (10-18 місяців) можна помітити, що маля дивно реагує на оточуючих. Наприклад, не реагує на матір, рідко проситься на ручки, уникає інших дітей [92].

Люди, що мають розлади аутистичного спектру – це різnorідна група, яку складають люди різні за віком, статтю, функціональним рівнем, розумовим розвитком, навичками, талантами, особливостями. Серед людей з аутизмом є люди як із рівнем інтелекту вище середнього та соціальними проблемами, так і з тяжкою розумовою відсталістю, нездатні до комунікації та самообслуговування. Близько 50% дітей з аутизмом мають когнітивні порушення. Також часто спостерігаються *проблеми із обробкою сенсорної інформації*:

1. *Порушення слухового сприйняття* заважають дитині фільтрувати фоновий шум та добре розуміти мовлення (що впливає на мовленнєвий розвиток в свою чергу). Частина людей має *гіперакузію* – посилене сприйняття звуків. Шум навколо здатен викликати навіть больові відчуття. Тому вони уникають натовпу, недобре почуваються у класі, громадських місцях.
2. *Порушення зорового сприйняття* – діти з РАС не завжди здатні підтримувати зоровий контакт, дивитися в очі людині, з якою спілкуються. У частини дітей периферичний зір працює краще, ніж центральний. Тобто дитина краще бачить те, що розташовано по боках, ніж у центрі. Це значно впливає на процес навчання читання та письма.
3. *Тактильне сприйняття* – також може бути посилене (діти надають перевагу лише певному одягу, вживають їжу із нейтральним смаком, уникають обіймів тощо), чи знижене (діти штовхаються, полюбляють фізичний контакт, гостру їжу, мають проблеми із організацією складних рухів) [86].

Всіх дітей з РАС можна та потрібно навчати. Головне – оцінити слабкі та сильні сторони дитини, адекватно ставити цілі розвитку. Кожна людина з аутизмом має власний набір особливостей, різний реабілітаційний потенціал.

Л. Мардахаев звертає увагу на те, що аутизм найбільш яскраво проявляється у віці 3–5 років, і в числі найбільш характерних його проявів можна назвати наступні:

- аутична дитина не фіксує погляд, особливо на обличчі, деталях особи іншої людини, не виносить прямого зорового контакту;
- перша посмішка хоча і з'являється вчасно, але не адресується комусь конкретно, чи не провокується сміхом, радістю, іншими афективними реакціями інших людей;
- до оточуючих аутична дитина ставиться індіферентно: на руки не проситься, часто воліючи перебувати у ліжечку, в манежі, в колясці, на руках не пристосовується, не вибирає зручної пози, залишається напруженою; позу готовності не проявляє або проявляє дуже мляво; в той же час іноді легко йде на руки до всіх;
- своїх близьких аутична дитина впізнає, але при цьому досить насиченої і тривалої емоційної реакції не проявляє;
- до ласки дитина з аутизмом відноситься незвично: іноді байдуже (терпить її) або навіть неприємно, але навіть якщо відчуває приємні відчуття і переживання, то швидко перенасичується;
- відношення до моментів дискомфорту (наприклад, порушень режиму харчування) парадоксальне: аутична дитина або взагалі їх не переносить, або байдужа до них;
- потреби в контактах з іншими людьми (навіть близькими) також парадоксальні: в одних випадках дитина не відчуває такої потреби, прагне уникати контактів; в більш важких випадках до контакту (особливо до тактильного) відноситься байдуже, мляво [63].

Діагностичні критерії раннього дитячого аутизму або ознаки загальних порушень розвитку дітей від 1 до 3 років

Соціальні характеристики:

- уникає дивитись в очі батькам та іншим людям
- не розрізняє незнайомих людей і тих, кого бачить щодня, не боїться незнайомих людей, не демонструє емоційної прив'язаності до батьків
- має вузький діапазон емоцій
- не помічає інших, не звертає на них увагу, не намагається потоваришувати
- рідко заводить чи підтримує гру з однолітками або приєднується до групи дітей
- погано розуміє загальнозрозумілі звукові сигнали та команди
- не до ладу сміється чи кричить
- не розуміє емоцій інших
- незвично реагує на певні предмети, наприклад, може з острахом ставитися до побутових речей або певних іграшок
- ігнорує реальну небезпеку, здається, що не розуміє небезпечності висоти, гарячих предметів
- неадекватно виявляє свої емоції, емоційну і соціальну взаємність

Особливості спілкування:

- мало посміхається, має відгороджений вигляд
- не відповідно віку мовчазний
- не реагує на своє ім'я, поводитьься так, ніби не чує
- пізно починає говорити, має регрес у мовному розвитку (раніше щось говорив, а потім перестав)
- механічно, часто невідповідно до ситуації, повторює почуті слова або фрази
- часто має труднощі при наслідуванні або використанні жестів і правильної міміки для спілкування, не розуміє мімічних виразів та

відповідних до них емоцій (наприклад, не розуміє – близька людина плаче чи радіє)

- не демонструє вказівний жест і не махає рукою на знак прощання
- опирається або напружується коли беруть на руки
- періодично робить серійні повторювальні рухи (трусить кистями рук, химерно рухає пальцями чи руками, розгойдується, наносить удари по тулубу)
- надзвичайно чутливий до певних звукових подразників (наприклад, пиლოსоса, дрелі), не реагує на певні звукові подразники, наприклад, мовні
- опирається змінам звичного розпорядку

Особливості пізнавальної діяльності:

- пізнає навколишній світ неадекватними способами (лиже, нюхає)
- уникає дивитися на інших
- уникає торкатися інших людей, вважає за краще торкатися предметів або використовувати руку іншої людини
- імпульсивна або зі схильністю до нав'язливих дій поведінка
- не переносить набуті навички на іншу обстановку чи ситуацію (не моделює)
- тлумачить мову буквально, погано розуміє вирази обличчя, жести
- відволікається через звукові або зорові подразники, не вміє очікувати
- утруднені організаційні навички, навички планування або вибору
- діяльність стереотипна, з великою кількістю поведінкових штампів, ритуалів, які не завжди адекватні наявній ситуації.

Важлива в ранньому віці диференціальна діагностика аутизму, з порушеннями слуху, мови, розумової відсталості. Тому, чим раніше батьки звернуться до спеціаліста, тим ефективнішим буде весь корекційний процес [63].

На думку фахівців (Т. Скрипник, К. Островська) діти з аутизмом мають великий потенціал до розвитку. Ті обмеження, які ускладнюють їхнє поступальне, за принципом нарощування, зростання – брак соціальних якостей та порушення сомато-сенсорних і психомоторних процесів – можуть бути подолані.

З іншого боку, спеціально підібрані методи навчання і розвитку таких дітей (з опорою на світовий досвід) сприятимуть успішному формуванню їхніх інтелектуальних здібностей і адаптивних можливостей.

Оптимальний розвиток дітей з аутизмом, на думку автора, ґрунтується на таких взаємопов'язаних умовах:

1. Раннє виявлення розладів розвитку і долучення до дієвих корекційно-розвивальних програм (в межах програм раннього втручання, або системної ранньої допомоги).

2. Позитивні перетворення в межах родини аутичної дитини, створення найсприятливішого для її розвитку середовища.

3. Сплановане введення дитини у загальноосвітній простір у відповідності до стану і можливостей її розвитку (які постійно переглядаються з наміром перегляду умов продуктивного навчання та розвитку дитини).

4. Модифікація загальноосвітнього простору, що має для дитини з аутизмом підтримувальний, стимулюючий і корекційно-розвивальний потенціал. Використання середовищних ресурсів, серед яких:

- предметні та просторові (структурування простору, навчальне місце, предмети пристосувального характеру, підтримувальна і альтернативна комунікація);
- організаційно-сміслові (структурування таких сфер життєдіяльності, як навчання, побут, дозвілля; дозування навантаження, візуальна підтримка, елементи програми ТЕАССН; правила, що регулюють відносини з довкіллям);

- соціально-психологічні (значущі інші люди, соціальні ролі, соціальні потреби, прихильності, звички).

5. Здійснення грамотного психолого-педагогічного супроводу групою фахівців різного профілю та батьків, які складають індивідуальну програму розвитку дитини та послідовно її виконують.

6. Організація системної корекційно-розвивальної роботи з дитиною (в паралель з навчальним процесом), спрямованою на становлення базових психічних властивостей дитини (тонічної регуляції, почуття безпеки та довіри, сенсорної інтеграції).

7. Навчально-методичне забезпечення процесів навчання та розвитку дітей з аутизмом.

Впровадження у виховання та навчання кожної з цих умов та їх узгодженість між собою прямим чином впливають на позитивний розвиток дитини аутичного спектру [69-73, 46-49].

Висновки до розділу 1

1. Згідно діагностичних критеріїв МКХ-10, розлад аутистичного спектру – це порушення нейророзвитку, яке пов'язане з якісним порушенням реципрокної соціальної взаємодії; якісним порушенням спілкування; зі стереотипіями дій, поведінки та інтересів.
2. На сьогодні для встановлення діагнозу «аутизм» не існує затверджених медичних тестів. Аутизм діагностується за наявністю / відсутністю певних поведінкових характеристик, для чого ретельно вивчається історія розвитку дитини, здійснюється аналіз даних анамнезу.
3. За визначенням більшості дослідників, аутизм – це загальне (первазивне) порушення розвитку, що позначається на вербальній і невербальній комунікації та соціальній взаємодії, а також ускладнює становлення адаптаційних процесів. Розлади аутичного спектра в

цілому виявляються у віці до трьох років. Інші характеристики, які часто пов'язують з аутизмом: обмежені повторювані стереотипні рухи, нетолерантність до змін навколишнього середовища або повсякденності, незвичайні реакції на сенсорні подразники.

4. Існують класичні (поведінкова, біологічна, когнітивна) та сучасні (соціокультурна, психологічна) теорії аутизму, кожна з яких концептуально пояснює витоки розладів аутистичного спектру.

Для людей з РАС характерна наявність тріади симптомів:

5. Психологічні особливості представників будь-якої нозології розладів аутистичного спектру складають тріаду симптомів: комунікативні розлади, стереотипність кола інтересів, розлади прив'язаності.

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ РОДИННОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

2.1. Специфіка внутрішньо-сімейних відносин в родинях із дітьми з комплексними порушеннями та їх роль у компенсації порушень

Тенденція збільшення кількості дітей з вадами розвитку обумовлює необхідність особливого соціально-психологічного супроводу сімей, які виховують таких дітей, оскільки якісні характеристики дитячо-батьківських стосунків є важливим фактором впливу на розвиток пізнавальних функцій дитини, становлення її особистості, самооцінки, засвоєння морально-етичних норм, зразків поведінки та соціальних ролей.

У разі комплексних порушень розвитку дитини вплив соціальних факторів набуває особливого значення. З метою профілактики виникнення

соціальної дезадаптації таких дітей, усунення перешкод у їх соціальній інтеграції, попередження деструктивної міжособистісної взаємодії з оточенням відбуваються дослідження особливостей дитячо-батьківських стосунків у родинах, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Вплив характеру дитячо-батьківських стосунків на успішність соціалізації особистості дитини висвітлюється в роботах О. Агавелян, Ю. Гіппенрейтер, О. Добриніної, В. Коваленко, Р. Козьякова, М. Коломинського, Т. Лози, І. Нікольської, Р. Овчарової, К. Максимової, І. Марковскої, В. Мачихіної, А. Московкиної, О. Петрової, І. Поташової, А. Співаковскої, Р. Хайрудиной, Г. Хомептаускаса, І. Шац, О. Швайбович, О. Югової.

На сьогодні, особливості сімей, які виховують дітей з вадами розвитку, висвітлюються у наступних аспектах: специфіка материнського та батьківського ставлення до дітей зі складними варіантами порушеного розвитку (Т. Висотина); формування самосвідомості батьків, які переживають психотравмуючу ситуацію (Є. Тиха); взаємини в родинах, де виховуються діти з розумовою відсталістю (Л. Шипіцина); структурно-функціональні особливості сімей із психічно хворим (Е. Ейдемільер, В. Юстицький); поява у батьків, які виховують особливу дитину, різних соматичних захворювань, астенічних та вегетативних розладів, депресивної симптоматики (В. Вишневський, Р. Майрамян); виникнення у батьків дітей з інвалідністю особистісних порушень, певних характерологічних рис особистості (В. Ткачова); соціально-психологічні проблеми дітей з інвалідністю (І. Іванова); розвиток дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків (Б. Андрейко); особливості дитячо-батьківських стосунків у родинах, які виховують дітей з обмеженими можливостями (О. Гринина, Т. Рудзинська); сімейна соціалізація дітей з обмеженими фізичними можливостями (О. Юлдашева); міжособистісні стосунки у родинах, які виховують дітей з вадами розвитку (І. Граматкіна);

взаємозв'язок стилю сімейного виховання і проявів тривожності у підлітків з вадами слуху (В. Волкова, О. Хлистова); дитячо-родинні групи як форми психологічної допомоги сім'ям дітей з логопедичними порушеннями (Т. Марченко); специфіка дитячо-батьківських стосунків у родинах дітей з вадами зору (О. Ольхіна); психологічна допомога батькам дітей зі складними порушеннями розвитку (Л. Фомина); міжособистісні стосунки у сім'ях, які мають розумово відсталих дітей (І. Багдасарян); психологічні особливості сімей, які виховують дитину з особливими освітніми потребами (К. Арбатська, Н. Устинова); специфіка батьківської позиції до дитини з вадами розвитку (О. Югова) [3, 6, 15, 18].

Результати чисельних досліджень показують невтішну тенденцію погіршення внутрішньо сімейних відносин в родинах, що виховують дитину з комплексними вадами розвитку, а також не найкращі зміни у стосунках такої сім'ї з навколишнім соціумом. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями такої дитини, емоційним перевантаженням, яке переживають члени її сім'ї у зв'язку з тривалим стресом. Стан батьків В. Ткачова характеризує як внутрішній (психологічний) та зовнішній (соціальний) «глухий кут» [85].

Загальні якісні зміни у житті сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку, проявляються на психологічному, соціальному та соматичному рівнях. Результати досліджень О. Єфимової свідчать про те, що з появою у сім'ї дитини з порушеннями розвитку змінюються соціальний статус матерів та динаміка внутрішньо-сімейних стосунків: основна роль у вихованні, реабілітації та навчанні дитини покладається на матір; майже половина матерів змушені залишити роботу та присвятити себе дитині, а роль батька полягає здебільшого у матеріальному забезпеченні сім'ї; для обох батьків є характерним емоційне відкидання своєї дитини, але для матерів більш вираженою є віра в її майбутнє [18].

Досліджуючи особливості материнського та батьківського ставлення до дітей зі складними порушеннями розвитку, зокрема аутизмом із розумовою

відсталістю, Т. Висотина відзначає підвищену тривожність матерів, домінування у них прагнення до емоційного контакту з підвищеною фіксацією на вербальному спілкуванні, а у батьків таких дітей переважає тенденція до емоційної дистанції [13].

Вирішуючи питання надання соціально-психологічної допомоги сім'ям, що виховують дитину з комплексними розладами, необхідно диференціювати поняття «дитячо-батьківські стосунки», «батьківське ставлення», «батьківська позиція», «батьківська поведінка» та «батьківські установки», які часто виступають як синоніми.

Так *дитячо-батьківські стосунки* разом із подружніми є основоположними у сучасній нуклеарній сім'ї. Вони є похідними від системи внутрішньосімейних зв'язків та є важливою умовою соціальної підготовки дитини. Дитячо-батьківські стосунки, за визначенням Н. Іванової, – це система міжособистісних установок, орієнтацій, очікувань вертикального спрямування знизу вгору (діада «дитина – дорослий») та зверху вниз (діада «батьки – дитина»), які визначаються спільною діяльністю членів сім'ї та спілкуванням між ними.

Специфіка дитячо-батьківських стосунків полягає в тому, що вони двосторонні, їх продуктом є сформована особистість дитини, вони залежать від трьох факторів, таких як батьки, дитина та культурно-історичний контекст стосунків.

Батьківське ставлення, за визначенням А. Співаковської, – це реальна спрямованість дорослого, що дає змогу описувати широкий спектр стосунків, в основі яких лежить свідомо чи несвідомо оцінка дитини, що виражається у способах і формах взаємодії з нею [62].

Три компоненти батьківського ставлення до дитини:

- емоційний компонент, що включає всі почуття, які батьки мають щодо дитини, та емоції, що відображають оцінку ними своєї батьківської позиції;

- когнітивний компонент, який визначає знання, уявлення батьків про свою дитину та про себе як про носія соціальної ролі батька;
- поведінковий компонент, що полягає у реалізації певного способу ставлення до дитини [6].

Батьківська позиція – це цілісне утворення, реальна спрямованість виховної діяльності батьків, яка виникає під впливом мотивів виховання. Основними характеристиками оптимальної батьківської позиції є адекватність (прийняття особливостей дитини), динамічність (здатність і бажання змінювати форми та способи взаємодії з дітьми), прогностичність (здатність батьків передбачати подальший розвиток своєї дитини та побудову взаємодії з нею).

Під *батьківською поведінкою* розуміється такі взаємодія і спілкування дорослих із дитиною, які спрямовані на здійснення ними ролевих функцій, опосередковані уявленнями про те, якими мають бути батьки, а також їх досвідом спілкування з власними батьками і знанням про свою дитину.

Термін «батьківські установки» є надзвичайно широким і включає особистісні цінності, сприйняття батьками дитини, уявлення й очікування, пов'язані з її розвитком. Батьківські установки включають оцінку того, що дитина може або не може робити, знання про процеси її когнітивного та соціального розвитку, про роль батьків у її житті, про мету її навчання, про бажані способи її дисциплінування.

Окрім того, установки можуть забезпечувати батьків засобами для захисту їх власної самооцінки, створюючи стандарти, відповідно до яких оцінюється виконання їх ролі та встановлюються обмеження для різних аспектів батьківської відповідальності. У батьківських установках прийнято виділяти такі три компоненти, як: оціночний (оцінка батьками об'єкта або ситуації виховання); когнітивний (система знань чи ідей, які розглядаються як достовірні та використовуються для побудови стратегії і тактики виховання дитини); поведінковий (наміри поводитися певним чином стосовно дитини, які проявляються в конкретній практиці виховання) [15].

Важливою умовою аналізу дитячо-батьківських стосунків у сім'ях, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку, є розгляд структурного підходу до проблеми батьківства. У вітчизняній психології він представлений, наприклад, у роботі М. Арутюнян. На її думку, існує три варіанти сім'ї, такі як традиційна (патріархальна), дитиноцентрована та подружня (демократична).

У традиційній сім'ї виховується повага до авторитету старших, педагогічні впливи здійснюються зверху вниз, основною вимогою є підпорядкування, підсумком соціалізації дитини в такій сім'ї є вміння легко адаптуватися до вертикально-організаційної суспільної структури. Діти з таких сімей легко засвоюють традиційні норми, але відчувають труднощі у формуванні власних родин, вони неініціативні, негнучкі в спілкуванні.

У дитиноцентрованій родині головним завданням батьків вважається забезпечення щастя дитини. Сім'я існує лише для дитини, вплив здійснюється, як правило, від дитини до батьків, існує симбіоз дитини та дорослого. У результаті цього дитина має високу самооцінку та конфлікти із соціальним оточенням за межами сім'ї.

Для демократичної сім'ї характерними є взаємодовіра, прийняття, автономність членів, а виховний вплив відбувається у вигляді діалогу на рівних позиціях батьків і дітей. У сімейному житті завжди враховуються спільні інтереси, причому чим старше дитина, тим більше її інтереси враховуються. Підсумком такого виховання є засвоєння дитиною демократичних цінностей, гармонізація її уявлень про права та обов'язки, свободи та відповідальності, розвиток дитячої активності, самостійності, доброзичливості, адаптивності, впевненості в собі та емоційної стійкості, водночас у цих дітей може бути відсутньою навичка підпорядкуватися соціальним вимогам. Вони погано адаптуються у середовищі, побудованому за «вертикальним» принципом (тобто практично у всіх соціальних інститутах) [34].

У дослідженнях В. Друзя, А. Клименко та І. Помещикової відзначається, що специфіка психофізичного розвитку дітей з порушеннями розвитку послаблює адаптивні можливості та ускладнює їх соціалізацію у суспільстві. О. Юлдашева доповнює, що сімейна соціалізація таких дітей здебільшого є одним із варіантів відхиленої соціалізації, оскільки особистісний розвиток дитини з інвалідністю відрізняється від загальноприйнятих еталонів.

Сімейна соціалізація дітей із порушеннями розвитку переважно залежить від якості дитячо-батьківських стосунків. Гармонійні взаємовідносини у сім'ї є необхідною умовою формування у дитини готовності та здатності до відносно самостійного життя, а також зменшує ризик соціальної дезадаптації у подальшому.

І. Граматкіна підкреслює, що для корекції недоліків психічного розвитку «особливих» дітей, оптимізації процесу та результатів їх соціальної адаптації, перш за все, необхідно змінити ставлення до них батьків.

У дослідженні В. Волкової та О. Хлистової виявлено, що особистісний та емоційний розвиток дітей із порушеним психофізичним розвитком відбувається під впливом як сенсорної, так і сімейної депривації, що може бути причиною формування у них тривожності як стійкої характеристики особистості. Переважним стилем сімейного виховання у таких сім'ях є контроль та симбіоз, оскільки батьки вважають своїх дітей неповноцінними [58].

Аналогічні тенденції, пов'язані з високим контролем з боку батьків і низькою оцінкою можливостей дитини, Т. Марченко виявила в родинах, які виховують дітей із логопедичними порушеннями. О. Ольхина на підставі проведеного дослідження, пояснюючи причини проблем у стосунках дітей з вадами зору та їх батьками, як одну з основних виокремлює відсутність у батьків необхідних знань у галузі спеціальної психології.

Л. Фомина виявила, що практично у всіх досліджуваних сім'ях деформовані внутрішньо-сімейні стосунки, спостерігаються конфліктні

ситуації, симбіотичні зв'язки, занижена самооцінка їх членів, а також була виявлена надмірна прив'язаність дитини до матері на фоні заниженої значимості батька.

О. Агавелян та І. Багдасарьян вказують на низький рівень мотивації міжособистісних стосунків, недостатню адекватність сприймання і ставлення до інших осіб у дітей з вадами розвитку [85]. Дослідження О. Югової засвідчило такі батьківські позиції: активна (21% опитаних родин), коли батьки мають певні знання про особливості розвитку своєї дитини з вадами, зверталися до фахівців за консультацією, зацікавлені у спільному процесі психолого-педагогічної допомоги їм; умовно активна (46%), коли батьки пригнічені, не виявляють зацікавленості у співпраці з фахівцями, мають поверхові знання про проблеми своєї дитини, забезпечують лише комфортні побутові умови життя дитини без корекційно-розвивальних занять; пасивна (33%), коли батьки не мають інформації про специфіку розвитку дитини та характер її порушень, часто вони або не сприймають дитину, або вважають фахівців не компетентними [83].

