

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ І ПСИХОТЕРАПІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему: «Психологічні особливості особистості батьків дітей з розладом  
аутистичного спектру»

Студентки 2 курсу групи ПС-61  
другого (магістерського) рівня вищої освіти  
освітньо-професійної програми «Психологія»  
за спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ  
Юлії СИРОТЕНКО

Керівник к. психол. н, доц. Харченко А.О.,  
Чотирьохрівнева шкала оцінювання \_\_\_\_\_

Кількість балів: \_\_\_\_\_

Члени комісії: _____	_____
(підпис)	(прізвище та ім'я)
_____	_____
(підпис)	(прізвище та ім'я)
_____	_____
(підпис)	(прізвище та ім'я)
_____	_____
(підпис)	(прізвище та ім'я)

м. Харків – 2023 рік

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
1. ТЕОРЕТИЧНІ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ ДІТЕЙ	
3 РАС .....	5
1.1 Розлад аутистичного спектру у дітей або аутизм .....	5
1.2 Психологічні особливості батьківсько-дитячих відносин, пов'язані з віковою проблематикою діагностики РАС .....	10
1.3 Психологічні дослідження родин з дітьми, які мають особливості в розвитку ...	15
1.4 Результати емпіричних та психологічних досліджень особистісних особливостей батьків дітей з РАС .....	22
2. ОПИС ПРОЦЕДУРИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ .....	27
2.1 Мета та завдання дослідження .....	27
2.2 Соціально демографічний опис вибірки .....	28
3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ .....	32
3.1 Виявлення особливостей домінуючих інфантильних травм у батьків дітей з розладом аутистичного спектру .....	32
3.2 Дослідження домінуючих психоемоційних станів батьків дітей з РАС .....	35
3.3 Дослідження особливостей прояву особистісних чинників у батьків дітей з розладом аутистичного спектру .....	39
3.4 Виявлення ранніх дезадаптаційних схем поведінки у батьків дітей з розладом аутистичного спектру .....	44
ВИСНОВКИ .....	50
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ .....	52
АННОТАЦІЇ .....	55
ДОДАТКИ .....	56

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** В процесі створення дипломної роботи основною метою є проведення комплексного аналізу предметної області, визначення основних психологічних чинників які сформували особистість батьків, такою, як вона є, що призвело до того, що їх дитина отримала діагноз «розлад аутистичного спектру» (РАС). Саме батьки є першим соціальним простором людини, а їх психологічні особливості впливають на те, якою виросте дитина. Вплив батьків на дитину важко переоцінити, адже саме в родині формується первинна картина світосприйняття дитиною, навички соціальної взаємодії, як здорової, так і з особливими потребами .

Діагноз «розлад аутистичного спектру» (РАС) ставиться при дефіциті комунікативних та соціальних навиків, а також повторюючихся та стереотипних форм поведінки [16]. З кожним роком дітей, яким ставлять цей діагноз стає все більше, а отже і батьків, які мають дитину з діагнозом РАС з кожним роком все більше. Статистика в Україні і світі не вітшна. У 2005 році в 680 сімей дізнались про діагноз своїх дітей, яким діагностували РАС, у 2017 році вже 7,5 тис сімей має дитину з діагнозом розлад аутистичного спектру [13]. У більшості досліджень розладу атистичного спектру, основний акцент робиться саме на діагностиці дітей, та на нашу думку приділяють занадто мало уваги батькам, наче не беручи до уваги, що саме родина забезпечує первинну соціалізацію, комунікацію і виступає основним вихователем дитини.

**Об'єкт дослідження** – особистісні особливості.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості особистості батьків дітей з розладом аутистичного спектру.

**Мета** – виявити психологічні особливості особистості батьків дітей з розладом аутистичного спектру.

**Гіпотези:**

- 1) існують особливості травматичного інфантильного досвіду батьків дітей з РАС, а саме: суттєво вираженими є травми відкинутості та залишення;

2) батьки дітей з РАС менш комунікабельні, менш соціалізовані та більш замкнуті, інтровертивні, ніж батьки дітей маючих нормативний розвиток.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати психологічну наукову літературу з питання особистісних особливостей батьків з розладами аутистичного спектру (РАС) та їх дітей.
2. Виявити особливості домінуючих інфантильних травм у батьків дітей з РАС.
3. Виявити домінуючі психоемоційні стани батьків дітей з РАС.
4. Дослідити особливості прояву особистісних чинників у батьків дітей з РАС.
5. Виявити домінуючі ранні дезадаптивні схеми поведінки у батьків дітей з розладами аутистичного спектру.

**Методи дослідження:** психологічні методики – опитувальник ранніх дезадаптивних схем (Дж. Янг); 16 факторний опитувальник Р. Кеттела; шкала диференціації емоцій Ізарда; Тест на 5 травм (Ліз Бурбо); математико-статистичні методи: критерій Манна-Уїтні. Результати дослідження оброблялися за допомогою пакету електронно статистичних програм SPSS 16.0.

**Вибірку** склали 60 досліджуваних, яких було розподілено на дві дослідницькі групи. До першої групи увійшло 30 осіб, чоловіки та жінки зрілого віку (25-40 років), які є батьками дітей з розладом аутистичного спектру.

До другої вибірки увійшли 30 осіб, чоловіки та жінки зрілого віку (25-40 років), які є батьками нормативних дітей.

**Практична значущість дослідження** полягає в тому, що результати роботи можуть бути використані психологами в процесі психологічного супроводу батьків. Дана робота допоможе краще розуміти особливості батьків дітей з мультифакторним діагнозом РАС, що позитивно вплине на якість консультування і супровід родин з особливими дітьми, задля допомоги дитині якнайскоріше прийти до нормативного розвитку. А також надання цій категорії населення кваліфікаційної психологічної допомоги.

## 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З РАС

### 1.1 Розлад аутистичного спектру у дітей або аутизм

Цей розлад став відомий, коли Д. Каннер описав аутизм (Leo Kanner, 1943), він описав 5-річного Дональда, який «любив бути один, не плакав, якщо мама йшла, був байдужий до приходу і догляду рідних, робив пальцями повторювані рухи, крутив усе, що можна було повернути, всі слова розумів буквально; входячи до кімнати, йшов не до людей, а до предметів...» [25].

Та як став описаний синдром Аспергера, (Hans Asperger, 1944) Коли він описав 6-річного Фріца, який «рано навчився говорити, невдовзі вже говорив «як дорослий», ніколи не залучався до групової гри, авторитет старших не мав для нього жодного значення, не дотримувався дистанції і спокійно розпочинав розмову навіть із незнайомими, було марно вчити його ввічливому поведженню, крім того, були присутні повторювані рухи та ритуали...» [20].

На сьогодні, якщо аналізувати поведінку осіб в навколишньому середовищі— то можна побачити, що дорослі люди в більшості випадків також прив'язані до предметів більше ніж до людей. Саме мобільний телефон для більшості – є джерелом отримання корисних знань, саме з ним більшість дорослих просинається і засинає. Саме завдяки смартфону більшість людей комунікує один з одним. Тому, що бачить дитина – батьки, які спілкуються мовчки, пишучи повідомлення, посміхаються. Батьки вдома дають приблизно ті ж звуки, що і діти в яких діагностований розлад аутистичного спектру.

Критерії діагнозу вже змінені. І аутизм – це більше не типовий діагноз, а тепер він описаний як розлади аутистичного спектру (РАС) і це є мультифакторний аналіз особистості, який прогресує з кожним роком і все більшій кількості дітей діагностують РАС. Дані розповсюдження діагнозу РАС наведені у таблиці 1.1 [3]

**Таблиця 1.1**

*Кількість дітей з РАС згідно досліджень проведених у 2000–2016 рр*

2000 рік	1 з 150 дітей
2006 рік	1 з 110 дітей
2008 рік	1 з 88 дітей
2016 рік	1 з 36 дітей

При чому присутній половий диморфізм. Тобто у хлопчиків діагностують РАС у 4-5 разів частіше, ніж у дівчат [20].

Наведемо нижче актуальну класифікацію у таблиці 1.2

**Таблиця 1.2**

*Класифікація аутизму за МКХ*

МКХ - 10	МКХ - 11
типовий дитячий аутизм (до 3 років)	РАС без порушення інтелектуального розвитку та мовленнєвої функції
атиповий дитячий аутизм (після 3 років або нетипові прояви)	Раз з порушенням інтелектуального розвитку
Синдром Ретта (наслідковий варіант)	РАС з порушенням мовленнєвої функції
Синдром Аспергера (розмовляє, стереотипна поведінка, та ін)	Змішані варіанти

Аутизм буває двох типів: синдромальний і несиндромальний [37]. До синдромального відносяться прямі, медично діагностовані генетичні синдроми

*Класифікація РАС за Е. Штейнбергом (Yehezkel Sztainberg)*

Синдромальний (співпадає з наявністю генетичного синдрому)	Несиндромальний (немає супутнього генетичного синдрому)
Синдром ламкої Х-хромосоми	Жодної причини виявити не
Туберкульозний склероз	вдається (у 90 % усіх випадків)
Синдром Дауна	при діагностування аутизму
Синдром Ландау-Клефнера	
Синдром дуплікації гена MECP2	
Синдром Ретта	

Тож, більшість дітей не підлягають медикаментозному лікуванню, ажде не є хворими, хоча мають діагноз. Клінічна картина РАС, згідно новітньому DSM-V:

- а) порушення соціальної комунікації та взаємодії;
- б) стереотипні рухи, дії, вузьке коло інтересів, відсутність мовлення.

Чим могла бути визвана така поведінка. Діти копіюють поведінку, слова, рухи свого оточення, а найближчим оточенням дітей є батьки. Яка поведінка притаманна батькам – сидіти на одному місці, тримати в руках предмет (телефон), сидіти мовчки та слухати, читати щось у гаджеті, не відповідаючи, робити стереотипні рухи пальцем, гортаючи стрічку новин. Очима дитини у батьки вузьке коло інтересів – телефон, ноутбук, якісь приладдя на кухні, натискання кнопки на робота-пилосмога, відчинення дверей, ввімкнення світла тощо.

Порушення соціальної взаємодії та комунікації [16]. Клінічна картина:

- відсутність контакту очима;
- постійна неспроможність встановлювати і підтримувати соціальні зв'язки;
- відсутність невербальної комунікації, нема жестів;
- нерозуміння емоцій оточуючих;

– стереотипні рухи та дії – «маннеризми», «стими». Проявляється в іграх: розставлення іграшок в ряди, або одна на одну, кружляння на одному місті, переливання води з ємності в ємність, пересипання піску, махи кистями та ін;

- ехолалія: стереотипія в мовленні;
- вузьке коло інтересів. Страх всього нового, страх змін;
- нема сюжетних ігор (по правилам), є стереотипна гра.

Скринінг РАС у ранньому віці (9 місяців) [20, 33, 35]:

- не відзивається на своє ім'я;
- дитина голосно кричить, повторює дивні звуки, наче птиці;
- підвищена збудженість, агресія, часто без причини;
- починається стереотипна, самотійна гра, вистроювання рядів;
- нема прощального жесту, не піднімає руки, немає контакту очима;
- нема жестового спілкування;
- не розділяє уваги – не дивиться на об'єкти, які йому показують;
- не показує, що саме йому треба, може підводити до предмета, та не просить, що саме хоче.

Для того, щоб отримати знання, що дитину звати якимось чином – до неї необхідно звертатися по імені, для того, щоб зрозуміти наскільки скоротилася кількість звернень – ще 30 років тому до батьків кожної дитини з самого дитинства підходили люди на вулиці і питали, а хто це в нас і батьки називали ім'я, казали хто це хлопчик чи дівчинка, більшість людей оперували вказівними жестами, махали один одному, коли бачили на вулиці кажучи привіт і бувай, спілкувалися в чергах, в яких стояли з дітьми, показували і розповідали дітям що їх оточує.

Дитина в перші роки життя є найбільш соціальною, це закладено природою бо саме від батьків вона отримує всі необхідні блага. І якщо в цьому віці батьки пишаються самотійністю дитини, що вона не плаче, самотійно грається – це привід задуматися або навіть занепокоїтися [29].

Підводить до предмета, щоб отримати – знову ж повтор за батьками, адже батьки не просять когось щось подати, не вказують пальцем, а підходять і беруть те, що їм треба [32, 33].



Нижче наведено у таблиці 1.4 етіологію розладів аутистичного спектру у дітей. Оскільки діагноз РАС є мультифакторним можна сказати, що науковці, які досліджують це захворювання не можуть достовірно визначити, що саме призводить до симптомів РАС [40, 18, 1].

Таблиця 1.4

*Етіологічні фактори РАС*

наслідковість	у однайцевих близнюків наслідковість від 36 до 95% у різнояцевих близнюків до 30% ризик у сиблингів від 2 до 18%
генетичні синдроми	можуть пояснити до 10% випадків РАС Це і синдром Ретта і ламкої Х-хромосоми, синдром Дауна, туберкульозний синдром та ін.
фактори ризику	прийом матір'ю антидепресантів, родова травма, цукровий діабет у матері, ожиріння у матері, кесарево січення, дитина зачата за допомогою репр.технологій, батько дитини чим старше тим більший ризик РАС
перенатальні фактори	ризик викидню, резус конфлікт, травми плоду, проблеми пов'язані з оксигенацією плоду, анемія та ін., передчасні роди, внутріутробні інфекції, низька вага плоду, наявність реанімації в дитини відразу після народження

Чим більша настороженість та анамнез зібраний «до» початку терапії дитини з РАС, тим більше факторів матиме спеціаліст, щоб діагностувати РАС в момент звернення клієнта. Та діагностувати саме силу батьківського впливу на розвиток дитини починаючи з моменту зачаття і закінчуючи сьогоднішнім.

Оскільки не лікується РАС пігулками, бо це не хвороба, хоча діагноз. Та опис РАС, як правило, виключно поведінковий – отже і лікують аутизм в дитини поведінковою терапією, аналізуючи і коригуючі її, навчаючи батьків.

