

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ СФЕРИ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ
АУТИЧНОГО СПЕКТРУ**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: студентка 2 курсу 07-231М групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійної програми «Психологія»
Анастасія ЩЕРБИНА

Керівник: к.психол.н., доцент Світлана
БАБАТІНА

Рецензент: к.психол.н., доцент Вікторія
КАЗІБЕКОВА

Херсон 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження соціально-психологічних особливостей сімей, що виховують дітей з розладами аутичного спектру.....	8
1.1. Психологічні та фізіологічні особливості дітей з розладами аутичного спектру	8
1.2. Психологічні особливості батьків дітей з розладами аутичного спектру	14
1.3. Особливості внутрішньо-сімейних умов, в котрих виховуються діти з особливим потребами	20
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження соціально-психологічних особливостей емоційно-поведінкової сфери батьків дітей з розладами аутичного спектру	32
2.1. Методологічні засади емпіричного дослідження.....	32
2.2. Результати дослідження соціально-психологічних особливостей емоційно-поведінкової сфери батьків дітей з РАС	36
2.3. Напрями психологічного супроводу батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру.....	57
Висновки до другого розділу.....	63
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73
ДОДАТКИ.....	81
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету.....	81

ВСТУП

Актуальність обраної теми дослідження. На сьогоднішній день в українському суспільстві (як і в усьому світі) неухильно підвищується кількість дітей з особливими потребами, відповідно зростає кількість сімей, що виховують дітей з різними варіаціями психофізіологічних порушень.

Дитячий аутизм – тяжкий, у більшості випадків інвалідизований розлад розвитку, – на сьогоднішній день є предметом дослідження різних наукових напрямів. За даними американського Центру з контролю і попередження захворювань, виникнення розладів аутичного спектру (РАС) по всьому світу продовжує невпинно зростати, і в США досягла в даний час пропорції 1: 59 здорових дітей (Бородіна Л. Г.) [11].

Офіційні дані про поширеність РАС в Україні відсутні. Батьки, які виховують дитину з аутизмом, несуть важке психологічне навантаження, схильні до розвитку депресій і тривожних розладів і «психологічного вигорання». Їм властиві «тривожне, катастрофічне мислення» і множинні соматичні скарги. При цьому показники тривоги і виразність депресивних розладів (знижений настрій, песимізм, ангедонія, недолік ініціативи) у батьків дітей з аутизмом вище, ніж у батьків дітей з іншими ментальними порушеннями (Баб'як К.) [6].

Актуальним питанням на сьогоднішній день є надання кваліфікованої психологічної допомоги дітям з розладами аутичного спектру (РАС), оскільки своєчасна допомога обумовлює ефективне підґрунтя для наступної соціалізації та розвитку дітей з РАС. Основна тяжкість постійної роботи з аутичною дитиною лягає, насамперед, на родину. Сім'я аутичної дитини дуже часто позбавлена підтримки оточуючих, і навіть дуже близьких родичів. У зв'язку з тим, що значна кількість оточуючих не розуміються щодо сутності проблеми дитячого аутизму, батькам досить складно пояснювати поведінку своєї дитини.

Не можна заперечувати той факт, що члени сімей, в яких виховуються діти з аутизмом, мають ряд специфічних особистісних рис. Тривалі спостереження і практика роботи з сім'ями дозволяють зробити висновок, що ці особливості вторинні, вони виникають як наслідок наявності у дитини особливостей розвитку, а не навпаки. Основною причиною несприятливого емоційного клімату в сім'ї, яка виховує дитини з аутизмом, є непередбачуваність її поведінки, невміння функціонувати в соціумі, байдуже ставлення до соціальних оцінок. Як показує досвід спостережень, можна умовно виділити три періоди, найбільш неблагополучних для батьків в емоційному плані: постановка діагнозу (як правило, в 2,5-3 роки); вступ до школи (як правило, у 7-8 років); закінчення школи і початок самостійного життя (в 16-18 років).

Усі ці періоди пов'язані зі зміною статусу дитини. Причому, якщо емоційний стан батьків протягом першого періоду схожий зі станом батьків, що мають дітей з іншими проблемами розвитку (розумово відсталих, глухих, сліпих, з руховими порушеннями), то переживання двох наступних періодів набуває специфіки, що характерна саме для батьків аутичних дітей та що пов'язано з невизначеністю майбутнього. Люди з порушеннями, у тому числі з порушеннями поведінки, як відомо, не приймаються більшістю соціуму.

У вітчизняній літературі проблеми сімей дітей з аутизмом тільки починають вивчатися, а кризові стани батьків і їх наслідки залишаються маловивченими. Можна відзначити лише поодинокі роботи: Б. Андрейко, К. Баб'як, О. Горецька, Н. Заверико, К. Мілютіна, І. Овчаренко, Н. Северенчук, Т. Соловйова, Т. Титаренко, Д. Шульженко та інші.

У більшості випадків проблеми сімей, що виховують дітей з розладами аутичного спектру розглядають через призму дитини. Психологічна допомога батькам обмежується лише консультаціями з питань навчання та виховання, але при цьому не враховується аспект емоційного стану батьків.

Вважаємо доцільним та необхідним вивчення соціально-

психологічних особливостей емоційно-поведінкової сфери батьків дітей з розладами аутичного спектру.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження входить до плану науково-дослідницької програми кафедри загальної та соціальної психології Херсонського державного університету «Соціально-психологічні технології розвитку особистості» (№ державної реєстрації 0112U001440).

Мета роботи – теоретично визначити та емпірично дослідити соціально-психологічні особливості сімей, що виховують дітей з розладами аутичного спектру.

Для досягнення поставленої мети поставлено перед собою виконання наступних завдань:

1. На основі аналіз сучасних наукових джерел теоретично дослідити психологічні особливості батьків дітей з розладами аутичного спектру та визначити психологічні особливості таких сімей.
2. Емпірично дослідити соціально-психологічні особливості емоційно-поведінкової сфери батьків, що виховують дітей з аутичними розладами.
3. Встановити характер взаємозв'язку емоційного ставлення та показників поведінкової сфери батьків дітей з розладами аутичного спектру.
4. Визначити основні напрями психологічної роботи з батьками дітей, що мають розлади аутичного спектру.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості батьків дітей з розладами аутичного спектру.

Предмет дослідження – соціально-психологічні особливості емоційно-поведінкової сфери батьків дітей з розладами аутичного спектру.

У роботі використані наступні методи: теоретико-методологічний аналіз, систематизація та узагальнення психологічних даних за проблемою дослідження; психодіагностичні методи: методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» (В. Бойко, адапт. Є. Ільїна), опитувальник

«Самооцінка тривоги, фрустрації, агресивності та ригідності» (Г. Айзенка), багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А. Макламова і С. Чермяніна), методика «Виявлення стресостійкості та соціальної адаптації» (Холмса і Раге), опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» (Е. Ейдемільер, В. Юстицкіс) Опитувальник «Тип батьківського ставлення» (А. Варга, В. Століна), методика «16-факторний особистісний опитувальник» (Р. Кеттела); математико-статистичні методи: ϕ – критерій Фішера, t-критерій Ст'юдента, кореляційний аналіз за Пірсоном.

Наукова новизна одержаних результатів:

- визначено психологічні особливості дітей з РАС та проаналізовано психологічні особливості батьків дітей з РАС;
- проаналізовано особливості внутрішньо-сімейних умов, у котрих виховуються діти з аутизмом;
- емпірично визначено соціально-психологічні особливості емоційно-поведінкової сфери батьків дітей з аутичними розладами;
- встановлено характер взаємозв'язку емоційного ставлення та показників поведінкової сфери батьків дітей з розладами аутичного спектру;
- запропоновано основні напрями психологічної роботи з батьками дітей, що мають розлади аутичного спектру.

Практичне значення роботи. Отримані результати можуть стати у нагоді студентам при підготовці до занять з наступних дисциплін: «Психологія сімейних відносин», «Психологічне консультування». Отримані результати можуть бути цікавими для практичних психологів, батьків, науковців, оскільки надають нові емпіричні результати щодо вивчення соціально-психологічних особливостей батьків, що виховують дітей з аутичними розладами.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження обговорювалися на засіданні кафедри загальної та соціальної психології від – __ листопада 2020 року (протокол № __), представлені у статті: «Психологічні особливості емоційного вигорання батьків, що виховують дітей з розладами

аутичного спектру».

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Список використаних джерел налічує 71 найменування. Повний обсяг роботи 81 сторінка. Основний зміст викладено на 72 сторінках. Робота містить 11 таблиць та 7 рисунків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СІМЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1. Психологічні та фізіологічні особливості дітей з розладами аутичного спектру

На сьогоднішній день розвиток теоретико-емпіричних досліджень з педагогіки, психології та психіатрії характеризується пріоритетом до поглибленого вивчення дітей з розладом аутичного спектру.

Патологію, яка визначається як «аутизм» (від грец. αὐτός – сам), вперше докладно описав в 1911 р. швейцарський психіатр (Bader S.H., Barry T.D.) [69]. Саме він запропонував замінити діагноз dementia praecox (передчасне слабоумство) терміном «шизофренія». При цьому він об'єднував аутизм з шизофренією і вважав, що він виступає одним з окремих її проявів. З часом на основі досліджень поглиблювалося розуміння природи аутизму. L. Kanner, один з основоположників дитячої психіатрії, класифікував «дитячий аутизм» в якості окремого захворювання і зазначив вікові особливості його виникнення. Було встановлено, що розлад виникає у віці до трьох років (Bader S.H., Barry T.D.) [69].

Поширеність розладів аутичного спектру виявляється залежно від віку і статі людини, географії і особливо від діагностичних критеріїв. Як відмічає Н. Лавров (Лавров Н. В., Шабанов П.Д.) [26], статистика дитячого аутизму свідчить про те, що у хлопчиків РАС спостерігаються в 4,3 рази частіше, ніж у дівчаток.

Обставини і фактори, що провокують аутизм, в даний час активно вивчаються. До теперішнього часу виявити механізм розвитку захворювання

не вдається. Причину захворювання достовірно встановлюють в 40% випадків, в інших випадках причина залишається невідомою.

У дослідженні Н. Лаврова зазначено: «симптоми РАС об'єктивно асоційовані зі змінами в головному мозку, певна роль відводиться генетичним факторам: мутації і взаємодії генів; вплив речовин, здатних викликати вроджені дефекти; зовнішнє середовище і епігенетичні фактори. Важливе значення мають і підвищення активності імунної системи; пренатальний стрес; дефіцит вітаміну D або недолік тиреоїдних гормонів у матері. Стан організму матері грає важливу роль під час вагітності. Так, наприклад, у матерів старше 35 років ризик народження дітей з РАС підвищується на 30 %; за іншими даними, зрілий вік батька (старше 40 років) підвищує ризик народження дітей з симптомами РАС в 5,75 рази в порівнянні з батьками, чий вік менше 30 років. Крім «вікового» фактора важливе значення має і раса батьків: чорношкірі люди мають більше шансів народити дітей з симптомами РАС, ніж європеїди (Лавров Н. В., Шабанов П.Д.) [26, с. 22].

Українські учені також приділяють значну увагу вивченню даної проблематики. Т. Скрипник (Скрипник Т. В.) [53] у своїй монографії детально розкрила психо-фізіологічні особливості аутичних дітей, К. Островська (Островська К. О.) [39] працює над проблемами психологічної допомоги дітям з аутичними розладами, В. Тарасун (Титаренко Т. М.) [61] запропонував навчальний посібник, в якому зазначено основні концепції розвитку, навчання і в цілому соціалізації аутичних дітей, Д. Шульженко (Шульженко Д. І.) [68] описує у своїй роботі генезис понять і категорій аутизму, О. Хаустов (Хмизова О. В., Остапенко Н. В.) [65] вивчає основні напрями організації навколишнього середовища для адекватної соціалізації та розвитку дітей з розладами аутичного спектру.

Т. Скрипник вважає, що: «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» (Скрипник Т. В.) [53, с. 15].

Т. Галах стверджує, що: «аутизм – це специфічний діагноз, який характеризується комплексом симптомів, які 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» (Галах Т. В.) [15, с. 8].

РАС (розлади аутичного спектру) зустрічається в країнах усього світу незалежно від расової приналежності, етнічної групи і соціального середовища. Досить рідко зустрічаються сім'ї, в яких є більше однієї дитини з аутизмом, однак зафіксовано одиничний випадок наявності п'яти дітей з аутизмом в одній родині, що пов'язано з генетичними причинами.

У науковій статті М. Плахтій та Я. Куралової зазначено, що згідно з МКХ-10, аутистичні синдроми введені в підрозділ «Загальні розлади розвитку» – розділу «Порушення психологічного розвитку» (Плахтій М., Куралова Я.) [42, с. 154]. Результати представлені у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

Класифікація порушень психологічного розвитку згідно МКХ-10

Розлад	Характеристика
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).
--	---

Продовження таблиці 1.1.

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

Отже, згідно МКХ-10, для РАС, що віднесені до рубрики F84 «Загальні розлади психологічного розвитку», виділяють наступні діагностичні критерії аутизму (Гребенникова С. В., Шелехов І. Л.) [16]:

1. Якісні порушення соціальної взаємодії: неможливість в спілкуванні

використовувати погляд, мімічні реакції, жести і позу з метою взаємодії; нездатність до формування взаємодії з однолітками на ґрунті загальних інтересів, діяльності, емоцій; нездатність до встановлення адекватних віку форм спілкування; нездатність до соціально опосередкованого емоційного реагування; нездатність до спонтанного переживання радості.

2. Якісні зміни комунікації: затримка або повна зупинка в розвитку розмовної мови, що не супроводжується компенсаторними мімікою, жестами; відносна або повна неможливість вступити в спілкування або підтримати мовний контакт на відповідному рівні з іншими особами; стереотипії в мові або неправильне застосування слів і фраз, контурів слів; відсутність символічних ігор в ранньому віці.

3. Обмежені і повторювані стереотипні шаблони в поведінці, інтересах, діяльності: спрямованість до одного або декількох стереотипним інтересам, аномальним по змісту, фіксація на неспецифічних, не функціональних поведінкових формах або ритуальних діях.

4. Неспецифічні проблеми – страхи, фобії, порушення сну і звичок прийому їжі, напади люті, агресія, самоушкодження.

5. Маніфестація симптомів до трирічного віку.

Для діагностики розладу аутичного спектру на підставі критеріїв МКХ-10 має бути не менше шести зазначених симптомів (Гребенникова Є. В., Шелехов І. Л.) [16].

Н. Пахомова (Пахомова Н. Г.) [40] виокремлює чотири групи психічного розвитку дітей з аутизмом у відповідності до міри афективної патології (таблиця 1.2):

Таблиця 1.2.

Групи психічного розвитку дітей з аутизмом у залежності від міри афективної патології (за Н. Пахомовим)

Групи психічного розвитку дітей з аутизмом	Характеристика в залежності від міри афективної патології
Група 1 – спілкування практично відсутнє	Спостерігається самоагресія як прояв аутичного захисту. Характерні неадекватні страхи. При

	<p>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.</p>
<p>Група 2 – спілкування обмежене, особливо в незвичних умовах</p>	<p>Страхи 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.</p>
<p>Група 3 – при обмеженій потребі спостерігається виражене виборче спілкування, переважно з дорослими</p>	<p>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 (заикленість) інтелектуальних інтересів. Прогноз: можливе навчання на дому або в корекційному класі за спеціальною програмою, самостійне проживання під наглядом родичів чи опікунів та оволодіння трудовими навичками.</p>
<p>Група 4 – діти не проявляють ініціативи в процесі спілкування.</p>	<p>Характерні неврозоподібні розлади: надзвичайна гальмівність, боязкість, полохливість, особливо в контактах, почуття власної неспроможності, що підсилює соціальну дезадаптацію. Поведінка в цілому цілеспрямована. При нарузі 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.</p>

Отже, порушення діяльності мозкових механізмів при зниженні соціалізації вивчаються у хворих аутизмом, оскільки найвиразніше ці

порушення виявляються в умовах психоемоційної і органічної патології. Дослідження РАС стають все більш актуальними, оскільки останні десятиліття спостерігається зростання числа хворих РАС. Більшу частину з них складають діти.

1.2. Психологічні особливості батьків дітей з розладами аутичного спектру

Народження дитини з певними порушеннями в розвитку у більшості випадків є стресовим фактором для родини. Труднощі, що пов'язані з вихованням дитини з особливими потребами обумовлюють якісні зміни в життєдіяльності родини та можуть призводити до дезадаптації сім'ї та виникнення сімейної кризи.

У дитини з аутичними розладами досить висока міра залежності від родини у зв'язку з обмеженістю навичок взаємовідносин з оточуючим світом та людьми. Труднощі виховання дітей з аутичними розладами є досить складними для більшості родин, оскільки батьки опиняються в психологічно складній ситуації, можуть відчувати і проявляти негативні емоції, почуття провини, горе, біль (Хмизова О. В., Остапенко Н. В.) [65].

У дослідженнях (Н. Водопьянова, І. Добрякова, О. Горецької) відмічено, що батьки дітей з аутичними розладами характеризується такими особливостями: стурбованістю, високим показником тривожності, слабкістю, наявністю соціальних страхів і підозрілістю. У більшості випадків батьки таких дітей рідко вступають у розмови з незнайомими людьми, проявляють насторожене ставлення до всіх, хто хоче спілкуватися з їх дітьми. Такі почуття, як жалість чи подив оточуючих людей сприяє тому, батьки намагаються приховувати дитину від людей: вони уникають громадських місць, а це в свою чергу сприяє ще більшій соціальній дезадаптації їх дитини. Досить часто у таких сім'ях хвора дитина є першопричиною сімейних негараздів, що обумовлює дестабілізацію сімейних відносин, а в крайніх

випадках розпад сім'ї. особливі потреби дитини деякі батьки сприймають як власну неповноцінність (Водопьянова Н. Є. Добряков І. В., Горецька О. В.) [14; 18; 45].

