

КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

ДАВОЯН ЄЛИЗАВЕТА ЕДУАРДІВНА

Гриф

Прим. № \_\_\_\_

УДК: 159.923-055.52 : 616.896-055.62 (043.3)

Д13

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ БАТЬКІВ, ЩО  
ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ**

053 – Психологія

05 – Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії з психології

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ Є. Е. Давоян

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Мірошник Зоя Михайлівна доктор психологічних наук,  
професор

Кривий Ріг - 2021 рік

## АНОТАЦІЯ

**Давоян Є. Е. Психологічні особливості особистості батьків, що виховують дітей з аутизмом. – Кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису.**

*Дисертація на здобуття наукового ступеня доктор філософії з психології за спеціальністю 053 – психологія. – Криворізький державний педагогічний університет. – Кривий Ріг, 2021.*

У дисертації теоретично узагальнено підходи до розуміння етіології аутизму, розкрито питання психологічних особливостей особистості батьків, що виховують дітей з аутизмом та проаналізовано їх вплив на аутизацію дитини. Описано умови, що мають вплив на виникнення специфічних рис особистості батьків. Вивчено розуміння соціальної та вторинної аутизації, визначено можливі чинники, які впливають на аутизацію й деталізовано поняття «аутизації». Здійснено порівняльний аналіз особистості батьків, які виховують дітей з аутизмом та батьків, які виховують нейротипових дітей. Запропоновано два підходи роботи з батьками, що виховують дітей з розладами аутистичного спектру. Розроблено «Записник мами» як допоміжний засіб при роботі з жінкою під час вагітності та перші місяці після народження дитини.

Мета дисертаційної роботи полягає в дослідженні психологічних особливостей особистості батьків, які виховують дітей з аутизмом.

Результати дослідження базуються на комплексній психологічній діагностиці особливостей особистості 232 батьків. До групи А (батьки, які виховують дитину з аутизмом) увійшло 110 батьків. Загальна кількість батьків, які увійшли до групи Б (батьки, які виховують нейротипову дитину), становила 122 особи. У роботі було використано теоретичні, експериментальні, психодіагностичні, математично-статистичні методи дослідження.

Етіологію аутистичних розладів можна розглядати з трьох позицій: клінічної, психоаналітичної та соціально-психологічної.

Установлено, що головними особливостями особистості батьків, які виховують дітей з аутизмом, є особистісна тривожність, депресія, нейротизм, психотизм, аутистичні риси й систематизація. Окреслені особливості будуть залежати як від спадковості, так і від впливів зовнішнього оточення.

Умови аутизації можуть мати соціальний, внутрішньосімейний і психологічний характер. Порушення взаємодії між батьками й дитиною може викликати аутизацію, вторинну аутизацію дитини, впливати на виникнення аутизації самої родини. Поняття «аутизації» розуміємо як певний процес регресу, що супроводжується виявами аутистичних рис поведінки дитини за певних умов її розвитку або впливу психологічних особливостей батьків (депресії, тривоги, неврозів, психотичних виявів, ситематизації, аутистичних рис) та може призвести до аутистичних станів і в подальшому до аутизму дитини.

Було виявлено відмінності в анамнезі сімей А та Б груп. Вони полягали у статі дітей, превалюванні не технічного та точного наукового спрямування освіти й діяльності близьких по родинній лінії другого ступеня нейротипових дітей, наявності більш серйозних проблем зі здоров'ям і психотравм у жінок групи А під час вагітності, наявності в групі А більшої кількості дітей, які мали серйозні захворювання одразу після народження та які починали вимовляти перші слова в більш пізньому віці, ніж діти з групи Б, не стабільний сімейний статус властивий батькам, що увійшли до групи А на відміну від Б.

Здійснено порівняння особистості батьків шляхом аналізу утворених плеяд і профілів особистості. Аналіз виявив значні відмінності між візуальними представленнями особистостей батьків обох груп. У батьків групи А психологічні особливості згруповуються у три виражені плеяди з додатковими п'ятьма плеядами, що має вигляд замкненого кола з превалюванням сильних зав'язків між особистісними особливостями. У

батьків контрольної групи є вираженою одна плеяда, в якій виокремлюються ще чотири. Аутистичні риси, систематизація, технічне та точно-наукове спрямування перебувають у стороні від основної плеяди на відміну від групи А, де ці психологічні особливості є основними складниками плеяд. Візуальне зображення особистості батьків групи Б є не чітким, більш відкритим, у ньому превалюють помірні зв'язки між особистісними особливостями.

Аналіз особистісних профілів виявив, що профілі особистості батьків з групи Б за своїм малюнком є майже ідентичними, а різниця спостерігалась у піках показників систематизації. Профілі батьків групи А також були схожими, різниця виявилась між піками в депресії. Основна різниця між особистісними профілями чоловіків обох груп спостерігалась у показниках аутистичних рис і систематизації. У жіночих профілях було виявлено більше розбіжностей, що полягали в силі вияву депресії, систематизації й аутистичних рис.

У дисертаційній роботі запропоновано – два підходи в роботі з батьками. Як додатковий засіб супроводу жінки під час вагітності та перші місяці після народження дитини запропоновано розроблений нами «Записник мами».

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що:

- узагальнено й систематизовано психологічну, психофізіологічну психоаналітичну, гуманістичну, системну сімейну теорії, з питань етіології аутизму та впливу особистості батьків на аутизацію дитини;
- деталізовано поняття «аутизація»;
- визначено психологічні особливості особистості батьків, що виховують дітей з аутизмом;
- дістали подальшого розвитку авторська методика «Загальні відомості про родину»; «Анкета зворотного зв'язку для батьків»; засоби виявлення змін у психологічному стані мами та дитини («Записник мами»).

Практична значущість полягає у розробленні систематизації рефлексивного методу, спрямованого на вивчення особливостей анамнезу

сім'ї; результати дисертаційної роботи можуть виконувати просвітницьку функцію; «Записник мами» може бути корисним як додатковий діагностувальний засіб для фахівців (пренатальні психологи, психологи); результати порівняльного аналізу можуть бути використані у роботі практичних психологів закладів освіти та інших соціальних закладів, корекційних педагогів, педагогів інклюзивно-ресурсних центрів та усіх зацікавлених у розв'язанні проблем щодо аутистичних розладів.

**Ключові слова:** особистість, особистість батьків, етіологія аутизму, аутизм, аутизація, соціальна аутизація, вторинна аутизація, психологічні особливості батьків (особистісна тривожність, депресія, нейротизм, психотизм, аутистичні риси, систематизація).

## ABSTRACT

**Davoian Ye. E. Psychological features of personality of parents bringing up children with autism. - Qualifying research paper on the rights of manuscript.**

*Thesis paper for obtaining of the academic degree of Ph.D. on Psychology by specialty 053 – Psychology. – Kryvyi Rih State Pedagogical University. – Kryvyi Rih city, 2021.*

The thesis paper reveals theoretical summarizing of approaches to understanding of autism etiology, it also discovers issues of psychological features of personality of parents bringing up children with autism and analyzes their impact on social withdrawal of a child. There also described conditions that have impact on occurrence of specific features of parents' personalities. The concept of social and derived social withdrawal are studied; possible factors influencing social withdrawal were determined and the concept of «social withdrawal» was detailed. Analysis of parents' personalities bringing up children with autism and parents bringing up neurotypical children was performed. Two approaches to working with parents raising children with autism spectrum disorders have been proposed. The «Mother's Notebook» was developed as an aid during work with a woman across pregnancy and the first months after the birth of a child.

The purpose of the thesis paper is to study the psychological features of the personality of parents bringing up children with autism.

The results of research are based on comprehensive psychological diagnosis of personality features of 232 parents. The A group (parents raising a child with autism) included 110 parents. The total number of parents who were included into the B group (parents raising a neurotypical child) was 122 people. Theoretical, experimental, psychodiagnostic, mathematical and statistical research methods were applied in the work.

The etiology of autistic disorders may be considered from three positions: clinical, psychoanalytical and psychological.

It is found that the main personality features of parents bringing up children with autism are trait anxiety, depression, neuroticism, psychoticism, autistic traits and systematization. They will depend on both heredity and influence of the external environment.

The conditions of social withdrawal may have social, interfamilial and psychological nature. Violation of the interaction between parents and the child may cause social withdrawal, secondary social withdrawal of the child, influence occurrence of social withdrawal of the family. We understand the concept of "social withdrawal" as a process of regression, accompanied by manifestations of autistic traits of the child under certain conditions of its development or the influence of psychological features of parents (depressions, anxieties, neurosis, psychotic manifestations, systematization, autistic traits) and may lead to autistic conditions and further to autism of the child.

Differences in the anamnesis of the families of the A and B groups were revealed. They consisted of sex of the children, prevalence of non-technical and accurate scientific direction of education and activities of second-degree relatives of neurotypical children, presence of more serious problems with health and psychotrauma of women of the A group during pregnancy, presence of more children in the A group who had serious diseases immediately after birth and who began to utter their first words at a later age than children in the B group, unstable marital status is typical for parents who entered the A group as compared to the B group.

Comparison of parental personality was carried out by means of the analysis of formed pleiads and personality profiles. The analysis revealed significant differences between the visual presentations of the personalities of the parents from both groups. Parents of the A group have psychological features that are grouped into three evident pleiads with an additional five pleiads, what has appearance of a vicious circle with a prevalence of strong ties between personality features. Parents from the B group have one evident pleiad where four more can be specified. Autistic traits, systematization, technical and exact-scientific linear away from the

main pleiad in contrast to the A group where these psychological features are the main components of the pleiads. The visual image of the personality of parents from the B group is not clear, it is more open; moderate connections between personal features dominate in it.

Analysis of personality profiles revealed that the personality profiles of parents from the B group were almost identical by their pattern, and the difference was observed at the height of systematization indicators. The profiles of parents from the A group were also alike, but the difference was between the peaks in depression. The main difference between personality profiles of men from both groups was observed in indices of autistic traits and systematization. More differences were found out in women profiles; they consisted of strength of depression manifestation, systemization and autistic traits.

In the dissertation work two approaches in work with parents are offered. We suggested the «Mother's Notebook» as an additional means of accompanying a woman during pregnancy and the first months after the birth of a child.

The scientific novelty of the obtained results consists of:

- psychological, psychophysiological psychoanalytical, humanistic, systemic family theory, on the issues of etiology of autism and the influence of parental personality on the child's social withdrawal are generalized and systematized;
- the concept of «social withdrawal» was specified;
- psychological features of personality of parents bringing up children with autism were defined;
- the author's technique «General information about the family» was further developed; «Parent Feedback Questionnaire»; means of detecting changes in the psychological state of mother and child («Mother's Notebook»).

Practical importance consists of development and systematization of psychodiagnostic complex aimed to research features of family's anamnesis; the results of the thesis paper may serve educational function; the «Mother's Notebook» may be useful as an additional diagnostic means for specialists



(prenatal psychologists, psychologists); the results of comparative analysis may be used in work of practical psychologists of educational institutions and other social institutions, special education teachers, teachers of inclusive and resource centers and all persons interested in solving problems regarding autistic disorders.

**Key words:** personality, parents' personality, etiology of autism, autism, social withdrawal, social autism, derived social withdrawal, psychological features of parents (trait anxiety, depression, neuroticism, psychoticism).

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Давоян Є.Е. Рекомендації для батьків, що виховують дітей з розладами аутистичного спектру. *Психоедукаційні нотатки. Пам'ятка-дорадник* / кол. авт., упор. О.С. Шило. Видавничий дім «Гельветика», 2020. 102 с. С. 94–99.
2. Mykhailenko L., Davoian Y. Issues of Future Parents Diagnostic Assessment as a Method of Autism Spectrum Disorders Prevention : proceedings of the III International Scientific Congress Society of Ambient Intelligence 2020 (ISC-SAI 2020). P.332–338.  
URL: <https://www.atlantis-press.com/proceedings/isc-sai-20/125937242>
3. Давоян Е. Характеристика кризисов 3-7 лет у детей с РДА. *Current trends of development of world psychological practice* (Kryvyi Rih, 2014. April. 17–18). Kryvyi Rih, 2014. С. 71–74.
4. Давоян Е. Э. Ранняя диагностика аутизма посредством психорисунка. *Молодий вчений*. 2014. №6 (09). С. 123–127.  
URL: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2014/6/85.pdf>
5. Остапчук О., Давоян Є. Обдаровані діти з аутистичними рисами особистості: особливості розвитку і навчання. *Навчання і виховання обдарованої дитини: теорія та практика*. 2016. №2 (17). С. 99–113.
6. Давоян Є. Обдарованість і аутизм: контент-аналіз дослідженості проблеми. *Навчання і виховання обдарованої дитини: теорія та практика*. 2014. №2 (13). С. 112–119.
7. Давоян Є. Тест на систематизацію як одна з можливостей привенції щодо виникнення розладів аутистичного спектру. *Предиктори успішної інклюзії: медико-психологічний та соціально-педагогічний аспект* : збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Кривий Ріг, 22 листоп. 2019 р.). Кривий Ріг, 2014. С.133–137.
8. Давоян Е. Аналитический акт (случай ребенка-аутиста). *Бюллетень Фрейдова поля в Украине. Бессознательное* : его образование и интерпретация в психоанализе. 2016. С. 128–134.

9. Давоян Є. До питання гендерних відмінностей у проявах раннього дитячого аутизму. *Гендерна освіта в сучасному університеті: досвід, проблеми та перспективи* : матеріали міждисциплінарної всеукр. наук.-практ. конф. студентів і молодих учених (м. Кривий Ріг, 2014 р.). Кривий Ріг, 2014.С. 95–96.
10. Давоян Є. Творчість і аутизм: контент-аналіз дослідженості проблеми. *Художня творчість у контексті проблем її вивчення* : матеріали III Всеукраїнської конференції (до 200 ліття Тараса Шевченко) та I міжнародної конференції, присвяченої 150-літтю Михайла Коцюбинського (м. Бар, 2015). Бар, 2015.С. 46–50.
11. Давоян Є. Е. Обдарованість дитини аутиста: корекційно-розвивальна програма. *Інсайт* : зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених / ред. кол. І. В. Шапошникова, О. Є. Блинова та ін. Херсон, 2015. № 12.С. 95–102.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	15
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМ АУТИЗМУ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ .....	21
1.1. Питання етіології аутизму у клінічній, психоаналітичній та соціально-психологічній парадигмах.....	21
1.1.1. Клінічний аспект етіології розладів аутистичного спектр .....	23
1.1.2. Психоаналітичні погляди на виникнення розладів аутистичного спектру.....	29
1.1.3. Соціально-психологічні погляди на етіологію розладів аутистичного спектру .....	34
1.2. Поняття особистості та психологічні особливості батьків.....	41
1.3. Вплив особистості батьків на аутизацію дитини.....	59
Висновки до I розділу .....	65
РОЗДІЛ II ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ.....	69
2.1. Обґрунтування методів, методик та процедура дослідження особистості батьків, що виховують дитину з розладами аутистичного спектру .....	69
2.2. Формування вибірки та побудова емпіричного дослідження особливостей особистості батьків .....	78
2.3. Аналіз прояву психологічних особливостей особистості батьків через спостереження поведінки та інтерв'ю .....	82
Висновки до II розділу.....	86
РОЗДІЛ III ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОБОТИ З БАТЬКАМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З АУТИЗМОМ .....	88
3.1. Особливості анамнезу сімей, що виховують дитину з аутистичними розладами, порівняльний аналіз. ....	88

3.2. Профілі психологічних особливостей особистості батьків.....	115
3.3. Варіанти підходів психологічної роботи з батьками .....	127
Висновки до III розділу .....	152
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ .....	158
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	165
ДОДАТКИ.....	180

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

РАС – розлади аутистичного спектру

РДА – ранній дитячий аутизм

ЦНС – центральна нервова система

ТПО – зона стику скроневої, тім'яної та потиличної областей

ADOS– графік діагностування аутизму

AQ – коефіцієнт аутизму

SQ – коефіцієнт систематизації

Група А – група батьків, які виховують дитину з аутистичним розладом

Група Б – група батьків, які виховують дитину без аутистичного розладу

ОТ – особистісна тривожність

Д – депресія

Н – нейротизм

П – психотизм

ТХ – технічне та точно-наукове освітнє і професійне спрямування

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Нині в Україні активно досліджується проблема інклюзивної освіти. Усі діти, які мають особливі освітні потреби, в тому числі і діти з аутизмом, мають можливість навчатися у звичайних класах разом зі своїми однолітками. Сучасна школа має забезпечити відповідні умови для навчання. Основними учасниками освітнього процесу нової Української школи є діти, вчителі та батьки. Їхня взаємодія побудована на принципі партнерства, від якого залежить успішність входження дитини до соціального й навчального оточення (І. О. Калініченко [54], К. О. Островська, І. П. Островський [93], О. Я. Савченко [108], Х. Я. Сайко [93]). Особистість батьків може ставати як механізмом допомоги, так і певним бар'єром для входження дитини до інклюзивних програм та взаємодії з іншими фахівцями (О. П. Шестопалова та К. М. Бондар [120]). Тому психологічна допомога сім'ям, що виховують дітей з аутизмом, є складним завданням, яке має порушувати такі спрямування, як: просвітництво, психологічна підтримка, психологічна допомога, корекційна, або терапевтична робота з батьками (подружні пари), з їх глибинними особистісними проблемами. Відповідно, виникає необхідність емпірично дослідити особливості особистості батьків, які виховують дітей з аутистичними розладами, для можливості в подальшому формувати різні програми психологічної інтервенції в цих сім'ях для покращення соціалізації дитини і включення її у навчання (О. П. Шестопалова, К. М. Бондар, К. М. Трушик, О. Жукова, О. Склянська [120]).

Наукова спільнота почала цікавитись аутизмом ще у 19 столітті. Уперше здійснив спробу опису цього розладу Г. Модслі [36; 92]. На ньому зацікавленість аутизмом не завершилась, а навпаки, за останні 20 років інтерес до розладів аутистичного спектру значно зріс. Зокрема, аутизм вивчали такі корифеї психології, психіатрії, психоаналізу та корекційної педагогіки, як: Г. Аспергер та Е. Блейлер [8], Е. Р. Баенская та М. М. Ліблінг,

О. С. Нікольська [90], Б. Баттельхейм [20], Д. В. Віннікотт [26], П. Б. Ганнушкін [28], К. Гілберт та Т. Пітерс [30], Л. Канер [55], К. С. Лебединська [68], В. В. Лебединський [13], Т. Н. Манеліс [78], А. Франческа [115]; сучасники: М. К. Бардишевська [13], Дж. Бродбент та М. А. Стокс [23], С. Гринспен [89], О. О. Івашова [80], С. Барон-Коен [14], Х. Лінднер та Л.- О. Лундквіст [72], Н. Ю. Максимова [75], Е. М. Марченко та Б. В. Хомуленко [133], І. Метревелі [79], К. Л. Малюткіна [76], К. О. Островська, І. П. Островський та Х. Я. Сайко [93], О. В. Хмизова [132], Д. Шульженко [138] та інші. За останні два століття було розширено діагностичні критерії РАС, що значною мірою вплинуло на збільшення статистики поширеності цього розладу та виникнення дискусій відносно цього. Хоча, при відніманні помилкової діагностики РАС відсоток осіб з аутистичними розладами продовжує збільшуватись на відміну від інших розладів, відсоток яких є стабільним (з урахуванням помилкової діагностики) по відношенню до загальної сукупності. На нашу думку, зазначене є однією з причин збільшення зацікавленості РАС.

Питання особистості батьків та її впливу на аутизацію дитини висвітлюють у працях С. Амірі, Р. Хатамі та Ф. Ранджбар [5], Б. Баттельхейм [20], Д. В. Віннікотт [26], А. Грін [31], Ф. Дольто [45], О. О. Івашова [80], С. Барон- Коен [17], Н. Ю. Максимова [75], Е. М. Марченко та Б. В. Хомуленко [133], Л. Сміт [116], Г. Сяоїнін [7], С. Уілрайт [16].

Зазначене вище надає можливість визначити необхідність і доцільність вивчення психологічних особливостей особистості батьків, які мають дітей з розладами аутистичного спектру.

Актуальність обраної теми, її недостатня розробленість у психології, педагогічній та віковій психології, об'єктивні суспільні потреби у вивченні особистості батьків дітей з особливими освітніми потребами зумовили вибір теми дослідження: «Психологічні особливості особистості батьків, що виховують дітей з аутизмом».



**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота пов'язана з комплексною науково-дослідницькою темою кафедри практичної психології Криворізького педагогічного університету «Теорія і практика становлення особистісної зрілості майбутнього психолога» (I-й етап), затвердженої на засіданні Вченої ради протокол №5 від 21.12.2017 р.; реалізацією пілотного проекту «Підтримка інклюзивної освіти у м. Кривий Ріг», затвердженого на засіданні Вченої ради Криворізького державного педагогічного університету протокол №9 від 15 лютого 2019 р. та засіданням Вченої ради КЗВО «Дніпропетровська академія неперервної освіти» ДОР протокол №1 від 4 вересня 2019 р. До складу групи експертів якісного виконання проекту увійшли доценти кафедри практичної психології Криворізького державного педагогічного університету О. П. Шестопалова, К. М. Бондар.

**Мета та завдання дослідження.** Мета дослідження – дослідити психологічні особливості особистості батьків, які виховують дітей з аутизмом.

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати теоретичні підходи до питання етіології аутизму;
- 2) вивчити особистісні вияви особистості батьків;
- 3) здійснити порівняльний аналіз анамнезу та профілів психологічних особливостей особистості батьків, що виховують дітей з аутизмом та дітей без аутистичних розладів (нейротипових);
- 4) вивчити й описати умови аутизації дитини у сучасних сім'ях;
- 5) запропонувати підходи роботи з батьками, які виховують дітей з аутизмом.

**Об'єкт дослідження:** особистість батьків.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості особистості батьків та їх вплив на аутизацію дитини.

**Методи дослідження:**

У дисертації використовується комплекс таких методів та методик:

- теоретичних: вивчення, аналіз та узагальнення психологічної, психоневрологічної, психокорекційної, психоаналітичної літератури; синтез, порівняння, систематизація, які дали можливість виявити й узагальнити дослідницькі матеріали з проблеми, розробити підходи до розуміння її розв'язання;

- емпіричних методів: наукове спостереження, інтерв'ю контент-аналіз;

- емпіричних методик: анкета «Загальні відомості про родину», особистісний опитувальник Г. Айзенка [2], SQ тест С. Барона-Коена для виявлення рівня систематизації [16], AQ тест С. Барона-Коена для виявлення аутистичних рис [101], шкала особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна [18], шкала діагностики депресії А. Т. Бека [1], «Анкета зворотного зв'язку для батьків».

- математичних методів: аналіз, порівняння, систематизація, кореляційний аналіз К. Пірсона [56], критерій Р. Фішера [110], розрахунок модального значення (МОДА), критерій Вілкоксона [113], коефіцієнт Яніса [37].

**Наукова новизна дисертаційної роботи полягає в тому, що уперше:**

- здійснено узагальнення й систематизацію психологічного, соціально-психологічного, клінічного, психоаналітичного підходів з питань етіології аутизму та впливу особистості батьків на аутизацію дитини;

- визначено психологічні особливості особистості батьків, що виховують дітей з аутизмом;

- представлено особистісні профілі батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектру.

Поглиблено й розширено:

- поняття *аутизація*.

Набули подальшого розвитку:

- авторська методика «Загальні відомості про родину»;

- «Анкета зворотного зв'язку для батьків»;

- засоби виявлення змін у психологічному стані мами та дитини (додаткова рефлексивна методика «Записник мами»).

**Практичне значення дослідження полягає у:**

- систематизації психодіагностичного комплексу, спрямованого на вивчення особливостей особистості батьків та анамнезу сучасних сімей;
- порівняльному аналізі психологічних профілів особливостей особистості батьків, що виховують дітей з аутизмом та нейротипових (без аутистичних розладів) дітей.
- розробленні авторської методики «Загальні відомості про родину, «Анкети зворотного зв'язку для батьків», додаткової рефлексивної методики «Записник мами» для фахівців (психологи, пренатальні психологи), які ведуть жінку пренатально та постанатально, для раннього виявлення змін у психологічному, фізіологічному стані мами та дитини і вчасної інтервенції.

Отримані результати дослідження можуть виконувати інформаційно - просвітницьку функцію для сімей, що не перебувають у психологічному дискурсі, можуть бути використані у роботі практичних психологів закладів освіти, корекційних педагогів, педагогів інклюзивно-ресурсних центрів та всіх зацікавлених у вирішенні проблем щодо аутистичних розладів.

**Експериментально-дослідною базою виступили:** Комунальне підприємство «Криворізька багатoproфільна лікарня з надання психіатричної допомоги» «ДОР» (протокол від 26.04.2021 р., № 4225); Комунальний заклад освіти «Криворізька спеціальна школа «Натхнення» «ДОР» (протокол від 13.05.2021 р., № 19-13/01-437); Криворізька гімназія № 58 Криворізької міської ради (протокол від 27.04.2021 р., № 01-16/112); Студія сучасної психології та психоаналізу (протокол від 27.04.2021 р.); Соціальна мережа «Facebook» через сторінку доктора Терези Ціанціоло (Dr. Theresa Cianciolo).

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення було апробовано на:

*Усеукраїнських науково-практичних конференціях і семінарах, профільних конкурсах різного рівня: міждисциплінарній конференції*

«Гендерна освіта в сучасному університеті: досвід, проблеми та перспективи» (м. Кривий Ріг, 2014); IV Всеукраїнській конференції «Художня творчість у контексті проблем її вивчення: Михайло Коцюбинський та Східне Поділля» (м. Бар, 2014); Psychological education as a method of improving a life competence of a person (м. Кривий Ріг, 2014); конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Соціально-психологічні технології розвитку особистості» (м. Херсон, 2015); конкурсі студентських наукових робіт з природничих, технічних і гуманітарних наук «Педагогічна та вікова психологія» (м. Одеса, 2015); XXIV Семінарі Фрейдова поля в Україні (26-27 листопада 2016 рік, м. Київ); «Предиктори успішної інклюзії : медико-психологічний та соціально-педагогічний аспекти» (Кривий Ріг, 2019); III International Scientific Congress Society of Ambient Intelligence (м. Кривий Ріг, 2020);

*захистах наукових робіт:* магістерської дипломної роботи «Психологічні умови соціального розвитку обдарованих підлітків з аутистичними рисами особистості» (м. Кривий Ріг, 2017 р.) у Криворізькому державному педагогічному університеті; захист дипломної роботи «Вплив материнського страждання на аутизацію дитини» у Міжнародному інституті глибинної психології (м. Київ, 2020 р.).

**Публікації:** Зміст і результати дослідження представлено в 11 публікаціях авторки: 2 статті у фахових наукових виданнях, включених до переліку затвердженого МОН України, 1 – у виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз, 8 – у інших наукових виданнях.

**Структура роботи.** Дисертаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, переліку використаних джерел. У роботі наведено 30 таблиць та 28 рисунків. Основний зміст роботи викладено на 163 сторінках, загальний обсяг становить 238 сторінок.

## **РОЗДІЛ І**

### **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМ АУТИЗМУ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

У першому розділі здійснено аналіз наукових джерел щодо етіології аутизму, питання психологічних особливостей особистості батьків, що виховують дітей з аутизмом, та їх вплив на аутизацію дитини. Описано умови, що мають вплив на виникнення специфічних рис особистості батьків. Представлено теоретичні узагальнення щодо розуміння соціальної та вторинної аутизації, визначено можливі чиники, які впливають на аутизацію, деталізовано поняття «аутизації».

#### **1.1. Питання етіології аутизму у клінічній, психоаналітичній та соціально-психологічній парадигмах**

Як було зазначено вище, зацікавленість розладами аутистичного спектру (РАС) розпочинається з 19 ст. Однією з причин зацікавленості дослідженнями з етіології аутизму є зростання поширення цього розладу. Негативну динаміку зростання поширення РАС ми мали змогу спостерігати на прикладі нашого міста Кривого Рогу. Проаналізувавши статистичні дані Криворізького психоневрологічного диспансеру за останні 11 років, констатували, що перші п'ять років у місті відбувалось поступове зростання кількості дітей, що мають РАС, тоді як за останні 3 роки цей показник зріс стрибкоподібно: за 2009 р. на обліку перебувало 34 дитини з раннім дитячим аутизмом (РДА); 2010 р. – 42 дитини; 2011 р.– 45 дітей; 2012 р. – 49 дітей, 2013 р.– 45 дітей; у 2016 році, дітей, що мають розлади аутизму, нараховувалось 99 осіб; на кінець 2018 року кількість дітей із РАС зросла до 127 осіб, у 2019 кількість дітей зросла до 136, у 2020 році поширеність РАС серед дітей дорівнювала 151 особі, у 2021 році –152 особи. Слід зауважити,

що зростання кількості дітей (осіб), що мають аутистичні розлади, відбувається за рахунок збільшення дітей (дорослих) саме чоловічої статі. Відсоток дівчат з аутистичними розладами залишається незмінним, і це співвідношення відображається в цифрах 4:1 для синдрому Каннера; 9:1 для синдрому Аспергера; або, загалом, у 3-5 разів частіше у хлопчиків, ніж у дівчаток [14; 44; 68; 81]. Отже, питання етіології є вагомим для можливостей попередження зростання розладів аутизму у популяції.

Аутизм розглядався різними науковими спрямуваннями, у межах яких цінними є напрацювання задля розширення уявлення про досліджуване явище, параметризації фахової термінології. У роботі ми розглянули етіологію аутизму з кількох позицій: клінічної, до якої увійшли припущення, що пов'язують розвиток аутистичних розладів з фізіологічним компонентом; психоаналітичної, в якій етіологія РАС залежить від ранньої взаємодії матері та дитини; соціально-психологічної, яка, доповнює попередні більш чіткими психолого-діагностичними критеріями та засобами корекційної роботи з дітьми.

Зокрема, аутизм розуміється як загальне порушення розвитку, уперше чітко був описаний австрійським психіатром Л. Каннером і американським педіатром та психіатром Г. Аспергером [8; 55; 78]. Термін аутизм (від гр. *сам*) належить швейцарському психіатру Е. Блейлеру, який першим застосував його для визначення категорії егоцентричного мислення при шизофренії, яке відірване від реальності, керується бажаннями (Д. Шульженко) [138 с.11]. Одним із вагомих внесків Л. Канера було надання такого визначення як синдром РДА, що досить тривалий час використовували різні спеціалісти у своєму дискурсі [55]. Нині послуговуються терміном «розлади аутистичного спектру» (М. К. Бардишевська) [13]. Г. Аспергер зробив своє відкриття практично одночасно з Л. Канером. Науковці описали один розлад із різних сторін його спектру. Л. Канер описував дітей з РДА з важкими інтелектуальними, мовленнєвими, соціальними порушеннями. Г. Аспергер у своїх розвідках

грунтовно описав стан дітей і підлітків із подібними порушеннями в більш легкій формі [8; 55].

Як було зазначено, на початковому етапі аутизм трактувався в категорії психічних процесів, а саме як специфічний вид мислення, сучасному – аутизм розглядається більшою мірою в категорії психічних станів. Аутизм як стан особистості виражається в надмірній самозаглибленості, відході від контактів з оточуючими, відчуженні, зануренні у світ власних переживань [138; 139]. Аутизм як категорію певного стану почали розглядати через схожість за своїми виявами (відхід від реальності, замкненість, певна соціальна ізоляція) на стани, що переживає кожна людина під час хвороби, трауру, втоми, депресії, травми та іншого.

Отже, визначивши позицію розгляду поняття «аутизм», зупинимось більш детально на аналізі його етіології.

### **1.1.1. Клінічний аспект етіології розладів аутистичного спектру**

Із клінічної, нейрофізіологічної, дефектологічної, психіатричної точок зору причини виникнення аутизму досліджували: А. Асадта Ц. Сяоін [7], С. Барон- Коен [14], В. М. Башина та К. С. Лебединська [68], Є. В. Гуткевич, К. О. Натарова та А. В. Семке [87], В. Косоногов [59], Б. К. Лі, Дж. Макграт [67], Л. Оберман та В. Рамачандран [52] та ін. Науковці вказували на поліетіологію й основними причинами уважали генетично обумовлені, вроджені обмінні, органічні порушення центральної нервової системи (ЦНС), хромосомні аномалії.

Дитячий психіатр і дефектолог К. С. Лебединська поділяла аутизм за походженням на п'ять груп:

- аутизм при захворюваннях ЦНС (можливі судомні напади, затримки мовленнєвого та інтелектуального розвитку) та вроджений токсоплазмоз, сифіліс;

- психогенний аутизм (виникає до 3-4 років, у дітей, які ростуть в умовах емоційної депривації (позбавлення), при тривалій відсутності материнської ласки й інше); у нормальних умовах виховання може зникнути;
- аутизм шизофренічного походження (відрізняється більш вираженою відгородженістю і слабкістю контактів з оточуючими, поведінка химерна, по-чудернацьки амбівалентна);
- аутизм при обмінних захворюваннях;
- аутизм при хромосомній патології (наприклад, синдром Ретта) [68].

М. Лехоєр уважав, що аутизм спостерігається у представників усіх соціальних класів, усіх народів з однаковою частотою. Він також зіставляв дані генетичних досліджень аутизму і припустив, що ранній дитячий аутизм – це гетерогенна (різномірність, неоднозначна) форма патології. Науковець припускав, що унаслідкується не аутизм, а уразливість до патології у спектрі якої, окрім аутизму, можуть перебувати розумова відсталість та порушення мови [68].

Окрім зазначеного вище, причиною аутизму вважають хромосомні, обмінні й органічні захворювання – синдром Дауна, дубль-У, крихку Х-хромосому, фінілкетонурію, гістідінемію, мукополісахаридози при різних вроджених дефектах обмінного процесу. Причиною хромосомних та обмінних дефектів може виступати спадковість [68; 81].

Нині деякі автори вважають, що аутизм є наслідком патології, основу якої становить недостатність ЦНС, а саме дисфункції фронтальних відділів головного мозку, зони стику скроневої, тім'яної і потиличної областей (ТПО) і дієнцефальних відділів головного мозку [47; 34]. Саме це порушення і є чинником специфічних емоційно-поведінкових виявів при аутизмі. Водночас зазначена дисфункція відділів не пояснює, що саме спричиняє розлад.

Однією із фізіологічних причин виникнення розладів аутистичного спектру науковці почали уважати дисфункцію дзеркальних нейронів. У 1992 році італійський нейробіолог Джакомо Різзолатті відкрив дзеркальні



нейрони. Відкриття дзеркальних нейронів (відповідають за впізнавання та наслідування моторних дій) сприяло більш ґрунтовному дослідженні аутизму, його розумінню. В. Рамачандран та Л. Оберман зробили припущення, що деякі з основних виявів аутизму, такі як соціальна ізольованість та нездатність до співпереживання, можуть бути пов'язані з порушенням функцій дзеркальних нейронів [52; 59; 81; 135].

С. Барон-Коен – професор психопатології розвитку Кембриджського університету, директор Центра з дослідження аутизму вважає, що діти науковців, інженерів, математиків та інших людей, професія яких має системний характер, можливо, успадковують гени, які наділяють їх не тільки схильностями до точних наук, але й схильністю до аутизму [14; 17], називає це феноменом асортативного схрещення (феномен передбачає, що коли у чоловіка й жінки, які мають професію інженера, науковця або якусь іншу технічну професію, з більшою можливістю може народитися дитина, схильна до аутизму і це відношення складає 12:5). Більш того, 21,2% дідусів дітей з аутизмом мали технічний напрям освіти й діяльності; для нейротипових онуків цей відсоток складає усього 2,5% [14].

С. Барон-Коен разом когортою своїх колег пов'язує аналізований феномен із механізмом систематизації. Дослідники вважають, що у людей з аутизмом механізми систематизації розвинені на занадто високому рівні [14; 15; 16; 17]. Це, на їх думку, впливає на те, що люди з РАС можуть справлятися тільки з високозаконотвірними системами, а системи, в яких є висока варіативність або мінливість, наприклад, соціальний світ, є для них важко керованим. Науковці припускають, що люди з аутистичним спектром є гіперсистематизаторами та можуть справлятися тільки з тією інформацією, яка на рівні найбільш високого ступеня піддається систематизації [15; 16]. Аутизм може бути результатом асортативних шлюбів, про що ми згадували вище, і цікавість батьків дитини з аутизмом технічним та точно-науковим спрямуванням є виявом того, що батьки є систематизаторами. Систематизація – це більш сильний інструмент прогнозування змін через

встановлення законів. Він відбувається завдяки спостереженню зав'язків на кшталт «вхід-операція-вихід», що дає можливість шукати структуру. Систематизація дозволяє робити передбачення, що подія «х» може статись з вірогідністю «р». Отже, систематизація дозволяє встановити певний закон. Зміни в соціальному світі занадто швидкі, а їх закони більш складні для систематизації. Усі люди мають механізм систематизації, але для кожного його рівень різний. Так, до 1-го рівня відносяться ті, хто не має взагалі або має невеликий потяг до систематизації. Ці люди з більшим зусиллям помічають, чи мається у вхідних даних регулярність або певна структура, чи ні. У жінок із загальної популяції механізм систематизації частіше відповідає 2-му рівню, а у чоловіків 3-му. Ті, у кого механізм систематизації перебуває на рівні 2, можуть демонструвати інтереси, наприклад, до емоцій, а ті, у кого він на 3-му рівні – до механізмів. Вище середнього – 4-й рівень, до якого відносяться науковці з показником коефіцієнту аутистичного спектру AQ вищим, ніж у загальної популяції. Це вказує на те, що люди, які відносяться до 4-го рівня систематизації, можуть мати більше аутистичних рис, ніж ті, що не відносяться до нього [15; 16]. Тому систематизація є частиною генетичного механізму. Серед студентів, які вивчають точні науки, більше тих, які мають родичів з аутизмом, ніж серед студентів гуманітарного спрямування [14]. Отже, через асортативні шлюби дитина може унаслідувати як певні риси аутизму, так і схильність до систематизації.

Дж. Крістофер зі співавторами повторно дослідили та надали подальший аналіз виявленої С. Б. Коеном професійної специфіки родичів дітей із РАС. Науковці констатували, що серед родичів людей із РАС значною мірою переважають ті, хто має інженерну спеціалізацію. При цьому дослідники також встановили закономірність: родичі першого порядку з більшою мірою мають медичне, наукове та бухгалтерське спрямування освіти й діяльності. Батьки дітей із РАС, які займаються фізичною сферою праці, меншою мірою були представлені як респонденти такого

спостереження, ніж очікували дослідники. Зазначене, зі слів авторів, може розглядатись як зв'язок батьківської професійної спрямованості з РАС [61].

Науковці К. Морсані, К. Примі, С. Дж. Хендлі, Ф. К'езі, С. Галлі надали сумніву та перевірили деякі положення С. Б. Коена стосовно його теорії систематизації [85]. Науковці провели два експерименти в яких дослідили зв'язок систематизації з ефективністю математичних тестів та гендерними особливостями. К. Морсані з колегами дійшли до висновку, що систематизація не має безпосередніх (прямих) зв'язків із результатами тестів на математику, навичками й інтересом до математики, коефіцієнтом аутизму. Прямий кореляційний зв'язок був виявлений між систематизацією та статистичними установками, самоефективністю та тривожністю. Відносно гендерних особливостей і систематизації були отримані результати, які вказують на те, що здібності до систематизації та її гендерна відмінність мають зв'язок зі стилями просторового мислення [85].

Починаючи з 2013 р. в Ізраїльській армії діє програма Roim Rashok, мета якої залучити до служби та навчити аналізувати аерофотознімки та супутникові знімки молодих осіб з РАС. Також, завдяки цій програмі молоді люди мають змогу покращити навички з програмного забезпечення, сортування інформації, електрооптики та електроніки. Учасники програми проходять тримісячний навчальний курс у цивільних рамках, який навчає їх професії й забезпечує необхідні робочі завдання. Згодом учасники приїжджають до підрозділу на випробувальний термін у 3-4 місяці у цивільному форматі, щоб вони могли пережити частину роботи до польової практики. Зазначена програма була складена виходячи з того, що населення з аутистичним спектром має перевагу в зоровому полі, окрім того, багато з них мають терпіння і здатність виокремлювати деталі, що є важливим для зазначеної роботи [106]. Новаторські ідеї Ізраїльської армії суголосні з дослідженнями, що були описані нами вище, а саме про корелювання систематизації зі статистичними установками та стилями просторового мислення.

Отже, із наведених досліджень розуміємо, що поняття систематизації ще потребує додаткових уточнень. Автор теорії визначав систематизацію як певне бажання спрямоване до чіткої системи, яке може бути більш виразним у людей певних професій. Уточнень, на наш погляд, потребує саме класифікація цих професій, хоча автори теорії систематизації і наголошують на тому, що вона властива усім спрямуванням, але в певних має більшу виразність. Через те, що метою нашого дослідження не є вузьке вивчення та доповнення теорії систематизації, ми будемо керуватись даними, які наводить першоджерело цієї теорії і які ми спостерігали у власному пілотажному дослідженні.

С. Барон-Коен підкреслює, що у жінок, які виховували дітей з аутизмом, під час вагітності у навколоплідних водах та до вагітності був підвищений рівень тестостерону, що виявлялось у полікістозі яєчників. На думку дослідника, це спричинило мускулінізацію мозку, через що хлопчики частіше мають розлади аутистичного спектру, ніж дівчата [14].

Нещодавні дослідження К. Б. Лі, Д. В. Ейліс, С. Магнусова, С. Дж. Ньюшаффера, Дж. Макграта, Д. Кваськофа, Асада Аманат Алі, Сяоін Цуй також вказують на роль тестостерону в розвитку аутизму, здійснюючи доповнення про вплив вітаміну D на рівень тестостерону. У лабораторних дослідах науковці контролювали подачу вітаміну D в організм вагітних мишей, тим самим мали змогу контролювати у майбутнього покоління наявність аутистичної поведінки. Ці дослідження тільки набувають своїх обертів [7; 67].

