**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, СПОРТА И ТУРИЗМА»**

факультет спортивного менеджмента, педагогики и психологии

кафедра психологии

направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

профиль «Психология образования»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

(БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

**ГУЛАК МАРИЯ ИВАНОВНА**

студента группы 16смз2

**САМООТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ**

«Допущен к защите»

Заведующая кафедрой Научный руководитель:

Пархоменко Е.А., к.п.н., Босенко Ю.М., к.псх.н,

доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (подпись)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

Дата защиты: «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2020 г.

Оценка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Краснодар, 2020

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| ВВЕДЕНИЕ ………………………………………………………………..... | 3 |
| 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С АУТИЗМОМ ……………………................................................................. | 6 |
| 1.1 Психолого-педагогические особенности детей с расстройством аутистического спектра……………..………………………………………... | 6 |
| 1.2 Психоэмоциональные переживания родителей, связанные с особенностями развития ребенка…………………………………………….. | 20 |
| 1.3Детско-родительские отношения в семье, имеющей ребенка срасстройством аутистического спектра …………………………………… | 30 |
| Резюме………………………………………………………………………… | 33 |
| 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ …………….……... | 35 |
| 2.1 Методы исследования …………………………………………………... | 35 |
| 2.2 Организация исследования ……………………………………………... | 37 |
| 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. .….………. | 38 |
| 3.1 Особенности самоотношения родителей, воспитывающих детей с нормативным развитием и с РАС ………………………………………… | 38 |
| 3.2 Особенности родительских отношений, воспитывающих детей с нормативным развитием и РАС……………………………………………. . | 44 |
| ВЫВОДЫ…………………………………………………………………….. | 47 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ………………………………………………………………. | 49 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ……………………….. | 51 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ А…………………………………………………………… | 56 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Б……………………………………………………………. | 57 |

**ВВЕДЕНИЕ**

Семья играет важную роль в формировании и развитии личности ребенка. Под руководством родителей ребенок приобретает свой жизненный опыт, элементарные знания об окружающей действительности, умения и навыки жизни в обществе. И, если у ребенка имеется отклонения в развитии, именно от семьи во многом зависит успешность адаптации и интеграции ребенка в общество.

По данным Министерства здравоохранения, в России в 2016 году число детей, зарегистрированных с диагнозом «аутизм» в возрасте до 18 лет, существенно выросло по сравнению с 2015 годом. Так, в 2015 году было зарегистрировано 17,7 тысячи случаев, а в 2016 году — уже более 22 тысяч. Предположительно в России аутизмом болен один человек из тысячи. Но, поскольку официальные подсчеты не ведутся, то эта цифра может отличаться от реальной картины. По мнению детского невролога Минздравсоцразвития РФ, профессора А. Петрухина , аутизм входит в число наиболее встречающихся болезней на территории России 9.

Семьи, воспитывающие детей с расстройствами аутистического спектра, зачастую оказываются замкнутыми в своей проблеме, им не хватает необходимых знаний о способах взаимодействия с ребенком, методах обучения, коррекции поведения детей. Оказавшись в трудной жизненной ситуации, родители переживают тяжелый стресс, появляются депрессии, гневливость, резкость в обращении с детьми, отчаяние. Нередко разрушаются дружеские контакты, и семья оказывается в изоляции. В подобных ситуациях и взрослые, и дети нуждаются в поддержке и помощи, которая может и должна быть оказана всеми специалистами, которые взаимодействуют с ребенком и его семьей 11.

Степень изученности психологических аспектов функционирования семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, остается недостаточной. Авторы в основном уделяют внимание изучению нарушений в развитии детей и коррекционной работе, а вопросы изучения родителей практически не затрагиваются исследователями[11]. Работники специальных коррекционных образовательных учреждений дают родителям объяснения по поводу психофизических особенностей их ребенка и некоторые рекомендации по коррекционной работе в условиях семьи. Однако эти рекомендации и объяснения оказываются недостаточными12. Многие родители не придают данным рекомендациям должного значения или же вовсе их игнорируют. Причиной этому являются специфические личностные изменения и установки родителей, возникшие и развившиеся в результате длительного психопатогенного стресса, связанного с рождением в семье ребенка с аутизмом. Тем не менее, очевидно, что эффективность коррекционного воздействия зависит от качества функционирование семьи, благополучия родителей, их ценностных ориентаций.

О. С.Никольская [19] приводит достаточно подробную характеристику семей, воспитывающих детей с аутизмом и аутистическими расстройствами, сообщая о большей ранимости родителей аутистов, по сравнению с родителями норматипичных детей. А так же отмечает выраженные ощущения безысходности и родительскую несостоятельность, которые усугубляются недостаточной информированностью взрослых о проблеме аутизма и неготовностью общества принять ребенка аутиста. Все вышеперечисленные личные психологические особенности родителей, воспитывающих детей с РАС, накладывают определенный отпечаток на детско-родительские отношения, формируя их дисгармоничность.

**Объект исследования:** самоотношение.

**Предмет исследования:** особенности самоотношения родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

**Цель исследования:** изучить особенности самоотношения родителей, воспитывающих детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

**Гипотеза исследования:** в исследовании предполагается, что родители, воспитывающие детей с расстройствами аутистического спектра, специфически относятся к себе, не принимают болезнь ребенка и испытывают чувство вины. Исходя из личностных особенностей, родитель не в состоянии правильно выстроить детско-родительские отношения.

Объект, цели и гипотеза исследования определили следующие **задачи** исследования:

1. Изучить литературу по проблеме исследования;
2. Изучить особенности самоотношения родителей, воспитывающих детей с нормативным развитием и с РАС;
3. Выявить особенности родительских отношений родителей, воспитывающие детей с нормативным развитием и РАС;

**Методы исследования:**

* анализ научно-методической литературы;
* методы психодиагностики (методика исследования самоотношения С.Р. Пантелеев (МИС), тест-опросник родительского отношения А. Я. Варга, В. В. Столин )
* методы математической статистики.

**Структура и объем работы.** Основной текст изложен на 54 страницах компьютерного текста, иллюстрированно 2 таблицы. Состоит из введения, трех глав, выводов, заключения, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложений. Список использованных источников включает 36 источника.

**1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С АУТИЗМОМ**

1.1 Психолого-педагогические особенности детей с расстройствами аутистического спектра

Аутизм сегодня является довольно распространенным явлением. Ежегодно по всему миру увеличивается количество людей, которые страдают этим расстройством. Этот факт подтверждает статистика аутизма. В Америке и Европе эта проблема появилась давно. Поэтому для таких людей создаются условия, которые позволяют им быть полноценными членами общества. Тогда как Россия и страны ближнего зарубежья столкнулись с аутизмом сравнительно недавно 19.

По статистике аутизмом в мире страдает более 10 млн человек. Несколько десятков лет назад на 10 000 жителей приходился один аутист. Каждый год их становится на 11–17% больше. На территории Китая эта цифра еще выше – 20%. Сегодня аутизмом страдает каждый сотый житель планеты. Представленная таблица отображает статистику аутизма в мире. Она позволяет увидеть, насколько сильно возросло количество страдающих этим психическим расстройством людей с 1995 по 2017 год:

|  |  |
| --- | --- |
| Год | Количество аутистов по всему миру |
| 1995 | 1 из 5000 |
| 2000 | 1 из 2000 |
| 2005 | 1 из 300 |
| 2008 | 1 из 150 |
| 2010 | 1 из 110 |
| 2012 | 1 из 88 |
| 2014 | 1 из 68 |
| 2020 | 1 из 54 |

Число людей страдающих отклонением в развитии стремительно растет. Как показывает статистика аутизма в мире на 2016 год, больных стало в 10 раз больше, чем было десять лет назад. По прогнозам ученых в 2020 году этим расстройством будет страдать каждый 30 житель планеты. А еще через 5 лет – каждый второй.

Анализ статистики аутизма по странам показывает, что наибольшее количество людей страдающих этой патологией проживает:

1. Южная Корея
2. Америка

По состоянию на 2012 год в США каждый пятидесятый житель был диагностирован, как аутист. На территории Южной Кореи такой диагноз был поставлен каждому 38 жителю.

Специалисты не связывают развитие аутизма с принадлежностью к определенной расе, социальным условиям жизни, материальному благополучию. Хотя влияние внешней среды и генетики исключить нельзя.

Возможно, наибольший рост аутистов наблюдается в этих государствах по той причине, что данные по странам не совсем достоверны. На территории других стран это расстройство просто менее изучено, а людям, которые страдают подобным отклонением, ставят ошибочные диагнозы. Поэтому выходит, что по данным статистики аутизм распространен больше всего на территории Америке и Южной Кореи.

У малышей это заболевание возникает из-за нарушений в развитии головного мозга. Ребенок совершает повторяющиеся действия, его интересы ограничены, он практически или совсем не разговаривает 19. Также малыш не хочет и не может общаться с другими детьми. Признаки заболевания можно заметить у ребенка в возрасте до 3 лет.

По статистике детский аутизм диагностируется ежедневно каждые 20 минут. У мальчиков заболевание встречается гораздо чаще, чем у девочек. Среди детей мужского пола аутистов в пять раз больше, чем среди детей женского пола. Аутизм нередко сопровождается умственной отсталостью. Таким нарушением в развитии мальчиков страдает больше, чем девочек.

На сегодняшний день статистика аутизма в России не ведется. Поэтому достоверных данных о том, сколько людей страдает этим заболеванием – нет. Предположительно в России аутизмом болен один человек из тысячи. Но, поскольку официальные подсчеты не ведутся, то эта цифра может отличаться от реальной картины.

Также не ведется статистика детей с аутизмом в России. Поэтому можно сделать вывод, что процент таких малышей, гораздо больше, чем по примерным подсчетам некоторых специалистов. По мнению детского невролога Минздравсоцразвития РФ, профессора А. Петрухина, аутизм входит в число наиболее встречающихся болезней на территории России.

Детей, страдающих этим расстройством не намного меньше, чем больных эпилепсией, астмой или диабетом. Причины, по которым нет объективных данных о количестве аутистов:

* отсутствие хороших психиатров, которые умеют ставить правильные диагнозы;
* нежелание россиян обращаться к врачам;
* несерьезное отношение к расстройствам нервной системы.

К тому же детям с «легкой» формой расстройства не ставят диагноз аутизм, их просто считают странными и не оказывают никакой помощи. Взрослых аутистов признают недееспособными и включают в разряд шизофреников. Как показывает статистика аутизма в России, в 2015 году было зарегистрировано около 18 тыс. детей страдающих этим заболеванием. Однако эта цифра значительно выросла. В 2016 году статистика аутизма в России показывает 22 тыс. зарегистрированных детей.

Если в начале изучения аутизма часто подразумевалось, что лишь неконтактность ребенка мешает ему проявить свою компетентность и реализовать сохранные способности, то в настоящее время, детский аутизм рассматривается как первазивное (всепроникающее) нарушение развития, затрагивающее все сферы психики ребенка. И сами проблемы контакта таких детей в настоящее время рассматриваются в контексте этой множественной дефицитарности18.