Результати дослідження Л. Бородіної демонструють серед обстежених матерів дітей з аутизмом досить високий відсоток суїцидальної поведінки, включаючи антивітальне переживання, суїцидальні думки, рідше – наміри і спроби. Для багатьох жінок виявився характерний звичний антивітальний фон настрою. Основним чинником, що обумовлює виникнення суїцидальних переживань і що об'єднує всі інші фактори, можна вважати тяжкість аутизму. Саме він робить догляд за дитиною, виснажує і в фізичному, і в емоційному плані, а тривалий характер виснаження (протягом багатьох років, в сукупності з хронічною емоційною фрустрованістю) обумовлює розвиток хронічної депресії (Бородіна Л. Г.) [11].

Будучи причиною і суїцидальних, і антисуїцидальних тенденцій, хвора дитина стає центром внутрішньо особистісного конфлікту, у рамках якого прагненню позбутися від нестерпного болю протистоїть прагнення зберегти їй життя в прийнятних соціальних умовах.

Однак трохи менше, ніж у половини матерів прагнення зберегти життя дитині поступається місцем прагненню позбавити її від нестерпних страждань в майбутньому, пов'язаних, на думку матерів, з неминучою інституціалізацією дитини після смерті батьків. Любов до дитини починає існувати не в позитивному, а в негативному сенсі – як прагнення позбавити від чогось, а не дати щось. Підсвідома материнська всемогутність, можливо, бере участь у формуванні установки «життя без мене для тебе є повільна болісна смерть, а я жити більше не можу». Мати робить вибір на користь швидкої смерті дитини. Таким чином народжуються думки і наміри здійснити суїцид з залученням дитини (Бородіна Л. Г.) [11].

Також дослідницею Л. Бородіною у своїй роботі були виокремлені фактори, що зумовлюють виникнення суїцидальної поведінки батьків: «фізичне та емоційне виснаження, що посилюється фрустрованістю,

внаслідок відсутності емоційного відгуку дитини; інтенсивна психологічна складова в переживаннях при спостереженні неадекватної поведінки дитини, і посилюється ідентифікацією з нею і її передбачуваними стражданнями; «емоційні гойдалки» з частими переживаннями відчаю, краху надій і знеціненням досягнутого; почуття сорому за дитину перед оточуючими, часто приводить до значної соціальної ізоляції матерів. Всі перераховані фактори поєднувалися і діяли в комплексі при важких формах аутизму» (Бородіна Л. Г.) [11, с. 43].

Найбільшим травмуючим фактором, що впливає на емоційний статус батьків, є порушення спроможності дитини до встановлення адекватного контакту з навколишніми людьми, соціумом і з ними особисто. Протягом часу ця риса дитини виявляється у вигляді соціально-побутової непристосованості і порушенні соціальної адаптації. Досить часто батьки страждають через те, що діти не виявляють потребу в адекватному контакті: притиснутися, приголубитися до матері або батька, поглянути їм в очі та поговорити (Ткачова В. В.) [64].

Науковець М. Лаблінг визначає, що холодність і байдужість аутичних дітей, навіть до близьких, дуже часто поєднуються з підвищеною ранимістю і емоційною крихкістю. Діти лякаються різких звуків, гучного голосу, найменших зауважень на свою адресу, що особливо ускладнює взаємодію близьких з дитиною і вимагає постійного створення спеціальних умов для її життєдіяльності (Баб'як К.) [6].

Особлива недостатність енергетичного потенціалу дитини травмує особистість батьків, підвищує їх власну вразливість і часто перетворює батьків в емоційних донорів.

Для батьків дітей з аутичними розладами особливої психотравмуючої проблемою є відсутність спеціального виду корекційних установ для їх дітей. У даний час роль таких установ виконують центри психолого-медико-соціального супроводу, що спеціалізуються на наданні допомоги аутичним дітям та їх батькам. Однак їх досить невелике і розташовані вони, як

правило, в столиці або великих містах. Перераховані характеристики аутичних дітей потребують від батьків створення будинку специфічних умов внутрішньо-сімейного побуту і формування особливих моделей взаємодії та виховання (Ткачова В. В.) [64].

В. Ткачова зазначає: «стрес, що виник в результаті відхилень у розвитку дитини або комплексу незворотних психічних розладів, може зіграти роль пускового механізму соматичних захворювань у його батьків. Утворюється патологічна ланцюжок: недуга дитини викликає психогенний стрес у її батьків, що, в тій чи іншій мірі, провокує виникнення у них психосоматичних захворювань. Таким чином, захворювання дитини, її психічний стан може бути психогенним і соматогенним для організму і психіки батьків» (Ткачова В. В.) [64, с. 33].

Як пишуть Б. Баб'як (Баб'як К.) [6] та Т. Комар (Комар Т. О.) [24], подібні явища мають місце в першу чергу в соматизації стану матері. Погіршення соматичного здоров'я матерів хворих дітей має наступні прояви: коливання артеріального тиску, безсоння, часті і сильні головні болі, порушення терморегуляції. Визначено, що чим старшою стає дитина, тим у більшій мірі у деякої частини матерів можна спостерігати порушення здоров'я.

Сила любові до дитини, прояв батьківських і материнських почуттів залежать і від особливостей особистості батьків. Люблячі, але тривожні, сенситивні батьки посоромиться з'явитися з проблемною дитиною в громадському місці, хоча і спочатку можуть відчувати в цьому високу потребу. Батьки із завищеною самооцінкою відчують приниження. Почуття сорому може виявитися сильніше, ніж потреба в наданні допомоги дитині. У суєті повсякденних турбот ця потреба може поступово «розчинитися» (Ткачова В. В.) [63].

Залежно від особистісних характеристик (жорсткості, грубості або м'якості і альтруїзму), культурних і сімейних традицій батьки можуть відчувати почуття жалю або сорому з приводу стану дитини.

Проведені експериментальні дослідження (В. Ткачова, 1999, 2005) дозволили виділити три психологічних типи батьків як варіанти акцентуації, що виникли в результаті тривалої психотравмуючої ситуації: авторитарний, невротичний та психосоматичний.

1. Портрет батька авторитарного типу. Ця група батьків визначається активною життєвою позицією, намаганням керуватися власними переконаннями і настановами всупереч домовленостям з боку родичів або фахівців. До батьків авторитарного типу можна віднести дві категорії батьків.

Перші, дізнавшись про дефекті дитини, можуть від неї відмовитися, залишивши в пологовому будинку. Друга категорія батьків, виявляє бажання знайти вихід з положення, як для себе, так і для власної дитини. Як правило, на пропозицію відмовитися від дитини така група батьків реагують як на власну образу (Ткачова В. В.) [63].

Позиція батьків авторитарного типу визначається феноменом «витіснення» негативних емоцій, що пов'язані з проблемами дитини. Як зазначає В. Ткачова: «батькам авторитарного типу, які прийняли дефект дитини, властиве прагнення долати проблеми, що виникають у дитини, і полегшувати її стан. Такі батьки спрямовують свої зусилля на пошуки кращого лікаря, кращої лікарні, кращого методу лікування, кращого педагога, знаменитих екстрасенсів і народних цілителів. Вони володіють умінням не помічати перешкоди на своєму шляху і впевненістю в тому, що коли-небудь може статися чудо і з їхньою дитиною. У таких батьків не формується здатність до прийняття проблеми дитини і не розвивається прагнення до її подолання. Ця категорія батьків надмірно фіксується на відсутності виходу з становища, що склалося, що значно погіршує їх психологічний стан» (Ткачова В. В.) [64, с. 50].

2. Батьки невротичного типу пояснюють власну неспроможність щодо розвитку своєї дитини відсутністю прямих порад і вказівок зі сторони фахівців, родичів або друзів. Практично в усьому ці батьки йдуть життєвої формулою: нехай йде в життя, як йде. Їм недоступно розуміння того, що

деякі недоліки, що виникають у дитини, вторинні і є наслідком вже не біологічного дефекту, а їх власної батьківської, педагогічної неспроможності.

Дослідниця В. Ткачова пише: «частина батьків, що відносяться до цієї групи, прагнуть захистити дитину від усіх можливих проблем і навіть від тих з них, які вона може вирішити власними силами. Такі батьки задовольняються тим, що дитина навчається робити щось сама, і вважають, що нічого більше від неї очікувати не треба. У плані виховання невротичні батьки також проявляють свою неспроможність. Вони відчують об'єктивні труднощі в досягненні слухняності дитини. Це пояснюється як проявом інертності і небажання стикатися з проблемами дитини, так і власною слабкістю характеру при реалізації поставленої виховної мети. Такі батьки непослідовні і в використанні прийомів заохочення або покарання дитини. У їхніх взаєминах з дитиною відсутній вимогливість, а часом і необхідна строгість. Міжособистісні зв'язки «батьки-дитина» в таких сім'ях можуть набувати симбіотичного характеру. В особистості невротичних батьків частіше домінують істеричні, тривожно-недовірливі і депресивні риси. Це проявляється в уникненні важких життєвих ситуацій, а в окремих випадках – і у відмові від рішення проблем» (Ткачова В. В.) [64, с. 51-52].

3. *Портрет батьків психосоматичних типу.* Це найчисленніша категорія батьків. У таких батьків виявляються риси, властиві батькам як першого, так і другого з описаних вище типів. У деяких з них більшою мірою виявляється тенденція до домінування, як і у авторитарних батьків, але афективне реагування на стрес не виноситься в зовнішній план. У поведінці, як правило, проявляється нормативність. Вони ведуть себе коректно і стримано, іноді замкнуто. Проблема дитини, часто прихована від сторонніх поглядів, переживається ними зсередини. Канал відреагування на проблему, котрий фруструє психіку, у даній категорії батьків переміщений у внутрішній план переживань, у той час як у перших двох типів батьків він виявляється у зовнішньому аспекті. Це може стати причиною порушень, що виникають в психосоматичній сфері, що і зумовило назву даної категорії батьків.

Таких батьків характеризує підвищене бажання покласти власне здоров'я на вітар життя власної дитини. Усі зусилля спрямовуються на надання їй допомоги. Часом такі матері працюють зі своїми дітьми, максимально напружуючи і виснажуючи себе. Вони практично не відпочивають, як авторитарні, і не скаржаться на потребу у відпочинку, як невротичні. Часом здається, що бажання відпочивати у них відсутнє навіть при великому навантаженні і втомі (особливо в перші роки життя дитини).

Психосоматичних батькам, так само як і невротичним, властиво пожаліти дитину, надати їй допомогу, послугу, а іноді і зробити за неї навіть то, що вона може зробити сама. Вони схильні гіперопікати своїх дітей.

Психосоматичні батьки, як і авторитарні, намагаються знайти кращих фахівців. Часто вони самі є такими для власної дитини, активно контролюючи її життя: приймають участь в діяльності дитячих установ, постійно намагаються підвищувати свій освітній рівень, міняють професію у залежності від потреб і проблем хворої дитини (Ткачова В. В.) [64].

Виділені особливості батьків є важливими для визначення позиції батьків і сім'ї у цілому по відношенню до хворої дитини. Звісно вони у подальшому обумовлюються світоглядними, культурними, соціальними та іншими характеристиками.

1.3. Особливості внутрішньо-сімейних умов, в котрих виховуються діти з особливим потребами

Досить актуальним питанням на сьогоднішній день є труднощі адаптації сім'ї до нових обставин, що пов'язані з вихованням дитини з особливими потребами. Раніше вважалося, що головну роль у вихованні дітей повинна виконувати бути школа та її колектив. Проте такі твердження є хибними, оскільки головну відповідальність за розвиток дитини несе сім'я, оскільки саме в ній зароджуються найважливіші характеристики особистості дитини та її особливості ставлення до оточуючого світу, людей та до себе.

Саме у родині повинна задовольнятися переважна частина потреб дитини: це і емоційна підтримка, і любов і захищеність. Як відомо, незадоволення даних потреб може призводити до нервово-психічного напруження та виникнення тривоги.

Дослідниця Н. Северенчук відмічає, що народження дитини з особливим потребами і виникаючий у цій ситуації родинний стрес порушують структуру родини як кількісно (поява дитини) так і якісно (підвищується ризик відмови родини від такої дитини, змінюється тип і стиль родинних взаємовідносин, можливе розлучення батьків). Така зміна родинної структури викликає і функціональні порушення, а саме кожна сімейна функція змінюється та набуває нового розуміння. Також з'являються і нові специфічні функції для таких родин – корекційна, реабілітаційна та інші (Северенчук Н.) [51].

Як зазначено у методичних рекомендаціях під редакцією Л. Кобилянської: «потрібно враховувати, що батьки, які доглядають за хворою дитиною, стикаються не тільки з медичними, юридичними, економічними та професійними (зміна місця роботи і характеру праці з урахуванням інтересів хворої дитини, формування специфічного способу життя), а й з педагогічними та психологічними (встановлення та підтримання контакту з дитиною, розв'язання конфліктних ситуацій, особливо тих, що загрожують цілісності сім'ї) проблемами. Дослідження доводять, що до 50% батьків залишають сім'ї, де є дитина-інвалід, тобто до інших проблем додаються ще й проблеми виховання у неповній сім'ї. 40% опитаних матерів відчують власну провину за хворобу дитини, крім того, психіка працюючого батька не знає такого інтенсивного патогенного впливу стресу, як психіка матері, що постійно взаємодіє з дитиною-інвалідом. У сім'ї відбуваються якісні зміни: психологічні (продовжений стрес); соціальні (втрата колишніх контактів, друзів, колег, спілкування); соматичні (психогенний стрес матері провокує соматичні захворювання)» (Кобилянська Л. Т.) [56, с. 10].

Народження дитини з особливими потребами сприймається батьками як досить серйозна трагедія. Факт появи на світ «не такої, як у всіх» дитини є причиною сильного стресу, який відчувають батьками, у першу чергу матір. Стрес, який існує довгий час, обумовлює деформування психіки батьків і стає вихідною причиною різкої зміни життєвого укладу родини. Під життєвим укладом розуміється сформований стиль внутрішньо-сімейних відносин (Ткачова В. В.) [63].

Розподіл сімейних обов'язків між чоловіком і дружиною, батьком і матір'ю в більшості родин має традиційний характер. Але все ж таки, виховання і навчання дітей в основному лягають на жінку.

В. Ткачова зазначає: «чоловік – батько хворої дитини – забезпечує, у першу чергу, економічну базу сім'ї. Він не залишає і не змінює профіль своєї роботи через народження хворої дитини і, таким чином, не вибуває, як мати дитини, зі звичних соціальних відносин. Батько в силу зайнятості на роботі і у відповідності з традиційним розумінням своїх сімейних обов'язків менше, ніж мати, проводить часу з хворою дитиною. Тому його психіка не піддається патогенного впливу стресу так само інтенсивно, як психіка матері хворої дитини. Наведені характеристики, як правило, є найбільш поширеними. Але, безумовно, є і виключення з правил» (Ткачова В. В.) [63, с. 12].

К. Баб'як у своїй роботі дійшла висновку, що народження дитини з особливими потребами видозмінює у цілому сімейне функціонування, ціннісні орієнтації членів родини, систему їх взаємовідносин та їх особистісні характеристики. Різні дослідження підтверджують значимість сімейного оточення як одного з чинників, що обумовлює покращення або погіршення фізичного та психічного здоров'я дитини з особливими потребами (К. Баб'як) [6].

Зазвичай формування особистості кожної дитини відбувається в родині, отже саме від стосунків батьків з дитиною залежить наскільки адекватними будуть її взаємовідносини з соціальним оточенням.

Сім'я – це найбільш значущий фактор соціалізації людини, є

рушійною силою духовної та матеріальної підтримки. Без такої любові та підтримки членів родини дитина не здатна адекватно справлятися з життєвими труднощами. Звісно, кожна родина по різному ставиться до проблем хвороби дитини. Якщо члени родини адекватно сприймають таку особливість дитини, конструктивно долають складні ситуації, позитивно ставляться до дитини, то всі ці особливості у цілому обумовлюють формування зони благополучного особистісного розвитку дитини (Мілютіна К. Л.) [33].

Про те, як вважає К. Баб'як: «сім'я може стати причиною формування негативних якостей дитини, затримувати її розвиток та адаптацію в соціумі. Деструктивне ставлення до проблеми вад дитини й порушень у батьківських стосунках гальмують розвиток, призводять до погіршення здоров'я дитини виявляються серйозною перешкодою у її взаєминах з оточуючим світом. Дитина з особливими потребами в таких сім'ях відчуває подвійне навантаження: неприйняття суспільством і схильність до відчуження у власній родині» (К. Баб'як) [6, с. 162].

Спостереження О. Хмизової (Хмизова О. В., Остапенко Н. В.) [65] доводить, що можна умовно виділити три групи адаптованості поведінки батьків дітей з особливими потребами. Зазначені види представлені на рис. 1.1.

Узагальнюючи результати даного поділу можна відзначити, що характеристики батьків другої та третьої групи адаптованості негативно впливають на функціонування та розвиток таких дітей та в цілому погіршують успішність професійної допомоги фахівців.

Отже, сім'я є первинним соціальним оточенням для дитини і прийняття сім'єю є найважливішою умовою прийняття її суспільством. Учені виокремлюють різні психологічні особливості сім'ї дітей з особливими потребами. Одним із ключових моментів є внутрішньо-сімейний психологічний клімат. У своїй роботі О. Добринін під соціально-психологічної кліматом сім'ї розуміє інтегративну властивість сім'ї, яке

показує ступінь задоволеності шлюбних партнерів основними показниками життєвого процесу сім'ї, загальним стилем і настроєм відносин (Арбатська К. І., Устинова Н. А.) [5].