Отже, у структурі клінічного підходу серед причин виникнення аутизму основними є: генетично обумовлені, органічні порушення ЦНС, хромосомні аномалії, вроджені обмінні порушення.

Етіологічна картина аутизму є різноманітною – при певній можливості генетичного наслідування роль спадковості досі залишається невідомою. Згідно з сучасними даними генетичний вклад у генотип є незначним. На думку дослідників К. Натарова, А. Семке та Є. Гуткевич, генотип може лише

задавити певні можливі межі виявів варіабельності фенотипу, а розвиток захворювання (розладу) може визначатись додатковими чинниками [81, с. 4].

Можемо зробити висновок, що розгляд виникнення РАС тільки з клінічної точки зору є недостатнім для розуміння етіології та попередження розладів аутизму. У зв'язку з цим під час пошуків причин виникнення аутизму необхідно звернути увагу на психологічні особливості особистості батьків таких дітей, що в подальшому може впливати на процес аутизації.

### **1.1.2. Психоаналітичні погляди на виникнення розладів аутистичного спектру**

Одними з перших зробили акцент на специфічному впливові батьківської особистості на дитину психоаналітики. Англійський психоаналітик та педіатр Д. Віннікотт, спостерігаючи за молодими мамами, констатував, що важливою роллю під час побудови і підтримування комунікації з дитиною для її більш динамічного розвитку є пристосування матері до дитини. Не підтримуючи дії дитини, не реагуючи на них, мати може підштовхнути її до існування переважно або лише у якості продовження її самої як пасивного предмета її турбот, як об'єкта, на який здійснюється вплив, чим суттєво применшує можливість дитини до адаптації. Адаптивні здібності дитини вельми обмежені, її зростання та розвиток цілковито визначаються адаптацією до неї саме матері. Адаптація мами буде мати вияв у її здібностях витримати впливи дитини (биття ніжками, кусання та інше) й уціліти. Аутистичними діти можуть ставати, коли їх спроби встановити взаємовідносини, натрапили на реакції, розцінені ними як деструктивні (коли мати не відповідає на плач дитини, відштовхування дитини, байдужість та інше). Це може бути причиною припинення ініціативи в комунікації з боку дитини. На розвиток дитини та встановлення взаємодії з нею може впливати материнська особистість, її переживання та поведінка в період вагітності. У свою чергу, переживання та поведінка мами є залежною

від відчуття турботи про неї з боку батька дитини, або держави, чи і батька, і держави. Якщо така турбота про маму присутня, вона легше адаптується до немовляти, а саме легше буде розуміти та задовольняти потреби малюка [26; 82]. Якщо мами залишалися одні без турботи своїх чоловіків і без надії на забезпечення державою їй і її дитині гідного майбутнього, це все може позначатися на негативному сприйнятті материнства і складності адаптації до своєї дитини. Під негативним сприйняттям материнства ми розуміємо не тільки те, що мати через свої переживання стає холодною до свого малюка, але й надмірну опіку над ним, у якій вона не враховує особистості й бажання малюка, продовжуючи сприймати його як продовження себе, тим самим не даючи статись сепарації.

У роботах Д. Віннікотта аналізується процес формування психозів: «<...> шизофренія веде нас до віку немовляти, до самого початку, до стадії майже абсолютної залежності. Говорячи коротко, недолік підтримуючого оточення в цих випадках переживався на стадії, коли незріле і залежне его ще не знаходило здатності формувати захист <...>» [26, с.31].

Американський психоаналітик Б. Бательхейм також робить акцент на взаємодії матері та немовляти, розкриває важливу роль харчування в діяльності малюка. Автор пише про умови годування немовляти, важливість того, як дитину беруть на руки, чи може мати прислухатись до бажань дитини під час годування (покласти певним чином, робити перерви інше). На це все може впливати стан, у якому перебуває мати дитини. Вміння матері прилаштуватись та «почути» бажання дитини визначає стан комфорту чи дискомфорту немовляти та впливає на подальший розвиток. Важлива роль при годуванні відводиться не тільки мамі, а й активності самої дитини. Не звертаючи увагу на активність малюка, мама може підштовхнути дитину до відмови від побудови взаємодії з дорослим, що призводить до пасивності. Причини перепон з боку мами можуть бути в нерозумінні (через власні особистісні особливості) дій дитини, а саме причин, чому та її колись відштовхнула в процесі годування. Мама, не аналізуючи дії дитини,

віддзеркалює їх, відштовхує малюка, суттєво гальмуючи чи нівелюючи активність [20; 82]. Отже, специфічна неможливість мами проінтерпретувати дії малюка може призводити до його замикання не тільки від мами, а й від світу, детермінуючи аутизацію. В цьому випадку, на нашу думку, можемо говорити про психогенну етіологію аутизму, яка була описана К. Лебединською.

Ми погоджуємося з наведеним вище, додаємо, що це може стосуватись не тільки немовляти, а й більш дорослої дитини, яка, використовуючи певні дії, намагається вступати у взаємодію, а їх (дії), через специфічність або через власні певні стани дорослого, неправильно інтерпретують, через що взаємодія стає неможливою.

Французький психоаналітик А. Грін розробив концепцію «мертвої» матері, через аналіз стану якої можна пояснити можливий розвиток аутизму. «Мертва мати» – це мати, яка є живою, але в очах маленької дитини, про яку вона піклується, вона, мертва психічно, тому що з певних причин перебуває в депресії. Зовні мама знаходиться з дитиною, піклується та дбає про неї, але емоційно вона не з дитиною. Дитина може робити марні спроби відновити взаємини і бореться з тривогою різними активними засобами (ажитація, штучна веселість, безсоння або нічні жахи), але все марно. Щоб вгамувати тривогу, яка виникає, дитина ідентифікується з матір'ю. Порожнеча, яку переживає мама у стані депресії, переходить до дитини. Вона перестає реагувати на інші об'єкти, не маючи сподівань отримати від них відгук [31; 82]. Діти в таких станах можуть поринати в автоеротизм, що у дітей з аутизмом може виявлятися у стереотипіях та аутоstimуляціях.

Подібні процеси були описані А. Гріном, який яскраво ілюструє переживання молодої мами, якій довелося пережити певні травматичні події, особливо втрату значимої для неї фігури (її батьки, коханий, сіблінги, хрещені, дяді, тьоті та інше), що була інтродюкована і «померла» у внутрішньому психологічному жінки.

Уважаємо, зазначене А. Гріном по відношенню до емоційного стану жінки може бути результатом соціальних криз, культурних травм, власної травматичної історії життя. Зазначені умови можуть впливати не тільки на емоційний стан жінки, а й чоловіків. Соціальна ситуація, що є наявною у світі та зокрема в Україні може та певною мірою впливає на особистість громадян. Люди перебувають у постійній напрузі та неспокою за власні життя та життя своїх близьких. Це може викликати поширення тривожних і депресивних розладів і загострення вияву певних акцентуацій характеру, особистісних розладів, які у свою чергу мають вплив на взаємодію батьків і дітей, що може зумовлювати аутизацію, виникнення аутистичної поведінки або аутизму як сталого стану особистості дитини.

Представлені автори не аналізують особистісних особливостей татусів та їх вплив на етіологію аутизму. Про чоловіків вони говорять у контексті того, що ті «виникають» в діаді мати-дитина тільки в період півтора або трьох років малюка, тоді діада починає ставати тріадою. До цього моменту татусі виконують підтримуючу, захисну функцію [20; 26]. Батько створює безпечний і емоційно-стабільний простір для мами і дитини.

Об'єктивація дитини з боку батьків також може впливати на виникнення аутистичних станів. Суб'єкт – носій дії, той, хто пізнає, мислить чи діє, на відміну від об'єкта (як того, на що спрямовані думка або дія суб'єкта). Ф. Дольто зазначає, що дитина – це особистість. Навіть та дитина, яка тільки що з'явилася в цьому світі. І тому вона не є власністю своїх батьків. Вона завжди є суб'єктом, а не об'єктом відносин, скільки б їй не було. Бажання, думки дитини заслуговують на увагу дорослого. Адже це повноцінна людина, яка займає місце поруч зі своїми батьками [45; 46; 82]. З перших днів життя, дитина повинна включатися в мовленнєве, символічне середовище, яке допоможе структурувати, вибудувати себе. Мова вводить дитину в людське суспільство, дозволяє дитині відчувати себе окремим від матері, щоб згодом мати можливість розділити з іншими власні почуття і бажання, спогади і думки. Необхідно говорити з дитиною, а не говорити



дитині (збереження позиції суб'єкта, а не об'єкта), зазначає французька вчена. Багато дітей, які мають аутизм, вирізняються проблемами у мовленні, за них говорять дорослі, це також призводить до того, що дітям надають директивні вказівки, а не говорять з ними. Цим відбувається об'єктивізація малечі. Те, що вважається хворобою, насправді, може бути реакцією на взаємини. Через «хворобу» дитина намагається висловити, те, що її турбує, те, про що вона чомусь не може сказати. Причини хвороби або поганого поведження можуть бути в тому, що дитина перебуває в незнанні. Батьки, спілкуючись з маленькими дітьми, мають говорити, що зараз з ними буде відбуватися, заспокоювати, бути чесними. Дорослі мають називати емоції дитини та вміти відрізнити власні емоції (тривогу від злості, наприклад). Дитина може говорити своїм тілом, симптомами, які потрібно почути, зрозуміти. Потім проговорити емоції дитині та пояснити, що вона може спробувати відтворити, передати іншим способом те, що намагається [45]. Наведене в психоаналізі називається контейнеруванням, дорослий виступає контейнером для емоцій дитини.

Психоаналітик Ф. Дольто пише, що дорослі мають бути чесними у спілкуванні з малюками. Несвідоме дитини знає правду (збіг того, що говорять і того, що відчуває сама дитина). Тому, дітям потрібна правда про те, що відбувається, про те, що їх стосується, про їх походження й сімейну історію. Коли дорослі з малюками нечесні, це, у свою чергу, може виражатися через тіло та хворобу. Ф. Дольто підтверджує сказане прикладом своєї роботи в військовому шпиталі. Немовлята, які туди потрапляли, через відсутність батьків і незнання того, що відбувається, замикались, зникав комплекс пожвавлення, у них виникали тихі безсоння, вони припиняли їсти і з часом помирили (описане має схожість з аутистичними виявами). Лікарі жодним способом не могли вплинути на велику смертність немовлят, які були залишені у шпиталі. Ф. Дольто почала брати немовлят на руки та при спробах годувати з пляшечки говорити з ними, розказувати їх історію, що зараз тато та мама далеко, але вони пам'ятають про дитину. Те, що дитина у

шпиталі – це вияв їх любові і піклування про неї, і вони обов’язково за нею повернуться, коли буде змога. Таке розкриття перед немовлятами їх історії, говоріння про них, озвучення почуттів і того, що зараз діти можуть відчувати, допомогло. Немовлята почали їсти та продовжувати свій розвиток, дитяча смертність у цьому шпиталі припинилась [45; 46].

У науковому суспільстві аутистичні розлади сприймаються через гандикап хвороби, що виводить дітей із розладами аутизму в позицію об’єкта відносно якого робляться впливи. Позиція творчого суб’єкта щодо дітей із РАС нехтується [35; 37]. Це підтверджує важливість того, що відстоювала Ф. Дольто, а саме суб’єктивної позиції дитини задля збереження її здоров’я.

Отже, вплив материнського страждання (не відчуття власної захищеності, підтримки, впевненості, депресивності), що виявляється через не адаптованість до дитини та її потреб, холодність та сприймання дитини не як людської особи, а як певного об’єкта задоволення потреб може призвести до того, що малюк, у якого ще не сформовані провідні захисні механізми, може обрати стан аутизму як певний захист від негативних материнських впливів, а з ними і впливів іншого оточення, яке через матір буде сприйматись як негативне.

### **1.1.3. Соціально-психологічні погляди на етіологію розладів аутистичного спектру**

Соціально-психологічні погляди на етіологію аутизму є різноманітними та в деяких моментах перегукуються з клінічним та психоаналітичним підходами.

Д. Шульженко припускає, що первинним порушенням в аутистичному спектрі є не сформованість у ранньому дитинстві предмета діяльності, через що виникає та прогресує дисбаланс життєвих ставлень організму до дійсності [138, с. 33]. У наведеному тезисі авторка робить посилання на О. М. Леонтєва та додає, що унаслідок цієї невизначеності виникають

психологічні особливості вторинних порушень, порушень процесів взаємодії аутистичної дитини з довкіллям [там само]. Зазначене Д. Шульженко пов'язує з подальшим блокуванням активності психічних процесів; перерозподілом ієрархії властивостей психіки (спрямованості, темпераменту, характеру, здібностей, задатків, потреб, потягів), домінуванням над ними емоційних психічних станів (настроїв афектів, стресів, фобій), спотворенням психічних новоутворень, як наслідок – утворення потужної кризи дитини і як ще один наслідок – низький психічний тонус дитини, особливості сенсорної й емоційної гіперстезії, виникнення характерної для аутистичної симптоматики відчуженого ставлення до дійсності [там само]. Нам важко погодитись із наведеним припущенням повною мірою. Погоджуємось, що не сформованість предмета діяльності може призводити до особистісного дисбалансу, але, на нашу думку, у дитини з аутизмом цей предмет діяльності є гіперсистематизованим та, навпаки, превалює у процесі взаємодії з оточенням. Це складає як негативну частину розладу, так і позитивну, оскільки у практиці Г. Аспергера, С. Гринспена, С. Уідер, Б. Хомуленко, Е. Марченко досвід «Petit Enfance» відділення госпіталю Кло Бенар [79], наведеному прикладі у самого О. М. Леонтьєва, нашому експерименті, ми констатуємо, що, навпаки, в корекційній роботі з дітьми, які мають РАС, використовують їх інтереси, ту діяльність, яка виступає звуженим колом інтересів для дитини. Саме вона є центром особистості, про що писав О. М. Леонтьєв, і завдяки їй ми можемо мати доступ та контакт з особистістю дитини з аутистичними розладами. Ця діяльність ніби виступає тим місточком, через який дитина контактує з світом, а світ – із дитиною.

С. Ф. Сироткін, М. Л. Мельнікова, як і А. Грін, пов'язують виникнення аутистичних порушень із зіткненням дитини на першому році життя з депресивним захворюванням матері, що, у свою чергу, вводить саму дитину у важкі депресивні страхи при неможливості поділити ці переживання зі сприймаючою фігурою [114, с. 428].

Сучасні автори Б. В. Хомуленко та Е. М. Марченко у роботі «Сімейна динаміка аутизму: структура трансформації» [133] вказують про можливу етіологію аутизму, що полягає в особистісному профілі батьків, які виховують дітей із РАС. Автори зазначають, що батьки, які виховують дітей з аутизмом, мають різноманітні характери та життєві історії, але досить часто батько дитини з аутизмом може виявляти такі риси, як: агресивність, жорстокість, спричиняти фізичну й емоційну шкоду іншим. Викладені позиції Б. В. Хомуленко та Е. М. Марченко узагальнюють, роблять висновок про явний мускулінний комплекс, що виявляють ці чоловіки. Такий комплекс може вказувати на несвідомий комплекс неповноцінності [133]. Продовжуючи думку про агресивні та жорстокі поведінкові характеристики батька дитини з аутизмом, які можуть бути спрямовані на інших, автори звертаються до системної сімейної терапії. У системній сімейній терапії має місце припущення, що якщо хтось із батьків дитини займається якою-небудь діяльністю, яка може нашкодити іншим людям, то дитина на несвідомому рівні може почати заміщувати жертв свого батька або матері [133, с. 30]. Ця динаміка спостерігалась науковцями під час роботи з сім'ями, що виховують дитину з аутистичними розладами. Як висновок, особистість дитини з аутизмом стає певною системно-рольовою компенсацією в контексті системи, до якої належить [там само].

У свою чергу матір, яка виховує дитину з аутистичними розладами, Б. В. Хомуленко та Е. М. Марченко описують як холодну та неемоційну жінку, що відсторонена від власної дитини [133]. Це поєднує їх погляди з описаним психоаналітиками раніше. «Якщо у сімейній системі виникає певна роль, за нею завжди буде стояти позитивний намір, що обумовлює її виникнення. Тобто роль, що належить сім'ї, завжди за певними причинами потрібна цій сім'ї для балансування будь-яких психо-емоційних процесів <...>» – пишуть Б. В. Хомуленко та Е. М. Марченко [133, с. 30]. Так і симптом аутизму, за словами авторів, може бути сприйнятий не як особистісний, а як сімейний симптом.

Батьки, а особливо мати дитини карає себе за те, що на певному рівні свідомого, або несвідомого, не хотіла дитини (почуття провини). При синдромі Канера такий тип анамнезу буде виражений у тому, що мати дитини не відсторонюється від неї, а вірогідно досить активно не хотіла дитини [133, с. 59]. Дослідники акцентують увагу на тому, що при синдромі Аспергера скоріше формується відсторонення дитини від агресії мами на дитину [133]. Подібні тези ми знаходимо в теоретичних поглядах психоаналітиків. Ми, мали змогу, так само як і Б. Хомуленко та Е. Марченко, спостерігати описане під час експерименту при роботі з сім'ями, які виховують дітей з аутизмом. Ключем до розгадки етіології аутизму автори вважають вороже ставлення матері до дитини [133]. Нам важко погодитись з авторами повністю, оскільки ставлення матері до дитини є результатом її певного страждання, що пов'язане з її історією. Воно формує певні особистісні риси, які можуть мати вплив на її взаємодію з дитиною і вчасна інтервенція та допомога мамі справитись з її стражданням, може позитивно вплинути на подальший розвиток дитини.

Про специфіку комунікації між аутистичною особистістю та батьком висловлювався також Г. Аспергер, стверджуючи, що при етіології аутистичної психопатії має місце як генетика, так і порушення у контактах і комунікації хворих з їх татами [8].

Як бачимо, в розумінні аутистичних розладів соціально-психологічні погляди в певних аспектах базувались на клінічному та психоаналітичному підходах, розширюючи їх та формуючи психодіагностичні та психокорекційні уявлення щодо розладів аутистичного спектру, про що нижче.

Феноменологія РАС має багато аспектів. Науковці класифікували їх у три сфери порушень, у яких розкриваються когнітивні, соціально-психологічні, комунікативні й інші компоненти феноменології розладів аутизму.

Психологи К. Гілбберт [30], Т. Пітерс [101], А. Франческа [123], Р. Шрам [136] запропанували розглядати аутизм як порушення у 3 сферах: 1) порушення в соціальній взаємодії; 2) порушення комунікації; 3) порушення в уяві (повторювані дії) [30; 39; 40; 101; 123; 136].

Автори розподіляли певні поведінкові вияви за цими сферами. Спостерігаючи ці патерни поведінки можна діагностувати аутизм.

Для порушень у соціальній взаємодії будуть характерні вияви в поведінці дитини: відсутність реакції на посмішку дорослого; відсутність комплексу поживлення; може бути наявним тихе безсоння або відсутність сну та страх пересування у малознайомому для дитини місці; байдужість щодо відсутності дорослого, до ігор з іншими дітьми, в тому числі до рольових ігор, має місце зацікавленість у використанні іграшок не за призначенням, в іграшці може цікавити певна деталь (наприклад, колесо машини) і маніпулювання з іграшкою буде обмежуватись цією деталлю; можлива агресія у бік інших та нелюбов фізичного контакту; якщо цікавиться іншими, то це діти молодшого чи старшого віку [30; 40; 68; 101; 123].

Порушення в комунікативній сфері можуть мати вияв через таку поведінку: відсутність вказівного жесту, візуального контакту та прохань про допомогу в дорослого; не реагування, коли кличуть за ім'ям; відсутність мови або наявність мовленнєвих розладів (ехолалії, вокалізації) [30; 40; 93; 101; 123; 136].

В останній сфері, уяві мають місце такі поведінкові вияви: стереотипна поведінка – неможливість дитини відірвати погляд при розгляданні чогось, розмахування руками перед обличчям, кружіння, розгойдування; нав'язливості (вибудовування предметів у ряд, вмикання вимикання світла, інше); бажання відчутти тиск на тіло (підлазить під важкі речі, ховається між щільно стоячими предметами) [30; 40; 68; 101; 136].

С. Грінспен та С. Уідер також вказують на те, що аутистичні розлади характеризуються трьома ключовими проблемами, виявити які можна з допомогою трьох питань:

1. Чи легко дитина вступає у близькі й теплі взаємини? Чи шукає дитина компанії дорослих, з якими їй добре? Чи демонструє задоволення від близьких стосунків?

2. Чи спілкується дитина за допомогою жестів та емоційних виразів? Чи дитина постійно залучена до емоційних взаємодій (посмішок, насуплень, кивків тощо)?

3. Чи осмисленою є мова дитини? Чи емоційно забарвлена мова дитини? [89, с. 19-20]

Наведена група питань характеризує вияв первинних порушень, що були описані вище. С. Грінспен, С. Уідер, А. Франческа, К. Гілбберт, Т. Пітерс, К. С. Лебединська також виокремили кілька додаткових параметрів, які відносяться до вторинних порушень. Їх можна спостерігати у поведінці не тільки дитини з аутизмом, а й у дітей з іншими розладами: проблеми у дрібній та великій моториці (ходіння навшпиньках), проблеми з сенсорним сприйманням (нелюбов до певних звуків, кольорів, тканин, запахів), звуженість кола інтересів [30; 68; 89; 123].

Отже, соціально-психологічна позиція надає свій вклад у розуміння етіології РДА. Психологи розширюють уявлення про сутність і перебіг аутизму структуруванням симптомів вияву задля здійснення більш точного й коректного діагностування, корекції цих симптомів.

Узагальнення уявлень стосовно етіології РАС означеними підходами наводимо в Таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

Узагальнення представлень клінічного, психоаналітичного, соціально-психологічного підходів щодо етіології РАС

Підхід	Причини виникнення РАС
Клінічний	Генетично обумовлені: <ul style="list-style-type: none"> <li>– успадкування уразливості до патології;</li> <li>– феномен асортативного схрещення, вродженні, обмінні:</li> </ul>

Продовж., табл. 1.1.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– вплив вітаміну D на кількість тестостерону в навколоплідних водах під час вагітності;</li> <li>– синдром Дауна;</li> <li>– дубль Y хромосома;</li> <li>– крижка X хромосома;</li> <li>– фінілкетонурія;</li> <li>– гістіденамія.</li> </ul> <p>Органічні порушення ЦНС</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– дисфункція дзеркальних нейронів;</li> <li>– дисфункція зони ТПО.</li> </ul>
Психоаналітичний	<p>Порушення адаптації мами до дитини:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– деструктивні реакції на спроби дитини взаємодіяти (не реагування на плач, відштовхування та ін.);</li> <li>– переживання та поведінка під час вагітності;</li> <li>– відчуття матірню власної незахищеності;</li> <li>– не відчуття підтримки з боку батька дитини.</li> </ul> <p>Нестача підтримуючого оточення. Умови годування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– специфічна неможливість проінтерпретувати дії немовля (надати їм сенс).</li> </ul> <p>Депресивність матері. Об'єктивація дитини:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– не включення в мовне середовище;</li> <li>– симбіоз;</li> <li>– неможливість дитини суб'єктуватись через формування власних бажань;</li> <li>– дитина – об'єкт реалізації бажань дорослих;</li> <li>– не знання дитиною власної історії;</li> <li>– сприймання дитини через гандикап хвороби.</li> </ul>
Соціально-психологічний	<p>Несформованість предмета діяльності. Депресивні стани матері. Особистісні особливості батьків:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– аутизм як системна-рольова компенсація в контексті системи до якої належить дитина;</li> <li>– вороже ставлення матері до дитини (спроби абортів);</li> <li>– порушення комунікації між дитиною і батьком.</li> </ul>



Отже, розглядаючи етіологію РАС із кількох позицій (клінічної, психоаналітичної й соціально-психологічної), маємо змогу більш системно розглядати ті причини, які можуть зумовити цей розлад. Тому при розумінні етіології аутистичних розладів вважаємо недоцільним керуватись тільки одним підходом, що може вибудовувати рамки розуміння причинності РАС. Більш ефективним вважаємо використання інтегративного синтезу означених підходів, що доповнюють один одного та більш глибоко розкривають предмет дослідження.

## **1.2. Поняття особистості та психологічні особливості батьків**

На основі здійснених теоретичних узагальнень клінічних, психоаналітичних та соціально-психологічних поглядів на етіологію аутизму й аутистичних розладів, дослідимо розуміння впливу особистості батьків на аутизацію дитини.

Особистість – категорія психологічних явищ (властивість психіки) вивчення якої почалось з давніх часів. Філософи до сучасного поняття психіка застосовували поняття *душа* та починали її вивчення з поділу на розумну та нерозумну душу. Платон обстоював позицію про боротьбу, яка відбувається в душі людини [96]. Це боротьба між двома суперечностями: одна частина тяжіє до тілесності й бореться з розумністю, а інша – спрямована до розсудливості і сприяє утвердженню духовного способу життя. Але уся душа містить у собі загальний закон, що упорядковує й узгоджує її [96]. На нашу думку Платон описує те, що зараз розуміється не лише як біологічна складова особистості, але й соціально-культурна. Частина, що упорядковує душу, становить «Я» людини.

Аристотель також намагався розв'язати філософське питання про те, якою є наша душа, її сутність, чи складається вона з частин, які вони, яке мають вираження. Філософ дійшов висновку, що «<...> душа є гармонією, а гармонія завжди складається з протилежностей <...>» [9, с. 25]. Дослідник

виокремив три види душі: рослинну, тваринну й людську душу, яка об'єднує в собі дві попередні. Кожна із частин має свій вияв, що наближує їх до опису рис особистості.

Суголосних поглядів Платона та Аристотеля про певну подільність та складові частини душі дотримувались філософи: Ф. Аквінський [117], Г. Лейбніц, Е. Кант, В. Гегель, Г. Гельмгольца, А. Шопенгауер [118] та Ф. Ніцше [69]. Ці погляди розвивались і поступово позначились психологічним спрямуванням за своїм дискурсом. На початку 20 століття уже мали місце певні уявлення про особистість і психіку, які продовжують вивчати. Розпочинаючи із середини 19 – початку 20 століття почали розвиватись теорії особистості, які репрезентують свій поступ донині, розширюючи сучасне уявлення про досліджуваний феномен. Однією із провідних теорій особистості, що продовжувала поділяти особистість та психіку на складові частини, була психоаналітична теорія З. Фрейда. Психоаналітик поділяв особистість людини на три основні складові частини. Відпочатку, науковець виокремлював топічну структуру особистості, до складу якої відніс:  $Bw$  – свідоме;  $Vbw$  – предсвідоме;  $Ubw$  – несвідоме [49; 125]. Розуміння цієї топіки дозволило пояснити феномен травми, коли травмуюча подія витіснялась до несвідомого, а афект, що слідував за цією подією не витіснявся, а поєднувався із чимось іншим: акт, образ. Зустріч з цими актами, образами є тригером (не травматичною подією) до невитіщеного афекту, нерозуміння зв'язку афекту і тригеру викликає почуття тривоги [128; 129]. Після, З. Фрейд розробляє другу топіку у праці «Я та Воно», в якій вже виникають інстанції «Воно», «Я» та «Над-Я» [127; 128; 129]. Ці інстанції формуються під час психосексуального розвитку, та фіксація на певній стадії може викликати в подальшому неврози, або психози особистості, сформувати психотичну або невротичну особистість [129]. Графічно топіку особистості зображенона Рис.1.1.

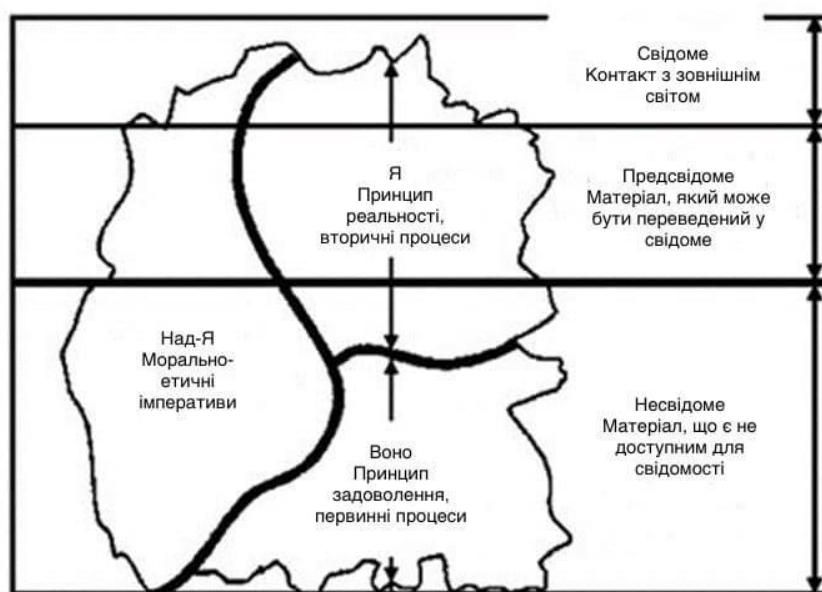


Рис. 1.1. Перша та друга топіка особистості за З. Фрейдом.

Проблемами структури особистості опікувався французький психоаналітик Ж. Лакан [27; 65; 66]. Концепція особистості людини за Ж. Лаканом об'єднує:

1. Домовний, реальний реєстр (біологічна природа з її потребами).
2. Уявний реєстр («Я-ідеал», як надумана сутність, певні образи).
3. Символічний реєстр (структурний рівень мови та соціальних відносин) [27; 48; 63; 64; 65]. Ці складові Ж. Лакан зображав у вигляді кілець Боромео Рис.1.2.

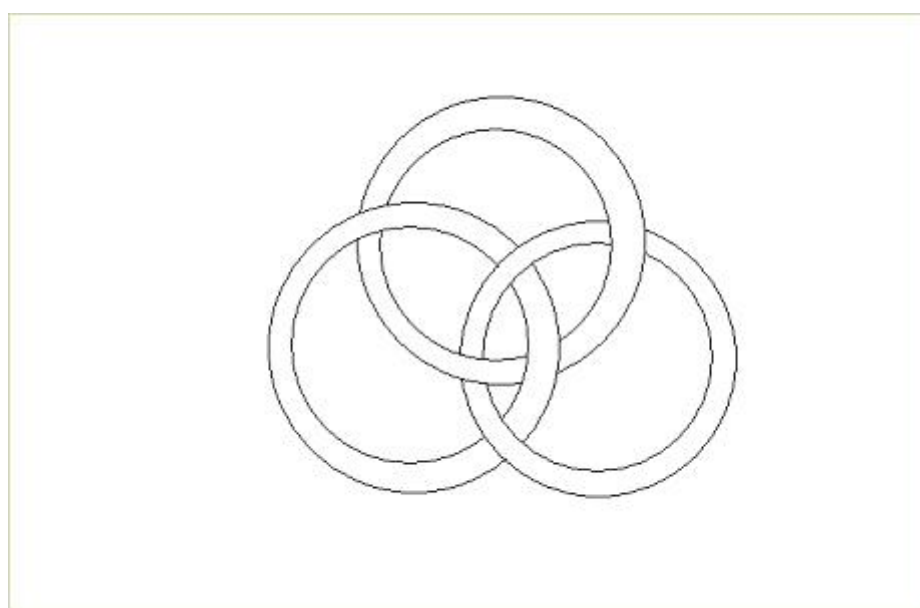


Рис. 1.2. Кільця Боромео

Поєднання кілець відбувається на стадії дзеркала, коли маленька дитина починає впізнавати свій образ (регістр «Уявного») та привласнювати його собі. Тоді ж батьки, які поруч, допомагають дитині привласнити цей образ через символічне – словесний опис того, як виглядає дитина, якої вона статі, на кого схожа, тощо (регістр «Символічного»). Завдяки цьому відбувається інтеграція та привласнення маленького «а» – суб'єкта [63] (Рис. 1.3.).

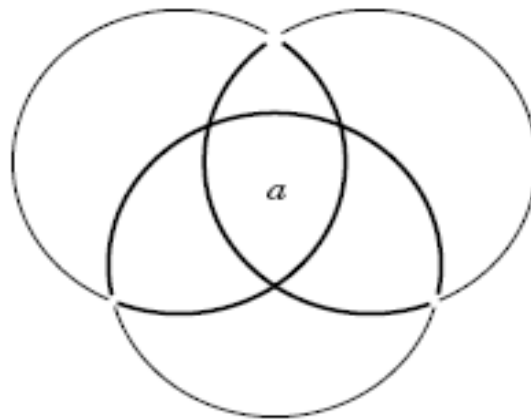


Рис.1.3. Інтеграція реєстрів

Коли така інтеграція відбулась, можемо говорити про невротичну структуру особистості; коли ж вона не здійснилась, реєстри між собою не поєдналися і можуть «розв'язатись»: ідеться про психотичну структуру особистості. Для неї буде характерне превалювання певного з реєстрів. Наприклад, при превалюванні реєстру «Уявного», у розв'язаному психозі виникають галюцинації різної модальності [48; 63]. На сучасному етапі у практиці все складніше стає диференціювати невротичну та психотичну структуру особистості. Через це Ж. А. Міллером було уведено до наукового обігу поняття ординарного психозу (виключення можливості «символічного», що передує неможливості здійснити витіснення у несвідоме). Особистість з ординарним психозом може бути виключеною із соціальних зв'язків, викликати враження «дивакуватої» особи, яка за поведінковими виявами може нагадувати шизоїдну особистість [48].

Опис «стадії дзеркала» спонукало до розгляду в роботі порушення дзеркальних нейронів, про які ми писали вище. При аутизмі стадія дзеркала є специфічною. На нашу думку, дзеркальні нейрони мають безпосередній вплив на описану Ж. Лаканом стадію дзеркала, її перебіг. Отже, якщо у дітей, які мають розлади аутизму, порушена функція дзеркальних нейронів, це пояснює специфічність проходження ними стадії дзеркала. Через дефект дзеркальних нейронів діти мають малий набір поведінкових штампів, які вони просто повторюють, незважаючи на ситуацію. Багато дітей з аутизмом семирічного віку не навчаються у школі і мають великі труднощі при роботі з логопедами-дефектологами та психологами через те, що вони не можуть відтворити, або повторити за вчителем чи корекційним педагогом (маленьке «а» не привласнюється). Це ускладнює введення дітей із РАС до процесу інклюзивної освіти, оскільки до такої фізіологічної і психологічної специфіки особистості дітей із РАС фахівці мають бути готові як професійно, так і психологічно. Ми отримували багато звернень від спеціалістів цього профілю під час супервізійних робіт [120].

Серед концепцій про особистість значної популярності набули ідеї, В. М. Бехтерева [21], С. В. Балея [107], О. М. Леонтьєва [70], Г. С. Костюка [60], С. Д. Максименка [74].

Особистість як самодіяльну істоту, з власним психологічним складом, що впливає на індивідуальне сприйняття світу, описував В. М. Бехтерев [21, с. 16]. Окремо він зазначав про активність особистості, яка виражається через відношення до світу. Із розвитком особистості поступово виокремлюються дві сфери: органічна, яка формується першою, й соціальна, що є вмістилищем соціального досвіду [21, с. 393]. Науковець наголошує на тому, що з розвитком суспільного життя особистості, окрім психорефлексів органічної сфери, виникають психорефлекси, що формуються при контакті з соціальним середовищем [22]. Ця думка перегукується за категорійно-поняттєвим висвітленням досліджуваного феномену з роботою І. П. Павлова про безумовні й умовні рефлекси [95]. Так,

особистість виражається через власні вчинки та дії. В. М. Бехтерев головним у формуванні та правильному розвитку особистості вбачав саме спадковість, те, що дитина переймає від своїх батьків [21; 22]. Саме спадковість буде визначальною у вияві антропологічних особливостей, на яких потім вибудовується особистість. Як лікар, він виокремлював умови, що можуть вплинути на розвиток особистості, перш за все певні біологічні фактори. Цими факторами можуть виступати хвороби мами під час вагітності, алкоголізм батьків, певні важкі фізіологічні та психологічні обставини перебігу вагітності. Відсутність правильного виховання може ставати певною умовою відхилень у характері, уважав науковець [21].

В. В. Рибалко наводить думку вітчизняного психолога С. В. Балея щодо особистості, який сприймає особистість людини через її поділ на певні диспозиції: інструментальні й диспозиції спрямування. Інструментальні диспозиції пов'язні з психічними властивостями та процесами (інтелект, талант, спостережливість, пам'ять та інші), які можуть поділятися на вроджені та здобуті. Диспозиції спрямування показують шлях використання здібностей. Цей шлях відображається через нахили, потреби та спрямування. Перераховане є тільки в дорослої людини, дитина ж має пройти шлях формування особистості й розвитку цих диспозицій. Вроджений характер, на переконання науковця, мають не лише задатки одиничних особистісних рис, а й тенденція їх розвитку в той чи той бік і комбінування між собою [107]. С. Б. Балея наголошує на розвитку особистості через взаємозв'язок власних впливів (задатки одиничних особистісних рис) та вплив середовища. Цей взаємозв'язок є досить складним. Середовище, оточення ніби виступають опорою й доповнюють те, що є вже вродженим (наприклад, мова) [107]. На нашу думку, ідеї С. В. Балея збігаються з ідеями С. Барона-Коена щодо утворення асортативних шлюбів. У дитини в цьому випадку можлива тенденція до розвитку аутизму і за певних умов ця тенденція отримує свій розвиток.

С. Б. Балеї поділяв особистості на гармонійні й дисгармонійні. У дисгармонійній особистості буде домінувати одна або дві риси, що можуть підпорядкувати собі інші особистісні риси та перебувати з ними в антагоністичному відношенні [107].

На думку О. М. Леонтьєва, особистість можна розглядати з кількох аспектів: природних, біологічних особливостей, як предмет антропології, соматології та генетики [70, с. 87]. Особистість, за О. М. Леонтьєвим, розуміється як системна якість індивіда, що здобувається ним у ході культурно-історичного розвитку в процесі соціалізації і має властивості активності, суб'єктності, упередженості, усвідомленості [70]. За такого визначення особистості вчений наголошує на аналізі руху діяльності та на формах психічного відображення, що ними породжується. Це зумовлює необхідність увести до обігу поняття про особистість як про внутрішній момент діяльності [там само]. Так, за підходу до розуміння особистості О. М. Леонтьєв поклав в основу предметну людську діяльність, аналіз внутрішньої будови її опосередкованої й породженої нею форм психічного відображення. Саме цей підхід надає можливість уявити стійкий особистісний базис через діяльність, що підтверджується думкою науковця: «<...> ставлення людини до світу формується через взаємини, взаємозв'язки, що реалізуються через діяльність людини, навіть багатоманітність діяльностей <...>» [там само]. Науковець продовжує розкриття особистості через діяльність, кажучи про ієрархічність співвідношень діяльностей, якими характеризується особистість. Ці діяльності породжуються власним розвитком й утворюють ядро особистості [там само]. Ідеї О. М. Леонтьєва підтверджено висновками американських науковців про те, що для батьків, які виховують дитину з розладами аутистичного спектру, є більш властивими професії певного спрямування, а саме технічного чи точно-наукового, які складають, по суті, той центр особистості і впливають на поведінкові вияви, що можуть відрізнити цих батьків від інших (С. Барон-Коен, Дж. Ріхлер, Д. Бісарія, Н. Гурунатхан).

Г. С. Костюк указував, що особистість є цілісною категорією, але для розуміння її розвитку необхідно виокремлювати певні її сторони. Як і О. М. Леонт'єв, психолог розумів діяльність як одну з провідних категорій особистості. Через діяльність має вираз психічна діяльність особистості. Г. С. Костюк відводив провідну роль у формуванні особистості середовища. Середовище впливає на розвиток особистості саме через діяльність. Викладаючи свою позицію, науковець не виключає з цього процесу активності людини. Активність виражає суб'єктивність, без активності не було б особистості. Активність є ніби сполучною ланкою між впливом середовища на розвиток особистості через діяльність [25; 60].

Як і Г. С. Костюк, С. Д. Максименко наголошує, що особистість є цілісною структурою. На відміну від Г. С. Костюка, С. Д. Максименко обстоює думку про те, що пізнавати особистість першочергово необхідно саме через її цілісність, а не складники. Окрім цього, С. Д. Максименко вказує, що розвитись особистість може під впливом інших особистостей (люблячих батьків). Розвиток особистості визначається потребою, що сприяє активній діяльній взаємодії зі світом. Звідси виходить, що дисгармонійною особистістю є та, яка зосередилась на собі, відсторонившись від світу. Основним компонентом у розвитку особистості автор вважає саморозвиток. Потреба детермінує механізми саморозвитку людини [74]

На нашу думку, одним з аспектів особистості є поняття індивідуальних відмінностей, які виступають особливостями психічних процесів, станів і властивостей, що відрізняють людей один від одного. Однією з категорій та причин індивідуальних відмінностей є спадковість, про яку говорив В. М. Бехтерев, описуючи її як один із головних компонентів формування особистості. Спадковість виявляється у здібності передавати свої властивості та функції від батьків до дітей. Розроблено ряд теорій спадковості, розвитку яким сприяли дослідження таких науковців, як: Т. Бовері, Ф. Гальтон, Д. Кеттелл, А. Бінет й інші [4; 6; 57]. У цих теоріях зазначається, що кожен індивід отримує унікальну комбінацію генів, за винятком монозиготних



близнюків. Спадковість впливає на те, що може виявитися через великий проміжок часу після народження. Психологи вказують на важливу роль генів, щеплених зі статтю. Y-хромосома (чоловіча) несе набагато менше генів, ніж X-хромосома (жіноча). Це призводить до того, що для багатьох генів на X-хромосомі немає відповідних алелей на Y-хромосомі [4; 6; 57]. Тому в індивідів чоловічої статі ознаки, що визначаються генами цієї ділянки, виявляються навіть у тому випадку, якщо є рецесивними. Наприклад, рецесивні ознаки не будуть мати вияв у першому поколінні, а у другому будуть мати; або жіноча стать може бути носієм цього рецесивного гену, а у чоловічої статі, через Y-хромосому, ця рецесивна характеристика буде мати вияв. Це дозволяє пояснити успадкування ознак, пов'язаних зі статтю, наприклад, дальтонізму, гемофілії [12; 81].