У сучасній соціальній психології також існують типології сімейних стосунків, створені на основі соціально-психологічних характеристик сім'ї як малої групи. Наприклад, А. Амбрумова та Л. Постовалова виділяють такі типи сім'ї: за ступенем згуртованості (інтегровані, дезінтегровані та суперінтегровані); за рівнем психологічної та ціннісно-орієнтованої відповідності між членами сім'ї (гармонійні та дисгармонійні сім'ї; корпоративні та альтруїстичні сім'ї; відкриті та закриті сім'ї; гнучкі та консервативні сім'ї; авторитарні та демократичні сім'ї).

В. Гарбузов, відзначаючи вирішальну роль виховних впливів у формуванні характерологічних особливостей дитини, виокремлює три типи неправильного виховання:

емоційне відкидання, тобто неприйняття індивідуальних особливостей дитини, що поєднується з жорстким контролем, нав'язуванням їй єдино правильного типу поведінки;

гіперсоціалізуючий тип виховання, що виражається у тривожності батьків щодо стану здоров'я дитини, її соціального статусу серед товаришів, успіхів у навчанні та майбутній професійній діяльності;

егоцентричний тип виховання, що виявляється у культивуванні уваги всіх членів сім'ї до дитини [9].

Оскільки виховання характеризується, перш за все, певними сторонами ставлення батьків до дітей, то можна виділити найбільш істотні з них у вигляді трьох груп факторів за О. Захаровим.

До факторів першого порядку можна віднести такі сторони або аспекти ставлення батьків до дітей:

1) у взаємодії з дітьми батьки мимоволі компенсують багато своїх переживань, тобто їх ставлення має реактивний характер (наприклад, гіперопіка матері заснована на тривожності та страху самотності, нервові зриви у вигляді крику і фізичних покарань компенсують нервову напругу батьків);

2) неусвідомлена проєкція власних особистісних проблем на дітей, яких дорослі часто, не усвідомлюючи цього, звинувачують у власних невдачах (чим вище ступінь невротичних порушень у батьків, тим частіше вони відчують почуття провини, сумніви в правильності своїх дій та негативній оцінці своєї дитини);

3) розрив між тим, що батьки говорять, і тим, що роблять, відображаючи подвійність своєї особистості та непослідовність суджень;

4) неспроможність батьків стабілізувати кризові ситуації у психічному розвитку дитини, впоратися з її страхом і тривогами, чому сприяють фіксації її невротичних реакцій;

5) труднощі у встановленні рівних, довірливих та емоційно-теплих, безпосередніх стосунків із дітьми;

6) брак у вихованні душевної щедрості, широти поглядів та доброти, яка не обтяжена егоцентризмом, раціоналізмом, надмірною заклопотаністю і песимізмом [20].

Факторами другого порядку, або основними параметрами, неправильного виховання є наступні: 1) незрозуміння своєрідності розвитку дитини; 2) неприйняття її індивідуальності, своєрідності, особливостей характеру; 3) невідповідність вимог і очікувань батьків можливостям і потребам дитини; 4) негнучкість батьків у стосунках із дітьми; 5) нерівномірність ставлення батьків у різні роки життя дітей (недолік турботи змінюється її надлишком або навпаки); 6) непослідовність у поводженні з дітьми; 7) неузгодженість стосунків між батьками, обумовлена наявністю конфлікту, посиленого контрастними рисами їх темпераменту.

Факторами третього порядку є афективність (надлишок батьківського роздратування, невдоволення, неспокою, тривоги, страху та хаотичності); тривожність (непокій і паніка з будь-якого приводу); домінантність (категоричність судження, наказовий тон, прагнення підпорядкувати собі дитину, створити залежність її від себе, нав'язувати думки та готові рішення, прагнення до суворої дисципліни та обмеження самостійності, використання примусу та вживання репресивних заходів, включаючи фізичні покарання); недовіра до можливостей дітей; недостатня чуйність; суперечливість у стосунках з дітьми (суперечливість відображає невротичні особливості особистості батьків і помітно зменшується за ступенем стабілізації внутрішнього психічного стану й підвищення впевненості в собі) [34].

Труднощами, які найчастіше зустрічаються у дитячо-батьківських відносинах у сім'ях, які виховують дітей з порушенням розвитку, є невідповідність батьківським очікуванням, симбіотичні стосунки між матір'ю та дитиною, перебування у постійному стані стресу, відсутність моральної підтримки з боку близьких і друзів.

Отже, як видно, характер батьківського ставлення впливає на формування у дітей певних рис особистості, що визначає можливості успішної соціалізації дитини в майбутньому. Неадекватні стилі сімейного виховання приводять до формування у них невротичних, соціально небажаних рис особистості, до труднощів адаптації дитини в суспільстві.

2.2. Родинно-орієнтований підхід як основа надання комплексної психолого-педагогічної допомоги дитині з синдромом аутистичного спектру

Родинно-орієнтований підхід передбачає системні перетворення в межах родини. Послідовна і цілеспрямована робота з батьками має спрямовуватися на підвищення батьківської компетентності, психологічну допомогу власне батькам та на створення розвивального середовища для дитини.

Актуальність розробки родинно-орієнтованого підходу у межах комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом обумовлена тим, що родина, у якій виховується дитина з аутизмом на даний момент не виконує роль базової структури, що здатна забезпечити максимально сприятливі умови для її оптимального розвитку і навчання. Так, у багатьох сім'ях не тільки не створені адекватні умови для розвитку дитини з

аутизмом, але і, навпаки, родинна ситуація деструктивно впливає на особистість дитини.

Така внутрішньосімейна атмосфера виникає в результаті наступних причин:

- високого рівня психічної травматизації членів родини, як наслідок народження дитини з особливостями у розвитку;
- відсутність необхідних психолого-педагогічних знань у батьків;
- інколи несприйняття дитини, що обумовлено особистісними особливостями батьків або їхніми культурно-ціннісними орієнтаціями у ставленні до своєї дитини.

Відмічається, що у якості травмуючого фактора, який визначає особистісні переживання батьків дітей з відхиленнями у розвитку, виступає комплекс психічних, рухових і емоційно-особистісних розладів їхніх дітей.

Вираженість порушень, їхня стійкість та довготривалість впливають на глибину особистісних переживань батьків, особливо глибоко, якщо вони самі здорові та не мають ніяких психофізичних відхилень [39].

Що стосується родин з аутичними дітьми, визначено, що основним травмуючим фактором для батьків є порушення здатності їхньої дитини до встановлення адекватного контакту як з оточуючими, так і з ними особисто. У подальшому ця риса призводить соціально-побутової непристосованості і порушенню соціальної адаптації. Батьки, особливо матері, часто страждають внаслідок відсутності у власної дитини потреби подивитися в очі, поговорити, обійняти тощо.

Холодність і байдужність аутичних дітей до близьких часто поєднуються з підвищеною вразливістю і емоційною чутливістю. Діти можуть лякатися різких звуків, підвищеного голосу, зауважень на свою адресу. Це ускладнює їхню взаємодію з родиною і потребує постійного створення спеціальних умов для їхньої життєдіяльності [58].

Відмічається, що особлива недостатність енергетичного потенціалу травмує особистість батьків, підвищує їхню вразливість і дуже часто перетворює батьків, особливо матерів, у емоційних донорів для своєї дитини.

Як було зазначено у попередньому підрозділі роботи, сім'я виступає у якості мікросоціуму, який сприяє формуванню, як у нормально розвиненої, так і у дитини з аутизмом, моральних якостей, ставлення до світу людей, уявлення про характер міжособистісних та соціальних зв'язків.

Родинно-орієнтований підхід дозволяє розглядати сім'ю у якості системоутворюючої детермінанти в соціально-культурному статусі дитини, що визначає її подальший психофізичний і соціальний розвиток [59].

Ряд досліджень виявляють пряму залежність впливу родинного фактору на особливості розвитку дитини. Зокрема, В.Р. Нікішина вказує на те, що чим сильніше проявляється сімейне неблагополуччя, тим більше виражені порушення у розвитку дитини [45]. Це необхідно враховувати при розробці системи родинного супроводу аутичної дитини в межах комплексної психолого-педагогічної допомоги.

Адже надання психологічної допомоги сім'ям з аутичними дітьми дозволяє через оптимізацію внутрішньосімейної атмосфери, гармонізацію міжособистісних, подружніх, батьківсько-дитячих і дитячо-батьківських стосунків вирішити проблему комплексної допомоги дитині з розладами аутичного спектра.

Потреба у наданні спеціальної психологічної допомоги родинам, які виховують аутичних дітей виникає внаслідок чисельних проблем з якими вони повсякчас стикаються. Важливого значення набуває створення сприятливого корекційно-розвивального родинного середовища для дитини з аутизмом. Це потребує від батьків певного обсягу знань, що сприятиме кращому розумінню потреб і можливостей дитини. Вони повинні володіти практичними навичками, які дозволять адекватно спілкуватися з дитиною і ефективно її розвивати.

Разом з тим, допомоги потребує і сама родина. Спеціальна психологічна допомога необхідна батькам аутичної дитини для нейтралізації тих психологічних проблем, які виникають внаслідок їхніх особистісних переживань, пов'язаних з порушеннями у розвитку власної дитини.

У цьому контексті особливої важливості набуває виявлення ставлення батьків до дитини і її порушення. Так, В. Соммерс виокремлює п'ять категорій, що характеризують ставлення батьків до дитини з особливостями психофізичного розвитку: прийняття дитини і її особливостей; реакція заперечення дефекту; реакція надмірної опіки, захисту та протекції; приховане несприйняття і відсторонення; відкрите несприйняття і відсторонення.

Прийняття дитини – батьки приймають дитину, об'єктивно оцінюють її можливості і виявляють «справжню» відданість; немає неприязні і почуття провини. Головний девіз — необхідно досягти якнайбільше там, де це можливо.

Реакція заперечення дефекту – батьки внутрішньо заперечують наявність дефекту, хоча зовнішньо намагаються його подолати. У планах стосовно майбутнього своєї дитини (освіта, професія) — не визнають обмежень; наполягають на досягненні високих результатів (завищують планку).

Надмірна опіка, захист і протекція – батьки сповнені співчуттям і жалем, що призводить до гіперопіки. У такому випадку дитина стає об'єктом гіпертрофованої материнської любові; батьки намагаються все зробити за неї, і як наслідок, дитина залишається на інфантильному рівні.

Приховане несприйняття і відсторонення – батьки внутрішньо визнають порушення, але соромляться його; спостерігається внутрішня «відраза», хоча зовнішньо її не виявляють. Відкрите несприйняття і відсторонення. Батьки усвідомлюють свої ворожі почуття і звертаються до різних форм захисту, звинувачуючи лікарів, педагогів, психологів [60].

Перші два типи дослідників вважає позитивними, оскільки дитина бере участь у житті сім'ї і суспільства, що забезпечує її розвиток. Третій тип викликає порушення особистісного розвитку, але позитивний результат все ж таки можливий. Четвертий і п'ятий — безумовно негативні реакції, які заважають розвитку особистості дитини.

Важливо розуміти, що до таких станів батьки приходять поступово, відчуваючи різноманітні реакції: заперечення, гнів, почуття провини, емоційну адаптацію. Рядом дослідників вирізняються чотири фази психологічного усвідомлення факту народження дитини з порушеннями (Т.Г. Богданова, Г.Г. Гузєєв, Д. Льютеман і Є. Шухард).

Перша фаза характеризується відчуттям розгубленості і страху; відчуттям власної неповноцінності, безпорадності і відповідальності за долю своєї дитини.

Друга фаза — відмова від поставленого діагнозу і негативізм. Ця фаза спрямована на те, щоб зберегти певний рівень надії або відчуття стабільності сім'ї. Більшість батьків приймають діагноз, але при цьому мають невиправданий оптимізм щодо прогнозу розвитку і можливостей вилікуватися [62].

Поступово батьки починають приймати діагнози і розуміти його зміст, що викликає у них глибоку депресію. Цей стан характеризує третю фазу. Батьки відчувають горе, докори сумління і навіть образу.

Четверта фаза – свідоме самостійне звернення батьків за допомогою до спеціалістів, що означає початок соціально-психологічної адаптації. Батьки вже можуть правильно оцінити ситуацію, розпочати керуватися інтересами дитини, встановлювати адекватні емоційні контакти.

Під час консультування родин з дітьми, що мають особливості розвитку, окрім визначення батьківської позиції щодо дитини і її порушення, необхідно виявляти і *тип ставлення батьків до дитини*.

Існує думка, що тип дитячо-батьківських стосунків у родині є одним з основних факторів, що формує характер дитини і особливості її поведінки.

Зокрема, Е.Г. Ейдеміллер виокремлюють шість типів сімейного виховання з акцентуйованими рисами характеру і з психопатіями [9].

Гіпопротекція (гіпоопіка) характеризується відсутністю необхідного піклування про дитину. Дитина відчуває себе покинутою.

Домінуюча гіперпротекція передбачає оточення дитини перебільшеною, нав'язливою турботою, що повністю блокує її самостійність і ініціативу; відбувається домінування батьків над дитиною, ігнорування її реальних потреб і жорсткий контроль над поведінкою дитини.

Потураюча гіперпротекція виявляється у бажанні батьків задовольнити всі потреби і примхи дитини, надаючи їй роль кумиру сім'ї. Емоційне відштовхування виявляється у неприйнятті дитини в усіх її проявах. Відштовхування може бути явним (дитині говорять: «Ти мені надоїла, йди звідси, не лізь до мене») и приховано — у вигляді знуцань, іронії, висміювання. Жорстокі взаємостосунки можуть проявлятися явно — у вигляді побоїв, або приховано — у вигляді емоційної ворожості і холодності.

Підвищена моральна відповідальність виявляється в тому, що у дитини вимагають виявлення високих моральних якостей з надією на її особливе майбутнє. Батьки доручають дитині опікуватися іншими членами сім'ї.

Неправильне виховання може розглядатися у якості фактора, що підсилює характерологічні розлади дитини. Під акцентуацією характеру розуміють надмірну вираженість окремих рис характеру і їх поєднань, що являють собою крайні варіанти норми. Акцентуйованим характерам властива підвищена вразливість до окремих психотравмуючих впливів [83].

Аналізуючи взаємодію матері і дитини при спільному вирішенні задач, Є.Т. Соколова виокремлює основні стилі дитячо-батьківської взаємодії: співробітництво; псевдо-співробітництво; ізоляція; конкуренція [85].

Співпраця передбачає тип стосунків, в яких потреби дитини враховуються, їй дають право бути самостійною. Допомога надається в складних ситуаціях, що вимагають участі дорослого. Варіанти вирішення тієї

чи іншої проблемної ситуації обговорюються разом із дитиною, приймається до уваги її думка.

Псевдо-співробітництво може здійснюватися в різних варіантах, таких як домінування дорослого, домінування дитини. Для псевдоспівробітництва характерна формальна взаємодія, що супроводжується відвертими лестощами. Рішення досягаються за рахунок поспішної згоди одного з партнерів, що зазнає страх перед можливою агресією іншого.

При *ізоляції* повністю відсутня кооперація і об'єднання зусиль, ініціативи один одного відхиляються і ігноруються, учасники взаємодії не чують і не відчують один одного.

Для стилю *суперництва* характерна конкуренція, за рахунок відстоювання власної ініціативи і придушення ініціативи партнера.

Соколова Є.Т. підкреслює, що лише за умов співпраці, коли при виробленні спільного рішення приймаються як пропозиції дорослого, так і самої дитини, відсутнє ігнорування партнера. Тому даний тип взаємодії спонукає дитину до творчої активності, формує готовність до взаємоприйняття, дає відчуття психологічної безпеки [83].

На думку В.І. Гарбузова, існує три патогенних типи виховання.

Неприйняття (емоційне відкидання). Суть цього типу виховання виявляється у надмірній вимогливості, жорсткій регламентації і контролі. Дитина не приймається такою, якою вона є, її починають переробляти. Це роблять за допомогою або дуже жорсткого контролю, або безконтрольно, з повним потуранням. Неприйняття формує у дитини невротичний конфлікт. У самих батьків спостерігається неврастєня. Такі батьки не люблять в дитині «дитини», вона дратує їх своєю «дитячістю».

Гіперсоціалізуюче виховання. Виникає на ґрунті відчуття тривоги щодо здоров'я, соціального статусу дитини та інших членів сім'ї. В результаті можуть сформуватися страхи, фобії соціального плану, можуть бути нав'язливі ідеї; виникає конфлікт між бажаним і наявним. Батьки приписують дитині те, що вона повинна хотіти. В результаті у неї виникає страх перед

батьками. Батьки прагнуть придушити прояв природних основ темпераменту. При такому типі виховання діти-холерики стають педантичними, діти-сангвініки і діти-флегматики — тривожними, а діти-меланхоліки стають нечутливими.

Егоцентричне виховання спостерігається в сім'ях, де дитина – кумир. Дитині нав'язується уявлення про те, що вона має самодостатню цінність для інших. В результаті у дитини з'являється багато претензій до сім'ї і до світу вцілому, що у подальшому може спровокувати істероїдний тип акцентуації особистості [83].

Поява в родині психічно або фізично неповноцінної дитини завжди пов'язана з сильними емоційними переживаннями батьків; докорінно змінюються їхні життєві позиції. Дізнавшись про народження дитини з відхиленнями у розвитку, батьки відчують суперечливі почуття – від недовіри і небажання погоджуватися з думкою лікарів до повного відчаю.

Виділяються загальні ознаки, що характеризують психологічний клімат родин, які виховують дітей з порушеннями розвитку: батьки відчують нервово-психічне і фізичне навантаження, втому, напругу, тривогу і невпевненість щодо майбутнього дитини; особистісні прояви та поведінку дитини не відповідають очікуванням батьків і, як наслідок, викликають у них роздратування, гіркоту і невдоволення; сімейні стосунки порушуються; соціальний статус родини знижується – наявні проблеми зачіпають не тільки внутрішньосімейні взаємини, а й призводять до змін у її найближчому оточенні. Батьки намагаються приховати особливості розвитку дитини від друзів і знайомих, відповідно коло позасімейного функціонування звужується.

Після народження дитини з відхиленнями у розвитку стосунки всередині родини, а також контакти з навколишнім соціумом спотворюються. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями проблемної дитини, а також із великим емоційним навантаженням, яке несуть члени сім'ї у зв'язку з довготривалим стресом.

Багато батьків у даній ситуації виявляються безпорадними. В.В. Ткачова характеризує їхній стан як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут. Процес подолання кризового стану протікає своєрідно в кожній родині. Одні батьки повністю справляються з новою життєвою ситуацією, інші застряють на етапі усвідомлення удару, залишаються в соціальній ізоляції, потребуючи підтримки фахівців [88].

Якісні зміни в житті сімей, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку (у тому числі з аутизмом), проявляються на наступних рівнях: психологічному, соціальному, соматичному.

Психологічний рівень характеризується тим, що народження дитини з відхиленнями у розвитку сприймається її батьками як найбільша трагедія; стає причиною сильного стресу, що відчуває, в першу чергу матір. Пролонгований стрес деструктивно впливає на психіку батьків і стає вихідною умовою різкої травмуючої зміни життєвого укладу сім'ї.

Соціальний рівень виявляється в тому, що родина стає замкнутою, її контакти різко обмежуються. Вона звужує коло знайомих і навіть родичів з причини характерних особливостей стану і розвитку хворої дитини, а також через особистісні установки самих батьків (страху, сорому). Це випробування також деформуюче впливає на взаємовідносини між батьками хворої дитини.

Одним із самих сумних проявів, що характеризують стан сім'ї після народження дитини з відхиленнями у розвитку, є розлучення.

Соматичний рівень. Стрес, що виник у результаті комплексу незворотніх психічних розладів у дитини, може викликати різні захворювання у її матері, ніби запускаючи механізм цього процесу. Виникає патологічний ланцюжок: хвороба дитини викликає психогенний стрес у її матері, який в тій чи іншій мірі провокує виникнення у неї соматичних або психічних захворювань. Таким чином, захворювання дитини, її психічний стан може бути психогенним і для батьків, в першу чергу матерів, провокуючи розвиток невротичних станів [95].

Знання цих особливостей дає фахівцям змогу ідентифікувати стан батьків і дитини. Надалі доцільно спланувати конкретні заходи щодо зміни наявних (поведінкових) стратегій і властивостей батьків на відповідніші й ефективніші.

Підґрунтям процесу продуманої й цілеспрямованої допомоги дитині має стати правильне психологічне налаштування батьків, їхній особливий психоемоційний стан, спрямований на дії, а не на переживання. Якщо в батьків немає можливості долучитися до роботи із психотерапевтом, то таку самопомогу варто надавати в сім'ї. Різновидом такої психотерапії можуть стати задушевні розмови між батьком і матір'ю, коли вони, не приховуючи, розповідають про всі свої страхи і тривоги, пов'язані з дитиною. Перш ніж починати надавати допомогу дитині, потрібно обговорити всі питання і сумніви, усі образи і почуття провини, що не дають спокою [6].

Наступним етапом має стати ухвала батьків по-справжньому любити дитину, не егоїстичною чи обумовленою любов'ю (за щось), а безумовною, орієнтованою на саму дитину, а не на те враження, яке вона справляє на людей. Батьки повинні прийняти дитину такою, якою вона є зараз, а не порівнювати з іншими дітьми і страждати від її невідповідності.

Якщо батьки ставляться до стану дитини як до безнадійної трагедії, якщо її вигляд приводить їх до зневіри, якщо саме слово «аутизм» викликає біль і заціпеніння відчаю, то вони не зможуть допомогти дитині. Якщо вони за всяку ціну прагнуть «зробити дитину нормальною», тобто нав'язати їй певні стандарти та змусити їм відповідати, то результати можуть бути катастрофічними.

Щоб допомогти дитині, батькам варто (кажучи метафорично) вирушити в «чужий світ», знайти свою дитину, узяти її за руку та вивести з лабіриту. Провідною зіркою в цьому стане саме безумовна любов до дитини, дороговказом – повага до її особистості та бажання зрозуміти. Позбавившись страху, горя й почуття провини, озброївшись любов'ю й

терпінням, такі батьки зможуть досягти навіть того, що на перший погляд видається неможливим.

Подружжя Кауфманів, засновники методу Son-Rise (гра слів: sunrise – схід сонця, Son-Rise – «зрощування сина»), або «методу вибору», засвоїли важливу науку: щоб допомогти дитині, вони повинні не удавати спокійних, щасливих і люблячих, а бути такими [13].

Третьою сходинкою має стати обговорення ситуації з членами сім'ї, які щодня безпосередньо стикаються з труднощами у спілкуванні з аутичною дитиною. Найчастіше поруч перебувають брати і сестри, тому їм потрібно пояснити, у чому полягають проблеми їхніх братика/сестрички та розповісти про ухвалені рішення (у доступній для їхнього розуміння формі). Дуже важливо вести такі розмови з дітьми, оскільки найчастіше батьки приділяють більше уваги хворій дитині, тим самим провокуючи погане ставлення братів/сестер до неї.

Але зі схожою ситуацією може стикатися й чоловік, адже коли все життя починає «крутитися» навколо проблеми аутизму, дружина може приділяти чоловікові менше уваги. Так починаються змагання за увагу жінки, що може виявлятися в частих істериках дитини у присутності батька, а в батька – у відчуженості від дитини.