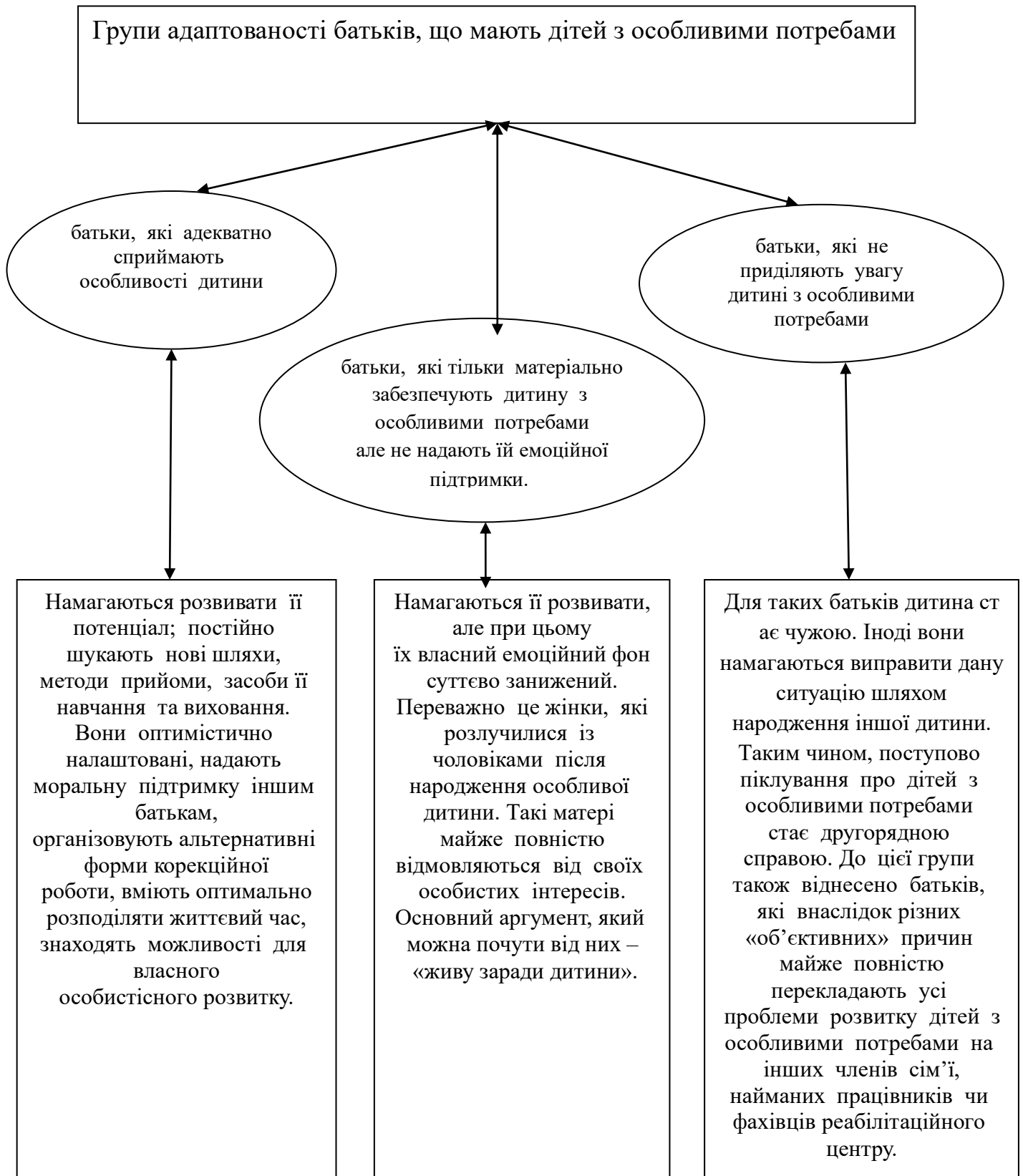


Рис. 1.1. – Групи адаптованості батьків, що мають дітей з особливими

потребами

І. Нікольська зазначає: «що психологічний клімат у сім'ї, де є дитина з особливими потребами, з одного боку, відображає те, як сім'я змогла адаптуватися до особливостей дитини, прийняти їх і, з іншого боку – як сім'я вибудовує свої відносини з навколишнім «здоровим» світом в залежності від сприйняття особливостей своєї дитини і обмеженням її можливостей. Практика показує, що часто в сім'ях, які виховують дитину з особливими потребами, виникає неблагополучний внутрішньо-сімейний клімат, відбувається соціальна ізоляція, пов'язана з нестачею емоційної підтримки, позитивних контактів» (Арбатська К. І., Устинова Н. А.) [цит. за 5, с. 85].

Наступною психологічною особливістю сімей, які виховують дитину з особливими потребами, є стиль сімейного виховання. Стилі сімейного виховання складаються під впливом суб'єктивних і об'єктивних причин, на стиль сімейного виховання впливає соціально-психологічний клімат у сім'ї, а також національні звичаї, в яких виховувалися батьки. Складнощі контакту з дитиною з особливими потребами, проблеми догляду та виховання можуть ускладнювати виховну функцію сім'ї. О. Літвінова зазначає, що хоча турбота про безпеку дитини з особливими потребами може бути обґрунтованою, вона призводить до гіперопіки, яка абсолютно не допомагає розвиватися дитині (Літвінова О. В., Коробова А. О.) [28].

Науковці І. Добряков і С. Церетелі відзначають, що найчастіше в сім'ях, де є дитина з особливими потребами, домінуючим стилем виховання є гіперопіка. Батьки намагаються зняти з дитини будь-яку відповідальність і зробити за неї все, навіть те, що вона може зробити сама. Дитину ніби поміщають в «тепличні умови». Шкодюючи дитини і допомагаючи їй, батьки самі обмежують можливості її прояву і розвитку. Доволі часто вони мають високий рівень виховної невпевненості і схильні проектувати на дитину власні негативні якості. У багатьох дітей з особливими потребами відзначаються порушення в особистісному розвитку через те, що батьки використовують неправильні стилі виховання (Добряков І. В., Церетелі С.В.)

[18].

Як пише К. Арбатська: «ще однією особливістю можна назвати ідентичність і стабільність сім'ї. Ці поняття ввів Н. Аккерман. Сімейна ідентичність – це устремління, цінності, тривоги, експектації і проблеми адаптації членів сім'ї, що виникають в процесі виконання ними своїх сімейних ролей. Таким чином, сімейна ідентичність визначається як емоційне і когнітивне «Ми» сім'ї. Сімейна ідентичність пов'язана з самосвідомістю особистості і може характеризуватися різним ступенем включення або протиставлення «Я» і «Ми». Поняття стабільності сім'ї впливає на поняття ідентичності та розуміється як збереження ідентичності в часі, здатність сім'ї до зміни і подальшого розвитку і контроль над конфліктами» (Арбатська К. І.) [5, с. 87].

У сім'ях, які виховують дитину з особливими потребами, часто відбувається зрощення свідомості матері з дитиною. Утворюється модель відносин: мати – дитина з особливими потребами та дистанціюється батько. Таким чином, «Ми» матері втілюється в модель «вона з дитиною», з досить недиференційованим «Я» матері і відсутністю «Я» дитини, і окремо існує «Я» батька. Дослідження Свамінейтона і Річман показують, що поява в сім'ї дитини з особливими потребами збільшують шанси на те, що батьки розлучаться або будуть жити окремо (Арбатська К. І., Устинова Н. А.) [цит. за 5, с. 87].

Нарешті, останньою, але не менш важливою психологічною особливістю сім'ї є індивідуальні психологічні особливості сімейних партнерів – це соціально-психологічні особливості подружжя, характерологічні та інтелектуальні показники. Р. Хайрудінова на основі проведеного дослідження робить висновки про низький рівень адаптаційного потенціалу особистості батьків дітей з особливими освітніми потребами, який залежить від рівня розвитку психологічних характеристик особистості, значущих для регуляції психічної діяльності і самої адаптації. У більшості батьків виявляється викривлене, некритичне сприйняття дійсності,

неадекватний рівень самооцінки, внутрішньо-особистісний конфлікт, призводить до невротизації особистості (Тарасун В., Хворова Г.) [61]. Н. Річман зазначає, що для батьків дітей з особливими потребами характерний підвищений стрес, вони відчують почуття провини, сорому, зниження самооцінки. Це може позначитися на інших аспектах сімейного функціонування, вплинути на якість спілкування між сімейними партнерами, їх домовленості, майбутні відносини і сімейну структуру. Т. Хема також описує, що батьки відчують значний стрес поряд з депресією, злістю, запереченням, самобичуванням, виною і розгубленістю (Арбатська К. І., Устинова Н. А.) [5].

Отже, можна визначити наступні психологічні особливості сімей з дітьми з особливими потребами, що впливають на успішне виховання, розвиток і становлення особистості дитини:

- неблагополучний внутрішньо-сімейний психологічний клімат;
- незадоволеність шлюбом;
- стиль сімейного виховання – гіперопіка;
- порушення сімейної ідентичності;
- роз'єднаний рівень сімейної згуртованості і хаотичний рівень сімейної адаптації;
- індивідуальні психологічні особливості сімейних партнерів – низький адаптаційний потенціал особистості, некритичне сприйняття дійсності,
- низький рівень самооцінки, внутрішньо-особистісний конфлікт, хронічний стрес.

У сім'ях, які виховують дітей з особливими потребами, та у зв'язку з вище зазначеними причинами, батьками часто використовуються неадекватні типи виховання. Зазначені типи виховання та особливості їх вияву у батьків дітей з особливими потребами представлені у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Типи виховання дітей з особливими потребами

Тип виховання	Характеристика типу виховання
Гіперопіка	Батьки прагнуть зробити за дитину все, навіть те, що вона може зробити сама. Дитину як би поміщають в «тепличні» умови. Шкодюючи дитину і прагнучи надати їй допомогу, батьки самі обмежують можливості її розвитку. Такий тип виховання часто зустрічається у батьків дітей з ОВЗ. Важкий дефект (при дитячому церебральному паралічі, розумової відсталості, ранньому дитячому аутизмі) провокує батьків на використання неадекватного виховного підходу.
Суперечливе виховання.	Дитина з особливими потребами може викликати у членів сім'ї розбіжності у використанні виховних засобів. Так, наприклад, батьки дитини можуть бути прихильниками жорсткого виховання і пред'являти до неї відповідні вимоги. Одночасно бабуся і дідусь, що живуть в сім'ї, можуть займати занадто «м'яку» позицію і тому дозволяти дитині робити все, що їй захочеться. При такому вихованні у дитини не формується адекватної оцінки своїх можливостей і якостей, вона навчається «лавірувати» між дорослими і часто зіштовхує їх один з одним.
Підвищена моральна відповідальність	Батьки або інші близькі постійно покладають на дитину такі обов'язки і таку відповідальність, з якими дитині з особливими потребами, в силу наявних порушень, важко впоратися. У дитини виникає підвищена стомлюваність, відсутня адекватна оцінка своїх можливостей. Вона завжди не дотягує до оптимального результату, тому постійно неуспішна. Її часто лають, і вона відчуває себе винуватою, що, безсумнівно, формує у неї занижену самооцінку.
Виховання в «культі» хвороби.	Багато батьків формують в родині ставлення до дитини як до «хворої». При такому характері взаємовідносин дитині властиві недовірливість, страх перед будь-якою недугою (дитина ніколи не їсть морозива, так як боїться застудитися; не грає з однолітками у дворі в «класики», так як боїться зламати при стрибках ногу, і т.і.). Дитина ставить до себе, як до «хворої», тому у неї формується уявлення про себе, як про слабку, не здатну до великих досягнень людину. Її внутрішня позиція завжди ближче до відмови від вирішення проблеми, ніж до її подолання.
Симбіотичний тип виховання	Розвиває у батьків повне «розчинення» в проблемах дитини. Найчастіше подібний виховний підхід зустрічається у матерів хворих дітей, які виховують їх в неповних сім'ях. Такі матері створюють для своїх дітей особливу атмосферу всередині сім'ї – атмосферу абсолютної любові до дитини. Вони практично повністю забувають про власні проблеми, професійній кар'єрі і особистісному зростанні. Така материнська любов спотворює можливості не тільки власної особистості, а й особистісного розвитку дитини. В результаті такого виховання формується егоїстична особистість, не здатна до прояву любові.
Тип виховання «маленький невдаха»	Батьки, використовують цей виховний підхід, приписують своїй дитині соціальну неспроможність і впевнені в тому, що вона ніколи не досягне успіху в житті. Батьки переживають почуття досади й сорому через те, що діти постійно виявляють неуспішність і невірність. Деякі розглядають життя з такою дитиною як непосильну ношу, як «хрест» на

	все життя.
--	------------

Продовження таблиці 1.3

Гіпоопіка	Цей тип виховання частіше зустрічається в сім'ях з низьким соціальним статусом (в сім'ях наркоманів, алкоголіків, які ведуть асоціальний спосіб життя) або в сім'ях, де дитина з порушеннями в розвитку не має цінності в силу цих відхилень. Батьки практично не здійснюють за ним догляд, дитина може бути неохайно одягнена, погано нагодована. Ніхто не стежить за дотриманням умов, що забезпечують її розвиток. Зазвичай в такому ж становищі перебувають і її здорові брати і сестри.
Заперечення дитини	Відсутність любові до дитини буває в сім'ях не тільки з низьким, але і з високим соціальним статусом. Заперечення дитини може бути пов'язане у свідомості батьків з ідентифікацією себе з дефектом дитини. Найчастіше це зустрічається у батька. У разі материнського відкидання дитини ситуація пояснюється незрілістю особистісної сфери матері і несформованістю материнського інстинкту.

Психологічна травматизація батьків дітей з особливим потребами, характеристики їх особистості, «безвихідність» соціальної позиції часто не дозволяють їм раціонально використовувати виховні прийоми. Батьки нервують, прагнучи подолати труднощі дитини, і найчастіше помиляються у виборі адекватного виховного підходу.

Висновки до першого розділу

Проведене теоретичне дослідження дозволяє зробити наступні висновки:

1. Розлади аутичного спектру (РАС) – це загальне порушення розвитку, що виявляється на вербальному і невербальному рівнях комунікації та взаємодії, у цілому утруднює розвиток адаптаційних процесів.

Виокремлюють наступні діагностичні критерії аутизму на основі МКХ-10:

1. Якісні порушення соціальної взаємодії.
2. Якісні зміни комунікації.
3. Обмежені і повторювані стереотипні шаблони в поведінці.
4. Неспецифічні проблеми.
5. Маніфестація симптомів до трирічного віку.

На сьогоднішній день виявити механізм розвитку захворювання не вдається. У дослідженні Н. Лаврова зазначено наступні можливі причини розвитку РАС: «мутації і взаємодії генів; вплив речовин, здатних викликати вроджені дефекти; зовнішнє середовище і епігенетичні фактори. Важливе значення мають і підвищення активності імунної системи; пренатальний стрес; дефіцит вітаміну D або недолік тиреоїдних гормонів у матері. Стан організму матері грає важливу роль під час вагітності» (Лавров Н. В., Шабанов П. Д.) [26, с. 22].

2. Більшість досліджень доводять, що батьки дітей з аутичними розладами характеризується такими особливостями: стурбованістю, високим показником тривожності, слабкістю, наявністю соціальних страхів і підозрілістю. У більшості випадків такі батьки рідко вступають у розмови з незнайомими людьми, виявляють насторожене ставлення до всіх, хто хоче спілкуватися з їх дітьми.

Проведені експериментальні дослідження дозволили виділити три психологічних типи батьків як варіанти акцентуації, що виникли в результаті тривалої психотравмуючої ситуації: авторитарний, невротичний та психосоматичний.

3. Народження дитини з особливими потребами для більшості родин є сильним стресовим фактором. Труднощі, що виникають при вихованні зазначеної категорії дітей обумовлюють якісні зміни в життєдіяльності родини та можуть призводити до дезадаптації сім'ї та виникнення сімейної кризи.

Зазначений стрес порушує усю структуру родини як кількісно (поява дитини) так і якісно (підвищується ризик відмови родини від такої дитини, змінюється тип і стиль родинних взаємовідносин, можливе розлучення батьків). Така зміна родинної структури обумовлює і функціональні порушення: кожна сімейна функція змінюється та набуває нового розуміння. Також з'являються і нові специфічні функції для таких родин – корекційна, реабілітаційна та інші.

Спостереження О. Хмизової та Н. Остапенка (Хмизова О. В., Остапенко Н. В.) [65] доводить, що можна умовно виділити три групи адаптованості поведінки батьків дітей з особливими потребами:

1 група – батьки, які адекватно сприймають особливості дитини: вони намагаються розвивати її потенціал; постійно шукають нові шляхи, методи прийоми, засоби її навчання та виховання;

2 група – батьки, які приділяють увагу дитині з особливими потребами. Намагаються розвивати дитину, але при цьому їх власний емоційний фон суттєво знижений;

3 група – батьки, які матеріально забезпечують дитину з особливими потребами, але не надають їй емоційної підтримки. Для таких батьків дитина стає чужою. Іноді вони намагаються виправити цю ситуацію шляхом народження іншої дитини.

Загальна психологічна травматизація батьків дітей з особливими потребами, характеристики їх особистості, «безвихідність» соціальної позиції часто не дозволяють їм раціонально використовувати виховні прийоми. Батьки нервують, прагнучи подолати труднощі дитини, і найчастіше помиляються у виборі адекватного виховного підходу.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОЇ СФЕРИ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

2.1. Методологічні засади емпіричного дослідження

Виховання дитини – це важка праця, до якої досить часто молоді батьки виявляються не підготовленими, оскільки звичний спосіб життя родини з народженням дитини значною мірою змінюється. Безсонні ночі, постійна тривоги за стан малюка, постійний страх зробити щось не так, труднощі з адаптацією до своїх нових соціальних ролей – усе це впливає на стан батьків. А розуміння з часом того факту, що дитина відрізняється від інших дітей може чинити серйозний удар для батьків, і до усіх інших проблем виховання додається найголовніша – виховання дитини з розладами аутичного спектру. Звісно, усі ці фактори безпосередньо мають значний вплив на емоційний стан батьків, який з часом може порушуватися та у кінцевому результаті обумовлювати нервовий зрив, депресію і перевтому.