На сучасному етапі розвитку психологічної думки здійснюються дослідження про подібне відношення й до аутизму та тих його ознак, що можуть мати вияв. С. Фолстейн та М. Раттер, С. Барон-Коеп, Д. Півен, М. Мьорфі вивчаючи симптоми аутизму у родичів людей із діагнозом «аутизм», розпочали досліджувати розширений фенотип аутизму (аутистичні риси, аутистична поведінка), що був притаманний батькам, братам або сестрам, людей, що мали аутизм [14; 17; 86; 104]. Із цього виходить, що розширений фенотип аутизму становить наявність характерних для РАС рис на рівні вияву вище середнього, проте ще недостатній для постановки діагнозу аутизм. Найчастіше при розширеному фенотипі аутизму спостерігаються невеликі порушення соціальних і комунікативних навичок. Він із підвищеною частотою спостерігається у членів сімей людей із РАС, що пов'язано з переважно генетичним характером аутизму, як указують автори [14; 17; 84; 104].

Аутистичні риси – одне з найменувань стану функціонального аутизму. Зазвичай застосовується по відношенню до людей, які перебувають на кордоні аутистичного спектру і за частиною показників (у тому числі

когнітивним) є близькими до нейротипових осіб (тих, хто не має розладів аутистичного спектру) [115].

На наше переконання, визначення розширеного фенотипу аутизму й аутистичні риси є ідентичними за змістовими категорійними характеристиками, а саме в легких виявах аутизму, що виявляється через порушення тільки в одній із трьох сфер, що є не достатнім для постановки діагнозу аутизм. Про це також говорить Л. Денворт посилаючись на М. Лош [42]. Тому в дослідженні будемо вживати термін аутистичні риси стосовно розширеного фенотипу аутизму.

Аутистична поведінка – це така поведінка, через яку можуть виявлятися певні аутистичні риси особистості. Аутистичні риси, згідно зі «Словником визначень і термінів» характеризуються як одне з найменувань високо функціонального аутизму [115]. Із цих визначень можна зробити висновок про те, що є особи, до яких постановка діагнозу «аутизм» неможлива, але вони мають порушення у певній із трьох сфер: соціальній взаємодії, взаємній комунікації та недорозвитку уяви (порушення у плануванні поведінки, певні стереотипії), за якими і робиться постановка діагнозу. Більш широко питання аутистичних рис розглядали С. Барон-Коен [14], П. Б. Ганушкін [28], Ф. Б. Березін [19], Н. Мак-Вільямс [73]. Останні розглядали аутистичні риси в контексті шизоїдного типу особистості.

Британський науковець С. Барон-Коен наголошує на тому, що люди, які мають більш технічний і науковий склад розуму, зустрівши свою пару, яка має такий самий склад розуму, передають своїй дитині разом із геном, що відповідає за високі когнітивні здібності, ген, що відповідає за аутистичні вияви. У звичайному житті ці люди не виявляють серйозних ознак аутизму. С. Барон-Коен описує таких осіб як людей із когнітивними здібностями вище середнього, які можуть бути властиві представникам точних наук, людей із високим рівнем систематизації й інтересом до часткового (деталей). «<...> гени аутизму зберігаються в кількох поколіннях, оскільки вони

унаслідуються разом із генами, що відповідають за високі когнітивні здібності, властиві людям з технічним складом розуму (найбільш яскравих представників у суспільстві називають «диваками»). Деякі з них можуть бути носіями аутизму <...>» [14, с. 51].

Г. Аспергер описує залежність особистості від інтелекту, згадуючи певні особистості, яких він характеризує як: «<...> оригінал з аутистичними нахилами <...>» [8, с. 94].

Ф. Б. Березін із співавторами підкреслює, що восьма шкала мінесотенського багатофакторного опитувальника (MMPI), шкала «шизофренії» (Sc), може бути названа шкалою «аутизації». Осіб, які набрали показники вище за середні за цією шкалою, він описує як: «емоційно-холодних», які можуть мати неадекватні емоційні реакції, виявляють своєрідне сприйняття й мислення, відчувають внутрішню напругу; у них може бути відсутнє уявлення про поведінку себе у тій чи тій соціальній ситуації; більш здатні до комунікації, в якій застосовуються символи і яка підпорядковується жорсткій системі. На нашу думку, прикладом такої комунікації можуть бути: математичні правила, мова ІТ та інше. Мова та висловлювання цих осіб може бути логічною та правильно побудованою, але оточуючі все одно їх мову сприймають як незрозумілу. Це відбувається тому, що описані особи не контролюють, чи зрозуміле їх мовлення іншим. Описані люди мають амбівалентні почуття під час спілкування: одночасно бояться холодності з боку іншого й очікують уваги. Зазначене стає причиною їх надмірної відкритості, дружелюбності або ворожості [92; 19]. Описані Ф. Б. Березіним люди за своїми виявими схожі на батьків, яких описував Г. Аспергер, аналізуючи сім'ї, дітей яких спостерігав [8]

На нашу думку, виокремити певні аутистичні риси особистості є можливим керуючись описом вияву аутистичних патернів поведінки у осіб, які мають шизоїдний розлад особистості. Ми виходимо з зазначеного у «Діагностично-статистичному керівництві з психічних розладів» 5-го видання та з «Міжнародного класифікатора хвороб» 10-го видання. У них

йдеться про складності диференціювання осіб із шизоїдними розладами від осіб із легкими виявами РАС [83], або ж внесення до переліку осіб з аутизмом, у яких превалюють сенситивні риси [44]. З наведеного керівництва та класифікатора можна бачити, певні схожі вияви у осіб з шизоїдним розладом (залежності від його важкості) та осіб з РАС. Схожості відмічаються в порушенні комунікації, а саме важкості емоційної взаємодії та мімічних виявах емоцій [83; 44]. У осіб зі стеничним шизоїдним розладом, які мають високу працездатність констатується вузькість інтересів, що також є клінічною характеристикою для осіб із РАС [83].

Відомий психіатр П. Б. Ганушкін описував шизоїдних осіб як аутистично-відірваних від зовнішнього світу з відсутньою внутрішньою єдністю. Такі особи мають «дивакувату» парадоксальність вияву емоцій. Вони складають враження осіб дивних, незрозумілих, від яких не знаєш, чого очікувати. Такі люди можуть бути схильні накопичувати напругу, а потім випускати її в неочікуваних афективних розрядах. П. Б. Ганушкін вказував на те, що жести та рухи шизоїдних осіб видаються досить своєрідними через відсутність природності та гармонійності у моторних виявах. Психіатр наголошував на неправильному перебігові інтелектуальних процесів у таких осіб: схильність до нежиттєвих формальних побудов, які виходять не із фактів, а зі схем, що будуються на грі слів та довільних поєднаннях понять. Шизоїдні особи схильні до символізації. Вони вирізняються вибірковістю уваги, часто зосереджуючись на вузькому колі інтересів – схильні до інтелектуалізації. Аутистичність (аутичні риси) шизоїдів можуть виявлятися у проблемі виразу емоцій, нездатності знайти адекватний спосіб спілкування; вибіркової у взаємодіях і контактах. П. Б. Ганушкін описує шизоїдів як науковців-диваків [28; 92]. Знову спостерігаємо подібність з описом особистісних рис батьків, які були зроблені Г. Аспергером та С. Бароном-Коеном.

Психоаналітик Н. Мак-Вільямс також описувала шизоїдну особистість, у виявах якої спостерігалися аутистичні риси. Аналітик описує шизоїдних

осіб як сенситивних, таких, що ведуть «боротьбу» з проблемою орального рівня, а саме: вони стурбовані необхідністю уникати небезпеки, бути «поглиненими», «прив'язаними» або «з'їденими»; проектують драйви свого «Я» (попередньо описане) та починають відчувати навколишній світ як проблемний, руйнівний, такий, що погрожує їх безпеці й індивідуальності, цілісності. Це викликає у них амбівалентні бажання: бути близьким й одночасно страх бути «поглиненим». Шизоїди схильні до фантазування, проекції й інтелектуалізації [73; 92].

І. І. Мамайчук вважає ядерною властивістю шизоїдної особистості аутизм [77].

Аналіз джерел показав, що різні автори, описуючи шизоїдну особистість, виокремлюють у її контексті аутистичні риси, що може вказувати на певну схожість вияву шизоїдних та аутистичних рис.

Базуючись на викладених вище положеннях, робимо висновок, що основними аутистичними рисами є: своєрідність сприйняття й мислення; вибірковість уваги; зосередженість на вузькому колі інтересів; внутрішня напруга; придушення агресивних імпульсів; комунікація підпорядкована жорсткій (суворій) системі, яка може містити певні символи (приклад, ІТ-мова); нерозуміння правил поведінки в різних соціальних ситуаціях; вибірковість у взаємодіях; сенситивність; амбівалентність бажань; фантазування; інтелектуалізація; проекція; зацікавленість у систематизації та інтерес до деталей; емоційна холодність; парадоксальність емоційно-поведінкових виявів.

Водночас, з аналізу джерел, розуміємо, що особливості особистості родичів і батьків дітей із РАС не можна охарактеризувати тільки через аутистичні риси й систематизацію.

Зазначені нами вище науковці Б. В. Хомуленко та Є. М. Марченко здійснили спробу детального опису особистісних профілів батьків, які виховують дітей із розладами аутизму. Аналіз було здійснено з допомогою порівняння особистісних виявів батьків дітей з аутизмом з особистісними

виявами батьків осіб із шизоїдним розладом особистості, obsесивно-компульсивним розладом та епілепсією. Спільним для батьків зазначеної категорії осіб були вияви агресивності з боку чоловіків до своїх дітей або інших людей, наявність маскулінного комплексу, що демонстрував несвідому невпевненість чоловіків у собі та власній мужності, холодність матері, почуття провини через небажання дитини або спроби (вдалі чи ні) аборту. Також між мамою та дитиною нерідко спостерігались симбіотичні взаємини, що виникали через те, що дитина на несвідомому рівні боялась матері, оскільки та хотіла абортувати дитину [133].

За результатами досліджень С. Амірі, Ф. Ранджбар, Р. Хатамі батьки дітей з аутизмом мають більш високий рівень психопатології. Найвища частота проблем особистості у цих батьків пов'язана з депресивними симптомами й негативізмом. Іранські дослідники констатують, що частота виникнення розладів особистості була вищою у батьків дітей з аутизмом, ніж у батьків контрольної групи ( $p < 0,01$ ) [5]. Найбільш поширеними психічними захворюваннями серед батьків дітей з аутизмом були меланхолічний розлад особистості, стійка депресія й негативізм, що доводить думку А. Гріна про депресивність матері. Також науковці вказують на більш високий рівень стресу матерів дітей з аутизмом, пов'язуючи це з такими особистісними особливостями як: невротизм, надмірний контроль. Окрім цього, у матерів дітей з аутизмом спостерігався більш широкий аутистичний фенотип, аніж у матерів із контрольної групи [5]. С. Амірі, Ф. Ранджбар, Р. Хатамі встановили, що психологічне навантаження, депресія та тривога є вищими у батьків дітей з аутизмом, ніж у батьків дітей без аутистичного розладу. Їхнє дослідження також виявило більш високу частоту біполярного, посттравматичного, стресового, obsесивно-компульсивного розладу та нижчу поширеність істеричного розладу особистості в батьків аутичних дітей [5]. На нашу думку, усе зазначене вище може стати перепорою на ранньому етапі встановлення контактів із немовлям, на чому наголошував Д. Віннікотт. У подальшому такі розлади будуть заважати батькам оптимально або

гармонійно взаємодіяти з дитиною й оточенням: дитячий садок, школа, що може стати перепоною до введення дитини до інклюзивного простору.

У своїй роботі «Особливості особистості родичів аутистичних пробандів» М. Мерфі, П. Ф. Болтон, А. Піклс, Е. Фомбонн, Дж. Півен та М. Руттер виокремили і схарактеризували суттєві групові відмінності у вияві рис сором'язливості та відчуженості у батьків дітей з РАС на відміну від контрольної групи. Підвищення цих показників впливає на рівень соціальної ізоляції й соціальної фобії у батьків дітей з РАС. Дослідники вказують на високу частоту поширення шизоїдних особистостей серед родичів людей з аутизмом [86].

У дослідженні колектив науковців на чолі з Ксіаджинг Лі «Особистісні особливості та нейрокогнітивні функції у батьків дітей з розладом аутистичного спектру» [134] встановив, що батьки дітей з аутистичними розладами є інтровертованими, егоцентрованими, дратівливими, не пристосованими до змін. Дослідники виявили порушення в плануванні, гнучкості та функціях візуального оброблення. Шкала психотизму та нейротизму за особистісним опитувальником Г. Айзенка у батьків аутистичних дітей значно перевищувала показник за цими шкалами батьків дітей без аутистичних розладів [134]. Усе це може стати перепоною в розвитку дитини-аутиста через специфіку взаємодії з батьками; може впливати на розвиток більш глибокої аутизації дитини (як захисний механізм) і на соматизацію (виникнення певних фізіологічних симптомів), що буде заважати дитині ставати суб'єктом навчання та входити до соціального середовища. Батькам буде важко вибудовувати довірливі взаємини з іншими дорослими, які взаємодіють з їхньою дитиною.

Отже, психологічні особливості особистості батьків, які виховують дітей з РАС, є складними й багатокомпонентними утвореннями. Їх можна охарактеризувати з різних аспектів: психоаналітичного, в якому виокремлюються невроз, психоз, ординарний психоз; фізіологічного, у якому виявляються психорефлекси, самопочуття (фізичне, психологічне);

генетичного, у якому особистість та її риси можуть успадковуватись. З позиції діяльнісного підходу, де діяльність особистості виступає центром її активності та головною характеристикою особистості. Проте, саме наявність певних умов може вплинути на вияв особливостей особистості, як у особистості батьків, так і в особистості дітей. Спираючись на теоретичні представлення розвитку особистості, ми виокремлюємо три групи умов, за яких формуються певні особливості особистості. До узагальнених груп умов, вважаємо доцільним, включити: соціальні, психологічні, фізіологічні, які представлені на Рис. 1.4.



Рис. 1.4. Умови формування особистісних особливостей особистості батьків.

Ураховуючи експериментальні дослідження особистості батьків, які виховують дітей з РАС (представлені вище) та власне пілотажне дослідження, можемо виокремити такі психологічні особливості особистості батьків, які виховують дітей з аутизмом, як:



– нейротизм (емоційність, тривожність, погана пристосованість, нестабільність, нав'язливість, депресивність, іпохондрія, почуття провини) [2; 5; 134];

– психотизм (асоціальність, химерність (вичурність), неадекватності емоційних реакцій, висока конфліктність, неконтактність, егоцентричність, егоїстичність, байдужість (емоційна холодність)) [2; 134];

– особистісна тривожність (тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожен з них певною реакцією) [5; 18];

– депресія (іпохондричні стани та психосоматичні прояви, погіршення настрою, зменшення енергійності, зниження здатності радіти, цікавитись, отримувати задоволення, зосереджуватися, виражена втома, порушений сон, знижений апетит, думки про власну винуватість і марність, інше) [1; 5; 116];

– аутистичні риси (своєрідність сприйняття й мислення; вибірковість уваги; зосередженість на вузькому колі інтересів; внутрішня напруга; придушення агресивних імпульсів; комунікація підпорядкована жорсткій (суворій) системі, яка може містити певні символи (приклад, IT-мова); нерозуміння правил поведінки в різних соціальних ситуаціях; вибірковість у взаємодіях; сенситивність; амбівалентність бажань; фантазування; інтелектуалізація; проекція; зацікавленість у систематизації й інтерес до деталей; емоційна холодність; парадоксальність емоційно-поведінкових виявів) [14; 17; 19; 104];

– систематизація (бажання знаходити певні закономірності у навколишньому середовищі, нав'язливість), може мати прояв через професійні інтереси, а саме вибір спеціальностей технічного або точно-наукового спрямування, в яких можлива більш чітка система [16; 38].

Наведені особистісні особливості візуально представлені в контексті психічних явищ на Рис. 1.5.

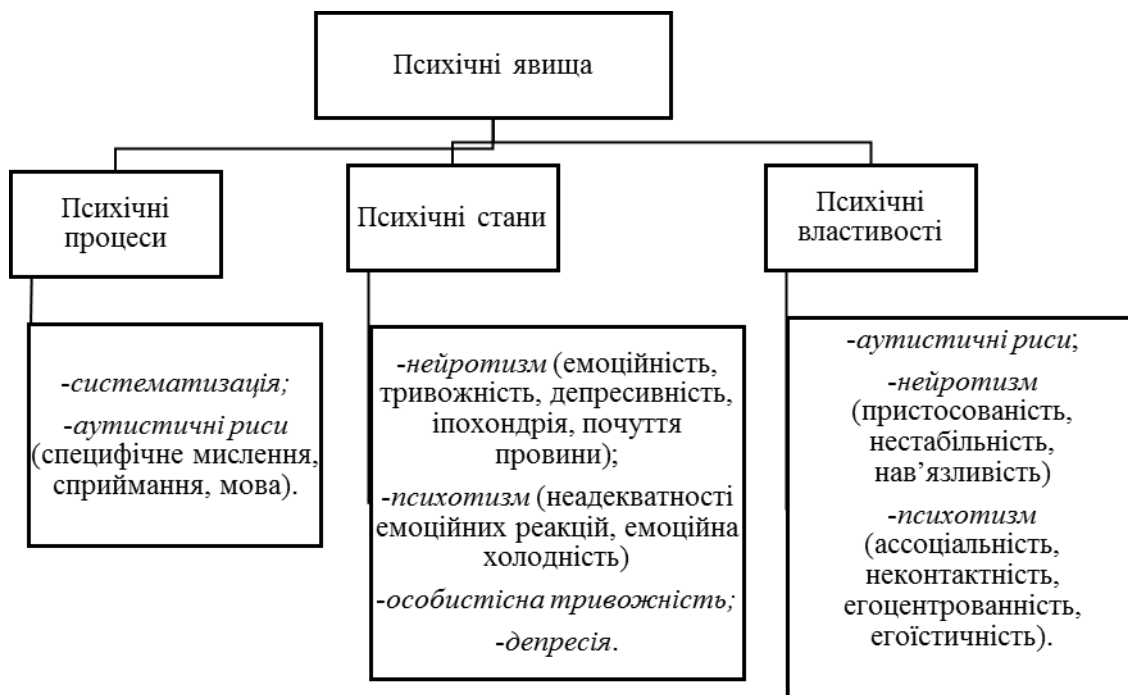


Рис. 1.5. Виокремлені особистісні особливості батьків у контексті психічних явищ

Уважаємо доцільним зупинитись саме на цих виокремлених особистісних особливостях, адже вони своїми характеристиками охоплюють багато аспектів психічних явищ, як: психічні процеси, що можуть мати вияв через систематизацію, яка відноситься до когнітивних процесів та може впливати на комунікацію та специфіку мови; аутистичні риси, які відносяться до психічних властивостей та можуть через специфічність мислення та сприйняття ставитись до психічних процесів; нейротизм та психотизм, які за власними характеристиками можуть бути віднесені як до психічних станів, так і до властивостей; депресія, особистісна тривожність, які можна віднести до психічних станів. Наведене в достатньому обсязі розкриває феноменологію особистості батьків та дозволяє дослідити вичерпно усі психічні явища.

### 1.3. Вплив особистості батьків на аутизацію дитини

Сімейне середовище може мати великий вплив на «погіршення» або «полегшення» патологічних патернів поведінки аутистичних підлітків. Такого висновку дійшла група науковців Л. Е. Сміт, Дж. Гринберг та М. Р. Маїлік у своєму дослідженні «Сімейний контекст розладів спектру аутизму: вплив на поведінковий фенотип та якість життя» [116]. Ми погоджуємося з авторами, які вважають, що теплота (щирість, відкритість) та прийняття у взаєминах між батьками та підлітком з аутизмом полегшує перебіг аутистичних поведінкових патернів, тоді як критика, навпаки, спричиняє заглиблення дитини в себе, провокує більш динамічні за силою вияву аутистичні патерни поведінки (аутоstimуляції, стереотипії й інше). Науковці зауважують, що надмірна емоційна залученість батьків або самопожертва негативно впливають на поведінкові вияви аутизму [116].

Описане Л. Е. Смітом, Дж. Гринбергом та М. Р. Маїліком можна охарактеризувати таким терміном як «аутизація».

Термін «аутизація» у словнику з комплексної реабілітації інвалідів розглядається як послаблення контактів [24, с. 52]. Інші науковці розглядають це поняття в нерозривному зв'язку з поняттями соціальна, вторинна аутизація й аутизм (М. К. Бардишевська, Ю. Б. Барильнік, Д. А. Шултіна, Н. В. Філіпповата інші).

Виховання дитини з розладами аутистичного спектру є великим стресом для всієї родини і надзвичайно важливо вчасно здійснити психологічні інтервенції. Вчасність допомоги вплине на перспективи розвитку, зазначають автори Д. А. Шултіна, Н. В. Філіппова, Ю. Б. Барильнік [137]. Важливо не допустити перебудову сім'ї за деструктивним планом, що може спровокувати виникнення вторинної аутизації сім'ї. Вторинна аутизація сім'ї може виникати у перші роки життя дитини. Д. А. Шултіна, Н. В. Філіппова, Ю. Б. Барильнік описують вияви

вторинної аутизації: скорочення контактів з тими, хто поруч; погіршення емоційного фону; виникнення нового стереотипу, пов'язаного з психологічним станом батьків й оточення дитини [137]. Наведені травмуючі зміни можуть ускладнювати адаптацію дитини з розладами аутистичного спектру.

Науковці зазначають, що вторинна аутизація є поширеним феноменом для родин, які виховують дітей із РАС. Цей феномен (замкнення сім'ї) може виникати як певна відповідь оточенню, щоб воно не трансливало негативних емоцій у бік родини [137]. Члени родини переймають на себе поведінку дитини, що має вияв у замкненості від соціуму. Батьки можуть ставати надзвичайно вимогливими до членів родини та сприяти виробленню більш нормативного ставлення як до дитини, так і до себе [137]. Д. А. Шултіна, Н. В. Філіппова, Ю. Б. Барильнік правомірно вказують на те, що в мамі та дитини може виникати коаліція та, зокрема у дитини, несвідоме небажання подолати аутизм, може бути пов'язане з недовірою до світу у його матері. Науковці вважають максимально ефективним – групову терапію для батьків [137].

Ізоляція є специфічним порушенням між психічними зв'язками у дітей, що мають РАС [13, с. 88]. М. К. Бардишевська зазначає, що порушення таких зв'язків у дітей з аутизмом досить різноманітне та може мати місце «сплутаність», коли дитина не може диференціювати психічних функцій своїх і психічних функцій матері. Дитина повністю вживається у понад цінний образ мамі (імпринг). Може мати місце механізм поведінки, яка полягає у прив'язаності чи агресії стосовно інших (мамі). Ізольованість дитини, яка має РАС, може бути результатом завчасного розщеплення ранніх афективно-поведінкових комплексів, які в нормі складаються у рамках близького спілкування з матір'ю [там само]. Позиція автора суголосна з позиціями психоаналітиків (викладені вище), а саме про неможливість сепаруватись або адаптуватись мамі до дитини, що можемо розглядати як вияви аутизації.

Л. С. Печнікова здійснила дослідження материнського ставлення до дитини з аутизмом за наявності здорової дитини та виявила деякі залежності. Зокрема, мами, які мають одну дитину, частіше будуть приймати її особливості на відміну від мам, що мають кілька дітей. Наявність здорової дитини (дітей) може впливати на складнощі мами змінювати стиль поведінки стосовно дитини з РАС, чим може посилити відкидання цієї дитини, і, відповідно, призвести до вторинної аутизації [99].

Г. А. Крупник вказує на специфіку взаємовідносин батьків з дітьми в залежності від порядку народження дитини. Батьки ставляться до першонародженної дитини більш вимогливо, з більшим рівнем очікувань від неї. Поведінка матері буде менш вираженою з першонародженою дитиною, ніж з другонародженою. Мами з другонародженою дитиною схильні проявляти дріб'язкову опіку, можуть бути нав'язливими, чим психологічно інфантилізують дитину. Другонароджені діти схильні мати більш близькі стосунки з батьком, на відміну від первістків [62]. На важливість сиблінгових стосунків та позиції також вказує В. Осьодло. Порядок народження та взаємодія між сиблінгами може впливати на розвиток і становлення особистості [94]. На нашу думку, вище зазначене може мати більш загострений прояв в сім'ях, які виховують дитину з аутизмом, що може впливати на прояви аутизації у дитини.

Головним фактором соціалізації дитини з аутизмом виступає взаємодія та спілкування з мамою, справедливо узагальнює Г. А. Евлампієва [50, с. 102]. Мама є для дитини зразком для уподібнення, саме мама дає можливість дитині ставати індивідуальністю в соціумі, що сприятиме її успішній соціалізації. Науковець наголошує на тому, що перепорою до повноцінної соціалізації дитини може стати наявний симбіотичний зв'язок між мамою й дитиною. Саме від установок матері та вміння налагодити контакт із малечею, буде залежати вдала соціалізація дитини з розладами аутизму, підкреслює Г. А. Евлампієва. Дослідниця наголошує, що основна терапія з батьками має бути спрямованою на зміну конструктів, які можуть

завдати шкоди як їм самим, що виявиться в аутизації сім'ї, так і дитині, що матиме вияв через вторинну аутизацію [50].

О. М. Свинцова, О. В. Каранєвська пишуть про стан стресу, який переживає сім'я, коли дізнається про діагноз дитини, зазначаючи, що стан, у якому перебувають батьки, подібний до стану «втрати» дитини, що, на наше переконання, також може викликати аутизацію сім'ї за подібністю до ізоляції людей, які перебувають у траурі. О. М. Свинцова, О. В. Каранєвська констатують, що, зіштовхнувшись із складнощами в поведінці дитини, сім'я починає втрачати соціальні зв'язки, скорочує контакти з іншими, як наслідок, зростає страх перебування в суспільстві, починає формуватися вторинна аутизація усієї родини [111].

На думку С. Ф. Сироткіна, М. Л. Мельнікової, феномен психологічної відчуженості, схильності до інтровертивного замкнення становить соціально-психологічну координату аутизації [114, с. 428]. Науковці висувують гіпотезу про те, що соціальна аутизація виникає як відображення низки травм покоління [там само]. С. Ф. Сироткін, М. Л. Мельнікова вважають факторами соціальні страхи, розчарування поколінь під час соціальних криз, захисні дії проти загроз нарцисизму. Як результат, констатується народження дітей із поколінь, що характеризуються соціальною та психологічною незрілістю.

О. С. Нікольська, Є. Р. Баєнська, М. М. Ліблінг, Ю. Є. Морева, Т. В. Сіротіна наголошують на важливості інформування суспільства про РАС та можливі вияви поведінки дітей, які мають ці розлади [84; 90]. Необхідність такого інформування виникає через неадекватне сприйняття оточуючими дитини як погано вихованої, що нерідко призводить до нарікань у бік батьків. Це все може викликати небажання сім'ї відвідувати суспільні місця, навіть страх цих місць, бажання замкнутись і скоротити соціальні контакти з іншими, що призводить до соціальної аутизації [90].

Отже, під соціальною аутизацією науковці розуміють процес відсторонення сім'ї від суспільства, зациклювання на власних проблемах, переривання контактів з іншими людьми, виникнення страху суспільних

місце і відчуття загрози з боку оточення, яке може не сприймати їх та їхню дитину. Під вторинною аутизацією дитини науковці розуміють поглиблення деструктивних процесів унаслідок порушення взаємодії батьків (зокрема мами) й дитини: порушення комунікації або виникнення симбіотичних взаємин, що заважає дитині соціалізуватись. Під аутизацією розуміють хворобливе відсторонення від світу, сильне порушення контактності, за уявленою байдужістю та відстороненістю криється страх (страх людей, страх спілкування, страх невідомого).

Нажаль, в україномовній, російськомовній та англійськомовній науковій періодиці ми не знайшли опису тих умов, які можуть впливати на виникнення аутизації в сім'ях, які виховують дітей із РАС. Тому ми, базуючись на зазначеному у попередніх та цьому підрозділах, констатуємо, що умовами виникнення аутизації можуть виступати особливості взаємодії батьків з дитиною та специфіка особистості самих батьків.

Теоретичні пошуки та пілотажне дослідження виявили, що особистість батьків, можна класифікувати у дві групи. Основою для нашої класифікації є поділ особистості, який був здійснений С. Б. Балеєм, а саме поділ на особистості гармонійні й дисгармонійні. До гармонійних особистостей батьків ми відносимо осіб, які мають задовільний соматичний та психологічний стан з урахуванням тих особливостей особистості, які були виокремлені нами вище. Бальні показники вияву цих особливостей відповідають середньостатистичному значенню. До дисгармонійних особистостей батьків відносимо тих, хто має незадовільний соматичний й психологічний стан з урахуванням виокремлених нами психологічних особливостей. Бальні показники цих особливостей відхиляються від середньостатистичного значення. Описані характеристики, а саме відстороненість від суспільства, зацикленість на проблемах, переривання контактів, виникнення страху суспільних місць та оточення, відчуття загрози з боку оточення, порушення комунікації, виникнення потреби в симбіотичному зв'язку з дитиною, що може виступати виявом тривоги, ці

характеристики зустрічаємо в описаних вище особистісних особливостях батьків (нейротизм, психотизм, тривожність, депресія, аутистичні риси, систематизація), що були виявлені науковцями практиками. Уважаємо, що батьки дисгармонійної групи більшою мірою можуть піддаватись соціальній аутизації та впливати на виникнення вторинної аутизації у дитини.

Отже, узагальнюючи означене вище, наводимо таблицю 1.2. з описанням умов аутизації.

Таблиця 1.2.

## Умови аутизації

Особистість батьків		Особливості взаємодії з дитиною
Гармонійна особистість батьків		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відсутність теплоти та прийняття по відношенню до дитини.</li> <li>• Критика дитини.</li> <li>• Надмірна вимогливість.</li> <li>• Надмірна емоційна залученність батьків.</li> <li>• Самопожертва з боку батьків.</li> <li>• Сприйняття батьками впливів оточення як негативних, що призводить до зменшення контактів.</li> <li>• Копіювання аутистичних патернів поведінки дитини.</li> <li>• Симбіотичні відносини з дитиною.</li> <li>• Порушення комунікації.</li> <li>• Ригідні патерни поведінки батьків.</li> <li>• Надмірна опіка.</li> </ul>
Задовільний соматичний стан	Задовільний психологічний стан	
Відсутність важких хронічних захворювань.	Показники особистісної тривожності, депресії, нейротизму, психотизму, аутистичних рис та систематизації відповідають середньостатистичному значенню.	
Дисгармонійна особистість батьків		
Незадовільний соматичний стан	Незадовільний психологічний стан	
Наявність важких хронічних захворювань	Показники особистісної тривожності, депресії, нейротизму, психотизму, аутистичних рис та систематизації не відповідають середньостатистичному значенню.	

Зазначені характеристики процесу аутизації ми спостерігали в ході роботи з сім'ями, які виховують дітей із РАС. Незважаючи на те, що ці



характеристики дійсно притаманні сім'ям, з якими ми працювали, але погодитись з тим, що аутизація (соціальна та вторинна) є наслідком тільки стресу від народження дитини, не виявляється можливим. Ми зробили спробу припустити, що саме психологічні особливості особистості батьків, які ми вивчали, можуть стати однією з передумов аутизації дитини ще до моменту постановки діагнозу, що потребує подальших досліджень.

Аналіз теоретичних джерел, практичний досвід й емпіричне дослідження (спостереження) дали можливість уточнити й доповнити поняття «аутизація» і представити його як певний процес регресу, який супроводжується виявами аутистичних рис поведінки дитини за певних умов її розвитку, що може призвести до аутистичних станів і в подальшому до аутизму.

### **Висновки до I розділу**

Здійснивши аналіз теоретичних підходів до питання етіології аутизму, ми дійшли висновку про його вагомість для можливостей попередження зростання РАС у популяції, оскільки зростання поширеності дітей (осіб), які мають аутистичні розлади, відбувається за рахунок збільшення дітей (дорослих) саме чоловічої статі.

Етіологію аутистичних розладів можна розглядати з трьох позицій: клінічної, психоаналітичної та соціально-психологічної.

Клінічна парадигма вказує на поліетіологію та основними причинами вважає генетично обумовлені, вроджені обмінні, органічні порушення ЦНС. Уважається, що генотип може лише задавати певні можливі кордони варіабельності фенотипу, а розвиток захворювання (розладу) може визначатись додатковими факторами. Одним із таких факторів може виступати особистість батьків, а саме складнощі в адаптації мами до дитини. На адаптацію може впливати материнська особистість, її переживання й поведінка в період вагітності. Специфічна неможливість мами

проінтерпретувати дії малюка може призводити до його замикання не тільки від мами, а і від світу, детермінуючи аутизацію. Переживання та поведінка мами є залежною від відчуття турботи про неї з боку батька дитини й держави. Через відсутність відчуття захищеності, турботи, впевненості у своєму майбутньому та майбутньому дитини мати може переживати депресивні стани, ставати холодною до свого малюка або виявляти надмірну опіку над ним, у якій вона не враховує особистості й бажання дитини, сприймаючи її як продовження себе. Об'єктивація дитини, незріле та несформоване його «єго», яке не здатне формувати захист, може впливати на виникнення аутистичних станів як певного захисту від негативних материнських впливів, а з ними і впливів іншого оточення, яке через матір буде сприйматись як негативне. Соціально-психологічна позиція демонструє багатоаспектність феноменології РАС через класифікування аспектів РАС у три сфери порушень, у яких розкриваються когнітивні, соціально-психологічні, комунікативні й інші компоненти феноменології розладів аутизму. Етіологію аутизму у соціально-психологічній парадигмі пов'язують із не сформованістю в ранньому дитинстві предмета діяльності, зіткненням дитини на першому році життя з депресивним захворюванням матері, ворожим ставленням матері до дитини, що є результатом її певного страждання, пов'язаного з її історією. Розглядаючи етіологію РАС з кількох позицій (клінічної, психоаналітичної та соціально-психологічної) ми маємо змогу більш системно подивитись на ті причини, які можуть зумовити цей розлад. Тому при розумінні етіології аутистичних розладів вважаємо недоцільним керуватись тільки одним підходом. Більш ефективним вважаємо використання інтегративного синтезу означених підходів, що доповнюють один одного та більш глибоко розкривають предмет дослідження.

У теоретичних джерелах особистість розглядається з природних, біологічних особливостей як предмет антропології, соматології й генетики. Особистість розуміється через цілісність або її складники. Психологічні особливості особистості батьків, які виховують дітей з РАС, є складними й

багатокомпонентними утвореннями, які характеризуються з різних аспектів: психоаналітичного, в якому виокремлюються невроз, психоз, ординарний психоз; фізіологічного, у якому виявляються психорефлекси, самопочуття (фізичне, психологічне); генетичного, у якому особистість та її риси можуть успадковуватись; з позиції діяльнісного підходу, де діяльність особистості є центром її активності та головною характеристикою особистості. Наявність певних умов може вплинути на вияв особливостей особистості, як у особистості батьків, так і в особистості дітей. Ми виокремлюємо три групи умов, які формують певні особливості особистості – це: соціальні (соціальне середовище; соціально-культурні обставини; травматичні ситуації; виховання; предметна діяльність; особистість батьків) психологічні (психологічні обставини перебігу вагітності; психосексуальний розвиток; стадія дзеркала; діяльність; активність; потреби; особистість батьків), фізіологічні (спадковість; біологічні фактори (хвороби під час вагітності, алкоголізм, фізіологічні обставини перебігу вагітності)).

Враховуючи наведені у теоретичній частині результати експериментальних досліджень особистості батьків, які виховують дітей з РАС та власне пілотажне дослідження, можемо виокремити такі психологічні особливості особистості батьків, які виховують дітей з аутизмом, як: нейротизм, психотизм; особистісна тривожність; депресія; аутистичні риси; систематизація, яка може мати вияв через професійні інтереси, а саме вибір спеціальностей технічного, або точно-наукового спрямування. Уважаємо доцільним зупинитись саме на цих виокремлених особистісних особливостях, оскільки вони своїми характеристиками охоплюють багато аспектів психічних явищ, як: психічні процеси, що можуть мати вияв через систематизацію, яка відноситься до когнітивних процесів та може впливати на комунікацію та специфіку мови; аутистичні риси які відносяться до психічних властивостей і можуть через специфічність мислення та сприйняття відноситись до психічних процесів; нейротизм і психотизм, які за власними характеристиками можуть бути віднесені як до психічних станів,

так і до властивостей; депресія, особистісна тривожність, які можна віднести до психічних станів. Зазначене вище розкриває як феноменологію особистості батьків, так і дозволяє вивчати вияви психічних явищ особистості.

Під соціальною аутизацією науковці розуміють процес відсторонення сім'ї від суспільства, зациклювання на власних проблемах, переривання контактів з іншими людьми, виникнення страху суспільних місць та відчуття загрози з боку оточення, яке може не сприймати їх та їхню дитину. Вторинна аутизація описується як поглиблення деструктивних процесів унаслідок порушення взаємодії батьків (зокрема мами) та дитини (порушення комунікації або виникнення симбіотичних взаємин). Під аутизацією розуміють хворобливе відсторонення від світу, сильне порушення контактності. За уявною байдужістю та відстороненістю криється страх (страх людей, страх спілкування, страх невідомого). Доповнюючи поняття «аутизація», пропонуємо його розуміти як певний процес регресу, який супроводжується виявами аутистичних рис поведінки дитини за певних умов її розвитку, що може призвести до аутистичних станів і в подальшому до аутизму. Умовами виникнення аутизації можуть виступати особливості взаємодії батьків з дитиною та специфіка особистості самих батьків. Особистість батьків, можна класифікувати у дві групи: гармонійну особистість і дисгармонійну особистість. Батьки дисгармонійної групи більшою мірою можуть піддаватись соціальній аутизації та впливати на виникнення вторинної аутизації у дитини.

## РОЗДІЛ II

### ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ

У розділі аргументовано й надано методологічну базу дослідження психологічних особливостей особистості батьків, що будується на практичних (спостереження, інтерв'ю) й теоретичних засадах. Представлено авторську анкету «Загальні відомості про родину», яка дозволяє здійснити збір загального родинного анамнезу, фізичного самопочуття мами під час вагітності й інформацію про розвиток дитини після народження. Представлені експериментальні бази дослідження й описані групи: А до якої увійшли батьки, що виховують дітей з аутизмом, та Б, до якої увійшли батьки нейротипових дітей. Наведено математичні методи для кількісного аналізу отриманих результатів.

#### **2.1. Обґрунтування методів, методик та процедура дослідження особистості батьків, що виховують дитину з розладами аутистичного спектру**

Здійснивши теоретичний аналіз джерел, ми виокремили певні особливості особистості батьків. Отже, особистість батьків може характеризуватись як та, що має високі показники нейротизму, психотизму, з рівнем систематизації вищим за середній, що має тривожні або депресивні розлади, показники наявності аутистичних рис особистості. Професійні інтереси можуть перебувають у технічній або точно-науковій сферах.

Спираючись на дослідження, зарубіжних авторів які були представлені у першому розділі, ми обрали такі методики для діагностики наведених рис особистості батьків: для збору анамнезу родини було розроблено анкету «Загальні відомості про родину» (Додаток А); було використано шкалу виміру особистісної тривожності Спілберґера – Ханіна (Додаток Б) [18],

задля діагностики наявності депресивних станів використано шкалу діагностики депресії А. Т. Бека (Додаток В) [1]; використано особистісний опитувальник Г. Айзенка EPQ (Додаток Г) [2]; AQ тест задля виявлення аутистичних рис (Додаток Д) [109; 121; 140] та SQ тест для виявлення рівня систематизації (Додаток Е) [16; 38] С. Барона-Коена. Для математичного аналізу було обрано: статистичний критерій Р. Фішера, коефіцієнт кореляції К. Пірсона та МОДА – вияв найбільш частого бального показника ознаки у вибірці.

Задля більш детального вивчення особистості батьків, що виховують дитину з аутистичними розладами, батькам було запропоновано авторську анкету «Загальні відомості про родину», що об'єднує в собі три групи запитань (Див. Додаток А).

Перша група запитань стосується загальних відомостей про родину, до змісту якої увійшли питання про: стать дитини, вік дитини, напрямки освіти мами, тата, родичів другого ступеня (бабусі, дідусі), сімейний статус батьків під час вагітності та в перший рік після народження дитини, емоційний стан батьків на час проходження опитування (хвилювання батьків під час пандемії, певні турботи з інших питань (втрата роботи, безгрошів'я тощо) та постійна тривога, яка є особистісною особливістю батьків, що виховують дітей з аутизмом.

Ці питання відповідають теоретичним узагальненням, представленим у першому розділі, зокрема: високій статистиці поширення аутистичних розладів серед чоловічої статі, професійній спрямованості батьків і родичів другого ступеня, яка лежить у технічній і точно-науковій сферах діяльності, що, за О. Леонтьєвим, є центром особистості, через яку психіка відображає навколишній світ. Питання щодо сімейного статусу, під час та після вагітності, що відображає частину теорії, у якій ідеться про складності адаптування мами до дитини через не відчуття підтримки й захищеності з боку чоловіка, що може мати вияв у специфічних взаєминах (окреме

проживання пари, неоформлені стосунки) та викликати хвилювання з приводу можливої втрати партнера тощо.

До другої групи увійшли питання, що стосувались перебігу вагітності: вік батьків під час вагітності, порядок вагітності, стан здоров'я під час вагітності, наявність у цей період психологічних травм, термін пологів, наявність патологій при пологах. Питання цієї групи відповідають теоретичним узагальненням, в яких йшла мова про вплив на етіологію аутизму факторів, що стосуються фізіологічної та психологічної сторін.