Перешкоджати успішній терапії також можуть люди, які без тями люблять дитину, піклуються про неї, коли батьки на роботі. Це наші дідусі, бабусі, няні. Коли батьки не бачать, вони нишком підгодовують дитину цукерками, бо «вона ж біднесенька зовсім їх не бачить», дозволяють дитині робити те, що батьки не дозволяють, бо «хто ж іще побалує». Тому вкрай важливо ознайомити всю сім'ю зі своїми намірами відповідним чином турбуватися про особливу дитину [15].

Спостерігаючи за дитиною, Кауфмани ретельно записували свої спостереження, будували гіпотези, порівнювали власний досвід із відомостями зі спеціальної літератури. Так вони встановили один із найважливіших принципів – не засуджувати дитину, не порівнювати її з

однолітками, не журитися щодо «ненормальності», не оцінювати її поведінку за загально прийнятими стандартами, не примушувати її поводитися «як годиться».

Важливо розвивати в дитини вміння у власній поведінці орієнтуватися на контекст взаєностосунків з іншими людьми, зокрема: розуміти статево-рольові стандарти поведінки, мати уявлення про себе в минулому, теперішньому й майбутньому часі; розуміти доступні їй права й обов'язки, формувати відчуття оптимальної дистанції у взаєностосунках із різними людьми; визнавати певні межі припустимої поведінки, регулювати соціально неприйнятні її форми; підтримувати бажання бути визнаною іншими, схвалюваною ними [18].

Треба здійснювати також корекцію порушень соціально-емоційної поведінки: відпрацювати її невербальні типи (погляд очі в очі, вираз обличчя, пози й жести), формувати цікавість дитини до людей, різних сфер життя; поширювати її зацікавлення, навчати соціальних правил.

Підкреслення й заохочення правильної поведінки дитини, схвальне оцінювання результатів виконаної нею роботи позитивно впливає на формування в неї почуття самоповаги та розуміння того, як вона повинна поводитися серед інших людей.

Необхідно зазначити, що у такому сенсі комплексна психолого-педагогічна допомога родинам з аутичними дітьми, яка ґрунтується на родинно-орієнтованому підході, полягає в оптимізації внутрішньосімейної атмосфери, гармонізації міжособистісних стосунків членів сім'ї, виробленню адекватної батьківської позиції та стилю виховання.

Залучення батьків аутичної дитини до вирішення завдань її розвитку і навчання – дієвий засіб реалізації індивідуальних програм, які здійснюються в межах комплексного психолого-педагогічного супроводу даної категорії дітей. Батьки дитини з аутизмом є основною ланкою у встановленні контакту між групою супроводу і родиною, що сприяє найбільш повному забезпеченню усіх потреб дитини та налагодженню міждисциплінарної

взаємодії. Члени родини можуть надати допомогу у розробці конкретного змісту індивідуальної програми розвитку і навчання своєї дитини, а також, що є не менш важливим, критично оцінити її [19].

Родинно-орієнтований підхід покликаний змінити самосвідомість батьків у бік позитивного сприйняття особистості дитини з аутизмом. Це дозволить батькам набути нового життєвого сенсу, гармонізує міжособистісні стосунки у родинному колі, оптимізує самосвідомість, що сприятиме застосування ними гармонійних моделей виховання. Отже, даний підхід дозволить ефективно задіювати батьків у системі комплексної допомоги дитині з порушеннями аутичного спектра.

Висновки до розділу 2

1. На сьогодні очевидно, що якісні характеристики дитячо-батьківських відносин є важливим фактором впливу на розвиток пізнавальних функцій дитини, становлення її особистості, самооцінки, засвоєння морально-етичних норм, зразків поведінки та соціальних ролей. Особливого значення вони набувають в ситуації виховання дитини з комплексними порушеннями.
2. Існує невтішна тенденція погіршення внутрішньо сімейних відносин в родинях, що виховують дитину з комплексними вадами розвитку, а також не найкращі зміни у стосунках такої сім'ї з навколишнім соціумом. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями такої дитини, емоційним перевантаженням, яке переживають члени її сім'ї у зв'язку з тривалою психоемоційною напругою і стресом.
3. Найбільш розповсюдженими труднощами, з якими зустрічаються у дитячо-батьківських відносинах в сім'ях, які виховують дітей з порушенням розвитку, є невідповідність батьківським очікуванням, симбіотичні стосунки між матір'ю та дитиною, перебування у постійному стані стресу, відсутність моральної підтримки з боку близьких і друзів.
4. Встановлено, що родинно-орієнтований підхід у межах комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом є найбільш дієвим у забезпеченні максимально сприятливих умов для оптимального розвитку дитини і її навчання.
5. Потреба у наданні спеціальної психологічної допомоги родинам, які виховують аутичних дітей виникає внаслідок чисельних проблем з якими вони повсякчас стикаються. Важливого значення набуває створення сприятливого корекційно-розвивального родинного середовища для дитини з аутизмом. Це потребує від батьків певного обсягу знань, що сприятиме кращому розумінню потреб і можливостей

дитини. Вони повинні володіти практичними навичками, які дозволять адекватно спілкуватися з дитиною і ефективно її розвивати.

6. Підґрунтям процесу продуманої й цілеспрямованої допомоги дитині має стати правильне психологічне налаштування батьків, їхній особливий психоемоційний стан, спрямований на дії, а не на переживання.
7. Родинно-орієнтований підхід покликаний змінити самосвідомість батьків у бік позитивного сприйняття особистості дитини з аутизмом. Це дозволить батькам набути нового життєвого сенсу, гармонізує міжособистісні стосунки у родинному колі, оптимізує самосвідомість, що сприятиме застосування ними гармонійних моделей виховання. Отже, даний підхід дозволить ефективно задіювати батьків у системі комплексної допомоги дитині з порушеннями аутичного спектра.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ РОДИННОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ З СИНДРОМОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

3.1. Обґрунтування методів дослідження

Спираючись на результати теоретичного аналізу проблеми синдрому аутистичного спектру та специфіки внутрішньо-сімейних відносин в родинях, що виховують дитину з комплексними порушеннями, ми розробили концепцію проведення емпіричного дослідження ставлення батьків до ситуації виховання аутистичної дитини.

Експериментальну групу досліджуваних складають 15 сімей що виховують дитину з синдромом аутистичного спектру віком від 6 до 12 років – це 30 батьків (серед них: 15 матерів й 15 тат віком від 27 до 37 років) – ЕГ.

Контрольну групу нашого дослідження складають 15 сімей, що виховують здорову дитину віком від 6 до 12 років – це 30 батьків (серед них: 15 матерів й 15 тат віком від 27 до 37 років) – КГ.

З метою вивчення психологічних аспектів необхідного родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру ми підібрали наступні стандартизовані діагностичні методики.

На першому етапі дослідження ми вивчали ставлення батьків до різних аспектів сімейного життя та сімейної ролі за методикою «Вимірювання батьківських установок і реакцій» PARI Е. Шефера і Р. Белла.

Авторами опитувальника PARI (parental attitude research instrument) є Е. Шефер і Р. Белл. Первинна апробація методики на російськомовній вибірці була проведена кандидатом психологічних наук Т. В. Нещерет в 1980 році. Опитувальник «Вимірювання батьківських установок і реакцій» призначений для вивчення ставлення батьків (насамперед, матерів) до дітей взагалі, а також до різних сторін сімейного життя (сімейної ролі). Методика

дозволяє оцінити специфіку внутрішньосімейних відносин, особливості організації сімейного життя.

Опитувальник «Вимірювання батьківських установок і реакцій» складається з 115 суджень, що стосуються сімейного життя і виховання дітей. У методику закладені 23 шкали (ознаки), що стосуються різних сторін ставлення батьків до дитини і життя в родині. Кожна шкала включає в себе 5 тверджень, які розташовані в певній послідовності: судження, що належать одній і тій же шкалі, повторюються через кожні 23 пункти.

Респондент повинен висловити своє ставлення до них у вигляді повної або часткової згоди або незгоди.

Шкали (ознаки) опитувальника: 1. Вербалізація (надання дитині можливості висловитися). 2. Надмірна турбота (оберігання дитини від труднощів). 3. Залежність від сім'ї (обмеження матері роллю господині будинку). 4. Придушення волі дитини. 5. «Жертовність» батьків. 6. Побоювання образити (страх заподіяти дитині шкоду). 7. Подружні конфлікти. 8. Строгість батьків. 9. Дратівливість батьків. 10. Виняток позасімейних впливів (залежність дитини від матері). 11. Зверхавторитет батьків (заохочення залежності дитини від батьків). 12. Придушення агресивності дитини. 13. Незадоволеність роллю господині («мучеництво» батьків). 14. Партнерські відносини (рівність батьків і дитини). 15. Заохочення активності дитини. 16. Ухилення від конфлікту (уникнення спілкування з дитиною). 17. Байдушність чоловіка (неуважність чоловіка до дружини). 18. Придушення сексуальності дитини. 19. Домінування матері. 20. Нав'язливість батьків, втручання у світ дитини. 21. Товариські відносини між батьками та дітьми. 22. Прагнення прискорити розвиток дитини. 23. Несамостійність матері (необхідність сторонньої допомоги у вихованні дитини).

Таким чином, 8 шкал-ознак описують ставлення до сімейної ролі, 15 – стосуються дитячо-батьківських відносин, підрозділяючись на 3 групи:

- 1) оптимальний емоційний контакт, 2) зайва емоційна дистанція з дитиною,
- 3) надмірна концентрація на дитині.

Ставлення до сімейної ролі описується за допомогою 8 ознак (їх номери в опитувальному аркуші – 3, 5, 7, 11, 13,17, 19, 23): залежність від сім'ї (обмеження матері роллю господині будинку); «жертвність» батьків; подружні конфлікти; сверхавторитет батьків (заохочення залежності дитини від батьків); незадоволеність роллю господині («мучеництво» батьків); байдужість чоловіка (неуважність чоловіка до дружини); домінування матері; несаможиттєвість матері (необхідність сторонньої допомоги у вихованні дитини).

Ставлення батьків до дитини: оптимальний емоційний контакт визначається відповідно до вираженості 4 ознак (їх номери у опитувальному листі – 1, 14,15, 21): вербалізація (надання дитині можливості висловитися); партнерські відносини (рівність батьків і дитини); заохочення активності дитини; товариські відносини між батьками і дітьми; зайва емоційна дистанція з дитиною включає в себе 3 ознаки (номери – 8, 9, 16): строгість батьків; дратівливість батьків; ухилення від конфлікту (уникнення спілкування з дитиною); зайва концентрація на дитині описується 8 ознаками (їх номери – 2, 4, 6, 10, 12, 18, 20, 22): надмірна турбота (оберігання дитини від труднощів); придушення волі дитини; побоювання образити (страх заподіяти дитині шкоди); виняток позасімейних впливів (залежність дитини від матері); придушення агресивності дитини; придушення сексуальності дитини; нав'язливість батьків, втручання у світ дитини; прагнення прискорити розвиток дитини.

Для оцінки тверджень опитувальника батькам надається спеціальний бланк. Бланк для відповідей складений таким чином, щоб пункти кожної шкали опитувальника перебували на одному рядку, наприклад: рядок бланка включає номери 1, 24, 47, 70, 93, які є пунктами першої шкали опитувальника «Вербалізація (надання дитині можливості висловитися)».

Інструкція для досліджуваних: «Прочитайте твердження, надані нижче, і оцініть кожне з них таким чином:

А – якщо з даним положенням ви згодні повністю;

а – якщо з даним положенням ви скоріше згодні, ніж не згодні;

б – якщо з даним положенням ви скоріше не згодні, ніж згодні;

Б – якщо з даним положенням ви повністю не згодні.

Немає правильних або неправильних відповідей. Ви відповідаєте згідно своєї думки. Дуже важливо, щоб Ви відповіли на всі питання. Деякі твердження будуть здаватися схожими, але всі вони необхідні, щоб визначити відмінності в поглядах на виховання дітей. Не обмірковуйте відповідь довго, відповідайте швидко, намагайтеся надати першу відповідь, яка прийде Вам до думки».

На другому етапі нашого дослідження ми вивчали імовірності невротичного стану за методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса.

Методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса (шкала скарг ВФВ, К. Нёck, Н. Hess, 1975) спочатку розроблялася як опитувальник скринінгу неврозу, який використовується з метою попередньої долікарської діагностики, а також для епідеміологічних обстежень масового характеру [52]. При створенні методики автори виходили з того, що скарги хворих неврозами носять специфічний характер і в них, на відміну від хворих з органічної соматичною патологією, переважають ознаки вегетативних розладів і скарги психічного характеру.

Оригінальний варіант методики включає перелік 63 симптомів неврозу. Досліджуваному дається лист з переліком соматичних (порушення зору, двоїння в очах, напади астми, тахікардія, скарги на роботу серця і органів дихання, тремтіння рук) й психічних (порушення мови, заїкання, труднощі контакту, апатичність, страх залишатися одному) скарг.

Методика стандартизована для дорослих осіб (у віці від 16 до 60 років). Опитувальник вкрай простий, тривалість обстеження з його допомогою

становить 5-10 хв, підрахунок «сирих» балів проводиться за допомогою ключа, потім «сирі» оцінки переводяться за допомогою спеціальної шкали в стандартні.

Є три інтерпретаційні градації результатів: «норма», «можлива діагностика невроту», «невроз». Крім діагностики можливого невротичного стану обчислюється також індекс емоційності, який може вказувати на переважання психосоматичних або психоневротичних розладів. Цьому показнику автори надають значення у виборі методик психотерапії. Аналіз характерних для обстежуваного скарг проводиться з урахуванням наступних факторів: надмірна вегетативна збудливість (симпатикотонія), апатичність, фобії, ваготонія, астения, надчутливість, порушення сенсомоторики, шизоїдні реакції, страхи.

У практичній психодіагностиці (наприклад, в сфері індивідуального консультування) використовується спрощений варіант методики. Опитувальник складається з 40 тверджень, на які обстежуваний повинен відповісти «так» або «ні». При обробці результатів підраховується кількість позитивних відповідей, і якщо сума отриманих балів більше 24, це дозволяє зробити припущення про наявність вираженого невроту у обстежуваного.

Далі підраховується кількість ствердних відповідей:

0-23 балів – дана кількість відповідає низькій невротизації і свідчить про емоційну стійкість, про наявні позитивні переживання (спокій, оптимізм), про ініціативність, про почуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості, про легкість в спілкуванні.

24 і більше балів – дана кількість відповідає високій ймовірності невроту (невротизації) і свідчить про виражену емоційну збудливість, в результаті чого з'являються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, дратівливість, розгубленість), про безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань, про езопову особистісну спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на

соматичних відчуттях і особистісних недоліках, про труднощі в спілкуванні, про соціальну боязкість і залежність.

Інструкція для респондентів: «Вам представлений перелік тверджень. На кожне твердження відповідайте «так», якщо Ви з ним згодні (вважаєте його вірним по відношенню до себе) або «ні», якщо Ви з ним не згодні».

На третьому етапі дослідження ми вивчали рівень стресостійкості та соціальної адаптації за методикою Т. Холмса та Р. Райха.

Доктора Томас Холмс і Річард Райх (США) вивчали залежність захворювань (в тому числі інфекційних хвороб і травм) від різних стресогенних життєвих подій у більш ніж п'яти тисяч пацієнтів. Вони прийшли до висновку, що 151 психічним і фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, в якій кожній важливій життєвій події відповідає певне число балів залежно від ступеню її стрессогенности.

Стресостійкість – це здатність витримувати певні психофізичні навантаження та переносити стреси без шкоди для організму і психіки. Складно піддається коригуванню, якщо мова йде про реакцію на стрес. А ось стресор (джерело стресу) і / або постстрессову поведінку коригувати можна.

Соціальна адаптація – процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища. Одним з видів соціальної адаптації є адаптація соціально-психологічна, тобто така взаємодія особистості і соціального середовища, яка призводить до оптимального співвідношення цілей і цінностей особистості та групи. Цей вид пристосування передбачає пошукову активність особистості, усвідомлення нею свого соціального статусу і соціально-рольової поведінки, ідентифікацію особистості і групи в процесі виконання спільної діяльності, прийняття індивідом норм, цінностей і традицій соціальної групи.

Адаптаційний потенціал – ступінь прихованих можливостей суб'єкта оптимально включатися в нові або мінливі умови соціального середовища. Він пов'язаний з адаптивною підготовкою – накопиченням людиною такого

потенціалу в процесі особливим чином організованої діяльності щодо пристосування до соціальних умов. Зовнішні труднощі, хвороба, стан зтяжної екстремальності, голод знижують адаптаційний потенціал індивіда. При зустрічі індивіда з ситуацією, що загрожує його життєвим цілям, може виникнути дезадаптація.

Бланк тесту містить 43 психотравмуючі події, з якими стикнулася людина за останній рік, що мають різне емоційне забарвлення і значимість, кожне з яких оцінюється в балах за 100 бальною шкалою:

менше 150 – досить велика опірність стресу

150-199 балів – висока опірність

200-299 – порогова опірність

300 і більше – низька опірність (вразливість)

Досить велика ступінь опірності стресу – людина виявляє досить високу ступінь стресостійкості. Для неї характерна мінімальна ступінь стресового навантаження. Будь-яка діяльність особи, незалежно від її спрямованості і характеру тим ефективніше, чим вище рівень стресостійкості. Це дає можливість говорити про управлінську діяльність як таку, яка має сильний стресогенний характер. Підвищення рівня стресостійкості особистості прямо і безпосередньо веде до продовження життя.

Висока опірність – для досліджуваного характерний низький ступінь стресового навантаження, він виявляє високий ступінь стресостійкості. Свою енергію і ресурси він не витрачає на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу. Це дає можливість говорити про управлінську діяльність, яка має стресогенний характер. Підвищення рівня стресостійкості особистості прямо і безпосередньо веде до продовження життя.

Порогова (середня) ступінь опірності стресу – для людини характерна середня ступінь стресового навантаження. Вона виявляє середню ступінь стресостійкості. Стресостійкість знижується зі збільшенням стресових

ситуацій, це призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії і ресурсів взагалі витратити на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу. Це дає можливість говорити про управлінську діяльність, яка в малому ступені носить стресогенний характер.

Низька ступінь опірності стресу – для людини характерний високий ступінь стресового навантаження. Виявляє низький ступінь стресостійкості (вразливість). Це призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії і ресурсів взагалі витратити на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу. Це дає можливість говорити про управлінську діяльність, в якій до мінімуму знижено стресогенний характер. Велика кількість балів (більше 300) – це сигнал тривоги, що попереджає про небезпеку.

Якщо сума балів 300, то досліджуваному загрожує психосоматичне захворювання, оскільки він близький до фази нервового виснаження.

На четвертому етапі дослідження ми вивчали ступінь незадоволеності / задоволеності респондентів власними соціальними досягненнями в різних сферах життєдіяльності за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойко). [8]

Якщо методика використовується для виявлення показника групи респондентів, то необхідно: 1) отримати окремо добутки числа респондентів, які обрали ту чи іншу відповідь, на бал, який присвоюється відповіді; 2) підрахувати суму цих добутків; 3) розділити її на загальне число респондентів, які відповіли на даний пункт.

Можна визначити підсумковий середній індекс рівня соціальної фрустрованості. Для цього треба скласти показники фрустрованості по всіх пунктах і поділити суму на число пунктів (20). В масових обстеженнях вельми показовим є відсоток осіб, які обрали той або інший варіант відповіді на конкретний пункт.

Висновки про рівень соціальної фрустрованості робляться з урахуванням величини бала (середнього бала) за кожним пунктом. Чим більший бал, тим вище рівень соціальної фрустрованості: 3,5-4 бали – дуже високий рівень фрустрованості; 3,0-3,4 бала – підвищений рівень фрустрованості; 2,5-2,9 бала – помірний рівень фрустрованості; 2,0-2,4 бала – невизначений рівень фрустрованості; 1,5-1,9 бала – понижений рівень фрустрованості; 0,6-1,4 бала – дуже низький рівень; 0-0,5 – відсутність (майже відсутність) фрустрованості.

Інструкція для досліджуваного: «Прочитайте кожне запитання та вкажіть у реєстраційному бланку тільки один варіант відповіді, який найбільш точно характеризує ступінь незадоволеності / задоволеності своїми досягненнями в різних сферах життєдіяльності.

На п'ятому етапі дослідження ми вивчали ознаки внутрішнього конфлікту за методикою О. Фанталової «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах».

Методика діагностує неузгодженість, дезінтеграцію в мотиваційно-особистісній сфері; ступінь незадоволеності поточною життєвою ситуацією; внутрішню конфліктність; блокування основних потреб, а також рівень самореалізації, інтегрованості, гармонії.

Дана методика розглядає 12 основних загальнолюдських цінностей і виявляє співвідношення таких психологічних параметрів, як «Цінність» (Ц) і «Доступність» (Д) для людини. Для будь-якої життєво важливої сфери можна виділити кілька типових варіантів взаємозв'язку Ц і Д, а саме:

- 1) Ц і Д повністю збігаються;
- 2) Ц і Д в значній мірі збігаються;
- 3) Ц і Д значною мірою розходяться, і така розбіжність має два варіанти: Ц перевищує Д ($C > D$), Д перевищує Ц ($D > C$);
- 4) Ц і Д повністю розходяться.

Перед початком тестування зачитується інструкція в якій зазначено що особистості надається список із 12 понять, кожне з яких означає одну із загальнолюдських цінностей:

1. Активна, діяльна життя;
2. Здоров'я (фізичне і психічне);
3. Цікава робота;
4. Краса природи і мистецтва;
5. Любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною);
6. Матеріально-забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів);
7. Наявність хороших і вірних друзів;
8. Впевненість у собі (свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів);
9. Пізнання (можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, а також інтелектуальний розвиток);
10. Свобода як незалежність у вчинках і діях;
11. Щасливе сімейне життя;
12. Творчість (можливість творчої діяльності).

Необхідно порівняти всі ці поняття-цінності попарно між собою на спеціальному бланку. Слід провести два порівняння (за двома різними критеріями). На бланку міститься дві матриці. У них записані пари цифр, кожній цифрі відповідає цінність, яка стоїть під цим номером у списку. Заповнення потрібно починати з матриці № 1.

Порівняння в першій матриці проводиться на підставі того, що представлені в цьому списку цінності мають для людини різну значущість, різну ступінь привабливості. Необхідно дивитись кожну пару і вибрати з двох цінностей саме ту, яка здається більш важливою в цій парі (наприклад: дана пара понять, під цифрою 2 позначено здоров'я, під цифрою 3 – цікава робота, якщо обвести 2, то це означає, що здоров'я для людини важливіше, ніж цікава робота, обводити можна тільки одну цифру з пари). Пропускати пари не можна! Закінчивши першу матрицю, потрібно перейти до другої.

У другій матриці порівняння проводиться на підставі того, що деякі з представлених цінностей є для людини більш доступними, легше досяжними в житті у порівнянні з іншими.