Выделяются нарушения тонической составляющей психических процессов, процессов регуляции активности. Нарушения активности просматривались уже в раннем возрасте многих детей с аутизмом: родители характеризовали их как чрезвычайно спокойных, удобных, нетребовательных - «казалось, что в доме не было ребенка». С. Гринспен говорит о слишком малом диапазоне активности, в котором ребенок с аутизмом может спокойно и конструктивно воспринимать происходящее 18. Так же отмечается высокая чувствительность к сенсорным стимулам. Снижение порога сенсорного дискомфорта само по себе может формировать у детей вторичный защитный барьер и аутизм может являться защитной реакцией на "первичную тревогу", и что характерная «сверхочарованность» детей определенными впечатлениями, как и вовлеченность в стереотипные действия может являться механизмом защиты – стабилизации и заглушения неприятных впечатлений.

Дети излишне чувствительны не только к силе сенсорного впечатления, но и к его качеству: они слишком точно различают этологические знаки опасности, об этом свидетельствует фиксация ими множественных страхов, явно не связанных с интенсивностью. Указывают на снижение у аутичных детей порога дискомфорта и в выделении новизны, в норме такая реакция угасает при повторении стимула, аутичные же дети демонстрируют недостаточное привыкание. Этим может объясняться дистресс, который сопровождает малейшее изменение в окружении ребенка. Снижение порога дискомфорта в восприятии таких этологически значимых впечатлений: как человеческое лицо, голос, прикосновения может формировать у ребенка поведение избегания 14. Нарушения, выявляемые в инстинктивной сфере ребенка с аутизмом множественны, во многом они могут быть связаны с обсуждавшийся выше малой выносливостью детей в контакте с миром, и проявления их часто парадоксальны.

Обычны проблемы связанные с едой: брезгливость, опасливость, нередко осторожное обнюхивание пищи, часто экстремальная избирательность, возможность брать в рот несъедобное.

Характерно нарушение поведения самосохранения: при пугливости и обилии неадекватных страхов ребенок легко попадает в реально опасную ситуацию. Это может происходить в силу панических реакций на дискомфорт (сорваться и бежать не глядя на дорогу от заскрипевших качелей); из-за игнорирования реальных угроз при подчинении полевым тенденциям и при зачарованности стереотипными впечатлениями (высоко залезть, уйти в глубину, бежать по парапету набережной, броситься на проезжую часть к машине). Вероятность попадания в угрожающую ситуацию возрастает и из-за отсутствия у ребенка устойчивой ориентации на реакции близкого.

Известно, что дети с аутизмом не развивают исследовательского поведения, их не радует новизна, для них не характерно стремление преодолеть трудности. И, конечно одним из основных признаков дефицитарности развития инстинктивно обусловленных форм поведения являются трудности общения даже в самых простых формах тактильного, голосового, глазного контакта 15. Неконтактность таких детей объясняется нарушением потребности ребенка в общении, а особенности психического дизонтогенеза связывают с отсутствием или недостаточностью формирующих социальных воздействий. Но при успешном ходе психокоррекционной работы ребенок налаживает избирательные эмоциональные связи и показывает глубокую заинтересованность в контакте, подростки ценят свои социальные достижения и дружеские связи, преодолевающие аутистические трудности15.

Дефицитарность аффективной сферы - врожденная неспособность к распознаванию и выражению эмоций. Клинические и психологические характеристики подтверждают невыразительность или неадекватность мимики, жестов, интонации речи таких детей, а данные исследований показывают трудности «считывания» выражений лиц и эмоций других людей. Трудности восприятия и ориентации на социальные стимулы могут быть следствием когнитивных проблем. Проблемы процессов восприятия и организации информации, на проявляющиеся уже в раннем детстве отсутствия совместного внимания ребенка и взрослого на предмете или действии 14.

В настоящее время общепризнано, что эти дети имеют специфические трудности переработки и организации информации, ведущие к нарушению формирования картины мира ребенка. Выявленный особый «когнитивный стиль» является устойчивой специфической характеристикой, сохраняющейся и во взрослой жизни ребенка с аутизмом 18.

Особенности организации познавательных процессов, проблемы гибкости и произвольности поведения, дисфункция процессов сенсорного восприятия. Как возможные причины нарушения коммуникации и социального развития выделяются особенности речевого развития. Даже у самого умного аутичного ребенка может быть нарушена врожденная способность воспринимать другого человека как партнера, имеющего свои намерения, желания, со своей логикой поведения (понимание и учет другого внутреннего мира).

Моторное развитие в начале, как правило, не вызывает беспокойства: ребенок вовремя начинает держать голову, садится, вставать, ходить, хотя в части случаев родители и отмечают недостаточную активность спокойного. Когда самостоятельная ходьба начинается, многие из детей начинают ходить так неловко, что возникает подозрение органического поражения ЦНС. Хождение «на цыпочках», которое может сохраниться надолго и эпизодически проявляться даже при возможности передвигаться нормально, что В.М.Башина , трактует как задержку оттормаживания незрелых форм и их переслаивания со зрелыми формами организации ходьбы 24.

Позже для многих детей характерна особая пластика, отражающая проблемы регуляции моторного тонуса, сочетания вялости и напряженности, «зажатости», трудности ритмической организации движения, их согласования, часто нарушение координации движения рук и ног. При отсутствии целенаправленных действий в полевом поведении глубоко аутичные дети могут ловко и точно распределять себя в пространстве ,хорошо рассчитывая движения, они карабкаются по мебели, перепрыгивают, балансируют, виртуозно раскачиваются на качелях, любят чтобы их тормошили, побрасывали, кружили, и могут при этом проявлять изумительную ловкость. Неловкость, некоординированность движений характерны больше для детей относительно более контактных, говорящих и лучше проявляющих себя интеллектуально.

Уже в раннем возрасте дети могут удивлять одержимым бегом по кругу, раскачиванием, кружением, взмахами рук, верчением пальцами, прыжками на прямых ногах и другими стереотипными движениями 24. Эти действия не имеют видимого утилитарного или игрового смысла, но чрезвычайно захватывают самого ребенка и усиливаются в ситуациях радости или тревоги. Научить такого ребенка даже самым простым бытовым или даже игровым действием бывает трудно, родители часто говорят: он не неохотно и плохо подражает, но сам может развить искусность в излюбленных стереотипных действиях. Это может быть перебирание и выкладывание в определенном порядке мелких объектов (мозаики, спичек, палочек, кубиков), верчение предметов, манипуляция их частями (например, колесами, ручками)2.

В быту же дети проявляют чудовищную неловкость, со значительным запозданием и с трудностями овладевают навыками самообслуживания. Страдает организация произвольного целенаправленного действия даже при отсутствии негативизма. В направленном обучении даже при отсутствии негативизма ребенок может проявлять дефицитарность на всех уровнях организации моторного действия: ему сложно воспроизвести и удержать позу, аномалии регуляции тонуса, координации движений, усвоения порядка действий, их ритмической, временно-пространственной организации. Усвоенный навык в большинстве случаев стабильно удерживается, однако, к сожалению, при этом остаются трудности в самостоятельном использовании освоенного умения, при снятии физической поддержки, ребенок может, прекращать действие и сопротивляться отмене помощи. Характерно также, что даже хорошо освоенный навык используется им в стереотипной форме в привычной ситуации и, жестко связываясь с ней, с трудом переносится в другие условия. Таким образом, даже существующие умения часто не применяются ребенком в реальной жизни.

Родители описывают раннее внимание детей к сенсорным впечатлениям: возможность длительно сосредотачиваться на свете лампы, узорах на обоях, любовь к классической музыке. Достаточно часто сообщается о замечательной заметливости таких детей в выделении сенсорных признаков. Есть дети рано выделявшие и фиксировавшие формы начертания букв и цифр и это тоже проявлялась в их первых словах.

Опережающее выделение отдельных сенсорных впечатлений сочетается с задержкой развития представлений об обыденном окружении, их фрагментарностью, недостаточностью развития подробной, предметно и функционально организованной картины мира, отношения к вещам в соответствии с их функцией. Внимание ребенка часто привлекается не вещью, а ее частью, сенсорно привлекательной или дающей возможность извлечь эффектное впечатление (колесо, которое можно вертеть).

Показано, что нарушения внимания при аутизме не связаны непосредственно с трудностями оттормаживания импульсивных реакций, типичными для широкого спектра задержек развития, в частности, для гиперактивных детей. Проблемы внимания детей с аутизмом скорее связаны с нарушением базовых основ устойчивой организации произвольного внимания ребенка: процессов активации, обеспечивающих состояние бдительности и ориентировки, снижением способности к переключению, от одного сенсорного канала к другому (более от зрительной к слуховой модальности), к смене программ и когнитивных стратегий.

Родителям и специалистам известна чрезвычайная заметливость этих детей в том, что для них значимо: приятно или страшно. Дети в деталях фиксирует привычную обстановку и порядок действий, что и показывают, когда сопротивляются малейшим изменениям в окружающем. Они на годы запоминают свой испуг и формируют стойкие страхи определенных мест, объектов, действий, конкретных слов и фраз24.

Выше говорилось о трудности выработки моторных навыков, но если они вырабатываются, то в большинстве случаев удерживаются прочно. Специфика в том, что фиксируются они в блоке ситуации, в которой были выработаны, как насекомое внутри янтаря, и с трудом переносятся в другие условия. В школе дети могут удивлять учителей способностью легко запоминать большие объемы учебного материала, но также и тем, что стремятся воспроизвести его близко к тексту учебника. Типичны трудности актуализации имеющихся знаний при вопросе, заданном в непривычной форме. Хорошая память всегда рассматривалась как один из островков способностей ребенка с аутизмом. Типичны прекрасная музыкальная память, возможность запоминать и воспроизводить сложные орнаменты, приводятся примеры способности делать по памяти исключительно точные и аккуратные рисунки, сверхточно запоминать написание слов («абсолютная грамотность»), номера и схемы маршрутов транспорта. И всегда блестящая память детей с аутизмом рассматривалась как механическая. Уже Л. Каннер указывал на «феноменальную способность воспроизводить сложные неорганизованные и бессмысленные паттерны точь-в-точь так, как они восприняты»14,15.

Явным нарушениям речевого развития ребенка с аутизмом предшествуют трудности развития невербальной коммуникации. В раннем возрасте гуление и лепет могут быть мало выражены, и часто отличаются по звучанию от обычных детских10. Кроме того малыш больше играет звуками сам и меньше чем в норме использует их в общении. Уже до года дети мало пользуются жестами, мимикой для обращения к близким, не тянутся на руки, не вовлекают в игры, не привлекают внимания к интересующему их объекту. Вместе с тем, первые слова и даже фразы могут появиться вовремя. Хотя, обычно, это не самые нужные ребенку слова: «мама» «папа», «дай», а "интересные", необычные, сложные, которые тоже, как правило, не используются им для прямого обращения к близким.