Третя група питань стосується розвитку дитини після народження: захворювання дитини одразу після народження, віковий період коли занепокоїв стан дитини, вік появи перших слів. Група питань була сформована з урахуванням власного досвіду роботи та спостереження сімей, що виховують дітей з аутизмом. Зміст питань залежав від основного запиту батьків, з яким вони зверталися в першу чергу (не відповідність мовленнєвого розвитку вікові дитини, «дивакувата» поведінка, яка починала турбувати батьків на певному етапі розвитку і до цього не помічалась ними або вони по-іншому до неї ставились тощо).

Питання анкети є відкритими та закритими з варіантом відповіді. Загальна кількість питань – 24. Ця анкета була запропонована і проведена на підготовчому етапі дослідження.

Як показує описаний вище досвід зарубіжних та вітчизняних практиків, а також власні спостереження за сім'ями, батьків, які виховують дітей із РАС, властива така особистісна риса, як тривожність. Дослідження, яке здійснили К. Л. Мілютіна, О. О. Івашова у своїй роботі «Вплив батьківського ставлення до дітей із розладами аутистичного спектру на перспективу інклюзивного навчання» [80], показало, що серед батьків нейротипових дітей низький рівень тривожності має 1 людина, серед батьків, що виховують дітей з РАС – жодної. У висновках авторки зазначають, що рівень тривожності і виховні проблеми батьків більшою мірою залежать від особистісних особливостей, ніж від здоров'я дитини [80, с. 101]. Цей висновок підтверджує

наше припущення про те, що тривожність батьків дітей з аутизмом має не ситуативний характер, спричинений вихованням дитини з особливими освітніми потребами, а особистісний.

Для її виміру було обрано методика «Шкала особистісної тривожності» Спілбергера-Ханіна [18; 43; 100].

Під особистісною тривожністю автори методики розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність особистості до тривоги і передбачає наявність у неї тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожную з них певною реакцією [18; 100]. Такі реакції є характерними для тієї групи батьків, що виховують дітей з аутизмом, яких ми спостерігали. Ці реакції в науковій літературі описані як реакції, що призводили до аутизації сім'ї, що впливало на вторинну аутизацію дитини.

Методика складається з двох тестових вимірів: перший відповідає шкалі ситуативної тривожності і складається з 20-ти тверджень на які можна відповісти «ні, це не так», «мабуть так», «вірно», «абсолютно не вірно»; другий вимір відповідає шкалі особистісної (реактивної) тривожності, яка складається з 20-ти тверджень, на які можна дати наступні відповіді: «ніколи», «майже ніколи», «часто», «майже завжди» [18; 43; 100].

Нами було обрано тільки другий вимір, оскільки щодо першого вияву ситуативної тривожності були сформульовані питання в анкеті. Ми змогли обрати певний вимір, оскільки для кожної шкали – «ситуативна» та «особистісна» тривожність – є власні розрахунки, які не залежать один від одного. Розрахунки здійснюються окремо для прямих та обернених тверджень. Потім від сумарного балу прямих тверджень віднімається сумарний бал обернених і додається 35. Той бал, який вийшов у сумі, порівнюється із ключем, робиться висновок про наявність або відсутність особистісної тривожності, силу її вияву [43; 100].

Під час роботи з сім'ями ми спостерігали, що, окрім тривожних станів, мами переживають певні депресивні стани, про які вони говорили в період до



народження дитини (погане здоров'я, постійний пошук захворювань у себе, наявність негативних думок), так і після народження дитини, описуючи його як одночасно радісний і важкий, який супроводжувався хворобами дитини після народження чи затяжним конфліктом із родичами. Були сім'ї, які воліли взагалі не озвучувати свої переживання, які стосувались періоду до народження дитини і після її народження. Більша частина татусів дітей або взагалі не говорила про свій емоційний стан, або були відсутні в житті мами та дитини, що також викликало хвилювання у мами, відчуття безвихідності, спустошеності і втоми, страху за майбутнє дитини та страху майбутнього. Деякі жінки полишали улюблені заняття та роботу, щоб доглядати дитину, що також викликало погане самопочуття. Теоретичні розвідки показали, те, що зарубіжні психологи-практики так само в своїх спостереженнях, та подальшій діагностиці, виявляли наявність депресивних станів у батьків, що виховують дітей з аутистичними розладами частіше за батьків нейротипових дітей [5; 8; 20; 31; 87].

Для виміру депресії було використано «Шкалу діагностики депресії» А. Т. Бека [1; 100]. Цю методику було запропоновано А. Т. Беком в 1961 р і розроблено на основі клінічних спостережень. Науковець виявив обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії та скарг, що найбільш часто подаються пацієнтами. Після співвіднесення цього списку параметрів із клінічними описами депресії, що містяться в відповідних джерелах, науковцем був розроблений опитувальник, що передбачає 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які відповідають специфічним виявам (симптомам) депресії. Ці твердження ранговані мірою збільшення вагомості симптому в загальний ступінь тяжкості депресії [1].

Опитувальник дозволяє виявити: відсутність депресивних симптомів; легку депресію (субдепресія) – пригнічений настрій, спостерігається у більшу частину дня впродовж більш ніж половини днів у році, постійна втома, ангедонія, відчуття внутрішнього дискомфорту, похмурі (пригнічені) думки,

поганий сон, у побуті, на роботі такі люди загалом адаптовані, наявні іпохондричні стани та психосоматичні прояви [122, с. 35]; помірну, виражену (середньої тяжкості) та важку депресію. Вони мають подібні вияви, які різняться числом і важкістю симптомів. Їх вияви такі: погіршення настрою, зменшення енергійності і падіння активності. Знижено здатність радіти, отримувати задоволення, цікавитися, зосереджуватися. Звичайним є виражена втома навіть після мінімальних зусиль, порушений сон і знижений апетит. Самооцінка і впевненість у собі майже завжди знижені, навіть при легких формах захворювання. Часто присутні думки про власну винність і марність. Знижений настрій, мало мінливий із кожним днем, не залежить від обставин і може супроводжуватися, так званими соматичними симптомами, такими, як втрата інтересу до навколишнього і втрата відчуттів, що приносять задоволення, посилення депресії вранці, думки про самогубство, виражена психомоторна загальмованість, тривожність, втрата апетиту, схуднення і зниження лібідо [83; 102].

Методика «Шкала депресії» А. Т. Бека складеться з 21 групи тверджень. У кожній групі по 4 твердження. Кожному з тверджень надано бал. Для першого твердження це – 0 балів, для другого – 1 бал, для третього – 2 бали, для четвертого – 4 бали. Респондент має обрати по одному твердженню з кожної групи. Отриманий загальний бал порівнюється з ключем і виявляється відсутність або наявність депресивного стану, його сила вияву [1; 100].

Задля перевірки наявності й сили вияву таких психологічних особливостей батьків, що виховують дітей з аутизмом, як нейротизм та психотизм, нами було обрано особистісний опитувальник EPQ Г. Айзенка. Опитувальник має шкали нейротизму та психотизму, що охоплюють багато особистісних рис та об'єднують їх під однією шкалою, це є зручним для опитування. Запропонована методика містить 101 запитання, на які можна відповісти «так» або «ні», що є зручним у використанні [2].

Перший фактор методики завжди біполярний (екстраверсія-інтроверсія), показує орієнтацію особистості на світ зовнішніх об'єктів, відповідає шкалі екстраверсія, або орієнтацію особистості на світ внутрішніх об'єктів – відповідає шкалі інтроверсія [2].

До фактору – нейротизму як загальної особистісної якості Г. Айзенк відносить такі риси, як: емоційність, тривожність, погана пристосованість, нестабільність, нав'язливість, депресивність, іпохондрія, почуття провини [2]. Саме такі риси були описані нами, як ті, що властиві батькам, які виховують дітей із розладами аутизму.

Третій фактор – психотизм, узагальнив у собі такі риси, як: асоціальність, химерність (вичурність), неадекватність емоційних реакцій, висока конфліктність, неконтактність, егоцентричність, егоїстичність, байдужість (емоційна холодність). Фактор «психотизм» не є біполярним, його високі значення можуть свідчити про утруднення в соціальній адаптації [2].

Задля встановлення наявності аутистичних ознак у батьків, що виховують дітей з розладами аутистичного спектру, було обрано діагностичну методику «коефіцієнт аутизму» (AQ), що є розробленою психологом С. Бароном-Коеном та його колегами з Кембриджського центру з вивчення аутизму. Методика складається із 50 тверджень, на які можна надати відповідь «повністю згоден», «трохи згоден», «повністю не згоден», «трохи не згоден». Ці твердження дозволяють виявити поширеність аутистичних рис серед загальної популяції [109, с. 7]. Тест AQ дозволяє достовірно виявити враженість аутистичних рис як у осіб, що мають РАС, так і у осіб, які не мають поставленого діагнозу аутизму, що входять до загальної популяції. Дослідження С. Барона-Коена виявили, що у студентів, які вивчали фізику та математику (технічний напрям освіти та точно-науковий напрям), бали за тестом були більш високими, ніж у студентів, які навчаються на гуманітарному спрямуванні [109; 121]. Важливо, що цей тест

підтвердив свою стабільність і валідність у багатьох країнах (Японія, країни Європи, Австралія та США) [23; 109; 72].

Для дослідження такої специфічної особистісної риси батьків як схильність до систематизації, було використано методика виміру коефіцієнту систематизації (SQ) С. Барона-Коена. Науковець у своїй роботі «Систематизуючий фактор: дослідження дорослих із синдромом Аспергера або високо функціональним аутизмом, та нормальними статевими відмінностями» досліджував рівень систематизації та емпатії у контрольній групі та групі людей, що мають аутизм Аспергера та високо функціональний аутизм [15; 16; 38].

Наведене дослідження засвідчило, що рівень систематизації у чоловіків з контрольної групи був вищим за цей рівень у жінок, при тому, що рівень емпатії у жінок з контрольної групи був вищий за рівень чоловіків з цієї ж групи. Найвищий рівень систематизації показали досліджуванні, які увійшли до групи осіб, які мають аутизм Аспергера та високо функціональний аутизм [15; 16; 17; 38]. Психолог також зазначає, що на рівень систематизації вказує професійний напрямок батьків та родичів другого ступеня дітей, які мають РАС, оскільки певним професійним напрямкам (технічним та точно-науковим) властива більша систематизація ніж іншим [16].

О. Хед із колегами у своєму дослідженні «Гендерні відмінності у емоційності та товариськості дітей із розладами аутистичного спектру» відмітила, що незалежно від діагнозу діти жіночої статі показали вищі бали у емоційності та товариськості на відміну від дітей чоловічої статі. Також, дівчат з РАС показали схожі бальні результати з результатами хлопців, які увійшли до групи нейротипових дітей [131]. Такі результати демонструють складність гендерної діагностики і повторюють зазначене у «Діагностичному та статистичному керівництві з психічних розладів» 5-го видавництва тезу про превалювання осіб з РАС саме чоловічої статі. Зазначається, що жінки з РАС, які не мають порушень в інтелектуальній та мовній сферах можуть не

траплятись у діагностичному просторі через більш тонкі прояви соціальної взаємодії та комунікації [44].

Наведене, на нашу думку, може підтверджувати наявність зворотної кореляції між систематизацією й емпатією та демонструвати гендерну специфіку при розробленні діагностичних програм. Уважаємо можливим дослідження систематизації як когнітивного компонента разом з емпатією як здатності до розуміння та тлумачення переживань іншого, базуючись зокрема на міміці. У зв'язку з тим, що в здатності до співпереживання представлені різноманітні процеси психіки, емпатія є головним компонентом комунікативних здібностей [97; 58]. Це демонструє неподільність психіки людини та можливість дослідження в синтезі її компонентів.

Тест на рівень систематизації як тест на виявлення аутистичних рис, проходив перевірку на свою валідність і надійність різними науковцями: Ю. Гроен, А. Б. М. Фуермаєр, А. Е. Ден Хайєр, О. Туча, М. Альтаус, Дж. Лінг, Т. К. Бартон [32; 71].

Методика складається із 60-ти тверджень, на які можна надати такі відповіді: «повністю згоден», «трохи згоден», «повністю не згоден», «трохи не згоден». Отриманий бал порівнюється з ключем та робиться висновок, щодо наявності систематизації та її рівня. Ми обрали для діагностики тестові питання, які стосувались рівня систематизації. Цей вибір було зумовлено тим, що рівень систематизації й емпатії мають обернений кореляційний зв'язок, а пілотажне дослідження виявило неготовність батьків відповідати на зовелику кількість запитань, навіть якщо опитування поділяється на кілька днів. Завдяки певному зв'язку систематизації з професійним спрямуванням, що в подальшому може бути зручним для експрес-опитувань та анкетувань, нами була обрана саме ця психологічна особливість.

На етапі математичного аналізу кількісних показників, які були отримані за допомогою наведених методик, було використано:

- $F^*$ критерій Р. Фішера для аналізу кількісних показників критеріїв анкети «Загальні відомості про родину», а саме вияв достовірності відмінностей між відсотковими показниками;
- кореляційний аналіз  $r_{xy}$  К. Пірсона для вияву лінійних зв'язків між окремими особистісними особливостями, а саме: тривожність, депресивність, нейротизм, психотизм, аутистичні риси, рівень систематизації та освітнє і професійне спрямування. Завдяки виявленим лінійним зв'язками ми мали змогу сформувавши візуальні моделі зв'язків між психологічними особливостями особистості батьків, які виховують дитину з РАС та батьків нейротипових дітей, що допомогло здійснити якісний аналіз отриманих результатів;
- розрахунок модального значення мода ( $M_o$ ) – задля можливості побудови візуального графіку особистості батьків, які виховують дитину з РАС та батьків нейротипових дітей, та подальшого аналізу і якісного опису.  $M_o$  дозволила виокремити бальний показник, що частіше зустрічається у групі по результатам діагностик особистісних особливостей та на основі цих балів, що є частіше представленими у групах батьків – вибудувати профіль особистості жінок та чоловіків з обох груп.

## **2.2. Формування вибірки та побудова емпіричного дослідження особливостей особистості батьків**

Задля досягнення поставленої нами мети, яка полягає в дослідженні особистісних особливостей батьків, які виховують дітей з аутистичними розладами, ми сформували дві групи: група А, до якої увійшли батьки, які виховують дітей із РАС та група Б, до якої увійшли батьки, які виховують нейротипових дітей.

Основним критерієм відбору батьків до групи А було офіційно встановлений діагноз аутизм у їх дитини психоневрологічним диспансером (керується діагностичними системами «Діагностичне і статистичне

керівництво з психічних розладів» 5-го видання та «Міжнародним класифікатором хвороб» 10-го видання) або ADOS діагностикою в інших недержавних закладах. Після формування групи А нами була сформована група Б, до якої було висунуто основний критерій – виховання нейротипових дітей. Основне завдання наявності групи Б полягає в можливості здійснити: порівняльний аналіз показників критеріїв: загальні відомості про родину, перебіг вагітності, розвиток дитини після пологів; порівняльний аналіз особистісних профілів батьків обох груп через вияв психологічних особливостей: рівень особистісної тривоги; наявність або відсутність депресії; наявність або відсутність нейротизму та психотизму; наявність або відсутність аутистичних рис батьків; наявність або відсутність високого рівня систематизації.

До групи А увійшло 110 осіб, з них 13 пар (і мама, і тато), які пройшли діагностику за зазначеними вище методиками; 10 чоловіків (татусів), що пройшли діагностику, в той час, коли мами відмовились брати участь в опитуванні та 74 жінки, які пройшли діагностику у той час, коли їх чоловіки (батько дитини) відмовились брати участь у дослідженні. Особи, які відмовились брати участь у повному дослідженні, погодилися надати свої відповіді на певні запитання анкети (див. Додаток А).

Загальна сукупність батьків, що увійшла до групи Б, становила 122 особи. З них 27 пар (і мама, і тато), які пройшли діагностику за зазначеними вище методиками та 68 жінок, які пройшли опитування та діагностику у той час, коли їх чоловіки (батько дитини) відмовились брати участь у дослідженні. Особи, які відмовились, погодилися надати свої відповіді на певні запитання анкети (див. Додаток А).

Експериментальною базою виступили: Комунальне підприємство «Криворізька багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» «ДОР» (протокол від 26.04.2021 р., № 4225); Комунальний заклад освіти «Криворізька спеціальна школа «Натхнення» «ДОР» (протокол від 13.05.2021 р., № 19-13/01-437); Криворізька гімназія № 58 Криворізької

міської ради (протокол від 27.04.2021 р., № 01-16/112); Студія сучасної психології та психоаналізу (протокол від 27.04.2021 р.); Соціальна мережа «Facebook» через сторінку доктора Терези Ціанціоло (Dr. Theresa Cianciolo) (посиланням на опитування: [https://www.facebook.com/theresa.cianciolo/posts/10221243946500809?notif\\_id=1612061422245519&notif\\_t=tagged\\_with\\_story&ref=notif](https://www.facebook.com/theresa.cianciolo/posts/10221243946500809?notif_id=1612061422245519&notif_t=tagged_with_story&ref=notif)).

У дослідженні взяли участь батьки таких міст України: Київ, Ірпінь, Харків, Івано-Франківськ, Славутич, Кривий Ріг; україномовні батьки, які проживають у різних містах Іспанії.

Через пандемію основна частина опитування була здійснена в онлайн режимі у форматі Googl форми, покликання на яку було розміщено на сторінці «Facebook» доктора Терези Ціанціоло, також розіслано на електронні пошти батьків, які надали згоду взяти участь у дослідженні.

Завдання формування вибірки групи А спонукало нас здійснити запит до Криворізького психоневрологічного диспансеру, дитяче відділення. Лікарі-психіатри у процесі нашого запиту давали позитивну реакцію, але при цьому вказували великий сумнів у можливості проведення дослідження, спираючись саме на особистість батьків, яку ми за дослідницькою програмою спланували досліджувати. Вони зазначали, що сім'ї є досить відкритими до центрів, фондів та тих структур, які можуть вказати їм фінансову підтримку, тоді як до державних установ та профільних спеціалістів вони вказують недовіру, а й іноді й агресію. Відтак батьки йдуть легше на контакт з іншими батьками, які так само виховують дітей з РАС, водночас зі спеціалістами тримають «холодну» дистанцію, що підтвердило наші теоретичні розвідки, що стосуються явища аутизації сім'ї.

Наш запит був адресований також до міських фондів і центрів, що спеціалізуються на допомозі сім'ям, які виховують дітей із РАС та дітей, які мають інші інклюзії. Ці фонди й організації своєю структурою складаються повністю з батьків дітей, які мають РАС. Навіть спеціалісти по роботі з дітьми – це батьки, які пройшли навчання і працюють як волонтери.



Звернувшись до них із запитом на початку проведення дослідження, ми отримали позитивну зворотну реакцію. Так, нами було представлено тему та мету дослідження яка була позитивно сприйнята. На наше звернення відгукнулось кілька батьків. Через карантинні заходи й обмеження їм були надіслані інструкція й діагностичні матеріали. Протягом кількох місяців та нагадувань відповідей від цих батьків не було отримано. На подальші запити – реакція фонду була «холодною», спеціалісти надали у відповідь відмову у співпраці, зокрема підкреслили, що більше нічим допомогти не можуть, надали обмеження щодо проведення дослідження: ми можемо тільки бути присутніми на заняттях, щоб побачити прогрес їх самостійної роботи з дітьми.

Така відповідь і реакція батьків подібна до того, що ми описували в теоретичній частині. Здійснивши аналіз того, що відбулося, можемо зазначити труднощі, які викликані карантинними заходами, що ускладнило фізичну взаємодію, яка могла б допомогти понизити тривожність батьків. З іншого, – ми мали змогу побачити прояви тривоги з приводу «можливої оцінки» з боку спеціалістів, що виявилась у запрошенні побачити їх дітей і того, яких успіхів ці діти досягли, працюючи з батьками (на цьому був зроблений акцент) при тому, що від нас запиту на діагностику або взаємодію з дітьми не давалось, ми говорили тільки про діагностику батьків. Це також може бути наслідком відчуття провини батьків до своїх дітей та бажання отримати позитивний відгук спеціалістів задля полегшення цього відчуття. У розглядуваній ситуації так само виявляється закритість саме батьків від контактів з іншими, які є не схожими на них (спеціалістів, що не виховують дітей із розладами аутистичного спектру, а отже, не можуть їх зрозуміти, оскільки інші батьки). Цим можна пояснити і той факт, що спеціалістами, які працюють з дітьми, виступають самі батьки.

Також структура фонду схожа на те, що переживає дитина, яка має аутистичні розлади, а саме: замкненість від навколишнього світу, самозаглибленість і недовіра до іншого. Складається відчуття «мушлі», яке

переживають і створюють батьки за аналогією до тієї «мушлі», в якій знаходяться їх діти. Це все є виявом аутизації сім'ї та самих батьків, які поділяють аутизм з дитиною. Тому актуальність нашого дослідження підтверджується, оскільки зрозумівши психологічні особливості особистості батьків, які виховують дітей з аутизмом, буде змога розробляти відповідні заходи (психологічні інтервенції), спираючись на ці особливості, що сприятиме досягненню більшої ефективності програм і дозволить попередити чи допомогти вийти зі стану аутизації батькам. А це, у свою чергу, полегшить взаємодію батьків та інших спеціалістів, допоможе легше соціалізувати дитину та ввести її до інклюзивного шкільного простору.

### **2.3. Аналіз прояву психологічних особливостей особистості батьків через спостереження поведінки та інтерв'ю**

Задля спостереження психологічних особливостей особистості батьків та їх впливу на аутизацію дитини нами були виокремлені такі критерії:

- спілкування з дитиною (діалогове, директивне, відсутність спілкування);
- реакція на взаємодію дитини з різними матеріалами та текстурами (позитивна, негативна, відсторонена);
- контактування з дитиною (включається у гру, присутність фізичного контакту, відстороненість);
- реакція на взаємодію дитини з іншими дітьми та дорослими (позитивна, негативна, відсторонена);
- емоційний стан під час сесій (піднесений, маніакальний, стурбований, тривожний, депресивний, відсторонений).
- Загальна таблиця спостереження означених критеріїв наводиться у Додатку Ж.

Окрім означених критеріїв ми врахували такі діади взаємодій: «мама – дитина», «тато – дитина», «мама – тато», які описані нижче.

Отож, мами, які виховують дітей з аутизмом характеризуються наступними рисами: тривожність, депресії, сильне відчуття провини, наявність компульсивних дій або думок (постійне прокручування подумки випадків за які відчують провину). Вони важко або взагалі не розуміють поведінку своєї дитини, не розуміють звернень з боку дитини, відмовляються від процесу мовлення з дитиною, припиняючи тим самим процес спілкування та діалогу з дитиною. Мова матерів носила характер директивних вказівок (жінки щиро дивувались, коли психолог звертався та починав говорити з дитиною).

Усе вище зазначене призводить до об'єктивування дитини, до порівняння її (дитини) з предметами об'єктивного світу, до несвідомого блокування включення малюка до символічного мовленнєвого середовища. Деякі мами заявляли: «Якщо дитина не говорить – значить вона не розуміє, отже, з нею не можливо вести розмову...». При цьому, вони були залежні від своїх малюків, в них підвищувалась тривога, відчуття провини, коли дитина знаходилась не з ними.

Окрім того, результати спостережень (Додаток Ж) [33] показали, що мами, які брали участь у нашому експерименті дійсно проявляли сильну турботу та любов до дитини уже на перших сесіях. Проте, протягом роботи з такими мамами та заглибленням в їхні емоційні переживання, виявилось, що їхня любов до дитини пов'язана із сильним почуттям провини (перед народженням цієї дитини були аборти, під час вагітності та після народження дитини у мами були проблеми зі здоров'ям як фізичним, так і психічним), що заважало процесу взаємодії мами та дитини. Більшість жінок розглядали це як причину аутизму дитини. Часто такі мами не дозволяють собі виявляти по відношенню до поведінки дитини те, що вони насправді відчують (біль, злість, сором). Жінки виказували сильне хвилювання, щодо майбутнього дитини, і, що в разі випадку якщо їх з якихось причин не стане, дитину ніхто не полюбить і та стане занедбаною – це викликало бажання постійно знаходитись поруч з малюком та максимально проявляти турботу про нього.

Мами нейротипових дітей більш відкрито можуть виражати негативні почуття з приводу поведінки своїх дітей та ніколи не виказують хвилювань з приводу своєї смерті та занедбаності дитини без їх піклування.

Під час спостереження діади «тато – дитина», чоловіки здавались незацікавленими у спілкуванні з дітьми, відстороненими, мовчазними. Могли хвилюватись з приводу своєї маскулінності, щоб не проявляти «жіночу слабкість» покидали ходити на сесії тому, що це «жіноча справа». Більшість з них готові виділяти кошти на лікування та потреби, розваги дитини, проте емоційно взаємодіяти та контактувати з дитиною вони відмовлялися. Цим чоловікам притаманні такі характеристики: відсутність прояву емоцій, жорстокість (могли застосовувати фізичні покарання до дитини або тварин), ситуативні прояви надмірної веселості, приниження жінки, віджартовування, тощо. Аналіз результатів дослідження показав, що чоловіки не здатні захистити своїх дружин, забезпечити спокій та стабільність, що спричиняє стан напруги як у взаємодії подружжя, так і у взаємодії мами та дитини. При цьому діти виказували зацікавленість взаємодією з татусем, підходячи до нього, торкаючись його, намагаючись тим самим залучити тата до спілкування.

Діада «мама – тато» характеризується такими особливостями взаємодії: на свідомому рівні жінки зацікавлені у активному спілкуванні батька з малюком. Поряд з тим, більшість мам намагаються не допускати тата у систему взаємин з дитиною («Я не довіряю йому», «Я боюся за дитину, за її безпеку», «Він не здатен комунікувати з дитиною на відповідному рівні»). Ми дійшли висновку, що жінкам які виховують дітей з аутизмом притаманне відчуття власної незахищеності. Зокрема, більша частина осіб, яких ми спостерігали, були одинокі жінки (розлучення із татом дитини). Чоловіки покидали жінку у перший же рік після народження дитини або після затяжних конфліктів уже після оголошення офіційного діагнозу дитині (аутизм). Були пари, які мали офіційний статус – подружжя, проте, вони не проживали разом.

Під час роботи з такими сім'ями особливу увагу було приділено вивченню освітнього та професійного спрямування обох батьків. Аналіз показав, що і мама, і тато, які виховують дітей з аутизмом мали технічну освіту та коло інтересів у точно-науковій сфері. Те ж саме стосувалось і родичів другого ступеня (бабусі, дідусі) дитини. Хтось з них (одна, дві особи) обов'язково мав технічне, або точно-наукове спрямування.

Висновуємо, що психологічні особливості особистості батьків, що виховують дітей з РАС, виявлені в ході експериментальної роботи показали значущість їх впливу (особливостей особистості та взаємодії між батьками) на взаємини «мама – дитина», «тато – дитина», «мама – тато», які в свою чергу впливають на стан дитини та перспективи її розвитку.

Результати спостережень показали, що іноді, батьки, через власні особистісні особливості, а саме: хвилювання, надмірний контроль, що є виразом особистісної тривожності, депресивні стани, що впливають на самопочуття та викликають іпохондрію, інші амбівалентні переживання, які заважають зрозуміти та осмислити і суб'єктувати дії дитини, не свідомо можуть перешкоджати розвитку та виходу з аутистичних станів, або навпаки спричиняють більшу аутизацію як самої дитини так і членів сім'ї, зокрема мами, яка через симбіотичні стосунки починає поділяти аутизм дитини. Більшість мам не відчуває підтримки та захищеності з боку чоловіка (тата дитини з аутизмом), знаходиться в стані напруги, невдоволення, їх емоційний стан супроводжується почуттям провини та хвилюванням за стан здоров'я дитини та можливість існування дитини у разі їх смерті. Основна частина батьків (татусі) не опікується життям мами та дитини, не проживає в родині, повністю розривають контакт з жінкою та дитиною. Той невеликий відсоток чоловіків які залишаються в сім'ї, проявляють жорстокість та байдужість при вихованні дітей, воліють не помічати проблем та називати реалії життя (діагноз дитини) іншими словами: «погане виховання», «все буде добре», «це діти, вони всі такі» «з віком це минеться». Взаємини мами та тата мають

напружений характер, пов'язаний із почуттям недовіри та невдоволення один одним.

Стосовно освіти та професійної діяльності, характерними виявились технічне та точно-наукове спрямування як батьків дитини так і родичів другого ступеня.

## **Висновки до II розділу**

Здійснивши теоретичний аналіз джерел та спостереження, нами були виокремлені особистісні особливості батьків, базуючись на яких був сформований банк методик для діагностики особистісних особливостей батьків.

Отже, до методик діагностики психологічних особливостей особистості батьків, що виховують дітей з аутизмом увійшли: авторська анкета «Загальні відомості про родину», шкала виміру особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна, шкала діагностики депресії А. Т. Бека, особистісний опитувальник Г. Айзенка EPQ, AQ тест для виявлення аутистичних рис та SQ тест для виявлення рівня систематизації С. Барона-Коена. Для математичного аналізу кількісних показників анкети «Загальні відомості про родину» нами було обрано  $\phi^*$  критерій Р. Фішера. Задля знаходження лінійних зв'язків між бальними показниками особистісних особливостей: тривожність, депресія, нейротизм, психотизм, аутистичні риси, систематизація, освітнє та професійне спрямування, нами був обраний кореляційний аналіз за  $r_{xy}$  К. Пірсоном. Для формування графіків психологічних особливостей батьків обох груп нами було обрано  $M_0$  (пошук бального показника, що є найчастіше представленим у вимірі критеріїв для кожної вибірки).

Було сформовано дві вибірки А та Б. Об'єм групи А становив 110 осіб. Загальна сукупність батьків, що увійшла в групу Б становила 122 особи.

Результати спостереження показали, що психологічні особливості особистості батьків, що виховують дітей з РАС мають певний вплив на

взаємини «мама – дитина», «тато – дитина», «мама – тато». Це впливає на стан дитини та перспективи її розвитку. Батьки, через власні особистісні особливості не свідомо можуть перешкоджати розвитку та виходу з аутистичних станів, або навпаки спричиняють більшу аутизацію як самої дитини так і членів сім'ї, зокрема мами, яка поділяє аутизм з дитиною через симбіотичні стосунки. Мами не відчують підтримку та захищеність з боку чоловіка, перебувають у стані напруги, невдоволення, відчують почуття провини та хвилювання за стан здоров'я дитини та можливість існування дитини у разі її смерті. Більша частина чоловіків не проживає в родині, повністю розривають контакт із жінкою та дитиною. Чоловіки, які залишаються в сім'ї, можуть виявляти жорстокість і байдужість при вихованні дітей, не приймають діагнозу дитини. Взаємини мами та тата мають напружений характер, пов'язаний із почуттям недовіри та невдоволення один одним. Характерними для батьків і рідних другого ступеня виявились технічне й точно-наукове спрямування освіти й діяльності.

### РОЗДІЛ III

## ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОБОТИ З БАТЬКАМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З АУТИЗМОМ

У розділі наведено результати діагностики психологічних особливостей особистості батьків, які виховують дітей з аутистичними розладами. Здійснено кількісний, якісний і порівняльний аналіз отриманих результатів обох груп: А та Б. Результатом аналізу є графічно зображені плеяди й особистісні профілі батьків. Запропоновано декілька підходів психологічної роботи з батьками та розроблено «Записник мами», мета якого полягає в наданні допомоги спеціалістам, які спостерігають жінку протягом вагітності та в перший рік після народження дитини, попередженні виникнення психологічних проблем у мами й дитини.

### **3.1. Особливості анамнезу сімей, що виховують дитину з аутистичними розладами, порівняльний аналіз.**

На першому етапі дослідження нами було здійснено збір анамнезу групи А та групи Б. Збір реалізовувався за допомогою авторської анкети «Загальні відомості про родину». Отримані результати викладено в таблицях, що наведені нижче.

Задля аналізу достовірності відмінностей між відсотковими частками обох вибірок було використано критерій  $\phi^*$  Р. Фішера. Висновок було зроблено на основі бального показника, що демонструє зону значимості / не значимості відмінностей у відсотках за критерієм між двома групами.

У таблиці 3.1. наведені відсоткові показники для критерію «стать дитини» групи А та групи Б. На рисунку 3.1. наочно представлені показники відсоткового розподілення за цим критерієм.



Таблиця 3.1.

## Порівняння показників критерію «стать дитини»

Критерій	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
Чоловіча стать	78	80,4	41	43,1	5,615**
Жіноча стать	19	19,6	54	56,9	5,803**
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

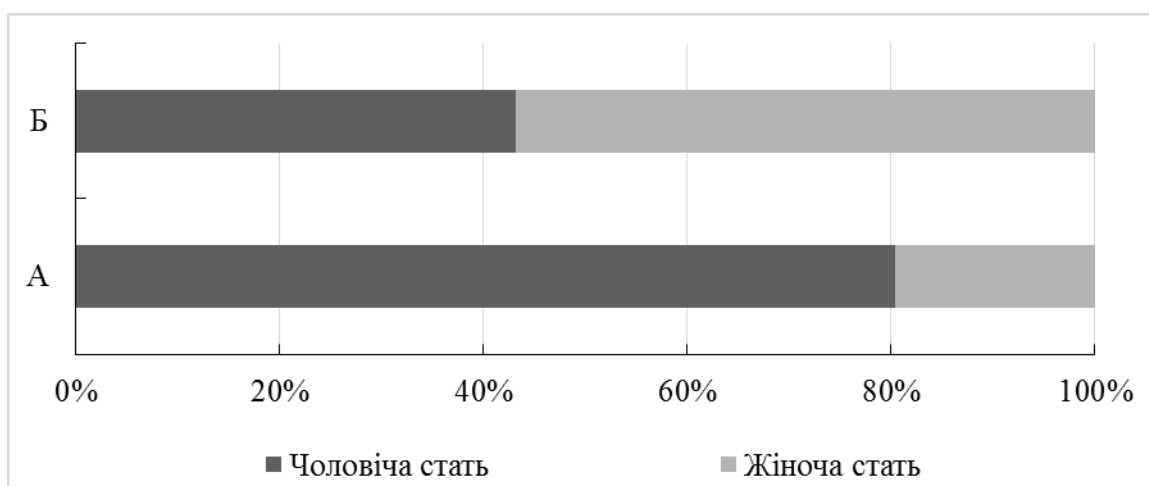


Рис. 3.1. Розподіл показників за критерієм «стать дитини»

За даними з таблиці 3.1. можемо констатувати, що в групі А батьки частіше виховують саме хлопчиків, які мають РАС. Критерій  $\phi^*$  Р. Фішера показав зону значимості між відмінностями відсоткових показників критерію «чоловіча стать» ( $\phi^*=5,615$ ) та критерію «жіноча стать» ( $\phi^*=5,803$ ) дітей. Хлопчиків відсотково більше в групі А, ніж у групі Б. Дівчаток, відповідно, менше. Це відповідає наведеному у першому розділі даним стосовно більшої поширеності розладів аутистичного спектру серед чоловічої статі.

Вікові категорії дітей у досліджуваних сім'ях представлені в таблиці 3.2. та на рисунку 3.2.

Таблиця 3.2.

## Порівняння показників за критерієм «вік дитини»

Вікові групи	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
0-5 років	9	9,28	-	-	4,357**
6-9 років	51	52,58	76	80,00	4,636**
10-12 років	32	32,99	18	18,95	2,212*
13-16 років	5	5,15	1	1,05	1,762*
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

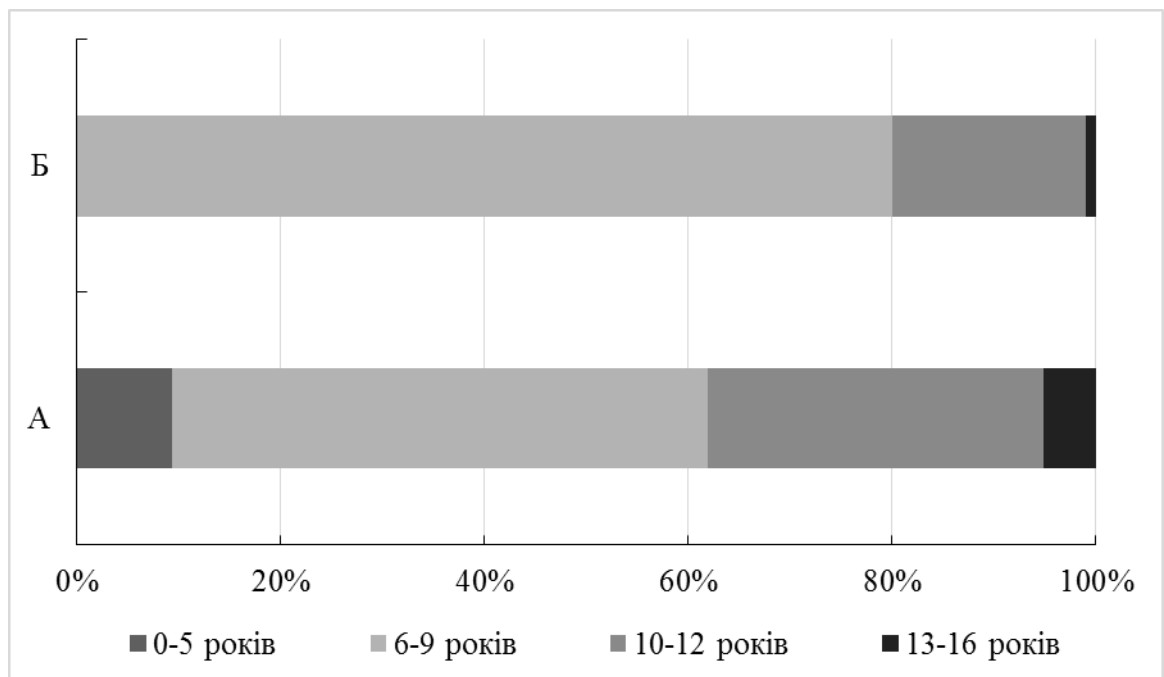


Рис. 3.2. Розподіл показників за критерієм «вік дитини»

До групи А увійшли сім'ї, що виховують дітей віком від 4 до 15 років. Найбільша кількість опитаних батьків виховують дітей молодшого шкільного віку (6-9 років) або дітей молодшого підліткового віку (10-12 років). Ми вважаємо, що такий розподіл пов'язаний із тим, що для батьків дітей наведеного віку розуміння причин виникнення аутизму і пов'язаних із цим подальших дій залишається гостро-актуальним питанням. Натомість батьки дітей дошкільного віку можуть ще відкидати діагноз аутизм, виражати сумніви щодо правильності поставленого діагнозу, не приймати наявної

ситуації. Для батьків, які виховують старших підлітків (13-16 років), нагальними стають питання щодо подальшого статевого розвитку і встановлення стосунків із представниками протилежної статі; навчання у профільних закладах і закладах вищої освіти.

До групи Б увійшли сім'ї, що виховують дітей віком від 6 до 16 років. Переважна кількість батьків, які взяли участь в опитуванні, виховує дітей віком від 6 до 10 років. Цей факт пов'язуємо з тим, що батьки мають більш тісний контакт саме з дітьми цих вікових груп, що їм дозволило побачити наш запит і відреагувати на нього. До груп більшою мірою увійшли батьки, які виховують дітей схожих вікових категорій.

Отже, зона значимих відсоткових відмінностей ( $\phi^*=4,357$ ) була у віковій категорії 0-5 років. Ця вікова категорія дітей була наявна тільки в групі А. Це ми можемо пояснити нашими експериментальними базами. До експериментальних баз увійшли загальноосвітні школи, у яких набір дітей відбувається з 6-7 років. Зона значимих відсоткових відмінностей ( $\phi^*=4,636^{**}$ ) була в віковій категорії 6-9 років. Дітей цього віку було більше саме в групі Б. Це також пояснюємо специфікою експериментальних баз і більш щільною взаємодією викладача та батьків у початковій школі (1-4 класи). Зона відсоткових відмінностей спостерігалась у вікових категоріях 10-12 років ( $\phi^*=2,212^*$ ) та 13-16 років ( $\phi^*=1,762$ ). Дітей цих вікових груп більше в групі А. Це можна пояснити переходом дітей до підліткового віку й початком зміни певних поведінкових особливостей, які спонукають батьків знову повернутись до дослідження питань, пов'язаних з аутизмом. Для батьків групи Б цей вік стає початком менш щільної взаємодії з викладачем та самою дитиною, яка з огляду на вікові особливості більше відокремлюється від них.

Відповідно до даних про освітній і професійний напрямок батьків та родичів другого ступеня, які були наведені у першому розділі, в анкеті сформульовано питання, пов'язані з цією категорією. На відміну від британського дослідження [14], у якому автори не брали до уваги мам дітей

із РАС через те, що ті у більшості були домогосподарками, ми опитували мам на рівні з іншими родичами дитини. Є багато причин, чому, зокрема, мами не працюють. Також вважаємо це доцільним через різницю у фінансовій можливості отримання освіти в Україні і Великобританії та культурних, стереотипних особливостей країн. Для нашої держави отримання вищої або середньої спеціальної освіти для жінок та чоловіків є стереотипно обов'язковою ланкою після завершення шкільного навчання. Чоловіки і жінки роблять вибір у напрямку певної спеціальності, який має основою бажання, інтереси, певні можливості, у тому числі наступність професії у сім'ї. Тому такий напрямок навчання є досить показовим у плані розкриття особистісних рис.

Отже, анкета містить питання щодо освітнього та професійного спрямування батьків, які виховують дітей з аутизмом, освітнього і професійного спрямування їх батьків, тобто бабусь і дідусів дитини.

Відповідно до Національного класифікатора України «Класифікатор професій» ДК 003:2010, від 01.11.2010 р. ми визначили ті спеціальності, що відносяться до технічної сфери або сфери точних наук [88, с. 6; 98].

До точних наук відносять математику, фізику, хімію, інформатику, деякі напрямки психології, біології та суспільствознавства. Ці науки у процесі перевірки власних гіпотез використовують точні методи та вивчають кількісні закономірності [53].