У сім'ях, які виховують дітей з розладами аутичного спектру, складаються неадекватні міжособистісні відносини за різними причинами. До факторів, що можуть порушувати внутрішню-сімейну атмосферу і соціальні контакти сім'ї, що впливають на розвиток неконструктивних моделей дитячо-батьківських відносин і, найважливіше, є визначальними умовами виховання дітей з РАС в сім'ї, можна віднести наступні:

1. Характер і ступінь виразності порушень у дитини;
2. Особистісні особливості батьків (осіб, які їх заміщають), які загострюються в травмуючі ситуаціях.
3. Ціннісні орієнтації батьків (осіб, які їх заміщають) і вплив батьківських

установок на сам процес виховання дитини, що значною мірою залежить від сімейних, національних традицій, культурного рівня і педагогічної компетентності батьків; при цьому важливе значення у виборі батьками моделі виховання («Співпраця» або «відмова від взаємодії») мають їх психологічні особливості.

4. Соціальне середовище і умови, які сприяють або перешкоджають реалізації батьками своїх виховних завдань (Ткачова В. В.) [64].

Офіційні дані про поширеність РАС в Україні відсутні. Батьки, які виховують дитину з аутизмом, несуть важке психологічне навантаження, схильні до розвитку депресій, тривожних розладів і «психологічного вигорання». Їм властиві «тривожне, катастрофічне мислення» і множинні соматичні скарги. При цьому показники тривоги і виразність депресивних розладів (знижений настрій, песимізм, ангедонія, недолік ініціативи) у батьків дітей з аутизмом вище, ніж у батьків дітей з іншими ментальними порушеннями (Баб'як К.) [6].

Синдром вигорання – термін, запропонований Фройденбергером (1974) для опису наростаючого емоційного виснаження, що призводить до дегуманізації відносин з іншими людьми і редукції особистих досягнень (Водопьянова Н. Є., Старченкова О. С.) [14]. Синдром проявляється в сукупності фізичних, емоційних, поведінкових, інтелектуальних і соціальних симптомів. Виснаження розвивається поступово, у міру збільшення кількості часу, проведеного в емоційно напруженій ситуації.

У дослідженні робимо акцент на визначення емоційно-поведінкової сфери батьків у залежності від міри емоційного вигорання, оскільки вважаємо, що даний синдром досить серйозно може впливати не тільки на стан батьків, але й на взаємовідносини з їх дітьми та іншими членами родини.

Основними методами психодіагностичного вивчення будь-якої родини є спостереження і експеримент. Як додаткові методи можуть бути застосовані бесіда-інтерв'ю, вивчення документації, спостереження та аналіз продуктів

діяльності родини.

Проведення експериментального психологічного дослідження вимагає залучення досить об'ємної кількості діагностичних методик у зв'язку з важливістю комплексної діагностики. Як конкретний психодіагностичний інструментарій можуть застосовуватися відомі методики, що вивчають особливості особистісної та міжособистісних сфер членів сім'ї.

У дослідження застосовано наступні **методи**:

1. Теоретичні (аналіз та систематизація попередніх теоретичних та емпіричних досліджень зазначеної теми).
2. Емпіричні (опитувальники та тести – таблиця 2.1).
3. Методи обробки отриманих результатів (ϕ – критерій Фішера, t-критерій Ст'юдента з метою визначення значущих розбіжностей та кореляційний аналіз за Пірсоном з метою встановлення характеру взаємозв'язку досліджуваних показників). Математичний аналіз проводився з використанням програми Statistica 10.

Емпіричну вибірку склали батьки, що виховують дітей з розладами аутичного спектру – 31 особа (29 жінок та 2 чоловіків), віком від 25 до 40 років. З них 19 досліджуваних (61,3 %), що виховують дитину до 10 років, 8 респондентів (25,8 %) виховують дитину до 5 років та 4 досліджуваних (12,9 %) – більше 10 років.

Гіпотези дослідження:

1. Існують певні розбіжності емоційної сфери батьків, що виховують дітей з РАС у залежності від міри їх емоційного вигорання.
2. Існують певні розбіжності особистісних характеристик батьків, що виховують дітей з РАС у залежності від міри їх емоційного вигорання.
3. Існують певні розбіжності типів батьківського ставлення у залежності від міри емоційного вигорання батьків.
4. Батьки з різним емоційним станом мають різні прояви поведінкової сфери та типу батьківського ставлення.

З метою досягнення поставленої мети та перевірки гіпотез поставлено

виконання наступних завдань:

1. Емпірично дослідити особливості емоційної сфери батьків, що виховують дітей з РАС у залежності від міри їх емоційного вигорання.
2. Емпірично дослідити особливості поведінкової сфери батьків, що виховують дітей з РАС у залежності від міри їх емоційного вигорання.
3. Встановити характер взаємозв'язку емоційного ставлення та показників поведінкової сфери батьків дітей з розладами аутичного спектру.
4. Визначити основні напрями психологічного супроводу батьків, що виховують дітей з РАС.

Для досягнення поставленої мети застосовано наступний **комплекс методів:**

Таблиця 2.1

Методи емпіричного дослідження

Метод	Мета, показники
Методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» (В.Бойко, адапт. Є. Ільїна)	Визначення рівня емоційного вигорання (встановлене емоційне вигорання; емоційне вигорання на стадії формування; відсутнє емоційне вигорання). Встановлення трьох фаз емоційного вигорання – «напруга», «резистенція», «виснаження» – і 12 симптомів, що характеризують ці фази: напруга (переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, «загнаний в клітку», тривога і депресія), резистенція (неадекватне вибіркоче емоційне реагування, емоційно-етична дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків), виснаження (емоційний дефіцит, емоційна відчуженість, особова відчуженість (деперсоналізація), психосоматичні і психовегетативні порушення).
Опитувальник «Самооцінка тривоги, фрустрації, агресивності та ригідності» (Г. Айзенка)	Діагностика рівня виразності таких психічних станів: тривожності, агресивності, фрустрації та ригідності.
Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А. Макламова і С. Чермяніна)	Оцінка адаптаційних можливостей особистості з розрахунком соціально-психологічних особливостей і деяких психофізіологічних характеристик, які відображають узагальнені особливості нервово-психічного і соціального розвитку. Показники, що вимірюються: нервово-психічна стійкість; комунікативний потенціал; моральна нормативність; особистісний адаптаційний потенціал; суїцидальний ризик.
Методика «Виявлення стресостійкості та соціальної	Дозволяє виявити наявності або відсутності стресу та ступінь його виразності – високий, помірний та

адаптації» (Холмса і Page)	низький.
----------------------------	----------

Продовження таблиці 2.1.

Опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» (Е. Ейдемільер, В. Юстицкіс)	Визначення міри розвитку почуття провини, нервово-психічного напруження та сімейної тривожності.
Опитувальник «Тип батьківського ставлення» (А. Варга, В. Століна)	Діагностика домінуючого батьківського ставлення: «прийняття – відторгнення»; «кооперація»; «симбіоз»; «контроль»; «ставлення до невдач дитини».
Методика «16-факторний особистісний опитувальник» (Р. Кеттела)	Визначення наступних характеристик особистості: замкнутість-товариськість, інтелект, емоційна нестійкість – емоційна стійкість, підпорядкованість – домінантність, стриманість – експресивність, підвласність почуттям - висока нормативність поведінки, нерішучість - сміливість, жорстокість - чутливість, довірливість - підозріливість, практичність - розвинута уява, прямолінійність - дипломатичність, впевненість у собі - тривожність, консерватизм - радикалізм, конформізм - нонконформізм, низький самоконтроль - високий самоконтроль, розслаблення - напруженість, адекватність самооцінки.

2.2. Результати дослідження соціально-психологічних особливостей емоційно-поведінкової сфери батьків дітей з РАС

Результати дослідження за методикою «Діагностика емоційного вигорання» (В. Бойка) зображені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати дослідження емоційного вигорання батьків дітей з розладами аутичного спектру

Результати дослідження	Кількість людей	Кількість %
Сформоване емоційне вигорання	14	45,2%
Емоційне вигорання, що формується	11	35,5%
Відсутнє емоційне вигорання	6	19,3%

За результатами дослідження встановлено, що більшість батьків – 45,2 % мають сформоване емоційне вигорання, ще у 35,5 % формується

емоційне вигорання та у 19,3 % не має емоційного вигорання.

Таким чином нами було виявлено, що більшість батьків дітей з розладами аутичного спектру мають сформоване емоційне вигорання. Для таких батьків характерно наявність механізмів психологічного захисту, які виявляються у формі повного або часткового виключення емоційної сфери у відповідь на ті ситуації, що несуть для них психотравмуючу сутність. Припускаємо, що такими ситуаціями виступає поведінка їх дітей, а отже такі батьки потребують кваліфікованої допомоги спеціалістів з метою налагодження психоемоційного стану.

Також слід вказати, що у значного відсотка батьків (35,5 %) формується емоційне вигорання, а отже вони знаходяться на межі емоційного виснаження. Найменший відсоток досліджуваних – 19,3 % не мають емоційного вигорання, що свідчить про стійку психіку таких батьків.

Середні показники батьків у залежності від виразності рівня емоційного вигорання у зображенні в таблиці 2.3.

У групі досліджуваних батьків із сформованим емоційним вигоранням виявлено, що у фазі напруження найбільш виразними симптомами є – «переживання психотравмуючих обставин» (22,3) та «незадоволеність собою» (18,3). Переживання психотравмуючих обставин виявляється у формі відповідної реакції на ті ситуації, які сприяють формуванню емоційного вигорання. Цей симптом виявляється в усвідомленні психотравмуючих чинників сімейної ситуації, які важко усунути. У такому випадку можуть накопичуватися високою мірою відчай, обурення та у цілому різні форми вигорання. Встановлений симптом – незадоволеність собою, вказує на те, що у результаті невдач батьки не можуть вплинути на ситуації, що їх травмують та у такому випадку можуть відчувати загальну незадоволеність собою, своїми сімейними обов'язками, а саме вихованням такої дитини.

Таблиця 2.3

**Результати дослідження симптомів емоційного вигорання батьків
дітей з розладами аутичного спектру**

Симптоми емоційного вигорання		Сформоване емоційне вигорання	Емоційне вигорання в стадії формування	Відсутнє емоційне вигорання
Напруження	Переживання психотравмуючих обставин	22,3	10,8	8,5
	Незадоволеність собою	18,3	7,8	7
	Загнаність в клітку	13,5	9,1	4,7
	Тривога та депресія	12,1	11,2	7,1
Резистенція	Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	20,4	13,1	8,3
	Емоційно-моральна дезорієнтація	18,05	8,75	4,8
	Розширення сфери економії емоцій	11,05	12,9	7,1
	Редукція професійних обов'язків	19,9	13,2	5,8
Виснаження	Емоційний дефіцит	19,9	11,05	6,1
	Емоційна відстороненість	21,8	11,5	5,2
	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	20	9,8	5,5
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	15,6	8,9	4,8

У фазі резистенція домінуючими симптомами у батьків є «неадекватне вибіркоче емоційне реагування» (20,4) та «редукція професійних обов'язків» (19,9). Неадекватне вибіркоче емоційне реагування

свідчить про те, що батьки неправильно виявляють емоційні переживання, а саме обмежують свої емоції за рахунок вибіркової реакції на психотравмуючі ситуації. З боку така ситуація сприймається як емоційна черствість батьків, байдужість та неспроможність. Загальна редукція професійних обов'язків вказує на зменшення інтересу до оточуючих людей, бажання з ними спілкуватися. Такі симптоми (неадекватне емоційне реагування та редукція професійних обов'язків) представляє собою вияв механізмів психологічного захисту батьків. Можливо це пов'язано з тим, що досліджувані з часом стали «емоційно черствими» через виховання хворої дитини. Такі механізми захисту можуть обумовлювати погіршення емоційного стану батьків, а саме накопичення негативних переживань, що з часом можуть вибухнути у взаємовідносинах з близькими людьми. Таким батькам необхідно виговоритися та пропрацювати усі пережиті переживання.

У фазі виснаження провідними симптомами батьків є «емоційна відстороненість» (19,9) та «особистісна відстороненість» (20). Емоційна відстороненість батьків вказує на те, що досліджувані поступово навчаються жити як «бездушні автомати». Виявляється це у тому, що батьки майже повністю виключають емоції із свого життя. Як правило, це відбувається на несвідомому рівні психіки та не має усвідомленого характеру, а в інших сферах життя вони можуть виявляти емоції без відстороненості. Реагування без почуттів та емоцій – найбільш яскравий симптом емоційного вигорання. Вигорання у цілому може проникати в систему цінностей особистості батьків та обумовлювати формування антигуманістичного настрою.

Отримані результати виявилися значущими, а саме:

1. Більшість батьків з емоційним вигорання мають високий показник переживання психотравмуючих обставин, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання $t_{emp} (2,88)$, $p \leq 0,01$ та досліджуваних, що знаходяться на етапі формування емоційного вигорання $t_{emp} (2,27)$, $p \leq 0,05$.
2. Більшість батьків з емоційним вигорання мають високий

показник незадоволеності собою, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання t_{emp} (2,57), $p \leq 0,01$ та досліджуваних, що знаходяться на етапі формування емоційного вигорання t_{emp} (2,09), $p \leq 0,05$.

3. Більшість батьків з емоційним вигорання мають високий показник неадекватного вибіркового емоційного реагування, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання t_{emp} (2,86), $p \leq 0,01$ та досліджуваних, що знаходяться на етапі формування емоційного вигорання t_{emp} (2,27), $p \leq 0,05$.
4. Більшість батьків з емоційним вигорання мають високий показник редукції професійних обов'язків, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання t_{emp} (2,88), $p \leq 0,01$.
5. Більшість батьків з емоційним вигорання мають високий показник емоційної відстороненості, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання t_{emp} (2,99), $p \leq 0,001$.
6. Більшість батьків з емоційним вигорання мають високий показник особистісної відстороненості, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання t_{emp} (2,79), $p \leq 0,01$ та досліджуваних, що знаходяться на етапі формування емоційного вигорання t_{emp} (2,05), $p \leq 0,05$.

Також нами було визначено показники емоційного вигорання у залежності від віку дітей досліджуваних. Отримані результати зображені у таблиці 2.4.

За табличними даними можна зробити висновок, що на емоційне вигорання батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру може впливати вік дитини, так як у більшості батьків, що виховують дитину, якій до 10 років емоційне вигорання вже сформувалось (32,3 %) або знаходиться в стадії формування (25,8 %), на відміну від батьків, які виховують дитину до 5 років ф-ем. (4,81), $p \leq 0,001$ і старше 10 років ф-ем. (2,91), $p \leq 0,01$. Звісно у такій ситуації з розвитком дитини підвищуються і складності у її вихованні.

Таблиця 2.4.

**Результати дослідження особливостей емоційного вигорання батьків
у залежності від віку дитини**

Вік дитини	Сформоване емоційне вигорання		Емоційне вигорання в стадії формування		Відсутнє емоційне вигорання	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
До 5 років	-	-	5	16,1%	3	9,7%
До 10 років	10	32,3%	8	25,8%	1	43,2%
Більше 10 років	-	-	4	12,9%	-	-

У батьків, що мають дітей, яким більше 10 років емоційне вигорання (для 12,9 %) знаходиться в стадії, що формується. Вважаємо, що це пов'язано з досягненням певних навичок сімейного виховання та загальним рівнем адаптації. На даному етапі батьки можуть замислюватися про досягнуте, реально оцінюють свої батьківські можливості.

У батьків, що виховують дитину до 5 років сформоване емоційне вигорання відсутнє, лише у 16,1 % досліджуваних емоційне вигорання знаходиться на стадії формування.

Отже, результати дослідження свідчать про те, що у більшості досліджуваних сформоване емоційне вигорання. Це говорить про те, що виховання дітей з розладами аутичного спектру вимагає великого емоційного навантаження батьків, їх відповідальності і мають дуже незначні критерії успіху. Батьки, що виховують дітей з розладами аутичного спектру більшою мірою, ніж батьки «звичайних» дітей, відчують вплив об'єктивних

стресових ситуацій, що обумовлюють формування комплексу порушень, які виявляються у особистісній, сімейній, соціальній та професійній сферах життя.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що досліджувані батьки дітей, що виховують дітей з розладами аутичного спектру потребують допомоги фахівців з метою покращення психоемоційного стану, зокрема з високим показником їх емоційного вигорання, що значною мірою негативно впливає на їх самопочуття та взаємовідносини з оточуючими.

Наступним кроком дослідження було визначення показників адаптивності батьків у залежності від міри емоційного вигорання (45,2 % мають сформоване емоційне вигорання, ще у 35,5 % формується емоційне вигорання та у 19,3 % не мають емоційного вигорання). Отримані результати зображені у таблиця 2.5.

Таблиця 2.5

Результати дослідження показників адаптивності батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру

Шкали	Середні показники		
	Батьки з емоційним вигоранням	Батьки з емоційним вигоранням, що формується	Батьки з відсутнім емоційним вигоранням
Нервово-психічна стійкість	44	30	17
Комунікативний потенціал	17	16	15
Моральна нормативність	25	17	21
Адаптаційний потенціал	28	21	18

Отже, досліджувані з емоційним вигоранням демонструють низький рівень нервово-психічної стійкості (44); високий рівень комунікативного потенціалу (17); задовільний рівень моральної нормативності (25) та

задовільний загальний рівень адаптивності (28). Досліджувані батьки з емоційним вигоранням в стадії формування мають задовільний рівень нервово-психічної стійкості (30); високий рівень комунікативного потенціалу (16) та моральної нормативності (17); задовільний рівень загальної адаптивності (21). Досліджувані, що не мають емоційного вигорання демонструють високий рівень нервово-психічної стійкості (17), комунікативного потенціалу (15), моральної нормативності (21) та загальний рівень адаптивності (18).

Таким чином, досліджувані батьки, які мають емоційне вигорання виявляють низький рівень поведінкової регуляції, проявляють схильність до нервово-психічних зривів. Попри це, високий комунікативний потенціал вказує на те, що такі досліджувані досить швидко можуть встановлювати контакти з оточуючими людьми. Також досліджувані здатні адекватно сприймати запропоновану для них соціальну роль. Задовільний рівень загальної адаптивності свідчить про те, що досліджувані володіють ознаками різних акцентуацій характеру, котрі в звичних умовах можуть частково компенсуватися при різкій зміні діяльності. Отже, успішність адаптації, у першу чергу, залежить від зовнішніх умов середовища. Таких батьків можна характеризувати як емоційно стійких, але час від часу вони можуть виявляти асоціальні зриви, агресивність і конфліктність.