Ребенок не обращается сам и почти не отзывается на имя, не организуется речью, плохо выполняет самые простые инструкции, что рождает у взрослых сомнения в его способности слышать и воспринимать речь. Сомнения в сохранности слуха обычно не подтверждаются, поскольку дети явно реагируют на звуки вне коммуникации, могут любить музыку. Характерна длительная задержка появления вопросов, особенно «когда « и «почему».У части детей с аутизмом, речь может практически не развиваться, они остаются мутичными. У некоторых слова вообще не появляются, другие начинают произносить слова вне коммуникации, но вскоре после года теряют их 10. Мутизм - это не обязательно полное отсутствие речи: ребенок может замолчать совсем, может вокализировать, щебетать, чмокать, скрипеть, но может и интонировать нечто схожее с речью, но «на своем языке» и тоже вне коммуникации. В этом бормотании временами могут проскальзывать смазанные слова, чаще всего какие-то цитаты, возможно из любимых мультфильмов. Отмечается эхолалия, т.е. повторение услышанного слова или даже фразы, иногда достаточно отчетливое воспроизведение сложных звукосочетаний. Понимание речи других людей таким ребенком могут оцениваться лишь по косвенным признакам, по учету в его поведении вербальной информации. У других детей речь продолжает развиваться, хотя у многих может надолго оставаться эхолаличной, свернутой (телеграфный стиль), с трудностями освоения первого лица 10. Ребенок не обращается прямо, но может выразить свое желание или отказ во втором, в третьем лице (хочешь, хочет; не хочешь, не можешь) в инфинитиве (накрыть), называя себя по имени (Петенька устал). Возможно использование к месту цитат из речи родителей, сказок, песен, мультфильмов. Смысл цитат и штампов может быть понятен только близким ребенка, в контексте его домашней жизни (метафорические, идиосинкразические высказывания).

Характерна стереотипность в использовании освоенных речевых навыков: их воспроизведение в одной и той же форме, жесткая привязанность к привычной обстановке, к взаимодействию с одними и теми же людьми. И эти же дети, пользуясь для коммуникации ограниченным набором цитат и штампов, в русле стереотипных увлечений могут быть чутки к фонематической и ритмической структуре слова, рифмовать, «читать стихи километрами», повторять сложно звучащие слова, проявлять интерес к их написанию (позже они могут удивлять своей абсолютной грамотностью) 23.

В одних случаях характерна особая задержка речевого развития, то в других по формальным показателям оно может идти ускоренно, но это не отменяет проблем коммуникации. Родители часто замечают, что дети, даже имея богатый словарный запас, используя «взрослые» и сложные грамматические и синтаксические формы тоже не могут вести диалог - с ними "трудно разговаривать". Речь этих детей тоже стереотипна (фонографична), она во многом строится на основе развернутых цитат из высказываний родителей, знакомых книг, фильмов и в основном представляет монологи на темы сверхценные для ребенка. Дети могут задавать вопросы, но тоже стереотипные, на которые требуют определенные, стереотипные ответы. Если в норме, оно начинается со становления простейшего диалога ситуативной речевой коммуникации и уже позже на ее основе происходит переход к контекстной монологической речи, то здесь ребенок начинает и останавливается на монологе, не пройдя стадию ситуативной речи.

Как уже упоминалось, проблемы развития речи проявляются на ряду с нарушениями развития средств невербальной коммуникации – адекватной жестикуляции, мимики, интонации, которая в данном случае тоже не поддерживает коммуникацию. Характерна особая просодика детей с аутизмом: вокализации мутичных детей крайне необычны, у говорящих детей тоже странные интонации, и ударения. Характерны необычное звучание и изменение темпа, высоты и силы голоса, монотонные, скандированные или специфически певучие интонации, шепот при начале эхолаличной речи. 10, 23

В специфике нарушений речевого развития при аутизме на первый план обычно выступают эхолалия и проблемы детей с использованием местоимений. Непосредственная и отставленная эхолалия может иметь адаптивную функцию и используется ребенком рационально как требование, подтверждение, поддержание взаимодействия или служить средством саморегуляции. Проблемы семантики, применения лингвистической компетентности в коммуникации проявляется и в понимании, и в использовании речи.  Аутичные дети воспринимают высказывания менее полно, чем норма со сходным уровнем невербального интеллекта, но слабость их связана не с трудностями понимания стратегии порядка слов в предложении, а в меньшей ориентации на реальное знание о происходящих событиях. Так же и при складывании разрезных картинок эти дети меньше опирались на смысл рисунка и ориентировались на совпадение его линий.

Специфика речи при аутизме - это стереотипные высказывания, часто не очень понятные другому человеку, поскольку они опираются лишь на личные ассоциации и отражают избирательные интересы ребенка, при недостатке спонтанной речи, решающей задачи активной целенаправленной коммуникации. Можно сказать, что как и при попытках произвольной организации целенаправленного моторного действия ребенок с аутизмом может проявить множественные признаки диспраксии, так и при организации целенаправленного речевого действия могут выявиться множественные разноуровневые проблемы его организации, дублирующие проблемы сенсомоторной алалии, отражающие трудности организации и гибкой реорганизации программы целенаправленного речевого действия.

В описаниях Л. Каннера отмечается, что дети с аутизмом могут проявлять сообразительность в решении сенсомоторных задач, где решение происходит в зрительном поле с помощью усмотрения и непосредственного действия. Поэтому в раннем возрасте такой ребенок может быть хорош в сортировке объектов по форме, размеру, цвету, может легко «схватывать» способ действия с игрушками. Характерно, что такую успешность ребенок проявляет, в основном, когда непосредственно действует сам, а при направленном обучении может проявить себя гораздо менее состоятельным 2,16. Дети могут проявить способность в конструировании, хорошо ориентироваться в устройстве различных механизмов, в частности - бытовой техники, а позже, и в электрических схемах. Успешность проявляется в занятиях с досками Сегена, в складывании разрезных картинок, в работе с кубиками Коса. При этом паттерны «пиков» зрительно-пространственных способностей (по Векслеру) сходны у высоко и низкофункциональных и даже более выражены в случаях умственно-отсталых детей с аутизмом, которые могут вообще не оцениваться по вербальной шкале.

Нарушение процесса развития целостного осмысления происходящего проявляется в специфике выполнения других невербальных заданий, в которых дети с аутизмом также обычно успешны16. Так в складывании пазлов достижения аутичных детей соответствуют уровню нормы, но решают они эту задачу по другому, ориентируясь более не на смысл рисунка, а на контуры его линий. Меньшая ориентация на общий смысл картинки проявляется и в необычно высокой способности таких детей в выявлении скрытых геометрических форм, встроенных в изображения обычных предметов.

Вербальный интеллект ребенка может вообще не оцениваться по стандартизированным шкалам или оцениваться крайне низко, и для большинства детей с аутизмом безусловно характерна большая успешность в невербальных заданиях8,16.В дошкольном возрасте обычны проблемы составления рассказа по картинке: дети отвечают односложно, им трудно развернуть симультанно воспринимаемую зрительную информацию в последовательность вербальных высказываний. И в школе у многих детей остается проблема развернутого ответа «своими словами», дети отвечают или крайне свернуто, или в заданной форме, цитируя учителя или текст учебника. Страдает возможность активной организации и реорганизации вербальной информации***.***

Для всех детей с аутизмом характерна трудность восприятия подтекста и учета общего смыслового контекста происходящих событий. Даже самые умные из них, успешные в заданиях на категоризацию, выделение четвертого лишнего, проявляют буквальность, «гиперреализм» в восприятии происходящего: могут не понять метафоры, переносного смысла, не оценить самой простой шутки. Подобная конкретность, одноплановость мышления вкупе с недостаточным развитием игровой деятельности и трудностями переноса освоенных навыков в новую ситуацию заставляет многих специалистов думать о существовании у аутичных детей проблем развития символического мышления.

1.2 Психоэмоциональные переживания родителей, связанные с особенностями развития ребенка

Появление ребенка с нарушениями развития вне зависимости от времени постановки диагноза всегда является травмой, поскольку высокий уровень стресса, переживаемый родителями, сопровождается дезадаптационными процессами в сфере их психического и физического здоровья и влечет за собой изменения на всех уровнях человеческого функционирования. Болезнь ребенка – катастрофическое событие для родителей, она вызывает в родительской паре потрясение, типичное для критических ситуаций. Хотя ребенок не умирает, происходит потеря воображаемого ребенка, его здорового образа, мечтаний, надежд, связанных с будущим его взрослением. Переживания родителей, имеющих ребенка с РАС, во многом похожи на переживания всех родителей, воспитывающих детей с особенностями развития, но при этом имеют свою специфику1.

Трудности диагностики, разнообразие и неоднородность нарушений, непостоянное присутствие тех или иных симптомов, различность теоретических и коррекционных подходов сильно усложняют принятие родителями диагноза ребенка и приводят их к душевным метаниям, сталкивая с большим количеством спекуляций. Неочевидность нарушений (особенно при легких формах аутистических расстройств) зачастую вызывает склонность отрицать диагноз, побуждает к хождению от специалиста к специалисту, что погружает семью в ещё больший стресс и приводит к откладыванию лечения. В условиях «отсроченного диагноза» семья достаточно долгое время функционирует в режиме, когда нарушения развития существуют, но они никак не названы. Осознание всей тяжести положения ребенка зачастую наступает внезапно. В момент постановки диагноза семья порой переживает тяжелейший стресс: в три, в четыре, иногда даже в пять лет родителям сообщают, что их ребенок, который до сих пор считался здоровым или даже одаренным, на самом деле имеет серьезные проблемы. Постановка окончательного диагноза может привести к острому кризису, сопровождающемуся сильными эмоциями. В некоторых семьях, где основная психологическая нагрузка легла на период неопределенности, родители, наоборот, отмечают, что постановка диагноза вызвала у них парадоксальное чувство облегчения, так как появились определенность и понимание (пусть и горькое) состояния ребенка. Независимо от того, начинается ли острый кризис сразу после рождения ребенка, после постановки диагноза или после стадии неуверенности, завершившейся, наконец, осознанием тяжести его состояния, для родителей наступает долгий этап приспособления к новым жизненным реалиям 11,12.

Каждая ситуация – будь то ухудшение здоровья ребенка, плохие результаты теста, оценивающего уровень развития, появление странностей в поведении, начало посещения детского сада, выбор школы или подготовка к будущей профессии – может содержать для родителей опасные и тревожные импульсы, с которыми они должны научиться справляться. Родители оказываются в особом психологическом состоянии: оно тяжелее, чем если бы болезнь ребенка была излечима, и часто даже тяжелее, чем если бы ребенок умер. Напряженность переживаний в семьях, имеющих детей с РАС, сильнее, чем в семьях с детьми с другими тяжелыми нарушениями развития.