3.2. Констатувальний експеримент

На першому етапі нашого констатувального дослідження ми вивчали ставлення батьків до різних аспектів сімейного життя, до сімейної ролі, а також до різних аспектів дитячо-батьківських відносин за методикою «Вимірювання батьківських установок і реакцій» PARI Е. Шефера і Р. Белла.

На першому кроці ми проаналізували аспекти дитячо-батьківських відносин за трьома блоками: «Оптимальний емоційний контакт», «Зайва емоційна дистанція з дитиною», «Надмірна концентрація на дитині».

Блок «Оптимальний емоційний контакт».

Аналіз отриманих даних показує, що за параметром «Спонування словесних проявів й вербалізацій» досліджувані ЕГ (батьки, що виховують дитину з аутистичними розладами) схильні ігнорувати право дитини висловлювати власну думку про життя в сім'ї; вони не схильні підтримувати ініціативу дитини щодо вільного висловлювання своїх поглядів й міркувань; не дотримуються ідеї залучення дітей до вирішення важливих сімейних питань.

Дещо інша ситуація у поглядах респондентів КГ (батьки, що виховують здорову дитину): більшість з них погоджується з тим, що якщо діти вважають свої погляди правильними, вони можуть не погоджуватися з поглядами батьків; схильні сприяти тому, щоб діти висловлювали свою думку про життя в сім'ї, навіть якщо вони вважають, що життя в сім'ї неправильне. Представники цієї категорії досліджуваних упевнені в тому, що у дитини повинні бути свої погляди і можливість їх вільно висловлювати; наголошують на тому, що дитина може брати участь у вирішенні важливих

сімейних питань і в неї повинна бути впевненість в тому, що її не покарають, якщо вона довірить батькам свої проблеми.

Аналізуючи дані параметру *«Партнерські відносини»*, ми дійшли висновку, що до відтворення партнерських відносин «на рівних» більшою мірою схильні респонденти КГ. Переважна більшість з них стверджує, що батьки повинні вважати дітей рівноправними стосовно себе у всіх питаннях життя; упевнені, що змушувати дитину відмовлятися і пристосовуватися – це поганий метод виховання.

Батьки ЕГ демонструють схильність до пристосовування до дитини; більшість з них впевнені в тому, що батьки своїми вчинками повинні завоювати прихильність дітей.

За параметром *«Розвиток активності дитини»* досліджувані КГ вважають, що дитина повинна навчитися в житті багатьом потрібним речам, і тому їй не можна дозволяти втрачати цінний час; впевнені, що діти, які не пробують своїх сил у досягненні успіхів, повинні знати, що потім в житті можуть зустрітися з невдачами. Батьки, що виховують здорову дитину, упевнені, що коли дитина робить те, що зобов'язана, вона знаходиться на правильному шляху і буде щаслива; дотримуються принципу – чим раніше дитина зрозуміє, що немає сенсу втрачати час, тим краще для нього.

Респонденти ЕГ підходять до проблеми розвитку активності дитини виключно з позиції її обмежень та рекомендацій медиків, корекційних педагогів й інших фахівців.

Аналіз даних параметру *«Зрівняльні відносини між батьками і дитиною»* показує високу готовність респондентів КГ цікавитися справами своїх дітей, адже це зробить їх (дітей) краще і щасливіше. Батьки, що виховують здорових дітей впевнені, що вислуховуючи відверті висловлювання дітей про їхні переживання, члени родини допомагають їм у більш швидкому соціальному розвитку. Дана категорія батьків упевнена, що діти, яким дозволяється жартувати і сміятися разом з батьками, легше приймають їх ради.

Подібних тенденцій зрівняння з власною дитиною у батьків КГ нами не виявлено. Єдине, на що вони готові – це намагатися включати дитину в домашні роботи, вважаючи, що вона стане більш пов'язана із батьками (порівняльні дані представлено на рисунку 3.1).

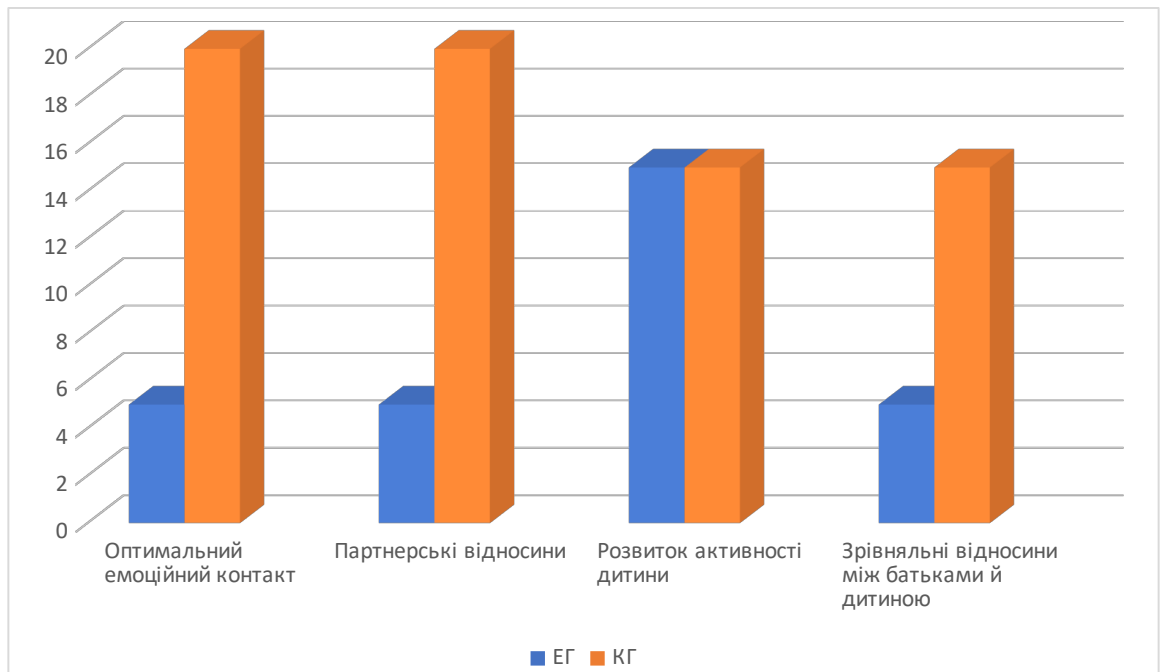


Рис. 3.1. Порівняльний аналіз даних Блоку «Оптимальний емоційний контакт» респондентів EG та КГ (за методикою «Вимірювання батьківських установок і реакцій» PARI E. Шефера і Р. Белла)

Блок «Зайва емоційна дистанція з дитиною».

Аналіз отриманих даних за параметром «Суворість, зайва строгість» показав, що батьки обох експериментальних груп (EG та КГ) не схильні до використання суворих форм виховання; не дотримуються думки про те, що сувора дисципліна розвиває в дитині сильний характер.

За параметром «Дратівливість, запальність» показники респондентів EG є максимально високими й більшість з них стверджує, що перебування з дитиною цілий день може довести до нервового виснаження; матері часто настільки бувають замучені присутністю своїх дітей, що їм здається, ніби

вони не можуть з ними бути ні хвилини більше; виховання дітей – це важка нервова робота. У представників КГ показники за даним параметром низькі.

За параметром «Ухиляння від контакту з дитиною» респонденти ЕГ більшою мірою схильні уникати контактів з дитиною, а ніж представники КГ (дані представлені на рисунку 3.2.).

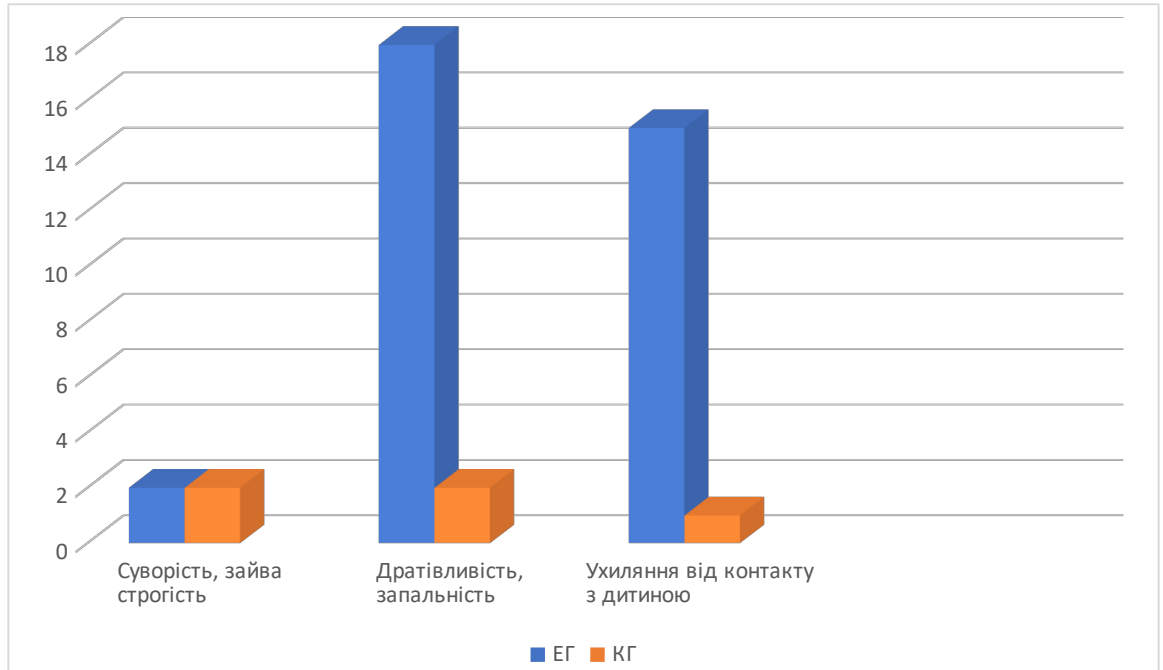


Рис. 3.2. Порівняльний аналіз даних Блоку «Зайва емоційна дистанція з дитиною» респондентів ЕГ та КГ (за методикою «Вимірювання батьківських установок і реакцій» PARI E. Шефера і Р. Белла)

Блок «Надмірна концентрація на дитині»

За параметром «надмірна опіка, становлення відносин залежності» виразно високі показники притаманні респондентам ЕГ. Вони вважають, що хороша мати повинна оберігати своїх дітей навіть від маленьких труднощів, неприємних ситуацій і образ, від надмірних труднощів. Батьки, що виховують аутичну дитину схильні будувати відносини, в яких дитина максимально залежить від членів родини, навіть у тих життєвих ситуаціях, коли вона здатна виявити самостійність та ініціативу. В той же час, адекватна

опіка представників КГ передбачає оберігання дитини від надмірно важкої хатньої роботи, щоб дитина не втратила охоту допомагати дорослим в сім'ї.

За параметром «створення безпеки, побоювання зашкодити» респонденти ЕГ демонструють надто високі показники у порівнянні з представниками КГ. Так більшість з них побоюється травмування дитини під час миття у ванні; почувають себе недостатньо досвідченими у поводженні з нею. Батьки (особливо матері), що виховують аутистичну дитину схильні відчувати максимально власну провину, якщо щось трапляється з дитиною бо вважають, що безпека й благополуччя дитини – це єдина турбота матері.

За параметром «придушення агресивності» видно, що респонденти ЕГ побоюються проявів агресивності власної дитини і намагаються максимально гасити прояви агресивності, надмірної активності (дані представлені на рисунку 3.3).

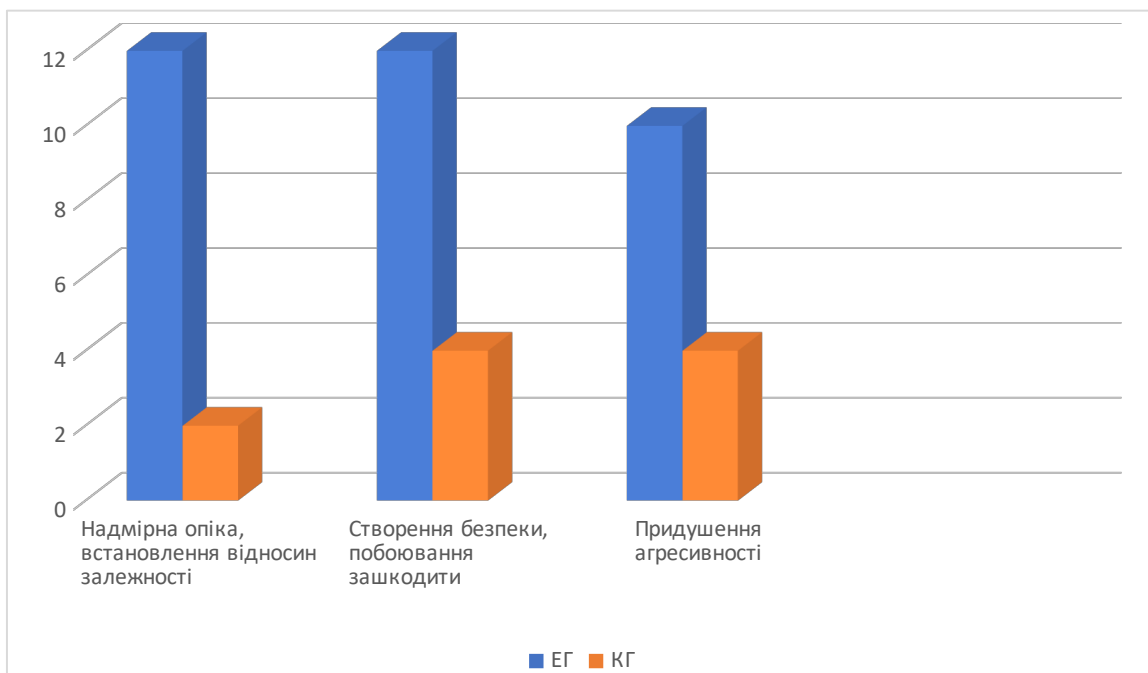


Рис. 3.3. Порівняльний аналіз даних Блоку «Надмірна концентрація на дитині» респондентів ЕГ та КГ (за методикою «Вимірювання батьківських установок і реакцій» PARI Е. Шефера і Р. Белла)

Отже, ґрунтовний аналіз батьківського ставлення до аутистичної дитини показує наступне:

- у порівнянні з батьками здорових дітей, батьки, що виховують аутистичну дитину мають з нею значно менший емоційний контакт та навіть схильні уникати контакту з дитиною;
- вони значно менше уваги приділяють налагодженню дитячо-батьківських стосунків;
- дана категорія батьків схильна не залучати дитину до сімейних труднощів, проблем; вони не цікавляться думкою дитини щодо внутрішньо сімейних ситуацій;
- батьківське ставлення в сім'ях, що виховують аутистичну дитину характеризується надмірною опікою, пригніченням дитячої агресивності;
- їм притаманна максимальна зосередженість на проблемах та бажання не нашкодити дитині.

Другим кроком ми вивчали відношення матері до сімейної ролі за шістьма параметрами.

За параметром «*обмеженість інтересів жінки рамками сім'ї*» батьки аутистичних дітей (матері й тата ЕГ) демонструють впевненість в тому, що для жінки з дитиною будинок і сім'я повинні бути понад усе, що коло її інтересів, спілкування й розваг різко звужуються. Важливо, що батьки здорових дітей (КГ) також декларують цінність сім'ї для жінки, але не у рамках тотального обмеження права жінки на самореалізацію та відтворення власних інтересів.

За параметром «*відчуття самопожертви*» спостерігається подібна тенденція. Респондентки ЕГ відмічають, що вони по жертвували все заради блага власних дітей, що роблять усе й навіть більше для них.

Вивчаючи дані параметру «*сімейні конфлікти*», ми констатували факт більшої кількості конфліктів, що виникають в сім'ях, що виховують аутистичну дитину (ЕГ). Їм не вдається вирішувати природньо виникаючі

непорозуміння спокійно й конструктивно. Згодом у подружжя виникає ряд взаємних претензій.

За параметром «байдужість чоловіка, незалучення до справ сім'ї» нами виявлено наступну тенденцію: в ЕГ чоловіки згодом схильні виконувати єдину функцію – фінансове забезпечення родини. Все інше навантаження, пов'язане із побутом, дитиною і її станом лягає на жінку. Зовсім інша картина розподілу сімейних функцій спостерігається в КГ.

Це логічно пояснює максимальне підвищення результатів респондентів ЕГ за параметром «домінування матері» й підвищення результатів за параметром «залежність й несаможиттєвість матері» досліджуваних КГ (дані представлені на рисунку 3.4).

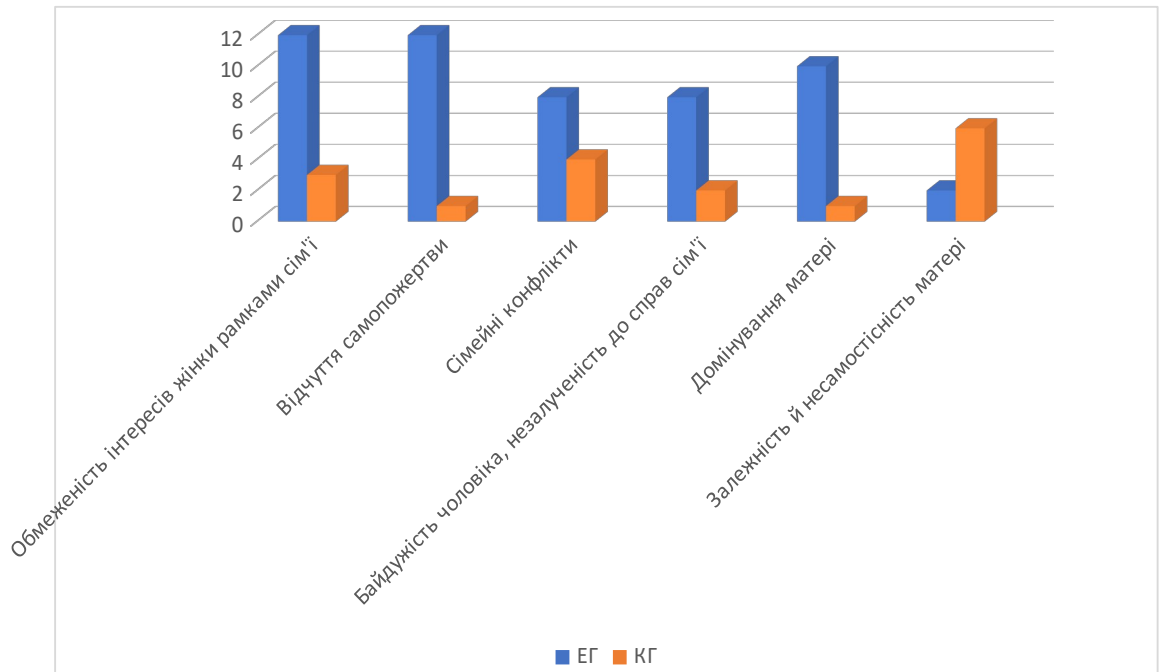


Рис. 3.4. Співвідношення параметрів «відношення матері до сімейної ролі» представників ЕГ та КГ (за методикою «Вимірювання батьківських установок і реакцій» PARI E. Шефера і Р. Белла)

Як видно, простежується помітна тенденція в сім'ях, що виховують аутистичну дитину:

- виникає перекіс у системі сімейних ролей: у чоловіка – в бік виконання єдиної ролі «добувач»; у жінки – в бік прийняття повної відповідальності за смію й дитину;
- матері в таких сім'ях стають більш домінуючими й самостійними;
- коло життєвих інтересів й цінностей природньо звужується до рамок сімейних проблем та стану дитини.

На другому етапі нашого дослідження ми вивчали імовірності невротичного стану за методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса.

Аналіз отриманих нами даних показав наступне.

В ЕГ: висока ймовірність виникнення неврозу (невротизація) притаманна 23 особам (77% респондентів ЕГ); параметри низької невротизації (емоційна стійкість) діагностовано у 7 осіб (23%). Це означає, що переважна більшість батьків дітей з аутизмом мають виражену емоційну збудливість на тлі негативних переживань тривожності, психічної напруженості, неспокою, дратівливості, розгубленості. І лише незначна кількість представників цієї категорії характеризуються емоційною стійкістю, наявністю позитивних переживань емоційного спокою й оптимізму (дані представлені на рисунку 3.5.).

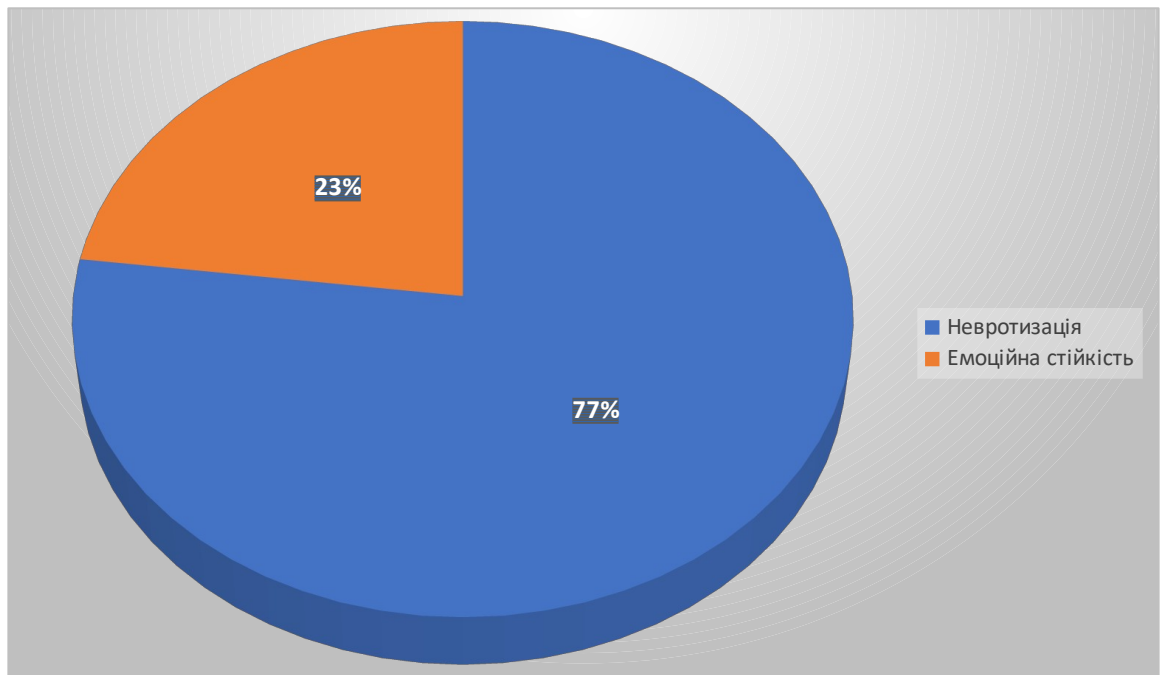


Рис. к 3.5. Показники імовірності невротичного стану у респондентів ЕГ (за методикою експрес-діагностики невротизації К. Хека і Х. Хесса)

Зовсім протилежну ситуацію діагностовано нами в КГ: висока ймовірність виникнення невротизації притаманна 4 особам (13% респондентів КГ); параметри низької невротизації (емоційна стійкість) діагностовано у 26 осіб (87%). Це означає, що переважна більшість батьків, що виховують здорову дитину характеризуються емоційною стійкістю, наявністю позитивних переживань емоційного спокою й оптимізму (дані представлені на рисунку 3.6.).