Досліджувані батьки з емоційним вигоранням в стадії формування володіють задовільним рівнем нервово-психічної стійкості, це вказує на те, що респонденти адекватно сприймають оточуючу дійсність, але час від часу схильні до нервово-психічних зривів. Встановлено, що батьки виявляють високий рівень розвитку комунікативного потенціалу та моральної нормативності, отже можуть швидко встановлюють контакти з оточуючими, володіють високим рівнем соціалізації, адекватно сприймають свою роль у колективі, орієнтуються у своїй поведінці на загальноприйняті норми поведінки.

Досліджувані, з відсутнім емоційним вигоранням демонструють

високий рівень розвитку всіх складових адаптивності, а саме нервово-психічної стійкості, комунікативного потенціалу, моральної нормативності та загального рівня адаптивності. Можливо, відсутність емоційного вигорання пов'язано саме з високим рівнем їх адаптивності.

Отримані результати виявилися значущими, а саме:

1. Більшість батьків з емоційним вигоранням виявляють низький показник нервово-психічної стійкості, на відміну від досліджуваних, що не мають емоційного вигорання $t_{emp} (3,77)$, $p \leq 0,01$;
2. Більшість батьків з емоційним вигоранням виявляють задовільний рівень адаптивності, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання $t_{emp} (1,99)$, $p \leq 0,05$.

З метою дослідження емоційного стану батьків було застосовано також методику «Самооцінка тривожності, фрустрації, агресивності і ригідності».

На рис. 2.1. наглядно видно, що результати дослідження емоційних станів батьків відрізняються у залежності від міри емоційного вигорання. Більшість батьків, що мають емоційне вигорання виявляють середній рівень тривожності (43,1); середній рівень фрустрації (35,4); середній рівень агресивності (42,5) та ригідності (40,4). Батьки, що мають емоційне вигорання у стадії формування виявляють середній рівень ригідності (40,2) та фрустрації (31); низький рівень тривожності (26) та агресивності (27). Досліджувані батьки, що не мають емоційного вигорання демонструють середній рівень фрустрації (30) та ригідності (41,1); низький рівень тривожності (29) та агресивності (28).

Більшість батьків з відсутнім емоційним вигоранням $t_{emp} (2,37)$, $p \leq 0,05$ та більшість батьків з емоційним вигоранням, що формується $t_{emp} (2,81)$, $p \leq 0,05$ виявляють низький рівень тривожності, на відміну від батьків з встановленим емоційним вигоранням. Для досліджуваних з емоційним вигоранням характерний середній рівень тривожності, тобто вони схильні,

час від часу, сприймати більшість ситуацій як погрожуючі, реагують на такі ситуації станом тривоги, у залежності від ситуації можуть демонструвати невротичні конфлікти з емоційними і невротичними хворобами. Тобто, такий стан може обумовлювати психосоматичні захворювання.

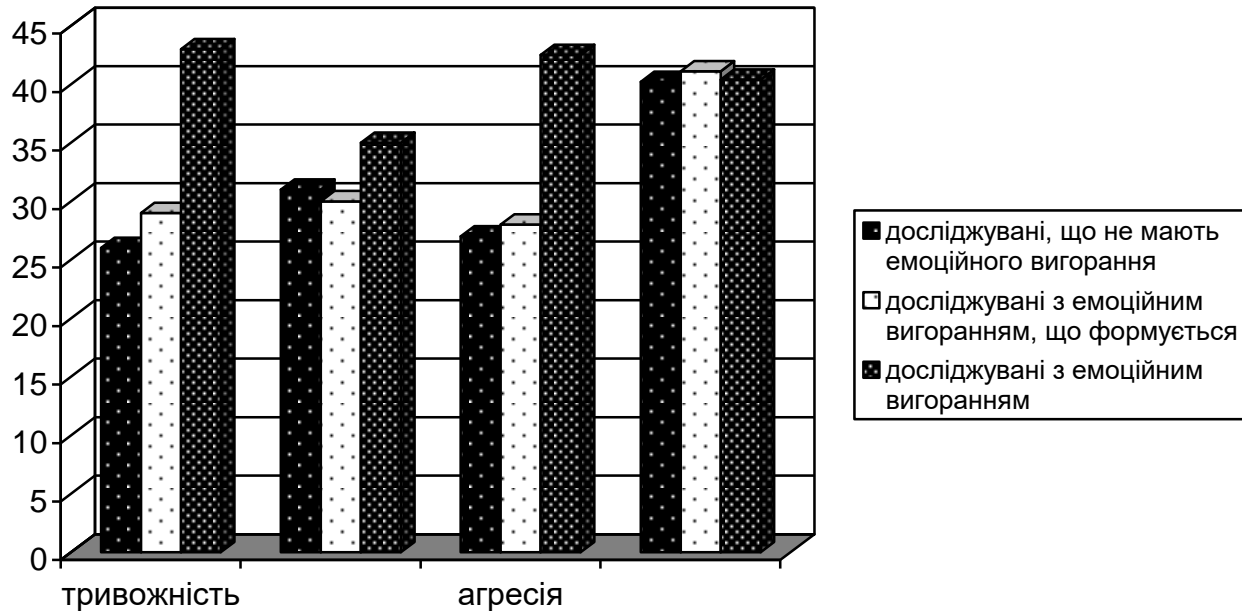


Рис. 2.1. - Результати дослідження емоційних станів батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру

Незалежно від міри емоційного вигорання більшість батьків виявляють середній рівень фрустрації та ригідності.

За наступним показником, більшість досліджуваних з емоційним вигоранням, що формується $t_{emp} (2,70)$, $p \leq 0,05$ та більшість батьків, що не мають емоційного вигорання $t_{emp} (2,58)$, $p \leq 0,05$ виявляють низький рівень агресивності, на відміну від батьків з високим показником емоційного вигорання. Отже, саме досліджувані з емоційним вигоранням виявляють середній рівень агресії, це може говорити про те, що такі досліджувані відчують агресію в основному тільки в тих випадках, коли дуже розгнівані, коли ситуація виснажує, і тоді, коли інші люди виявляють до них агресію.

За допомогою методики «Виявлення стресостійкості та соціальної

адаптації» проаналізовано особливості рівня опору стресовим ситуаціям батьків у залежності від рівня емоційного вигорання (рис. 2.2).

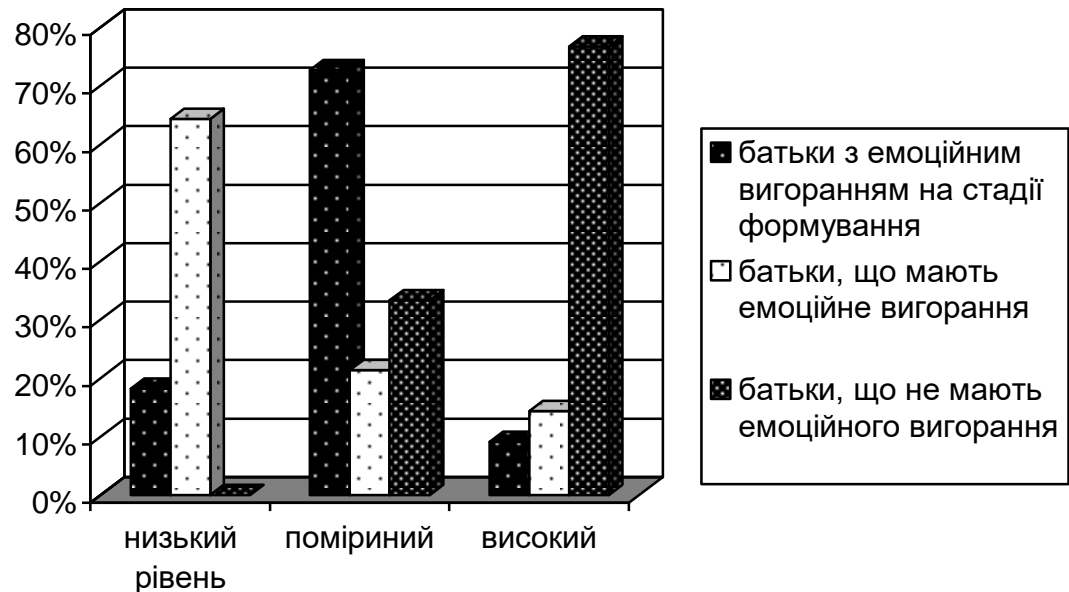


Рис. 2.2. – Розподіл рівня стресостійкості та соціальної адаптації батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру

Найбільш поширений тип опору в стресових ситуаціях у більшості батьків з емоційним вигоранням, що формується (72,7 %) – помірний, у 18,2 % низький та ще у 9,1 % високий. 64,3 % досліджуваних батьків з емоційним вигоранням виявляють низький рівень, 21,4 % помірний та 14,3 % високий рівень стресостійкості. 76,7 % досліджуваних, що не мають емоційного вигорання виявляють високий рівень стресостійкості та 33,3 % помірний.

Таким чином, можемо стверджувати, що більшість досліджуваних батьків з емоційним вигоранням виявляють низький рівень стресостійкості (64,3 %), на відміну від батьків з емоційним вигоранням на стадії формування ф-ем. (3,89), $p \leq 0,001$ та батьків, що не мають емоційного вигорання ф-ем. (4,19), $p \leq 0,001$. Це може вказувати про реальну проблему, адже таким досліджуваним може грозити психосоматичне захворювання, оскільки вони найближчі до фази нервового виснаження.

Більшість досліджуваних, що не мають емоційного вигорання

виявляють високий рівень стресостійкості (76,7 %), на відміну від батьків з емоційним вигоранням на стадії формування ф-ем. (3,79), $p \leq 0,001$ та батьків, що не мають емоційного вигорання ф-ем. (3,66), $p \leq 0,001$. Це вказує на те, що такі досліджувані можуть достатньо адекватно справлятися зі значними емоційними, вольовими та інтелектуальними навантаження за допомогою своїх особистісних характеристик, рис та якостей характеру.

Більшість батьків, що знаходяться на стадії формування емоційного вигорання (72,7 %) мають помірний тип опору стресовим ситуаціям, на відміну від батьків з емоційним вигоранням ф-ем. (2,89), $p \leq 0,001$ та батьків, що не мають емоційного вигорання ф-ем. (3,05), $p \leq 0,001$. Тобто, у залежності від ситуації досліджувані батьки можуть достатньо легко переносити значні навантаження, а в інших ситуаціях можуть виявляти певну нездатність до опору стресовим ситуаціям.

За результатами дослідження аналізу сімейної тривоги були виявлені наступні результати (таблиця 2.6):

Таблиця 2.6

Результати дослідження показників сімейної тривоги батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру

Шкали	Середні показники		
	Батьки з емоційним вигоранням	Батьки з емоційним вигоранням, що формується	Батьки з відсутнім емоційним вигоранням
Почуття провини	6,8	5,4	5,8
Нервово-психічне напруження	6	5,1	4
Сімейна тривожність	7,3	6,3	6,1

Отримані результати батьків, що мають емоційне вигорання свідчать

про те, що для них характерне підвищене нервово-психічне напруження та високий показник почуття провини (6,8) та сімейної тривожності (7,3). Для батьків з емоційним вигоранням, що формується, характерні підвищені показники почуття провини (5,4), середні показники нервово-психічного напруження (5,1) та високий показник сімейної тривожності (6,3). Батьки з відсутнім емоційним вигоранням мають підвищене почуття провини (5,8), низький показник нервово-психічного напруження та високий показник сімейної тривожності (6,1).

Отже, більшість батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру, незалежно від міри емоційного вигорання, виявляють високий показник сімейної тривожності. Такі результати свідчать про те, що у цілому у родині досліджуваних домінує загальне занепокоєння, більшість ситуацій членами родини сприймаються як загрозливі. Така домінуюча сімейна тривожність може негативно впливати на емоційний стан членів родини та їх взаємовідносини.

Також встановлено, що незалежно від рівня емоційного вигорання, більшість батьків відчувають почуття провини. Це свідчить про те, що батьки пов'язують захворювання своєї дитини з власною особистістю або іншими членами родини. Підвищений вияв почуття провини також негативно може впливати на емоційний стан батьків.

Висока міра нервово-психічного напруження встановлено у батьків, що мають емоційне вигорання, у досліджуваних, в яких емоційне вигорання знаходиться у фазі формування підвищений показник, а у батьків з відсутнім емоційним вигоранням даний показник має низьку міру вияву $t_{emp} (2,01)$, $p \leq 0,05$. Отже саме батьки з емоційним вигоранням схильні до невротичних розладів.

У цілому отримані результати свідчать про те, що категорія батьків (незалежно від міри емоційного вигорання), що виховують дітей з розладами аутичного спектру потребує допомоги спеціалістів, оскільки підвищені показники провини та високі показники сімейної тривожності вказують на

несприятливі прогнози для їх самопочуття та взаємовідносин з іншими членами родини та власними дітьми.

Результати дослідження за 16-факторним особистісним опитувальником зображені на рис. 2.3.

Результати проведеного дослідження за тестом дозволяють стверджувати, що особистісні характеристики досліджуваних батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру можна розглядати у зв'язку з такими якостями особистості як, рівень розвитку інтелекту, особливостями емоційно-вольової сфери, комунікативними особливостями, ставленням до справи, до людей, соціальних і групових норм.

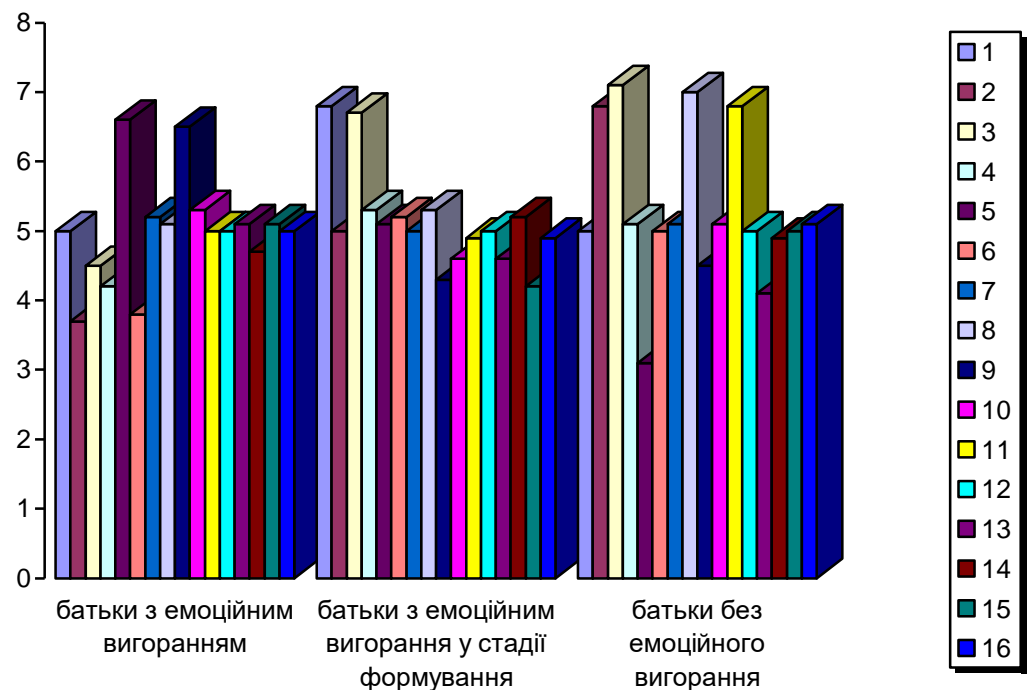


Рис. 2.3 – Результати дослідження особистісних характеристик батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру

Примітка: 1 - замкнутість-товариськість; 2 – інтелект; 3 - емоційна нестійкість - емоційна стійкість; 4 - підпорядкованість – доміантність; 5 - стриманість – експресивність; 6 - підвласність почуттям - висока нормативність поведінки; 7 - нерішучість – сміливість; 8 - жорстокість – чутливість; 9 - довірливість – підозріливість; 10 - практичність - розвинута уява; 11 - прямолінійність – дипломатичність; 12- впевненість у собі – тривожність; 13 - консерватизм – радикалізм; 14 - конформізм – нонконформізм; 15 - низький самоконтроль - високий самоконтроль, 16 - розслаблення – напруженість.

Досліджувані батьки з відсутнім емоційним вигоранням характеризуються високим рівнем інтелекту (6,8), високою емоційною стійкістю (7,1), чутливістю (7) та дипломатичністю (6,8). Також досліджувані мають низькі показники стриманості (3,1) та консерватизму (4,1). Отже, такі батьки виявляють абстрактність мислення, здатність швидко навчатися. Для них характерна стриманість у поведінці, працелюбність, загальна емоційна зрілість, поступливість характеру, схильність до романтизму, жіночність, художнє сприйняття світу, володіють високим рівнем емпатії, співчуття, співпереживання та розуміння інших. Низькі показники окремих факторів досліджуваних з відсутнім емоційним вигоранням вказують на наступне: вони розсудливі, обережні, мовчазні, консервативні, стійкі до традиційних труднощів.

Досліджувані батьки з емоційним вигоранням в стадії, що формується, характеризуються високим рівнем відкритості (6,8), емоційною стійкістю (6,7); низьким рівнем прояву практичності (4,6), консерватизму (4,6) та самоконтролю (4,2). Таким чином, можемо стверджувати, що дані досліджувані досить відкриті і добродушні, товариські, їм властива природність і невимушеність у поведінці та уважність до оточуючих. Вони охоче працюють з людьми, активні в урегулюванні конфліктів, довірливі, не бояться критики, здатні виявляти істинні емоції. Також для них характерна стриманість, працелюбність, емоційна зрілість, реалістичність налаштування, стійкість інтересів. У крайніх випадках можуть демонструвати емоційну ригідність і нечутливість. Низькі показники за окремими факторами свідчать про те, що респонденти демонструють практичність, добросовісність та консервативність.