Стресс в большей степени проявляется у матерей, воспитывающих ребенка с РАС. Ребенок с раннего возраста не поощряет мать, не смотрит в глаза, не любит бывать на руках, иногда даже не выделяет ее из других людей, не отдает предпочтения в контакте. Такой ребенок не несет ей достаточного эмоционального отклика, радости общения. Это приводит к депрессивности, астено-невротическим проявлениям у матерей детей с РАС. Исследования матерей, имеющих детей с РАС, показали, что их эмоциональное отношение к детям остается адекватно принимающим, позитивным. На когнитивном уровне оценка ребенка чаще всего является инфантилизирующей, отражает трудности матери в понимании своего ребенка, в построении модели его воспитания и возможности «встроиться» в социальную среду. У матерей часто складывается комплекс ролевой неполноценности и невозможность гибкой адаптации к особенностям больного ребенка. Кроме того, они испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости от своих детей19.

Отцы, как правило, проводят больше времени на работе: на них ложатся обязанности материального обеспечения семьи, которые носят долговременный характер. Братья и сестры аутичных детей тоже испытывают определенные трудности, так как родители нередко вынуждены жертвовать их интересами. Они могут чувствовать обделенность вниманием, ощущать, что родители их любят меньше. Иногда они разделяют заботы семьи, а иногда и отстраняются, что дополнительно ранит родителей. Ранимость семьи с аутичным ребенком усиливается в периоды его возрастных кризисов и в те моменты, когда семья проходит определенные критические точки своего развития: поступление ребенка в дошкольное учреждение, в школу, достижение им переходного возраста. Наступление совершеннолетия и обозначающего его события (получение паспорта, перевод к взрослому врачу и т.п.) порой вызывают у семьи еще больший стресс, чем постановка диагноза.

Таким образом, для семей, имеющих ребенка с РАС, существуют следующие факторы повышенного стресса: неопределенность диагноза, тяжесть и продолжительность расстройства, трудности с соответствием общественным нормам. Неспособность ребенка с РАС взаимодействовать с окружающими людьми, защитное избегающее поведение, сильные эмоциональные реакции, которые ребенок не умеет контролировать, приводят в замешательство всю семью. Ребенок часто не может донести до родителей свои потребности, что существенно затрудняет расшифровку его эмоционального состояния. Непредсказуемость поведения ребенка в присутствии других людей вызывает у родителей тревогу и стыд. Жизнь после диагноза оборачивается для родителей сплошным затянувшимся кризисом с цепью непредвиденных событий, которые всегда вызывают печаль и чувство страха11.

Состояние стресса для семьи, которая продолжает «сражаться» за своего ребенка, с этого момента нередко становится хроническим. В нашей стране это во многом связано с отсутствием налаженной системы помощи аутичным детям, с тем, что в существующих детских учреждениях дети с необычным и сложным поведением «не приживаются». Непросто найти специалиста, который взялся бы работать с таким ребенком. На местах, как правило, помочь ему не берутся, приходится не только далеко ездить, но и месяцами ждать, когда подойдет очередь консультации. Как и само хроническое состояние ребенка, стрессовая ситуация длится многие годы; она развивается вместе со взрослением ребенка и не позволяет родственникам отвлечься от нее13.

Семья аутичного ребенка часто лишена и моральной поддержки знакомых, а иногда даже близких людей. Окружающие в большинстве случаев ничего не знают о проблеме аутизма, и родителям бывает трудно объяснить им причины разлаженного поведения ребенка, его капризов, отвести от себя упреки в его избалованности. Нередко семья сталкивается с нездоровым интересом соседей, с недоброжелательностью, агрессивной реакцией людей в транспорте, в магазине, на улице и даже в детском учреждении. Непрекращающаяся боль, как правило, не дает родителю объективно оценить состояние ребенка и свои возможности. На сознательном уровне родители хотят получить информацию о состоянии своего ребенка и связанные с ним разъяснения, но при этом эмоционально они не готовы её принимать. Включаются различные механизмы психологической защиты, которые оберегают человека от тяжелых переживаний.

Психологическая защита увеличивает внутреннее напряжение родителя, так как приходится не замечать нежелательных фактов в развитии и поведении ребенка. Это напряжение обязательно сказывается на взаимоотношениях супругов и на обстановке в семье в целом. Оно может привести как к ухудшению этой обстановки, так и, наоборот, к сближению всех членов семьи. Различия в стилях поведения партнеров особенно ярко проявляются в тяжелых семейных ситуациях, и тогда они либо дают повод для конфликта, либо ведут к созданию сбалансированной, согласованной системы отношений. Так, женщина может увлечься ролью матери, и муж будет чувствовать себя забытым. Или муж с головой уходит в работу, и жене кажется, что она брошена на произвол судьбы. При таких взаимоотношениях, вероятно, предполагается, что один из них имеет право страдать, а другой считает своим долгом держаться непоколебимо, быть разумным и сильным. Видимо, такие взаимодополняющие роли рождаются из-за страха перед совместным проживанием печали, разочарования и отчаяния, и от этих ролей родителям уже сложно отказаться31.

Конфликт в этом случае представляется единственным выходом из ситуации, так как два человека по-разному реагируют на вызывающие тревогу особенности ребенка. Тогда родители приходят к прямому противостоянию, потому что попытки одного разобраться в своих тревогах увеличивают страх другого и интенсивность его психологической защиты. На эту ситуацию влияют и другие родственники. В результате возникают такие негибкие семейные системы, в которых родители и родственники отгораживаются от принятия сложной ситуации. Могут возникнуть коалиции между одним из родителей и ребенком против кого-то третьего – второго родителя или другого сына или дочери. Чем сильнее различаются позиции супругов по отношению к надвигающейся опасности серьезного отставания в развитии, тем больше вероятность, что внутри семьи возникнут такие союзы. Если же родители применяют одинаковую психологическую защиту, это часто ведет к тому, что всеобъемлющая забота о ребенке становится единственным содержанием семейных отношений31.

В современной литературе реакция родителей на болезнь ребенка рассматривается как тяжелое травматическое переживание, сходное с тем, которое испытывает человек в ситуации потери близких. Описание психологической реакции на травматическое событие включает пять временных фаз, о которых писала Кюблер-Росс:

Шок и отрицание – сопровождается угнетением, либо наоборот, хаотичностью психической активности, что приводит к дезорганизации деятельности человека. Реакция отрицания диагноза на первых порах позволяет родителю «выжить», но не может защитить от реальности. Если подобная реакция затягивается, то это зачастую приводит к неадекватным требованиям к ребенку, к бесконечным сменам специалистов, которые бы дали о ребенке «устраивающую» их информацию и прогноз. Специалистам, взаимодействующим с семьей на данной стадии, необходимо знать, что на этом этапе родители не способны принимать детальную информацию о своем ребенке и способах его лечения. Это самый тяжелый кризисный период, когда родители особенно нуждаются в поддержке и сострадании. Основная задача на данном этапе – это установление доверительных отношений и мотивация родителей на получение помощи.

Сделка. Для этой стадии характерно стремление родителей «излечить» ребенка, полагаясь на справедливость и вознаграждение за «правильное поведение» и «добрые дела». Надежда на чудесное исцеление, поиски «идеального» врача, специалиста, «чудо-лекарства», самого эффективного метода, обращение к религии дают родителям ощущение возможности повлиять на ситуацию. Таким «магическим» способом проявляется попытка вернуть себе контроль, которого они лишились. У них появляются мысли о том, что если они совершат необходимые действия (будут молиться, помогать нуждающимся и др.), то болезнь исчезнет. Подобные реакции родителей нормальны и оправданы. На этом этапе особенно важно учитывать чувство вины, которое остро испытывает родитель. Поиск причины, виновного в заболевании ребенка, обвинение себя или друг друга влияют на поведение членов семьи. Родители становятся очень чувствительными к замечаниям, которые касаются поведения ребенка, воспринимая их как критику и нападки в свой адрес. Иногда родители могут «эксплуатировать» чувство вины окружающих людей (не входящих в круг «идеальных»), становясь требовательными и капризными.

Гнев. Если со временем улучшения состояния ребенка не происходит, на место надежды приходит гнев. Зачастую гнев обращен на специалистов, которые не в состоянии оказать нужную помощь. Но поскольку в обществе не принято открытое выражение гнева, то родитель обычно скрывает, сдерживает его в себе. Это зачастую приводит к различным психосоматическим заболеваниям. Иногда гнев смещается на других лиц: у родителей могут неожиданно возникнуть конфликты на работе, в семье, со специалистами, работающими с ребенком. Неумение профессионала спокойно воспринимать гнев со стороны родителей, втягивание в конфликт с ними, возникновение обиды на «неблагодарность» могут привести к отчуждению и запуску новой травматической ситуации для семьи. Нередко это приводит к уходу от специалиста, из образовательного или лечебного учреждения и к поиску нового «идеального» специалиста. В семьях, где не принято открытое выражение гнева, родители будут реагировать отчуждением, изоляцией и высокой тревогой. Контакт и сотрудничество со специалистами становятся формальными, перегруженными большим количеством пассивной агрессии. Рекомендации специалистов в этом случае будут выполняться формально или игнорироваться вообще. На этом этапе профессионалам важно не только уметь воспринимать гнев родителей, но и поощрять, а в некоторых случаях и обучать выражать его. Наиболее успешно эта задача решается в родительских терапевтических группах.

Депрессия. Осознание тяжести и природы заболевания приводит к появлению у родителей депрессивных чувств. Для родителей детей с тяжелыми формами аутистических расстройств характерно проявление так называемой парадоксальной депрессии, когда объективное улучшение состояния ребенка приводит к осознанию родителями того пути, который ещё необходимо с ним пройти для успешной адаптации. Депрессивные переживания при этом во многом зависят от того, как семья интерпретирует его состояние. В этот момент специалистам важно нормализовать данные чувства, показать, что они свойственны всем людям в этой ситуации. Если специалисты не готовы или боятся данных негативных переживаний, то родители могут начать избегать общения с ними. Иногда специалисты могут замечать, что родитель стал безразличен к своему ребенку, к его достижениям. Если эта реакция не затягивается, то скорее всего она временная и является внешней формой депрессивных переживаний по поводу признания реальности нарушений.

Принятие. Оно считается достигнутым, когда родители демонстрируют все или большую часть следующих характеристик:

– Они способны относительно спокойно говорить о проблемах ребенка.

– Они способны сохранять равновесие между проявлением любви к ребенку и поощрением его самостоятельности.

– Они способны в сотрудничестве со специалистами составлять краткие и долгосрочные планы.

– У них имеются личные интересы, не связанные с ребенком.

– Они способны что-либо запрещать ребенку и при необходимости наказывать его, не испытывая чувства вины.

– Они не проявляют по отношению к ребенку ни гиперопеки, ни чрезмерной и ненужной строгости. Рассматривая эти стадии, необходимо помнить, что семьи неоднородны, и эмоциональные процессы проходят у их членов по-разному. Для некоторых семей эти стадии цикличны и повторяются с каждой вехой развития или с каждым кризисом, например, при ухудшении состояния ребенка. В силу непредсказуемости дальнейшего развития ребенка ситуация в семье может развиваться в двух направлениях.