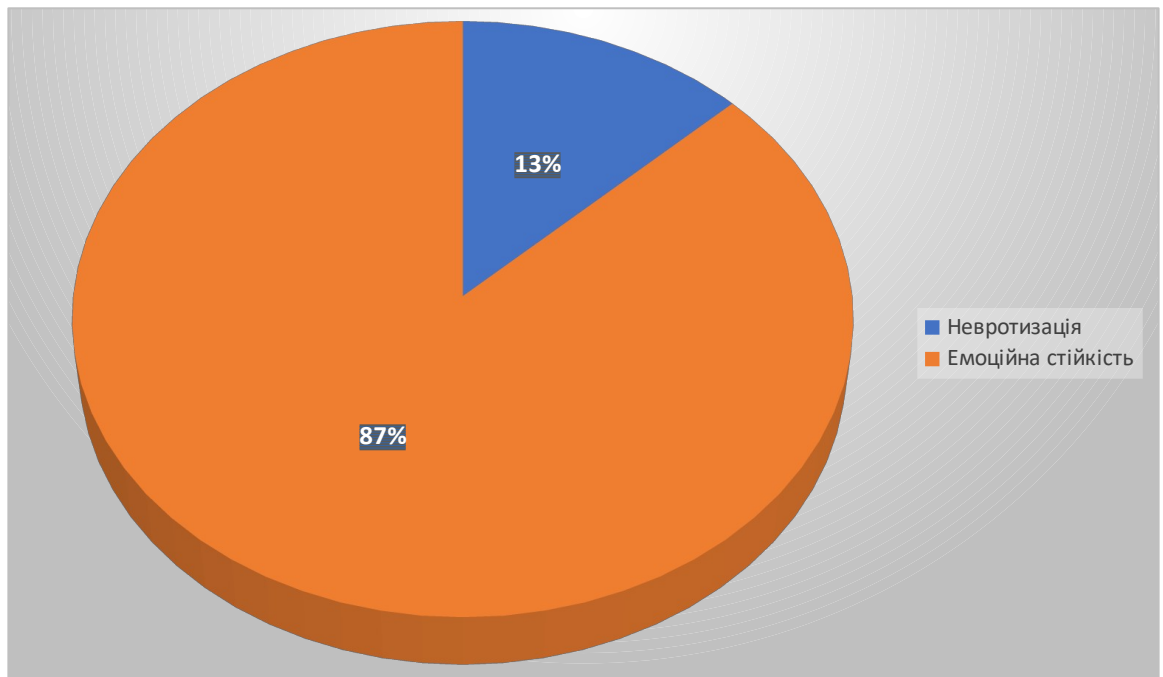


Рис. 3.6. Показники імовірності невротичного стану у респондентів КГ (за методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса)

На третьому етапі дослідження ми вивчали рівень стресостійкості та соціальної адаптації за методикою Т. Холмса та Р. Райха.

Аналіз отриманих даних показав, що показники рівня стресостійкості та потенціалу соціальної адаптації у представників ЕГ та КГ ідентичні, що, на наш погляд, обумовлено не життєвою ситуацією респондентів, а їх віком – від 27 до 37 років.

В ЕГ висока опірність стресу притаманна 5 особам (17%); порогова опірність – 22 (73%); низька опірність стресу – 3 особам (10%).

В КГ висока опірність стресу притаманна 8 особам (27%); порогова опірність – 19 (63%); низька опірність стресу – 3 особам (10%) (порівняльні дані наведено на рисунку 3.7.).

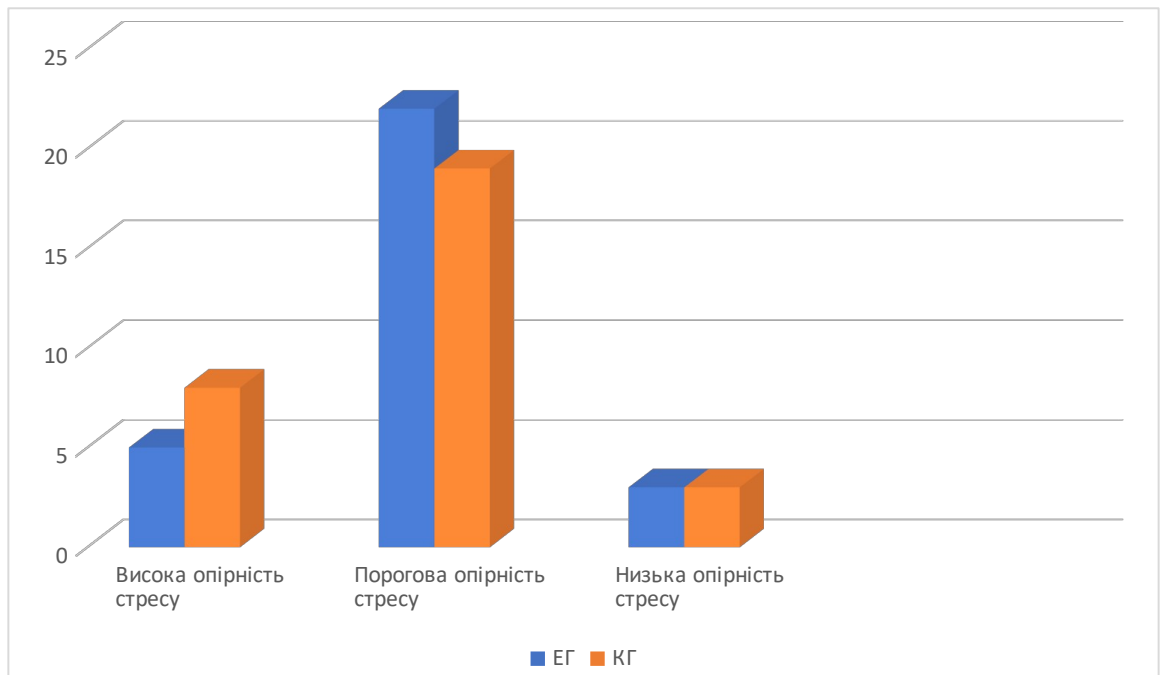


Рис. 3.7. Порівняльний аналіз показників опірності стресу та соціальної адаптації у респондентів EG та KG (за методикою Т. Холмса та Р. Райха)

На четвертому етапі дослідження ми вивчали ступінь незадоволеності / задоволеності респондентів власними соціальними досягненнями в різних сферах життєдіяльності за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойко).

В EG: підвищений рівень фрустрованості констатовано у 4 осіб (13%) від кількості респондентів EG); помірний рівень фрустрованості притаманний 12 особам (40%); понижений рівень фрустрованості діагностовано у 14 осіб (47%).

Серед них є ті, хто відмічає незадоволеність власною освітою, своїм положенням у суспільстві, сферою медичного й іншого обслуговування, власним способом життя.

В KG: підвищений рівень фрустрованості констатовано у 1 особи (3%) від кількості респондентів EG); помірний рівень фрустрованості притаманний 7 особам (23%); понижений рівень фрустрованості діагностовано у 14 осіб (73%).

Дехто з респондентів незадоволені матеріальним станом, житлово-побутовими умовами, можливістю вибору місця роботи (результати узагальнено на рисунку 3.8.).

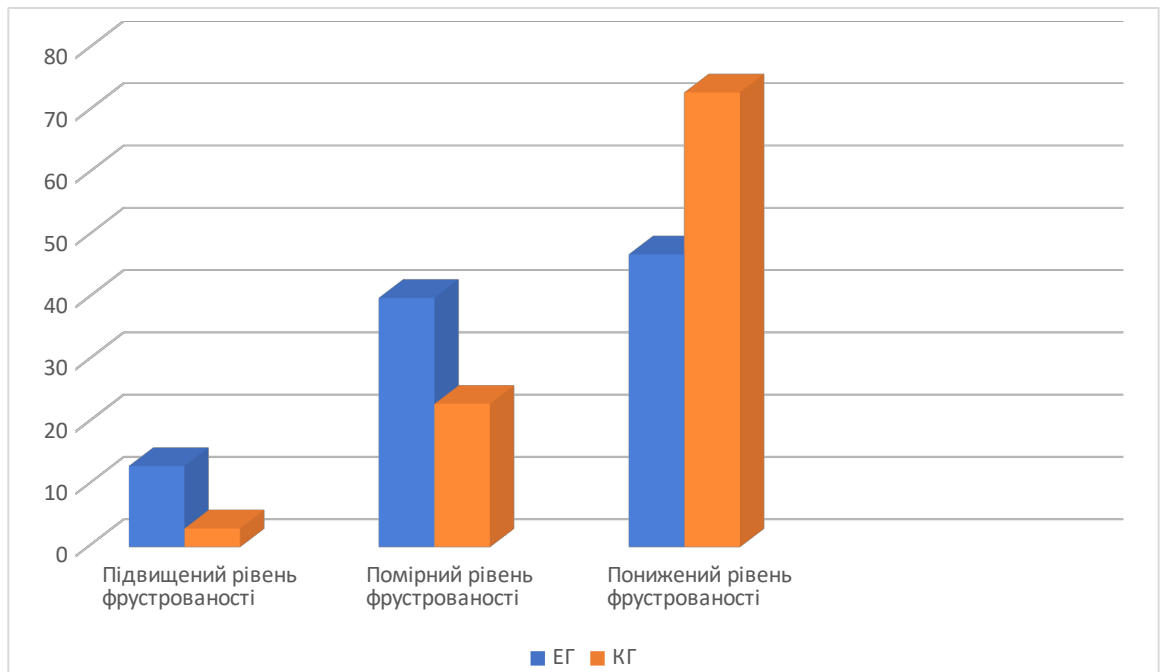


Рис. 3.8. Показники ступеня незадоволеності / задоволеності респондентів EG та KG власними соціальними досягненнями в різних сферах життєдіяльності (за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойко)

На п'ятому етапі дослідження ми вивчали ознаки внутрішнього конфлікту за методикою О. Фанталової «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах».

Аналіз отриманих даних показує, що у порівнянні з батьками здорових дітей, батькам аутистичних дітей характерні певні особливості у сфері цінностей. По-перше, існує небезпека розвитку внутрішнього конфлікту в сфері активного діяльного життя; по-друге, простежується внутрішній вакуум у сфері свободи; по-третє, для них менш досяжними є такі цінності, як пізнання та краса природи і мистецтва. Спільним для батьків аутистичних

та здорових дітей у ціннісно-орієнтаційній сфері є те, що, по-перше, здоров'я є пріоритетною цінністю; по-друге, у сфері здоров'я (фізичного та психічного) є внутрішній конфлікт; по-третє, у сферах здоров'я і матеріально забезпеченого життя відслідковується внутрішній вакуум (рисунк 3.9.).

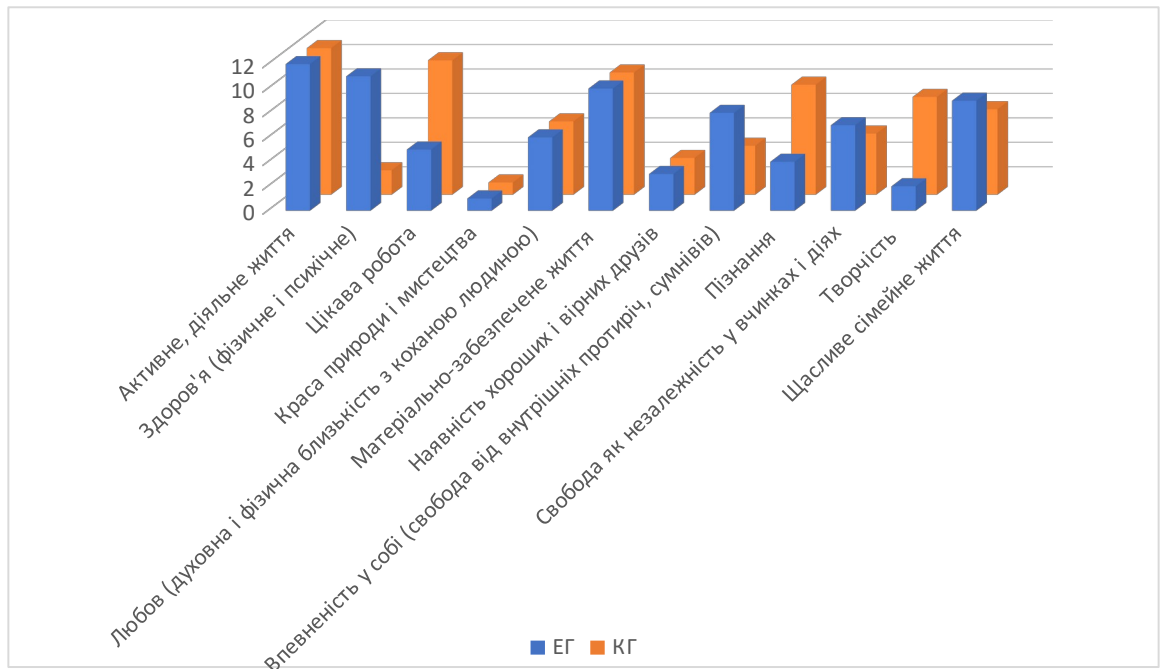


Рис. 3.9. Пріоритетна представленість життєвих цінностей респондентів EG та KG (за методикою О. Фанталової «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах»)

Отже, проведене нами емпіричне дослідження показує, що сім'ї, які виховують дітей з аутизмом, відчувають низку психологічних проблем і потребують комплексної психологічної допомоги, спрямованої на оптимізацію дитячо-батьківських стосунків, врегулювання внутрішньо сімейних взаємовідносин та нормалізацію мікроклімату в родині.

Серед найбільш значущих проблем сім'ї виокремлюються наступні:

1. Негативні переживання, фрустрація, стреси, відчуття втрати сенсу життя.

2. Дисгармонійні стосунки в сім'ї (а саме: жорсткі рольові позиції; виражена надмірна опіка; суперечливість, непослідовність власної поведінці по відношенню до дитини; значні розбіжності членів родини у питаннях виховання; симбіотична прив'язаність між матір'ю і дитиною, іноді у поєднанні з емоційним відчуженням матері.

3. Соціальна відгородженість сім'ї від інших.

4. Інформаційна депривація батьків, викликана відсутністю або недостатністю літератури з питань виховання і навчання дітей з особливостями розвитку.

5. Потреба батьків у відпочинку, хоча б короткочасному. Їм необхідна можливість хоча б на декілька годин на добу передати дитину доброзичливому і надійному оточенню.

Очевидно, що таким родинам необхідна психологічна допомога.

3.3. Формувальний експеримент

На наш погляд, система комплексної психологічної допомоги має спиратися на родинно-орієнтований підхід як потужний ресурс, який у подальшому дозволить ефективно залучити родину до системної допомоги дитині з аутизмом.

Тому, вважаючи на значущість ролі батьків й родини в ході соціалізації дитини з комплексними порушеннями та визначивши особливості батьківського ставлення до аутистичної дитини й специфіку відношення до сімейної соціальної ролі, ми виокремили психологічні аспекти необхідного родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру: *просвітницький, терапевтичний, тренінгово-навчальний, групової підтримки.*

Спираючись на виокремленні психологічні аспекти ми розробили *Комплексну психологічну програму родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру «Радість життя і всебічний розвиток без обмежень»*, яка вирішує завдання інформаційно-методичного забезпечення родини; організації взаємодопомоги; надання індивідуальних та сімейних психотерапевтичних ефектів.

Для того, що повернути сім'ї здатність створювати оптимальні умови для гармонійного розвитку дитини з розладом аутистичного спектру наша Комплексна програма вирішує наступні *цілі*:

- переструктурування ієрархії життєвих цінностей батьків, оптимізація їхньої самосвідомості;
- гармонізація психологічного клімату в сім'ї;
- корекція міжособистісних взаємостосунків у сім'ї (дитячо-батьківських, подружніх, батьківсько-дитячих);
- формування психолого-педагогічних знань і вмінь, підвищення виховної компетентності батьків.

Орієнтуючись на такі цілі, перед психологом постають наступні *завдання*: навчання батьків спеціальним виховним прийомам, необхідним для корекції особистості дитини з РАС; корекція розуміння батьками проблем їхньої дитини, а саме: виключення гіперболізації, мінімізації або заперечення наявності проблем; корекція внутрішнього психологічного стану батьків: стан неуспіху, пов'язаний з особливостями дитини, має поступово перейти в розуміння можливостей дитини, в радість її початкових успіхів; корекція неконструктивних форм поведінки батьків (агресії, придушення негативних бажань, примітивізації поведінки), їх заміна на продуктивні форми взаємодії у соціумі; здійснення особистісного зростання батьків у процесі взаємодії зі своєю дитиною; перехід батьків з позиції переживання за свою дитину у позицію творчого пошуку реалізації можливостей дитини; підвищення особистісної самооцінки батьків у зв'язку з можливістю побачити результати своєї праці в успіхах дитини; творча діяльність батьків, спрямована на їхню дитину, допомагає їм самим, звільняючи від негативного впливу психотравмуючої ситуації.

Передбачаємо, що реалізація розробленої нами Комплексної програми психологічної допомоги:

- сприятиме формуванню нових життєвих орієнтирів батьків дитини з РАС;
- дозволить покращити батьківсько-дитячі взаємостосунки;
- оптимізує загальний психологічний стан батьків;
- сприятиме гармонізації сімейного функціонування та підвищенню реабілітаційного ресурсу родини.

Спілкування батьків між собою, спільна робота з психологом допомагають подолати кризовий стан, дають можливість батькам відчувати, що вони не одні, дозволяють спільно шукати шляхи вирішення схожих для них проблем.

Таблиця 3.1.

**Комплексна програма родинного супроводу дитини з синдромом
аутистичного спектру**

<i>Блок роботи</i>	<i>Форма роботи</i>	<i>Аспект психологічного Супроводу</i>	<i>Мета роботи</i>
<i>Батьківська школа «Знаю – розумію – приймаю»</i>	Лекції Тематичні семінари Інформаційні презентації	Просвітницький й Аспект	Надання батькам знань щодо сутності феномену «синдром аутистичного спектру», його природи та динаміки хворобливого процесу. Формування у батьків обізнаності щодо психофізичного та психологічного стану дитини з РАС. Розвиток розуміння значущості сім'ї / родини в процесі соціалізації дитини з комплексними порушеннями.
<i>Батьківський клуб «Я – Тебе розумію»</i>	Групові обговорення, обмін думками / досвідом, взаємна допомога / підтримка	Аспект групової підтримки Психо-терапевтичний аспект	Створення умов для обміну досвідом виховання дитини з РАС. Розвиток простору взаємовідносин за принципом «Надаю допомогу – отримую допомогу». Формування відчуття єдності, впевненості, що ти не один, і що твоя проблема цікавить інших / близька іншим. Створення умов для зняття емоційної напруги. Надання можливості вільно говорити про свої

			соціально-неприйнятні відчуття й емоції без побоювання осуду. Набуття учасниками нового соціального / батьківського досвіду.
<i>Батьківський тренінговий центр «Моя суперсила»</i>	Тренінги Майстер-класи Соціальне моделювання	Тренінгово-навчальний аспект	Особистісне зростання батьків. Опанування навичок емоційної саморегуляції. Інтеграції всієї родини в соціум.

Учасниками процесу апробування нашої Комплексної програми стали респонденти ЕГ – батьки, що виховують дитину з розладами аутистичного спектру (15 сімей: 15 тат й 15 мам; середній вік батьків 27-37 років).

Робота тривала протягом 4-х тижнів.

Кожного тижня відбувалися три зустрічі по 3 години за наступним розкладом: вівторок – зустріч у Батьківській школі «Знаю – розумію – приймаю» (лекції, тематичні семінари, інформаційні презентації); четвер – робота Батьківського клубу «Я – Тебе розумію» (групові обговорення, обмін думками / досвідом, взаємна допомога / підтримка); субота – робота Батьківського тренінгового центру «Моя суперсила» (тренінги, майстер-класи, соціальне моделювання).

Загальна кількість зустрічей – 12.

Загальна кількість годин роботи – 36.

Таблиця 3.2.

Тематика роботи Батьківської школи

«Знаю – розумію – приймаю»

<i>Номер зустрічі</i>	<i>Вид заходу</i>	<i>Тематика заходу</i>	<i>Основні питання</i>
1.	Лекція	«Аутизм: актуальні питання – достовірні відповіді»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Які два критерії визначення аутистичного спектру? 2. Чому в моєї дитини аутизм? 3. Чому моя дитина так поводиться? 4. Як відбуваються сучасна діагностика й обстеження дитини? 5. Чи потрібен моїй дитині такий діагноз? 6. Хто може допомогти моїй дитині? 7. Чим можу допомогти своїй дитині я?
2.	Тематичний семінар	«Аспекти організації щоденного життя дитини з розладом аутистичного спектру»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Організація життя житини в домашніх умовах 2. Труднощі, що виникають в громадських місцях – що з ними робити, як відноситися. 3. Дитина з аутизмом у звичайній школі 4. Всебічний розвиток особистості аутистичної дитини.
3.	Інформаційна презентація	«Сучасні напрями в роботі з аутистичною дитиною»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поведінковий підхід (ABA (Applied Behavior Analysis) – прикладний аналіз поведінки; VBA (The Verbal Behavior Approach)

			<p>– вербально-поведінковий підхід; PRT (Pivotal Resprouse Treatment)</p> <p>– навчання основних / ключових навичок / реакцій; TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Handicapped Children) – програма, яка дозволяє навчати дітей з аутизмом та дітей з особливими потребами.</p> <p>2. Розвивальні підходи (DIR Floortime; Son-Rise; DLT (Daily Life Therapy) – щоденна життєва терапія; емоційно-смісловий підхід до корекції PAC; RDI (Relationship Development Intervention) – методика розвитку взаємодії / міжособистісних стосунків).</p> <p>3. Сенсорно-перцептивні підходи (Ayres Sensory Integration – сенсорна інтеграція); Томатіс-терапія).</p> <p>4. Еклектичні підходи (SCERTS; The</p>
--	--	--	--

			Miller Method – метод Міллера).
--	--	--	---------------------------------

Таблиця 3.3.

Тематика роботи Батьківського клубу

«Я – Тебе розумію»

<i>Приблизна тематика зустрічей</i>	<i>Форми групової взаємодії</i>
«Партнерству з дитиною – Так, симбіозу – Ні!»	Групові обговорення, обмін думками / досвідом, взаємна допомога / підтримка
«Секрети розпорядку життя, що зберігають відносини в сім'ї та особистий простір кожного члена родини»	
«Правила створення безпечної обстановки для дитини в сім'ї»	
«Невербальне спілкування як рятувальне коло для батьків»	
«Інші люди як джерела фізичної допомоги й моральної підтримки батьків, що виховують аутистичну дитину»	
«Батьки не роботи, але батарейки теж сідають: секрети підзарядки»	
«Управління власними емоціями й станами»	
«Домашнє розвивальне середовище власними руками»	
«Роль тата у вихованні аутистичної дитини»	
«Життєвий тайм менеджмент для мам»	
«Важливість повноцінного відпочинку для кожного члена родини: ідеї та поради»	
«Загальна емоційна сімейна атмосфера, що допомагає створювати позитивний фон	

настрою без зайвої гіперопіки дитини»	
«Холдінг-терапія або «терапія обійм» щодня»	
«Mindfulness для батьків або жити в гармонії з собою та навколишнім світом»	
Попередній самостійний перегляд художніх фільмів «Людина дощу», «Сніговий пиріг», «Друзі», «Цирк Батерфляй», «Дитя місяця». Обговорення з метою підвищення соціальної компетентності батьків, набуття нового досвіду за принципом ідентифікації, формування внутрішніх позитивних зразків.	