Згідно з наказом Міністерства освіти і науки України 06 листопада 2015 року № 1151 (у редакції наказу Міністерства освіти і науки України від 12 квітня 2016 року N 419), до технічних наук відносяться: інформаційні технології, механічна інженерія, соціальні та поведінкові науки, електрична інженерія, електроніка та телекомунікації, автоматизація та приладобудування, біомедична інженерія, гірництво, транспортні технології, архітектура та будівництво [119].

Цими критеріями ми керувались при виокремленні освітнього та професійного спрямування батьків.

Для мам групи А та групи Б отримані результати наведені в таблиці 3.3. та зображені на рисунку 3.3.

Таблиця 3.3.

Порівняння показників критерію «напрямок освіти та діяльності» жінок

Напрямок освіти та діяльності	Група А		Група Б		φ* Фішера
	п	%	п	%	
Технічний, точно-науковий	50	51,50	55	57,90	-
Інший	47	48,50	40	42,10	-
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

Проаналізувавши результати таблиці, робимо висновок про те, що для мам обох груп більше характерне технічне та точно-наукове освітнє спрямування і сфера діяльності. Деякі мами на час проходження опитування не працювали, доглядаючи дитину-інваліда, змінили сферу діяльності на домогосподарку або втратили роботу, але вони зазначили освітній напрямок та сферу діяльності до зміни професійного статусу, яку ми зарахували до загальної сукупності. Кореляційний аналіз за Р. Фішером не показав зони значимих відмінностей між відсотковими показниками.

Результати чоловіків групи А та групи Б наведені в таблиці 3.4. та зображені на рисунку 3.3.

Таблиця 3.4.

Порівняння показників критерію «напрямок освіти та діяльності» чоловіків

Напрямок освіти та діяльності	Група А		Група Б		φ* Фішера
	п	%	п	%	
Технічний, точно-науковий	53	54,60	47	49,50	-

Продовж., табл. 3.4.

Інший	44	45,40	48	50,50	-
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$ 

Здійснивши аналіз результатів таблиці 3.4., зазначаємо, що як і для мам, при використанні математичного аналізу, не було виявлено значимих відмінностей між критеріями освітнього та професійного спрямування чоловіків (татусів) обох груп.

Базуючись на теоретичних засадах, що були зазначені вище, питання стосовно освітнього та професійного напрямку, припускали відповіді родичів другого ступеня дітей, які мають аутизм і нейротипових дітей.

Загальні результати наведено у таблиці 3.5. та зображені на рисунку 3.3.

Таблиця 3.5.

Порівняння показників критерію «напряму освіти та діяльності» родичів другого ступеня

Напряму освіти та діяльності	Група А		Група Б		Фішера
	n	%	n	%	
Бабусі					
Технічний, точно-науковий	63	43,10	38	30,00	-
Інший	83	57,00	89	70,00	2,666**
	146	100,00	127	100,00	
Дідусі					
Технічний, точно-науковий	113	77,40	81	63,8	-
Інший	33	22,60	46	36,2	2,617**
	146	100,00	127	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

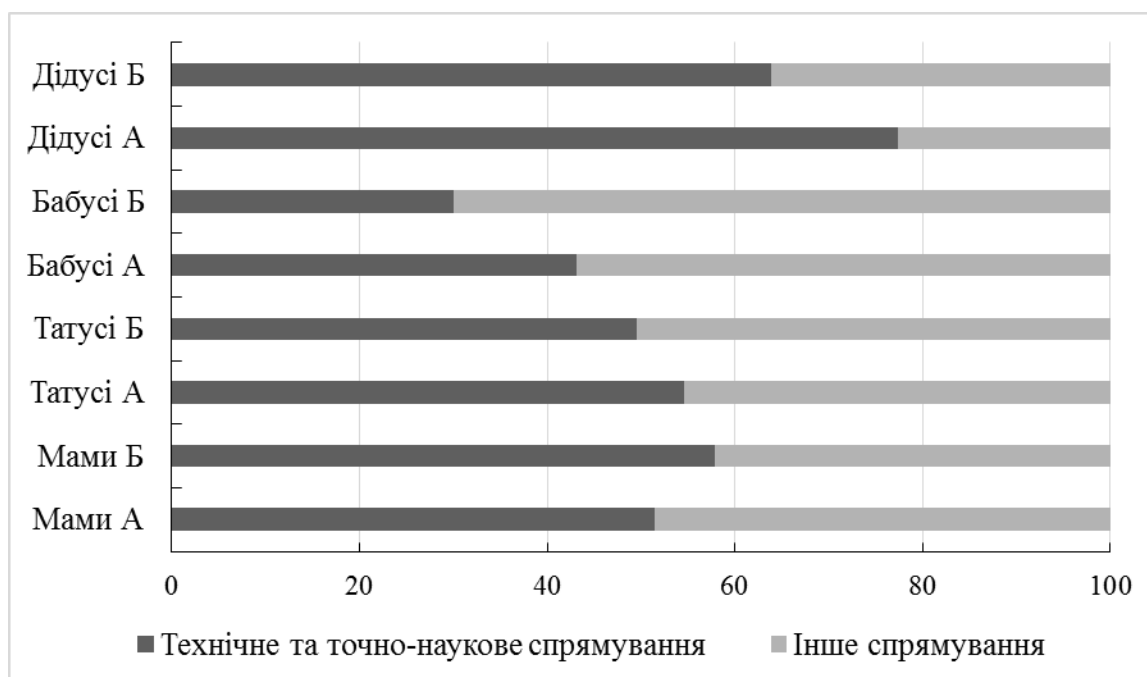


Рис. 3.3. Розподіл показників за критерієм «напряом освіти та діяльності»

Проаналізувавши відповіді на питання про освітній напрям та сферу діяльності родичів другого ступеня обох груп, можемо стверджувати таке. Зона значимості ( $\varphi^* = 2,666^{**}$ ) для критерію «інше освітнє та професійне спрямування» спостерігаємо у бабусь групи Б. Для бабусь з групи Б не технічне та точно-наукове спрямування є більш властивим порівняно з бабусями групи А. Аналіз  $\varphi^*P$ . Фішера дозволив виявити значимі відмінності відсоткових показників ( $\varphi^* = 2,617^{**}$ ) для категорії «інше освітнє та професійне спрямування», яке є більш характерним для дідусів групи Б.

Відсутність значимих кількісних відмінностей між відсотковими показниками у жіночій і чоловічій групах може бути пов'язана з тим, що половина опитуваних є жителями промислового міста Кривого Рогу, в якому є більший запит саме на технічні професії, більша частина закладів освіти технічного спрямування. Можемо провести аналогію з дослідженнями, у яких обирали міста, де переважають технічні та точно-наукові спеціальності. У таких містах більш поширеними були розлади аутистичного спектру (різного рівня вияву) як у самих працівників, так і у їх дітей [10; 17; 140].

Було здійснено кореляційний аналіз між отриманими результатами за критеріями освітнього та професійного спрямування родин і психологічними особливостями особистості, а саме аутистичних рис (AQ), систематизації (SQ), особистісної тривожності, депресії, психотизму та нейротизму (див. Таблицю 3.20. та Таблицю 3.21.). Для цього було розроблено бальну систему (див. Додаток И та Додаток К). Якщо брати за основу сім'ю, в якій мама, тато, дві бабусі та два дідусі отримали технічну освіту, то тато та мама в таблиці 3.6. та в таблиці 3.7. (Додаток И та Додаток К) отримають максимальні шість балів, по одному балу за технічне або точно-наукове спрямування. Якщо освіта одного з шести членів родини невідома, або не відповідає технічному спрямуванню, а інші отримали освіту в технічному спрямуванні, мама й тато в таблиці отримують п'ять балів. Зниження бальних показників у таблиці за цим критерієм відбувалось відповідно до належності кількості родичів до технічної або точно-наукової сфери. Якщо в родині жоден не мав технічного або точно-наукового спрямування – у таблиці 3.6. та таблиці 3.7. отримували нуль балів.

Розрахунок за кореляційним критерієм  $r_{yx}$  К. Пірсона виявив значимі сильні позитивні взаємозв'язки між особливостями «освітнє та професійне спрямування» та «аутистичні риси особистості» у батьків з групи А ( $r_{yx} = 0.65^{**}$ ). Чим більше виражені показники критерію «освітнє та професійне спрямування», тим більші показники критерію аутистичних рис особистості. Також, були виявлені сильні позитивні взаємозв'язки між професійним та освітнім спрямуванням і систематизацією ( $r_{yx} = 0.26^{**}$ ), психотизмом ( $r_{yx} = 0.32^{**}$ ) та особистісною тривогою ( $r_{yx} = 0.27^{**}$ ). Кореляційні зв'язки були відсутні з депресією та нейротизмом (див. Таблицю 3.20.). Наявність сильних позитивних взаємозв'язків між освітнім і професійним спрямуванням з аутистичними рисами та систематизацією, підтверджує наведені в теорії припущення взаємозалежності технічного, точно-наукового освітнього напрямку і сфери діяльності з аутистичними рисами й систематизацією у родичів першого ступеня дітей з аутизмом.



У групі Б були виявлені сильні позитивні взаємозв'язки між особливостями особистості «освітнє та професійне спрямування» та «аутистичні риси» ( $r_{yx}=0.33^{**}$ ). Помірні позитивні взаємозв'язки виявлені між особливостями особистості «освітнє та професійне спрямування» й «особистісна тривожність» ( $r_{yx}=0.19^*$ ), «депресія» ( $r_{yx}=0.15^*$ ), «нейротизм» ( $r_{yx}=0.15^*$ ) (див. Таблицю 3.21.). Кореляційні зв'язки були відсутні між освітнім та професійним спрямуванням із психотизмом та систематизацією. Наведений результат вважаємо залежним від наявності у родичів другого ступеня нейротипової дитини, більшої кількості інших освітніх і професійних спрямувань, ніж технічного або точно-наукового спрямування.

В авторській анкеті наявний розділ «Перебіг вагітності та стан мами в цей період». Такий розділ був сформований через наявність різних чинників, які могли б впливати на вагітність і стан мами, що в подальшому могло мати вплив на розвиток дитини.

На перебіг вагітності та стан здоров'я майбутньої дитини можуть мати вплив чинники, пов'язані з віком батьків. З роками в жінки зменшується кількість «жіночих» гормонів і може збільшуватись кількість тестостерону, який може мати вплив на «маскулінізацію» мозку та впливати на поширеність аутизму саме серед чоловічої статі, про що було зазначено в теоретичній частині. Для дітей чоловіків старшого віку (50 років і більше під час народження дитини) є більш характерним вияв математичних і технічних здібностей більшою мірою, ніж для дітей чоловіків молодшого віку. Водночас діти чоловіків старшого віку і з зазначеними здібностями можуть мати труднощі в розумінні емоцій, що уможливорює розвиток спектру аутистичних порушень. Можливість розвитку аутистичних розладів зростає у п'ять разів при порівнянні груп чоловіків за 40 років і до 30 років [91].

Зі збільшенням віку батьків збільшуються ризики різних хромосомних порушень, що впливають на розвиток плоду та стають причиною розладів аутистичного спектру (зокрема, синдрому Ретта в дівчат), інших хромосомних порушень [12; 68; 81; 90].

Саме через це до авторської анкети було додано питання стосовно віку батьків під час вагітності.

Таблиця 3.8.

## Показники критерію «вік батьків під час вагітності»

Вікові групи	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
Жінки					
18-24 роки	58	59,80	65	68,42	-
25-29 роки	31	32,00	25	26,32	-
31-42 роки	8	8,20	5	5,26	-
	97	100,00	95	100,00	
Чоловіки					
18-24 роки	31	31,90	18	19,00	2,03*
26-29 роки	54	55,70	63	66,31	1,78*
30-49 роки	12	12,40	14	14,73	-
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

Проаналізувавши дані таблиці 3.8., можемо зазначити, що вік батьків обох груп відповідає середньостатистичному віку народження дітей в Україні [3; 29]. Певні відмінності між відсотковими показниками наявні у чоловіків. У чоловіків групи А народжувались діти частіше в більш молодшому віці у порівнянні з чоловіками групи Б. Візуально результати таблиці 3.8 зображено на рисунку 3.4. та рисунку 3.5.

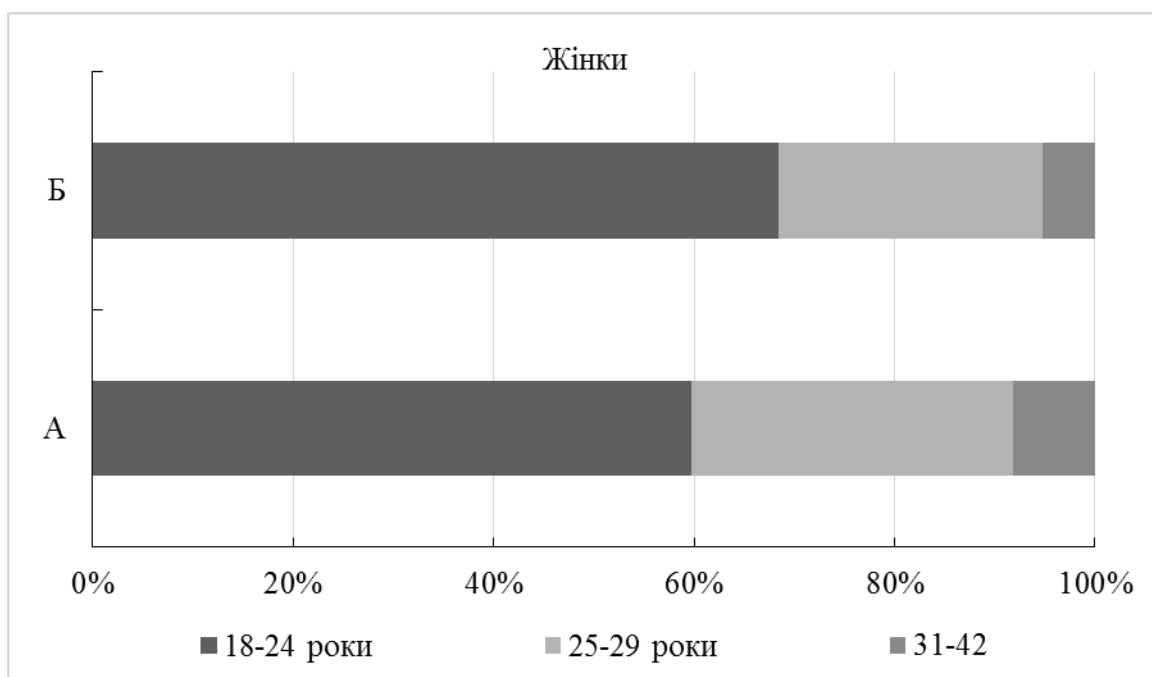


Рис. 3.4. Розподіл показників критерію «вік батьків під час вагітності»

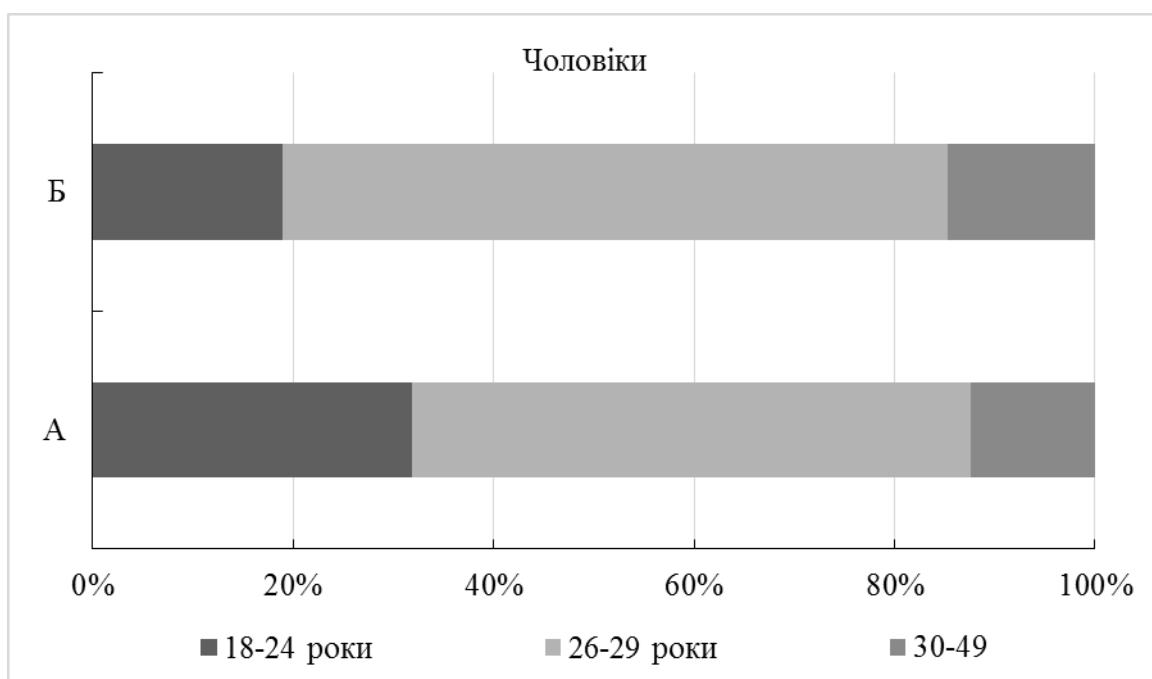


Рис. 3.5. Розподіл показників критерію «вік батьків під час вагітності»

Наступним критерієм анамнезу був «порядок вагітності» у жінок.

Загальні результати представлено в таблиці 3.9. та візуально зображено на рисунку 3.6.

Таблиця 3.9.

## Порівняння показників критерію «порядок вагітності»

Напрямок освіти та діяльності	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
1-ша	48	49,50	52	54,70	-
2-га	34	35,10	41	43,20	-
3-тя	8	8,20	2	2,10	2,02*
4-та	7	7,20	-	-	3,823**
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

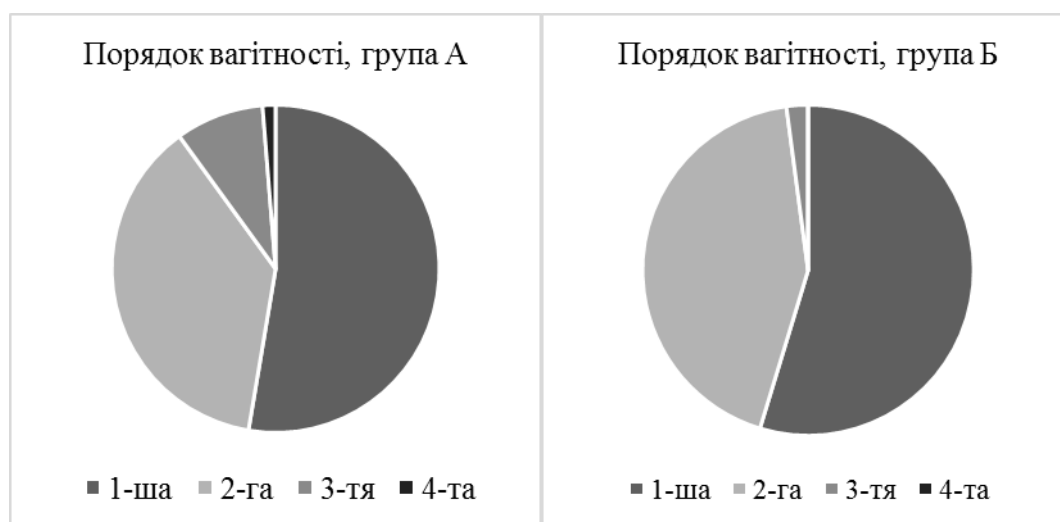


Рис. 3.6. Розподіл показників критерію «порядок вагітності»

Здійснивши аналіз результатів таблиці 3.9., дійшли висновку про наявність значимих відмінностей у відсоткових показниках щодо групи батьків, які виховують трьох ( $\phi^* = 2,02$ ) і чотирьох дітей ( $\phi^* = 3,823$ ). Категорія батьків, які виховують трьох дітей, є більшою в групі А, а батьки, які виховують чотирьох дітей, представлені тільки в групі А.

Отже, можемо припустити, що категорії батьків, у яких дитина з РАС є не єдиною або не старшою, можуть більшою мірою перебувати в ризику виникнення вторинної аутизації дитини. До психологічних особливостей батьків мають бути застосованими превентивні психологічні інтервенції.

Відповідно до зазначеного в першому розділі, а саме про можливий вплив на розвиток особистості стану фізичного та психологічного здоров'я мами, в анкеті були представлені запитання стосовно цих критеріїв.

Загальні результати представлено в таблиці 3.10. та візуально зображено на рисунку 3.7.

Таблиця 3.10.

Порівняння показників критерію  
«стан здоров'я мами під час вагітності»

Критерій	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
Важкий токсикоз	24	24,70	35	36,80	1,979*
Анемія	7	7,20	8	8,40	-
Набряки	6	6,20	5	5,20	-
Високий АТ	3	3,10	16	17,00	3,561**
ГРЗ	17	17,50	15	15,80	-
Грип	-	-	4	4,20	2,935**
Отруєння	-	-	-	-	-
Травми	1	1,00	-	-	-
Наркоз	-	-	-	-	-
Загроза викидня	36	37,20	12	12,60	4,088**
Інше	3	3,10	-	-	2,49**
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

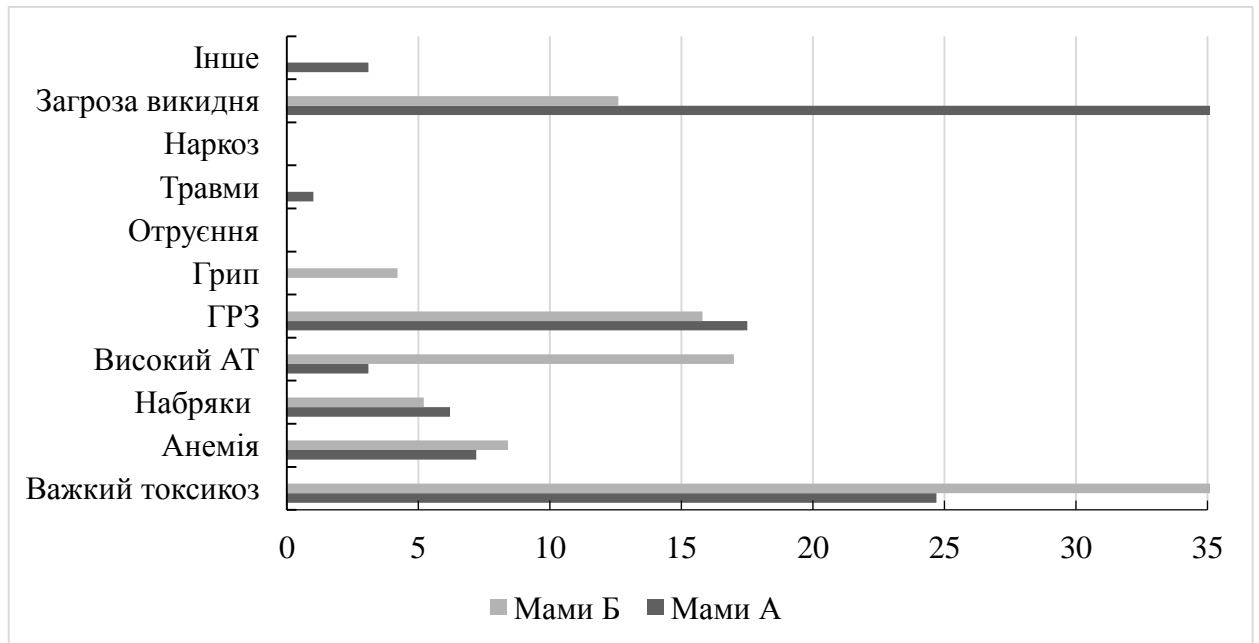


Рис.3.7. Розподіл показників критерію «стан здоров'я мами під час вагітності»

Проаналізувавши результати наведені в таблиці 3.10., можемо зазначити, що: жінкам з групи Б було властивим під час вагітності мати важкий токсикоз ( $\varphi^* = 1,979^*$ ), високий артеріальний тиск (АТ) ( $\varphi^* = 3,561$ ) та грип ( $\varphi^* = 2,935$ ) на відміну від жінок групи А. Жінкам з групи А було більш властиве мати загрозу викидня ( $\varphi^* = 4,088^{**}$ ) та інші захворювання (знижений гемоглобін та токсоплазмоз) ( $\varphi^* = 2,49$ ). Важкий токсикоз, високий АТ та грип меншою мірою можуть вплинути на розвиток плоду, тоді як майже кожна 3-тя жінка з групи А переживала загрозу викидня. Причин загрози викидня велика кількість. Вони можуть бути пов'язані із психологічним станом і патологічними процесами. Із психологічної точки зору можемо припустити такі чинники, як: небажання матері мати дитину, що психоаналітики виразили в тезі «Народження дитини – це бажання трьох: матері, батька і самої дитини»; можливі складнощі прийняття нової соціальної ролі «матері», що спонукало до хвилювань і загрози викидню; наявність психологічного тиску та стресу. Однією з патологічних причин

може бути наявність резус-конфлікту. Знижений гемоглобін і токсоплазмоз, які мають максимально негативний вплив на розвиток ЦНС у плода.

Загальні результати критерію «психологічний стан під час вагітності» представлено в таблиці 3.11. та зображено на рисунку 3.8.

Таблиця 3.11.

## Порівняння показників критерію «психотравми»

Критерій	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
Наявність психотравмуючих ситуацій	24	24,70	9	9,50	2,87**
Відсутність психотравмуючих ситуацій	73	75,20	54	90,50	3,803**
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$



Рис. 3.8. Розподіл показників критерію «психотравма»

Здійснивши порівняльний аналіз отриманих результатів за допомогою критерію φ\* Р. Фішера, ми отримали значимі відмінності відсоткових показників наявності психотравм під час вагітності (φ\* = 2,87). Жінки з групи А частіше переживали психотравмуючі ситуації на відміну від жінок з групи Б. До таких ситуацій вони відносили: смерть близьких людей; конфлікти зі свекрухою, чоловіком, власними батьками, на роботі; війну; розлучення;

переляк; переїзд; хвилювання через можливість викидня. Це впливає на перебіг вагітності й подальший розвиток дитини. Наведені психотравмуючі ситуації могли впливати на фізичне самопочуття жінок під час вагітності і, можливо, мали вплив на спілкування з новонародженим.

Для розуміння наявності можливих патологій розвитку дитини ми внесли питання, що стосується терміну пологів: вчасні, передчасні, відтерміновані.

Загальні результати представлено в таблиці 3.12. та зображено на рисунку 3.9.

Таблиця 3.12.

## Порівняння показників критерію «термін пологів»

Термін пологів	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
Вчасні	93	95,9	90	94,7	-
Передчасні	4	4,1	5	5,3	-
Відтерміновані	-	-	-	-	-
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$



Рис.3.9. Розподіл показників критерію «термін пологів»

Здійснивши математичний аналіз результатів таблиці 3.12., можемо зазначити, що відсоткові показники між двома групами перебувають у зоні незначимості. Рисунки діаграм практично ідентичні. Пологи були вчасними у



більшості жінок обох груп, що не могло мати негативного впливу на подальший розвиток дитини.

Щоб уточнити наявність можливих патологій розвитку дитини, в анкеті сформульовано питання стосовно патологій при народженні.

Загальні результати представлені в таблиці 3.13. та візуально зображені на рисунку 3.10.

Таблиця 3.13.

#### Порівняння показників критерію «патології при пологах»

Наявність патологій при пологах	Група А		Група Б		φ* Фішера
	п	%	п	%	
Патологій не було	79	81,4	80	84,2	-
Патології були	18	18,6	15	15,8	-
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$



Рис.3.10. Розподіл показників критерію «патології при пологах»

Аналіз за φ\*Р. Фішером показав відсутність значимих відмінностей між відсотковими показниками цього критерію. Але в групі А частіше спостерігались: велика кількість знеболювальних, стимуляція родової діяльності, зелені навколоплідні води. Це може бути пов'язано з зниженим гемоглобіном та токсоплазмозом у жінок з групи А.

На питання анкети стосовно захворювання дитини одразу після пологів нами були отримані відповіді, що представлені в таблиці 3.14. та візуально зображені на рисунку 3.11.

Таблиця 3.14.

Порівняння показників критерію  
«захворювання дитини одразу після народження»

Критерій	Група А		Група Б		φ* Фішера
	п	%	п	%	
Захворювань не було	43	44,30	58	61,00	2,597**
Захворювання були	54	55,70	37	39,00	2,28**
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

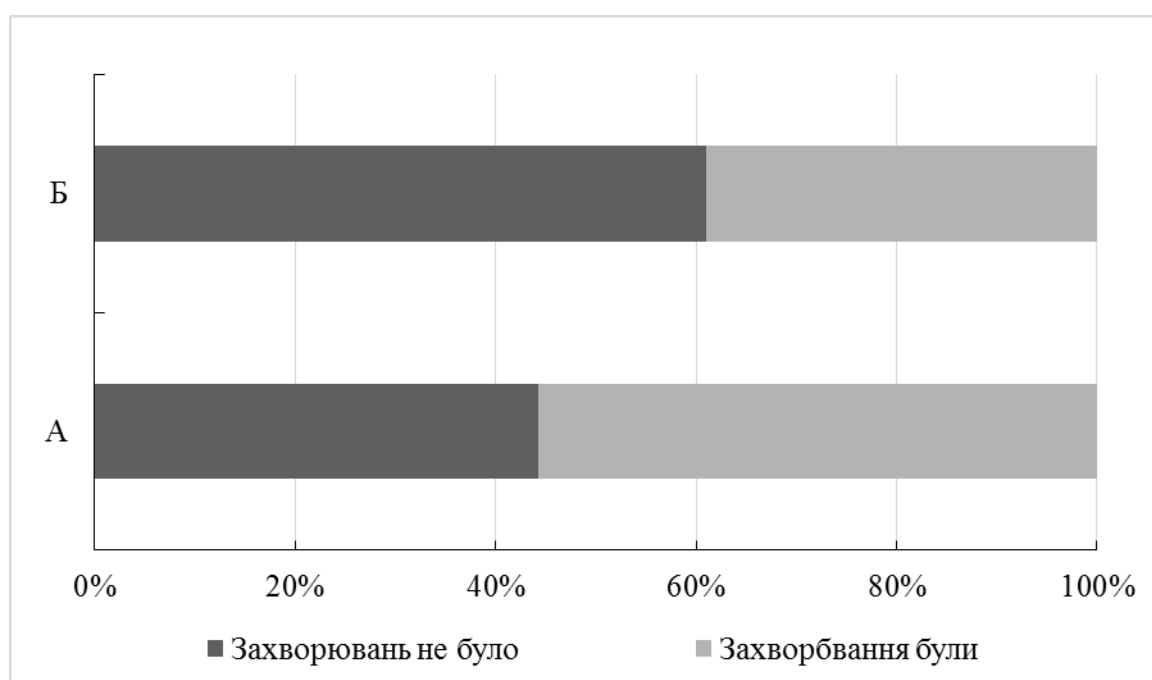


Рис. 3.11. Розподіл показників за критерієм «захворювання дитини одразу після народження»

Порівняння відсоткових показників цього критерію дозволяє говорити про значимі відмінності у наявності захворювань дитини одразу після народження стосовно групи А. Отже, в групі А було більше сімей, діти яких мали захворювання після народження. До таких захворювань батьки

відносили: гостре респіраторне захворювання, неврологічні захворювання, бактеріальні захворювання, важкий стоматит, бронхіт, регрес після щеплення, пупкова грижа та кишкові розлади. Складні ранні захворювання дітей могли мати вплив на їх розвиток та за неможливості матері адаптуватись до дитини (при її складному фізіологічному стані) спричиняти аутизацію. За захворювання дітей з групи Б мали більш легкий характер: гостре респіраторне захворювання, кишкові розлади, бронхіт.

Додатково для групи А в анкеті було поставлено питання про віковий період, коли батьки помітили зміни у стані дитини. Батьків починав хвилювати стан дитини у: 1 р. – 9 (9,3%); 1 р.10м. – 2 (2%); 1,5 (після щеплення) – 9 (9,3%); 2 р. – (після щеплення) – 48 (49,5%); 3 р. – 29 (29,9%). Візуально розподіл зображено на рисунку 3.12.

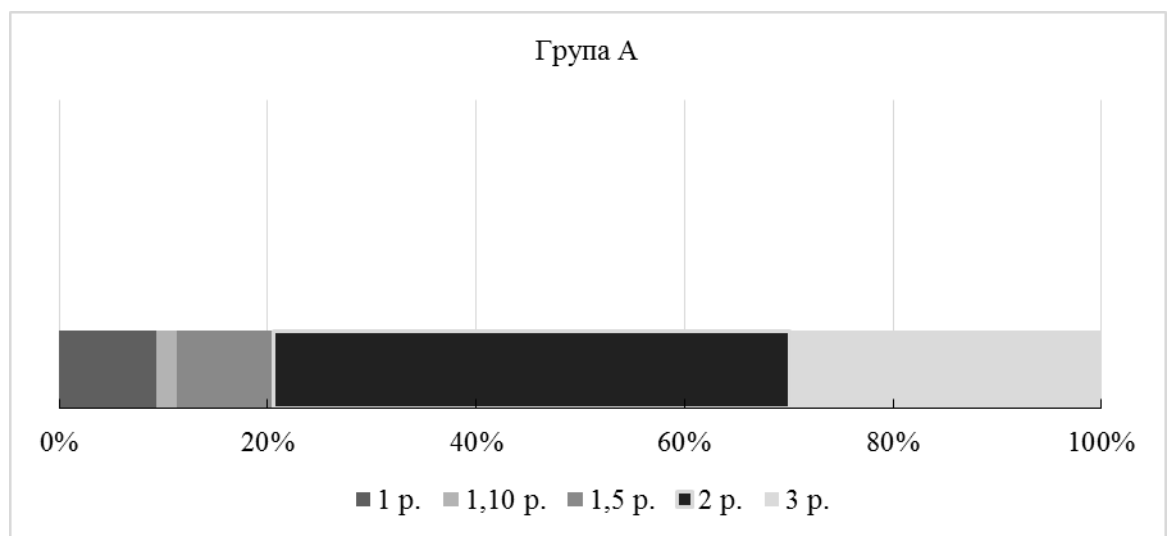


Рис. 3.12. Розподіл показників відносно віку дітей, коли батьки помітили зміни

Здійснивши аналіз отриманих відповідей, можна зазначити, що більшу частину батьків 49,5% та 29,9% занепокоїв стан дитини у віці 2 та 3 роки. Це віковий період, в якому діти переживають «кризу 3 років». На етапів кризи вони починають виявляти негативізм, агресію, починають говорити займенник «Я» та хочуть робити усе самі, відкидаючи допомогу дорослих,

починають задавати багато запитань, на які не потребують відповіді. Зазначена криза має різні вияви у дітей з РАС та нейротипових дітей [41]. У дітей із РАС агресія, негативізм можуть мати більш виражений характер, тоді як буде відсутнім займенник «Я» та наявність великої кількості запитань. Це могло спонукати батьків до розуміння, що з дитиною щось відбувається. За психоаналітичною теорією, 2-3 роки – період «Дзеркала», коли дитина усвідомлює своє «Я» через розуміння, що у дзеркалі знаходиться саме вона, а не інший. Цей період є досить вирішальним, за напрямком якої особистісної структури (невротичної, психотичної або ординарного психозу) буде здійснюватися подальший розвиток особистості. Зрозуміло, чому батьки звертають увагу на виникнення певних психологічних проблем із дитиною саме в ці вікові проміжки.

Із нашого практичного досвіду висновуємо, що батьки відпочатку ведуть дитину до логопедів або психологів із запитом спонукати мову дитини, оскільки діти до певного віку не говорили; думки щодо наявності аутистичних розладів виникали у батьків вже постфактум. Цей факт зумовив наявність в анкеті питання стосовно початку вимови перших слів дітьми.

Загальні результати за зазначеним питанням представлені в таблиці 3.15. та зображені на рисунку 3.13.

Таблиця 3.15.

## Порівняння показників критерію «вік вимови перших слів»

Вік	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
8-12 місяців	12	12,40	65	68,40	8,972**
1,5-3 роки	63	64,90	30	31,60	4,754**
4-6 років	18	18,60	-	-	6,28**
Немає мовлення	4	4,10	-	-	2,869**
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

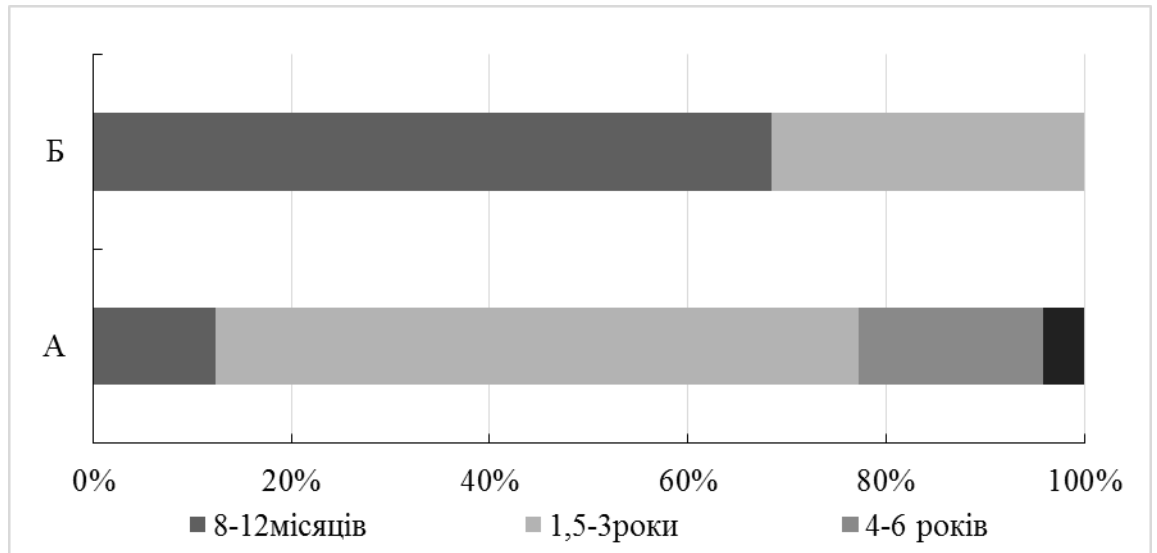


Рис. 3.13. Розподіл показників за критерієм «вік вимови перших слів»

Здійснивши аналіз результатів таблиці 3.15., можемо констатувати, що значимі відмінності між відсотковими показниками були виявлені в таких вікових періодах початку мовлення: 8-12 місяців, 1,5-3 роки, 4-6 роки. У 8-12 місяців діти батьків з групи Б починали вимовляти перші слова. Для групи А вік вимови перших слів був у вікові проміжки 1,5-3 роки, 4-6 роки. Відмінності між відсотковими показниками стосувались відсутності мовлення взагалі. Це було властиве тільки дітям з групи А. Для дітей з групи Б є більш характерним починати вимовляти свої перші слова у більш ранньому віці на відміну від дітей з групи А. У теоретичному розділі ми зазначали про наявність порушень дзеркальних нейронів у дітей, що мають аутизм і можливе об'єктування з боку батьків через їхні психологічні особливості, це може призводити до виникнення проблем з раннім оволодінням мовленням.

Для розмежування особистісної й ситуативної тривожності батьків в анкеті було сформульовано питання стосовно емоційного стану на момент проходження опитування.

Загальні результати стосовно жінок і чоловіків наведено в таблиці 3.16. Візуально результати зображені на рисунку 3.14.

Таблиця 3.16.

## Порівняння показників критерію «ситуативна тривога»

Критерій	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
<b>Жінки</b>					
Я спокійна як завжди	24	24,70	31	32,60	-
Є хвилювання, вони пов'язані з пандемією	5	5,20	15	15,80	2,582**
Є хвилювання, вони не пов'язані з пандемією	27	27,80	15	15,80	2,007*
Це моя особливість, я завжди хвилююсь за своїх близьких та сім'ю	36	37,10	29	30,50	-
Власний варіант	5	5,20	5	5,30	-
	97	100,00	95	100,00	
<b>Чоловіки</b>					
Я спокійний як завжди	62	63,9	61	64,2	-
Є хвилювання, вони пов'язані з пандемією	8	8,2	2	2,1	2,02*
Є хвилювання, вони не пов'язані з пандемією	16	16,5	19	20	-
Це моя особливість, я завжди хвилююсь за своїх близьких та сім'ю	9	9,3	12	12,6	-
Власний варіант	2	2,1	1	1,1	-
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

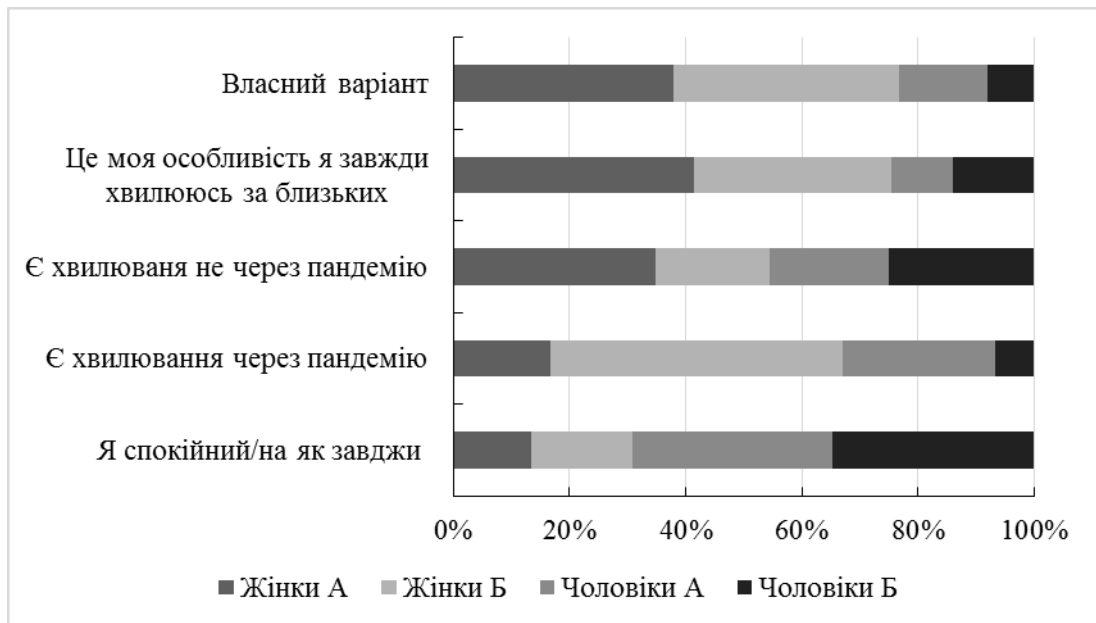


Рис. 3.14. Розподіл показників стосовно критерію «ситуативна тривожність»

Проаналізувавши результати таблиці 3.16., зазначасмо наявність значимих відмінностей між відсотковими показниками стосовно хвилювань, пов'язаних із ситуацією пандемії в жінок групи Б. Жінки групи Б більшою мірою відчують хвилювання стосовно пандемії, аніж жінки групи А. Це можна пояснити тим, що жінки з групи Б можуть бути більш соціально активними на відміну від жінок з групи А. Жінки з групи А можуть меншою мірою відвідувати різні соціальні місця через наявність аутизації сім'ї та хвилювань через неприйняття суспільством їхньої дитини. Коло їх соціальної взаємодії може обмежуватись центрами розвитку та відвідуванням родичів другого ступеня. Жінки групи А більшою мірою на відміну від жінок групи Б відчують хвилювання, не пов'язані з пандемією. До категорії таких хвилювань жінки відносили переживання стосовно майбутнього свого та своєї дитини, хвилювання з приводу фінансів та інше. Чоловіки більшою мірою відчували себе емоційно спокійними на відміну від жінок. Можливо, це пов'язане з певними стереотипами стосовно чоловіків, що спричиняє приховування ними свого реального емоційного стану. Чоловіки меншою мірою виражали хвилювання стосовно своїх родин і більше виказували

стурбованість стосовно роботи та фінансів. Наведене ми спостерігали при роботі з сім'ями.