## 1.2 Психологічні особливості батьківсько-дитячих відносин, пов'язані з віковою проблематикою діагностики РАС

Почнемо саме з зміни спільного уявлення про аутизм. Все починається з того, щоб зрозуміти те, що як кожна родина унікальна, так і кожна дитина унікальна, та вона є похідною від батьківської системи. Ключова проблема полягає в тому, що від народження і до 8 місяців дитина має ті самі прояви, що і нормотипова. Дитина відокремившись фізично є біологічно безпорадною, хоча її тіло є достатньо автономним, внаслідок цього дитина в цей час є максимально соціальною істотою, залежною від батьків, бо свої потреби ані назвати ані задовольнити не може, їй необхідний соціум. Та коли дитина проживає першу стадію – аутистичну [29]. В якій батьки задовольняють потреби дитини так, як вважають правильним, а саме кормлять, міняють підгузки, вдягають, купують, дають контакт. Батьки, натомість, набули нові ролі і також відчують себе максимально залежними, особливо матір, безпорадними, через те, що в їх житті з'явилася дитина, який наче заволоділа їх життям і майже кожна родина в перший рік життя дитини мріє коли малюк стане вже більш самостійною людиною, психологічно розвиненою і буде потребувати менше уваги. Коли настає вік 8-9 місяців і дитина не відгукується на ім'я, не намагається спілкуватися починаються перші тривожні думки, але батьки люблять свою дитину, дають їй те, що вона хоче, шукають, приносять, дають телефон в руки, який її відволікає і допомагає батькам «хоч трохи відпочити», перестає плакати, нічого не просить, сидить собі тихенку, грається, пишаться, що з дитиною «немає жодних проблем», не йде на контакт, мабуть “розуміє, що батькам не просто”, радники з оточуючого середовища розповідають про дітей, які “були такі самі” і самі якось спеціалізувалися і почали контактувати з однолітками. Перші дзвоники починає, як правило, помічати мати дитини і першою людиною, до якої вона іде – звісно, батько, який каже «да все нормально буде, не накручуй». Мати наче заспокоюється від такої відповіді, бо не хоче думати про себе, як про занадто тривожну та не хоче конфліктів у родині та тільки до 2,5-3 років [3, 8].

Починаючи з 8 місяців дитині (включається структура автономія) [18], що дитина «не реагує», деякі батьки помічають, що «щось не так» у віці 2-3 років, коли дитина не розмовляє та проявляє агресію, або навіть 5, що дитині вже пора до школи, а вона ще не розмовляє. Ліз Бурбо у своїх працях щодо аутизму пише про психосоматику та проблему контакту між матір'ю та дитиною, звідси ж і з'явилась теорія “холодних матерів”, яких ніби звинувачують у “холодності” або “нарцисичних проявах”, витісняючи по-перше вплив “чоловіка” на “жінку”, яку називають “холодною матір'ю” [1, 25, 33]. Та по-друге вплив оточуючого інформаційного середовища, який на часі кардинально змінився. І якщо раніше, за часів радянського союзу, як би ми до нього не ставились з етичних міркувань, та базуючись на “нормах поведінки”, в радянському союзі не було індивідуальності, був розвинений колективізм. І не приділяли уваги до особистих побажань кожного були норми і з ними порівнювали. То зараз поняття “норми” є більш розпливчастим. Що з однієї сторони дає більше свободи прояву для кожного. Та з іншої сторони не дає молодим батькам розуміння як оцінювати дитину, адже вони відчують, що з дитиною щось не так як з іншими, вона відрізняється, а це норма чи це їй завадить розвиватися – конкретну і зрозумілу відповідь на це питання не завжди здатен надати навіть спеціаліст. Іноді треба відвідати декількох.

Те про що каже Л. Бурбо у своїй книзі «Твоє тіло каже «Люби себе!» [2], що дитина не бажає знаходитись в контакті, начебто вона тікає від реальності. Хочеться поєднати з головним підходом біхевіористів [25, 31, 33, 35] з мотиваційними заохоченнями та роботою з дитиною, направленими на вихід з зони комфорту, десь глибоко всередині, щоб отримати те, що дитина хоче, що їй цікаво з оточуючого середовища. Та, якщо брати за основу біхевіористичний АВА підхід для лікування РАС, ми стикаємось з 2 проблемами:

– для формування навичок треба від 15 годин на тиждень, а краще до 40 годин на тиждень роботи з дитиною, таку кількість часу рідко можуть забезпечити навчанням у спеціалізованих центрах, тому батькам необхідно приділяти час навчанню вдома [8,11];

– коли дитина постійно отримує заохочення, за виконану роботу – ми формуємо нарцисичну особистість, яка у дорослому віці буде чекати на заохочення або ж небажання будь що робити в контакті, якщо того заохочення не побачить.

Тож, ми задумались над тим, які саме психологічні прояви особистості могли призвести до того, що їх дітям поставили діагноз РАС. Які прояви особливості призвели до того, що їх дитина має мультифакторний діагноз, генетично не підкріплений, та що показує дитина, як симптом, родині в якій вона народилась. Для цього хочемо дослідити батьків в яких діти мають діагноз РАС, та батьків дітей в яких РАС немає. Та дослідити їх психологічні особливості, які могли призвести в комплексі до підсвідомого висновку “контакт небезпечний” [18].

Через те, що розлад аутистичного спектру – діагноз мультифакторний, який має дуже широку симптоматику та прояви, більше 300 факторів які в різній комбінації дозволяють встановити його, батьки прибігають до будь яких методів, які декларують, що здатні допомогти подолати хоча б якийсь один чи кілька проявів. У світі є безліч способів лікування РАС, нижче наведу основні з них. Також слід зазначити, що методи є доказові та недоказові, та з досвіду спілкування з батьками люди, щобвилікувати свою дитину з аутизмом керуються різними, щоб отримати результат. Нижче наведені найбільш розповсюджені способи лікування РАС в Україні:

– АВА терапія (підходить всім без виключення дітям і людям у віці 2-х місяців до 99 років (читайте до смерті)), як стверджують науковці. Скінеровська модель стимул - реакція.

– Денверська модель раннього втручання, (підходить для дітей до 5 років).

– сенсорна стимуляція. Дана методика заснована на тому, щоб сенсорно накормити дитину, щоб нервова система дитини заспокоїлась, тобто дитина відчула свої кордони, що їм нічого не загрожує, що вона керує своїм тілом і вона в безпеці.

– нейропсихологія – більш поглиблена сенсорна стимуляція, направлена саме на те, щоб побудувати якомога більше нейронних зв'язків у головному мозку дитини, що повинно призвести до пришвидшення розвитку дитини і як наслідоквилікувати РАС (зробити дитину нормотиповою);

– остеопатія та масаж – досить часто в дитини є якісь проблеми пов’язані саме з травмами тіла при народженні, які ще не встигли компенсуватися з віком, в дитини працюють тільки дуже обмежена кількість м’язів, тому коли в них є “блок” цей спазм не дає м’язу працювати необхідним чином, тобто м’яз знаходиться або в гіпертонусі або в гіпотонусі, що заважає нормальному кровообігу, нормальному постачанню крові, кисню та необхідних мікроелементів, що порушує його нормальний розвиток. Тож остеопат своїми руками приводить м’язи до нормального стану і дитина починає краще розвиватися.

– кінезіологічний тест - дослідження тілесної реакції дитини на запити батьків, працює з дитиною особисто у віці починаючи з 5 років, яка розуміє і вміє відлічати так чи ні, якщо дитина зовсім маленька - матір тримає дитину на руках і тестування та корекція починається з матері, а потім вже працюють з дитиною, якщо необхідність зберігається;

– дельфінотерапія або тварино терапія – направлена на те, що дитині за якихось особистих причин небезпечно в контакті з людьми, тому її штучно поміщають в контакт з іншими ссавцями, щоб вона спочатку адаптувалась до контакту з будь чим живим, а потім генералізувала навички контакту на людях;

– бабки, шамани, тарологи, астрологи, нумерологи та ін.

До чого тільки батьки не прибігають, щоб допомогти власній дитині. І щоб вона стала комунікативною, зрозумілою, змогла навчатись за столом і виконувати завдання. Та на нашу думку – коригування дитини необхідно починати саме з коригування емоційного стану батьків. Бо якщо батьки спокійні, не лякаються, і знають, що треба робити в надзвичайній ситуації – вони мають ресурс приділяти час навчанню дитини, не соромляться своїх проявів і дивляться в очі дитині.

Почнемо з найголовнішого – незалежно від того, який зі способів коригування дітей буде обраний батьками, для реально помітного результату рекомендовано закріплювати необхідні навички вдома [27, 28, 10]. Плюсом є те, що будь який предмет, який беруть батьки в руки, в нього є назва, є характеристика і є призначення. Тому навчання в домашніх умовах проводиться переважно в просторі з тими фізичними предметами, які безпосередньо оточують батьків і їх дітей, і тільки

невелика кількість часу до 2-х годин на день рекомендовано проводити безпосередньо за столом.

Проблема щоденої взаємодії полягає в наступних факторах:

1. батьки не розуміють, що з їх дитиною, через те з'являється страх нашкодити і батьки уникають дитину вдома;
2. для того, щоб дитина закріпила необхідні їй навички вона має навчатися 15-40 годин на тиждень. Інакше - відкати, терапія стає не є дієвою;
3. батьки чують рекомендацій, та не знають як їх втілити в життя і зробити нормою вдома; в них немає розуміння і нема навички гратися, займатися, дозволити собі прояви незвичайності, які є у дітей з РАС і тому віддаляються від дітей, що сприяє поглибленню проблеми.

Як вихід ми бачимо приділяти час навчанню соціальної взаємодії батьків.

Навчанню батьків навичкам гри, послідовності виконання вправ та використання заохочень, які будуть мотивувати дитину комунікувати з дорослими [9].

Одним з найбільш дієвих методів у роботі з РАС є АВА терапія (Applied Behavior Analysis). Протягом багатьох років АВА терапія, як науковий напрям була відома у світі корегування РАС під назвою «модифікація поведінки» або «метод Ловааса» (The Lovaas method). Раніше це було доречним, адже доктор Ловаас був одним з перших, хто застосовував методи корекції поведінки у дітей за допомогою мотивуючих стимулів, щоб допомогти дітям з діагнозом «аутизм» почати соціалізуватися [20, 27, 36].

Принципи, на яких доктор Ловаас побудував свою програму були розроблені Б. Ф. Скіннером (B. F. Skinner) і опубліковані в його книзі «Поведінка організмів» ("The Behavior of Organisms", 1938). Та хоча доктор Ловаас зробив багато для того, щоб люди дізналися про метод прикладного аналізу поведінки як методом боротьби з РАС, якщо порівнювати з сьогоденням, його методи були досить жорстокими і недопустимими для роботи з дітьми у XXI сторіччі. [20, 33]

Тож сьогодні науковий напрямок АВА лише частково нагадує АВА минулих років. Крім того, потенціал АВА-програм значно розширився завдяки спеціалістам, розвиваючим вербальну поведінку (Verbal Behavior, VB): доктору Джеку Майклу

(Dr. Jack Micle) , Доктору Джеймсу Партінгтону і Марку Сандбергу (Dr. James Partington and Dr. Mark Sunberg), які розробили серію технік для дітей з відставанням в розвитку мови на основі книги Скіннера “Вербальна Поведінка” (Dr. Skinner “Verbal Behavior”, 1958) [20, 31, 34, 35].

Для досягнення максимального результату рекомендується займатись додатково і вдома - та , на жаль, не всі батьки мають сили та час на роботу з їх дітьми. Бо дитина показує небажану поведінку (кричить, плаче, може завдавати шкоди собі чи оточуючим людям або середовищу) і батьки хочуть, на наш погляд, залишитися «хорошими в очах дитини», «не травмувати» і щоб дитиною «займалися виключно професіонали».

Важливо для батьків знати, що спілкування починається з розуміння мовлення, умовно кажучи з базового спілкування всередині родини.

### 1.3 Психологічні дослідження родин з дітьми, які мають особливості в розвитку

Наявність дитини з РАС впливає на життя сім'ї та на кожного з членів родини. Інформація про дійсний діагноз стимулює зміни в житті родини та має значний вплив на функціонування родини в цілому, адже наявність діагнозу є наслідком в першу чергу поведінки дитини, що накладає ряд обмежень на контакти з соціумом, а також нерідко є причиною розірвання соціальних зв'язків. Безліч досліджень підтверджують той факт, що психологічні та фізіологічні розлади батьків, які виховують дітей з РАС, є більш складними, ніж розлади батьків дітей з іншими особливостями в розвитку [8, 9, 23]. Цей феномен обумовлений, вперш за все тим, що більшість дітей з РАС ззовні виглядають здоровими і нормативними [8, 32]. Як підмічають батьки дітей з РАС, аутизм "підкрадається непомітно" і те, що дитина здається нормативною але просто не бажаючи спілкуватись і здатною виконати всі прохання батьків, спричинює стресогенну реакцію при отримання діагнозу.

Першим, хто помітив специфічні риси прояву батьків дітей з РАС був Лео Каннер. Певні особливості особистості батьків дітей з РАС, на думку дослідника,

створюють несприятливі умови для норматипового розвитку дитини, що й спричиняє виникнення та згодом і встановлення діагнозу. Відповідно до його опису, батьки дітей з РАС – «це високоінтелектуальні, проте холодні люди, "матері-холодильники"» [8, 25]. Цю гіпотезу почали перевіряти інші учені та вона не підтвердилася. Не всі батьки дітей з РАС виключно є деспотичними, холодними, мають порушення психіки чи повністю нехтують своїми батьківськими обов'язками (Роузен, 1992). Як зазначають батьки та найближчі родичі, що соціальна та психологічна відчуженість дітей «підкріплюється непомітно», бо батьки намагаються поважати кордони дитини, мінімально їх порушуючи, дитина намагається також не докучати батькам, що спричиняє проблемам в контакті і спричиняє встановлення діагнозу.