В первом случае люди могут воспринять свалившиеся на них тяготы как вызов и постараться приспособиться к новой ситуации и прийти к новому, оптимальному, способу организации семьи. Часто члены такой семьи находят много общего. Взаимная поддержка ведет к пониманию в отношениях, доверию и взаимному принятию. Личный рост каждого члена семьи возможен в том случае, если он не только чувствует надежную поддержку, но и имеет право на собственные желания и цели. Благодаря личной свободе действий расширяются перспективы, и семье легче открыться внешнему миру. Родители часто рассказывают, что после периода отчаяния и горя им удавалось постепенно придавать жизни все больше и больше смысла, или что после крутого жизненного поворота они находили новые интересы и вырабатывали новые ценности34.

Таким образом, большинству семей удается успешно преодолеть кризис, вызванный рождением ребенка с нарушением в развитии. Однако семейные отношения могут развиваться и в другом направлении. Вместо поддержки друг друга, члены семьи высказывают взаимные упреки, и после безуспешных попыток урегулировать отношения семья все больше разобщается. Неудовлетворенность и напряжение приводят к специфическому стилю общения с проблемным ребенком или его братьями и сестрами и особенной манере воспитания. В таких семьях часто бывают случаи неадекватного поведения ребенка с нарушением развития, его братьев или сестер. Все это происходит на фоне конфликтов между супругами, а напряжение и горе все глубже вытесняются в подсознание. В одних условиях возрастающая отчужденность может привести к распаду семьи, в других – кризис преодолевается ценой ухода в себя и изоляции от внешнего мира.

Во втором случае семья становится сплоченной, но ее членам не предоставлена свобода маневра. Любая попытка кого-либо стать самостоятельным будет восприниматься как угроза сложившемуся порядку. В центре внимания окажется проблемный ребенок, и все желания его родных попадут в зависимость от этого обстоятельства. В таких семьях царит атмосфера скрытности и фанатичной преданности долгу. Подобное положение дел складывается, по существу, именно ради того, чтобы скрывать от окружающих семейную драму и вызванные ею эмоции: стыд, чувство вины и ощущение отверженности, а также сильное горе, отчаяние или злость. Таким образом, для того чтобы работа с семьей шла успешно, и взаимодействие было эффективным, специалисту необходимо знать особенности конкретной семьи: как семья проживает кризис, какие психологические защиты используются, как распределяются роли в семье, с какими ежедневными трудностями сталкиваются родители, как они с ними справляются34. Достичь этого можно лишь путем внимательного выслушивания всех членов семьи, открытого и уважительного общения. Специалист, работающий с ребенком с РАС, должен учитывать особую ранимость, остроту переживаний его родителей, уважать их психологические защиты. Специалистам часто кажется, что их долг – решить все проблемы семьи, донести до родителей любыми способами всю объективную информацию, помочь ребенку. Однако ни один специалист, только работая над проблемами семьи и вместо родителей занимаясь с их ребенком, не в состоянии быстро избавить родителей от той боли, которую они постоянно испытывают. Необходимо работать вместе с родителями, понимая процессы, происходящие с ними, уважая этих людей и помогая им почувствовать гордость за то, что они делают в этой трудной ситуации.

1.3 Детско-родительские отношения в семье, имеющей ребенка с расстройством аутистического спектра

Различают 4 типа воспитания: демократический, авторитарный, либеральный, индифферентный. Но в основном у родителей воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра присутствуют неправильные типы воспитания.

На примере подростковых акцентуаций А.Е. Личко выделяет типы неправильного воспитания, которые в виде тенденций присущи ряду современных семей вне зависимости от особенностей развития ребенка 5. Неправильное воспитание, по мнению автора, приводит к формированию психопатического развития, утяжеляет уже существующие заболевания. Среди типов неправильного воспитания описаны:

1. Гипопротекция в виде недостатка опеки и контроля, или когда контроль за поведением ребенка как будто осуществляется, но на деле отличается крайним формализмом. Скрытая гипопротекция нередко сочетается с описываемым далее скрытым эмоциональным отвержением.

2. Доминирующая гиперпротекция в виде чрезмерной опеки и контроля. Гиперпротекция не позволяет ребенку с ранних лет учиться на собственном опыте пользоваться свободой, не приучает к самостоятельности.

3. Потворствующая гиперпротекция, когда ребенок становится «кумиром семьи» и освобождается от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанностей.

4. Воспитание «в культе болезни», когда болезнь ребенка становится центром, на котором фиксировано внимание всей семьи. Такое воспитание культивирует не только эгоцентризм, но и неадекватную самооценку.

5. Эмоциональное отвержение, когда ребенок постоянно ощущает, что им тяготятся, что он – обуза в жизни родителей. Силами разума и воли родители иногда компенсируют отвержение подчеркнутой заботой, однако ребенок ощущает недостаток искреннего эмоционального тепла.

6. Условия повышенной моральной ответственности, когда родители питают большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов, его способностей и талантов. Они нередко лелеют мысль, что их потомок воплотит в жизнь их собственные несбывшиеся мечты.

7. Противоречивое воспитание, когда в одной семье каждый придерживается неодинаковых воспитательных стилей и сочетает несовместимые воспитательские подходы. При этом члены семьи конкурируют, а то и открыто конфликтуют друг с другом.

Многие из этих типов воспитания нередко встречаются в семьях, воспитывающих ребенка с РАС. «Защитная» позиция человека по отношению ко все более четко проявляющимся отклонениям в развитии ребенка способна породить такой стиль воспитания, который можно описать как перфекционистский. На первый план выходят успехи ребенка и способы их достижения, что ведет к принуждению, порицаниям, жесткости. Ребенку, для которого требования явно завышены, отводится роль «козла отпущения», и он постепенно превращается в аутсайдера в собственной семье. Однако та же тенденция к отрицанию реальности может привести к противоположной стратегии. Родители начинают баловать и чрезмерно оберегать своего ребенка, ставят его в центр внимания семьи и создают тепличные условия, которые мешают движению вперед. Иногда из-за страха, что ребенок останется равнодушным или негативно это воспримет, не предпринимаются попытки мотивировать его, пробудить в нем инициативу26.

Для понимания особенностей структуры семей, имеющих ребенка с РАС, важно уделить серьезное внимание явлению созависимости.

Созависимость – это патологическое состояние, форма симбиотических отношений, характеризующаяся глубокой поглощённостью и сильной социальной, эмоциональной и зачастую даже физической зависимостью от другого человека. Первым вариантом стратегии, который используется при созависимости, выступает контроль. Стратегия контроля зачастую наблюдается в семьях, где живут дети с расстройствами аутистического спектра, и выглядит следующим образом. Члены семьи на себя берут функции контроля над поведением ребенка.

Вторым вариантом стратегии, возникающей при созависимости, является протекция – защита, тесно связанная с контролем. Защита часто проявляется в том, что ребенка защищают от возможных последствий его активного поведения. Иногда это проявляется таким образом, что ребенок (из-за господствующей идеи непринятия обществом ребенка с особенностями) изолируется от окружающих, чтобы он не имел возможности активно общаться без контроля со стороны взрослого. Защита может проявляться и в ограждении ребенка от выполнения социально-бытовых, академических и других функций20.

Жизненный цикл семьи, воспитывающей ребенка с РАС, сопровождает целый ряд кризисов и проблем, во время которых при уже имеющихся материальных нагрузках возрастают психологические и эмоциональные нагрузки, повышается риск возникновения стрессов и депрессий и других проблем.

Отсутствие родительского тепла формирует у ребенка с РАС неадекватные личностные характеристики. Родительская неадекватность в принятии ребенка с РАС, отвержение, недостаточность эмоционально-теплых отношений провоцируют развитие у детей дисгармоничных форм взаимодействия с социальным миром и формируют дезадаптивные черты личности. Тогда как теплые отношения в семье, безусловная поддержка ребенка способствуют сглаживанию аутичных черт, его социальной адаптации.

**Резюме**

Проблема аутизма еще недостаточно изучена. Параметры индивидуального развития детей с РАС существенно отличаются в каждом конкретном случае. На развитие ребенка будут влиять четыре фактора:

1. Правильная постановка диагноза для точного маршрута коррекционно-реабилитационной работы, специальное медицинское лечение, с учетом первичных и вторичных нарушений (ярко выраженные, слабо выраженные и почти незаметные). Успешность развития аутичного ребенка во многом зависит от своевременной диагностики и раннего начала (с первых месяцев жизни) коррекционно-реабилитационной работы с ним.
2. Изменение условий окружающей среды дома необходимых для ребенка (убрать гаджеты, исключить определенные продукты). Позитивная и благоприятная атмосфера в окружении ребенка с РАС, родители акцентируют свое внимание на положительные качества ребенка, поддерживая и помогая приобретать новые навыки .
3. Для ребенка с расстройствами аутистического спектра очень важна поддержка и принятие со стороны родителей и близких. Проявлять в постоянных эмоциональных взаимодействиях в виде игры, но не как обучение, а просто эмоциональное общения на уровне ребенка (делать, то что ему нравиться).
4. Чтобы в супружеской паре, и в целом дома, была благоприятная атмосфера, родителям необходимо посещать психотерапевта. Возможно приглашать няню, чтобы родители могли отдохнуть и заняться своими делами. Найти любимое дело, которое доставляет удовольствие (спорт, рисование и т.д.), чтобы супружеская пара была в ресурсе помочь ребенку и сохранила свой брак.

В семье с ребенком с отклонениями в развитии ценностные ориентации и мотивационные установки родителей смещаются и деформируются. В том случае, если мать или отец принимают дефект ребенка и особенности его развития, в их сознании возникает мотивация на оказание помощи ребенку, на преодоление тех недугов, которыми он страдает15 .

Ребенок с расстройствами аутистического спектра требует от матери гораздо больше затрат времени и энергии, чем обычный ребенок, он связывает мать по рукам и ногам. Матери часто жалуются на обилие повседневных забот, связанных с ребенком, что ведет к повышенной физической и моральной нагрузке, подтачивает их силы и вызывает запредельное утомление. Часто для таких матерей свойственны снижение психического тонуса и заниженная самооценка. Они утрачивают радость жизни, отказываются от дальнейшей профессиональной карьеры. Жизненные обстоятельства переживаются как чувство невозможности реализации собственных жизненных планов, как потеря интереса к себе как к женщине и личности.

У отцов детей с расстройствами аутистического спектра зачастую наблюдается другая тенденция: отец не принимает ребенка с нарушениями по состоянию здоровья и постепенно отдаляется от семьи. Он холодно относится к ребенку, отказывая ему в любви и поддержке19.

Подобное отношение к ребенку со стороны отца травмирует мать ребенка, понижает ее самооценку, способствует формированию невротичных черт личности и психосоматических заболеваний. Статус супруга в сознании матери снижается. Неприятие отцом ребенка становится причиной отчуждения жены от мужа. Женщина стремится восполнить своим материнским теплом отсутствие любви и заботы со стороны отца. Посвящая свою жизнь ребенку, она постепенно отдаляется от супруга, что приводит к разрыву супружеских взаимоотношений и разводу.