Отже, можемо констатувати, що в групі А та групі Б жінки є більш стурбованими і частіше переживають різноманітні хвилювання, ніж чоловіки за результатами анкети.

Виходячи з теоретичних узагальнень про важливість впливу на адаптацію мами до дитини, її відчуття захищеності та опори, які можуть надати чоловік або Держава, в анкеті наведено два питання, які стосувались статусу батьків під час вагітності та в перший рік після народження дитини. Адже якщо пара проживає разом у законному шлюбі, це може надавати жінці більше впевненості, відчуття захищеності, більшої економічної стабільності. Є інший, який може забезпечувати економіку родини та підтримку мамі, поки жінка доглядає дитину. Це дозволяє їй більше виявляти уваги до дитини й докладати відповідних зусиль задля догляду за новонародженим та адаптуватись до нього.

Загальні результати стосовно статусу батьків під час вагітності представлені в таблиці 3.17. та візуально зображені на рисунку 3.15.

Таблиця 3.17.

## Порівняння показників критерію «статус батьків» під час вагітності

Критерій	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
Жили разом, але не були одружені	33	34,00	39	41,10	-
Були одружені та жили разом	50	51,50	42	44,20	-
Були одружені та не жили разом	5	5,20	9	9,50	-
Зустрічались але не жили разом	7	7,20	5	5,20	-
Під час вагітності припинили стосунки	2	2,10	-	-	2,046*
	97	100,00	95	100,00	

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$





Рис. 3.15. Розподіл показників за критерієм «статус батьків» під час вагітності

Проаналізувавши результати таблиці 3.17., можемо констатувати, що для батьків з групи А було властивим розлучатись у період вагітності ( $\phi^* = 2,046^*$ ).

Загальні результати стосовно статусу батьків у перший рік після народження дитини наведено в таблиці 3.18. та візуально зображено на рисунку 3.16.

Таблиця 3.18.

Порівняння показників критерію «статус батьків»  
у перший рік після народження дитини

Критерій	Група А		Група Б		φ* Фішера
	n	%	n	%	
Жили разом але не були одружені	33	34,00	39	41,10	-
	30,9	34,00	39	41,10	1,636*
Були одружені та жили разом	50	51,50	41	43,10	-
	48	49,50	44	46,30	-
Були одружені та не жили разом	9	9,30	9	9,50	-
Зустрічались але не жили разом	7	7,20	2	2,10	1,756*

Продовж., табл. 3.18.

В перший рік після народження дитини припинили стосунки	3	3,10	-	-	2,490**
	97	100,00	95	100,00	

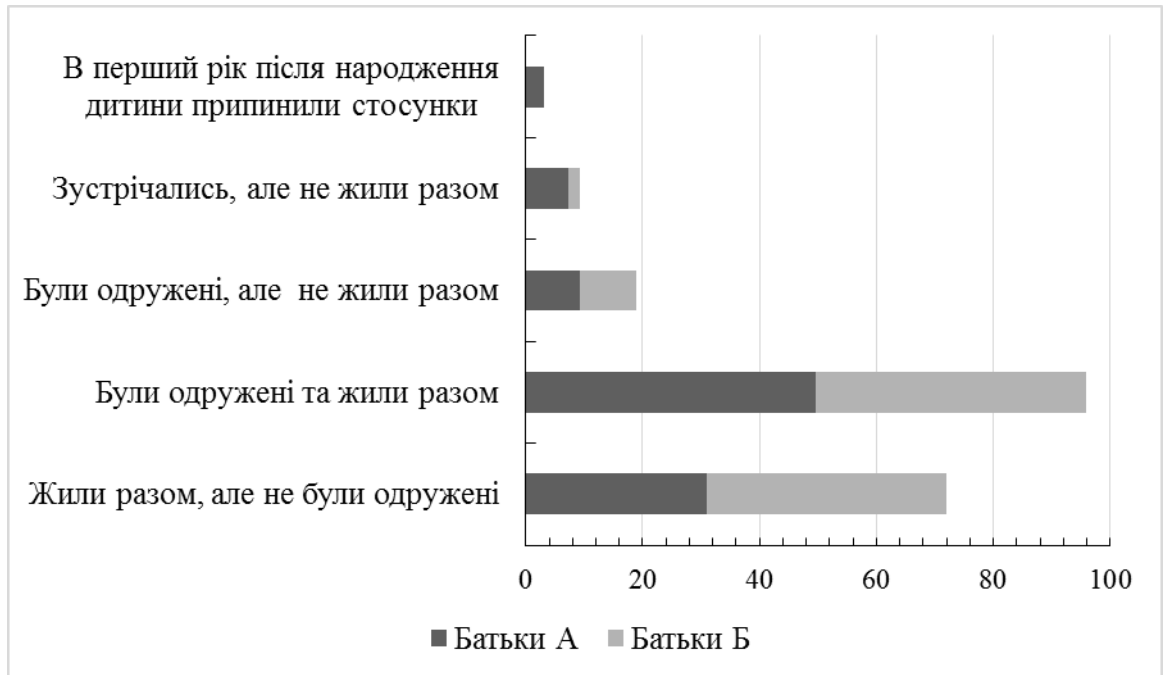
Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$ 

Рис.3.16. Розподіл показників за критерієм «статус батьків» перший рік після народження дитини

Здійснений аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновок про наявність значимих відмінностей між відсотковими показниками групи А та групи Б. Категорія батьків, які припинили стосунки в перший рік після народження дитини ( $\varphi^* = 2,490^{**}$ ), переважає саме в групі А. Також батьки з групи А частіше зустрічались, але не жили разом у перший рік після народження дитини ( $\varphi^* = 1,756^*$ ). Отриману різницю ми можемо пояснити результатами, що були представлені нами вище, а саме які відносились до критерію «психотравми під час вагітності». Жінки групи А частіше як психотравму зазначали конфлікти між ними й чоловіками; ними і свекрухами (родина чоловіка); ними і власними батьками. Це все в подальшому могло

призвести до зміни сімейного статусу. Нажаль, нам не вдалося дізнатись причин, чому для пар з групи А було більш характерним зустрічатись, але не жити разом. Можемо припустити кілька варіантів: це може бути пов'язане з фінансовим становищем пари, яка не могла дозволити собі жити разом; саме бажання чоловіка й жінки, їх психологічна сумісність, що може бути перешкодою до спільного проживання; нестабільність у стосунках одного з партнерів; можливість наявності певних залежностей у одного з батьків. Зазначене може мати вплив на можливість мами відчувати себе в безпеці, впливати на її емоційний стан перший рік після народження дитини та відволікати від налагодження комунікації з дитиною, яка може потребувати її повної уваги. Деякі діти групи А після народження мали певні захворювання, які могли впливати на їх фізіологічний і психологічний стан. Це потребувало від жінки бути для дитини певним джерелом (зрозуміти та проінтерпретувати, назвати почуття дитини) для почуттів та емоції, що переживає дитина, щоб зняти її напругу. Мама має перебувати в досить стабільному емоційному стані. Неможливість жінки виступити цим джерелом, здатним транслювати емоції дитини, може призвести до подальшого погіршення в побудові комунікації дитини як з самою матір'ю, так і з навколишнім світом.

### **3.2. Профілі психологічних особливостей особистості батьків**

У підрозділі наведено аналіз результатів психодіагностичного дослідження особистості батьків групи А та групи Б. Емпіричні дані представлено в таблиці 3.6. Додатку И та таблиці 3.7. Додатку К. Було визначено показники таких властивостей особистості: особистісна тривожність, депресія, психотизм, нейротизм, аутистичні риси й систематизація.

Загальні результати наведено в таблиці 3.19. та зображено на рисунку 3.17.

Таблиця 3.19.

Порівняння показників  
психологічних особливостей особистості батьків

Психологічна особливість	Група А n – 110		Група Б n – 122		φ* Фішера
	n	%	n	%	
Особистісна тривожність	54	49	53	43,4	-
Депресія	49	44,5	48	39,4	-
Нейротизм	29	26,4	18	14,8	2,376**
Психотизм	22	20	14	11,4	1,975*
AQ	74	67,2	36	29,5	5,828**
SQ	9	8,2	6	4,4	-

Примітка: \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

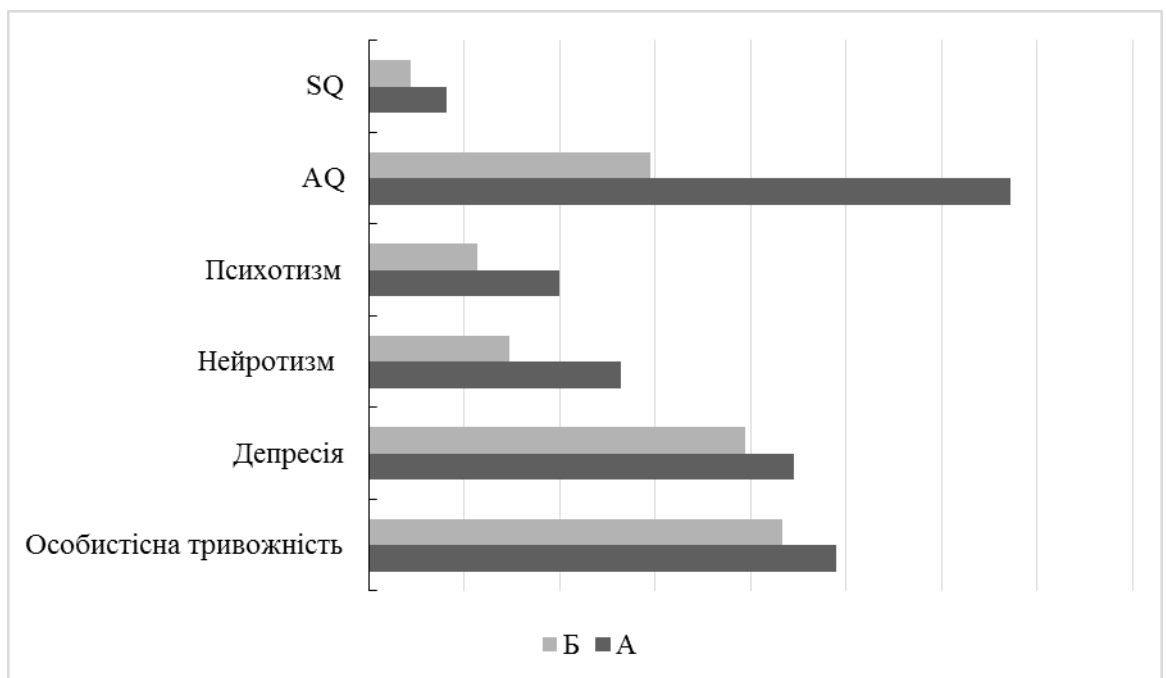


Рис. 3.17. Розподіл показників психологічних особливостей особистості батьків

Інфографіка дозволяє констатувати, що для групи А і групи Б є досить властивим високий рівень особистісної тривожності й депресії. Стосовно депресії, за останніми даними Міністерства охорони здоров'я України, в українців з 2008 по 2012 суттєво зріс відсоток захворювань на депресивні

розлади. Зараз, нажаль, немає більш актуальних, офіційних результатів зі статистики, тому можемо припустити, що цей показник, маючи тенденцію до зростання, також зріс у 2021 р. по відношенню до 2012 року. Це відбулось стосовно подій, пережитих українцями протягом цих років. Так, для обох груп було властиве, що батьки більшою мірою мали вияви легкої депресії. Нагадаємо, що легка депресія може виявлятися у пониженій настрої або, навпаки, ажіатованості, вияві психосоматичних захворювань та іпохондрії, що ми спостерігали у батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектру. Як ми зазначали у першому розділі, депресивні стани можуть бути пов'язані зі втратою значимого об'єкту. Таким об'єктом можуть бути близькі родичі, кохані. Також, це може бути пов'язане зі втратою власної ідентичності, яка була пов'язана з роботою чи певним статусом, що може призводити до виникнення депресивних станів, які впливають на стан здоров'я, соціальну поведінку й побудову стосунків людини.

Здійснивши математичний аналіз за критерієм  $\phi^*P$ . Фішера, були виявлені значимі відмінності між відсотковими показниками у особливостях особистості нейротизм, психотизм та аутистичні риси (AQ) групи А по відношенню до групи Б. Так, батьки з групи А показали більші прояви нейротизму, психотизму та аутистичних рис особистості. Це відповідає результатам науковців-практиків, які були наведені нами в першому розділі, а саме, про превалювання високих показників нейротизму, психотизму та аутистичних рис у родичів дітей з аутизмом.

Математичний аналіз не показав значимих відмінностей між відсотковими показниками особистісних особливостей систематизації (SQ).

Нами було здійснено кореляційний аналіз  $r_{xy}$  К. Пірсона по відношенню до наведених психологічних особливостей особистості. Загальні результати для групи А наведено в таблиці 3.20, для групи Б результати представлено в таблиці 3.21.

Таблиця 3.20.

## Матриця кореляційних зв'язків групи А

	ТХ	ОТ	Д	Н	П	AQ	SQ
ТХ							
ОТ	0,27**						
Д	-	0,59**					
Н	-	0,48**	0,52**				
П	0,32**	0,46**	-	-0,23**			
AQ	0,65**	0,23**	0,18*	-	0,423**		
SQ	0,26**	-	-	-	0,41**	0,41**	

Примітка: \* – на рівні значущості  $p < 0,05$ ; \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

Позначки: ТХ – технічне спрямування; ОТ – особистісна тривожність; Д – депресія; Н – нейротизм; П – психотизм; AQ – аутистичний компонент; SQ – систематизація

Отже, ми можемо говорити про взаємозв'язок показників рівня особистісної тривожності й депресії. Чим вищий рівень особистісної тривожності, тим вищі показники депресії. Високий рівень особистісної тривожності виступає як стала особистісна риса – можна припустити, що батькам, які мають високий рівень особистісної тривожності, будуть властиві депресивні стани, рівень яких може залежати від умов як зовнішнього характеру (економічний, політичний стан у державі, стреси пов'язані з роботою, або з сім'єю), так і внутрішнього (специфічна робота синапсів нервової системи, що є генетично обумовленим та призводить до депресивних розладів). Відносно особистісної тривожності були отримані кореляційні зв'язки з нейротизмом. Від підвищення показника особистісної тривожності буде залежати підвищення проявів нейротизму. Це можна пояснити, тим, що до виявів нейротизму Г. Айзенк відносив тривожність. Сильні позитивні кореляційні зв'язки були виявлені між особистісною тривожністю й аутистичними рисами, між особистісною тривожністю і психотизмом. Це також пояснюється схожістю рис, які входять до цих особистісних особливостей особистості. При підвищенні показників

психотизму будуть підвищуватись показники аутистичних рис і систематизації. Це пов'язано, імовірно, з тим, що до шкали психотизму Г. Айзенком були віднесені ті особистісні риси, що будуть мати вияв і за наявності аутистичних рис і систематизації: порушення комунікації, відгородженість, замкнутість, егоцентрованність, що при аутистичних рисах буде виявлятися у відході від дійсності; можливе сприйняття навколишнього світу як загрозового, придушення агресії. Були виявлені кореляційні зв'язки між особистісними особливостями вияву технічного та точно-наукового спрямування з аутистичними рисами, систематизацією, психотизмом та особистісною тривожністю, на що ми вказували вище. Позитивні кореляційні зв'язки були виявлені між показниками депресії та нейротизму. Рисами нейротизму є тривожність, емоційна лабільність і дезадаптованість. Вони можуть впливати на виникнення кореляційних зв'язків між показниками нейротизму й депресії, оскільки при депресії можемо спостерігати такі ж вияви, як і при нейротизмі. Негативний, обернений кореляційний зв'язок виявлено між нейротизмом і психотизмом. При підвищенні показників нейротизму показники психотизму будуть знижуватись.

Таблиця 3.21.

Матриця кореляційних зав'язків групи Б

	ТХ	ОТ	Д	Н	П	AQ	SQ
ТХ							
ОТ	0,19*						
Д	0,15*	0,52**					
Н	0,15*	0,48**	0,41**				
П	-	0,36**	0,271**	0,31**			
AQ	0,33**	0,15*	-	-	0,20*		
SQ	-	-	-	-	0,23**		

Примітка: \* – на рівні значущості  $p < 0,05$ ; \*\* – на рівні значущості  $p < 0,1$

Позначки: ТХ – технічне спрямування; ОТ – особистісна тривожність; Д – 0,19 – депресія; Н – нейротизм; П – психотизм; AQ – аутистичний компонент; SQ – систематизація

Відносно вияву психологічних особливостей особистісної тривожності й депресії в групі Б також були встановлені позитивні кореляційні зв'язки. Це

стосується і показників кореляційних зв'язків між депресією та нейротизмом, що ми описували стосовно батьків групи А. Були виявлені сильні кореляційні зв'язки між особистісною тривожністю та психотизмом. Це можна пояснити подібністю виявів психотизму й особистісної тривожності, які можуть мати вияв у відстороненні від світу та сприйнятті багатьох зовнішніх впливів як ворожих. Як і в групі А, в групі Б були виявлені позитивні кореляційні зв'язки між особистісною тривожністю та нейротизмом. На відміну від групи А в групі Б не було виявлено кореляційних зв'язків між показниками «технічне та точно-наукове спрямування з систематизацією», а кореляційні зв'язки між показниками «технічне та точно-наукове спрямування» й аутистичні риси мають більш слабкий характер. Це пояснюється меншою наявністю у групі Б осіб, які мають аутистичні риси на відміну від групи А. Помірні зв'язки були виявлені і між такими виявами, як психотизм та аутистичні риси. Помірність зв'язків можна пояснити меншою кількістю осіб, які вказували психотичні вияви й аутистичні риси у групі Б. На відміну від групи А в групі Б були виявлені кореляційні зв'язки між особистісними особливостями депресії та психотизму, нейротизму та психотизму, систематизації і психотизму. Це пояснюється схожістю тих рис, які складають ці особистісні особливості.

Отже, можемо зробити висновок: в обох групах було виявлено значимі кореляційні зв'язки між виокремленими особистісними особливостями. В групі А спостерігається більша кількість сильних зв'язків між особистісними особливостями, тоді як у групі Б більше помірних зв'язків. В групі А є відсутніми зв'язки між технічним та точно-науковим освітнім спрямуванням із депресією та нейротизмом; між особистісною тривожністю й систематизацією; між депресією з психотизмом і систематизацією; між нейротизмом з аутистичними рисами й систематизацією. У групі Б зв'язки відсутні між технічним та точно-науковим освітнім спрямуванням із психотизмом і систематизацією; між особистісною тривожністю з аутистичними рисами й систематизацією; між депресією з аутистичними



рисами й систематизацією; між нейротизмом з аутистичними рисами й систематизацією.

Використовуючи результати наведеного кореляційного аналізу, ми відтворили зв'язки між психологічними особливостями особистості батьків обох груп для візуального представлення та можливості порівняння їх особистості (див. рисунки 3.18. та 3.19.).

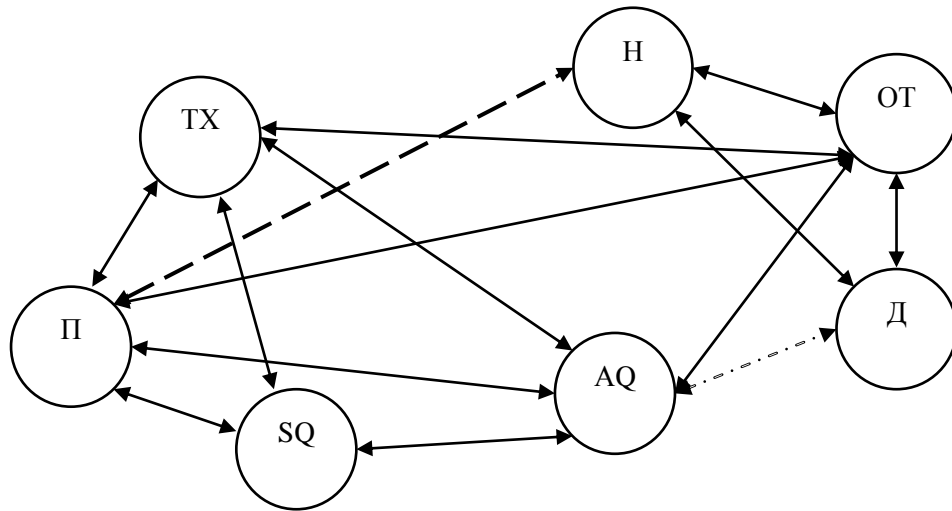


Рис.3.18. Візуально зображені зв'язки психологічних особливостей особистості батьків групи А у вигляді плеяд

————> сильний зв'язок, - - - -> помірний зв'язок, — —> обернений зв'язок

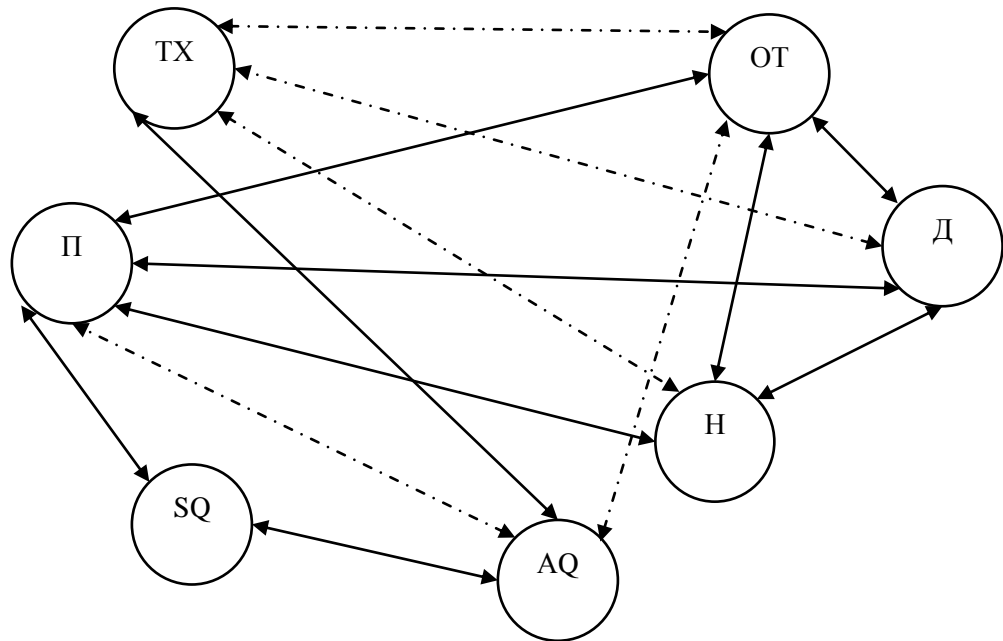


Рис. 3.19. Візуально зображені зв'язки психологічних особливостей особистості батьків групи Б у вигляді плеяд

————> сильний зв'язок, - - - -> помірний зв'язок

Здійснивши аналіз наведених плеяд, можемо говорити про значні відмінності у візуальному представленні особистості батьків з групи А та групи Б. Зображення психологічних особливостей особистості батьків з групи А є більш круговим і замкненим, із превалюванням стійкого зв'язку між психологічними особливостями. Із рисунку можна виявити згуртовування кількох виражених плеяд. До першої віднесено аутистичні риси, систематизацію та психотизм із доєднаним технічним та точно-науковим спрямуванням (аутистична складова). До другої плеяди віднесено особистісну тривожність, депресію та нейротизм (невротична складова). Між собою дві плеяди поєднуються через зв'язок між особистісною тривожністю, аутистичними рисами, технічним і точно-науковим спрямуванням, психотизмом. Це поєднання утворює третю виражену плеяду, у якій виокремлюються додаткові п'ять: особистісна тривожність, аутистичні риси, психотизм; аутистичні риси, систематизація, психотизм; систематизація, психотизм, технічне та точно-наукове спрямування; аутистичні риси, систематизація, технічне й точно-наукове спрямування; особистісна

тривожність, психотизм, технічне й точно-наукове спрямування. Можна спостерігати поєднання двох плеяд (невротична й аутистична складова) через негативний обернений зв'язок між нейротизмом і психотизмом.

У візуальному зображенні особистості батьків з групи Б спостерігаємо кілька плеяд. Одна із плеяд складається з: особистісної тривожності, депресії, нейротизму та психотизму (психотична складова), інші, віднесені до складу першої. Перша внутрішня плеяда дублює групування, яке ми спостерігали у групі А, а саме, особистісної тривожності, нейротизму та депресії (невротична складова). Спостерігаємо також три внутрішні плеяди: депресія, нейротизм, психотизм; депресія, особистісна тривожність, психотизм; нейротизм особистісна тривожність, психотизм. Аутистичні риси, систематизація, технічне й точно-наукове спрямування мають статус секундарних (у стороні) стосовно основної плеяди, поєднуються з нею через сильний зв'язок між психотизмом та нейротизмом, депресією, особистісною тривожністю. Наявний помірний зв'язок між аутистичними рисами й особистісною тривожністю. Технічне та точно-наукове спрямування мають статус секундарних (у стороні) стосовно основної плеяди та поєднується з нею помірними зв'язками через деякі компоненти (ОТ, Д, Н).

Отже, можемо говорити про провідну роль в особистості батьків з групи А таких особистісних особливостей як: аутистичні риси, систематизація, психотизм, особистісна тривожність, депресія, технічне та точно-наукове спрямування, тобто, усі ті, що були нами виокремлені завдяки аналізу теоретичних джерел та експериментальної взаємодії з сім'ями, які виховують дітей з аутизмом. Для батьків з групи Б провідними є такі особистісні особливості, як: особистісна тривожність, депресія, нейротизм та психотизм. Аутистичні риси, систематизація, технічне та точно-наукове спрямування відходять на другий план, та майже не впливають на особистість батьків. Уважаємо, наявність, вираженість і специфіку взаємозв'язків аутистичних рис, систематизації, технічного та точно-наукового спрямування з іншими психологічними особливостями

особистості батьків групи А такими, які можуть впливати на їх специфіку взаємодії з дитиною, що може призводити до аутизації як дитини, так і сім'ї в цілому. Наведене може мати вплив на специфіку взаємодії батьків зі спеціалістами. Це може викликати складнощі у введенні дитини до інклюзивного середовища.

Задля можливості побудови візуального графіку особистості батьків групи А та групи Б, подальшого аналізу та якісного опису було використано розрахунок модального значення мода ( $M_o$ ), що дозволило виокремити бальний показник, який частіше спостерігається у групі за результатами діагностування особистісних особливостей. На основі балів, що є частіше представленими у групах батьків, ми побудували профіль особистості жінок і чоловіків з груп А та Б.

Загальні результати за  $M_o$  наведено в таблиці 3.22., профілі особистості батьків обох груп зображено на рисунках 3.20., 3.21., 3.22., 3.23.

Таблиця 3.22.

## Показники моди в групі А і Б

Критерій	Група А n – 110 осіб		Група Б n – 122 осіб	
	Жінки n – 87	Чоловіки n - 23	Жінки n – 27	Чоловіки n – 95
Особистісна тривожність	47	46	46	40
Депресія	12	1	2	1
Нейротизм	8	8	13	11
Психотизм	3	5	3	1
Аутистичні риси	26	29	25	22
Систематизація	17	35	2	31
Технічне та точно-наукове спрямування	3	5	3	5

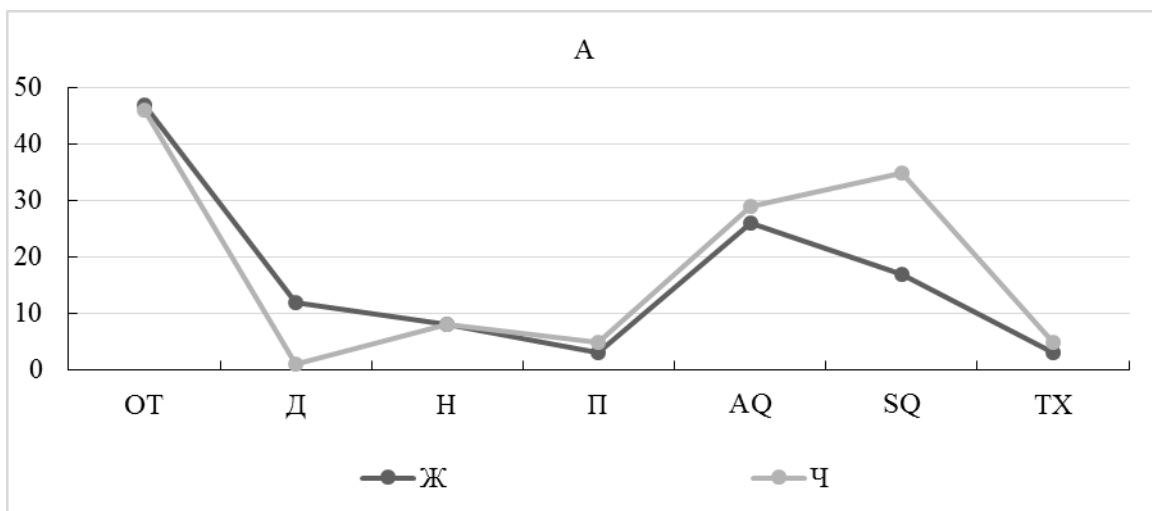


Рис. 3.20. Профіль особистості батьків групи А

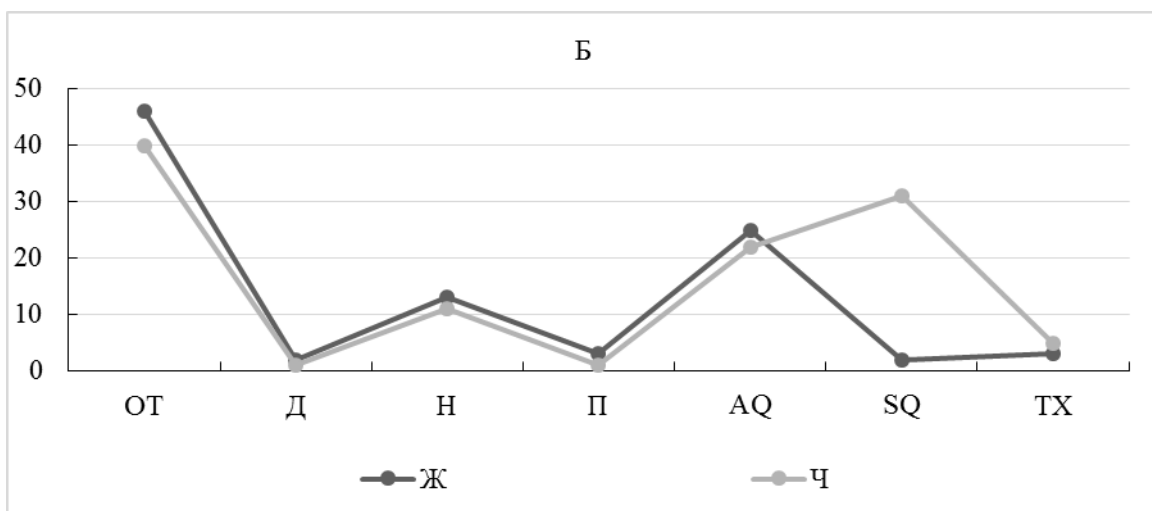


Рис. 3.21. Профіль особистості батьків групи Б

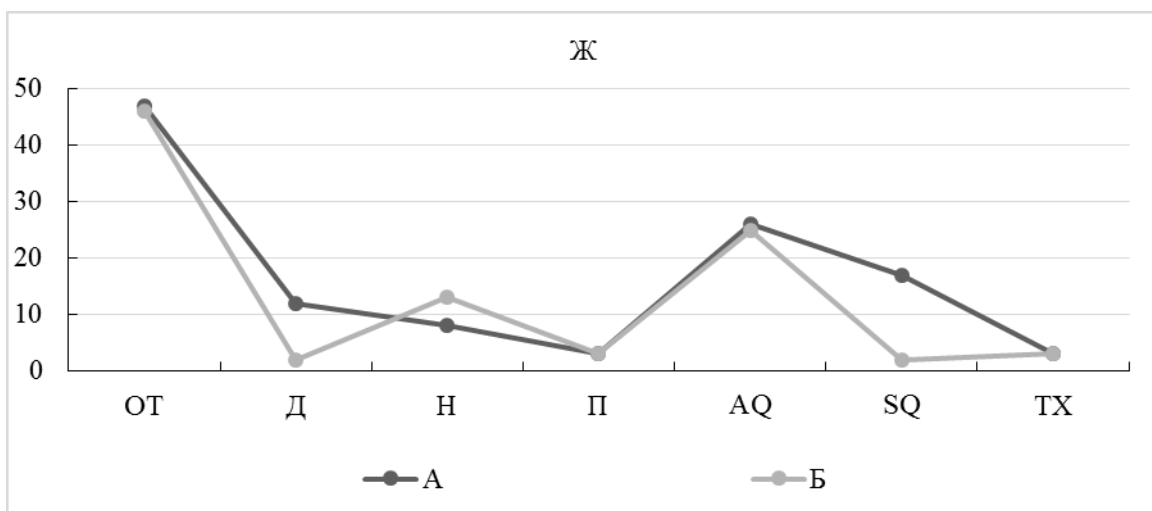


Рис. 3.22. Профілі особистості жінок

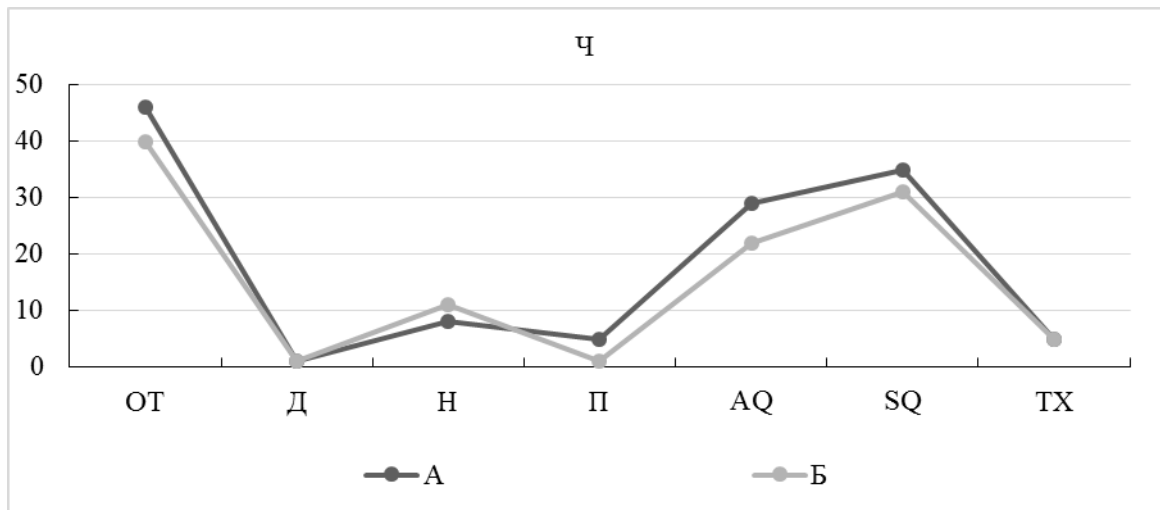


Рис. 3.23. Профілі особистості чоловіків

Здійснивши порівняльний аналіз наведених профілів, констатуємо, що профілі батьків з групи Б за своїм малюнком є практично ідентичними. Значну різницю у піках профілю особистості батьків з групи Б можна спостерігати тільки в показниках систематизації. Це пояснюється тим, що для чоловіків є характернішим більш високий рівень систематизації на відміну від жінок. Для жінок є характерним високий рівень емпатії та низький рівень систематизації, про що ми зазначали в теоретичній частині. Профілі батьків з групи А також між собою подібні, водночас у них спостерігаємо більшу різницю між піками в депресії, тоді як пік у показниках систематизації жінок з групи А є вищим за цей пік у жінок з групи Б та наближується до показників систематизації у чоловіків з групи А. Як у жінок, так і у чоловіків з групи А можемо спостерігати вищі піки стосовно аутистичних рис і систематизації на відміну від батьків з групи Б. Це може підтверджувати теорію асортативних шлюбів С. Барона-Коена.

Аналіз профілів жінок і чоловіків з обох груп показав, що профілі чоловіків є практично ідентичними. Різниця полягає тільки в силі вияву (що виражено в більш високому пікові) аутистичних рис і систематизації. Середній бал систематизації чоловіків з групи А становить тридцять п'ять, що на один бал нижче за середні результати осіб з аутизмом Аспергера чи високофункціональним аутизмом. Середній бал чоловіків з групи Б по

систематизації становить тридцять один. Цей бал відповідає середньому балу нейротипових чоловіків з генеральної сукупності. Чоловіки з групи А також мають підвищені середні показники (29 балів) з AQ тесту, що вказує на наявність аутистичних рис. Середній результат чоловіків з групи Б по тесту AQ становить двадцять два бали, що свідчить про відсутність аутистичних рис.

Профілі жінок, на відміну від чоловіків, мають більше розбіжностей. Розбіжності за динамікою вияву (висоті піку) можемо спостерігати в середньому показнику депресії. Так, для жінок з групи А він є вищим за середні показники жінок з групи Б. Більший пік можна спостерігати в середніх показниках по систематизації у жінок з групи А. Середні значення показників нейротизму є вищими у профілі особистості жінок з групи Б. Середні значення аутистичних рис у жінок з групи А відповідають початковому балу (26), з якого показник прояву аутистичних рис вважається підвищеним. У жінок з групи Б він становить двадцять п'ять балів, на один бал менше – відсутність аутистичних рис.

Отже, можемо припустити, що поєднання жінок і чоловіків зі схожими профілями особистості, які властиві чоловікам і жінкам з групи А, може призводити до впливу їх особистості на аутизацію дитини. Плануємо в подальшому дослідити взаємозв'язок особистісного профілю батьків на вплив виникнення аутизації дитини до встановлення їй діагнозу *аутизм*.

### **3.3. Варіанти підходів психологічної роботи з батьками**

Узагальнивши теоретичні пошуки та експериментальне дослідження, ми пропонуємо для роботи з батьками, які виховують дітей із РАС, два підходи: програму сімейної психокорекційної роботи та інформаційно-просвітницьку роботу з елементами технік «груп зустрічей» і додаткову рефлексивну методику «Записник мами», які представлені нижче.

Базами реалізації зазначених підходів виступили: Комунальне підприємство «Криворізька багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» «ДОР» (протокол від 26.04.2021 р., № 4225); Комунальний заклад освіти «Криворізька спеціальна школа «Натхнення» «ДОР» (протокол від 13.05.2021 р., № 19-13/01-437); Криворізька гімназія № 58 Криворізької міської ради (протокол від 27.04.2021 р., № 01-16/112); Студія сучасної психології та психоаналізу (протокол від 27.04.2021 р.).

Формувальна частина нашого дослідження передбачала кілька етапів.

На першому етапі дослідження було проведено сімейну психокорекційну роботу батьками (26 осіб), які мали характеристики дисгармонійної особистості, а саме: хронічні захворювання (іноді важкої форми), які впливали на перебіг вагітності та психологічний стан; високий рівень особистісної тривожності й депресію легкої форми. Основними завданнями цього етапу було:

- зниження загального рівня тривоги;
- полегшення депресивних симптомів, які виражались у іпохондричних станах і думках про смерть;
- полегшення процесу сепарації батьки від дитини.

Програма сімейної психокорекційної роботи представлена в таблиці 3.23.

Таблиця 3.23

**Програма сімейної психокорекційної роботи з батьками,  
які виховують дітей з РАС, умови реалізації**

<b>I. Сімейна психокорекційна робота</b>
<b>Інструментарій</b>
– психоаналітичний метод (недирективний підхід).
<b>Учасники</b>
– батьки, які виявили бажання саме в індивідуальній роботі та мають достатній рівень інтелектуальних можливостей; батьки, які проходять індивідуальну роботу перед тим, як розпочати роботу у групі (ознайомлювальний етап);
– спеціаліст-психолог, який пройшов додаткову підготовку з оволодіння основних психоаналітичних технік.