На сьогодні розроблена програма для допомоги батькам дитини з розладом аутистичного спектру ТЕАССН (терапія та навчання дітей аутичного спектру) [3]. Та основною проблемою в наші часи є те, що більшість спеціалістів виїхали з країни з початком повномасштабного вторгнення та відсутністю повноцінної програми супроводу батьків дітей з РАС. Також важливим фактором є те, що кваліфікована допомога коштує досить великих грошей, а наявність порушень розвитку дитини, в більшості випадків, призводить до необхідності звільнення з роботи одного з батьків (частіше матері), що спричиняє додаткові фінансові труднощі. І як наслідок почуття почуння неповноцінності себе, як особи, бо не кожна людина щиро готова зробити вилікування дитини сенсом свого життя.

Проблема побудови сімейної комунікації так, щоб контакт став безпечним, зрозумілим, чітким, підпорядкованим правилам, впорядкований, надійний та ефективний є ключовою у стосунках. У сім'ї, як і в будь якій системі, члени якої самостійно встановлюють терміни, будують комунікацію з іншим, по-своєму бачать результат, часто не спілкуючись, а базуючись на своєму особистому уявленні, з погляду грамотної людини, приречені на провал, але найчастіше так і відбувається. Діти виростають спокійнішими та більш щасливими у дружніх родин, де батьки люблять один одного, спілкуються між собою – це твердження є вірним для усіх дітей без винятку, а щодо дітей із особливими потребами, відчувати себе вдома в



безпеці та у колі люблячих людей – основні їхні потреби. Тому над важливо, щоб наявність певних складнощів, проблем, випробувань, не стала перешкодою позитивних відносин у родині. Щоб в будинку царювали спілкування і взаємна підтримка, святкування спільних свят і традицій, уваги до кожного, зокрема до дітей усіх, бо будь якій дитині необхідний контакт та порозуміння між батьками – щоби було усе те, що робить сім'ю щасливою [8, 11].

Як зазначають Каннер; Гобсон, що аутизм є розладом соціальних контактів з іншими, насильство у більшості випадків є ключовим симптомом порушення взаємин у системах "батьки-аутичні особистості", "спеціалісти-аутичні особистості". Розлади соціальної комунікації мають достатньо важливі наслідки (рисунок 1.1) [8]:

– з одного боку дитина з розладом аутистичного спектру відчуває себе в небезпеці, неспокій, напруження, натомість для комфортного навчання дитина має бути спокійною, розслабленою, замотивованою;

– з іншого боку батьки дітей з РАС неспроможні зрозуміти причину поведінки дитини також відчувають себе безпорадними, мажуть проявляти надмірну агресію, що в дитини з РАС може спричинити панічні стани.

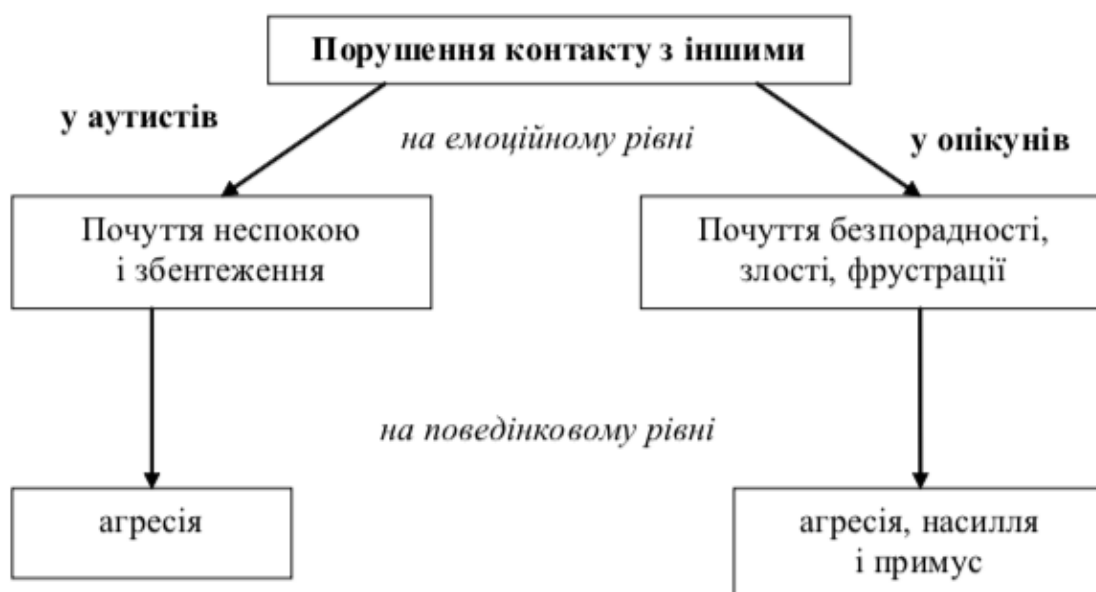


Рисунок 1.1 – Наслідки порушення контакту аутистичних осіб з оточуючими

Як показує практична діяльність, розуміння РАС на теоретичному рівні не нівелює інстинктивні прояви агресивної поведінки у батьків дітей з РАС або інших опікунів. Так, на заняттях терапевти при роботі з дітьми час від часу стикаються з тілесними реакціями ухилення, коли наприклад піднімають руку, щоб взяти якісь приладдя, дитина дає реакцію завмирання або прикривають голову руками. Діти, в яких вже запущене мовлення, можуть сказати «ай» або «не чіпай», у відповідь на інструкцію виконати якесь завдання. Також важливим моментом є те, що не тільки батьки дітей з РАС хочуть навчитись контролювати поведінку дітей, але цей патерн має і зворотну сторону – діти з розладом аутистичного спектру також бажають контролювати оточуючих, намагаючись зробити світ навколо себе найбільш зрозумілим і підпорядкованим. Наслідки проблеми з передбачуваністю поведінки у оточуючих наведені на рисунку 1.2 [8, 10].

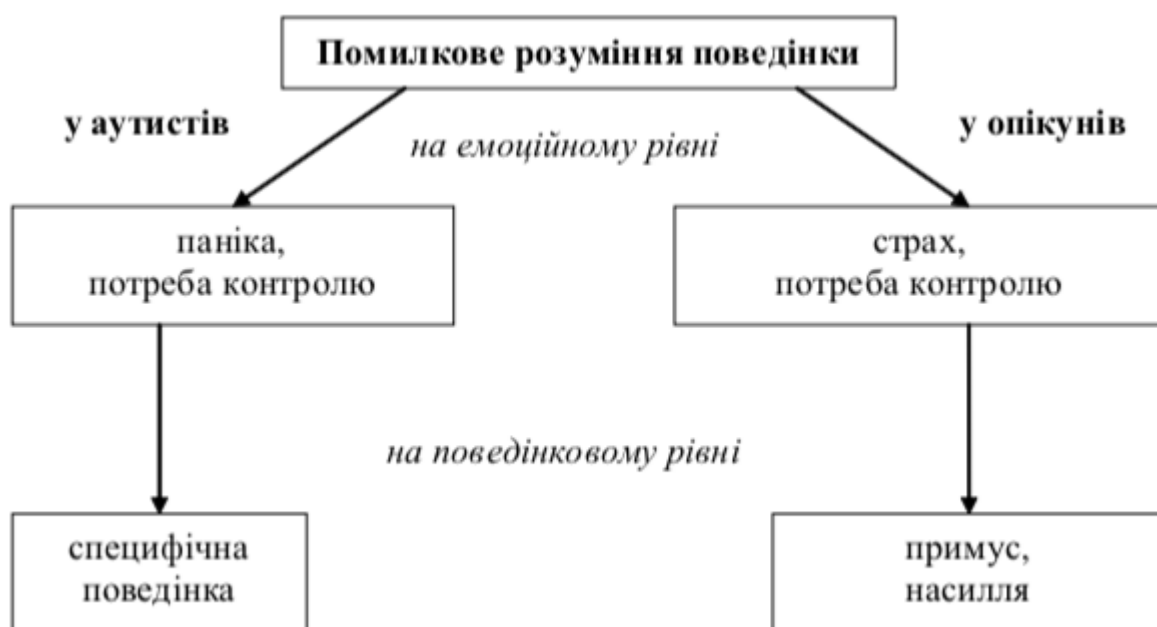


Рисунок 1.2 – Наслідки проблеми з передбачуваністю поведінки у оточуючих

Неузгодженість, відсутність чіткого плану та розуміння взаємозв'язків, що утворюють процес комунікації між членами сім'ї, веде до протиріч, невдоволення, нарощування агресії, спробам її приховати, а значить і до закритості, небезпеці проявлятися в контакті, недовірі та відчуженню або до примусу та насилля. Саме

тому важливо будувати сімейні стосунки, з урахуванням психологічних особливостей кожного елемента сімейної системи:

- здатність до щирості;
- навичку вміти почути та сприйняти точку зору партнера;
- сприйняти почуття іншого;
- дозволяння собі відчувати переживання високої сили;
- дозволенні собі бути відкрито озвучувати почуття;
- здатність відчувати себе в безпеці заходячи в конфлікт;
- досвід зберегти свою гідність, зберігаючи контакт;
- налагодити взаємини між найближчими елементами сімейної системи.

Хоча сімейні системи є звичайним [16], на перший погляд явищем, зрозумілим кожному, вони мають низку істотних відмінностей між собою. Н. Толстой «Всі щасливі сім'ї схожі одна на одну, кожна нещаслива сім'я нещаслива по своєму». При цьому, звичайно, що всі сім'ї хочуть бути щасливими. А якщо бути ще більш точними, то кожен елемент, тобто член сім'ї, хоче стати щасливим всередині системи. І як багато батьків бажають кращого для своїх дітей. Але починаючи боротися з порушеннями розвитку дитини, яких не розуміють, не знають куди звернутися, щоб дитині допомогли стати кращим, щоб «полагодили найкращого», щоб зробили нормальним [12].

Після того, як батьки починають помічати, що з їх дитиною щось коїться, та не зрозуміло до кінця що, адже візуально вона виглядає норматиповою батьки стикаються з наступними переживаннями: суперечливі почуття до себе та дитини, ажде перші думки «здається», привидилось; далі через неконтактність дитини можуть виникати образи та бажання відсторонитися від неї. В сім'ях, де є й інші, крім дитини з РАС, звичайні діти, можуть виникати труднощі пов'язані із застосуванням різних методів навчання, в цьому випадку оптимальним знову ж таки є підхід АВА, який підходить для корегування будь якої поведінки, виникає бажання перекласти відповідальність за дитину навчальним закладам, стороннім тьюторам та лікарям. Також батькам може бути властива негативна неадекватна поведінка –

агресивна поведінка, психологічна травмованість, нечуйність яка не дозволяє їм адекватно ставитися до проблеми вибудови комунікації з особливою дитиною [15].

У психології нема напрямку, який би міг спростувати те, що батьки мають дуже сильний вплив на своїх дітей. Діти від батьків отримують базові основи починаючи з гормонального фону, наслідкових хвороб і як показало дане дослідження навіть прояви аутизму, у вигляді поведінкових і психологічних особливостей простежується спадковість.

Оскільки батьки є першим соціальним простором людини, а їх психологічні особливості прямо впливають на те, якою виросте дитина, адже саме в сім'ї відбувається перший соціальний вплив на сприйняття світу дитиною – навички соціальної взаємодії, виховання і навчання дитини, вплив сім'ї важко переоцінити. Неосвідченість батьків полягає в тому, що вони бажають зробити як найкраще, для дитини і тому закриваються в собі, на їх думку роблячи краще, ніж робили їх батьки, а результат бачимо такий – дитина навчається відсутності контакту, комунікації, не соціалізується, живе без зворотного зв'язку. Зафіксовано значущі відмінності психологічних особливостей батьків дітей з особливими потребами в порівнянні з батьками, в яких діти є нормативними [15].

Недомовленості всередині відносин батьків, відсутність чіткого плану і розуміння взаємозв'язку, що створює гармонійні відносини всередині родини веде до розладів, непорозумінь, невдоволенню партнером і своїм життям, а значить і до втрати контакту. Саме тому необхідно вирощувати власну особистість, яка може жити одночасно в гідності і контакті, що дозволить [3, 8, 9]:

- бути в контакті зі своїм я;
- відчувати свої кордони;
- відчувати силу їх тримати;
- бачити те що дійсно коїться з людьми навколо, підтримувати контакт;
- бачити те, що відбувається з дитиною;
- створити чіткі правила життя всередині родини;
- перебудувати систему сім'ї так, щоб стало комфортно кожному з її членів;
- налагодити взаємовідносини між членами родини;

– допомогти дитині соціалізуватися.

Хоча психологічні особливості особистості є умовно кінцевим продуктом її виховання, вже сформоване сприйняття бачення світу, відчуття безпеки в контакті, глибинне відчуття пов'язаності, мають копінг стратегії, автоматичні реакції, та все ж під дією зовнішніх факторів і кризових ситуацій людина, яка не може більше жити в знайомих паттернах поведінки, бо відчуває страх, може прийняти рішення змінитись або навпаки віддалятися від соціуму, щоб зберегти свою ідентичність.

Особистість – є найбільш складним психічним конструктом, в якому тісно переплітаються безліч соціальних і біологічних факторів. Зміна навіть одного з цих факторів істотно впливає на його взаємини з іншими і на подальший розвиток особистості в цілому. Тому навіть якщо особистість намагається не змінитись, попри те, що світ змінився і біологія її змінюється з кожним роком, це призводить до не прийняття людиною нових обставин і вона ще більше відривається від реальності сьогодення.

Батьки впливають на дитину протягом всього її життя, закладаючи від первинних соціальних навичок, відчуття як до дитини ставиться світ, форм поведінки і до моральних якостей, розкриваючи особистість [6].