Досліджувані зі сформованим емоційним вигоранням мають низькі показники таких факторів як, інтелект (3,7), емоційна нестійкість (4,5), підвладність почуттям (3,8) та конформізм (4,7) та високі показники стриманості (6,6) та довірливості (6,5). Отже батьки, які мають професійне вигорання характеризуються емоційною нестійкістю, низьким рівнем

стресостійкості, низькою самооцінкою, схильністю до почуття провини, чутливістю до зауважень, заниженим самоконтролем, високим рівнем тривожності та емоційності. У ставленні до справи і соціальних норм демонструють обов'язковість, відповідальність, дисциплінованість, високу совісність, соціальну напруженість. У ставленні до людей можуть проявляти підозрілість, дратівливість та прямолінійність. Відносно до групових норм батьки зі сформованим емоційним вигоранням демонструють залежність від думки інших.

Отже, значущі розбіжності встановлено за наступними показниками особистісних характеристик досліджуваних.

1. Більшість батьків з емоційним вигоранням мають низький показник інтелекту, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання t_{emp} (2,48), $p \leq 0,01$ та досліджуваних, що знаходяться на етапі формування емоційного вигорання t_{emp} (2,27), $p \leq 0,05$.

2. Досліджувані батьки з емоційним вигоранням виявляють емоційну нестійкість, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання t_{emp} (2,38), $p \leq 0,05$ та досліджуваних, що знаходяться на етапі формування емоційного вигорання t_{emp} (2,29), $p \leq 0,05$.

3. Досліджувані з емоційним вигоранням виявляють підозрілість, на відміну від батьків, що не мають емоційного вигорання t_{emp} (2,44), $p \leq 0,05$.

4. Досліджувані батьки з відсутнім емоційним вигоранням, характеризуються високим показником інтелекту t_{emp} (2,77), $p \leq 0,01$, емоційною стійкістю t_{emp} (2,87), $p \leq 0,01$, чутливістю t_{emp} (2,79), $p \leq 0,01$ та дипломатичністю t_{emp} (2,58), $p \leq 0,01$, на відміну від батьків, що мають емоційне вигорання.

За допомогою методики «Опитувальник батьківського ставлення» ми аналізували отримані результати батьків у залежності від рівня емоційного вигорання. Отримані результати зображені у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

**Результати дослідження показників батьківського ставлення
батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру**

Тип батьківського ставлення	Батьки з емоційним вигоранням	Батьки з емоційним вигоранням, що формується	Батьки з відсутнім емоційним вигоранням
	Середні показники		
Симбіоз	4	6	6,2
Контроль	6	6,3	7
Кооперація	3	5	6,8
Прийняття-відторгнення	3,3	4	5,4
Ставлення до невдач дитини	2,1	2,7	4,5

За результатами батьків, що мають емоційне вигорання встановлено, що досліджувані мають високий показник за шкалою «контроль» (6); середній показник за шкалою «симбіоз» та низькі показники за шкалами – «кооперація» (3,3), «прийняття-відторгнення» (3,3) та «ставлення до невдач дитини» (2,1).

Батьки з емоційним вигоранням, що знаходиться на етапі формування виявляють високі бали за шкалою «симбіоз» (6) та «контроль» (6,3); середні показники за шкалою «кооперація» (5) та «прийняття-відторгнення» (4); низький показник за шкалою «ставлення до невдач дитини» (2,7).

Батьки, що не мають емоційного вигорання виявляють високі показники за такими шкалами, як «симбіоз» (6,2), «контроль» (7) та «кооперація» (6,8); середні показники за шкалою «прийняття відторгнення»

(5,4) та «ставлення до невдач дитини» (4,5).

Отже, незалежно від міри емоційного вигорання, більшість батьків виявляють високий показник контролю у типі ставлення до власних дітей. Тобто, для батьків важливим аспектом взаєностосунків з дітьми є їх слухняність і дисциплінованість. Вони намагаються нав'язати дітям свої думки, а за свавілля можуть карати. Такі результати можуть свідчити про труднощі у стосунках з дітьми, оскільки діти з розладами аутичного спектру потребують особливого ставлення, а надмірний контроль та покарання можуть негативно впливати на дитину.

Також слід вказати, що саме батьки без емоційного вигорання здатні адекватно ставитися до невдач власних дітей, на відміну від батьків з емоційним вигоранням $t_{emp} (2,277)$, $p \leq 0,01$ та батьків з емоційним вигоранням, що формується $t_{emp} (2,59)$, $p \leq 0,01$. Отже, саме батьки з відсутнім емоційним вигоранням можуть адекватно ставитися до невдач та недоліків своїх «особливих» дітей, не вимагати від них неможливого.

Найбільш тривожні результати встановлені у батьків з емоційним вигоранням. Так, встановлено, що такі досліджувані не здатні до кооперації $t_{emp} (2,47)$, $p \leq 0,01$ та прийняття власних дітей $t_{emp} (2,62)$, $p \leq 0,01$, на відміну від батьків з відсутнім емоційним вигоранням. Отже батьки з емоційним вигоранням не виявляють зацікавленості в справах та планах своїх дітей, не демонструють співчуття. Дуже низько оцінюють будь-які успіхи своїх дітей та ніколи не намагаються бути з ними на рівних правах. Відсутність прийняття свідчить про те, батьки у цілому негативно ставляться до своїх дітей не поважають і не визнають їх індивідуальність.

Отже, можемо стверджувати, що міра емоційного вигорання батьків може впливати на тип батьківського ставлення, оскільки встановлено, що саме батьки з емоційним вигоранням демонструють негативні аспекти батьківського ставлення.

Наступним етапом дослідження було визначення характеру взаємозв'язку емоційного ставлення та показників поведінкової сфери

батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру.

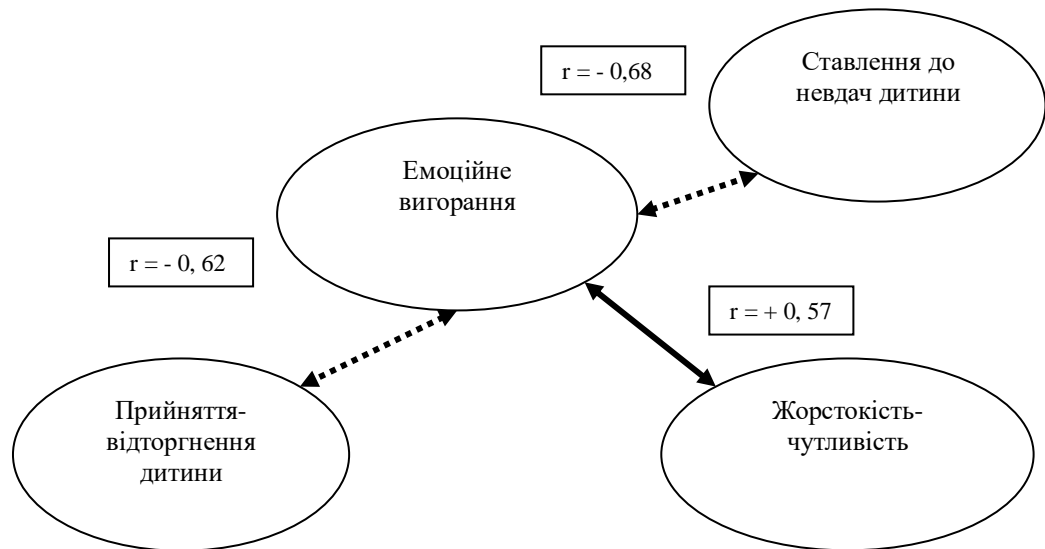


Рис. 2.4 – Структура значущих кореляційних зв'язків показників рівня виразності емоційного вигорання батьків зі ставленням до власних дітей

Примітка: кореляційні зв'язки на малюнку зображені за допомогою з'єднувальних ліній, чим товща та жирніша лінія, тим сильніший та значиміший зв'язок між показниками. Прямі кореляційні зв'язки зображені суцільною лінією, а обернені пунктиром.

На рис. 2.4. зображено структура кореляційних взаємозв'язків рівня виразності емоційного вигорання батьків з показниками їх ставлення до дітей – «прийняття-відторгнення» $r=-0,62$, «ставлення до невдач дитини» $r=-0,68$ та «жорстокістю-чутливістю» $r=+0,57$.

Отже, батьки, що мають високий показник емоційного вигорання виявляють негативне ставлення до невдач власної дитини ($r=-0,68$, при $p \leq 0,001$). Тобто, такі батьки не адекватно ставляться до невдач та недоліків своїх «особливих» дітей, постійно вимагають від них неможливого. Складається враження, що такі батьки витіснили той факт, що їх діти мають досить складний розлад. Також встановлено, що досліджувані з високим показником емоційного вигорання постійно намагаються відторгнути свою дитину ($r=-0,62$, при $p \leq 0,01$). Відсутність прийняття свідчить про те, батьки у цілому негативно ставляться до своїх дітей, не поважають і не визнають їх

індивідуальність.

Також встановлено, що високий показник емоційного вигорання обумовлює домінування жорсткості у поведінці таких батьків ($r=+0,57$, при $p \leq 0,01$). У такому випадку у батьків домінує практичність у діяльності, певна жорстокість та суворість по відношенню до близьких людей.

Можемо стверджувати, що високий показник емоційного вигорання обумовлює негативний тип батьківського ставлення.

Рис. 2.5. свідчить про те, що існує взаємозв'язок високого рівня тривожності батьків з контролем власних дітей $r=+0,58$, адаптаційним потенціалом $r=-0,44$ та їх замкнутістю $r=+0,67$.

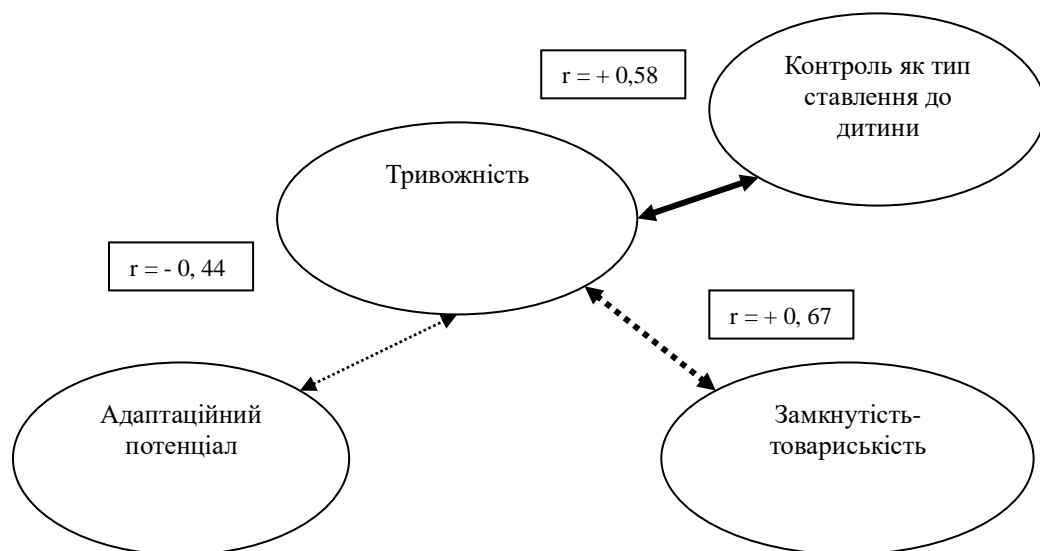


Рис. 2.5 – Структура значущих кореляційних зв'язків показників рівня виразності тривожності батьків з показниками їх поведінкової сфери

Отримані результати свідчать про те, що високий рівень тривожності обумовлює зниження адаптаційного потенціалу батьків ($r=-0,44$, при $p \leq 0,05$) та підвищення їх міри замкнутості ($r=-0,67$, при $p \leq 0,01$). Отже, батьки з високим рівнем тривожності виявляють ознаки різних акцентуацій характеру, що заважає адаптуватися до нових умов життя. При цьому тривожні батьки намагаються відсторонитися від оточуючих людей.

Також встановлено, що батьки з високим показником тривожності

обирають такий тип батьківського ставлення, як – контроль ($r=+0,58$, при $p \leq 0,01$). Тобто, для батьків важливим аспектом взаєностосунків з дітьми є їх слухняність і дисциплінованість. Вони намагаються нав'язати дітям свої думки, а за свавілля можуть карати. Такі результати можуть свідчити про труднощі у стосунках з дітьми, оскільки діти з розладами аутичного спектру потребують особливого ставлення, а надмірний контроль та покарання можуть негативно впливати на дитину.

Остання структура кореляційних взаємозв'язків свідчить про те, що висока міра почуття провини взаємопов'язана з такими показниками поведінкової сфери батьків: контролем дитини $r=+0,47$, ставленням до невдач дитини $r=-0,62$ та їх замкнутістю $r=+0,59$.

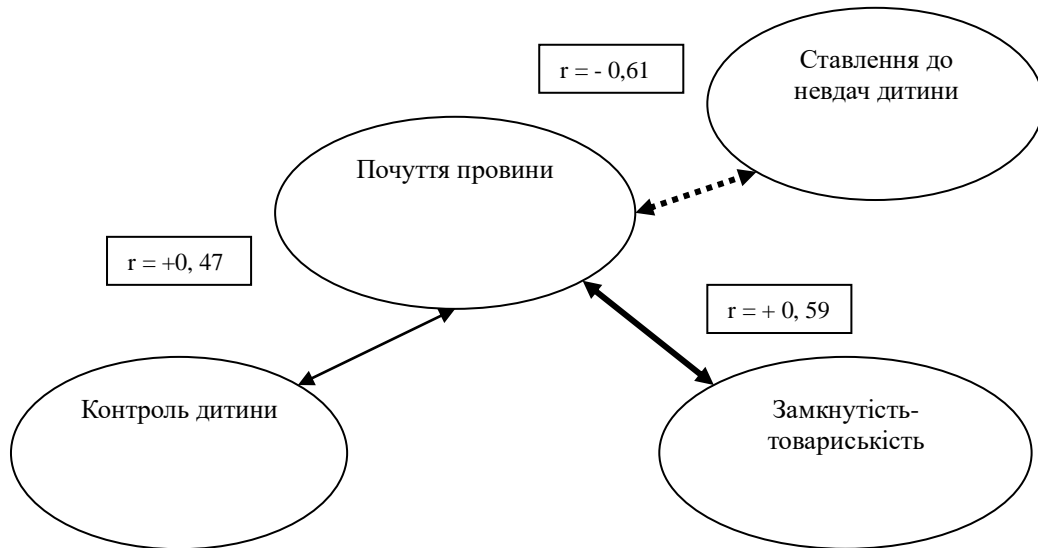


Рис. 2.6 – Структура значущих кореляційних зв'язків показників рівня виразності почуття провини батьків з показниками їх поведінкової сфери

Високий показник провини обумовлює підвищення негативного ставлення до невдач власної дитини ($r=-0,61$, при $p \leq 0,01$) та її постійного контролю ($r=+0,47$, при $p \leq 0,05$). Отже, батьки з високим почуттям провини не можуть адекватно ставитися до невдач та недоліків своїх «особливих» дітей, та вимагають від них неможливого. Таке переживання власної провини також сприяє тому, що батьки постійно хочуть змінити власну дитину, вимагаючи

від неї слухняності та дисциплінованості.

Також почуття провини сприяє замкнутості батьків, а отже може свідчити про це порушення особистісного розвитку, яке може виявлятися у відстороненні від оточуючих людей, зниження емоційного зв'язку з оточуючими та власною родиною.

Проведений кореляційний аналіз дозволяє стверджувати, що саме високий рівень емоційного вигорання, тривожності та почуття провини обумовлює негативне ставлення до власних дітей та використання неадекватних типів батьківського ставлення.

2.3. Напрями психологічного супроводу батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру

Основна тяжкість постійної роботи з аутичною дитиною лягає, насамперед, на родину. Сім'я аутичної дитини дуже часто позбавлена підтримки оточуючих, і навіть дуже близьких родичів. У зв'язку з тим, що значна кількість оточуючих не розуміються щодо сутності проблеми дитячого аутизму, батькам досить складно пояснювати поведінку своєї дитини оточуючим (Марценковський І. А, Бікшаєва Я. Б, Ткачова ОВ.) [13].

Стресовим для родини також є нездоровий інтерес, недобррозичливість оточуючих – агресивна реакція у транспорті, у магазині, на вулиці, у дитячому закладі.

Члени родини залишаються наодинці з необхідністю перебудови життя з розрахунком інтересів дитини, і у такій ситуації потребують психологічної підтримки. У цілому витримка і успішність адаптації родини залежить від її згуртованості, від включеності у сімейні проблеми усіх членів родини.

Розповсюдженою проблемою для родин, що виховують дітей з РАС є перерозподіл ролей, оскільки найчастіше один знаходиться з хворою

дитиною, а інший займається матеріальним забезпеченням родини, а у наслідку кожен з партнерів відчуває себе перевантаженим. Очікування підтримки і неможливість її отримати від чоловіка або дружини може призводити до посилення напруження у сімейних взаємостосунках. Іншою проблемою у внутрішніх відносинах родини може бути відсутність взаєморозуміння, пошук «винного» у захворюванні дитини (Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В.) [20].

Перш ніж перейти до вивчення основних напрямів психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з розладами аутичного спектру, необхідно відмітити, що насамперед необхідно чітко розуміти точний діагноз дитини з метою психологічного супроводу сім'ї та дитини.

На сьогоднішній день в Україні діагностика РАС відбувається на базі медико-соціальної реабілітації дітей, що мають психічні та поведінкові порушення в НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Команда фахівців (лікарі, реабілітологи, психологи) на чолі кандидата медичних наук І. Марценковського працює зі світовими діагностичними інструментами, що адаптовані у нашій країні (Марценковський І. А.) [30].

Виокремлюють наступні компоненти діагностики:

1. Детальне вивчення анамнезу.
 2. Історія сім'ї (генетичні та інші порушення у членів родини; психологічна атмосфера в родині).
 3. Ретельне обстеження зовнішності дитини.
 4. Обстеження дитини психологом (рівень інтелектуального розвитку, нейропсихологічне функціонування дитини).
 5. Оцінка рівня розвитку мовлення і комунікації.
 6. Визначення порушень сенсорно-перцептивних навичок.
 7. Діагностика неврологічного розвитку дитини
- (Марценковський І. А.) [30].