Семьи, воспитывающие детей с расстройствами аутистического спектра, подвержены значительным изменениям во внутрисемейных отношениях. Происходящая трансформация ценностных ориентаций и мотивационных установок затрагивает как взаимоотношения супругов, так и их роли как родителей34.

Родительская неадекватность в принятии ребенка с расстройствами аутистического спектра, недостаточность эмоционально-теплых отношений часто провоцируют развитие у детей неэффективных форм взаимодействия с социумом и формируют дезадаптивные черты личности. Преобладающими негативными личностными чертами становятся агрессивность, конфликтность, тревожность, отгороженность от окружающего мира.

**2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

2.1 Методы исследования

Для организации и проведения настоящего исследования были использованы следующие методы:

1. Метод анализа научной и методической литературы.

2. Методы психологической диагностики.

3. Методы математической статистики.

Метод анализа научной и методической литературы позволил подробно рассмотреть психолого-педагогические особенности детей с расстройством аутистического спектра, психоэмоциональные переживания родителей, связанные с особенностями развития ребенка, детско-родительские отношения в семье, имеющей ребенка с расстройством аутистического спектра. Изучение научной литературы позволило представить статистику аутизма, использовать классификацию Кюблерга-Росс «Пять стадий горя» и классификацию А.Е. Личко «Типы неправильного воспитания».

Методы психологической диагностики включали в себя проведение

следующих методик:

1. Методика С.Р. Пантелеева (МИС) «Самоотношения». Предназначена для выявления структуры самоотношения личности, а также выраженности отдельных компонентов. самоотношения: закрытости, самоуверенности, саморуководства, самоценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения.   
    Самоотношение понимается в контексте представлений личности о смысле "Я" как выражение смысла "Я", как обобщенное чувство в адрес собственного "Я". В основу понимания самоотношения положена концепция самосознания Столина В.В., который выделял три измерения самоотношения: симпатию, уважение, близость.
2. Тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга , В.В. Столин Методика ОРО. Методика представляет собой диагностику родительского отношения у матерей, отцов, обращающихся за психологической помощью по вопросам воспитания детей и общения с ними. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

Методы математической статистики включали в себя количественные и качественные методы математико-статистического анализа: среднее значение, стандарное отклонение, медианы, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ по Спирмену. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакетов статистических программ «Staticticа 6.0.», и «Excel».

2.2 Организация исследования

Исследование проводилось c октября 2019 г. по декабрь 2019 г.

В исследовании принимали участие 14 семей воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, 8 семей воспитывающих норматипичных детей. Исследование проводилось на базе автономной некоммерческой организации содействия развитию детей с расстройствами аутистического спектра «Расскажи о себе» г. Краснодар.

Возраст испытуемых от 27 до 43 лет.

Этапы исследования:

1. Этап - изучение научно – методологической литературы по проблеме исследования, разработка методологического аппарата исследования. На данном этапе анализировалась литература по проблеме исследования, велась работа над понятийным аппаратом, происходило уточнение методологической основы, формулирование гипотезы, происходил отбор методов и методик для экспериментальной части работы.

2. Этап – проведение диагностики с использованием выбранной методологической основы.

3. Этап – обобщение, систематизация и интерпретация результатов исследования.

**3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

3.1Особенности самоотношения родителей, воспитывающих детей с нормативным развитием и с РАС

Методика С.Р. Пантелеева (МИС) «Самоотношения». Предназначена для выявления структуры самоотношения личности, а также выраженности отдельных компонентов. самоотношения: закрытости, самоуверенности, саморуководства, самоценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения.   
 Самоотношение понимается в контексте представлений личности о смысле "Я" как выражение смысла "Я", как обобщенное чувство в адрес собственного "Я". В основу понимания самоотношения положена концепция самосознания Столина В.В., который выделял три измерения самоотношения: симпатию, уважение, близость.

Таблица 1-Средние значения исследования по методике "С.Р. Пантелеева (МИС) Самоотношения"

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Родители воспитывающие детей с РАС | Родители воспитывающие норматипичных детей | Достоверность различий |
| Внутренняя честность | 6 ±0,9 | 4,6 ±1,5 | Р≤0,05 |
| Самоуверенность | 5.8±1,8 | 7 ±1 | Р≤0,05 |
| Саморуководство | 5,3 ±1 | 7,5 ±0,5 | Р≤0,05 |
| Отраженное самоотношение | 6,3±1,6 | 7,8 ±0,7 | Р≤0,05 |
| Самоценность | 6.5 ±2,6 | 7,8± 1,2 | - |
| Самопринятие | 7 ±1,6 | 8,3±1 | - |
| Самопривязанность | 5 ±1,9 | 5,5 ±1 | - |
| Внутренняя конфликтность | 5,5±2 | 4,6 ±0,7 | - |
| Самообвинение | 5.5±2,2 | 3,4 ±1,5 | - |

Анализируя результаты, полученные в ходе исследования, можно сделать выводы, что показатели по тесту «Самоотношения» имеют не значительные различия между родителями воспитывающими норматипичных детей и родителями воспитывающих детей с РАС. Возможно, это связанно с небольшим количеством исследуемых семей. Более подробнее рассмотрим показатели по каждой шкале.

По шкале внутренняя честность у родителей воспитывающих детей с РАС 6 балов, а у родителей воспитывающих норматипичных детей 5 балов. У двух групп показатели среднего значения, но выявлена достоверность различия в 1 балл, у родителей воспитывающих детей с РАС показатель выше чем у родителей воспитывающих норматипичных детей.

Это значит, что родители воспитывающие детей с РАС более склоны избегать открытых отношений с самим собой, причиной может быть недостаточность навыков рефлексии или поверхностное видение себя, осознанное нежелание признавать существование личных проблем. Присутствует избирательное отношение к себе, преодоление психологических защит при актуализации других, особенно проявляется в критических ситуациях.

У родителей воспитывающих норматипичных детей, так же присутствует избирательное отношение к себе, преодоление некоторых психологических защит при актуализации других, особенно в критических ситуациях. Но более выражена внутренняя честность, открытость человека с самим собой, развитая рефлексия и глубокое понимание себя.

По шкале самоуверенность у родителей воспитывающих детей с РАС 5,5 балов, а у родителей воспитывающих норматипичных детей 7 балов. У двух групп показатели среднего значения, но выявлена достоверность различия в 1,5 балла, у родителей воспитывающих детей с РАС показатель ниже чем у родителей воспитывающих норматипичных детей.

Это говорит о том, что родителям воспитывающих детей с РАС свойственно верить в себе ориентируясь на успех начинаний. При неожиданном появлении трудностей уверенность в себе снижается, нарастает тревога, беспокойство. Необходима постоянная поддержка и принятие со стороны окружающих.

У родителей воспитывающих норматипичных детей, характерна выражена самоуверенность, ощущение силы собственного "Я", смелость в общении. Доминирует мотив успеха. Человек уважает себя, доволен собой, своими начинаниями и достижениями, ощущает свою компетентность и способность решать многие жизненные вопросы. Проблемы затрагивают неглубоко и переживаются недолго, но так же присутствует снижение уверенности в себе при появлении трудностей.

По шкале саморуководство у родителей воспитывающих детей с РАС 5 балов, а у родителей воспитывающих норматипичных детей 7,5 балов. У двух групп показатели среднего значения, но выявлена достоверность различия в 2,5 балла, у родителей воспитывающих детей с РАС показатель ниже чем у родителей воспитывающих норматипичных детей.

Родителям воспитывающих детей с РАС свойственны особенности отношения к своему "Я" в зависимости от степени адаптированности в ситуации. В привычных для себя условиях существования, в которых все возможные изменения знакомы и хорошо прогнозируемы, человек может проявлять выраженную способность к личному контролю. В новых для себя ситуациях регуляционные возможности "Я" ослабевают, усиливается склонность к подчинению средовым воздействиям.  
 У родителей воспитывающих норматипичных детей, источником развития своей личности, регулятором достижений и успехов считает себя. Человек переживает собственное "Я" как внутренний стержень, который координирует и направляет всю активность, организует поведение и отношения с людьми, что делает его способным прогнозировать свои действия и последствия возникающих контактов с окружающими. Он ощущает себя способным оказывать сопротивление внешним влияниям, противиться судьбе и стихии событий. Человеку свойствен контроль над эмоциональными реакциями и переживаниями по поводу себя.

По шкале отраженное самоотношение у родителей воспитывающих детей с РАС 6 балов (средний показатель), а у родителей воспитывающих норматипичных детей 8 балов (высокий показатель). Выявлена достоверность различия в 2 балла, у родителей воспитывающих детей с РАС показатель ниже чем у родителей воспитывающих норматипичных детей.

Это говорит о том, что родителям воспитывающих детей с РАС свойственно избирательное восприятие отношения окружающих к себе. С его точки зрения, положительное отношение окружающих распространяется лишь на определенные качества, на определенные поступки, другие личностные проявления способны вызывать у них раздражение и непринятие.

У родителей воспитывающих норматипичных детей, свойственно воспринимать себя принятым окружающим людям. Он чувствует, что его любят другие, ценят за личностные и духовные качества, за совершаемые поступки и действия, за приверженность групповым нормам и правилам. Он ощущает в себе общительность, эмоциональную открытость для взаимодействия с окружающими, легкость установления деловых и личных контактов.

По шкале самоценность у родителей воспитывающих детей с РАС 7,5 балов, и у родителей воспитывающих норматипичных детей 7,5 балов. У двух групп показатели одинаковые среднего значения, достоверность различия не выявлена.

У двух групп родителей избирательное отношение к себе. Склоны высоко оценивать ряд своих качеств, признавать их уникальность. Другие же качества явно недооцениваются, поэтому замечания окружающих могут вызвать ощущение малоценности, личной несостоятельности.

По шкале самопринятие у родителей воспитывающих детей с РАС 8 балов, и у родителей воспитывающих норматипичных детей 8 балов. У двух групп показатели одинаковые высокого значения, достоверность различия не выявлена.

Данные значения позволяют судить о выраженности чувства симпатии к себе, согласия со своими внутренними побуждениями, принятия себя таким, какой есть, несмотря на недостатки и слабости.  
 У родителей воспитывающих детей с РАС и у родителей воспитывающих норматипичных детей. Выявленна склонность воспринимать все стороны своего "Я", принимать себя во всей полноте поведенческих проявлений. Общий фон восприятия себя положительный. Часто ощущает симпатию к себе, ко всем качествам своей личности. Свои недостатки считает продолжением достоинств. Неудачи, конфликтные ситуации не дают основания для того, чтобы считать, себя плохим человеком.

По шкале самопривязанность у родителей воспитывающих детей с РАС 5 балов, и у родителей воспитывающих норматипичных детей 5 балов. У двух групп показатели одинаковые среднего значения, достоверность различия не выявлена.