Результати численних досліджень підкреслюють важливість сімейного оточення, як одного із значущих факторів для розвитку дитини. Також за результатами досліджень у дітей, вихованням яких займалися декілька людей, вища розумова і соціальна адаптація, ніж у тих, чим вихованням займалися виключно матері. Інші дослідження доводять, діти виростають більш соціально чутливими у сім'ях, де між їх батьками виникає менше конфліктів, суперечок, просліджується взаємо підтримка, злагода, спільні цілі та єдність у прийнятті рішень. Дослідження також доводять, що дефіцит емоційного спілкування з дорослими у перші роки життя дитини вкрай негативно впливають на подальший розвиток малюка [9].

Ще одним чинником є те, що суспільство, хоча вже і знає, про такий діагноз, як аутизм, та батьки досить часто продовжують стикатись з соціальним неприйняттям їх дитини. Недостатня толерантність та емпатія соціуму спричиняє те, що більшість батьків відчувають свою відповідальність і провину перед соціумом за

поведінка власної дитини на перед дитиною за дії соціуму, що практично унеможлиблює комунікацію всередині сім'ї в якій би не було присутності дитини, це підвищує рівень стресу і втоми батьків [8, 19].

#### 1.4. Результати емпіричних та психологічних досліджень особистісних особливостей батьків дітей з РАС

Встановлення діагнозу розлад аутистичного спектру дитині в більшості випадків викликає почуття розчарування, розпачу та образи. Ще додається відчуття провини, адже діагноз, як правило ставлять у віці 3 та більше років, додаючи інформацію, що перші прояви батьки повинні були побачити ще з 8-9 місяців. Тривале відчуття та неодноразове підкреслення того, що багато часу втрачено, призводить до того, що в батьків знижується самооцінка, особливо в матерів, їм становиться властиве самозвинувачення і неприйняття себе. Це підтверджується результатами досліджень на визначення рівня самооцінки А.М. Прихожан (65% батьків мають низьку самооцінку, 20% наднизьку самооцінку). За данною методикою було виявлено, що більшості досліджуваних батьків (85 %) була відмічена розбіжність між рівнями самооцінки і бажань (між "Я"-ідеальним і "Я"-реальним), що може підтверджувати їх дизгармонійні стани, для яких є характерними відсутність стабільного образу власного уявлення про себе «Я». Особистість в такому стані знаходиться в умовах протиріччя між власними «великими» бажаннями і "дрібними" можливостями [8, 9 ].

В ході досліджень було виявлено три рівні розвитку соціально-психологічного протиріччя:

- відносна соціально-психологічна рівновага (задоволення потреби);
- втрата рівноваги (незадоволення вищої за ієрархією потреби), ускладнення основних видів діяльності;
- неможливість втілення бажань та втілення своїх життєвих планів до тих пір, поки протиріччя не вирішиться [8, 14, 15].

На кожному рівні розвитку існує одна з двох пріоритетних для сімей, ціннісних орієнтацій. В результаті використання методики «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча було виявлено, що батьки з більш низькою самооцінкою і одночасно з високою мірою розбіжності між рівнем бажань і можливостей обрали для себе такі цінності, як любов, терпимість, чуйність. Таким чином, у разі виникнення протиріччя, коли особа вже дійшла третього рівня її розвитку, у її діях може бути наступні види вирішення цього протиріччя, а саме позитивне і негативне вирішення (табл.1.5) [8].

Таблиця 1.5

*Вирішення протиріччя*

Позитивне вирішення протиріччя	Негативне вирішення протиріччя
прийняття та відкриття; набуття релігійного сенсу життя ; відкриття сенсу життя у служінні іншим; гуманістичні та християнські цінності;	зневіра; відчай; втрата сенсу життя;

Одним з найважливіших кроків до розв'язку протиріччя є вихід за кордони «Я». Без цього розуміння людина потрапляє наче в пастку між зовсім непривабливими станами «болючої реальності» та «мрійливого все повинно бути краще», також може лишитися прибитою тягарем власних сумнівів, невпевненості. Дії особи при такому напрямку думки будуть приреченими на поразку, вона буде в очікуванні змін життя на краще, а отримуватиме лише розпач, що стане загостренням протиріч та ще більшого зниження самооцінки. Даний процес надано в табл. 1.6 [8]. Досліджено, що деякі особи мають позитивну адаптацію до травматичного досвіду та застосовуючи душевні муки як джерело мотивації. Серед батьків, які виховують дитину з РАС трапляються такі, для яких стає мотивацією забезпечити нормальне соціальне життя своїй дитині, що дає поштовх до активних дій. Мотивовані батьки починають навчання, закінчують курси, в першу чергу для того, щоб допомогти своїй дитині.

Таблиця 1.6

*Варіанти соціальної поведінки батьків дітей з розладом аутистичного спектру*

Позитивне вирішення	Негативне вирішення
вступ до спільноти однодумців; перспектива віднайти своє місце в житті серед груп людей, в яких задіяна сім'я; встановлення дружніх, підтримуючих стосунків	самоізоляція; втікання; відчуття самотності, відчуженості, непотрібності; агресивне ставлення до оточуючих

Потім знаходять коло однодумців, починають вести канали в соціальних мережах, створювати громадські організації або засновувати дитячі корекційні центри. Нажаль, батьків з сильною позицією порівняно невелика кількість – за даними соц.опитувань складає не більше 25 %. Інші батьки виявляються неспроможними змінити себе, почати працювати задля адаптації і забезпечення більш комфортної комунікації, за цих умов стається блокування сім'ї на дезадаптивних схемах. Внаслідок цього батьки дитини з РАС починають чекати «дива», що одного дня все зміниться внаслідок диво-спеціаліста або диво-препаратів (рис. 1.3) [9].

Б.Кауфман [8, 24] пише про три кроки допомоги дитині з РАС, які мають бути послідовними задля найшвидшого результату:

- по перше батькам необхідно почати з себе, переглянути своє відношення до дитини і прийняти її такою, якою вона є (з усіма проявами її поведінки);
- віднайти мотивацію у дитини, потрібно в такий спосіб показати, що батьки бачуть її інтереси, готові з нею контактувати, чують плач і розуміють, що дитина чимось незадоволена і намагаються задовольнити її потреби;
- розробити програми навчання, з урахуванням потреб і можливостей дитини.



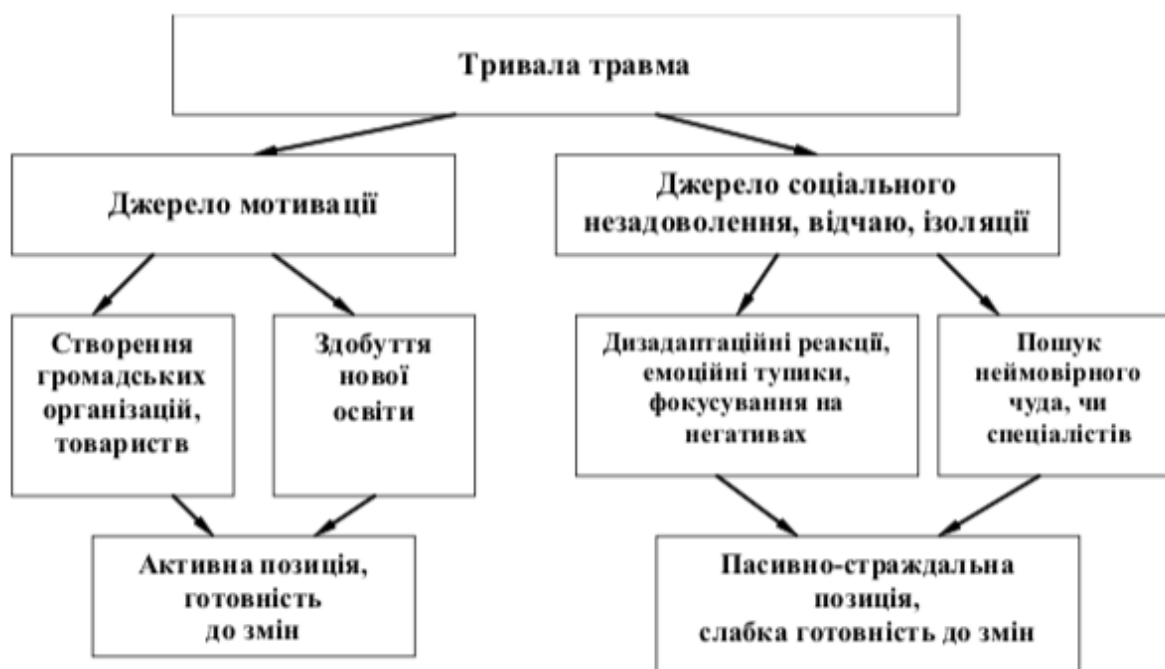


Рисунок 1.3 – Пошуки виходу та адаптації до обставин обумовлених діагнозом

Вирішення проблеми навчання дітей з РАС неможливе без активної участі батьків. Ажде саме батьки стають основними виконавцями всіх навчальних і терапевтичних дій, призначених для дитини, бо саме вдома дитина проводить більшість часу. Та для цього батькам дітей з РАС необхідно потурбуватися про себе, дослухатися до власних потреб, задовольнити їх. Бо неможе людина дати відчуття контакту дитині, якщо вона не знаходиться в контакті з собою, не може прийняти прояви дитини, якщо не приймає власні переживання. Неможливо з любов'ю і розумінням прийняти агресію дитини, якщо в батьків стоїть блок на проявлення гніву, агресії, якщо для батьки мають схильність тікати від проблем, а не їх вирішувати – на нашу думку вони не можуть допомогти дитині подолати комунікативний бар'єр.

## Висновки до першого розділу

1. Дитина з розладом аутистичного спектру – є одним з ключових факторів, який змінює сприйняття батьків. А саме брати до уваги стан батьків починаючи з моменту зачаття і до того часу, коли саме проходить діагностування дитини. Тому найголовніше – починати саме зі здорових відносин, залишаючись в контакті з собою, своїм чоловіком, дитиною, батьками та оточуючим світом, навіть якщо дитині поставили мультифакторний діагноз РАС.

2. Аутизм – це мультифакторний діагноз, який ставиться дитині з порушенням соціальної взаємодії, контакту, стереотипних рухів, ехोलалії тощо. Коли батьки дізнаються про те, що їх дитина не є норматиповою у більшості випадків настає фрустрація, що призводить до загострення ситуації і батьки замість того, щоб допомогти дитині соціалізуватися напрочуд схильні закриватися в собі, уникати контакту і стають більш схильними до страждання.

3. Як показали попередні дослідження розуміти, мати діагноз, теоретично знати як треба робити за обставин, коли дитина проявляє себе через агресію, контроль, або веде себе нетипово – цього недостатньо для того, щоб батьки дітей з РАС відчували себе комфортно, безпечно і розслаблено. Дітям властиво копіювати поведінку оточуючих і коли вона вдома бачить, що батьки більшість часу проводять саме з предметами: мобільними телефонами, ноутбуком, кухонним приладдям, а менше в спілкуванні з оточуючими. Бо якщо уважно подивитися на батьків можна помітити, що на сьогодні в більшості людей є стереотипні рухи пальцем, коли гортається стрічка новин в телефоні, або емоційні реакції на якісь відео, де є мова, та нема відповідної комунікації.

4. Певні особливості особистості на думку вчених, досліджуючих аутизм такі як Л. Канер, Ловаас, створюють несприятливу обстановку вдома для навчання та набуття комунікативних навичок. Ми б не сказали, як трактував Л. Канер поведінку оточуючих, як холодну, ми більш схильні бачити природу відчуження в небажанні травмуватися сильніше та травмувати дитину. На нашу думку деяке відсторонення та уникання конфліктів з дитиною і оточуючими є впливом

захисних механізмів психіки. Бо зворотній зв'язок є досить болючим для батьків діти яких мають діагноз РАС.

6. Батьки дітей з РАС досить схильні до магічного мислення і віри в «диво», тому часто обирають перенести свою відповідальність на інших та більшість батьків не схильні контактувати з реальністю, яка полягає в системному підході – 15-40 годин навчання дитини на тиждень. Як показали дослідження, проведені раніше Українськими науковцями доведено, що батьки дітей з діагнозом РАС мають занижену самооцінку і лише 25% від загальної кількості батьків мають ресурс на зміни діяти попри обставини. Інші напрочуд самі потребують допомоги для виходу з коло кризового стану, щоб стати спроможними замотивувати в першу чергу себе на зміни.

## 2. ОПИС ПРОЦЕДУРИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

### 2.1 Мета та завдання дослідження

Теоретичний аналіз проблеми психологічних особливостей особистості батьків дітей з розладами аутистичного спектру показує, що прояви цих станів обумовлено різними факторами: особистісними, соціальними, зовнішніми тощо. Відповідно від ситуації, що склалися та індивідуальних особливостей і взаємозв'язок їх буде мати різного роду характер. В нинішніх умовах, в умовах високої комп'ютеризації, підвищеного стресу, популярності «магічного мислення», постійно зростаючої кількості дітей, яким ставлять діагноз розлад аутистичного спектру та напруження визначення психологічних особливостей батьків є актуальним з точки зору дотичності до реальних умов.

**Мета** – виявити психологічні особливості особистості батьків дітей з розладом аутистичного спектру.

#### **Гіпотези:**

- 1) існують особливості травматичного інфантильного досвіду батьків дітей з РАС, а саме: суттєво вираженими є травми відкинутості та залишення;
- 2) батьки дітей з РАС менш комунікабельні, менш соціалізовані та більш замкнуті, інтровертивні, ніж батьки дітей маючих нормативний розвиток.

#### **Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати психологічну наукову літературу з питання особистісних особливостей батьків з розладами аутистичного спектру (РАС) та їх дітей.
2. Виявити особливості домінуючих інфантильних травм у батьків дітей з РАС.
3. Виявити домінуючі психоемоційні стани батьків дітей з РАС.
4. Дослідити особливості прояву особистісних чинників у батьків дітей з РАС.

5. Виявити домінуючі ранні дезадаптивні схеми поведінки у батьків дітей з розладами аутистичного спектру.