Батьківський тренінговий центр

«Моя суперсила»

Тренінгове заняття «Психологічне здоров'я батьків – необхідна умова здоров'я дітей»

Мета: формування умінь і навичок батьків дітей з комплексними порушеннями щодо збереження та зміцнення свого психічного здоров'я через оволодіння способами психічної саморегуляції та активізацію особистісних ресурсів.

Вступне слово ведучого: «Бути батьками, означає щоденно, повсякчасно віддавати душевні сили та енергію дитині. А бути батьками особливої дитини – навантаження більше в рази. Тому і емоційна втома, і спустошення набагато гостріше, а вміння допомогти собі в такій ситуації є потрібним і обов'язковим. Найбільш вираженими симптомами емоційного вигорання є неадекватне виборче емоційне реагування і редукція сімейних обов'язків. На стадії становлення знаходяться такі симптоми як переживання психотравмуючих обставин, емоційно-моральна дезорієнтація,

психосоматичні порушення. Уміння володіти собою, тримати себе в руках – один з головних показників від якого залежать і успіхи людини, і її психологічне здоров'я. Людина, що знає себе, свої потреби і способи їх задоволення, може більш усвідомлено та ефективно розподілити свої сили протягом кожного дня, тижня, місяця, цілого року, а значить, продовжити термін свого успішного життя.

Вправа «Асоціації»

Учасники сидять у колі. Передають один одному іграшку, називаючи якомога більше асоціацій до слова «здоров'я»: успіх; спокій; спілкування; впевненість; стабільність; спілкування з природою; життєрадісність; гармонія; хороше самопочуття.

Але завжди є фактори, які заважають нам триматися у рівновазі. І один з головних факторів – це стрес.

Вправа «Я переживаю стрес, коли...»

Мета: привернути увагу до власного внутрішнього стану.

Процедура: учасникам пропонується продовжити речення: «Я переживаю стрес, коли...»

Вправа «Ловець блага»

Мета: диверсифікація свідомості учасників, пошук позитивних альтернатив.

Процедура: «Щоб з вами не сталося, в усьому намагайтеся знаходити позитивні сторони. Давайте потренуємося. Знайдіть і запишіть, будь ласка, позитивні моменти в наступних ситуаціях:

1. Ви збираєтеся на роботу, погода зустрічає вас сильним дощем.
2. Ви спізналися на автобус.
3. У вас немає грошей, щоб поїхати кудись у відпустку».

Учасники пишуть для кожної ситуації свої позитивні моменти. Кожен по черзі промовляє ці моменти. Учасник, що вказав більше 5 позитивних моментів у кожній запропонованій ситуації, вважається «ловцем блага».

Вправа «Я володію, знаю, вмію!»

Мета: усвідомлення власних ресурсів, розвиток рефлексії.

Процедура: «Візьміть аркуші паперу А 4, розділіть ручкою на три рівні частини по вертикалі. Потім у першій колонці напишіть «Я володію», у другій – «Я знаю», в третій – «Я вмю». Заповніть ці колонки у відповідності з їх назвами. Намагайтеся робити це завдання із задоволенням. Впевнена, що у Вас все вийде, адже в кожній людині є дуже багато переваг».

Після завершення роботи, учасники зачитують те, що написали. Йде обговорення. Ведучому важливо підтримати тих, у кого занижена самооцінка, допомогти їм знайти в собі кращі сторони. Ця вправа дуже ефективна саме в групі, тому що кожен може почути про достоїнстві інших учасників і знайти в собі ще дуже багато всього позитивного, що сприяє підняттю самооцінки й особистісному зростанню.

Вправа «Недільний вечір»

Мета: техніка отримання ресурсів.

Процедура: «Ця техніка буде сприяти вашому особистісному росту, кристалізації інтересів. Якщо ви «стурбовані» обставинами, тобто не можете похвалитися врівноваженістю, застосування цієї техніки може вам допомогти. Крім того, техніка може допомогти вам налаштуватися на наступний робочий тиждень. Сутність техніки досить проста. Від вас потрібно тільки одне, привчити себе, своїх близьких і друзів до того, що вечір неділі (можна вибрати будь який день тижня) – це ваш особистий час. Час, коли ви займаєтеся собою. У цей час можна ізолюватися від людей в окремій кімнаті. Можна піти погуляти, сходити в парк або, скажімо, в кінотеатр. Можна робити все, що завгодно. Фактично, тут одне обмеження – не бути пов'язаним з кимось цього вечора, або якимись зобов'язаннями. Теоретично, можна присвятити недільний вечір спілкуванню з батьками, друзями. Але так чи інакше все одно від вас будуть щось вимагати. Тому найкраще – це просто залишитися наодинці з собою, своїм хобі». Учасникам пропонуються буклети з антистресовими техніками.

Вправа «Все одно ти молодець...»

Мета: підвищення самооцінки; взаємопідтримка та взаємодопомога учасникам групи.

Процедура: учасники об'єднуються по двоє. В парах одна сторона розповідає іншій про свої труднощі та проблеми. Друга сторона уважно слухає, а потім вимовляє речення «Все одно ти молодець, тому, що...». Потім пари обмінюються своїми ролями. Наприкінці проводять обговорення відчуттів та емоцій. Групі наголошується на тому, що потрібно у колективі, у своїй родині та у спілкуванні з друзями підтримувати один одного і допомагати розв'язувати проблеми. Але допомога має бути якісною. Якою? Будемо вчитися на цьому тренінгу.

Вправа «Вирішення проблем»

Мета: робота зі стратегіями вирішення проблем.

Процедура: ведучий розповідає учасникам притчу: «Професор взяв у руки склянку з водою, витягнув її вперед і запитав своїх учнів: Як ви думаєте, скільки важить ця склянка? В аудиторії жваво зашепотіли. – Приблизно 200 грамів! Ні, грамів 300, мабуть! А може і всі 500, – лунали відповіді. – Я справді не знаю точно, доки не зважу її. Але зараз це не потрібно. Моє питання ось яке: що трапиться, якщо я буду так тримати склянку протягом декількох хвилин? – Нічого! – Справді, нічого страшного не трапиться, – відповів професор. А що буде, якщо я триматиму цю склянку на витягнутій руці, наприклад, дві години? – Ваша рука почне боліти. – А якщо цілий день? – Ваша рука оніміє, у вас буде сильне м'язове напруження. Можливо, навіть доведеться їхати в лікарню, – сказав один зі студентів. – Як, по-вашому, вага склянки зміниться від того, що я її цілий день буду тримати? – Ні! – розгублено відповіли студенти. – А що потрібно робити, щоб все це виправити? – Просто поставте склянку на стіл, – весело сказав один студент. – Звісно! – радісно відповів професор. – Так ми і робимо з усіма життєвими труднощами. Подумайте про яку-небудь проблему кілька хвилин, і вона

виявиться поруч із вами. Подумайте про неї кілька годин, і вона почне вас засмоктувати, як трясовина. Якщо будете думати цілий день, вона вас паралізує. Можна думати про проблему, але, як правило, це ні до чого не призводить. Її вага не зменшиться. Впоратися з проблемою дозволяє тільки дія. Вирішуй її або відклади в бік. Немає сенсу носити на душі важкі камені».

Відбувається групове обговорення можливих ефективних стратегій вирішення життєвих проблем.

Вправа «Очищення від тривоги»

Мета: використання техніки візуалізації для зняття емоційної наруги.

Процедура: «Сідайте зручніше, закрийте очі і постарайтеся уявити собі все, що я буду говорити ... Давайте зберемо мішок. Покладемо в нього все, що заважає: всі образи, сльози, сварки, смуток, невдачі, розчарування... Зав'яжемо його і вирушимо в дорогу ... Ви вийшли з дому, де ви живете, на широку дорогу ...

Шлях ваш далекий, дорога важка, мішок тисне на плечі, втомилися і стали важкими руки, ноги. О-ох! Як хочеться відпочити! Давайте так і зробимо. Знімаємо мішок і лягаємо на землю. Глибоко вдихнемо: вдих (затримати 3 сек), видих (затримати 3 сек) – повторити 3 рази. Дихається легко, рівно глибоко ... Ви відчуваєте, як пахне земля? Свіжий запах трав, аромат квітів наповнює дихання. Земля забирає всю втому, тривоги, образи, наповнює тіло силою, свіжістю ...

Треба йти далі. Вставайте. Підніміть мішок, відчуйте – він став легше... Ви йдете полем серед квітів, стрекочуть коники, дзижчать бджоли, співають птахи. Прислухайтеся до цих звуків ... Попереду прозорий струмочок. Вода в ньому цілюща, смачна. Ви нахиляєтеся до нього, опускаєте долоні в воду і п'єте із задоволенням цю чисту і прохолодну воду. Відчуваєте, як вона розтікається приємно по всьому тілу прохолодою. Усередині приємно і свіжо, ви відчуваєте легкість у всьому тілі ... Добре! Увійдіть у воду. Вона приємно пестить ноги, знімає напругу і втому. Ви стрибаєте з камінця на камінець, вам легко і радісно, мішок зовсім не

заважає, він став ще легшим ... Різнокольорові бризки розлітаються і блискучими крапельками освіжають обличчя, лоб, щоки, шию, все тіло. Добре-е!

Ви легко перебралися на інший берег. Ніякі перешкоди не страшні!... На гладкій зеленій травичці стоїть чудовий білий будиночок. Двері відчинені і привітно запрошує вас увійти. Перед вами грубка, можна посушитися. Ви сідаєте поруч з нею і розглядаєте яскраві язички полум'я. Вони весело підстрибують, танцюючи; підморгують вуглинка. Приємне тепло пестить обличчя, руки, тіло, ноги, ... Стає затишно і спокійно. Добрий вогонь забирає всі ваші печалі, втому, смуток ... Подивіться, ваш мішок спорожнів ...

Ви виходите з будиночка. Ви задоволені і заспокоєні. Ви з радістю вдихаєте свіже повітря. Легкий вітерець пестить ваше волосся, обличчя, тіло. Тіло ніби розчиняється в повітрі, стає легким і невагомим. Вам дуже добре. Вітерець наповнює ваш мішок радістю, добром, любов'ю ... Все це багатство ви несете в свій будинок. Поділіться зі своїми дітьми, рідними, друзями. (Пауза не менше 30 сек)

Тепер можете відкрити очі і посміхнутися – ви вдома і вас люблять».

Вправа «Долоньки»

Мета: отримання зворотного зв'язку, взаємопідтримка учасників групи.

Процедура: на аркуші паперу обведіть свою долоньку і напишіть своє ім'я. Передавайте аркуш за годинниковою стрілкою. Хай кожен учасник заняття напише вам побажання, а ви в свою чергу пишете побажання всім учасникам. Вправа закінчується тоді, коли кожен учасник отримує свій аркуш.

В ході тренінгової роботи з батьками нами використовувалися елементи *відеотренінгу*, що дозволяло суттєво розширити уявлення учасників про власні стилі й методи батьківського впливу на дитину, набути новий досвід та нові патерни поведінки й взаємодії. Детальний опис даного методу наведено нами в Додатку 1.

Після запровадження Комплексної програми родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру ми здійснили повторну діагностику:

- імовірності невротичного стану за методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса;
- ступеня незадоволеності / задоволеності респондентів власними соціальними досягненнями в різних сферах життєдіяльності за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойко).

Аналіз отриманих нами даних показав наступне.

Рівень невротизації респондентів ЕГ значно зменшився: параметри низької невротизації (емоційна стійкість) діагностовано нами у 28 осіб (93%). Ознаки підвищеної ймовірності виникнення неврозу (невротизація) виявлено нами у 2 осіб (7%). Це означає, що у переважної більшості батьків дітей з аутизмом вдалося подолати стан емоційної збудливості, тривожності, психічної напруженості, неспокою, дратівливості, розгубленості. Їм притаманна емоційна стійкість, наявністю позитивних переживань емоційного спокою й оптимізму (дані порівняльного аналізу даних наведено на рисунку 3.10.).

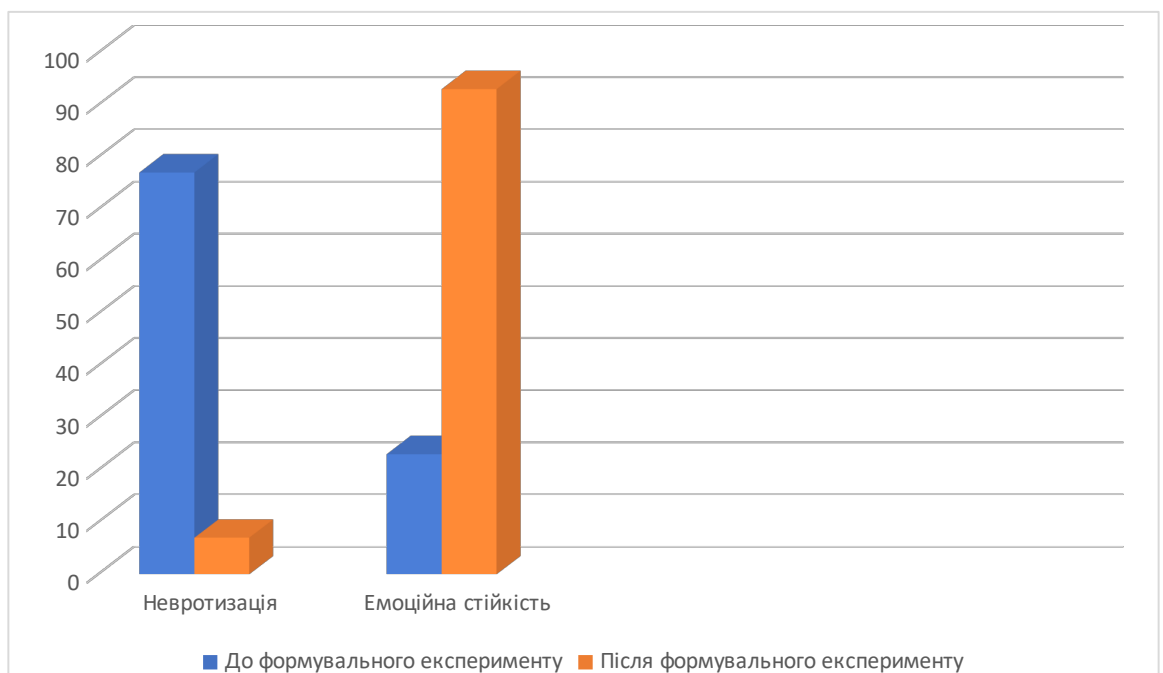


Рис. 3.10. Динаміка змін показників імовірності невротичного стану у респондентів ЕГ після проведення формувального експерименту (за методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса)

За параметром соціальної фрустрованості нами констатовано також позитивну динаміку. Так підвищений рівень фрустрованості не притаманний жодному респонденту ЕГ. Понижений рівень фрустрованості діагностовано у 26 осіб (87%). Помірний рівень соціальної фрустрованості притаманний 4 (13%) представникам ЕГ (дані порівняльного аналізу даних наведено на рисунку 3.11.).

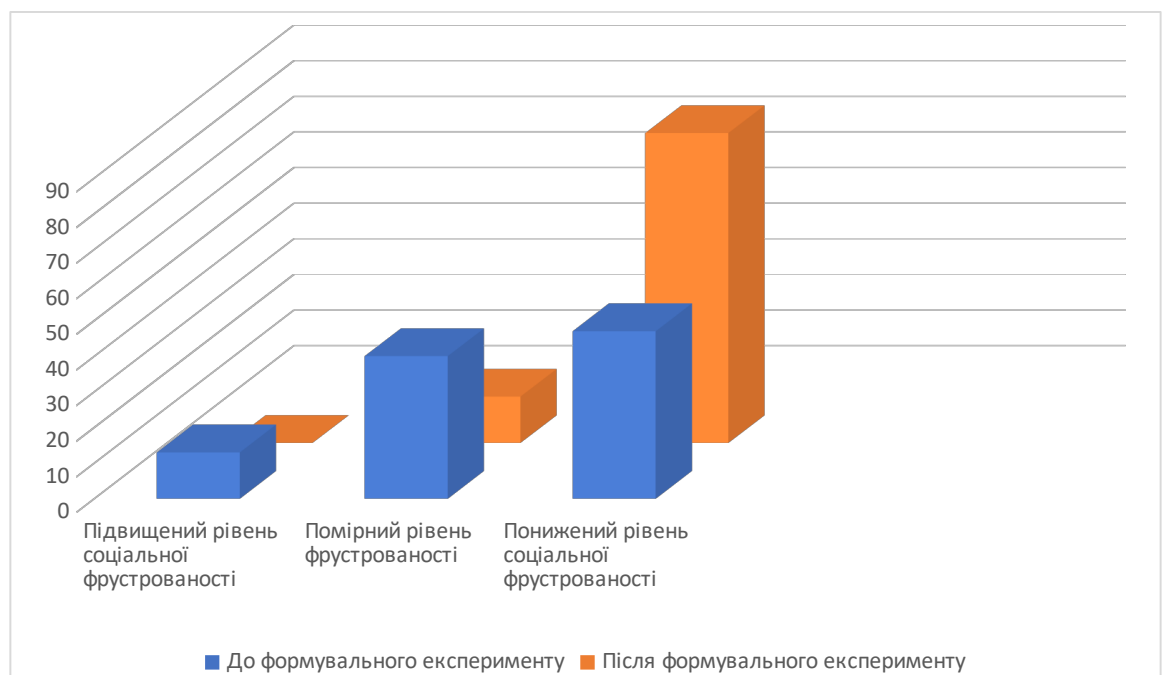


Рис. 3.11. Динаміка змін показників соціальної фрустрованості респондентів ЕГ після проведення формувального експерименту (за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойко)

Отримані дані надіють нам змогу зробити висновок про те, що розроблена нами Комплексна програма родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру є дієвим психологічним інструментом роботи з даною категорією батьків.

Висновки до розділу 3

1. За результатами проведеного теоретичного аналізу проблеми синдрому аутистичного спектру та специфіки внутрішньо-сімейних відносин в родинях, що виховують дитину з комплексними порушеннями розроблено програму емпіричного дослідження ставлення батьків до ситуації виховання аутистичної дитини, яка складається з п'яти послідовних етапів: 1) вивчення ставлення батьків до різних аспектів сімейного життя та сімейної ролі за методикою «Вимірювання батьківських установок і реакцій» PARI Е. Шефера і Р. Белла; 2) визначення імовірності невротичного стану за методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса; 3) дослідження рівня стресостійкості та соціальної адаптації за методикою Т. Холмса та Р. Райха; 4) діагностика ступіня незадоволеності / задоволеності респондентів власними соціальними досягненнями в різних сферах життєдіяльності за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана (модифікація В.В. Бойко); вивчення ознак внутрішнього конфлікту за методикою О. Фанталової «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах».
2. Грунтовний аналіз батьківського ставлення до аутистичної дитини показав, що: у порівнянні з батьками здорових дітей, батьки, що виховують аутистичну дитину мають з нею значно менший емоційний контакт та навіть схильні уникати контакту з дитиною; вони значно менше уваги приділяють налагодженню дитячо-батьківських стосунків; дана категорія батьків схильна не залучати дитину до сімейних труднощів, проблем; вони не цікавляться думкою дитини щодо внутрішньо сімейних ситуацій; батьківське ставлення в сім'ях, що виховують аутистичну дитину характеризується надмірною опікою, пригніченням дитячої агресивності; їм притаманна максимальна зосередженість на проблемах та бажання не нашкодити дитині.

3. Діагностика системи внутрішньо сімейних взаємин показує, що в сім'ях, що виховують аутистичну дитину: виникає перекиє у системі сімейних ролей: у чоловіка – в бік виконання єдиної ролі «добувач»; у жінки – в бік прийняття повної відповідальності за смію й дитину; матері в таких сім'ях стають більш домінуючими й самостійними; коло життєвих інтересів й цінностей природньо звужується до рамок сімейних проблем та стану дитини.
4. З'ясовано, що переважна більшість батьків дітей з аутизмом мають виражену емоційну збудливість на тлі негативних переживань тривожності, психічної напруженості, неспокою, дратівливості, розгубленості. У половини батьків діагностовано підвищений та помірний рівень соціальної фрустрованості. У порівнянні з батьками здорових дітей, батькам аутистичних дітей характерні певні особливості у сфері цінностей: існує небезпека розвитку внутрішнього конфлікту в сфері активного діяльного життя; простежується внутрішній вакуум у сфері свободи; для них менш досяжними є такі цінності, як пізнання та краса природи і мистецтва. Спільним для батьків аутистичних та здорових дітей у ціннісно-орієнтаційній сфері є те, що, здоров'я є пріоритетною цінністю; у сфері здоров'я (фізичного та психічного) є внутрішній конфлікт; у сферах здоров'я і матеріально забезпеченого життя відслідковується внутрішній вакуум.
5. Спираючись на отримані дані, а також на концептуальне твердження значущості родинно-орієнтованого підходу в системі комплексної допомоги дитині з аутизмом, ми розробили *Комплексну програму родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру, яка вирішує завдання інформаційно-методичного забезпечення родини; організацію взаємодопомоги; надання індивідуальних та сімейних психотерапевтичних ефектів. Програма складається з трьох блоків, кожен з яких враховує певний аспект психологічної допомоги родині: батьківська школа «Знаю – розумію – приймаю» (просвітницький*

- аспект); батьківський клуб «Я – Тебе розумію» (аспект групової підтримки, психотерапевтичний аспект); батьківський тренінговий центр «Моя суперсила» (тренінгово-навчальний аспект).
6. Учасниками процесу апробування нашої Комплексної програми стали респонденти ЕГ – батьки, що виховують дитину з розладами аутистичного спектру (15 сімей: 15 тат й 15 мам; середній вік батьків 27-37 років). Робота тривала протягом 4-х тижнів. Кожного тижня відбувалися три зустрічі по 3 години за наступним розкладом: вівторок – зустріч у Батьківській школі «Знаю – розумію – приймаю» (лекції, тематичні семінари, інформаційні презентації); четвер – робота Батьківського клубу «Я – Тебе розумію» (групові обговорення, обмін думками / досвідом, взаємна допомога / підтримка); субота – робота Батьківського тренінгового центру «Моя суперсила» (тренінги, майстер-класи, соціальне моделювання). Загальна кількість зустрічей – 12. Загальна кількість годин роботи – 36.
7. Послідуючий аналіз позитивної динаміки змін у рівні невротизації батьків та ступеня їх соціальної фрустрованості дають змогу зробити висновок про дієвість розробленого нами психологічного інструменту роботи з даною категорією батьків.