Необхідно відмітити, що робота з сім'ями, що виховують дітей з РАС повинна відбуватися тільки на міждисциплінарному рівні, із залученням

різних фахівців. Батьки повинні володіти теоретичною інформацією і практичними навичками щодо догляду за такими дітьми, їх виховання та взаємодії з ними у цілому. Така робота можлива у формі різноманітних семінарів, консультацій, вебінарів, зустрічей у колі таких же батьків. Також можливі і індивідуальні форми роботи, з метою супроводу психологічної стабільності батьків (Зак Д. Я.) [20].

Д. Зак виокремлює три напрями психологічної роботи з родинами дітей, що мають РАС: психологічне вивчення проблеми; психологічне консультування та психокорекційний напрям (Зак Д. Я.) [20].

В. Ткачова виокремлює такі напрямки, як: «гармонізація сімейних стосунків; корекція психічного стану матері; корекція дитячо-батьківських стосунків; допомога в адекватній оцінці можливостей дитини (як фізичних так і психологічних); навчання матері спеціальним корекційним і методичним прийомам, необхідним для проведення занять з дитиною в домашніх умовах; навчання матері спеціальним виховним прийомам, необхідним для корекції особистості дитини» (Ткачева В. В.) [64, с. 70].

Під час роботи з психологом батьки можуть зрозуміти особливості прояву захворювання та перспективи розвитку своєї дитини, поговорити та усвідомити основні труднощі, які виникають під час виховання дитини; визначити адекватний стиль виховання та у цілому усвідомити важливість психолого-педагогічного супроводу їх дитини.

Головна відмінність материнської позиції від батьківської виявляється в тому, що дефект дитини сприймається переважною більшістю матерів як даність, з якою треба навчитися жити. Матері приймають проблему дитини якісно інакше, ніж батьки. Активний або пасивний протест матерів, перш за все, спрямовується проти самого дефекту. Матері не приймають діагноз дитини, пов'язаний з її дефектом, але вони не можуть не прийняти самої дитини. У цьому полягає основна властивість материнського інстинкту – зберегти життя, а потім постійно оберігати, захищати і ростити свою дитину, якою би вона б не була (Ткачева В. В.) [64].

Враховуючи такі особливості необхідно зазначити тактику психолога в роботі з матерями:

- зняття напруженості в контактах з дитиною і соціумом;
- обговорення родинних проблем, донесення інформації, що труднощі у вихованні існують і в сім'ях, що виховують здорових дітей (Морозова С. С.) [35].

В. Ткачова виокремлює наступні завдання у консультування матері дитини з РАС: «формування продуктивних форм взаємин з дитиною в сім'ї і в соціумі; корекція позиції матері, яка виключає наявність проблем у її дитини («Моя дитина – така як всі, у неї немає проблем. Ось підросте, і все само собою пройде»); корекція позиції матері, спрямованої на гіперболізацію проблем дитини, безперспективність її розвитку («З неї ніколи нічого не вийде!»); корекція позиції матері, що мінімізує проблеми дитини, яка чекає на диво, яке раптово зробило б дитину абсолютно здоровою» (Ткачева В. В.) [64, с. 73].

З огляду на багатоаспектність труднощів прийняття дитини з аутичними розладами, процес психологічного супроводу повинен включати не тільки маму дитини, а й батька. Можна визначити наступні особливості психологічного супроводу батька дитини з РАС за В. Ткачовою: «підтримка і розвиток у батька дитини потреби до збереженню сім'ї або, якщо розлучення не уникнути, на формування відповідальності за зміст і матеріальне забезпечення дитини і його матері; адекватне ставлення до переживань матері щодо майбутнього хворої дитини, зниження рівня травмованості з приводу психічної і фізичної «дефектності» дитини; розвиток прагнення до надання допомоги матері дитини з обмеженими можливостями здоров'я, розуміння її труднощів, до надання їй психологічної підтримки; залучення батька до спілкування з дитиною (недільні прогулянки, покладання відповідальності за фізичний розвиток дитини, спільний відпочинок, сімейні свята та ін.) (Ткачева В. В.) [64, с. 72].

На думку дослідниці І. Сухіної: «основна форма надання послуг

дитині та її родині у межах служб ранньої допомоги – психолого-педагогічний супровід як діяльність, спрямована на оцінку (в тому числі оцінку в динаміці) і підтримку психічного розвитку та психологічного стану дитини, профілактику вторинних порушень, нормалізацію дитячо-батьківської взаємодії і подолання поведінкових проблем» (Сухіна І. В.) [60, с. 246].

На основі досліджень сучасних наукових джерел І. Сухіною (Сухіна І. В.) [60] розроблено програму родинного супроводу дітей з РАС, що містить наступні етапи (таблиця 2.8):

Таблиця 2.8.

Етапи родинного супроводу дітей раннього віку з РАС

Назва етапу	Завдання етапу
Етап діагностики	Встановлення контакту з батьками дитини. Розробка документації. Діагностика сім'ї: виявлення труднощів, які виникають при спілкуванні і вихованні дитини раннього віку з РАС. Психолого-педагогічне обстеження дитини з РАС. Виявлення проблем розвитку.
Етап планування	Спільне обговорення спеціалістами групи супроводу (міждисциплінарною командою) особливостей психічного розвитку дитини. Розробка індивідуальної програми родинного супроводу.
Етап надання допомоги	Надання необхідної психолого-педагогічної допомоги батькам дитини раннього віку з РАС у створенні умов, необхідних для повноцінного психічного розвитку їхньої дитини.
Етап оцінювання	Повторна діагностика сім'ї. Відстеження динаміки та оцінка ефективності наданої допомоги.

1) Перший етап – діагностичний, спрямований на визначення основних причин, що заважають адекватному розвитку дитини та порушують внутрішньо-сімейну ситуацію. Даний етап спрямований на визначення особливостей сімейного клімату; особливостей взаємовідносин батьків з дитиною, стилів виховання та з'ясування особливостей сприйняття батьками власної дитини.

Також на даному етапі важливе вивчення особистісних характеристик батьків та членів родини, оскільки дані особливості обумовлюють особливості розвитку дитини.

2) Планування є наступним етапом програми. Має на меті обговорення і розробку індивідуальної програми супроводу родини дитини з РАС.

На думку І. Сухіною така програма має бути спрямована на: «1. Підтримку та сприяння розвитку дитини раннього віку з аутизмом в усіх сферах життєдіяльності. 2. Створення оптимального середовища для розвитку дитини. 3. Терапію та реабілітацію порушень розвитку. 4. Попередження вторинних ускладнень» (Сухіна І. В.) [60, с. 248].

3) На третьому етапі батьки і фахівці працюють над реалізацією програми психологічної допомоги родині та самій дитині з РАС. На даному етапі важливою складовою є робота фахівця з домашнього візитування, оскільки дозволяє зрозуміти і проаналізувати членам родини динаміку у розвитку власної дитини.

4) Останній етап – оцінювання ефективності, має на меті кількісний (кількість проведених корекційно-розвивальних занять) і якісний аналіз (динаміка у розвитку дитини, особливості замученості батьків, застосування ними знань і умінь) ефективності виконаної роботи.

Отже, надання своєчасної та кваліфікованої психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей з розладами аутичного спектру створює передумови для майбутньої соціалізації такої дитини. Важливим етапом такої допомоги є супровід сім'ї та надання психологічної допомоги батькам та

членам родини, що виховують дитину з РАС. Такий супровід має бути спрямований на надання психотерапевтичної допомоги батькам, оскільки саме від їх психоемоційного стану залежить подальший розвиток та соціалізація дитини.

1. Емпірично дослідити соціально-психологічні особливості емоційно-поведінкової сфери батьків, що виховують дітей з РАС у залежності від міри емоційного вигорання.

2. Встановити характер взаємозв'язку емоційного ставлення та показників поведінкової сфери батьків дітей з розладами аутичного спектру.

3. Визначити основні напрями психологічного супроводу батьків, що виховують дітей з РАС.

Висновки до другого розділу

1. Емпірично досліджено особливості емоційної сфери батьків, що виховують дітей з РАС у залежності від міри їх емоційного вигорання.

За результатами дослідження встановлено, що більшість батьків – 45,2 % мають сформоване емоційне вигорання, ще у 35,5 % формується емоційне вигорання та у 19,3 % не мають емоційного вигорання.

Досліджувані з емоційним вигоранням демонструють низький рівень нервово-психічної стійкості (44); високий рівень комунікативного потенціалу (17); задовільний рівень моральної нормативності (25) та задовільний загальний рівень адаптивності (28). Досліджувані батьки з емоційним вигоранням в стадії формування мають задовільний рівень нервово-психічної стійкості (30); високий рівень комунікативного потенціалу (16) та моральної нормативності (17); задовільний рівень загальної адаптивності (21). Досліджувані, що не мають емоційного вигорання демонструють високий рівень нервово-психічної стійкості (17), комунікативного потенціалу (15), моральної нормативності (21) та загальний рівень адаптивності (18).

Більшість батьків, що мають емоційне вигорання виявляють середній

рівень тривожності (43,1); середній рівень фрустрації (35,4); середній рівень агресивності (42,5) та ригідності (40,4). Батьки, що мають емоційне вигорання у стадії формування виявляють середній рівень ригідності (40,2) та фрустрації (31); низький рівень тривожності (26) та агресивності (27). Досліджувані батьки, що не мають емоційного вигорання демонструють середній рівень фрустрації (30) та ригідності (41,1); низький рівень тривожності (29) та агресивності (28).

Отримані результати батьків, що мають емоційне вигорання свідчать про те, що для них характерне підвищене нервово-психічне напруження та високий показник почуття провини (6,8) та сімейної тривожності (7,3). Для батьків з емоційним вигоранням, що формується, характерні підвищені показники почуття провини (5,4), середні показники нервово-психічного напруження (5,1) та високий показник сімейної тривожності (6,3). Батьки з відсутнім емоційним вигоранням мають підвищене почуття провини (5,8), низький показник нервово-психічного напруження та високий показник сімейної тривожності (6,1).

2. Особливості поведінкової сфери батьків визначалися через показники стресостійкості, особистісних характеристик та типу ставлення до власних дітей:

Найбільш поширений тип опору в стресових ситуаціях у більшості батьків з емоційним вигоранням, що формується (72,7 %) – помірний, у 18,2 % низький та ще у 9,1 % високий. 64,3 % досліджуваних батьків з емоційним вигоранням виявляють низький рівень, 21,4 % помірний та 14,3 % високий рівень стресостійкості. 76,7 % досліджуваних, що не мають емоційного вигорання виявляють високий рівень стресостійкості та 33,3 % помірний.

Результати проведеного дослідження дозволяють стверджувати, що особистісні характеристики досліджуваних батьків, що виховують дітей з розладами аутичного спектру можна розглядати у зв'язку з такими якостями особистості як, рівень розвитку інтелекту, особливостями емоційно-вольової сфери, комунікативними особливостями, ставленням до справи, до людей,

соціальних і групових норм.

Досліджувані батьки з відсутнім емоційним вигоранням характеризуються високим рівнем інтелекту (6,8), високою емоційною стійкістю (7,1), чутливістю (7) та дипломатичністю (6,8). Також досліджувані мають низькі показники стриманості (3,1) та консерватизму (4,1). Досліджувані батьки з емоційним вигоранням в стадії, що формується, характеризуються високим рівнем відкритості (6,8), емоційною стійкістю (6,7); низьким рівнем прояву практичності (4,6), консерватизму (4,6) та самоконтролю (4,2). Досліджувані зі сформованим емоційним вигоранням мають низькі показники таких факторів як, інтелект (3,7), емоційна нестійкість (4,5), підвладність почуттям (3,8) та конформізм (4,7) та високі показники стриманості (6,6) та довірливості (6,5).

За результатами батьків, що мають емоційне вигорання встановлено, що досліджувані мають високий показник за шкалою «контроль» (6); середній показник за шкалою «симбіоз» та низькі показники за шкалами – «кооперація» (3,3), «прийняття-відторгнення» (3,3) та «ставлення до невдач дитини» (2,1). Батьки з емоційним вигоранням, що знаходиться на етапі формування виявляють високі бали за шкалою «симбіоз» (6) та «контроль» (6,3); середні показники за шкалою «кооперація» (5) та «прийняття-відторгнення» (4); низький показник за шкалою «ставлення до невдач дитини» (2,7). Батьки, що не мають емоційного вигорання виявляють високі показники за такими шкалами, як «симбіоз» (6,2), «контроль» (7) та «кооперація» (6,8); середні показники за шкалою «прийняття відторгнення» (5,4) та «ставлення до невдач дитини» (4,5).

У цілому отримані результати свідчать про те, що категорія батьків (незалежно від міри емоційного вигорання), що виховують дітей з розладами аутичного спектру потребує допомоги спеціалістів, оскільки підвищені показники провини та високі показники сімейної тривожності вказують на несприятливі прогнози для їх самопочуття та взаємовідносин з іншими членами родини та власними дітьми.

Отже, гіпотези дослідження підтверджено, а саме:

1. Існують розбіжності в емоційній сфері батьків, що виховують дітей з РАС у залежності від міри їх емоційного вигорання. *Досліджувані батьки з емоційним вигоранням* демонструють низький рівень нервово-психічної стійкості, високий рівень комунікативного потенціалу, задовільний рівень моральної нормативності та задовільний загальний рівень адаптивності; виявляють середній рівень тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності та низький рівень стресостійкості. Характеризуються підвищеним нервово-психічним напруженням, почуттям провини та сімейною тривожністю.

Досліджувані батьки з емоційним вигоранням в стадії формування мають задовільний рівень нервово-психічної стійкості; високий рівень комунікативного потенціалу та моральної нормативності; задовільний рівень загальної адаптивності; виявляють середній рівень ригідності та фрустрації, низький рівень тривожності та агресивності; демонструють помірний рівень стресостійкості. Характеризуються підвищеним показником почуття провини, середнім показником нервово-психічного напруження та високим показником сімейної тривожності.

Досліджувані батьки, що не мають емоційного вигорання мають задовільний рівень нервово-психічної стійкості; високий рівень комунікативного потенціалу та моральної нормативності; задовільний рівень загальної адаптивності; виявляють середній рівень ригідності та фрустрації, низький рівень тривожності та агресивності; демонструють помірний рівень стресостійкості. Характеризуються підвищеним показником почуття провини, середнім показником нервово-психічного напруження та високим показником сімейної тривожності.

2. Існують розбіжності особистісних характеристик батьків, що виховують дітей з РАС у залежності від міри їх емоційного вигорання. Батьки з *високим емоційним вигоранням* демонструють низькі показники таких факторів як, інтелект, емоційна нестійкість, підвладність почуттям, конформізм; високі показники стриманості та довірливості. Батьки з

емоційним вигоранням, *що знаходиться на етапі формування* демонструють високий рівень відкритості, емоційної стійкості; низький рівень прояву практичності, консерватизму та самоконтролю. Батьки, *що не мають емоційного вигорання* демонструють високий рівень інтелекту, високу емоційну стійкість, чутливість та дипломатичність, низькі показники стриманості та консерватизму.

3. Існують розбіжності типів батьківського ставлення у залежності від міри емоційного вигорання батьків. Встановлено, що саме батьки з емоційним вигоранням демонструють негативні аспекти батьківського ставлення. Оскільки у питанні батьківського ставлення до власних дітей виявляють високий показник контролю, негативне ставлення до дитини; низькі показники кооперації та прийняття власної дитини.

4. Батьки з різним емоційним станом мають різні прояви поведінкової сфери та типу батьківського ставлення: визначено взаємозв'язок рівня виразності емоційного вигорання батьків з показниками їх ставлення до дітей – «прийняття-відторгнення» $r=-0,62$, «ставлення до невдач дитини» $r=-0,68$ та «жорстокістю-чутливістю» $r=+0,57$; встановлено взаємозв'язок високого рівня тривожності батьків з контролем власних дітей $r=+0,58$, адаптаційним потенціалом $r=-0,44$ та їх замкнутістю $r=+0,67$; висока міра почуття провини батьків взаємопов'язана з такими показниками поведінкової сфери батьків: контролем дитини $r=+0,47$, ставленням до невдач дитини $r=-0,62$ та їх замкнутістю $r=+0,59$.

Отже, саме високий рівень емоційного вигорання, тривожності та почуття провини обумовлює негативне ставлення до власних дітей, низьку адаптивність та використання неадекватних типів батьківського ставлення.

3. Робота з сім'ями, що виховують дітей з РАС повинна відбуватися тільки на міждисциплінарному рівні, із залученням різних фахівців. Батьки повинні володіти теоретичною інформацією і практичними навичками щодо догляду за такими дітьми, їх виховання та взаємодії з ними у цілому. Така робота можлива у формі різноманітних семінарів, консультацій, вебінарів,

зустрічей у колі таких же батьків. Також можливі і індивідуальні форми роботи, з метою супроводу психологічної стабільності батьків.

Надання своєчасної та кваліфікованої психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей з розладами аутичного спектру створює передумови для майбутньої соціалізації такої дитини. Важливим етапом такої допомоги є супровід сім'ї та надання психологічної допомоги батькам та членам родини, що виховують дитину з РАС. Такий супровід має бути спрямований на надання психотерапевтичної допомоги батькам, оскільки саме від їх психоемоційного стану залежить подальший розвиток та соціалізація дитини.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне та емпіричне дослідження соціально-психологічних особливостей емоційно-поведінкової сфери батьків дітей з розладами аутичного спектру дозволяє зробити наступні висновки у відповідності до поставлених завдань:

1. На основі аналіз сучасних наукових джерел теоретично досліджено психологічні особливості батьків дітей з розладами аутичного спектру та визначено психологічні особливості таких сімей.