## 2.2 Соціально демографічний опис вибірки

В якості демографічної вибірки, нами було сформовані 2 групи учасників по 30 осіб (загальна кількість 60 осіб). Перша вибірка – 30 осіб (віком від 25 до 40 років) батьки дітей з розладом аутистичного спектру. Друга вибірка батьки дітей з нормативним розвитком (віком від 25 до 40 років). Основним критерієм вибору респондентів став саме наявний діагноз (наявність діагнозу РАС у їх дитини). Наступним критерієм було прагнення до змін в житті дитини, ажде усі опитані батьки є клієнтами дитячих корегуючих центрів, оскільки фактор того, що людина приходить з дитиною в центр – вона вже ступила на шлях прийняття і готова допомогти своїй дитині стати більш соціалізованою, контактною.

В дослідженні провели участь люди, які живуть на території України, отримують послуги українських фахівців. Переважно зі східних регіонів нашої країни (Харків, Дніпро) та центральних областей країни (Олександрія, Кропивницький, Кременчуг) . Це були люди, які залишились у своїх будинках під час повномасштабного вторгнення та тимчасово переміщені особи.

## 2.3 Опис процедури та методів дослідження

Дослідження відбувалось дистанційно із застосуванням електронних опитувальників.

Для виконання поставлених завдань були обрані наступні методики та опитувальники: «Опитувальник ранніх дезадаптивних схем» (Дж. Янг); методика «16 факторний опитувальник Р. Кеттела»; методика «Шкала диференціації емоцій» (К. Ізард) ; методика «Тест на 5 травм» (Ліз Бурбо).

Емпіричне дослідження в своїй основі мало два етапи.

На першому етапі провели опитування досліджуваних, він передбачав діагностику емоційного стану та ранішніх травм батьків різних груп та аналіз отриманих даних.

Дослідження психологічних особливостей батьків здійснюється за допомогою методик: «Опитувальник ранніх дезадаптивних схем» (Дж. Янг); методика «16 факторний опитувальник Р. Кеттела»; методика «Шкала диференціації емоцій» (К. Ізард) ; методика «Тест на 5 травм» (Ліз Бурбо).

Першим з опитувальників був застосований метод визначення ведучої базової травми за методикою Л. Бурбо, за нашою гіпотезою це наявність ранішніх інфантильних травм, а саме травми контакту в перший рік життя.

Дана методика направлена на визначення базової травми батьків дітей з розладом аутистичного спектру, кожна людина пережила в дитинстві одну з п'яти травм (відкидання, залишеність, приниження, зраду, несправедливість), яка стала ведучою і виробила одну з п'яти масок, покликаних приховати травму [1].

Наступна методика направлена на дослідження базових психоемоційних станів у батьків дітей з розладом аутистичного спектру. Для рішення цієї задачі була обрана методика «Шкала диференціації емоцій» (К. Ізард). Яка складається з 30 питань, направлена на можливість дослідження рівня емоційних станів респондентів. Важливим доповненням є те, що особам із низьким оцінками за цією шкалою важко відрізнити одну емоцію від іншої. Також за допомогою цієї методики маємо цікавість дослідити чи дійсно батьки дітей з розладом аутистичного спектру відчувають себе більш пригніченими, ніж інші люди.

Наступна була методика «16 факторний опитувальник Р. Кеттела».

Мета її застосування — дослідити індивідуально-психологічні особливості особистості батьків дітей з РАС.

Методику розробив Реймонд Кеттелл, автор однієї з впливових теорій особистості, згідно з якою люди відрізняються один від одного за набором та ступенем виразності у них окремих незалежних рис. У процесі експериментальних досліджень Кеттелл виявив 16 біполярних рис (чинників), ступінь розвиненості які можна виміряти за допомогою опитувальника [17].

Методика складається з 187 питань, які направлені на оцінки особистісного потенціалу, лідерських якостей, стресостійкості, нормативності, творчих здібностей, вміння комунікувати, готовності ризикувати.

Останнім був застосований «Опитувальник ранніх дезадаптивних схем» (Дж. Янг) метою якого є визначення ступеню реакції на зовнішні чинники середовища, через дослідження чуттєвих станів респондентів.

Опитувальник містить 90 питань з якими респонденту пропонується погодитися за певною шкалою. Згідно з Дж. Янгом, причин базові потреби задовольняються надто сильно чи надто слабо, у дитини формуються ранні дезадаптивні схеми — комплекси жорстких негативних емоційно забарвлених уявлень про себе та реальність, сформовані в ранньому дитинстві, які «оживають» у стресовій ситуації у хворобливих емоційних переживаннях, дисфункціональних думках та дисфункціональних думках.

Другий етап передбачав статистичну обробку отриманих результатів та виявлення взаємозв'язку між базовими травмами і емоційними станами і як наслідок, реакціями сьогодні. Статична обробка здійснювалась за допомогою таких методів математичної статистики, як критерій Манна-Уїтні.

Отже, в рамках методичної частини дослідження було сформовано дві вибі сформована діагностична вибірка з батьків дітей в яких діагностований РАС та батьків нормативових дітей, а також підібраний діагностичний інструментарій, спрямований на визначення рівня взаємозв'язку ведучих емоційних станів батьків, які можуть негативно впливати і загострювати проблему дитячого аутизму.

### **Висновки до другого розділу:**

1. У відповідності до проведеного нами теоретичного аналізу проблеми прояву психологічних особливостей особистості батьків дітей з РАС були сформульовані завдання дослідження.

2. Відповідно до завдань було сформовано дві вибірки: діагностична, що складається з 30 батьків дітей з розрадом аутистичного спектру та контрольна 30 батьків, в яких діти є нормативними.

3. Завдання роботи: визначили підбір методів та обрані методи статистичної обробки даних.



### 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

**Мета** – виявити психологічні особливості особистості батьків дітей з розладом аутистичного спектру.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати психологічну наукову літературу з питання особистісних особливостей батьків з розладами аутистичного спектру (РАС) та їх дітей.
2. Виявити особливості домінуючих інфантильних травм у батьків дітей з РАС.
3. Виявити домінуючі психоемоційні стани батьків дітей з РАС.
4. Дослідити особливості прояву особистісних чинників у батьків дітей з РАС.
5. Виявити домінуючі ранні дезадаптивні схеми поведінки у батьків дітей з розладами аутистичного спектру.

#### 3. 1. Виявлення особливостей домінуючих інфантильних травм у батьків дітей з РАС

У відповідності до завдань ми проводили аналіз та інтерпретацію результатів досліджень психологічних особливостей особистості батьків дітей з розладом аутистичного спектру і нормативових дітей. Для цього були використані методика: “Тест на 5 травм” (Ліз Бурбо).

Після виявлення відмінностей психологічних особливостей особистості батьків з розладами аутистичного спектру, шляхом тестування, нами здійснена перевірка значимості відмінностей. Для цього отримані результати були проаналізовані із застосуванням критерію Манна-Уїтні, який дає можливість виявити наскільки значимими є відмінності прояву певної ознаки дослідження. В ході математичного аналізу встановлено, що відмінності між вибірками по шкалі відчуття власної відкинутості ( $U_{\text{емп}} 274,5$ ) є значимо рівною. Відмінності між

результатами 1 і 2 груп статистично значущі  $p \leq 0,01$ . Тобто можемо констатувати, що батьки, в яких діти мають діагноз розлад аутистичного спектру відчують себе більш більш відкинутими. Порівняльний аналіз інфантильних травм дослідницької та контрольної групи показано на рисунку 3.1.

**Таблиця 3.1**

*Суттєвість відмінностей за інфантильними травмами дослідницької та контрольної групи*

	Батьки дітей з РАС (сер)	Батьки нормативних дітей (сер)	U емп
відкинутості	4,03	2,8	274,5*
залишення	3,7	3,63	440,0
приниженості	3,3	3,13	417,0
зради	4,9	4,5	395,0
несправедливості	4,16	3,5	362,5

Примітка: \* – статистично значущі відмінності при  $p \leq 0,01$ .

Оскільки кожна наступна травма, відповідна до періодизації і більш ранішні травми накладаються і відгукуються і в майбутньому, так як і структури характеру, вони формуються разом з розвитком дитини і її можливістю усвідомити, що з нею коїться. Травма відкинутості згідно періодизації є найбільш вираженою у батьків дітей з розладами аутистичного спектру, що дає відчуття базової тривоги і відчуття, що світ байдужий і злий.

Натомість в батьків дітей, які є нормативними основний вплив травми – є травма зради, це періодизація, коли дитина вже розрізняє батьків, частіше батьки протилежного полу обирають не його (її) на користь когось іншого, дитина відчуває себе зрадженою батьком або матір'ю.

Високі результати травми відкинутості можуть свідчити про те, що людина застрягає в аутистичній фазі, де приймає рішення, що світ її кинув, в світі вона не може себе почувати безпечно, тому досить часто підсвідомо обирає відсторонитися від світу і наче живе з відчуттям, що якщо світ не звертає уваги на людину, обираючи контактувати більше з предметами ніж з людьми.

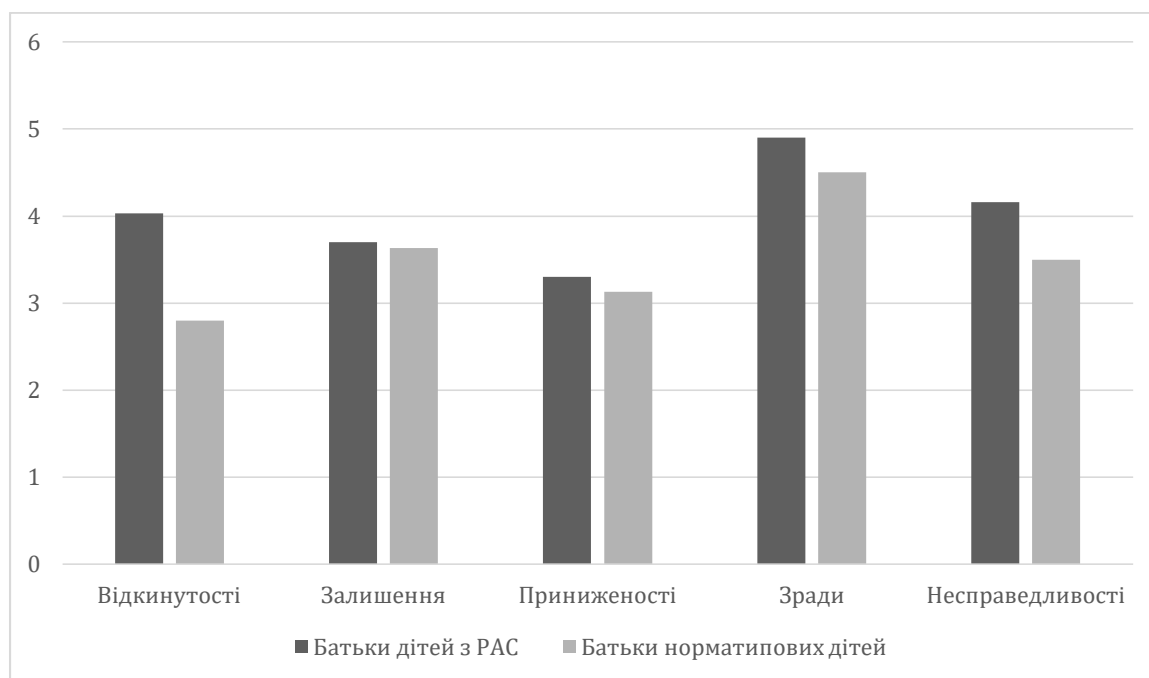


Рисунок 3.1 – Порівняльний аналіз інфантильних травмами дослідницької та контрольної групи

Також за результатами дослідження виявлено, що батьки дітей з розладом аутистичного спектру є більш травмованими або більш схильними відчувати світ в темних кольорах, оскільки за кожним з показників травми набрали більше результатів ніж представники батьків нормативних дітей.

Результати, показані в таблиці 3.1 що вплив травми покинутості на розвиток людини, що може призвести внаслідок до формування світосприйняття людиною, що світ небезпечний. Формування, що «кращі часи не настають», що провокує людину закриватися, ставати аутистичною для збереження власного життя, а самі такі емоції необхідності вижити людина відчуває з цією травмою.

### 3.2 Дослідження домінуючих психоемоційних станів батьків дітей з РАС

Провели дослідження шляхом тестування, аналіз та інтерпретацію результатів досліджень домінуючих психоемоційних станів батьків дітей з розладом аутистичного спектру. Для цього була використана методика: «Шкала диференціації емоцій» (К. Ізард). Результати досліджень наведені в таблиці 3.2.

**Таблиця 3.2**

*Результати дослідження домінуючих психоемоційних станів у батьків дітей з РАС*

емоція	Батьки дітей з РАС (сер. бал)	Батьки нормативових дітей (сер. бал)	U емп
цікавість	6,9	7,6	369,0
радість	5,6	6,5	351,5
здивування	5,7	7,2	292,0**
горе	7,8	8,9	368,0
гнів	6,2	10,2	244,5*
відраза	5,3	7,5	295,0**
зневага	4,8	6,2	308,0**
страх	7,6	8,1	383,0
сором	6,5	7,1	360,5
провина	7,1	7,3	447,5
Індекси емоцій			
позитивні емоції	18,4	21,4	312,0*
негативні емоції	25	33,3	274,0*
тривожність	21,5	22,7	372,0

Примітка: \* – статистично значущі відмінності при  $p \leq 0,01$ ; \*\* – статистично значущі відмінності при  $p \leq 0,05$ .