ВИСНОВКИ

1. Сучасний стан вивчення нозології розладу аутистичного спектру дозволяє характеризувати його як сукупність психічних і психологічних характеристик, що описують широкий спектр аномальної поведінки дитини, ускладнень соціальної адаптації, труднощів встановлення комунікації й взаємодії, обмеженість інтересів, стереотипність дій та поведінки.
2. Тенденція збільшення кількості дітей з вадами розвитку актуалізує питання соціально-психологічного супроводу сім'ї та дитячо-батьківських відносин, адже їх характер є важливим фактором впливу на розвиток пізнавальних функцій дитини, становлення її особистості, самооцінки, засвоєння морально-етичних норм, зразків поведінки та соціальних ролей. Неадекватне сприйняття батьками ситуації захворювання дитини приводять до формування в неї невротичних, соціально небажаних особистісних рис, до труднощів адаптації дитини в суспільстві.
3. Труднощами, які найчастіше зустрічаються у дитячо-батьківських відносинах у сім'ях, які виховують дітей з порушенням розвитку, є невідповідність батьківським очікуванням, симбіотичні стосунки між матір'ю та дитиною, перебування у постійному стані стресу, відсутність моральної підтримки з боку близьких і друзів.
4. Ґрунтовний аналіз проведеного нами емпіричного дослідження батьківського ставлення до аутистичної дитини показав, що: у порівнянні з батьками здорових дітей, батьки, що виховують аутистичну дитину мають з нею значно менший емоційний контакт та навіть схильні уникати контакту з дитиною; вони значно менше уваги приділяють налагодженню дитячо-батьківських стосунків; дана категорія батьків схильна не залучати дитину до сімейних труднощів, проблем; вони не цікавляться думкою дитини щодо внутрішньо

- сімейних ситуацій; батьківське ставлення в сім'ях, що виховують аутистичну дитину характеризується надмірною опікою, пригніченням дитячої агресивності; їм притаманна максимальна зосередженість на проблемах та бажання не нашкодити дитині.
5. Діагностика системи внутрішньо сімейних взаємин показує, що в сім'ях, що виховують аутистичну дитину: виникає перекиє у системі сімейних ролей: у чоловіка – в бік виконання єдиної ролі «добувач»; у жінки – в бік прийняття повної відповідальності за смію й дитину; матері в таких сім'ях стають більш домінуючими й самостійними; коло життєвих інтересів й цінностей природньо звужується до рамок сімейних проблем та стану дитини.
 6. З'ясовано, що переважна більшість батьків дітей з аутизмом мають виражену емоційну збудливість на тлі негативних переживань тривожності, психічної напруженості, неспокою, дратівливості, розгубленості. У половини батьків діагностовано підвищений та помірний рівень соціальної фрустрованості. У порівнянні з батьками здорових дітей, батькам аутистичних дітей характерні певні особливості у сфері цінностей: існує небезпека розвитку внутрішнього конфлікту в сфері активного діяльного життя; простежується внутрішній вакуум у сфері свободи; для них менш досяжними є такі цінності, як пізнання та краса природи і мистецтва. Спільним для батьків аутистичних та здорових дітей у ціннісно-орієнтаційній сфері є те, що, здоров'я є пріоритетною цінністю; у сфері здоров'я (фізичного та психічного) є внутрішній конфлікт; у сферах здоров'я і матеріально забезпеченого життя відслідковується внутрішній вакуум.
 7. Спираючись на отримані дані, а також на концептуальне твердження значущості родинно-орієнтованого підходу в системі комплексної допомоги дитині з аутизмом, ми розробили *Комплексну програму родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру, яка вирішує завдання інформаційно-методичного забезпечення родини;*

організацію взаємодопомоги; надання індивідуальних та сімейних психотерапевтичних ефектів. Програма складається з трьох блоків, кожен з яких враховує певний аспект психологічної допомоги родині.

8. Послідуючий аналіз позитивної динаміки змін у рівні невротизації батьків та ступеня їх соціальної фрустрованості дають змогу зробити висновок про дієвість розробленого нами психологічного інструменту роботи з даною категорією батьків.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алвин Д. Музыкальная терапия для детей с аутизмом / Дж. Алвин, Э. Уорик ; Под ред. Э. Уорик ; [Пер. с англ. Ю.В.Князькиной]. – М. : Теревинф, 2004. – 205, [1] с. : ил. – (Особый ребенок). – С. 198-203.
2. Аутизм – це не вирок, це лише діагноз. «Дітей дощу» стає більше, а суспільство досі не готове : [Електронний ресурс] // <http://acc.cv.ua/chernivtsi/20836-autizm-tse-ne-virok-tse-lishe-diagnoz-ditej-doshchu-stae-bilshe-a-suspilstvo-dosi-ne-gotove>
3. Баенская Е.Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития : [Метод. пособие для педагогов, психологов, врачей] / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг ; Ин-т коррекц. педагогики РАО. – М. : Экзамен, 2004. – 125 с.
4. Байкіна Н.Г. Засвоєння навчальної програми учнями з порушенням спектра аутизму / Н. Г. Байкіна, Я. В. Крет ; Держ. вищ. навч. закл. «Запорізь. нац. ун-т» М-ва освіти і науки України. – Запоріжжя : ЗНУ, 2010. – 339 с.
5. Базима Н.В. Формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Базима Наталія Валентинівна ; М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – Київ, 2014. – 20 с.
6. Борисенко О.М. Психолого-педагогічні засади формування емпатійно-особистісного ставлення батьків до дітей з аутизмом : автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.17 / О.М. Борисенко; НАПН України, Ін-т психології ім. Г.С. Костюка. – К., 2013. – 22 с.
7. Бочелюк В.Й. Психологія прояву комунікативних здібностей дітей з особливими потребами / В.Й. Бочелюк, Р.А. Ковтун ; Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя : Класич. приват. ун-т, 2012. – 223 с.

8. Вассерман Л.И., Беребин М.А. Социальная фрустрированность личности и ее роль в генезе психической дезадаптации // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 1998. – № 1. – С. 33-35.
9. Всі аутисти можуть жити самостійно, якщо зрозуміти стратегію їх виховання, — людина з аутизмом : [Електронний ресурс] // <https://hromadskeradio.org/programs/kyiv-donbas/vsi-autysty-mozhutzhyty-samostiyno-yakshcho-zrozumity-strategiyu-yih-vyhovannya-lyudyna-z-autyzmom>
10. Галах Т.В. Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом / Т.В. Галах. – Нетішин, 2016. – 49 с.
11. Геддон М. Хто такі діти з аутизмом і чим можна допомогти: матері особливих дітей спростовують ТОП-5 міфів : [Електронний ресурс] // <http://uacrisis.org/ua/54584-autizm-top-5-mifiv>
12. Гра як засіб розвитку комунікативних навичок дітей з розладами аутичного спектра / : [Електронний ресурс] // *Дитина з особливими потребами. Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка.* – 2016. – № 1 (13) – Режим доступу: <http://journal.osnova.com.ua/download/63-13-54655.pdf>
13. Гринина Е., Рудзинская Т. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья. *Известия Саратовского университета. Серия: Акмеология образования. Психология развития.* 2016. Т. 5. Вып. 2 (18). – С. 163-168.
14. Доленко О.В. Аутизм в дошкольном детстве – откровенный разговор : в помощь родителям / Доленко О.В. – Запорожье : Печатный мир, 2009. – 139 с.
15. Душка А.Л. Сучасні проблеми сімей, що виховують дитину з психофізичними вадами у розвитку / А.Л. Душка // *Проблеми сучасної*

- педагогічної освіти Серія: Педагогіка і психологія. – 2013. – Вип. 39, ч. 2 – С. 285-293.
16. Європейська хартія аутистів / [Електронний ресурс] // Поміть дітям с аутизмом «Цветы Жизни» – Режим доступу:
<http://www.fl-life.com.ua/wordpress/about/our-rights/khartia>
17. Єрчкова Н.О. Клінічне розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10 – 2001. – 230 с.
18. Ефимова О. Исследование внутрисемейных взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. *Педагогика и психология образования*. 2019. – № 1. – С. 196-208.
19. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку / Дидактичні та соціально-психологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб.: Вип. 8. / За ред.: В.І. Бондаря, В.В. Засенка – К.: Наук. світ, 2006. – С. 85-88.
20. Захаров А. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. Москва : Просвещение, 1986. – 127 с.
21. Захист прав осіб з розладами спектру аутизму. Громадська спілка : [Електронний ресурс] // <http://аутизм.com.ua/>
22. Інтеграційний літній табір: простір розвитку дітей з аутизмом : навч.-метод. посіб. / Скрипник Т.В., Хворова Г.М., Смоляр Г.Г., Абрамченко К.Ю. ; [за наук. ред. Скрипник Т.В.] ; АПН України, Ін-т соц. педагогіки, Громад. асоц. підтримки осіб з аутизмом «Сонячне коло». – К. : Задруга, 2007. – 95 с.
23. Карвасарская И.Б. В стороне : Из опыта работы с аутичными детьми. – М. : Теревинф, 2003. – 66 с.
24. Качмарик Х.В. Особливості психологічного супроводу аутичних дітей у дошкільній установі : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 /

- Качмарик Христина Василівна ; М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – Київ, 2015. – 19 с.
25. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади. – К.: Педагогічна думка, 2007. – 458 с.
 26. Квітка Н. Музикотерапія : програм.-метод. комплекс / Наталія Квітка. – Київ : Ред. газет з дошк. та початк. освіти, 2013. – С. 73-75.
 27. Крет Я.В. Рання діагностика та корекція психомоторики дітей з аутизмом / Я.В. Крет ; Держ. вищ. навч. закл. «Запоріз. нац. ун-т» М-ва освіти і науки України. – Запоріжжя : Запоріз. нац. ун-т, 2007. – 606 с.
 28. Кузава І.Б. Інклюзивна освіта дошкільників, які потребують корекції психофізичного розвитку: теорія та методика / І.Б. Кузава ; Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К. : Іванюк В. П., 2013. – 291 с.
 29. Лейнг Р. Екзистенційно-феноменологічні основи наук про особу // Гуманістична психологія: Антологія в 3-х т. / За ред. Р. Трача і Г. Балла. – Т. 1. – К.: Пульсари, 2001. – С. 112-121.
 30. Либлінг М.М. Холдинг-терапія как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. – 1996. – № 3. – С. 56-66.
 31. Логвінова І.П. Особливості формування невербальних засобів комунікативної діяльності у дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Логвінова Ірина Петрівна ; М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К., 2013. – 17 с.
 32. Людевіг К. Системная терапия: Основы клинической теории и практики / Перевод с немецкого Т.С. Драбкиной. – М.: Издательство Verte, 2004. – 280 с.

33. Мардахаев Л. В. Социальная педагогика: Учебник / Л. В. Мардахаев. – М. : Гардарики, 2005. – 269 с.
34. Маркова М.В. Медико-психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития: идеология и эффективность внедрения / М.В. Маркова, Т.Г. Ветрила // Таврический журнал психиатрии. – 2011. – Т. 15, № 3 (56). – С. 131-132.
35. Марценковский И.А. Возможности профилактики, особенности диагностики и лечения расстройств из спектра аутизма (резюме по итогам десятилетней программы исследований) / И.А. Марценковский // Здоров'я України. – 2012. – С. 66-68.
36. Марценковський І.А. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: методичні рекомендації / І.А. Марценковський, Я.Б.Бікшаєва, О.В.Ткачова. – К., 2009. – 46 с.
37. Мироненко О.В. Ерго-дизайнерський підхід до формування архітектурного середовища реабілітаційних центрів для людей із синдромом аутизму : автореф. дис. ... канд. архіт. : 18.00.01 / Мироненко О.В ; М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Харк. нац. ун-т буд-ва та архіт. – Х., 2012. – 20 с.
38. Моделювання шкільної ситуації як засіб підготовки до навчання дітей з аутизмом : наук.-метод. посіб. / Ін-т спец. педагогіки АПН України, Лаб. діагностики і псих. розв. ; [авт. Т. В. Скрипник]. – К. : Пед. думка, 2008. – 103 с.
39. Мольман Ж. Здоровое развитие : цикл лекций, прочитан. в Киеве на семинаре по антропософской психотерапии с 14 по 21 апр. 2013 / Ж. Мольман ; пер. с нем. Е. Колюховой ; запись и ред. М. Муравенко. – 3-е изд. – Киев : НАИРИ, 2018. – 158 с.
40. Мультидисциплінарний підхід як методологічна основа інклюзивного навчання : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 20-21 листоп. 2012 р. /

- М-во освіти і науки, молоді та спорту України [та ін. ; уклад.: С.І. Васильковська та ін.]. – Д. : Свідлер А. Л., 2012. – 283 с.
41. Мякушко О.І. Програми для спеціальних дошкільних закладів для дітей з ОМЗ: програма навчання дошкільників з аутизмом : проект / [О. І. Мякушко]; АПН України, Ін-т спец. педагогіки. – К. : Пед. думка, 2008. – 23 с.
42. Никольская О.С. Аутичный ребёнок : Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг – 2-е изд., стер. – М. : Теревинф, 2000. – 332 с.
43. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей : [Метод. разработки]. – М. : Теревинф, 2003. – 159 с.
44. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком : Руководство для родителей / [Пер. с англ. Н.Л. Холмогоровой]. – М. : Теревинф, 2004. – 236 с. : ил. – (Особый ребенок).
45. Организация образовательной среды для детей с особенностями психофизического развития в условиях интегрированного обучения: учеб.-метод. пособие / С.Е. Гайдукевич [и др.]; под общ. ред. С.Е. Гайдукевич, В.В. Чечета. – Минск: БГПУ, 2006.– 98 с.
46. Островська К.О. Психологічні основи формування соціальних компетенцій дітей з аутистичними порушеннями : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.08 / Островська Катерина Олексіївна ; М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 2013. – 40 с.
47. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги [навчальний посібник] / К.О. Островська. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.
48. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги [навчальний посібник] / К. О. Островська. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.

49. Островська К. О. Засади комплексної психолого- педагогічної допомоги дітям з аутизмом / К. О. Островська: Монографія. – Львів : Тріада плюс, 2012. – 520 с.
50. Панчук В.Л. Аутизм. Рання діагностика / В.Л. Панчук // Дитина з особливими потребами. Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка. – №12 (12). –2015 – С. 5-10.
51. Пахомова Н.Г. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010105 – «Корекційна освіта» / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В. Г. Короленка. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. – 357 с.
52. Практична психодіагностика. Методики і тести: навч. посіб. / Під ред. Д.Я. Райгородського. – Самара: БАХРАХ-М, 2001. – 672 с.
53. Працюємо разом: дитина з особливими потребами в школі : довідник для батьків : досвід Канади / [М-во освіти, громадянства та молоді провінції Манітоба (Канада)]. – Київ : Паливода А.В., 2012. – 49 с.
54. Питерс Т. Аутизм : От теорет. понимания к пед. воздействию : Кн. для педагогов-дефектологов. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 237 с.
55. Помогайбо В.М. Генетика людини : навч. посіб. / В.М. Помогайбо, А.В. Петрушов. – К. : ВЦ «Академія», 2011. – 280 с.
56. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К.:2002, Т. IV, Ч.3.– С. 207-215.
57. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: наук.-метод. посібник / І. Сухіна І. Риндер, Т. Скрипник / За ред. Сухіної І.В. – Київ-Чернівці: «Букрек», 2017. – 192 с.
58. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами : [навч.-метод. посіб. у 9 кн.] / М-во освіти і науки України, Ін-т спец. педагогіки НАПН України ; [за заг. ред. Колупасової А.А.]. – К. :

- Літопис-XX, [200] – (Інклюзивна освіта). Кн. 1 : Інклюзивна освіта: вибір батьків / [Колупаєва А. А. та ін.], 2010. – 70 с.
59. Радченко М.І. Роль матері у подоланні аутичної відчуженості дитини / М.І. Радченко // Безпека життєдіяльності. – 2004. – С. 34-36.
60. Радченко М.І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2002. – Т. 4, Ч. 3. – С. 207-215.
61. Ранній дитячий аутизм: Навчально-методичний посібник. Видання друге: перероблене і доповнене / А.П. Чуприков, М.І. Винник, Я.Т. Багрій. – Івано-Франківськ.: Видавництво Івано- Франківської державної медичної академії. – 2005. – 48 с.
62. Рассказова О.І. Програма соціально-педагогічної підтримки сімей, що виховують дітей з проблемами здоров'я як засіб розбудови інклюзивного суспільства / О.І. Рассказова: за заг. ред. Л.С. Нечепоренко – Харків, 2012. – Випуск ХХІХ. – С. 126-138.
63. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. – Львів: Колесо, 2009. – 168 с.
64. Сак Т.В. Психолого-педагогічні основи управління учбовою діяльністю учнів із затримкою психічного розвитку у школі інтенсивної педагогічної корекції. – К.: Актуальна освіта, 2005. – 246 с.
65. Сайко Х.Я. Суб'єктно-особистісна готовність корекційного педагога до виховання дітей з аутизмом : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Сайко Христина Ярославівна ; М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – Київ, 2016. – 19 с.

66. Синклер Д. Не плачьте о нас: [Електронний ресурс] // Сайт центра «АВАкновенное чудо» – Режим доступу: <http://www.aba.dn.ua/poleznoe/52-ne-plachte-o-nas>
67. Сокровенные люди. Как живут в Украине дети с аутизмом: [Електронний ресурс] // <https://korrespondent.net/ukraine/3696303-sokrovennyye-luidy-kak-zhyvut-v-ukrayne-dety-s-autyzmom>
68. Створення індивідуальної програми розвитку для дітей з особливими освітніми потребами : метод. посіб. / Всеукр. фонд «Крок за кроком», Проект «Інклюзивна освіта: крок за кроком» ; [уклад.: Луценко І.В., Заєркова Н.В. ; заг. ред.: Софій Н. З.]. – Київ : Пляди, 2015. – 65 с.
69. Скрипник Т.В. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям) : наук.-метод. посіб. / Тетяна Скрипник ; НАПН України, Ін-т спец. педагогіки НАПН України. – К. ; Кіровоград : Імекс-ЛТД. – 2013. – 53 с.
70. Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра : наук.-метод. посіб. / Тетяна Скрипник ; НАПН України, Ін-т спец. педагогіки. – К. : Пед. думка, 2013. – 55 с.
71. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму : Монографія. – Київ : Фенікс, 2010. – 368 с.
72. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму / Т.В. Скрипник ; Ін-т спец. педагогіки НАПН України. – К. : Фенікс, 2010. – 365 с.
73. Скрипник Т.В. Інтеграційний літній табір: простір розвитку дітей з аутизмом / Т.В. Скрипник, Г.М. Хворова, Г.Г. Смоляр. – К.: ПВП «Задруга», 2007. – 96 с.
74. Смоляр Г. Г. Біхевіоральна теорія / Г. Г. Смоляр // Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом: у 2-х т. – Т. II. – К. – 249 с.
75. Спільне викладання в інклюзивному класі : [метод. матеріали] / Всеукр. фонд «Крок за кроком», Проект «Інклюзивна освіта: крок за кроком» ; [уклад. Софій Н.З.]. – Київ : Пляди, 2015. – 69 с.

76. Супрун Г.В. Особливості соціально-психологічної адаптації дітей з аутизмом у дошкільному віці : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Супрун Ганна Володимирівна ; НАПН України, Ін-т спец. педагогіки. – Київ, 2017. – 20 с.
77. Сухіна І.В. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом : посібник / [І. Сухіна, І. Риндер, Т. Скрипник; за ред. Сухіної І.В.] ; НАПН України, Ін-т спец. педагогіки НАПН України. – Київ ; Чернівці : Букрек, 2017. – 191 с.
78. Сухіна І.В. Використання ресурсів середовища в освітньому просторі для забезпечення навчання і розвитку дітей з аутизмом / І.В. Сухіна // Особлива дитина: навчання і виховання. – К.:Педагогічна преса. – № 1 – 2015. – С. 41-49.
79. Сухіна І.В. Родинний супровід дітей раннього віку з розладами аутистичного спектра: шляхи реалізації / І.В. Сухіна // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 9, у 2 т. / за ред. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова. – Кам'янець- Подільський: ПП Медобори-2006, 2017. Т.1. – С. 243-250.
80. Тарасун В.В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: Навч. посіб. для вищих навч. закладів / В.В. Тарасун, Г.М. Хворова ; за наук. ред. Тарасун В.В. – К. : Наук. світ, 2004. – 100 с.
81. Тарасун В.В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації) // Дефектологія, 2005, № 1. – 150 с.
82. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К.: Либідь, 2003. – 376 с.
83. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі : навч.-наоч. посіб. / Ін-т спец. педагогіки НАПН

- України, Всеукр. фонд «Крок за кроком», Проект «Інклюзивна освіта: крок за кроком»; [уклад.: Скрипник Т.]. – Київ : Пляди, 2015. – 55 с.
84. Хворова Г.М. Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Хворова Ганна Михайлівна ; Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К., 2010. – 22 с.
85. Химко М.Б. Психологічні особливості батьківського ставлення до дітей з аутизмом : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / М. Химко; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАН України. – К., 2010. – 21 с.
86. Чуприков А.П. Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога : навч. посіб. / А.П. Чуприков, Г. М. Хворова. – Львів: МС, 2012. – 184 с.
87. Шульженко Д.І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей / Д.І. Шульженко ; Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова, Ін-т корец. педагогіки та психології. – К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. – 381 с.
88. Шульженко Д.І. Психологічні основи корекційного виховання дітей з аутистичними порушеннями : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.08 / Шульженко Діна Іванівна ; Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К., 2010. – 45 с.
89. Шульженко Д. Аутизм – не вирок / Д. Шульженко. – Львів : Кальварія, 2010. – 218 с.
90. Центр медичної статистики МОЗ України
<http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html>
91. Ципан С.Б. Особливості профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей із аутизмом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / Ципан С.Б. ; М-во охорони здоров'я України, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2015. – 20 с.

92. Юханссон И. Особое детство / Пер. со швед. О.Б. Рожанской. – М. : Центр лечеб. педагогики, 2001. –164 с.
93. Яковлева Л.М. Психологічний супровід дітей-аутистів / Леся Яковлева. – К. : Ред. загальнопед. газ., 2013. – 119 с.
94. Як зробити школу інклюзивною : досвід проект. діяльн. : [метод. посіб.] / Канад.-укр. проект «Інклюзив. освіта для дітей з особливими потребами в Україні» ; [уклад. С. Єфімова]. – К. : Плеяди, 2012. – 151 с.
95. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком : Установление контакта. Способы взаимодействия. Развитие речи. Психотерапия. – М. : Теревинф, 2004. – 134 с.
96. Klein S., Schive K. You Will Dream New Dreams: Inspiring Personal Stories by Parents of Children With Disabilities. Kensington Publishing Corporation, 2001. – 278 p.
97. Ready R.E., Stierman L., Paulsen J.S. Ecological Validity of Neuropsychological and Personality Measures of Executive Functions // *The Clinical Neuropsychologist*. – 2001. – Vol. 15, No. 3. – P. 314-323.
98. Reichman N.E., Corman H., Noonan K. Impact of Child Disability on the Family Matern. *Child Health J.* – 2008. – № 12 (6). – P. 679-683.
99. Sturm H, Fernell E, Gillberg Ch. Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels; associated impairments and subgroups. *Develop Med Child Neurol* 2004. – 46(7) – 444-7.
100. Swaminathan S., Alexander G., Boulet S. Delivering a very low birth weight infant and the subsequent risk of divorce or separation. *Maternal and Child Health Journal*. – 2006. – № 10. – P. 473-479.
101. Wing L., (2005), Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner. W. Frith U (red.). PZWL – Warszawa. – 2005. – 115-49.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Комплексна психологічна програма родинного супроводу дитини з синдромом аутистичного спектру «Радість життя і всебічний розвиток без обмежень»

Мета: інформаційно-методичне забезпечення родини; організація взаємодопомоги; надання індивідуальних та сімейних психотерапевтичних ефектів.