Продовж., табл. 3.23.

<b>Загальний термін</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– від 1 місяця (8-10 год.) до 3-х років (360 год.).</li> <li>– зустрічі відбуваються 1 або 2 рази на тиждень по 1 годині.</li> </ul>	
<b>Теми (запит)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– зниження загального рівня тривоги;</li> <li>– полегшення депресивних симптомів, які виражаються в іпохондричних станах і думках про смерть;</li> <li>– полегшення процесу сепарації від дитини.</li> </ul>	
<b>Етапи реалізації</b>	
<i>Назва етапу та термін</i>	<i>Реалізація</i>
<p>1. Психодіагностичний (індивідуально/до 10 сесій)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– збір анамнезу;</li> <li>– встановлення сетінгу: <ul style="list-style-type: none"> <li>• частота зустрічей;</li> <li>• місце (обличчям до обличчя, сидячи);</li> <li>• роз'яснення головного правила психоаналітичної техніки (говорити усе, що спадає на думку) та важливість дотримання цього правила.</li> </ul> </li> <li>– формування запиту;</li> <li>– формування семантичного поля: <ul style="list-style-type: none"> <li>• пояснення та роз'яснення основних понять психоаналізу («Я», «Воно», «Над-Я», захисні механізми, фіксація та ін.);</li> <li>• виокремлення основних понять, якими керуються батьки у своєму дискурсі.</li> </ul> </li> <li>– отримання зворотного зв'язку.</li> </ul>
<p>2. Основний етап (індивідуально/до 10 сесій)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– формування довіри до спеціаліста (при короткотривалій індивідуальній роботі);</li> <li>– формування перенесення та робота з перенесенням (в умовах довготривалої індивідуальної роботи);</li> <li>– вияв провідних захисних механізмів, послаблення захисних механізмів;</li> <li>– вияв, усвідомлення міжособових та внутрішньоособових конфліктів;</li> <li>– формування й робота з семантичним полем: <ul style="list-style-type: none"> <li>• продовження пояснення, роз'яснення основних понять психоаналізу, використання їх батьками;</li> <li>• робота з основними поняттями, якими керуються батьки у своєму дискурсі; робота з полісемантикою цих понять;</li> <li>• формування поняття «дитина-суб'єкт» та відділення цього поняття від поняття «дитина-об'єкт»;</li> <li>• роз'яснення поняття «дитина-симптом сім'ї»;</li> </ul> </li> <li>– підвищення якості саморефлексії та самоаналізу:</li> </ul>

## Продовж., табл.3.23

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• розуміння причинно-наслідкових зв'язків власної поведінки та відношення стосовно дитини та її контактів з оточенням, як це впливає на емоційне самопочуття та відчуття провини, страхи;</li> <li>• аналіз взаємодії та відносин між матір'ю і батьком як парою і вплив цих міжособових відносин на дитину та її самопочуття.</li> <li>– розв'язання конфліктів, полегшення емоційного стану;</li> <li>– зворотній зв'язок.</li> </ul>
3. <i>Етап завершення (1-5 сесій)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– прийняття рішення про завершення роботи;</li> <li>– обговорення результатів роботи (що досягли, а чого не вдалось досягти);</li> <li>– завершення роботи.</li> </ul>
<b>Загальний результат</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– зниження рівня загальної тривоги;</li> <li>– полегшення емоційного самопочуття (зменшення або повна відсутність думок про власну смерть, зниження або повна відсутність відчуття провини, зниження або повна відсутність відчуття спустошеності, зменшення або повна відсутність аутоагресії, яка може виражатись через психосоматичні вияви);</li> <li>– зниження або повна відсутність хвилювань, коли дитина знаходиться з іншими дорослими, формування розуміння «дитина-суб'єкт», покращення саморефлексії стосовно власних виховних впливів на дитину;</li> <li>– суб'єктивне позитивне враження від роботи.</li> </ul>	

Сімейна психокорекційна робота здійснювалась на засадах психоаналітичного спрямування з використанням психоаналітичних технік:

- складання психоаналітичного сетінгу.
- слідування загальному правилу психоаналізу (говорити все, що спадає на думку);
- використання інтерпретацій, конфронтацій, роз'яснень і контейнерування [125; 126; 129; 65].

Задля конкретизації та більш глибокого сприймання результатів цього етапу наведемо конкретні приклади (фрагменти опису кейсів сімейної психокорекційної роботи з батьками). Зазначені кейси представлені в таблиці 3.24. Результати аналізу психологічних особливостей батьків цієї групи також представлено у Додатку Ж.

Таблиця 3.24

Результати сімейної психокорекційної роботи з групою батьків,  
які виховують дітей із РАС

Літера найменування випадку, загальна характеристика сім'ї та особи, з якою проводилась робота	Психологічні впливи	Отримані результати
<p>Сім'я Р [33].</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Складається з мами (вагітна другою дитиною), бабусі, батько – іноземець, жив за кордоном.</li> <li>– Дитина – хлопчик, 2,7 р.</li> <li>– Диагноз був поставлений у м. Києві, а потім підтвердився в м. Одесі.</li> <li>– Друга дитина (дівчинка) народилася з неврологічними захворюваннями, що спричинило затримку розвитку.</li> <li>– Робота здійснювалась з жінкою.</li> <li>– Мати мала прояви легкої депресії, страхи пов'язані з майбутньою дитиною, високий рівень тривожності, який проявлявся у недовірі до спеціалістів, інших дорослих, інфантильних страхах.</li> <li>– Сепарація дитини від матері не відбулась. Дитину годували грудьми довгий час – до 1 року 8 місяців та різко відлучили; хлопчик замінював сосок родимкою на руці матері. Коли дитина виявляла суб'єктивність, виникав супротив з боку жінки.</li> </ul>	<p><i>Складання психоаналітичного сетінгу</i></p> <p>На початку роботи були встановлені правила, відповідний таймінг, також оговорено, чому цей таймінг має виконуватись. У силу обставин робота проходила не в кабінеті, а на дому.</p> <p><i>Загальне правило психоаналізу</i> Було обговорено, що одне з правил – говорити усе, що спадає на думку, навіть якщо це здається дивним, не важливим та ін.</p> <p><i>Використання інтерпретацій, конфронтацій, роз'яснень та контейнерування.</i> Під час роботи використовувались інтерпретації зокрема для розкриття питання сепарації від сина, тих хвилювань які виникають, коли дитина не з мамою, страхів та недовіри відносно інших дорослих та спеціалістів, які допомагають та контактують з дитиною. Під час вирішення питань стосовно тривоги використовувались конфронтація та роз'яснення. Роз'яснення також використовувалось при поясненні поведінки дитини та тих шляхів, які мати може обрати для вирішення питань розвитку. Контейнерування до жінки не застосовувалось, але для усунення небажаної поведінки дитини (смоктання родимки на руці матері) жінку навчили цій техніці.</p>	<p><i>Полегшення процесу сепарування</i> Процес сепарації розпочався, про що свідчило те, що дитина припинила смоктати родимку як замітник соска, почала вимовляти слова, відходити від матері, проявляти бажання чи не бажання контактувати з певними людьми, почав з'являтися вказівний жест, аутостимуляцій у відсутності матері припинились.</p> <p>Мати стала залишати дитину у центрі розвитку та з логопедом-дефектологом, чого до цього боялась та не хотіла робити. Виникло відчуття полегшення, оскільки син став більш «самостійним».</p> <p>Через порушення сетінгу (робота на дому, затримки, не слідування правилам) мати регресувала та намагалась повернути ситуацію до того, з чого починали роботу.</p> <p><i>Зниження загального рівня тривоги.</i> Рівень тривоги на початку роботи знизився, жінка відчувала спокій, що уможливило здійснити маленьку подорож на потягу, яка раніше викликала тривогу та страх. Жінка почала спокійно, без хвилювань залишати дитину з іншими дорослими.</p> <p>У силу того, що жінка була вагітна та мала гормональні зміни, які впливали на її стан – це ускладнювало збереження сетінгу та тих</p>

## Продовж., табл. 3.24

		результатів, які ми змогли досягти з початку. <i>Рекомендуємо</i> при роботі з вагітними жінками обов'язково проходити супервізію.
Сім'я В. – Сім'я складається з мами, тата й дитини. – Стать дитини – дівчина, 5 років. – Дівчинці діагноз був поставлений у Криворізькому психоневрологічному диспансері. – Робота проводилась з матір'ю та батьком. – Мати мала вірус імунодефіциту людини, який було діагностовано під час вагітності. Цей факт сильно вплинув на психологічне самопочуття жінки викликавши депресію та тривогу. – З боку батька хронічних захворювань не було. – Жінка відчувала складності у довірі іншим та у сепарації від дитини. Це виявлялось у небажанні та відчутті тривоги коли дитина мала залишатись з іншими дорослими.	<i>Складання психоаналітичного сетінгу</i> На початку роботи були встановлені правила та відповідний таймінг, оговорено, чому цей таймінг має виконуватись. Зазначені умови було збережено.  <i>Загальне правило психоаналізу</i> Було обговорено, що одне з правил – говорити усе, що спадає на думку, навіть якщо це здається дивним, не важливим та ін.  <i>Використання інтерпретацій, конфронтацій, роз'яснень та контейнерування.</i> Під час роботи використовувались інтерпретації, зокрема стосовно уявлень жінки і чоловіка про власну доньку. Вони мали представлення дитини у вигляді своєї правої руки, що об'єктивізувало дитину та вказувало на труднощі у сепарації. Також застосовувались роз'яснення та конфронтація відносно тривоги матері під час того, коли дитина залишається на одинці з іншими дорослими, спеціалістами чи хотіла грати з дітьми. Інтерпретації, роз'яснення та конфронтація застосовувались при роботі з недовірою жінки стосовно її чоловіка. Контейнерування та інтерпретації застосовувались при роботі з депресивними думками, зокрема про смерть та марність існування у матері.	<i>Полегшення процесу сепарування</i> Усі 5 років життя дитина не відвідувала дитячі садки та спеціалістів (логопедів-дефектологів) систематично через тривогу, хвилювання та не довіру до цих дорослих з боку матері. Завдяки роботі вдалось сформувати довіру жінки до інших дорослих, що полегшило сепарацію з дитиною та дало змогу розширити розвиток дівчини. Мати та батько помітили як їх дитина виросла; почали виділяти для неї певні обов'язки в сім'ї.  <i>Зниження загального рівня тривоги.</i> З початком сепарації та формуванням довіри до інших жінка змогла самостійно керувати станом тривоги, тобто при виникненні тривоги вона навчилась самостійно її знижувати. З'явилося відчуття легкості та свободи, які дозволили приділити увагу власному маленькому бізнесу та почати реалізовуватись не тільки з сторони материнства. Довіра до чоловіка зросла.  <i>Полегшення депресивних симптомів</i> Думки про смерть зійшли на нівець, жінка почала будувати невеликі плани на майбутнє.

<p>Сім'я А</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Стать дитини хлопчик, 3,5р.</li> <li>– Сім'я складається з батька мати й дитини.</li> <li>– Діагноз дитині поставили в м. Києві.</li> <li>– Робота проводилась з матір'ю та батьком.</li> <li>– Мати має полікістоз яєшників, що викликало певні перепони у можливості завагітніти. Мала післяродову депресію, відчувала тривогу та страхи пов'язані з думками про неї та її психологічний стан з боку інших осіб.</li> <li>– Батько не має хронічних захворювань, виказує тривожність яка проявляється у ажиатованності. Інфантильний.</li> <li>– Матір відчуває свою марність та певну байдужість до того, що відбувається. Хоча візуально виявляє прохолоду до дитини, але не наважувалась відавати хлопчика до дитячих садочків, відчувала хвилювання, що дитину можуть забрати.</li> </ul>	<p><i>Складання психоаналітичного сетінгу</i></p> <p>На початку роботи були встановлені правила та відповідний таймінг, оговорено, чому цей таймінг має виконуватись. Зазначені умови було збережено.</p> <p><i>Загальне правило психоаналізу</i></p> <p>Було обговорено, що одне з правил – говорити усе, що спадає на думку, навіть якщо це здається дивним, не важливим та ін.</p> <p><i>Використання інтерпретацій, конфронтацій, роз'яснень та контейнерування.</i></p> <p>Під час роботи використовувались інтерпретації та контейнерування стосовно самовідчуття жінки у родині та стосовно відносин чоловіка з його мамою. Роз'яснення, конфронтація та інтерпретація були використані стосовно відкидання діагнозу дитини, хвилювань відносно взаємодії хлопчика з іншими дорослими та дітьми; поведінки батьків як пари. Інтерпретація, роз'яснення та контейнерування використовувались у роботі стосовно хвилювань про власний психічний стан та те, що думають про жінку інші, її жіночність. Конфронтація, роз'яснення та контейнерування були використані під час роботи з інфантильною поведінкою чоловіка та його дитячими страхами і стосовно його матері.</p>	<p><i>Полегшення процесу сепарування</i></p> <p>Батьки змогли прийняти те, що дитина має складнощі у розвитку, що відкрило можливості відвідування спеціалістів з розвитку та різних програм. Довіра до інших дорослих зросла, що дало змогу хлопчику відвідувати дитячий садок та школу. Самі батьки вирішили питання стосовно власної несепарованності, що дозволило преїхати та вирішити більшість конфліктів, які перебували у «мовчазній» фазі з їхніми батьками.</p> <p><i>Зниження загального рівня тривоги.</i></p> <p>Зазначене вище дозволило чоловікові знизити рівень тривожності, який проявлявся у ажиатованності. Це збільшило рівень концентрації. Хвилювання жінки стосовно думок інших зменшились, але не пройшли зовсім.</p> <p><i>Полегшення депресивних симптомів</i></p> <p>Мати змогла прийняти свою жіночність, що не могла зробити довгий час після вагітності. Це мало відбиток на відносинах з сином – стала до нього проявляти ніжні почуття.</p>
<p>Сім'я Д</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Стать дитини – хлопчик, 2,5 р.</li> <li>– Склад сім'ї – мама та дитина, батько покинув жінку, коли та була вагітною.</li> <li>– Діагноз не визначений,</li> </ul>	<p><i>Складання психоаналітичного сетінгу</i></p> <p>На початку роботи були встановлені правила та відповідний таймінг, оговорено, чому цей таймінг має виконуватись. Зазначені умови було збережено.</p>	<p><i>Зниження загального рівня тривоги</i></p> <p>Жінка відчула полегшення та зниження тривоги і страху адже стала надавати сенс діям дитини та розуміти маніпулятивну гру.</p>

## Продовж., табл. 3.24.

<p>у психоневрологічному диспансері запропонували звернутись у 3 роки для більш чіткого діагностування (припускають затримку психічного розвитку та мови, або ранній дитячий аутизм).</p> <p>– Жінка не має хронічних захворювань, але постійно відвідує лікарів. Жінці здається, що в неї може бути якесь важке захворювання. Мала післяродову депресію, яка почала виражатись через іпохондрію, тривогу, страхи та відчуття спустошення. Відчуває провину, оскільки до народження сина була вагітна та зробила аборт.</p>	<p><i>Загальне правило психоаналізу</i> Було обговорено, що одне з правил – говорити усе, що спадає на думку, навіть якщо це здається дивним, не важливим та ін.</p> <p><i>Використання інтерпретацій, конфронтацій, роз'яснень та контейнерування.</i> Під час роботи з іпохондричними виявами використовувались інтерпретації та контейнерування. Інтерпретації та роз'яснення використовувались при роботі з тривогою та страхами жінки відносно її дитини та оточуючих. Конфронтація не використовувалась, але у процесі обговорення важливості будування власних кордонів ця техніка була роз'яснення та запропонована матері.</p>	<p><i>Полегшення депресивних симптомів</i> Іпохондрія стала легшою, але не пройшла (робота була не довгою). У жінки з'вилась мета яку вона планувала досягти у новому місті в яке переїжджала. Також, планувала продовжувати очну роботу з психологом в новому місті для завершення розпочатої роботи стосовно відчуття провини.</p> <p><i>Додатково:</i> Жінка почала розуміти важливість власних кордонів та почала їх вибудовувати для зниження власної сугестивності.</p>
---	---	---

На наступному (другому етапі) формувального дослідження, що проводився на основі отриманих результатів спостереження поведінки й інтерв'ю з батьками групи А., які були наведені в підрозділі 2.3. Базуючись на досвіді взаємодії з батьківськими об'єднаннями, рекомендаціях психіатрів, психологів, логопедів-дефектологів, теоретичних та експериментальних узагальненнях, було обрано такий формат роботи, як інформаційно-просвітницька діяльність із використанням елементів технік «груп зустрічі». Інформаційно-просвітницька робота відповідає запитам батьків стосовно якісного інформування й допомоги у розумінні певних, специфічних психологічних термінів щодо феномену аутизму, методів роботи, розуміння вікової психології, психології особистості та особливості особистості зокрема батьків, що виховують дитину з РАС. Як показали наші спостереження та вивчення анамнезу сімей, багато батьків самостійно шукають інформацію,

звертаються до джерел в інтернеті й соціальних мереж, обговорюють питання наявності РАС у дитини з особами, які не мають спеціальної освіти та фахових знань. Отже, треба зазначити, що без спеціальної освіти й розуміння причинності виникнення та перебігу РАС якість розуміння та сприйняття інформації батьками є неточною та впливає на на їх емоційний стан (хвилювання, непорозуміння, страхи, депресивні стани), що загострює наявність проблеми у родині.

На нашу думку, робота може бути більш ефективною саме у форматі груп зустрічей. «Групи зустрічей» мають напрямок до утворення психологічно безпечного клімату, до виразу почуттів учасниками групи, що сприяє можливості справитись з почуттям нереальності, дистанціювання, ізоляції. Ці почуття властиві батькам, які виховують дітей з РАС, як результат їх особистісних особливостей, так і як елемент аутизації сім'ї [124; 132]. Одним із результатів «груп зустрічей» є те, що люди, нарешті, зможуть прийняти самих себе через схвалення іншими учасниками. Після негативних почуттів, страху слідує вираження підтримки й почуття близькості. Група створює такі умови, що кожного разу в процесі вираження негативних почуттів не відштовхує людину, а навпаки, показує, що група може витримати ці «руйнівні» почуття та прийняти людину з цими почуттями [105; 124]. Прийняття себе, на наш погляд, є однією з важливих умов покращення емоційного стану батьків, що виховують дітей із РАС, як засіб попередження аутизації родини. Група сама по собі має терапевтичний ефект [76; 112] та є малим відображенням соціуму. Під час роботи в групі її члени мають можливість зрозуміти як їх бачать інші та відкоригувати і покращити свій емоційний стан через ефект групового зараження та групову динаміку [76]. Групова робота формує почуття єдності, створює поняття «Ми», допомагає протистояти почуттю самотності, що може знижувати тривогу [11]. У групі можна отримати через зворотній зв'язок емоційну підтримку від учасників, що мають спільні проблеми та мету відвідування групи [130 с. 25]. Терапевтична група дозволяє своїм учасникам відчутти себе

прийнятими та приймаючими, відчуті довіру й турботу. Ці умови стають допомогою у рішенні міжособистісних конфліктів, що є поза групою, дають можливість опанування нових навичок, полегшують процес самопізнання та підвищують рівень самооцінки [там само].

Зміст інформаційно-просвітницької роботи з використанням елементів технік «групи зустрічей», представлено у таблиці 3.25.

Таблиця 3.25

Інформаційно-просвітницька робота з батьками, які виховують дітей з РАС. Умови реалізації (з елементами «груп зустрічей»)

<b>II. Інформаційно-просвітницький підхід з елементами «груп зустрічей»</b>		
<b>Інструментарій</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– інформаційно-просвітницький підхід;</li> <li>– групи зустрічей (недирективний підхід, відносно неструктурований) як елемент роботи.</li> </ul>		
<b>Учасники</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– батьки, які виявили бажання саме в інформаційно-просвітницькій роботі та роботі у групі, які не входять до групи ризику (надмірно вразливі, мають нереалістичні очікування від просвітницької та групової роботи). Група батьків від 6-10 осіб.</li> <li>– спеціаліст-психолог, який пройшов додаткову підготовку з групової терапії.</li> </ul>		
<b>Термін</b>		
– зустрічі відбуваються 1 або 2 рази на тиждень по 1-1,30 години.		
<b>Теми (запит)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– питання взаємодії з дитиною;</li> <li>– полегшення емоційного стану;</li> <li>– підвищення самооцінки;</li> <li>– зниження тривоги;</li> <li>– вирішення питань сепарації;</li> <li>– покращення якості соціальної взаємодії;</li> <li>– формуються самою групою.</li> </ul>		
<b>Етапи реалізації</b>		
<b>Назва етапу</b>	<b>Тема та термін</b>	<b>Реалізація</b>
<i>Підготовчий</i>	<i>1. Знайомство (1 зустріч)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Вітання.</li> <li>– Знайомство учасників між собою та з ведучим групи.</li> <li>– Шерінг (надання батькам таблиці емоцій), пояснення цього поняття.</li> <li>– Вияв очікувань батьків від групової роботи та ведучого групи.</li> <li>– Вияв побоювань батьків стосовно групової роботи або інших питань (стосовно ведучого групи).</li> <li>– Узагальнення головних питань та проблем, з якими хочуть розібратись батьки.</li> <li>– Введення правил групи:</li> <li>–</li> </ul>



## Продовж., табл. 3.25.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• право на власну думку;</li> <li>• правило вимкнених телефонів;</li> <li>• додаткові правила за бажанням групи.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Запитання.</li> <li>– Зворотній зв'язок.</li> <li>– Прощання.</li> </ul>
Основний	2. «Дитина - суб'єкт», «дитина-об'єкт» (1 або 2 зустрічі)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Вітання.</li> <li>– Шерінг та продовження знайомства.</li> <li>– Нагадування правил.</li> <li>– «Знайомство з дітьми»: батьки представляють свою дитину (ім'я, вік, що любить, а що не любить, з ким більше спілкується, а з ким відмовляється спілкуватись, які має інтереси, які має страхи та ін.).</li> <li>– Обговорення між батьками питання різниці між «дитиною-суб'єктом» та «дитиною-об'єктом».</li> <li>– Інформаційно-просвітницький виступ ведучого стосовно теми «дитина-суб'єкт», «дитина-об'єкт» та поняття сепарація (формування семантичного поля: розуміння зазначених понять та представлення і розуміння інших психологічних понять).</li> <li>– Запитання які виникли і які обговорює група.</li> <li>– Рефлексія та зворотній зв'язок.</li> <li>– Прощання.</li> </ul>
Основний	3. Це моя дитина (1 або 2 зустрічі).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Вітання.</li> <li>– Шерінг.</li> <li>– Пропозиція скласти казку про дитину (для розуміння образу дитини у несвідомому батьків).</li> <li>– Розбір казок у групі, обговорення тих образів які були наданні дитині, на що вони вказують, наскільки вони прикрашають, покращують якості дитини, чи надають дитині певних супер-сил, що ці супер-сили позначають; наскільки позитивний образ дитини або негативний, яким героєм є дитина, позитивним, негативним чи антигероєм; чи є у казці інші герої які допомагають дитині чи вона робить все сама; обговорення неусвідомлених бажань батьків стосовно дитини; обговорення ідеального та реального образу дитини. Продовження формування семантичного поля.</li> <li>– Рефлексія та зворотній зв'язок.</li> </ul>

Продовж., табл. 3.25.

		– Прощання.
Основний	4. <i>Моя дитина, я та інші (1 або 2 зустрічі)</i>	<p>– Вітання.</p> <p>– Шерінг.</p> <p>– Обговорення батьками питання взаємодії їх дитини з:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• батьками (мамою, татом);</li> <li>• іншими дітьми;</li> <li>• іншими дорослими (близькі родичі, друзі родини);</li> <li>• іншими дорослими (спеціалісти, які працюють з дитиною). Батькам пропонується зазначені групи взаємодій розписати у таблиці: перша колонка – назва групи взаємодії; друга колонка – те, яку поведінку та емоції вони спостерігали при взаємодії дитини з зазначеною групою (що відбувається); третя колонка – власні емоції та думки батьків стосовного того про що вони писали у другій колонці. <p>– Обговорення таблиць, вияв деструктивних відносин почуттів та думок (їх обговорення між батьками).</p> <p>– Рефлексія та зворотній зв'язок.</p> <p>– Прощання.</p> </li></ul>
Основний	5. <i>Я – ідеальний батько (1 або 2 зустрічі)</i>	<p>– Вітання.</p> <p>– Шерінг.</p> <p>– Пропозиція батькам описати якості ідеального та не ідеального батька / намалювати з подальшим описом ідеального та не ідеального батька.</p> <p>– Обговорення батьками зазначених образів.</p> <p>– Інформаційно-просвітницький виступ ведучого групи з презентацією поняття «достатньо хороший батько» за аналогією до поняття Д. Віннікотта «достатньо-хороша матір». Роз'яснення того, як бажання бути ідеальним батьком може виступати перешкодою у взаємодії з дитиною й іншими дорослими (продовження формування семантичного поля).</p> <p>– Запитання, які виникли і які обговорює група.</p> <p>– Рефлексія та зворотній зв'язок.</p> <p>– Прощання.</p>
Основний	6. <i>Я не повинен відчувати поганих емоцій (1 або 3 зустрічі)</i>	<p>– Вітання.</p> <p>– Шерінг.</p> <p>– Інформаційно-просвітницький виступ ведучого стосовно поняття емоцій, як вони впливають на людину. Здійснення акцентування</p>

## Продовж., табл. 3.25.

		<p>стосовно впливу негативних емоцій на людину при неможливості їх виразити (придушення негативних емоцій стосовно дитини та інших дорослих), зв'язок відчуття негативних емоцій з почуттям провини перед тим, до кого їх відчуваєш. Пояснення важливості відчуття та виразу не тільки позитивний, а й негативних емоцій (продовження формування семантичного поля).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Опис батьками ситуацій, у яких вони відчували негативні емоції стосовно дитини та інших дорослих (таблиця: перша колонка – до кого відчували негативні емоції; друга колонка – опис ситуацій; третя колонка – опис емоцій які виникли та подальших думок).</li> <li>– Груповий аналіз зазначених випадків; демонстрація того, що негативні емоції виникали стосовно саме поведінки, а не особистості в цілому.</li> <li>– Рекомендації за Р. Шрамом стосовно впливів та припинення не бажаної поведінки.</li> <li>– Вправи на вираз емоцій (індивідуальний підбір для кожної групи).</li> <li>– Інформаційно-просвітницький виступ ведучого стосовно понять вторинна аутизація, соціальна аутизація сім'ї відносно інформації, яка була висвітлена на попередній та цій зустрічі (продовження формування семантичного поля).</li> <li>– Запитання, які виникли і які обговорює група.</li> <li>– Обговорення можливих тем, які будуть ключовими на «вільних зустрічах».</li> <li>– Рефлексія, зворотній зв'язок.</li> <li>– Прощання.</li> </ul>
<i>Основний</i>	7. «Вільні зустрічі» (від 2 до 4 зустрічей)	Зустріч групи без конкретно заданої тематики з обговоренням питань або тем які виникли «тут і зараз».
<i>Завершальний</i>	8. Завершення (1 зустріч)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Вітання.</li> <li>– Шерінг (обговорення почуттів стосовно того, що зустрічі завершуються).</li> <li>– Пропозиція скласти казку «Я та моє майбутнє».</li> <li>– Обговорення казок та перспектив, які були описані батьками.</li> <li>– Аналіз того, з чим батьки будуть йти з цієї групи, які очікування здійснились, а які – ні, відповіді на додаткові запитання.</li> <li>– Прощання.</li> </ul>

Продовж., табл. 3.25.

<b>Загальний результат</b>	
–	більш вільний вираз власних почуттів(позитивних та негативних);
–	покращення рефлексії стосовно категорій «Я-реальне» та «Я-ідеальне»;
–	підвищення якості соціальної взаємодії;
–	прийняття себе;
–	суб'єктивне позитивне враження від роботи.

Після проведеної інформаційно-просвітницької роботи з батьками (30 осіб), на основі результатів анкетування батьків цієї групи (див. Додаток Л) слід зазначити покращення в емоційному стані завдяки тому, що батьки зрозуміли і побачили, що їх сімейна історія та переживання не є унікальними, відстороненими від переживань інших батьків; покращення в емоційному стані відбулось і завдяки більш чіткому розумінню міжособистісних стосунків як із власною дитиною, так і з іншими дорослими (учасники групи та родичі (близькі по родинній лінії); батьки відмічали, що почали більше аналізувати ті причини, які можуть призводити до тієї або тієї поведінки дитини і їх власних реакцій на цю поведінку; спостерігалось менш тривожне відношення до власної неспроможності (не ідеальності) в деяких ситуаціях з якими вони зіштовхувались у соціумі; також, завдяки інформаційно-просвітницькій роботі у батьків сформувалося власне семантичне поле та покращилася його якість стосовно сприйняття та використання спеціальної психологічної термінології. Деякі батьки зазначали, що це дозволило по-іншому подивитись на ту інформацію, яку вони знаходили та керувались нею на попередніх етапах, суттєво змінити ставлення до якості такої інформації, оцінити її профілактично-лікувальний потенціал.

Окрім наведеної роботи з батьками ми констатували необхідність попереджати певні особистісні вияви батьків до критичного моменту (постановка діагнозу дитині), які можуть впливати на аутизацію, що спонукало нас до організації 3 (завершального) етапу дослідження.

Під час вагітності і після народження дитини важливо, щоб сім'я, зокрема мама і дитина, почували себе добре у психологічному і

фізіологічному плані, для попередження виникнення різних захворювань, у тому числі ранньої аутизації. Надзвичайно важливим є якісний супровід батьків протягом усієї вагітності й народження дитини. Під якісним супроводом ми розуміємо взаємодію та роботу з батьками спеціалістів-психологів. Ця думка виходить із нашого експериментального досвіду роботи з сім'ями обох категорій, які виховують дитину з РАС та нейротипову дитину. У таблиці 3.26 викладено випадок роботи з молодою мамою, яка переживала певні кризові періоди як до вагітності, так і після. Портрет її сім'ї, її особистість та особистість чоловіка відповідають портретам батьків з групи А. На відміну від осіб з групи А в цій сім'ї відбулась досить рання психологічна робота з батьками. Дитина з сім'ї, про яку йдеться, не має аутистичних розладів (не відбулася аутизація). Досвід та перші місяці після народження малюка, що були описані мамою, на нашу думку, можуть переживати усі жінки. Без ранньої допомоги родині це може призводити до аутизації. Під час роботи мати дитини поділилась своїми переживаннями, які в неї виникали під час вагітності й одразу після народження дитини. Ці переживання можуть виникати у будь-якої жінки, але в суспільстві поширений стереотип, що майбутня мама не може цього відчувати. Зазначене вище стало однією з причин, чому жінка вагалась звертатись по допомогу. Багато жінок, з яким ми працювали, розповідали про власні переживання, під час вагітності та після народження дитини. Вони, іноді, боялись говорити про свої переживання лікарям, а лікарі не питали про їх емоційний стан або не сприймали як щось серйозне виражені жінкою хвилювання. Багато жінок відмічали поганий психологічний стан та неможливість або небажання звертатись до психолога. Жінки зазначали, що в лікарнях не було організовано психологічної допомоги через відсутність психологічної служби (на момент проведення пілотажного дослідження за даною методикою). Задля загальної характеристики сім'ї на основі методу спостереження та інтерв'ю нам вдалося виявити особистісні особливості

мами, яка нещодавно народила немовля. Дані результати (кейс роботи) представлені у таблиці 3.26

Аналіз спостереження та інтерв'ю сім'ї Л. наведено у таблиці 3.26.

Таблиця 3.26

Таблиця аналізу спостереження та інтерв'ю сім'ї Л.

Характеристика сім'ї (склад родини, вік дитини, стать, спрямування освіти та діяльності батьків)
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Сім'я складається з мами, тата та дитини (дівчинка 2,5 р., перша дитина). Батьківські сім'ї включають до складу своєї сім'ї.</li> <li>– Постійно згадуються батьківські сім'ї. У сім'ї чоловіка (його сестра) є дитина, що має спеціальні освітні потреби (діагноз: дитячий церебральний параліч та епілепсія).</li> <li>– Мати, з якою працювали, має соціально-поведінковий напрям освіти, на час нашої роботи перебуває в декретній відпустці. Батько має вищу технічну металургійну освіту. Бабуся й дідусь зі сторони матері мають вищу педагогічну освіту з точних наук, є підприємцями. Бабуся зі сторони чоловіка має гуманітарну освіту (образотворче мистецтво), не працює, оскільки доглядає дитину-інваліда.</li> <li>– Спостереження тривало протягом року.</li> </ul>
Особистісні особливості мами (ситуація, вияв)
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Незапланована вагітність, мати дуже турбувалась з приводу економічної можливості забезпечити дитині якісне життя. Через це відчувала велику провину.</li> <li>– Жінка постійно хвилювалась з приводу здоров'я майбутньої дитини через сестру чоловіка, боялась, що це генетично успадковується і її дитині.</li> <li>– До вагітності жінка мала депресію, що виявлялась через іпохондрію. Під час вагітності депресія посилилась, а іпохондрія перейшла в невроз нав'язливості стосовно чистоти та захворювань.</li> <li>– Багато фантазувала щодо майбутньої дитини та того, що одразу її буде любити.</li> <li>– Коли дізналась про стать дитини, обрала ім'я і стала звертатись до майбутнього малюка на ім'я. Прийняла свою вагітність.</li> <li>– Мала сильну образу на маму чоловіка, але не виказувала їй це.</li> <li>– Пологи були вчасними, робили кесарів розтин.</li> <li>– Коли вперше побачила дитину, видалось, що це не її дитина (не та, що вона виношувала, ніби «правильну дитину» підмінили), зрозуміла, що взагалі нічого не відчуває до малюка.</li> <li>– Перші тижні була дуже втомлена, злилась на немовля, що та (дівчинка) постійно плаче (перший тиждень у немовляти була висока температура), відчувала огиду до себе через те, що досі нічого не відчуває до дитини.</li> <li>– Розпочалась після пологова депресія, під час якої жінці було важко дивитись на дитину, годувати її.</li> <li>– Відчувала злість до батька дитини, оскільки він не допомагав їй через зайнятість на роботі. Це відчувалось жінкою як покинутість і самотність.</li> <li>– Після неприємного інциденту під час годування (накричала на немовля через те, що та не хотіла брати груди та плакала), зрозуміла, що має звернутись за допомогою як до спеціалістів (психолога), так і до своїх батьків.</li> <li>– Іноді, коли дитина починає виражати свої негативні емоції, мама їй це забороняє, використовуючи фразу, що її донька так би не робила. Це вказує на те, що мамі важко прийняти свої негативні емоції і що ще несвідомо вона не прийняла доньку як свою дитину «правильну».</li> </ul>

## Продовж., табл. 3.26.

<p>– Дитина почала говорити в 2 р., до цього були негативні показники, щодо її мовленнєвого та психічного розвитку, дитина почала відвідувати центри розвитку, також мама почала самостійно займатись із малюком вдома, що скорегувало розвиток дитини. Це стало можливим завдяки тому, що мама звернулася до психолога з приводу свого емоційного стану, і під час сесій зрозуміла, як необхідно діяти.</p> <p>– Після роботи з психологом та допомоги зі сторони батьківської сім'ї емоційний стан стабілізувався, почуття любові до дитини почало з'являтися, але в поєднанні із великим почуттям провини, що виражається у неможливості відказати дочці й постійному купуванню іграшок. З'явилося відчуття себе мамою.</p>
<p>Особистісні особливості батька (ситуація, вияв)</p>
<p>– Батько – зайнятий чоловік, що фінансово забезпечує свою родину та своїх маму і сестру, через це не може приділяти дочці та жінці багато часу.</p> <p>– Під час вагітності дружини довелося змінити роботу, що стало досить великим стресом, але чоловік цього не виказував, використовуючи як захисний механізм гумор. Тривога та стрес також виражались через надзвичайно прискорене мовлення, багатослівність і певну гіперактивність.</p> <p>– Коли народилась донька та знову довелося змінити роботу, і ця робота почала приносити кошти, мовлення чоловіка змінилось, мова стала повільнішою, рухи менш різкими.</p> <p>– Про хвилювання жінки під час вагітності не знав, оскільки вона про це не розповідала через те, що чоловік не зрозуміє та не прийме як щось серйозне.</p> <p>– Злиться та жартівливо поводить з неврозу нав'язливості жінки, що є інфантильними виявами з боку чоловіка</p> <p>– Задля збереження родини й покращення міжособового розуміння погодився разом піти до психолога. Під час зустрічей виявилось, що прихованим мотивом відвідування разом психолога була цікавість у розумінні взаємодії з психологом, що також виказує інфантильність чоловіка.</p> <p>– Чоловік виявляє велику любов до доньки, але його піклування має більш демонстративний характер, що виявляється в очевидних вказівках дружині про догляд та піклування за донькою, що спрямовані більш до третьої особи (психолога як спостерігача). Насправді чоловік швидко втомлюється від дитини, готовий з нею грати, але не займатись дитиною, налаштований на те, щоб оплачувати все, що необхідно, але не брати в цьому участь (знаходити центри розвитку, водити доньку туди, продовжувати відвідувати з дружиною психолога).</p>

Отже, для допомоги майбутнім мамам, які відчувають потребу у контролі власного емоційного стану та спеціалістам, які ведуть сім'ї задля полегшення комунікації та раннього виявлення зміни у психологічному та фізіологічному стані мами та дитини, нами було розроблено та запропоновано додаткова рефлексивна методика «Записник мами», який наведено у Додатку М. і план його реалізації подано у таблиці 3.27. Майбутня мама може його заповнювати протягом вагітності та перші місяці після неї, щоб при відвідуванні лікарів або психолога обговорювати ті зміни, які відбувались з нею. Переглядаючи ці записники, спеціалісти, зможуть

вчасно виявити погіршення або полегшення психологічного та фізіологічного стану жінки і дитини.

Таблиця 3.27

## Додаткова, допоміжна рефлексивна методика «Записник мами»

<b>III. Додаткова рефлексивна методика «Записник мами».</b>	
<b>Інструментарій</b>	
– «Записник мами» (Додаток И)	
<b>Учасники</b>	
– жінки, які відчули потребу в додатковій рефлексії власного психологічного та соматичного стану, стану дитини під час вагітності або 1 рік після народження дитини, задля попередження порушення взаємодії з дитиною;	
– спеціалісти-психологи, сімейні психологи, пренатальні психологи.	
<b>Термін</b>	
– протягом вагітності – 9 місяців або починаючи з певного пренатального періоду;	
– перший рік після народження дитини.	
<b>Теми (запит)</b>	
– попередження депресивних та тривожних станів у матері;	
– попередження погіршення взаємодії з дитиною.	
<b>Етапи реалізації</b>	
<i>Назва етапу</i>	<i>Реалізація</i>
<i>Діагностичний/підготовчий</i>	Жінка самостійно або ж за рекомендацією спеціаліста-психолога приймає рішення в необхідності використання додаткового рефлексивного методу «Записник мами».
<i>Основний</i>	– Ведення «Записника мами». – Підрахунок кількісних результатів. – Якісний аналіз отриманих результатів, подальша психологічна робота відносно отриманих результатів.
<i>Завершальний</i>	Жінка самостійно або ж разом з спеціалістом-психологом приймає рішення у припиненні використання застосовуваного методу.
<b>Загальний результат</b>	
– стабільний емоційний стан;	
– нормотипова взаємодія з дитиною та іншими членами родини.	

Записник складається з двох частин. Перша спрямована на відтворення періоду вагітності, друга – періоду після народження дитини. Для того, щоб жінці було зручно ним користуватись і це не займало в неї багато часу, не обтяжувало її вузько спрямованими запитаннями (термінами) та давало змогу висловитися, відтворити свої відчуття й переживання, сказати більше та обійти захисні механізми, що можуть виникати на прями запитання, ми



сформували «запитання», які мали характер незавершених речень (на прикладі проєктивних методик) [103] і керувались основним правилом психоаналізу, а саме: в інструкції жінці пропонувалось писати все, що спадає їй на думку [126].

«Записник мами» починається з пропозиції вписати своє ім'я. Далі подається привітання й роз'яснення необхідності записника. У привітанні, роз'ясненні й інструкціях до незакінчених речень, звернення до жінки відбувається у неформальній формі, спрямовані на попередження відчуття тривоги та відкидання, які можуть виникнути при заповненні матеріалів, де звернення є офіційними (документи, лікарські картки тощо). Такі формальні звернення можуть допускати «правильну відповідь», чого ми намагаємось уникнути. Також на це спрямована назва записника.

Після вступної частини починається перший розділ «Вагітність». Він містить сім незакінчених речень і пропозицію вільних асоціацій. Інструкція до незакінчених речень звучить у такому формулюванні: «Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись». До останньої пропозиції стосовно вільних асоціацій інструкція викладена так: «Будь ласка, запиши усе, що спадає тобі на думку; найперші думки (або образи), які виникають, навіть якщо вони видаються тобі дивними чи якимись «неправильними».

Перші два незакінчених речення стосуються стану мами та майбутньої дитини: «Я себе почуваю...», «Я думаю, що дитина почуває себе...». Через наратив матері, який продовжить незакінчені речення, можна дізнатись про її фізичне та психологічне самопочуття. Звернення до самопочуття дитини в утробі зможе допомогти жінці та спеціалістам вчасно зрозуміти про початок патологічних процесів. Запитання буде звертати увагу матері до моніторингу станів дитини в утробі (занадто активна, недостатньо активна й інше).

Наступне незакінчене речення стосується фантазій мами щодо ненародженої дитини [51]: «Я уявляю, що моя дитина у майбутньому буде...». Говоріння з приводу майбутнього дитини допоможе мамі та спеціалістам під час роботи з жінкою та сім'єю виявити надмірні очікування

від дитини, проговорити їх, сформувані уявлення як про «ідеальний образ» дитини, так і про «неідеальний образ».