За результатами даного тесту у батьків дітей з розладами аутистичного спектру більш низькі показники здивування, гніву, відрази, зневаги, порівняно з батьками нормативних дітей. Порівняльний аналіз домінуючих психоемоційних станів, які мають статистично значущі відмінності показано на рисунку 3.2

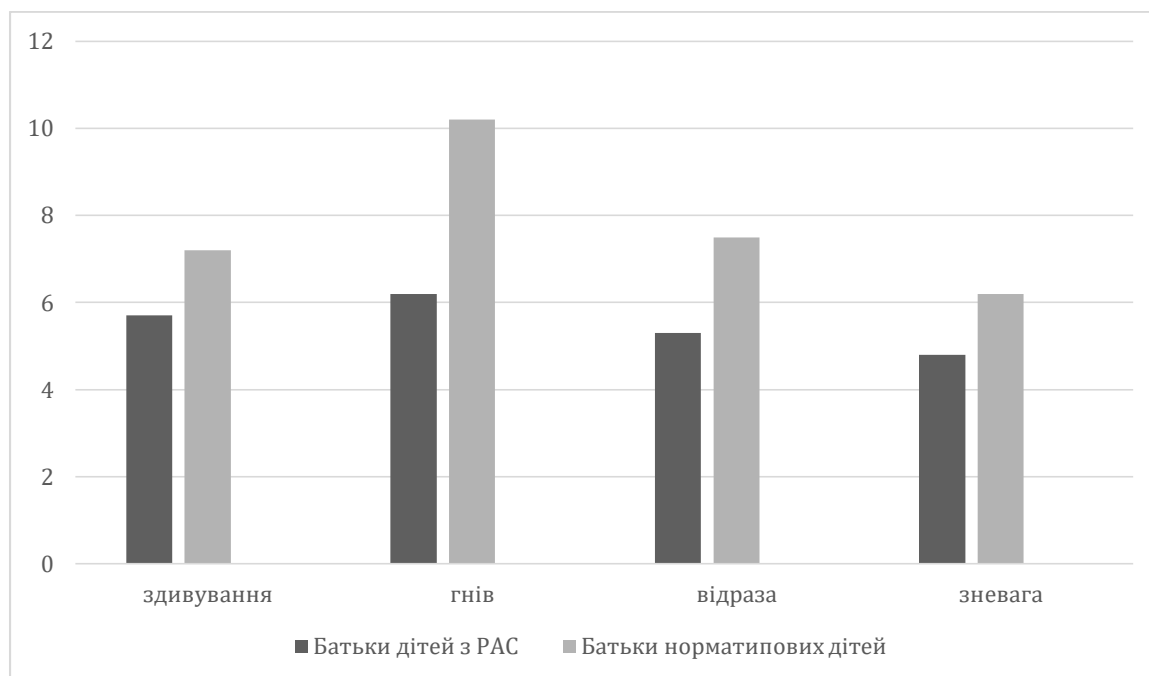


Рисунок 3.2 – Порівняльний аналіз домінуючих психоемоційних станів, які мають статистично значущі відмінності

Низький рівень за емоцією “здивування” свідчить про те, що батьки дітей з РАС менш здатні на прийняття оточуючого середовища і різних зовнішніх обставин з цікавістю та, ніж батьки дітей з розладами аутистичного спектру, які сприймають оточуючий світ, як небезпеку. Також за К. Ізардом здивування – це позитивна почуття, яке супроводжується отриманням насолоди, задоволенням від життя. Хоча здивування – відчуття короткочасне, не може довго супроводжувати людину але може додатково мотивувати людину. Основна функція цього почуття полягає в тому, що в момент різкої зміни оточуючого середовища, тобто

неочікуваного стимулу затримати нервову систему людини, щоб змінити один емоційний стан на інший.

Низький рівень за емоцією “гнів” свідчить про те, що батьки дітей з РАС більш схильні уникати цієї емоції, бо гнів у більшості випадків трактується як негативна емоція. В гніві людина відчуває себе більш впевненою, дана емоція мобілізує людину напружити тіло, насупити брови і проявити відчуття незадоволення, дає відчуття хоробрості та сміливості. Впевненість в своїх силах додає сил захищати свої кордони, себе як особистість. Низькі показники за цим критерієм можна трактувати як подавлення цієї емоції, можна припустити що це обумовлено тим, що батьки в яких діти мають діангов розлад аутистичного спектру є досить вижкими в вихованні, адже діти з РАС в більшості випадків не розуміють мову, не виконують інструкції, добиваються бажаного або сильним криком або істерикою або в кращому випадку приводять батьків за руку до місця до лежить бажане, дають агресивну реакцію на слово «ні» або проявляють прояви самоагресії. І в моменти гніву, у випадку коли батьки дають таку ж агресивну реакцію на дитину ця реакція супроводжується почуттям провини з боку батьків, бо дитина тільки злякалась і все одно скоріш за все не зрозуміла, що хотіли донести батьки. Гнів несе в собі позитивну функцію для людини, та, нажаль, коли він супроводжується почуттям провини – стає подавленим.

Функція «відрази» являє собою аспект примітивного механізму втікання, являє собою відсторонення від того, що неприємно, не подобається або потенційно небезпечних моментів життя. Низький показник «відрази» у батьків дітей з РАС може свідчити про те, що через те, що поведінка дітей, яка в більшості випадків є нетиповою, небезпечною для них самих та іноді для оточення, а для батьків дитини те, що могло б викликати відчуття “відрази”, тобто дистанціювання, та цього не відбувається, бо дитина їхня і саме ним про неї в першу чергу необхідно піклуватися. Тому тіло змінює процеси в тілі, а саме частиною центральної нервової системи – в стволі мозку, таким чином, щоб те, що могло давати емоцію “відрази” стало для людини новою нормою.

Почуття “зневаги” тісно пов’язане з почуттям переваги. Дане відчуття в соціумі трактується як засіб підготовки особи для зустрічі з тим, що необхідно знищити, отже оскільки найсильнішим подразником для батьків дітей з РАС, як правило, виступає саме дитина. Як ми вже зазначили, що емоція “гніву” та “відрази” виражені в меншій ступені то і те, що емоція “зневаги” також менш проявлена, бо ці три емоції об’єднуються і проявляються в людині, створюючи особливий стан, необхідний для зустрічі з небезпечним супротивником, щоб його подолати. Можемо сказати, що батьки нормативних дітей більш схильні до почуття переваги, та більш схильні до емоції, які прийнято вважати негативними – зневаги, гніву, відрази.

Порівняльний аналіз психоемоційних станів, які не мають статистично значущих відмінностей показано на рисунку 3.3

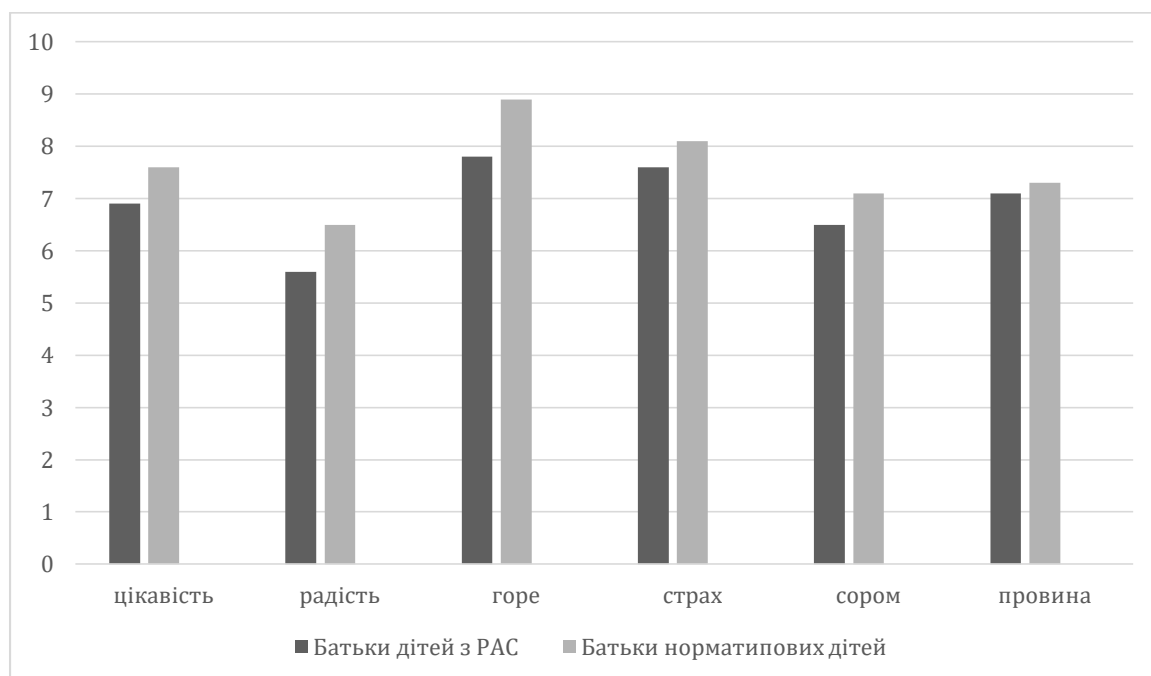


Рисунок 3.3 – Порівняльний аналіз психоемоційних станів, які не мають статистично значущі відмінності

Також слід відмітити що за всіма показниками психоемоційних станів батьки нормативних дітей мають вищі бали, порівняно з батьками дітей з РАС.

Це свідчить про те, що батьки дітей з РАС менш схильні до проявлення емоцій. Іншою стороною даного прояву є те, що батьки дітей з РАС можуть довго терпіти, але також можуть зриватися, в моменти найсильнішої напруги, що може призводити до загострення конфліктів, провокування почуття провини і спричинятиме ще більше прагнення до стримання сильних емоційних станів. Напрочуд батьки нормативних дітей, які спроможні виражати як позитивні так і негативні емоції рідше підвержені раптовим неконтрольованим зривам.

За допомогою даної методики вдалось визначити індекси проявлення емоцій, результати якого наведені на рис. 3.4.

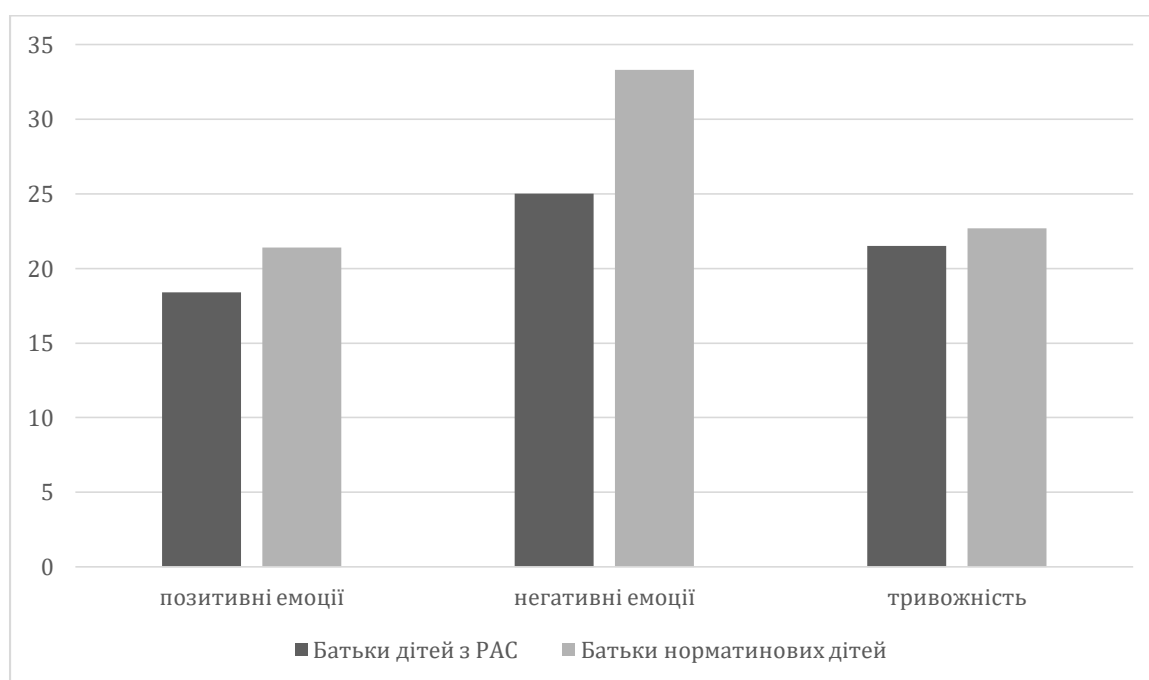


Рисунок 3.4 – Індекси проявлення емоцій

Як видно на рисунку 3.4 батьки дітей з РАС менш схильні до вираження як позитивних так і негативних емоцій. За рівнем тривожності маємо показник також нижчий, але він є статистично не значущим.



### 3.3. Дослідження особливостей прояву особистісних чинників у батьків дітей з розладом аутистичного спектру

Дослідження особливостей прояву особистісних чинників у батьків дітей з розладом аутистичного спектру проводилося за методикою “16 факторний опитувальник Р. Кеттела”. Результати дослідження наведені в таблиці 3.3.

**Таблиця 3.3**

*Результати дослідження особливостей прояву особистісних чинників у батьків дітей з РАС*

	Батьки дітей з РАС (середні бали)	Батьки нормативних дітей (сер. бал)	
Замкнутість / товаристкість	4,7	5,6	317,5
інтелект	6,5	7,7	359,0
емоц.стабільність	6,5	7,8	250,0*
підпорядкованість	6	6,7	317,0
стриманість/експресивність	5,5	5,8	443,5
нормативність	4,4	3,6	291,0**
боязкість/смівливість	5,8	7,1	264,5*
практицизм/чуттєвість	4,5	5,1	343,0
довірливість/підозрюваність	5,1	4,9	392,0
практичність/мрійливість	5,1	5	406,5
прямолинійність/дипломатичність	4,5	5,9	189,5*
спокійність/тривожність	6,4	6,2	396,0

консерватизм/радикальність	6,8	6,9	399,0
конформізм/нонконформізм	4,8	5,1	392,0
самоконтроль	4,9	3,8	349,0
рівень напруженості	5,4	5,1	417,0
рівень тривожності	5,2	4,9	1214,0*
інтроверсія/екстраверсія	5,8	6,22	1458,5
чуттєвість/врівноваженість	7,1	6,3	1353,0
конформність/незалежність	6,4	6,39	1234,0
Бажання виглядати краще	3,7	4,5	417,5
Бажання виглядати гірше	3,2	3,8	334,0

\* – статистично значущі відмінності при  $p \leq 0,01$ ;

\*\* – статистично значущі відмінності при  $p \leq 0,05$ ;

За результатами даної методики батьки дітей з розладом аутистичного спектру є відчують себе та менш емоційно стабільними, боязкими, та більш нормативними та прямолінійними за батьків нормативних дітей.