У родителей воспитывающих детей с РАС и у родителей воспитывающих норматипичных детей. Выявлено избирательное отношение к своим личностным свойствам, стремление изменить лишь некоторые качества при сохранении прочих других.Средняя степень желания изменяться по отношению к наличному состоянию.

По шкале внутренняя конфликтностьу родителей воспитывающих детей с РАС 5 балов, и у родителей воспитывающих норматипичных детей 4,5 балов. У двух групп показатели среднего значения, достоверность различия не выявлена.

У родителей воспитывающих детей с РАС и у родителей воспитывающих норматипичных детей. Свойственно видеть себя в зависимости от адаптированности к ситуации. В привычных для себя условиях, особенности которых хорошо знакомы и прогнозируемы, наблюдаются положительный фон отношения к себе, признание своих достоинств и высокая оценка своих достижений. Неожиданные трудности, возникающие дополнительные препятствия могут способствовать усилению недооценки собственных успехов.

По шкале самообвинение у родителей воспитывающих детей с РАС 5,5 балов, а у родителей воспитывающих норматипичных детей 4 балов. Выявлена достоверность различия в 1,5 балла, у родителей воспитывающих детей с РАС показатель выше чем у родителей воспитывающих норматипичных детей.

Это значит, что родители воспитывающие детей с РАС более склоны видеть в себе прежде всего недостатки, все свои промахи и неудачи заставляют испытывать чувство вины. Показатели указывают на избирательное отношение к себе. Обвинение себя за те или иные поступки и действия сочетается с выражением гнева, досады в адрес окружающих.

У родителей воспитывающих норматипичных детей, свойственно избирательное отношение к себе. Обвинение себя за те или иные поступки и действия сочетается с выражением гнева, досады в адрес окружающих.

Таким образом, мы видим, что родители воспитывающие детей с расстройством аутистического спектра менее уверенны в себе, уровень самоотношения и саморуководства ниже, чем у родителей воспитывающих норматипичных детей. А чувство вины выше по показателям, из-за рождения ребенка с особенностями, родители склонны обвинять себя за те или иные поступки и действия. Выражая гнев, досаду в адрес окружающих.

3.2 Особенности родительских отношений, воспитывающих детей с нормативным развитием и РАС

Тест-опросник родительского отношения (ОРО) представляет собой психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление родительского отношения. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

Таблица 2 - Средние значения исследования по методике  "ОРО. родительское отношение А.Я. Варга , В.В. Столин"

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Родители воспитывающие детей с РАС | Родители воспитывающие норматипичных детей | Достоверность различий |
| «Принятие – отвержение» | 14±2,2 | 16,7 ±3,2 | Р≤0,05 |
| «[Кооперация](https://psytests.org/result?v=oro4JS_" \l "funcB)» | 6 ±0,6 | 6 ±0,7 | - |
| «[Симбиоз](https://psytests.org/result?v=oro4JS_" \l "funcC)» | 4 ±1,3 | 3 ±1,0 | - |
| «[Авторитарная гиперсоциализация](https://psytests.org/result?v=oro4JS_" \l "funcD)» | 3 ±1,6 | 3 ±1,4 | - |
| «[Маленький неудачник](https://psytests.org/result?v=oro4JS_" \l "funcE)» | 1,8 ±0,8 | 1.6±0,7 | - |

Анализируя результаты, полученные в ходе исследования, можно сделать выводы, что показатели по тесту имеют не значительные различия между родителями воспитывающими норматипичных детей и родителями воспитывающих детей с РАС. Возможно, это связанно с небольшим количеством исследуемых семей. Более подробнее рассмотрим показатели по каждой шкале.

По шкале «принятие – отвержение» у родителей воспитывающих детей с РАС 13 баллов, а у родителей воспитывающих норматипичных детей 16 балов.Выявлена достоверность различия в 3 балла, у родителей воспитывающих детей с РАС показатель ниже чем у родителей воспитывающих норматипичных детей.

У родителей воспитывающих норматипичных детей имеется выраженное положительное отношение к ребенку. Взрослый в данном случае принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом.

А у родителей воспитывающих детей с РАС показатели среднего значения. Это значит, что родителям тяжело принять диагноз ребенка и не происходит полноценного принятия. Взрослый испытывает по отношению к ребенку часто отрицательные чувства: раздражение, злость, досаду, даже иногда ненависть. Родителю тяжело верить в его будущее, низко оценивает его способности и нередко своим отношением третирует ребенка.

По шкале «кооперация» у родителей воспитывающих детей с РАС и у родителей воспитывающих норматипичных детей 6 баллов.

У двух групп родителей высокие баллы по шкале. Взрослый проявляет искренний интерес к тому, что интересует ребенка, высоко оценивает способности ребенка, поощряет самостоятельность и инициативу ребенка, старается быть с ним на равных.

По шкале «симбиоз» у родителей воспитывающих детей с РАС 4 балла, а у родителей воспитывающих норматипичных детей 3 балла.Выявлена достоверность различия в 1 балл, у родителей воспитывающих детей с РАС показатель выше чем у родителей воспитывающих норматипичных детей.

Родителией воспитывающие детей с РАС не устанавливают психологическую дистанцию между собой и ребенком, стараются всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные разумные потребности, оградить от неприятностей.

А родители воспитывающие норматипичных детей напротив, устанавливают психологическую дистанцию между собой и ребенком, позволяют быть более самостоятельными.

По шкале «контроль» у родителей воспитывающих детей с РАС 4 балла, а у родителей воспитывающих норматипичных детей 3 балов.Выявлена достоверность различия в 1 балла, у родителей воспитывающих детей с РАС показатель выше чем у родителей воспитывающих норматипичных детей.

У двух групп родителей средний показатель. Что является наилучшим вариантом оценки педагогических способностей взрослого человека. То есть взрослый не использует слишком авториатное воспитание, а наоборот общается на уровне ребенка выстраивая доверительные отношения.

По шкале «отношение к неудачам ребенка» у родителей воспитывающих детей с РАС 2 балла, а у родителей воспитывающих норматипичных детей 1,5 балов.

По данной шкале у двух групп родителей низкие баллы. Результаты свидетельствуют о том, что неудачи ребенка взрослый считает случайными и верит в него. Такой взрослый, скорее всего, станет неплохим учителем и воспитателем.

Таким образом, мы видим, что родители воспитывающие детей с расстройством аутистического спектра склонны к непринятию диагноза и непринятию особенностей ребенка. Также родители не устанавливают психологическую дистанцию между собой и ребенком, стараются всегда быть ближе к нему, удовлетворяют его потребности и ограждают от неприятностей, сложностей.

**ВЫВОДЫ**

1. Анализ литературы по проблеме исследования позволил обозначить проблемы родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра. Аутизм  — это расстройство, возникающее вследствие нарушения развития [головного мозга](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3" \o "Головной мозг) и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом [социального](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BE%D0%BA%D1%80%D1%83%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5" \o "Социальное окружение) взаимодействия и [общения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5" \o "Общение), а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Поэтому дети с расстройством аутистического спектра требуют повышенного внимания со стороны взрослых, особенно родителей, которые сопровождают их всю жизнь. Эти обстоятельства обуславливают специфические особенности психоэмоционального состояние родителей, приводят к деформации социального взаимодействия и отношений родителя ребенка с РАС на всех уровнях жизни, а следовательно влияют на формирование их личностных качеств.

2. Для проверки особенностей самоотношения родителей, воспитывающих детей с нормативным развитием и с РАС, был подобран диагностический материал, направленный на диагностику особенностей самоотношения. Мы отобрали 2 группы родителей, одна группа родители воспитывающие ребенка с РАС, другая группа родителей воспитывающая здорового ребенка. По итогам исследования, нами было обнаружено что в действительности самоотношение двух групп отличается. Мы выявили, что родители воспитывающие детей с расстройством аутистического спектра менее уверенны в себе, уровень самоотношения и саморуководства ниже, чем у родителей воспитывающих норматипичных детей. А чувство вины выше по показателям, из-за рождения ребенка с особенностями, родители склонны обвинять себя за те или иные поступки и действия. Выражая гнев, досаду в адрес окружающих.

3. Выявленно, что самоотношение отражается на родительском отношении к ребенку, и влияет на стиль родительского воспитания. В основном из-за диагноза стили воспитания искажаются, ребенок становится «кумиром семьи» и освобождается от малейших трудностей или болезнь ребенка становится центром, на котором фиксировано внимание всей семьи. Родителям воспитывающим детей с РАС сложно принять диагноз и особенности ребенка, поэтому дети часто чувствуют эмоциональное отвержение ощущают, что им тяготятся, что он – обуза в жизни родителей.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В ходе анализа теоретических источников по данной теме были выявлены особенности самоотношения родителей, психоэмоциональное состояние и особенности детско-родительских отношений в семьях имеющих ребенка с РАС. Выяснилось, что исследований по данной проблеме мало. Большинство отечественных авторов акцентируют свое внимание на коррекционной работе с самим ребенком. Не учитывая личностных особенностей родителей и не сравнивая их психологические состояние, которое может в значительной мере оказывать влияние на развитие ребенка.

С целью проверки гипотезы было проведено исследование особенностей самоотношения родителей и особенности отношений родителей к ребенку. Для решения поставленных задач и проверки гипотезы был использован комплекс методов, адекватных предмету исследования. По результатам проведенного исследования сделаны определенные выводы.

Детско-родительские отношения – это система или комплекс родительского, эмоционального отношения к детям, методы воспитания детей, и особенности восприятия детьми отношений с родителями. Самоотношение родителей влияет на детско-родительские отношения, так как проявляется через механизм интроекции. Через самоотношение родитель передает ребенку, что он ценный и любимый.

Для проверки особенностей самоотношения родителей, воспитывающих детей с нормативным развитием и с РАС, была проведена методика С.Р. Пантелеева (МИС) «Самоотношения». По итогам исследования, было обнаружено что в действительности самоотношение двух групп отличается. Мы выявили, что родители воспитывающие детей с расстройством аутистического спектра менее уверенны в себе, уровень самоотношения и саморуководства ниже, чем у родителей воспитывающих норматипичных детей. А чувство вины выше по показателям, из-за рождения ребенка с особенностями, родители склонны обвинять себя за те или иные поступки и действия. Выражая гнев, досаду в адрес окружающих. Самоотношение отражается на родительском отношении к ребенку, и влияет на стиль родительского воспитания. Родителям воспитывающим детей с РАС сложно принять диагноз и особенности ребенка, поэтому дети часто чувствуют эмоциональное отвержение ощущают, что им тяготятся, что он – обуза в жизни родителей.