Для того, що повернути сім'ї здатність створювати оптимальні умови для гармонійного розвитку дитини з розладом аутистичного спектру наша Комплексна програма спрямована на наступні *цїлі*:

- переструктурування ієрархії життєвих цінностей батьків, оптимізація їхньої самосвідомості;
- гармонізація психологічного клімату в сім'ї;
- корекція міжособистісних взаємостосунків у сім'ї (дитячо-батьківських, подружніх, батьківсько-дитячих);
- формування психолого-педагогічних знань і вмінь, підвищення виховної компетентності батьків.

Орієнтуючись на такі цілі, перед психологом постають наступні *завдання*: навчання батьків спеціальним виховним прийомам, необхідним для корекції особистості дитини з РАС; корекція розуміння батьками проблем їхньої дитини, а саме: виключення гіперболізації, мінімізації або заперечення наявності проблем; корекція внутрішнього психологічного стану батьків: стан неуспіху, пов'язаний з особливостями дитини, має поступово перейти в розуміння можливостей дитини, в радість її початкових успіхів; корекція неконструктивних форм поведінки батьків (агресії, придушення негативних бажань, примітивізації поведінки), їх заміна на продуктивні форми взаємодії у соціумі; здійснення особистісного зростання батьків у процесі взаємодії зі своєю дитиною; перехід батьків з позиції переживання за свою дитину у позицію творчого пошуку реалізації можливостей дитини; підвищення особистісної самооцінки батьків у зв'язку з можливістю побачити результати своєї праці в успіхах дитини; творча діяльність батьків, спрямована на їхню дитину, допомагає їм самим, звільняючи від негативного впливу психотравмуючої ситуації.

Передбачаємо, що реалізація розробленої нами Комплексної програми психологічної допомоги:

- сприятиме формуванню нових життєвих орієнтирів батьків дитини з РАС;

- дозволить покращити батьківсько-дитячі взаємостосунки;
- оптимізує загальний психологічний стан батьків;
- сприятиме гармонізації сімейного функціонування та підвищенню реабілітаційного ресурсу родини.

Спілкування батьків між собою, спільна робота з психологом допомагають подолати кризовий стан, дають можливість батькам відчути, що вони не одні, дозволяють спільно шукати шляхи вирішення схожих для них проблем.

Таблиця 3.1.

**Комплексна програма родинного супроводу дитини
з синдромом аутистичного спектру**

<i>Блок роботи</i>	<i>Форма роботи</i>	<i>Аспект психологічного Супроводу</i>	<i>Мета роботи</i>
<i>Батьківська школа «Знаю – розумію – приймаю»</i>	Лекції Тематичні семінари Інформаційні презентації	Просвітницький Аспект	Надання батькам знань щодо сутності феномену «синдром аутистичного спектру», його природи та динаміки хворобливого процесу. Формування у батьків обізнаності щодо психофізичного та психологічного стану дитини з РАС. Розвиток розуміння значущості сім'ї / родини в процесі соціалізації дитини з комплексними порушеннями.
<i>Батьківський клуб «Я – Тебе розумію»</i>	Групові обговорення, обмін думками / досвідом, взаємна допомога / підтримка	Аспект групової підтримки Психо-терапевтичний аспект	Створення умов для обміну досвідом виховання дитини з РАС. Розвиток простору взаємовідносин за принципом «Надаю допомогу – отримую допомогу». Формування відчуття єдності, впевненості, що ти не один, і що твоя проблема цікавить інших / близька іншим. Створення умов для зняття емоційної напруги. Надання можливості вільно говорити

			про свої соціально-неприйнятні відчуття й емоції без побоювання осуду. Набуття учасниками нового соціального / батьківського досвіду.
<i>Батьківський тренінговий центр «Моя суперсила»</i>	Тренінги Майстер-класи Соціальне моделювання	Тренінгово-навчальний аспект	Особистісне зростання батьків. Опанування навичок емоційної саморегуляції. Інтеграції всієї родини в соціум.

Тривалість реалізації програми – 4-х тижні.

Загальна кількість зустрічей – 12.

Загальна кількість годин роботи – 36.

Таблиця 3.2.

**Тематика роботи Батьківської школи
«Знаю – розумію – приймаю»**

Номер зустрічі	Вид заходу	Тематика заходу	Основні питання
1.	Лекція	«Аутизм: актуальні питання – достовірні відповіді»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Які два критерії визначення аутистичного спектру? 2. Чому в моєї дитини аутизм? 3. Чому моя дитина так поводиться? 4. Як відбуваються сучасна діагностика й обстеження дитини? 5. Чи потрібен моїй дитині такий діагноз? 6. Хто може допомогти моїй дитині? 7. Чим можу допомогти своїй дитині я?
2.	Тематичний семінар	«Аспекти організації щоденного життя дитини з розладом аутистичного спектру»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Організація життя житини в домашніх умовах 2. Труднощі, що виникають в громадських місцях – що з ними робити, як відноситися.

			<p>3. Дитина з аутизмом у звичайній школі</p> <p>4. Всебічний розвиток особистості аутистичної дитини.</p>
3.	Інформаційна презентація	«Сучасні напрями в роботі з аутистичною дитиною»	<p>1. Поведінковий підхід (ABA (Applied Behavior Analysis) – прикладний аналіз поведінки; VBA (The Verbal Behavior Approach) – вербально-поведінковий підхід; PRT (Pivotal Responce Treatment) – навчання основних / ключових навичок / реакцій; TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) – програма, яка дозволяє навчати дітей з аутизмом та дітей з особливими потребами.</p> <p>2. Розвивальні підходи (DIR Floortime; Son-Rise; DLT (Daily Life Therapy) – щоденна життєва терапія; емоційно-смисловий підхід до корекції PAC; RDI (Relationship Development Intervention) – методика розвитку взаємодії / міжособистісних стосунків).</p> <p>3. Сенсорно-перцептивні підходи (Ayres Sensory Integration – сенсорна інтеграція); Томатіс-терапія).</p> <p>4. Еклектичні підходи (SCERTS; The Miller Method – метод Міллера).</p>

Таблиця 3.3.

**Тематика роботи Батьківського клубу
«Я – Тебе розумію»**

<i>Приблизна тематика зустрічей</i>	<i>Форми групової взаємодії</i>
-------------------------------------	---------------------------------

«Партнерству з дитиною – Так, симбіозу – Ні!»	Групові обговорення, обмін думками / досвідом, взаємна допомога / підтримка
«Секрети розпорядку життя, що зберігають відносини в сім'ї та особистий простір кожного члена родини»	
«Правила створення безпечної обстановки для дитини в сім'ї»	
«Невербальне спілкування як рятувальне коло для батьків»	
«Інші люди як джерела фізичної допомоги й моральної підтримки батьків, що виховують аутистичну дитину»	
«Батьки не роботи, але батарейки теж сідають: секрети підзарядки»	
«Управління власними емоціями й станами»	
«Домашнє розвивальне середовище власними руками»	
«Роль тата у вихованні аутистичної дитини»	
«Життєвий тайм менеджмент для мам»	
«Важливість повноцінного відпочинку для кожного члена родини: ідеї та поради»	
«Загальна емоційна сімейна атмосфера, що допомагає створювати позитивний фон настрою без зайвої гіперопіки дитини»	
«Холдінг-терапія або «терапія обійм» щодня»	
«Mindfulness для батьків або жити в гармонії з собою та навколишнім світом»	
Попередній самостійний перегляд художніх фільмів «Людина дощу», «Сніговий пиріг», «Друзі», «Цирк Батерфляй», «Дитя місяця». Обговорення з метою підвищення соціальної компетентності батьків, набуття нового досвіду за принципом ідентифікації, формування внутрішніх позитивних зразків.	

**Батьківський тренінговий центр
«Моя суперсила»**

Тренінгове заняття

«Психологічне здоров'я батьків – необхідна умова здоров'я дітей»

Мета: формування умінь і навичок батьків дітей з комплексними порушеннями щодо збереження та зміцнення свого психічного здоров'я через оволодіння способами психічної саморегуляції та активізацію особистісних ресурсів.

Вступне слово ведучого: «Бути батьками, означає щоденно, повсякчасно віддавати душевні сили та енергію дитині. А бути батьками особливої дитини – навантаження більше в рази. Тому і емоційна втома, і спустошення набагато гостріше, а вміння допомогти собі в такій ситуації є потрібним і обов'язковим. Найбільш вираженими симптомами емоційного вигорання є неадекватне виборче емоційне реагування і редукція сімейних обов'язків. На стадії становлення знаходяться такі симптоми як переживання психотравмуючих обставин, емоційно-моральна дезорієнтація, психосоматичні порушення. Уміння володіти собою, тримати себе в руках – один з головних показників від якого залежать і успіхи людини, і її психологічне здоров'я. Людина, що знає себе, свої потреби і способи їх задоволення, може більш усвідомлено та ефективно розподілити свої сили протягом кожного дня, тижня, місяця, цілого року, а значить, продовжити термін свого успішного життя.

Вправа «Асоціації»

Учасники сидять у колі. Передають один одному іграшку, називаючи якомога більше асоціацій до слова «здоров'я»: успіх; спокій; спілкування; впевненість; стабільність; спілкування з природою; життєрадісність; гармонія; хороше самопочуття.

Але завжди є фактори, які заважають нам триматися у рівновазі. І один з головних факторів – це стрес.

Вправа «Я переживаю стрес, коли...»

Мета: привернути увагу до власного внутрішнього стану.

Процедура: учасникам пропонується продовжити речення: «Я переживаю стрес, коли...»

Вправа «Ловець блага»

Мета: диверсифікація свідомості учасників, пошук позитивних альтернатив.

Процедура: «Щоб з вами не сталося, в усьому намагайтеся знаходити позитивні сторони. Давайте потренуємося. Знайдіть і запишіть, будь ласка, позитивні моменти в наступних ситуаціях:

1. Ви збираєтеся на роботу, погода зустрічає вас сильним дощем.
2. Ви спізналися на автобус.
3. У вас немає грошей, щоб поїхати кудись у відпустку».

Учасники пишуть для кожної ситуації свої позитивні моменти. Кожен по черзі промовляє ці моменти. Учасник, що вказав більше 5 позитивних моментів у кожній запропонованій ситуації, вважається «ловцем блага».

Вправа «Я володію, знаю, вмію!»

Мета: усвідомлення власних ресурсів, розвиток рефлексії.

Процедура: «Візьміть аркуші паперу А 4, розділіть ручкою на три рівні частини по вертикалі. Потім у першій колонці напишіть «Я володію», у другій – «Я знаю», в третій – «Я вмію». Заповніть ці колонки у відповідності з їх назвами. Намагайтеся робити це завдання із задоволенням. Впевнена, що у Вас все вийде, адже в кожній людині є дуже багато переваг».

Після завершення роботи, учасники зачитують те, що написали. Йде обговорення. Ведучому важливо підтримати тих, у кого занижена самооцінка, допомогти їм знайти в собі кращі сторони. Ця вправа дуже ефективна саме в групі, тому що кожен може почути про достоїнстві інших учасників і знайти в собі ще дуже багато всього позитивного, що сприяє підняттю самооцінки й особистісному зростанню.

Вправа «Недільний вечір»

Мета: техніка отримання ресурсів.

Процедура: «Ця техніка буде сприяти вашому особистісному росту, кристалізації інтересів. Якщо ви «стурбовані» обставинами, тобто не можете похвалитися врівноваженістю, застосування цієї техніки може вам допомогти. Крім того, техніка може допомогти вам налаштуватися на наступний робочий тиждень. Сутність техніки досить проста. Від вас потрібно тільки одне, привчити себе, своїх близьких і друзів до того, що вечір неділі (можна вибрати будь який день тижня) – це ваш особистий час. Час, коли ви займаєтеся собою. У цей час можна ізольоватися від людей в окремій кімнаті. Можна піти погуляти, сходити в парк або, скажімо, в кінотеатр. Можна робити все, що завгодно. Фактично, тут одне обмеження – не бути пов'язаним з кимось цього вечора, або якимись зобов'язаннями. Теоретично, можна присвятити ндільний вечір спілкуванню з батьками, друзями. Але так чи інакше все одно від вас будуть щось вимагати. Тому найкраще – це просто залишитися наодинці з собою, своїм хобі». Учасникам пропонуються буклети з антистресовими техніками.

Вправа «Все одно ти молодець...»

Мета: підвищення самооцінки; взаємопідтримка та взаємодопомога учасникам групи.

Процедура: учасники об'єднуються по двоє. В парах одна сторона розповідає іншій про свої труднощі та проблеми. Друга сторона уважно слухає, а потім вимовляє речення «Все одно ти молодець, тому, що...». Потім пари обмінюються своїми ролями. Наприкінці проводять обговорення відчуттів та емоцій. Групі наголошується на тому, що потрібно у колективі, у своїй родині та у спілкуванні з друзями підтримувати один одного і допомагати розв'язувати проблеми. Але допомога має бути якісною. Якою? Будемо вчитися на цьому тренінгу.

Вправа «Вирішення проблем»

Мета: робота зі стратегіями вирішення проблем.

Процедура: ведучий розповідає учасникам притчу: «Професор взяв у руки склянку з водою, витягнув її вперед і запитав своїх учнів: Як ви думаєте, скільки важить ця склянка? В аудиторії жваво зашепотіли. – Приблизно 200 грамів! Ні, грамів 300, мабуть! А може і всі 500, – лунали відповіді. – Я справді не знаю точно, доки не зважу її. Але зараз це не потрібно. Моє питання ось яке: що трапиться, якщо я буду так тримати склянку протягом декількох хвилин? – Нічого! – Справді, нічого страшного не трапиться, – відповів професор. А що буде, якщо я триматиму цю склянку на витягнутій руці, наприклад, дві години? – Ваша рука почне боліти. – А якщо цілий день? – Ваша рука оніміє, у вас буде сильне м'язове напруження. Можливо, навіть доведеться їхати в лікарню, – сказав один зі студентів. – Як, по-вашому, вага склянки зміниться від того, що я її цілий день буду тримати? – Ні! – розгублено відповіли студенти. – А що потрібно робити, щоб все це виправити? – Просто поставте склянку на стіл, – весело сказав один студент. – Звісно! – радісно відповів професор. – Так ми і робимо з усіма життєвими труднощами. Подумайте про яку-небудь проблему кілька хвилин, і вона виявиться поруч із вами. Подумайте про неї кілька годин, і вона почне вас засмоктувати, як трясовина. Якщо будете думати цілий день, вона вас паралізує. Можна думати про проблему, але, як правило, це ні до чого не призводить. Її вага не зменшиться. Впоратися з проблемою дозволяє тільки дія. Вирішуй її або відклади в бік. Немає сенсу носити на душі важкі камені».

Відбувається групове обговорення можливих ефективних стратегій вирішення життєвих проблем.

Вправа «Очищення від тривоги»

Мета: використання техніки візуалізації для зняття емоційної наруги.

Процедура: «Сідайте зручніше, закрийте очі і постарайтеся уявити собі все, що я буду говорити ... Давайте зберемо мішок. Покладемо в нього все, що заважає: всі образи, сльози, сварки, смуток, невдачі, розчарування... Зав'яжемо його і вирушимо в дорогу ... Ви вийшли з дому, де ви живете, на широку дорогу ...

Шлях ваш далекий, дорога важка, мішок тисне на плечі, втомилися і стали важкими руки, ноги. О-ох! Як хочеться відпочити! Давайте так і зробимо. Знімаємо мішок і лягаємо на землю. Глибоко вдихнемо: вдих (затримати 3 сек), видих (затримати 3 сек) – повторити 3 рази. Дихається легко, рівно глибоко ... Ви відчуваєте, як пахне земля? Свіжий запах трав, аромат квітів наповнює дихання. Земля забирає всю втому, тривоги, образи, наповнює тіло силою, свіжістю ...

Треба йти далі. Вставайте. Підніміть мішок, відчуйте – він став легше... Ви йдете полем серед квітів, стрекочуть коники, дзижчать бджоли, співають птахи. Прислухайтесь до цих звуків ... Попереду прозорий струмочок. Вода в ньому цілюща, смачна. Ви нахиляєтеся до нього, опускаєте долоні в воду і п'єте із задоволенням цю чисту і прохолодну воду. Відчуваєте, як вона розтікається приємно по всьому тілу прохолодою. Усередині приємно і свіжо, ви відчуваєте легкість у всьому тілі ... Добре! Увійдіть у воду. Вона приємно пестить ноги, знімає напругу і втому. Ви стрибаєте з камінця на камінець, вам легко і радісно, мішок зовсім не заважає, він став ще легшим ... Різнокольорові бризки розлітаються і блискучими крапельками освіжають обличчя, лоб, щоки, шию, все тіло. Добре-е!

Ви легко перебралися на інший берег. Ніякі перешкоди не страшні!... На гладкій зеленій травичці стоїть чудовий білий будиночок. Двері відчинені і привітно запрошує вас увійти. Перед вами грубка, можна посушитися. Ви сідаєте поруч з нею і розглядаєте яскраві язички полум'я. Вони весело підстрибують, танцюючи; підморгують вуглинки. Приємне тепло пестить обличчя, руки, тіло, ноги, ... Стає затишно і спокійно. Добрий вогонь забирає всі ваші печалі, втому, смуток ... Подивіться, ваш мішок спорожнів ...

Ви виходите з будиночка. Ви задоволені і заспокоєні. Ви з радістю вдихаєте свіже повітря. Легкий вітерець пестить ваше волосся, обличчя, тіло. Тіло ніби розчиняється в повітрі, стає легким і невагомим. Вам дуже добре. Вітерець наповнює ваш мішок радістю, добром,
любов'ю ...
Все це багатство ви несете в свій будинок. Поділіться зі своїми дітьми, рідними, друзями.
(Пауза не менше 30 сек)

Тепер можете відкрити очі і посміхнутися – ви вдома і вас люблять».

Вправа «Долоньки»

Мета: отримання зворотного зв'язку, взаємопідтримка учасників групи.

Процедура: на аркуші паперу обведіть свою долоньку і напишіть своє ім'я. Передавайте аркуш за годинниковою стрілкою. Хай кожен учасник заняття напише вам побажання, а ви в свою чергу пишете побажання всім учасникам. Вправа закінчується тоді, коли кожен учасник отримує свій аркуш.

ДОДАТОК 2

Відео тренінг в роботі з батьками аутистичної дитини

Відеозйомка значно підвищує результативність психотерапевтичної взаємодії [6]. Одним із способів її застосування є інтерактивний відеотренінг (ІВТ), який складається з домашнього відеотренінгу (ДВТ) та інтерактивного відеокерівництва (ІВК).

Домашній відео тренінг (ДВТ) – короткий інтенсивний спосіб домашньої допомоги для сімей, які потребують допомоги у налагодженні внутрішньо-сімейних стосунків. Розроблений на початку 90-х років минулого століття у Голландії як альтернативний метод до реабілітації та адаптації дітей з проблемами в розвитку. Адресати застосування цього методу – родини, де є діти: з девіантною поведінкою; гіперактивні; з порушеннями контакту; аутисти; з розладами у харчуванні та порушеннями сну; з проблемами психомоторного розвитку.

Метод ДВТ активно застосовують у роботі з аутистичними дітьми. Зазначимо, що домашній відеотренінг спрямований на систему «батьки – діти» з урахуванням того, що:

- діти і батьки завжди прагнуть до налагодження контакту між собою;
- діти, навіть з порушеним психічним розвитком, постійно посилають сигнали контакту;
- батьки відповідають за добре самопочуття своїх дітей.

У випадку аутистичних дітей роль батьків є особливою, оскільки саме вони стають головними виконавцями індивідуальних програм, які є початковим етапом підготовки цих дітей до комплексної реабілітації та навчання [6; 83].

ДВТ навчає батьків основам успішної комунікації, порушення якої є однією з найбільших проблем аутистичної дитини. Якщо дитина має затримку психічного розвитку, то за допомогою відеоаналізу спільно з батьками можна детально з'ясувати, на якому рівні розвитку реально перебуває їхня дитина. Позитивні взаємини, а також вміння зауважувати і підтримувати ініціативу дитини-аутиста є підставою до стимулювання її адекватного розвитку.

У процесі роботи з аутистичними дітьми увагу зосереджують на побудові позитивного контакту і зміцненні стосунків між членами родини.

Здебільшого, записують ситуації, які трапляються щоденно (ігри, харчування, шкільна діяльність, прогулянка). У процесі аналізу записаних ситуацій акцентується увага на тих моментах, де спілкування було успішним. Ці ситуації демонструють сім'ї на наступній зустрічі та обговорюють із батьками. Отже, батьки мають змогу бачити, що навіть у дуже складних ситуаціях вони є успішними, дізнаються, що елементи спілкування створюють ефективний контакт, що допомагає обрати кращий варіант спілкування з дітьми. Переглядаючи відео, батьки отримують підтвердження власних здібностей і можливостей. Все це дає підставу для розвитку турботливого,

відповідального ставлення до своїх аутистичних дітей, що є основними критеріями побудови правильної системи їх виховання та навчання.

Застосовуючи ДВТ, батьки аутистичної дитини вчаться:

- збільшувати кількість моментів позитивної інтеракції;
- знаходити ресурси у поведінці своєї дитини.

Відеозйомки з родинами аутистичних дітей дали нам змогу виявити:

- зайву ініціативність батьків (вони часто роблять замість дитини те, що вона здатна зробити сама, чим блокують розвиток дитини);
- багато ініціатив з боку аутистичних дітей виникає з почуття страху чи браку почуття безпеки;
- батьки часто не зауважують ініціатив, контакту з боку аутистичних дітей, оскільки занадто опікуються ними.

Це створює бар'єри у процесі ефективного розвитку аутистичних дітей. ДВТ прискорює їх подолання завдяки тому, що побачене на власні очі є переконливішим, ніж декілька разів почуте.

Праця з родинами аутистичних дітей за допомогою ДВТ дає змогу:

- створювати можливості успішної комунікації у взаєминах;
- вирішувати проблемні ситуації, які виникають у взаєминах;
- батькам «з боку» побачити власне ставлення до дітей; виявити позитивні моменти, що дають змогу поліпшувати самосприйняття і самоповагу, розвивати оптимальний шлях спілкування та самовираження.