Прояв ключових особистісних особливостей особистості відображений на рисунку 3.5

Першим значущим фактором є емоційна стабільність, у групі 1 – батьки дітей з розладом аутистичного спектру мають більш низькі показники. Що свідчить про те, що батьки дітей з розладом аутистичного спектру є більш чутливими, емоційно менш стійкими, легше засмучуються, ображаються. Напрочуд від батьків нормативних дітей, показники свідчать про те, що вони є більш емоційно зрілими, стійкими до навколишніх обставин. Батьки нормативних дітей більш схильні до дотримання суспільних правил, моральних норм. Мають більшу толерантність до невирішуваних проблем, покірність, а також легше проживають відчуття невизначеності.

Другим значущим фактором є низька нормативність. Хоча в обох вибірках показники мають досить низьке значення. Та в батьків дітей з розладом аутистичного спектру дані показники є вищими. Можемо припустити, що це пов'язане саме з особливостями дітей з розладом аутистичного спектру. Адже діти в яких є діагноз РАС не терплять невизначеності, одним з симптомів розладу є систематизація предметів і бажання контролювати, це їх заспокоює, а також полегшує комунікацію батьків і терапевтів з дитиною. Перше, чому вчать дитину і як наслідок батьків – це достатньо жорстким правилам, наприклад, “спочатку займаємость, потім граємость”, коли дитина починає розуміти мовлення – терапевти вводять у життя дитини візуальний розклад, за яким починає жити і дотримуватись його вся родина. Що, безумовно, робить батьків більш систематичними і більш нормативними, на відміну від батьків дітей нормативових, які можуть бути більш імпульсивними, гнучкими по відношенню до зовнішніх обставин, бо від зміни плану кардинально не залежить поведінка і психоемоційний стан дитини.

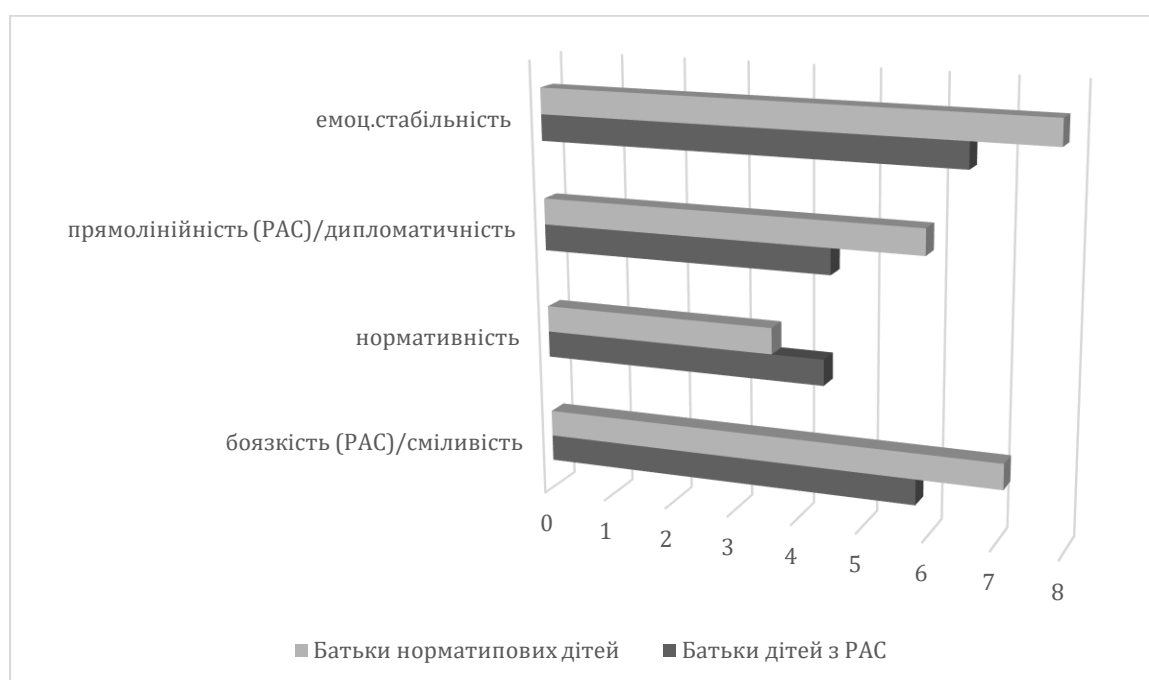


Рисунок 3.5 – Індокси проявлення емоцій

Наступним значущим фактором є боязкість / сміливість. Батьки дітей з розладом аутистичного спектру є більш боязкими, це обумовлено тим, що на якісь спонтанні прояви батьків дитина з РАС може дати дуже сильну агресивну реакцію. Більшість дітей з РАС не приймають спонтанності, можуть давати сильні прояви агресії або самоагресії. В матеріалах дослідження дітей з розладом аутистичного спектру описуються випадки, коли дитина вчепилась в обличчя педагога, бо був зачинений зоопарк, куди група поїхала на екскурсію, коли в дитини з РАС щось іде не по тому плану, який вона має в голові вона може бити, кусати оточуючих або себе. Такий фактор стимулює батьків дітей з РАС ставати більш стриманими, боязкими, невпевненими.

Останнім значущим фактором є прямолінійність / дипломатичність. Хоча обидві групи мають середні показники, батьки дітей з РАС є більш прямолінійними за батьків дітей з нормативним розвитком, які є більш дипломатичними. Для батьків дітей з РАС більш характерна прямолінійність, на нашу думку це виражено тим, що діти з розладом аутистичного спектру в більшості випадків не розуміють натяків, не терплять недомовленості, уникають небезпечного контакту, а майже будь який контакт, який вони не розуміють є небезпечним. Більшість батьків дітей з РАС не розуміють своїх дітей, не вміють аналізувати мотиви поведінки дитини, тому занадто проявляють прямолінійність, стають простішими, в деяких випадках нетактовними, упокорюються проявам дитини, нехтуючи нормами соціальної поведінки.

На відміну від батьків дітей з розладами аутистичного спектру, які емоційно стриманими, матері нормативної дитини іноді достатньо подивитися на дитину, щоб вона зрозуміла ганебність своєї поведінки, залишаються вправними в суспільстві, легше знаходять вихід з складних ситуацій.

### 3.4 Виявлення ранніх дезадаптаційних схем поведінки у батьків дітей з розладом аутистичного спектру

Для дослідження особливостей прояву особистісних чинників був використаний “опитувальник ранніх дезадаптивних схем” (Дж.Янг). Після його використання та обробки отриманих результатів, систематизовані дані ми зафіксували в таблиці 3.4.

Для перевірки на значущість, як і в попередніх методиках був використаний U критерій Манна-Уїтні.

**Таблиця 3.4.**

*Ранні дезадаптивні схеми батьків різних груп*

	Батьки дітей з РАС (середній бал)	Батьки нормативних дітей (середній бал)	U критерій
Емоційна депривованість	17	22,2	405,5
Покинутість	27,4	29,4	404,0
Недовіра	25,3	28,3	450,0
Соц. ізоляція	16,2	24,2	302,0**
Дефективність	10,4	15,8	302,0**
Неуспішність	25,3	29	381,0
Залежність	17,8	19,6	317,0
Вразливість	24,8	25,9	372,0
Заплутаність	24,2	26,4	400,0
Покірність	29,4	30,9	416,5
Самопожертва	37,4	33,3	406,0
Подавл.емоцій	35,1	24,8	301,5**

Жорсткі стандарти	40,1	41,8	426,0
Привілейованість	39	40,2	338,0
Недост. самоконтролю	39,9	40,2	338,0
Пошук схвалення	47	41,3	374,5
Негативізм	38	38,9	439,5
Пунітивність	28	31,5	309,5

Примітка: \*\* – статистично значущі відмінності при  $p \leq 0,05$ ;

В ході дослідження було виявлено, що групи не мають виражених відмінностей за доменами, адже статистична значущість є тільки в 1-2 схемах в одному домені. На рисунку 3.6 показано статистично значущі ранні дезадаптивні схеми а також схему пошук схвалення, як найбільш виражену в кількісному плані.

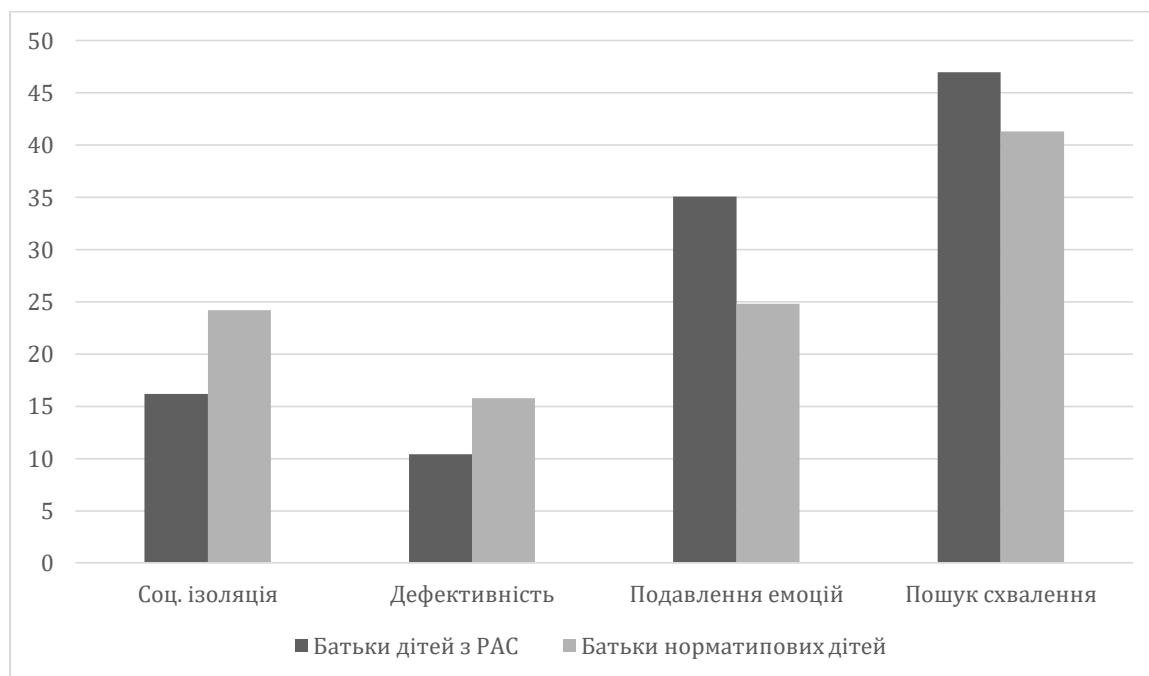


Рисунок 3.6 – Індекси проявлення емоцій

Низькі показники за критерієм соціальної ізоляції та дефективності, на нашу думку обумовлені двома факторами, по-перше тим, що людина не показує свої

реальні емоції, тому і блокує емоції сорому, по-друге має відчуття що «все буде нормально» чи з часом буде краще, ніби потрапляє у капкан власних мрій. Важливим аспектом для підтримання відчуття, що скоро все само зміниться на краще є наявність сторонніх людей, які будуть схвалювати таке ставлення.

Домен 1. Порушення соціальних зв'язків та відкидання. Аналізуючи ранні дезадаптивні схеми, вони більш виражені в батьків, які мають нормативних дітей. Такі схеми, як дефективність та соціальна ізоляція мають статистичну значущість  $p \leq 0,05$  за U критерієм Манна-Уїтні. Дані результати показують, що батьки контрольної групи здатні в меншій ступені потребувати сталого взаємозв'язку з іншими людьми. Та якщо брати шкалу в цілому показники у обох груп мають достатньо низькі результати.

Домен 2. Порушення автономії та ефективності. Порушення автономії та ефективності. За даним доменом статистично значущих відмінностей не виявлено.

Домен 3.Порушення кордонів. За цим доменом статистично значущих відмінностей також не виявлено.

Домен 4. Націленість на оточуючих. Значущих відмінностей не виявлено за цим доменом також.

Домен 5. Занадта відповідальність та жорсткі стандарти.

Виявлено одну статистично значущу схему – подавлення емоцій.

Вдалось встановити, що батьки дітей з розладами аутистичного спектру більше подавляють емоції, що підтверджує результати наведені в таблиці 3.2. Це свідчить про те, що особистість впевнена, що будь який прояв емоційності може нанести шкоду оточуючим. Таким людям не вистачає спонтанності, вони робить акцент на здоровий глузд і раціональність, намагаються зберегти без емоційне обличчя за будь яких обставин.

Такі ж самі ознаки мають люди, в яких є травма у структурі існування або травму відкинутості – формуючи більш ранішню структуру (ментальну), яка допомагає людям завдяки раціоналізуванню вижити, такі люди в більшості не дозволяють собі проявляти сильні емоції.

Дана схема частіше за все пов'язана з:

- подавленням агресії;
- подавленням позитивних імпульсів (радості, любові, сексуального збудження, гри);
- складністю в проявленні своїх почуттів та потреб, а також, у транслюванні своєї вразливості;
- занадто сильним акцентом на раціоналізації на шкоду проявленню почуттів.

Цікаво те, що найбільші потреби дитини полягають саме у тому, щоб навколишній світ в особах найближчих родичів (мами і батька) дозволяли проявляти емоції, зустрічали емоції, давали емоційний зворотній зв'язок, відчували що з нею відбувається і підтримували в цих переживаннях. Пояснювали дитині те, що з нею коїться, описували простір навколо, грали, навчали. А коли батьки є надто серйозними і раціональними дитина відчуває себе покинутою.