Достоверность и обоснованность научных результатов и выводов исследования обеспечиваются сочетанием теоретических и эмпирических методов исследования, использованием математической обработки полученных данных.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Анисимович О.В. Помощь родителям в воспитании ребенка. Беседы с психологом. Сибирское университетское изд-во, 2008. 159 с.
2. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма: канд. психол. наук. М., 2005. 266 с.
3. Бгажнокова И.М. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития. М.: Педагогика, 2014. 239 с.
4. Бибарцева Е. В. Королева Ю. А. Оценка субъективного благополучия матерей дошкольников с ограниченными возможностями здоровья. 2016. 312 с.
5. Галасюк И.Н. Анализ типов родительского позиционирования в семье ребенка с ментальными нарушениями: на пути к «солнечной стороне» родительства .Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2016. № 1. 103 с.
6. Давидович Л.  Логопедия: семейное воспитание детей с нарушениями в развитии // Здоровье дошкольника. 2015. №10. С. 42-66.
7. Дементьева Н.Ф., Багаева Г.Н., Исаева Т.А. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. М.: Академкнига, 2013. 247 с.
8. Ильченко Н.В. Признаки раннего психического неблагополучия при формировании расстройств аутистического спектра у детей / Н.В.Ильченко, Е.А.Исаева // Детство, открытое миру: сборник материалов Всероссийской научнопрактической конференции. – Омск: Издательство ОмГПУ, 2016. 184 с.
9. Киселева Н.А. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии. М.: Коррекционная педагогика, 2013. 152 с.
10. Киселева Н.А., Дячкина Е.С. Специфика логопедической работы с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра (организационный и содержательный аспекты): методическое пособие. 2011. 85 с.
11. Краузе М.П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям: М.: Академия, 2006. 208 с.
12. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М., 2008. 240 с.
13. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 2008. 240 с.
14. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом. СПб.: Речь, 2007. 288 с.
15. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра: учебно-методическое пособие. Самара: Медиа-книга, 2015. 454 с.
16. Морозова С.А. Аутизм: методические рекомендации по коррекционной работе: материалы к спецкурсу / под ред. – М.: Сигнал, 2014. 247 с.
17. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов. М.: ВЛАДОС, 2013. 128 с.
18. Никольская О.С. Дети с аутизмом: варианты развития // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2015. №1. С. 25-32.
19. Никольская О.С. Проблемы семьи аутичного ребенка / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг // Дефектология, 2005. – № 5. 82 с.
20. Никольская, О. С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская // Дефектология. 2014. 33с.
21. Никольской О.С. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития: метод. пособие / под ред. – М.: Теревинф, 2001. 156 с.
22. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В.Овчарова. – М.: Издательство Института психотерапии, 2003. – 319 с.
23. Орлова Е.В. Организация и содержание основных этапов в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и группы риска / Е.В.Орлова // Детство, открытое миру: сборник материалов Всероссийской научнопрактической конференции. – Омск: Издательство ОмГПУ, 2016. 141с.
24. Практика специальной психологии. СПб.: Речь. 2008. 247 с.
25. Семья ребенка с отклонениями в развитии: диагностика и консультирование / Ткачева В.В.; под ред. И.Ю. Левченко. М.: Книголюб, 2008. 144 с.
26. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет: методическое пособие для практических психологов. СПб.: «Детство-Пресс», 2005. 144 с.
27. Ткачева В.В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. УМК «Психология», 2006. 320 с.
28. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии М.: АСТ; 2007. 318 c.
29. Токарева Ю.А. Психологические основания воспитательной деятельности отца: док. психол. наук. Екатеринбург, 2012. 475 с.
30. Удальцова М.О. Связь социально-психологического типа родительской позиции отца с самооценкой дошкольников: канд. психол. наук. Вологда, 2010. 223 с.
31. Филичева Т.Б. Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. Практическое пособие. М.: Айрис-пресс, 2008. 224 с.
32. Чарова О.Б. Особенности материнского отношения к детям с нарушением интеллекта:канд. психол. наук. Орел, 2003. 175 с.
33. Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе: Социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Речь, 2005. 477 с.
34. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2006. 352 с.
35. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.
36. Япарова О.Г. Социально-психологические детерминанты успешного приемного родительства: канд. психол. наук. М., 2009. 189 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

 Корреляция и достоверность  методик исследования самоотношения С.Р. Пантелеев (МИС),

тест-опросник родительского отношения А. Я. Варга, В. В. Столин

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **РАС** |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Variable | Spearman Rank Order Correlations (Лист1 in Лист Microsoft Excel) MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Внутр честн | | Самоувер | | Саморуковод | | | Отр самоотн | | Самоцен | | Самоприн | | Самопривяз | | Внутр конфликт | Самообвин |
| Принятие | -0,35 | | -0,72 | | -0,08 | | | -0,60 | | -0,25 | | -0,21 | | -0,23 | | 0,38 | 0,33 |
| Кооперация | -0,38 | | -0,32 | | -0,02 | | | -0,18 | | -0,04 | | -0,20 | | -0,04 | | 0,45 | 0,23 |
| Симбиоз | -0,21 | | -0,63 | | -0,11 | | | -0,19 | | 0,09 | | 0,09 | | -0,13 | | 0,19 | 0,10 |
| Авторитар | 0,19 | | -0,09 | | -0,18 | | | 0,18 | | 0,49 | | 0,14 | | 0,44 | | -0,12 | -0,27 |
| Неудачник | -0,22 | | -0,29 | | -0,20 | | | -0,26 | | -0,00 | | 0,01 | | -0,30 | | 0,19 | 0,13 |
| **Норма** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Variable | Spearman Rank Order Correlations (Лист1 in Лист Microsoft Excel) MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Внутр честн | | Самоувер | | Саморуковод | | | Отр самоотн | | Самоцен | | Самоприн | | Самопривяз | | Внутр конфликт | Самообвин |
| Принятие | -0,58 | | -0,47 | | -0,06 | | | -0,11 | | 0,73 | | 0,46 | | 0,06 | | 0,22 | 0,34 |
| Кооперация | 0,88 | | 0,40 | | 0,35 | | | 0,00 | | -0,76 | | -0,31 | | 0,00 | | 0,00 | 0,00 |
| Симбиоз | 0,71 | | 0,68 | | -0,11 | | | 0,18 | | -0,43 | | 0,01 | | 0,44 | | -0,81 | -0,84 |
| Авторитар | 0,40 | | -0,16 | | 0,06 | | | -0,23 | | -0,18 | | -0,32 | | 0,01 | | 0,13 | 0,31 |
| Неудачник | -0,10 | | -0,03 | | 0,54 | | | -0,54 | | 0,20 | | 0,18 | | 0,31 | | -0,01 | 0,08 |

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица первичных значений по методике самоотношения С.Р. Пантелеев (МИС)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Родители воспитывающие детей с РАС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО | Внутр честн | Самоувер | Саморуковод | Отр самоотн | Самоцен | Самоприн | Самопривяз | Внутр конфликт | Самообвин |
| БАР | 6 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 10 | 7 |
| ЛАИ | 7 | 6 | 6 | 6 | 2 | 4 | 3 | 5 | 6 |
| ГАС | 6 | 5 | 7 | 6 | 8 | 8 | 8 | 4 | 4 |
| ОБС | 5 | 4 | 4 | 4 | 6 | 5 | 3 | 6 | 8 |
| ЛВП | 6 | 6 | 5 | 9 | 8 | 8 | 8 | 7 | 6 |
| ГСА | 5 | 5 | 7 | 6 | 8 | 6 | 7 | 7 | 5 |
| ЖМП | 6 | 6 | 7 | 8 | 7 | 8 | 7 | 5 | 4 |
| МАЮ | 6 | 5 | 5 | 4 | 1 | 6 | 2 | 7 | 8 |
| ХНБ | 5 | 6 | 5 | 6 | 5 | 9 | 5 | 5 | 7 |
| ВАИ | 7 | 10 | 4 | 6 | 9 | 8 | 6 | 3 | 2 |
| МЯА | 6 | 7 | 5 | 7 | 9 | 9 | 5 | 5 | 2 |
| СПГ | 8 | 9 | 5 | 9 | 10 | 8 | 6 | 3 | 2 |
| ВОС | 7 | 5 | 5 | 8 | 8 | 8 | 5 | 3 | 4 |
| ГМИ | 5 | 4 | 4 | 6 | 6 | 9 | 4 | 8 | 8 |
|  | 6,07 | 5,86 | 5,29 | 6,36 | 6,57 | 7,21 | 5,14 | 5,57 | 5,21 |
| Родители воспитывающие нормотипичных детей |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| РСВ | 5 | 6 | 7 | 9 | 9 | 10 | 5 | 4 | 4 |
| СИС | 5 | 5 | 7 | 8 | 8 | 8 | 5 | 5 | 5 |
| ГЛР | 4 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 | 4 | 6 | 5 |
| БАВ | 6 | 8 | 8 | 7 | 7 | 8 | 7 | 4 | 2 |
| СЕА | 3 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 5 | 4 | 2 |
| АМЮ | 6 | 9 | 7 | 8 | 7 | 8 | 6 | 4 | 1 |
| ГСЛ | 6 | 8 | 8 | 8 | 6 | 8 | 5 | 5 | 4 |
| ГМИ | 2 | 7 | 8 | 7 | 10 | 10 | 7 | 5 | 4 |
|  | 4,63 | 7,13 | 7,50 | 7,75 | 7,75 | 8,38 | 5,50 | 4,63 | 3,38 |

Таблица первичных значений по методике тест-опросник родительского отношения А. Я. Варга, В. В. Столин

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Родители воспитывающие детей с РАС |  |  |  |  |  |
| ФИО | Принятие | Кооперация | Симбиоз | Авторитар | Неудачник |
| БАР | 19 | 7 | 5 | 5 | 2 |
| ЛАИ | 12 | 6 | 3 | 1 | 1 |
| ГАС | 18 | 6 | 6 | 5 | 2 |
| ОБС | 16 | 7 | 5 | 2 | 4 |
| ЛВП | 12 | 6 | 3 | 5 | 1 |
| ГСА | 13 | 7 | 4 | 4 | 1 |
| ЖМП | 14 | 7 | 4 | 1 | 2 |
| МАЮ | 14 | 6 | 4 | 1 | 2 |
| ХНБ | 12 | 6 | 2 | 2 | 1 |
| ВАИ | 13 | 6 | 3 | 5 | 1 |
| МЯА | 13 | 6 | 5 | 2 | 3 |
| СПГ | 12 | 7 | 4 | 4 | 2 |
| ВОС | 13 | 5 | 5 | 5 | 1 |
| ГМИ | 15 | 7 | 7 | 4 | 2 |
|  | 14,00 | 6,36 | 4,29 | 3,29 | 1,79 |
| Родители воспитывающие нормотипичных детей |  |  |  |  |  |
| РСВ | 19 | 6 | 3 | 3 | 2 |
| СИС | 16 | 6 | 2 | 5 | 1 |
| ГЛР | 18 | 6 | 2 | 4 | 2 |
| БАВ | 15 | 7 | 5 | 5 | 3 |
| СЕА | 15 | 5 | 3 | 1 | 1 |
| АМЮ | 16 | 6 | 4 | 3 | 1 |
| ГСЛ | 12 | 7 | 3 | 2 | 1 |
| ГМИ | 23 | 5 | 2 | 2 | 2 |
|  | 16,75 | 6,00 | 3,00 | 3,13 | 1,63 |