- На основі вивчення проведених експериментальних досліджень можна виокремити три психологічних типи батьків, що виховують дітей з РАС: авторитарний (визначається активною життєвою позицією, бажанням керуватися лише своїми власними переконаннями); невротичний (в особистості таких батьків виявляються істеричні і депресивні характеристики) та психосоматичний (у таких батьків виявляються риси, властиві батькам як першого, так і другого з описаних вище типів. У деяких з них більшою мірою виявляється тенденція до домінування, як і у авторитарних батьків, але афективне реагування на стрес не виноситься в зовнішній план).

- Більшість досліджень доводять, що батьки дітей з аутичними розладами характеризується такими особливостями: стурбованістю, високим показником тривожності, слабкістю, наявністю соціальних страхів і підозрілістю. У більшості випадків такі батьки рідко вступають у розмови з незнайомими людьми, виявляють насторожене ставлення до всіх, хто намагається спілкуватися з їх дітьми.

- Узагальнюючи результати теоретичного аналізу можна визначити наступні психологічні особливості сімей дітей з особливими потребами, що впливають на успішне виховання, розвиток і становлення особистості дитини: неблагополучний внутрішньо-сімейний психологічний клімат; незадоволеність шлюбом; стиль сімейного ставлення – контроль; порушення

сімейної ідентичності; роз'єднаний рівень сімейної згуртованості і хаотичний рівень сімейної адаптації; індивідуальні психологічні особливості сімейних партнерів – низький адаптаційний потенціал особистості, некритичне сприйняття дійсності; низький рівень самооцінки та хронічний стрес.

2. Емпірично досліджено соціально-психологічні особливості емоційно-поведінкової сфери батьків, що виховують дітей з аутичними розладами та підтверджено висунуті гіпотези дослідження:

Досліджувані батьки з емоційним вигоранням демонструють низький рівень нервово-психічної стійкості, високий рівень комунікативного потенціалу, задовільний рівень моральної нормативності та задовільний загальний рівень адаптивності; виявляють середній рівень тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності та низький рівень стресостійкості. Характеризуються підвищеним нервово-психічним напруженням, почуттям провини та сімейною тривожністю. Демонструють низькі показники таких факторів як, інтелект, емоційна нестійкість, підвладність почуттям, конформізм; високі показники стриманості та довірливості. У питанні батьківського ставлення до власних дітей виявляють високий показник контролю, негативне ставлення до дитини; низькі показники кооперації та прийняття власної дитини.

Досліджувані батьки з емоційним вигоранням в стадії формування мають задовільний рівень нервово-психічної стійкості; високий рівень комунікативного потенціалу та моральної нормативності; задовільний рівень загальної адаптивності; виявляють середній рівень ригідності та фрустрації, низький рівень тривожності та агресивності; демонструють помірний рівень стресостійкості. Характеризуються підвищеним показником почуття провини, середнім показником нервово-психічного напруження та високим показником сімейної тривожності. Демонструють високий рівень відкритості, емоційної стійкості; низький рівень прояву практичності, консерватизму та самоконтролю. У питанні батьківського ставлення до власних дітей виявляють підвищений симбіоз та контроль у стосунках та низький показник

за шкалою ставлення до невдач дитини.

Досліджувані, що не мають емоційного вигорання демонструють високий рівень нервово-психічної стійкості, комунікативного потенціалу, моральної нормативності та загальний рівень адаптивності; демонструють середній рівень фрустрації та ригідності; низький рівень тривожності та агресивності; виявляють високий рівень стресостійкості. Мають підвищене почуття провини, низький показник нервово-психічного напруження та високий показник сімейної тривожності. Досліджувані демонструють високий рівень інтелекту, високу емоційну стійкість, чутливість та дипломатичність, низькі показники стриманості та консерватизму. У питанні батьківського ставлення до власних дітей виявляють високу міру симбіозу, контролю та кооперації у стосунках та адекватне ставлення до невдач власної дитини.

Отже, результати дослідження свідчать про те, що виховання дітей з розладами аутичного спектру вимагає високого емоційного навантаження батьків, їх відповідальності і мають дуже незначні критерії успіху. Батьки, що виховують дітей з розладами аутичного спектру більшою мірою, ніж батьки «звичайних» дітей, відчують вплив об'єктивних стресових ситуацій, що обумовлюють формування комплексу порушень, які виявляються у особистісній, сімейній, соціальній та професійній сферах життя.

3. Встановлено характер взаємозв'язку емоційного ставлення та показників поведінкової сфери батьків дітей з розладами аутичного спектру: батьки, що мають високий показник емоційного вигорання виявляють негативне ставлення до невдач власної дитини ($r=-0,68$, при $p\leq 0,001$), постійно намагаються відштовхнути від себе свою дитину ($r=-0,62$, при $p\leq 0,01$) та характеризуються жорсткістю у поведінці ($r=+0,57$, при $p\leq 0,01$); високий рівень тривожності батьків обумовлює зниження їх адаптаційного потенціалу ($r=-0,44$, при $p\leq 0,05$) та підвищення їх міри замкнутості ($r=-0,67$, при $p\leq 0,01$). Також встановлено, що батьки з високим показником тривожності обирають такий тип батьківського ставлення, як – контроль

($r=+0,58$, при $p\leq 0,01$); високий показник провини обумовлює підвищення негативного ставлення до невдач власної дитини ($r=-0,61$, при $p\leq 0,01$) та її постійного контролю ($r=+0,47$, при $p\leq 0,05$).

Отже, високий рівень емоційного вигорання, тривожності та почуття провини батьків обумовлює домінування неадекватного ставлення до дітей (контроль, відштовхування, негативне ставлення до невдач), зниження їх адаптаційних можливостей та формування замкнутості і жорстокості у поведінці. Саме емоційна сфера батьків виступає найголовнішим критерієм поведінкового ставлення і взаємодії з власними дітьми. Досліджувані батьки потребують допомоги фахівців з метою покращення психоемоційного стану, зокрема з високим показником їх емоційного вигорання, що значною мірою негативно впливає на їх самопочуття та взаємовідносини з оточуючими.

4. На основі аналізу сучасної наукової літератури визначено, що основні напрями психологічного супроводу батьків дітей з розладами аутичного спектру включають наступні складові – психологічне вивчення проблеми; психологічне консультування та психокорекційний напрям.

Надання своєчасної та кваліфікованої психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей з розладами аутичного спектру створює передумови для майбутньої соціалізації такої дитини. Важливим етапом такої допомоги є супровід сім'ї та надання психологічної допомоги батькам та членам родини, що виховують дитину з РАС. Такий супровід має бути спрямований на надання психотерапевтичної допомоги батькам, оскільки саме від їх психоемоційного стану залежить подальший розвиток та соціалізація дитини.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розробці психотерапевтичної програми допомоги батькам, що виховують дітей з РАС.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айварова Н. Г. Психологическое здоровье как условие успешной социализации личности. *Вестник Югорского государственного университета*, 2016. Выпуск 1 (40). С. 113–115.
2. Аккерман Н. Семейный подход к супружеским расстройствам. *Журнал практический психологии и психоанализа*. 2004. № 1. Режим доступа: <http://archive.is/yzw83> (дата звернення: 10.06.20120).
3. Ананьев В. А. Психология здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
4. Андрейко Б. В. Психологічна допомога батькам дітей з порушеннями розвитку. *Психологія і особистість*. № 2 (10), 22. С. 58-64.
5. Арбатская К. И., Устинова Н. А. Психологические особенности семей, воспитывающих ребенка с особыми образовательными потребностями. *Педагогическое образование в России*. 2017. № 8. С. 85-89.
6. Баб'як К. Проблеми психоемоційної адаптації членів сім'ї до факту народження дитини з обмеженими психофізичними можливостями. *Молодь і ринок*. № 10 (141), 2016. С. 160-163.
7. Баевский Р. М. Проблемы здоровья и нормы: точка зрения физиолога. *Клиническая медицина*. 2000. № 4. С. 18-25.
8. Барчі Б. В Психологічне здоров'я: надання психологічних послуг населенню. *збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року) / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. № 31. С. 18-22.*
9. Бобылова М. Ю., Речатникова Н.Л. Генетика аутизма (обзор зарубежной литературы). *Журнал детской неврологии*. 2013. Т. 8. № 3. С. 31–45.
10. Боришевський М. Й. Психологічні механізми розвитку особистості.

Педагогіка і психологія. 1996. № 3. С. 26-33.

- 11.Бородина Л. Г. Особенности суицидальности у матерей детей с аутизмом. *Суицидология*. Том 9, № 3 (32), 2018. С. 41-52.
- 12.Варій М. Й. Психологія особистості: навч. посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
- 13.Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму (методичні рекомендації). Установа – розробник : НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України / укл.: І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва, О.В. Ткачова. К., 2009. 31 с.
- 14.Водопьянова Н. Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб. : Питер, 2009. 320 с.
- 15.Галах Т. В. «Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом». Нетішин, 2016. 49 с.
- 16.Гребенникова Е. В., Шелехов И.Л., Фиоимонова Е.А. Понимание расстройств аутистического спектра на основе междисциплинарного подхода. *Научно-педагогическое обозрение. Pedagogical Review*. 2016. 3 (13). С. 16-22.
- 17.Детский аутизм. Хрестоматия : учеб. пособие для студентов / сост. Л. М. Шипицына. СПб. : Дидактика Плюс, 2001. 368 с.
- 18.Добряков И. В., Церетели С.В. Значение перинатальных факторов в формировании типа семейного воспитания здорового ребенка и ребенка с детским церебральным параличом. *Психологические проблемы современной российской семьи : мат-лы Всерос. науч. конф.* Ч. 2. М., 2003. С. 178–180.
- 19.Душка А. Л. Концепция психологической помощи семьям, которые воспитывают особых детей. *Вестник Одесского національного университета. Психология*. Том 16. Выпуск 2. 2011. С. 29-36.
- 20.Зак Д. Я. Психокоррекционная помощь семьям, воспитывающим ребенка с особыми жизненными потребностями. – Режим доступа: [http:// конференция.com.ua/pages/view/681](http://конференция.com.ua/pages/view/681) (дата звернення:

- 10.04.20120).
- 21.Зливков В. Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
 - 22.Карамишева О. Вплив сім'ї на емоційний розвиток дитини середнього дошкільного віку. *Педагогічний процес: теорія і практика (серія: педагогіка)*. № 1-2 (64-65), 2019. С. 93-99.
 - 23.Керре Н. О. О специфике семей, имеющих детей с аутизмом. *Аутизм и нарушения развития*. № 2 (33). 2011. С. 18-21.
 - 24.Комар Т. О., Довгальок І.С. Соціально-психологічна робота з людьми з особливими потребами: Наук. метод. матеріали. Вінницький обласний центр соціальних служб для молоді. Вінниця, 2004. 50 с.
 - 25.Крижановська З. Ю. Емоційні особливості жінки в процесі реалізації материнської ролі. *Психологічні перспективи*. 2014. Випуск 23. С. 148–159.
 - 26.Лавров Н. В., Шабанов П.Д. Расстройства аутистического спектра: этиология, лечение, экспериментальные подходы к моделированию. *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. 2018. Т. 16. № 1. С. 21–27.
 - 27.Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи : учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений. 2-е изд., стер. М. : Академия, 2007. 432 с.
 - 28.Літвінова О. В., Коробова А.О. Емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційної сфери дитини з аутизмом. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. № 3 (38), 2015. С. 238-248.
 - 29.Ляшенко В. І. Взаємодія дитячого реабілітаційного центру з сім'єю дитини-інваліда. *Соціальна педіатрія і реабілітологія. Збірник наукових праць*. К., 2007. С. 249–251.
 - 30.Марценковський І. А. Матеріали VI міжрегіональна науковопрактична конференція. Аутизм та розлади аутистичного спектру у дітей. Питання

- та відповіді. Херсон, 2011. С. 6-7.
31. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие. 5-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2005. 432 с.
32. Методика «Тип поведенческой активности». Режим доступа: <http://psylist.net/praktikum/00070.htm> / Л.И. Вассерман и Н.В. Гуменюк. (дата звернення: 10.04.20120).
33. Мілютіна К. Л. Вплив батьківського ставлення до дітей із розладами аутистичного спектру на перспективу інклюзивного навчання. *Науковий Вісник Херсонського державного університету*. Випуск 5. Том 1, 2017. С. 98-102.
34. Моргун В. Ф., Тітов І. Г. Основи психологічної діагностики. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К. : Видавництво Дім «Слово», 2009. 464 с.
35. Морозова С. С. Аутизм: коррекционная работа при тяжёлых и осложнённых формах. М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2007. 250 с.
36. Мул С. А. Експериментальне дослідження стратегій поведінкової активності в стресових умовах. *Вісник ОНУ*. Сер. : Психологія. 2013. – Т. 18, вип. 4 (30). С. 228–234.
37. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. СПб. : Речь, 2004. С. 67 – 72.
38. Овчаренко І. В. Психологічний супровід дитини з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі. *Таврійський вісник освіти*. 2017. № 1 (57). С. 249-254.
39. Островська К. О. Засади комплексної психологопедагогічної допомоги дітям з аутизмом. Монографія. Львів : Тріада плюс, 2012. 520 с.
40. Пахомова Н. Г. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010105. ПНПУ ім. В. Г. Короленка. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. 357 с.
41. Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому

- воздействию. М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. 280 с.
42. Плахтій М., Куралова Я. Психологічні та фізіологічні особливості розвитку дітей з розладами аутичного спектру. *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. № 2 (18), листопад 2017. С. 152-157.
43. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / В.Д. Балин, В.К. Гайда, В.К. Гербачевский и др. Под общей ред. А.А. Крылова, С. А. Маничева. 2-е изд., доп. и перераб. СПб. : Питер, 2007. 560 с.
44. Про світ дітей з особливими потребами: Порадник керівникам освітніх установ, вчителям, вихователям дошкільних закладів, шкіл-інтернатів, батькам щодо роботи з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку / В. І. Шнайдер. Кам'янець-Подільський: Абетка-Нова, 2003. 140 с.
45. Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами / О.В. Горецька. *Освіта регіону* (Політологія. Психологія. Комунікації). Київ, Університет «Україна». № 2 (32), 2013 С. 289–295.
46. Пушкаренко В. П. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання в Тальнівській загальноосвітній школі I-II ступенів № 3. [електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.talne-rpmpk.ck.sch.in.ua/> (дата звернення: 10.04.20120).
47. Ревть А. Інноваційний досвід соціально-реабілітаційної роботи з дітьми-інвалідами та їх батьками в Україні. *Людинознавчі студії*. Серія «Педагогіка». 2015. Випуск 1/33. С. 171–175.
48. Рождественська М. В. Синдром органічного аутизму у дітей із затримкою психічного розвитку. *Дефектологія*. 2002. № 2. С. 46–49.
49. Романовська Д. Д. Психологічний супровід процесу інтеграції у суспільство дітей з особливими потребами. Психологічний та соціально-педагогічний супровід навчання і виховання «особливої дитини» у школі: метод. посібник / За ред. Д.Д. Романовської, С.І.

- Собкової. Чернівці: Технодрук, 2009. С. 104-109.
- 50.Сансон П. Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми. М. : Теревинф, 2006. 155 с.
- 51.Северенчук Н. Психокорекційна робота з матерями дітей з особливими потребами. *Дефектолог*. 2007. № 3. С. 14 – 15.
- 52.Селигман М. Обычные семьи, особые дети. М. : Теревинф, 2007. 215 с.
- 53.Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму. К. : Видавництво «Фенікс», 2010. 388 с.
- 54.Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра: навч. метод. посіб. К. : «Гнозіс», 2013. 60 с.
- 55.Соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з особливими потребами: навчально методичний посібник / Сост. Н.В Заверико, Т.Г. Соловійова. Запоріжжя: ПП «Тандем», 2008. 53 с.
- 56.Специфіка роботи соціального гувернера з сім'ями, які мають дітей з особливими потребами: Метод, рек. / Л.Т. Кобилянська (уклад.). Чернівці: ЧНУ, 2001. 38 с.
- 57.Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. М. : Эксмо, 2008. 296 с.
- 58.Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів: Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96, прийнята на сорок восьмій сесії ГА ООН. К., 2003. 40 с.
- 59.Столяренко О. Б. Психологія особистості: навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
- 60.Сухіна І. В. Родинний супровід дітей раннього віку з розладами аутичного спектра: шляхи реалізації. *Актуальні питання корекційної освіти*. С. 243-250. Режим доступу: [.http://aqce.kaflogoped.org.ua/](http://aqce.kaflogoped.org.ua/) (дата звернення: 15.05.20120).
- 61.Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів

- / За наук. ред. В. Тарасун. К. : 2004. 103 с.
62. Титаренко Т. Дитина з особливими потребами та її життєвий світ: напрямки психологічного консультування. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науковометодичний збірник / Ред. кол. Н. Софій (голова), І. Єрмаков (керівник авторського колективу і науковий редактор), та ін. К. : Контекст, 2000. 336 с.
63. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М. : УМК «Психология» 2003.
64. Ткачёва В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. М. : Национальный книжный центр, 2014. 160 с.
65. Хмизова О. В., Остапенко Н.В. Організація психокорекційної роботи з батьками дітей з особливими потребами як складова цілісного процесу ранньої соціальної реабілітації . *Соціальна робота в Україні: теорія і практика науково медичний журнал*. 2011. № 3/4. С. 203 – 211.
66. Царькова О. В. Особливості допомоги батькам, які виховують дітей з особливими потребами. *Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України: Проблеми сучасної психології*. 2014. Випуск 23. С. 687–697.
67. Чухрій І. В. Чинники соціально-психологічної адаптації матерів, які виховують дитину-інваліда. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2012. № 9. С. 171–181.
68. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: Монографія. К. : Знання, 2009. 385 с.
69. Bader S.H., Barry T.D. A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord*, 2014. 44 (11). P. 2820-2831.
70. Feinberg E., Augustyn M., Fitzgerald E., et al. Improving maternal mental

health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2014. 168 (1). P. 40–46.

71. Rice C. Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *United States*, 2006. *MMWR Surveill Summ.* 2009. 58 (SS-10). P. 1–20.

ДОДАТКИ

Додаток А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я. Щербина Анастасія Олександрівна, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного

іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

_____ (дата)

_____ (підпис)

_____ (ім'я, прізвище)