### **Висновки до третього розділу**

Провівши емпіричне дослідження, вдалося зробити наступні висновки:

1. Зафіксовано значущі відмінності психологічних особливостей батьків дітей з розладами аутистичного спектру в порівнянні з батьками, в яких діти є норматиповими.
2. У досліджуваних батьків дітей з розладами аутистичного спектру на травмі відкинутості, яка в свою чергу формується у дітей тієї самої періодизації (аутистичної фаз розвитку за Майерс або у структурі існування, мовою бодинамічного підходу).
3. За шкалою диференціацій емоцій Ізарда – в батьків дітей з розладом аутистичного спектру найбільш вираженими почуття: страх, гнів і провина. Натомість у батьків нормотипових дітей – цікавість, радість, здивування.



4. Під час аналізу показників за 16 факторного опитувальника Кеттела прийшли до висновку, що батьки дітей з РАС є значно більш замкнутими за батьків нормативних дітей, більш стриманими, боязкими, інтавертивними, консервативними. На відміну від батьків, діти яких мають нормативний розвиток, у яких більш виражена цікавість, сміливість, вони є більш тривожними, нонконформними, експресивними. Завдяки цим якостям маленька людина має можливість повторювати більше різних дій за батьками, зменшується стереотипія, покращується контактність, бо в першу чергу саме первинне оточуюче середовище (мама і тато, або інші дорослі забезпечують життєздатність дитини).

5. У досліджуваних батьків в яких діти мають діагноз “розлад аутистичного спектру” найбільш вираженими є «подавлення емоцій», Найвищим показником є «подавлення емоцій» – що транслює, що такі люди не дозволяють собі повноцінного проживання емоцій. Повертаючись до першого висновку, як може людина наказати будь кого, при тому, що соціалізація є необхідністю для виживання – відкинути, відкидання світу, як спосіб несвідомо обирає така людина.

## ВИСНОВКИ

1. Проаналізували психологічну та наукову літературу з питань особистісних особливостей батьків дітей з РАС. У психологічній науці тема аутизму ще недостатньо вивчена, розлад аутистичного спектру – це мультифакторний діагноз, природа виникнення якого не до кінця визначена. Дитячий аутизм можна глобально поділити на дві групи: синдромальний, до якого призводить генетичні відхилення різної етимології, та несиндромальний – візуально дитина виглядає абсолютно нормативною але реакції на зовнішні чинники, форми поведінки, соціальні та комунікативні навички значно відрізняються від нормативних дітей тієї ж вікової періодизації. Те що наявність діагнозу в дитини впливає на світосприйняття батьків доводять численні дослідження, серед яких – зниження самооцінки; емоційне вигорання; батькам необхідно підлаштовуватись, проявляти емпатійність, налагоджувати безпечний взаємозв'язок з дитиною та навколишнім середовищем, шукати підтримки, що дається більшості досить важко. На нашу думку, однією з причин проблем в комунікації є індивідуальні психологічні особливості батьків, які були сформовані в дитячому віці.

2. Виявлено особливості домінуючих інфантильних травм у батьків дітей з РАС. Проведений нами аналіз прояву інфантильних у батьків дітей з розладами аутистичного спектру дозволив зафіксувати значущі відмінності в наступному: по-перше батьки дітей досліджуваної групи, властива більшою мірою ранішня травма (відкинутості), по-друге за результатами дослідження всі травми виражені більшою мірою в порівнянні з батьками контрольної групи.

3. Виявлено домінуючі психоемоційні стани батьків дітей з розладом аутистичного спектру. Перше, що необхідно відмітити, що середні стани досліджуваних батьків дітей з розладом аутистичного спектру мають менші показники, ніж у батьків контрольної групи. Друге, те що емоція здивування, яка має надважливу функцію – перключення з одного стану на інший і влучного

реагування на зовнішні обставини має значущо менші показники у батьків дітей з РАС, що являє собою підтвердження теоретичного аналізу, а саме – батьки самі того не розуміючи можуть підкріплювати негативну поведінку у дітей. Можемо сказати, що батьки досліджуваної групи менш схильні до проявлення сильних негативних емоцій, а саме відрази, гніву, зневаги, через це від них люди можуть не отримувати вчасного зворотного зв'язку, як трактує автор даної методики – ці три емоції об'єднуються для зустрічі з небезпечним супротивником, захисту власних кордонів, при цьому залишаючись в контакті.

4. Досліджено особливостей прояву особистісних чинників у батьків дітей з розладом аутистичного спектру. В ході аналізу результатів виявлено, що діагностична група відчуває себе менш емоційно стабільними та більш боязкими, нормативними і прямолінійними. Що свідчить про те, що батьки дітей з РАС є більш боязкими, менш емоційно зрілими та менш стійкими до навколишніх обставин, мають меншу толерантність до невирішуваних проблем, сподіваються на «диво», замість того, щоб покластися на себе. Контрольна група є більш сміливими, емоційно стабільними, зрілими, екстравертивними, чуттєвими, товариськими. Завдяки цим якостям особистість має можливість повторювати більше різних дій за батьками, зменшується стереотипія, покращується контактність, відчуття безпечності.

5. Виявлено ранні дезадаптивні схеми поведінки у батьків дітей з РАС. За результатами дослідження майже всі схеми в батьків досліджуваної групи є менш вираженими. Виключення склали: самопожертва, подавлення емоцій, пошук схвалення. Статистично значущі відмінності є за трьома показниками:

- дифективності та соціальної ізоляції, значно менші;
- подавлення емоцій, значно більші.

Що свідчить про те, що батьки дітей з РАС більш схильні не приймати свої емоції в повній мірі, як це було підтверджено за допомогою інших методик, та мають бажання здаватися кращими, спокійнішими, більш толерантними, ніж є насправді.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бурбо Л. П'ять травм і масок, які заважають бути собою. Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля» – 2021. 224
2. Бурбо Л. Твоє тіло каже «Полюби себе!». Найповніша книга з метафізики хвороб і недуг. Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля» – 2023. 240
3. Грабовська С. Л., Островська К.О. Проект програми комплексної допомоги дітям із спектром аутизму та їх сім'ям // Матеріали науково-практичної конференції "Допомога дитині з аутизмом: проблеми та шляхи вирішення". – Львів, 2009.
4. Грабовська С. Л., Островська К.О. Особливості соціально- психологічної допомоги сім'ям дітей з аутизмом // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. Максименка С. Д. К., 2009. – Т. XI, Ч. 2. – С. 118–127
5. Деркачук О., Борщ Е. Допомога батькам дітей з ООП в умовах воєнного стану. Острог : Наурок, 2022. 6 с. URL: <https://naurok.com.ua/stattya-dopomoga-batkam-ditey-z-oor-v-umovah-vo-nnogo-stanu-297839.html>
6. Коновець Т.І. Інноваційні форми роботи педагогічних працівників закладів загальної середньої освіти з батьками особливих дітей. 2021.
7. Островська К. О. Духовні засади психологічної допомоги батькам аутичних дітей // Науковий часопис НПУ імені І. П. Драго- манова, 2011. – No 17. – С. 349–353
8. Островська К.О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом : Монографія. – Львів : «Тріада плюс», 2012. – 520 с
- Островська К.О. Соціальний супровід родини аутичної дитини. За ред. Островської К.О. – Львів, Тріада плюс, 2009. – 88 с.
10. Островська К., Химко М., Проблеми соціально-психологічної допомоги аутичним дітям та їх родинам// В кн. Психологія здоров'я: теорія і практика. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – С. 259–284.

11. Островська К. О. Психологічний погляд на проблему співпраці спеціалістів з батьками аутичних дітей // Наукові записки інституту психології імені Г.С.Костюка / За ред.С. Д. Максименка. – К.: Главник, 2005. – Вип..26, в 4-х томах, Т.3. – С.270–273.
12. Призонт Б. Особлива дитина. Інший погляд на аутизм. Переклад з англ. – К:Мультиметод, 2021. – 232 с.
13. Сергієнко І. консул “Аутизм Європа” «В Україні відсутні достовірні статистика щодо показників аутистичних розладів у дітей», URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-culture/2542200-v-ukraini-vidsutni-dostovirni-dani-sodo-kilkosti-ditej-z-autizmom.html>
14. Радченко М. І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину // Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірн. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К.,2002, Т. 4, Ч. 3.
15. Реброва О. Психологічні особливості родин, що виховують дитину з освітніми потребами//Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 9. С. 220–228
16. Таубман М., Ліф Р., Маєкен Д. Є контакт! Соціалізація людей з аутизмом за допомогою прикладного поведінкового аналізу. Навчальні програми. / Переклад з англ. Під загальною редакцією Кузьмицької М.С. - Харків, 2018. - 448 с.
17. Тест Кеттела та його інтерпретація. URL: [http://psychologis.com.ua/test\\_kettella.htm](http://psychologis.com.ua/test_kettella.htm)
18. Усатова Е. Бодинаміка. URL: <https://osteopat.ua/bodinamika>
19. Филиппчук В.С. Спілкування як соціально-педагогічна взаємодія / Филиппчук В.С.. Чернівці: Рута, 2001. – 96 с.
20. Шрамм Р. Дитячий аутизм і АВА. Терапія, що ґрунтується на методах прикладного аналізу поведінки. Переклад з англ. – К: Центр навчальної літератури (ЦУЛ) – 2021
21. Baron-Cohen, Mindblindness: An essay on autism and theory of mind. Cambridge, MA: MIT Press. S. 1995.

22. Dziecko autystyczne. – Warszawa, 2001. T.IX nr 1. – s.98–106.
23. Filipczuk K. Czego oczekuje, a co otrzymuje rodzina dziecka z autyzmem?
24. Kaufman B.N. Przebudzenie naszego syna. Zwycięstwo miłości nad chorobą. – Warszawa, 1994.
25. Kanner, L. Autistic disturbance of affective contact *Nervous Child*, 2, 1943. 217–250 p.
26. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, Autism diagnostic observation schedule. Los Angeles: Western Psychological Services. S. 2001.
27. Lovaas, O. I. Teaching developmentally disabled children: The "me" book. Baltimore, MD: University Park Press. 1981.
28. Phillips, E. L., Phillips, E. A., Fixsen, D. L., & Wolf, M. M. The teaching-family handbook (2nd Ed.). Lawrence. KS: University Press of Kansas. 1974
29. Margaret S. Mahler, Fred Pine, Anni Bergman The psychological birth of the human infant : symbiosis and individuation Basic Books, - New York 1975 - 413 p.
30. Mayerson, G. How to Compromise with your School District without Compromising your Child: A Field Guide for Getting Effective Services for Children with Special Needs. New York: DRL Books Inc. 2004.
31. Michael, J. Concepts and Principles of Behavior Analysis. Kalamazoo, MI: Society for the Advancement of Behavior Analysis. 1993.
32. Randall P., Parker J. Autyzm. Jak pomóc rodzinie. – Gdansk. 2001
33. Skinner, B. F. Verbal Behavior. B.F. Skinner Reprint Series). Action, MA: Copley Publishing Group, 1991 .Original work published 1957..
34. Sundberg, M. L., Partington, J. W. Teaching Language to Children with Autism or Other Developmental Disabilities. Pleasant Hill, CA: Behavior Analysts, Inc., 1998
35. Sundberg, M.L., Partington, J.W. The Assessment of Basic Language and Learning Skills-Revised. Pleasant Hill, CA: Behavior Analysts, Inc., 2006.
36. Smith, I., Parker, T., Taubman, M. & Lovaas, O. I. Transfer of staff training from workshops to group homes: A failure to generalize across settings. *Research in Developmental Disabilities*, 1992.

37. Sztainberg, Yehezkel и др. Lessons learned from studying syndromic autism spectrum disorders // Nature Neuroscience 19. 2016. DOI:10.1038/nn.4420. c
38. Wetherby, A., & Woods, J. Effectiveness of early intervention for children with autism spectrum disorders in the second year of life. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37.2006. 960-975p.
39. Wieselquist, J., Rusbult, C. E., Agnew, C. R., & Foster, C. A.. Commitment, preroelationship behavior, and trust in close relationships. Journal of Personality & Social Psychology, 77, 1999. 942-966.
40. World Health Organization. International classification of diseases, 10th revision (ICD-10). Geneva: Author. 1992.

## АННОТАЦІЯ

Темою магістерської роботи є «Психологічні особливості особистості батьків дітей з розладом аутистичного спектру». Емпірично було виявлено: домінуючою травмою у батьків дітей з РАС є травма відкидання, також за результатами даної методики всі прояви інфантильних травм є більш вираженими. Батьки групи менш схильні до проявлення емоцій, особливо негативних, а саме відрази, гніву, зневаги. Емоція здивування менш виражена у батьків дітей з РАС. Батькам дітей з РАС більш властиво подавляти емоції. За результатами дослідження майже всі ранні дезадаптивні схеми в батьків досліджуваної групи є менш вираженими. Виключення склали: самопожертва, подавлення емоцій, пошук схвалення.

Ключові слова: психологічні особливості особистості, інфантильні травми, психоемоційні стани, ранні дезадаптивні схеми

## ABSTRACT

The topic of the master's thesis is "Psychological features of the personality of parents of children with autism spectrum disorder". In an empirical way it was discovered: the dominant trauma of parents of children with ASD is a rejection trauma, also according to the results of this method, all manifestations of infantile traumas are more expressed. Parents of the group are less inclined to show emotions, especially negative ones such as disgust, anger, contempt. The emotion of surprise is less expressed by the parents of children with ASD. Parents of children with ASD are more likely to suppress their emotions. According to the results of the study almost all early maladaptive schemes of the parents of the studied group are less expressed. Exceptions were: self-sacrifice, suppression of emotions, waiting for approval.

Keywords: psychological characteristics, infantile trauma, psychoemotional conditions, early maladaptive patterns