Четверте незакінчене речення – стосовно батька дитини: «Сьогодні татусь дитини...». Продовження цього речення дозволить зрозуміти, наскільки жінка відчуває підтримку й участь батька дитини, чи є в неї відчуття самотності та виявити наявність відкритих чи прихованих конфліктів із чоловіком, які можуть призводити до надмірного стресу. З'явиться можливість виявлені конфлікти пропрацювати та налагодити взаємини, що знизить рівень стресу та можливе відчуття покинутості.

Далі подається група незакінчених речень, що стосуються сімей жінки та чоловіка: «Сьогодні я і мої батьки (мама / тато)...», «Мої батьки...», «Сьогодні батьки татуса (мама/тато)...», «Батьки татуса...». Розкриття цих незакінчених речень дозволить зрозуміти, у яких стосунках жінка перебуває із власною родиною та родиною батька дитини, яке до неї ставлення, чи відчуває вона підтримку й допомогу, чи мають місце конфлікти, які потребують вирішення.

Останнє незакінчене речення стосується роботи: «Сьогодні на роботі...». Наратив жінки до цього речення допоможе виявити динаміку, яка відбувається на робочому місці та як вона змінюється із плином вагітності.

Після представлених незакінчених речень ми пропонуємо майбутнім мамам розписати їх вільні асоціації, які дозволять розкрити певні аспекти, які жінка не вписувала у незакінчені речення, що дозволить скласти уявлення про провідне питання, яке може хвилювати майбутню маму, але вона чомусь це не усвідомлює його, тому може вчасно пропрацювати цей аспект [66; 126].

Другий розділ стосується періоду після народження дитини. Розділ також розпочинається із незакінченого речення про самопочуття мами. Далі незакінчені речення стосуються дитини та її взаємодії з мамою: «Я бачу, що малюк...», «Малюк мене бачить/сприймає...», «Коли годую грудьми...», «Малюк за цей тиждень...». Ці незавершені речення спрямовані на розкриття розуміння мамою самопочуття дитини; адаптивність мами до немовляти;

сприймання мамою дитини та взаємин дитини до мами, її фантазій щодо того як її сприймає дитина у ролі мами; налагодженість процесу годування і спілкування під час годування грудьми. Останнє незакінчене речення допоможе мамі та спеціалістам спостерігати за змінами у розвитку дитини і вчасно помітити регрес.

Наступне незакінчене речення стосується батька дитини: «Сьогодні татусь дитини...». Розкриття цього незавершеного речення допоможе спеціалістам зрозуміти сприймання мамою ролі батька у їх стосунках із дитиною й участь чоловіка для діади «мати – дитина».

Після незакінченого речення про батька наводиться група незакінчених речень, що стосуються батьківських сімей чоловіка й жінки. Вони допоможуть зрозуміти участь бабусь і дідусів у допомозі мамі та догляді за дитиною, наявність конфліктів.

Останнє незакінчене речення стосується сприйняття жінкою себе як мами: «Я мама...». Наратив мами з цього приводу допоможе спеціалістам побачити самосприйняття жінки в материнській ролі і при необхідності проробити невпевненість у собі або тривогу, що вона «не ідеальна» мама, показати, що достатньо бути «достатньо хорошою» мамою.

Під час роботи із «Записником мами» психологи мають звертати увагу на позитивну чи негативну конативність наративу жінки, повторюваність певних слів, що можуть вказувати наявність основної теми, яка турбує маму. Недостатня повнота відповідей (або їх стислість) на певні незакінчені речення; відсутність відповіді взагалі може вказувати на певні проблеми. Наприклад, якщо жінка взагалі не пише про батька дитини, це може бути пов'язане з тим, що вони мають напружені стосунки, що мама хоче «забути» про батька дитини; жінка з якихось причин нівелювала участь чоловіка у житті сім'ї й дитини. Це має бути проговорено в кабінеті, щоб проробити питання взаємин батьків дитини задля того, щоб у подальшому негативні стосунки з чоловіком не переносились на дитину. Навпаки, надмірне розписування якоїсь категорії стосовно інших може вказувати наявну

тривожність або ж несвідоме бажання переключити увагу з важливого на «нібито» важливе. Описки в текстовому дискурсі можуть указувати на прорив несвідомого у свідоме на те, що жінку дуже турбує. Необхідно зупинитись на них і проаналізувати їх стосовно іншого тексту.

Для полегшення якісного аналізу «записника» ми розробили шкалу оцінок емоційної насиченості тексту речення до кожного твердження де:

2 – максимально, чітко виражена, сильно позитивна емоційна характеристика, опис, ставлення у продовженні твердження;

1 – позитивне ставлення;

0 – нейтральне ставлення до того, про що йде мова, відсутність виразності будь-яких емоцій, небагатослівність;

-1 – негативне ставлення;

-2 – максимально, чітко виражена, сильно негативна емоційна характеристика, опис, ставлення у продовженні твердження.

Наведені у записнику 16 тверджень поділяються на 2 групи. До першої, виходячи з логіки «записника», відносяться твердження у період вагітності, до другої – у період після народження дитини.

Перша група тверджень:

1. Самопочуття жінки (1-ше твердження).
2. Самопочуття дитини (2-ге твердження).
3. Фантазування про дитину (3-тє твердження).
4. Батько дитини (4-те твердження).
5. Батьки жінки (5-те твердження з доданим).
6. Батьки чоловіка (6-те твердження з доданим).
7. Робота жінки (7-ме твердження).

Максимальна кількість балів яку можливо набрати по цій групі 14, мінімальна кількість балів – -14, що буде відображати негативний стан жінки. Середнім значенням є 7. Вказує на те, що потрібно додатково обговорити певні моменти, щоб не відкинути погане самопочуття.

До другої групи тверджень відносяться ті, які стосуються періоду після вагітності:

1. Самопочуття жінки (1-ше твердження).
2. Розвиток дитини (2-ге та 5-те твердження).
3. Самосприймання (3-тє та 9-те твердження).
4. Взаємодія під час годування дитини (4-те твердження).
5. Батько дитини (6-те твердження).
6. Батьки жінки (7-ме твердження з доданим).
7. Батьки чоловіка (8-ме твердження з доданим).

Максимальна кількість балів, яку можна набрати по цій групі, 14, мінімальна кількість балів – -14, що буде відображати негативний стан жінки. Середнім значенням є 7. Указує на те, що потрібно додатково обговорити певні моменти, щоб не відкинути погане самопочуття.

Для роботи із записником психологи повинні мати досвід роботи з проєктивними методиками.

По завершенню наведених 3 етапів роботи (формульальний етап дослідження) нами було проведено математичний аналіз результатів участі групи А до та після зазначених форм роботи.

Для статистичного аналізу результатів сімейної корекційної роботи нами було обрано непараметричний критерій  $T$  Вілкоксона [113], який може використовуватись для малих груп, для зіставлення показників, що вимірюються в різних умовах (до впливу та після) в одній й тій самій виборці. Ми керувались двома гіпотезами:  $H_0$  – бальні показники особистісних особливостей батьків після проведеної роботи менші показників до впливів (приймається).  $H_1$  – бальні показники особистісних особливостей батьків після проведеної роботи перевищують показники до впливів (не приймається). Результати статистичного аналізу наведено у таблиці 3.28.

Таблиця 3.28.

Статистичний аналіз показників особистісних особливостей батьків до та після сімейної психокорекційної роботи

n = 26					
Параметри	Середнє «до впливу»	Середнє «після впливу»	$T_{\text{емп}}$	Рівень значущості	Напрямок типового зсуву
ОТ	47.154	37	300	0***	зменшення, зона значимості ( $H_0$ )
Д	9.385	5.846	274.5	0***	зменшення, зона значимості ( $H_0$ )
Н	13.308	10.038	344.5	0***	зменшення, зона значимості ( $H_0$ )
П	4	3.692	90	0,059	-
AQ	27.231	27.038	24	0.6	-
SQ	20.885	20.654	24,5	0.6	-

Примітка: \* – на рівні значущості  $p < 0,05$ , \*\* – на рівні значущості  $p < 0,01$

Позначки: ОТ – особистісна тривожність; Д – депресія; Н –нейротизм; П – психотизм; AQ – аутистичний компонент; SQ – систематизація

Статистико-математичний аналіз дозволяє говорити про ефективність наведеного підходу стосовно таких особистісних особливостей: особистісної тривожності, депресії, нейротизму. Їх бальні показники зменшились. Суттєвих змін не відбулось по відношенню до особистісних особливостей вияву психотизму, аутистичних рис і систематизації.

Отже, сімейна психокорекційна робота з батьками, які виховують дітей з РАС, яка базується на засадах психоаналітичного підходу з використанням технік цього напрямку, показала свою ефективність у роботі з батьками зокрема з такими особистісними особливостями як: особистісна тривожність, депресія й нейротизм. Складнощі можливі тільки у випадку незбереження сетінгу.

Для вимірювання частоти позитивних і негативних суб'єктивних оцінок, які давали батьки стосовно ефективності інформаційно-просвітницької роботи з елементами техніки «групи зустрічей», ми

використали метод контент-аналізу (суцільний термінологічний підрахунок) відносно результатів анкети зворотного зв'язку (Додаток 3).

Для контент-аналітичного розрахунку нами було виокремлено категорії та підкатегорії аналізу, які подано в таблиці 3.29.

Таблиця 3.29.

Категорії та підкатегорії контент-аналітичного розрахунку відносно результатів інформаційно-просвітницької роботи з елементами «груп зустрічей»

Знак категорії	Категорія	Підкатегорії
-	Неефективність інформаційно-просвітницької роботи з елементами «груп зустрічі» (Н)	Н <sub>1</sub> . Негативна оцінка проведеної роботи (сталися незначні зміни у негативний бік, зміни відбулись у негативний бік, відповідь «Ні», «негативно», «кілька разів змінював спеціалістів, які працювали з дитиною», «негативний і неефективний досвід».
		Н <sub>2</sub> . Нейтральна оцінка проведеної роботи (змін не відбулося, нейтральна відповідь, уникнення відповіді, «все залишилось так само, як і було», «залишилось», «заплуталось», «нейтральний досвід», «без змін», «50/50».
+	Ефективність інформаційно-просвітницької роботи з елементами «груп зустрічі» (Е)	Е <sub>1</sub> . Позитивна оцінка проведеної роботи (зміни відбулись у позитивний бік, відбулись мінімальні позитивні зміни, відповідь «Так», «зникли», «зменшилось», «позитивно», «перестав змінювати спеціалістів, які працюють з дитиною», «позитивний та ефективний досвід».

Вибір і формування зазначених категорій «-» та «+» відповідає тим закритим питанням, які були сформульовані в анкеті зворотного зв'язку (Додаток 3) та формулюванням тих відповідей, які частіше надавали батьки при відкритих запитаннях.

Розрахунок співвідношення позитивних і негативних оцінок спирався на використання коефіцієнта *c* Яніса [37].

Таблиця 3.30

Контент-аналітичні дані за відповідями батьків стосовно інформаційно-просвітницької роботи з елементами техніки «групи зустрічей»

Категорія Е	Загальна кількість згадувань категорії Е, кількість друкованих знаків	Категорія Н	Загальна кількість згадувань категорії Н, кількість друкованих знаків
Е <sub>1</sub>	5388	Н1	508
		Н2	1659
		Загальне	2167

Розрахунок коефіцієнту Яніса щодо результатів контент-аналізу показав його емпіричне значення –  $c_{emn} = 0,03$ , що говорить про превалювання позитивної суб'єктивної оцінки проведеної інформаційно-просвітницької роботи з батьками з елементами техніки «групи зустрічей».

Щодо аналізу результатів 3 етапу формувальної частини, на особливу увагу заслуговує той факт, що більшість жінок, з якими нам довелося працювати за додатковою рефлексивною методикою «Записник мами», взявши активну участь у роботі, не дозволили використовувати їх відповіді (результати заповнення «Записника мами») для аналізу та представлення загальних результатів дослідження. Це спонукає нас до подальших наукових розвідок відносно підготовчої роботи з мамами, які відчують потребу у рефлексії власного емоційного стану за допомогою зазначеної методики.

### Висновки до III розділу

Здійснивши дослідження особистісних особливостей батьків, дійшли таких висновків.

Відповідно до результатів анкети було виявлено, що хлопчиків у сім'ях, які ми досліджували, статистично більше в групі А, ніж у групі Б. Дівчаток, відповідно, менше. В опитуванні взяли участь батьки, які



виховують дітей молодшого шкільного віку або дітей молодшого підліткового віку. Батьки дітей дошкільного віку можуть ще відкидати діагноз аутизм, а батьки старших підлітків нагальними можуть уважати інші запитання. Тому ці сім'ї меншою мірою звернули свою увагу та не взяли участі в опитуванні. Переважна кількість батьків із групи Б виховує дітей віком від 6 до 10 років. Це ми пов'язуємо з тим, що батьки мають більш тісний контакт саме з дітьми цих вікових груп, що їм дозволило побачити наш запит і відреагувати на нього. Для жінок і чоловіків обох груп більш характерне технічне й точно-наукове освітнє спрямування і сфера діяльності. Це може бути пов'язане з тим, що половина опитуваних є жителями промислового міста Кривого Рогу, у якому є більший запит саме на технічні професії та більшість закладів освіти технічного спрямування. Відмінності за технічним і точно-науковим освітнім спрямуванням та іншими спрямуваннями освіти й діяльності були виявлені лише у родичів другого ступеня. Інше спрямування освіти й діяльності є більш властивим бабусям і дідусям із групи Б. Були виявлені значимі сильні позитивні взаємозв'язки між критерієм «освітнє та професійне спрямування» й аутистичними рисами у батьків з групи А та Б. Це підтверджує теоретичні припущення щодо наявності та зв'язку між освітнім та професійним спрямуванням і аутистичними рисами стосовно батьків дітей з аутизмом. Для критеріїв професійне спрямування й систематизація були отримані сильні зв'язки в групі А. У групі Б за цими особливостями особистості зв'язків не було виявлено. Це можна пояснити превалюванням жінок у групі. Вік батьків обох груп відповідає середньостатистичному віку народження дітей в Україні. Певні відмінності між відсотковими показниками наявні у чоловіків. У чоловіків групи А народжувались діти частіше у більш молодому віці в порівнянні з чоловіками групи Б. Категорія батьків, яка виховує трьох дітей, була більшою в групі А. Батьки, які виховують чотирьох дітей, були наявні тільки в групі А. Наявність здорової дитини (дітей) може впливати на ризики виникнення вторинної аутизації дитини з РАС. Жінки з групи Б під час

вагітності мали захворювання, які в меншою мірою могли вплинути на розвиток плоду. Жінки з групи А мали більш серйозні проблеми зі здоров'ям, які могли вплинути на розвиток плоду та виражались у частій загрозі викидня у жінок групи А (кожна третя). Також жінки з групи А частіше переживали психотравмуючі ситуації на відміну від жінок з групи Б, що могло мати вплив на перебіг вагітності (зокрема загрози викидня) та подальший розвиток дитини. Термін пологів у жінок з обох груп був вчасний, що ніяк не мало впливу на подальший розвиток дитини. В групі А було більше сімей, з захворюваннями дітей після народження. Складні ранні захворювання дітей могли мати вплив на їх розвиток та за неможливості матері адаптуватись до дитини (при її складному фізіологічному стані) спричиняти аутизацію. Захворювання дітей з групи Б мали більш легкий характер. Більшу частину батьків групи А занепокоїв стан дитини в період «кризи 3 років». Криза має різні вияви в дітей з РАС та нейротипових дітей, що могло спонукати батьків до розуміння наявності патології розвитку. Діти батьків з групи Б починали вимовляти перші слова у більш ранньому віці на відміну від дітей з групи А. Тільки в групі А були діти, у яких взагалі відсутнє мовлення. Ситуативна тривожність жінок із групи Б стосувалась пандемії, тоді як жінки групи А не виказували хвилювань із цього приводу, а хвилювались з інших причин (майбутнє, фінанси, здоров'я дитини). Жінки обох груп відчували постійне хвилювання з приводу своїх близьких та дітей. Чоловіки обох груп відчували емоційний спокій на відміну від жінок. Вони меншою мірою виражали хвилювання стосовно своїх родин і більше виказували стурбованість з приводу роботи та фінансів. Для батьків з групи А було властивим мати нестабільний сімейний статус під час вагітності та в перший рік після народження дитини. Це могло мати вплив на емоційний стан жінки та на сприйняття нею материнства в цілому.

Для особистісних особливостей батьків груп А та Б є властивим високий рівень особистісної тривожності й депресії. Батьки з групи А показали більші вияви у нейротизмі, психотизмі, аутистичних рисах.

Виявлено значні відмінності у візуальному представлення особистості батьків групи А та Б. У батьків групи А психологічні особливості згруповуються у три виражені плеяди з додатковими п'ятьма плеядами, які входять до плеяди представленої взаємозв'язками між особистісною тривожністю, аутистичними рисами, систематизацією, психотизмом, технічним та точно-науковим спрямуванням. Візуальне представлення особистості батьків з групи А має вигляд замкненого кола з превалюванням сильних зв'язків між особистісними особливостями. У батьків з групи Б є вираженою одна плеяда, яка складається з таких психологічних особливостей, як: особистісна тривожність, депресія, нейротизм і психотизм. У ній виокремлюються ще чотири. Одна з чотирьох дублює плеяду батьків з групи А (особистісна тривожність, депресія, нейротизм). Аутистичні риси, систематизація, технічне та точно-наукове спрямування перебувають у стороні (секундарно) від основної плеяди та поєднуються з нею через взаємозв'язки між психотизмом та нейротизмом, психотизмом та депресією, психотизмом та аутистичними рисами; через помірний взаємозв'язок між аутистичними рисами й особистісною тривожністю. Технічне та точно-наукове освітнє спрямування поєднується через помірні взаємозв'язки з особистісною тривожністю, депресією, нейротизмом. Загалом візуальне зображення особистості батьків групи Б є не таким чітким, як у батьків групи А, є більш відкритим, у ньому превалюють помірні зв'язки між особистісними особливостями. Отже, ми можемо говорити про провідну роль в особистості батьків з групи А таких особистісних особливостей, як: аутистичні риси, систематизація, психотизм, особистісна тривожність, депресія, технічне та точно-наукове спрямування. Для батьків із групи Б провідними є такі особистісні особливості, як: особистісна тривожність, депресія, нейротизм і психотизм. Аутистичні риси, систематизація, технічне та точно-наукове спрямування майже не впливають на особистість батьків групи Б. Вважаємо специфіку плеяд особистості батьків групи А такими, що можуть впливати на їх взаємодію з дитиною, призводячи до аутизації дитини

та сім'ї в цілому і на взаємодію батьків зі спеціалістами, що може викликати складнощі у введенні дитини до інклюзивного середовища.

Профілі особистості батьків з групи Б за своїм малюнком є майже ідентичними. Значну різницю у піках профілю особистості батьків із групи Б можна бачити тільки у показниках систематизації. Профілі батьків з групи А також між собою схожі, різницю спостерігаємо між піками в депресії. Пік у показниках систематизації жінок групи А наближуються до показників систематизації у чоловіків групи А. У жінок і чоловіків з групи А можемо бачити вищі піки стосовно аутистичних рис і систематизації на відміну від батьків з групи Б. Профілі чоловіків обох груп є майже ідентичними. Різниця полягає лише в динаміці вияву аутистичних рис і систематизації, які є вищими у чоловіків з групи А. Профілі жінок, на відміну від чоловіків, мають більше розбіжностей у динаміці вияву депресії, систематизації й аутистичних рис, які є вищими у жінок групи А. Можемо припустити, що поєднання жінок і чоловіків з подібними профілями особистості, які були наведені стосовно батьків групи А, може призводити до впливу їх особистості на аутизацію дитини. Плануємо в подальшому дослідити взаємозв'язок особистісного профілю батьків на вплив виникнення аутизації дитини до постановки їй діагнозу аутизм.

Для роботи з батьками, які виховують дітей з РАС, пропонуємо два підходи психологічної роботи: програму сімейної психокорекції на засадах психоаналітичної техніки й інформаційно-просвітницький з елементами технік «груп зустрічей». Програма сімейної психокорекції, що базується на засадах психоаналізу з використанням технік цього напрямку, демонструє свою ефективність під час вирішення завдань зі зниження загального рівня тривоги, полегшенні невротичних і депресивних симптомів. Інформаційно-просвітницький підхід з елементами технік «груп зустрічей» забезпечує утворення психологічно-безпечного клімату, відтворення почуттів учасників групи, що сприяє можливості справитись з почуттям нереальності, дистанціювання, ізоляції, які властиві батькам дітей з аутизмом, підвищення

якості семантичного поля. Позитивними результатами роботи є те, що учасники сформували та покращили якість розуміння психологічної термінології; змогли змінити емоційний стан завдяки катарсису, який відбувся під час роботи у групі з іншими батьками, підвищили якість рефлексії й самоаналізу, що вплинуло на взаємодію у групі та поза її межами.

Зважаючи на результати завершального етапу формувальної частини дослідження, вважаємо за потрібне в подальшому зосередитись на підготовчій і профілактичній роботі з батьками (зокрема, мамами під час вагітності та перший рік після народження дитини), щодо необхідності обговорення й аналізу отриманих результатів відносно власної саморефлексії емоційного й соматичного стану шляхом використання запропанованої нами додаткової рефлексивної методики «Записник мами».

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Дисертаційну роботу присвячено дослідженню психологічних особливостей особистості батьків, які виховують дітей з аутизмом.

1. Етіологію аутистичних розладів доцільно розглядати з позицій: клінічної, психоаналітичної та соціально-психологічної, що дає можливість більш системно розглянути причини, які зумовлюють розлад. Інтегративний синтез означених підходів, доповнює один одного та більш глибоко розкриває предмет дослідження. Клінічна парадигма вказує на поліетіологію та основними причинами вважає генетично обумовлені, вроджені обмінні, органічні порушення ЦНС. Психоаналітична позиція розкриває етіологію РАС через особистість батьків, складнощі в адаптації мами до дитини, переживаннях й поведінці батьків в період вагітності, специфічну неможливість мами проінтерпретувати дії малюка, через відсутність відчуття захищеності, турботи, впевненості у своєму майбутньому та майбутньому дитини, депресивні стани, об'єктивацію. Соціально-психологічна позиція демонструє багатоаспектність феноменології РАС через об'єднання аспектів РАС у три сфери порушень, в яких розкриваються когнітивні, соціально-психологічні, комунікативні та інші компоненти феноменології розладів аутизму. Етіологію аутизму в соціально-психологічній парадигмі пов'язують із не сформованістю в ранньому дитинстві предмета діяльності, зіткненням дитини на першому році життя з депресивним захворюванням матері, ворожим ставленням матері до дитини, що є результатом її певного страждання, пов'язаного з її історією. Одними з головних чинників, які впливають на виникнення аутизму, є фізіологічні (генетично обумовлені, вроджені обмінні, органічні порушення ЦНС); зовнішні (соціальні умови одним із компонентів яких можуть бути психологічні особистісні особливості батьків).

2. Психологічні особливості можуть залежати від спадковості й середовища, яке спонукає їх розкриття. Особливості особистості батьків, які виховують дітей з РАС, є складними й багатокомпонентними утвореннями. Під психологічними особливостями особистості батьків, які виховують дітей з аутизмом, ми розуміємо:

- аутистичні риси (своєрідність сприйняття та мислення; вибірковість уваги; зосередженість на вузькому колі інтересів; внутрішню напругу; придушення агресивних імпульсів; комунікація підпорядкована жорсткій системі, яка може містити певні символи, інше);

- систематизацію (бажання знаходити певні закономірності у навколишньому середовищі, нав'язливість);

- нейротизм (емоційність, тривожність, погана пристосованість, нестабільність, нав'язливість, депресивність, іпохондрія, почуття провини);

- психотизм (асоціальність, химерність (вичурність), неадекватності емоційних реакцій, висока конфліктність, неконтактність, егоцентричність, егоїстичність, байдужість (емоційна холодність);

- особистісна тривожність (тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожну з них певною реакцією);

- депресія (іпохондричні стани та психосоматичні прояви, погіршення настрою, зменшення енергійності, зниження здатності радіти, цікавитись, отримувати задоволення, зосереджуватися, виражена втома, порушений сон, знижений апетит, думки про власну винуватість і марність, інше). Уважаємо доцільним зупинитись саме на цих виокремлених особистісних особливостях, оскільки вони своїми характеристиками охоплюють багато аспектів психічних явищ, що в достатньому обсязі дозволяє розкрити феноменологію психологічних особливостей особистості батьків. До груп умов, які формують певні особливості особистості батьків, відносимо: соціальні (соціальне середовище, соціально-культурні обставини, травматичні ситуації, виховання, предметна діяльність, особистість батьків);

психологічні (психологічні обставини перебігу вагітності, психосексуальний розвиток, стадія дзеркала, діяльність, активність, потреби, особистість батьків); фізіологічні (спадковість, біологічні фактори (хвороби під час вагітності, алкоголізм, фізіологічні обставини перебігу вагітності тощо)).

3. За результатами порівняльного аналізу анамнезу сімей груп А та Б були виявлені вагомні відмінності у: превалюванні кількості дітей чоловічої статі в групі А на відміну від Б. Властивість не технічного та точно-наукового спрямування освіти й діяльності родичам другого ступеня у групі Б. Виявлені значимі сильні позитивні взаємозв'язки між критерієм «освітнє та професійне спрямування» і «аутистичні риси» у батьків з групи А та Б. Для критеріїв «освітнє та професійне спрямування» й «систематизація» отримані сильні зв'язки у групі А та відсутність зав'язків у групі Б. Це пов'язуємо з переважанням кількості жінок у групі. Категорія багатодітних батьків (троє, четверо дітей) є більш представленою в групі А. Жінки з групи А мали більш серйозні проблеми зі здоров'ям у період вагітності, які могли вплинути на розвиток плоду та виражались у частій загрозі викидня (кожна третя жінка групи А). Жінки з групи А частіше переживали психотравмуючі ситуації, що могло мати вплив на перебіг вагітності (зокрема загрози викидня) та на подальший розвиток дитини. В групі А було більше сімей, з захворюваннями дітей після народження. Складні ранні захворювання дітей могли мати вплив на їх розвиток та за умови неможливості матері адаптуватись до дитини (при її складному фізіологічному стані) спричиняти аутизацію. Діти батьків з групи Б починали вимовляти перші слова у більш ранньому віці на відміну від дітей з групи А. Ситуативна тривожність жінок з групи Б стосувалась пандемії, жінки групи А виказували інші хвилювання. Жінки обох груп відчували постійне хвилювання з приводу своїх близьких та дітей. Чоловіки груп А та Б відчували емоційний спокій на відміну від жінок. Вони менше виражали хвилювання стосовно своїх родин і більше виказували стурбованість з приводу роботи та фінансів. Батьки з групи А мали нестабільний сімейний статус під час вагітності та в перший рік після



народження дитини. Це могло впливати на емоційний стан жінки та на сприйняття нею материнства в цілому. Високий рівень особистісної тривожності й депресії є властивим для батьків обох груп. Батьки групи А показали більші вияви нейротизму, психотизму й аутистичних рис.

Порівняння особистості батьків обох груп здійснено через аналіз утворених плеяд особистості та профілів. Плеяди психологічних особливостей особистості, демонструють значні відмінності особистості батьків з груп А та Б. У батьків групи А психологічні особливості згруповуються у три виражені плеяди з додатковими п'ятьма плеядами. Візуальне представлення особистості батьків з групи А має вигляд замкненого кола з превалюванням сильних зв'язків між особистісними особливостями. У батьків з групи Б є вираженою одна плеяда, у якій виокремлюються ще чотири. Одна з чотирьох повторює плеяду батьків з групи А. Аутистичні риси, систематизація, технічне та точно-наукове спрямування перебувають у стороні (секундарно) від основної. Візуальне зображення особистості батьків групи Б є не таким чітким, як у батьків групи А, є більш відкритим, у ньому превалюють помірні зв'язки між особистісними особливостями. Провідна роль в особистості батьків групи А є в особистісних особливостях: аутистичні риси, систематизація, психотизм, особистісна тривожність, депресія, технічне та точно-наукове спрямування. У батьків з групи Б провідними є: особистісна тривожність, депресія, нейротизм та психотизм. Аутистичні риси, систематизація, технічне та точно-наукове спрямування майже не впливають на особистість батьків групи Б. Уважаємо, специфіку плеяд особистості батьків групи А такими, що можуть впливати на їх взаємодію з дитиною, призводячи до аутизації дитини та сім'ї в цілому і на взаємодію батьків зі спеціалістами, що може викликати складнощі у введенні дитини до інклюзивного середовища. Профілі особистості батьків з групи Б за своїм малюнком є майже ідентичними. Різниця спостерігається у піках показників систематизації. Профілі батьків з групи А між собою наближені (схожі), різниця спостерігається між піками в

депресії. Пік у показниках систематизації жінок групи А наближуються до показників систематизації у чоловіків групи А. Різниця між профілями батьків обох груп спостерігається в показниках аутистичних рис і систематизації. Вони є вищими у профілю особистостей батьків групи А. Профілі жінок мають більше розбіжностей у динаміці вияву депресії, систематизації й аутистичних рис, які є вищими у жінок групи А. Отже, припускаємо, що поєднання жінок і чоловіків зі схожими (наближеними) профілями особистості, які були наведені стосовно батьків групи А, може призводити до впливу їх особистості на аутизацію дитини.

4. Умовами виникнення аутизації виступають особливості взаємодії батьків з дитиною та специфіка особистості самих батьків. Особливості взаємодії батьків з дитиною розкриваються через: відсутність теплоти та прийняття по відношенню до дитини, критику дитини, надмірну вимогливість, надмірну емоційну залученість батьків, самопожертву з боку батьків, сприйняття батьками впливів оточення як негативних, що призводить до скорочення контактів з іншими, копіювання аутистичних патернів поведінки дитини, симбіотичні відносини з дитиною, порушення комунікації, ригідні патерни поведінки батьків, надмірну опіку. Особистість батьків, можливо класифікувати у дві групи: гармонійну та дисгармонійну. До гармонійних особистостей батьків відносимо осіб, які мають задовільний соматичний та психологічний стан з урахуванням тих особливостей особистості, які були виокремлені попередньо. Бальні показники вияву цих особливостей відповідають середньостатистичному значенню. До дисгармонійних особистостей батьків відносимо тих, хто має незадовільний соматичний та психологічний стан з урахуванням виокремлених нами психологічних особливостей. Бальні показники цих особливостей відхиляються від середньостатистичного значення. Батьки дисгармонійної групи в більшій мірі можуть піддаватись соціальній аутизації та впливати на виникнення вторинної аутизації у дитини. Умови аутизації також можуть мати соціальний (травми покоління, соціальні страхи, розчарування поколінь

під час соціальних криз, що призводить до виникнення особистісних травм), внутрішньо сімейний (стосунки між мамою та батьком дитини) та психологічний (особливості особистості) характер. Через психологічні особливості батьків може порушуватись взаємодія з дитиною. Порушення взаємодії може викликати аутизацію, вторинну аутизацію дитини, впливати на виникнення аутизації самої родини. Теоретичні пошуки спонукали доповнити поняття «аутизації», яке ми розуміємо як певний процес регресу, що супроводжується виявами аутистичних рис поведінки дитини за певних умов її розвитку та може призвести до аутистичних станів і в подальшому до аутизму дитини.

5. Пропонуємо для роботи з батьками, які виховують дітей з РАС, два підходи, програму сімейної психокорекційної роботи й інформаційно-просвітницький з елементами технік «груп зустрічей» і додаткову рефлексивну методику «Записник мами». Базами реалізації зазначених підходів стали: Комунальне підприємство «Криворізька багатoproфільна лікарня з надання психіатричної допомоги» «ДОР» (протокол від 26.04.2021 р., № 4225); Комунальний заклад освіти «Криворізька спеціальна школа «Натхнення» «ДОР» (протокол від 13.05.2021 р., № 19-13/01-437); Криворізька гімназія № 58 Криворізької міської ради (протокол від 27.04.2021 р., № 01-16/112); Студія сучасної психології та психоаналізу (протокол від 27.04.2021 р.).

Запропонований сімейний психокорекційний підхід роботи з батьками, який базується на засадах психоаналітичної теорії й техніках, продемонстрував статистично значущі результати стосовно таких особистісних особливостей: особистісної тривожності, депресії, нейротизму. Їх бальні показники зменшились після проведеної роботи. Реалізація інформаційно-просвітницького підходу шляхом використання елементів технік «груп зустрічей», через контент-аналіз зворотного зв'язку батьків, дозволяє говорити про суб'єктивно позитивну оцінку цієї роботи та її ефективності. Були констатовані покращення в емоційному стані,

покращення в розумінні міжособистісних стосунків як із власною дитиною, так і з іншими дорослими (учасники групи та родичі). Батьки відмічали, що почали більше аналізувати ті причини, які можуть призводити до тієї або іншої поведінки дитини і їх власних реакцій на цю поведінку. Завдяки інформаційно-просвітницькій роботі батьки сформували та покращили якість власного семантичного поля стосовно психологічної термінології. Деякі батьки зазначали, що це дозволило по-іншому сприймати й аналізувати ту інформацію, яку вони знаходили й керувались нею раніше.

Необхідність у якісному психологічному супроводі батьків протягом всієї вагітності і після народження дитини задля попередження виникнення аутизації спонукало до створення допоміжної рефлексивної методики взаємодії з майбутньою мамою – «Записник мами». Пропонована рефлексивна методика дискурсивного відтворення своїх станів і переживань може бути додатковим засобом раннього виявлення змін у психологічному та фізіологічному стані мами й дитини.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні впливу виявлених психологічних особливостей особистості батьків на аутизацію дитини до постановки діагнозу «аутизм» та складання системи супроводу родини шляхом підсилення профілактичної роботи з мами під час вагітності та перший рік після народження дитини (саморефлексія емоційного й соматичного станів та їх вплив на дитину).

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаєв Н. А., Коқун О. М. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. / Н. А. Агаєв, О. М. Коқун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. В. Остапчук, В. В. Ткаченко. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.(Бек 125-129 Спилб. Хан. 100-103).
2. Айзенк Г. Ю., Вильсон Г. Как измерить личность. Москва : Когито-Центр, 2000. 283 с.С. 80–90.
3. Аксьонова С. Ю. Вік батька при народженні дитини. *Демографія та соціальна економіка*. 2016. № 3. С. 23–33.  
URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/dse\\_2016\\_3\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dse_2016_3_4)
4. Александров А. А. Психогенетика: учеб. пособие. СПб. : Питер, 2010. 192 с.
5. Amiri S., Ranjbar F., Hatami R. Psychopathology of the Parents of Autistic Children Based on the Clinical Personality Disorders / Abdi S., et al. (2016), *Ann Psychiatry Treatm* 1(1). P. 01–05.
6. Анастаси А. Дифференциальная психология. Москва : Апрель-Пресс, 2001. 745 с.
7. Asad Amanat Ali, Xiaoying Cui, Renata Aparecida Nedel Pertile, Xiang Li, Gregory Medley, Suzanne Adele Alexander, Andrew J. O. Whitehouse, John Joseph McGrath, Darryl Walter Eyles. Developmental vitamin D deficiency increases foetal exposure to testosterone. *BMC Part of Springer Nature. Molecular Autism*. 10. 12. 2020. № 11 DOI: 10. 1186 / s13229-020-00399-2.URL: <https://molecularautism.biomedcentral.com/>
8. Аспергер Х. Аутистические психопаты в детском возрасте / [перевод А. В. Челикова]. Москва : Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2010. (10) №2. С. 91–117.URL: <http://psychildhealth.ru/2010-02.pdf>

9. Аристотель. О душе / Аристотель; [пер. и прем. В. К. Сержникова, П. С. Попова]. Москва : Государственное социально-экономическое издательство, 1937. 180 с
10. Autism – and its milder cousin Asperger’s syndrome-is surging among the children of Silicon Valley. Are math-and-tech genes to blame? URL: <https://www.wired.com/2001/12/aspergers/>
11. Афанасьєва Н. Є., Перелигіна Л. А. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу: навч. посіб. Харків : НУЦЗУ, 2015. 251 с.
12. Бадалян Л. О. Невропатология : учебник [для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов]. Москва : Просвещение, 1982. 350 с.
13. Бардышевская М. К. Искаженный дизонтогенез: развитие идей В. В. Лебединского. *Педиатр*. 2015. Том VI.№4. С. 85–89.
14. Барон-Коэн С. Аутизм и техническое мышление. *В мире науки*. 2013. №1. Январь. С. 48–52. С. 37.
15. Baron-Cohen S. The hyper-systemizing, assortative mating theory of autism. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2006. № 30. P. 865–872. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2006.01.010
16. Baron-Cohen S. The systemizing quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences / S. Baron-Cohen, Richler J., Bisarya D., Gurunathan N., Wheelwright S. *Philosophical Transactions of The Royal Society B Biological Sciences*. 2003 Feb 28. 358(1430). P. 361–374.  
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693117/pdf/12639333.pdf>
17. Baron-Cohen S. Are Geeky Couples More Likely to Have Kids with Autism? *Scientific American*. November 2012. URL: <https://www.scientificamerican.com/article/are-geeky-couples-more-likely-to-have-kids-with-autism/>

18. Батаршев А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. СПб. : Речь, 2005. 208 с. С.44–49.
19. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство «БЕРЕЗИН ФЕЛИКС БОРИСОВИЧ», 2011. – 320 с.
20. Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я. Москва : Академический Проект ; Фонд «Мир», 2013. 480 с.
21. Бехтерев, В. М. Объективная психология. Москва : Изд-во Юрайт, 2019. 551 с.
22. Бехтерев В.М. Психика и жизнь. Избранные труды по психологии личности. СПб. : Алетейя, 1999. 251 с.
23. Broadbent J., Galic I., Stokes M. A. Validation of Autism Spectrum Quotient Adult Version in an Australian Sample. *Autism research and treatment Published online*. 2013 May 12. doi: 10.1155/2013/984205.  
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665170/>
24. Бронников В. А., Зозуля Т. В., Кравцов Ю. И., Надымова М. С. Словарь по комплексной реабилитации инвалидов: учеб. пособие [для студ. высш. учеб. завед.] / В. А. Бронников, Т. В. Зозуля, Ю. И. Кравцов, М. С. Надымова; под науч. ред. В. А. Бронникова; Перм. гос. ун-т. Пермь, 2010. 530 с.
25. Варій М. Й. Психологія особистості: навч. посіб. Київ : ЦУЛ, 2008. 592 с.
26. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери; [пер. с англ. Н. М. Падалко]. Москва : Класс, 1998. 80 с.
27. Галюк С. П. Дискурс социального бессознательного в концепции языка Ж. Лакана. Гилея (научный вестник) : сб. научн. Работ. 2009. №26. С. 215–223.

28. Ганушкин П. Б. Клиника психопатий: их статистика, динамика, систематика. Москва : Из-во нижегородской государственной медицинской академии. Библиотека медицинской классики. Психиатрия, 2017. 124 с.

29. Гендер в деталях. Коли народжувати? Як змінився середній вік материнства за останні сто років. О. Стрельник.

URL: <https://genderindetail.org.ua/season-topic/mater-batkiv/koli-narodzhuвати-yak-zminivsyа-vik-materinstva-za-ostanni-sto-rokiv-134552.html#:~:text=%D0>

30. Гилберт К., Питерс Т. Аутизм. Медицинское и психологическое воздействие: книга для педагогов-дефектологов. Москва : ВЛАДОС, 2005. 144 с.

31. Грин А. Мертвая мать. *Французская психоаналитическая школа*/ под ред. А. Жибо, А. В. Россохина. СПб. : Питер, 2005. 576 с.

32. Groen Y. , Fuermaier A. B. M., Den Heijer A. E., Tucha O. The Empathy and Systemizing Quotient: The Psychometric Properties of the Dutch Version and a Review of the Cross-Cultural Stability. *Althaus Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. 45(9). P. 2848–2864.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553147/>

33. Давоян Е. Аналитический акт (случай ребенка-аутиста). *Бюллетень Фрейдова поля в Украине. Бессознательное: его образование и интерпретация в психоанализе*. 2016. С. 128–134.

34. Давоян Є. До питання гендерних відмінностей у проявах раннього дитячого аутизму. *Гендерна освіта в сучасному університеті: досвід, проблеми та перспективи* : матеріали міждисциплінарної всеукр. наук.-практ. конф. студ. і молодих учених (м. Кривий Ріг, 2014 р.). Кривий Ріг, 2014. С. 95–96.

35. Давоян Є. Обдарованість і аутизм: контент-аналіз дослідженості проблеми. *Навчання і виховання обдарованої дитини: теорія та практика* 2014. №2 (13). С. 112–119.



36. Давоян Є. Е. Обдарованість дитини аутиста: корекційно-розвивальна програма. *Інсайт* : зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених / ред. кол. І. В. Шапошникова, О. Є. Блинова та ін. Херсон, 2015. № 12. С. 95–102.

37. Давоян Є. Творчість і аутизм: контент-аналіз дослідженості проблеми. *Художня творчість у контексті проблем її вивчення* : матеріали III Всеукраїнської конференції (до 200 ліття Тараса Шевченко) та I міжнародної конференції, присвяченої 150-літтю Михайла Коцюбинського (м. Бар, 2015). Бар, 2015. С. 46–50.

38. Давоян Є. Тест на систематизацію як одна з можливостей привенції щодо виникнення розладів аутистичного спектру. *Предикатори успішної інклюзії: медико-психологічний та соціально-педагогічний аспект* : збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Кривий Ріг, 22 листоп. 2019 р.). Кривий Ріг, 2014. С.133–137.

39. Давоян Е. Э. Ранняя диагностика аутизма посредством психорисунка. *Молодий вчений*. 2014. №6 (09). С. 123–127.

40. Давоян Є. Е. Рекомендації для батьків, що виховують дітей з розладами аутистичного спектру. *Психоедукаційні нотатки. Пам'ятка-дорадник* / кол. авт., упор. О. С. Шило. Видавничий дім «Гельветика», 2020. 102 с. С. 94–99.

41. Давоян Е. Характеристика кризисов 3-7 лет у детей с РДА. *Current trends of development of world psychological practice* (Кривий Ріг, 2014. April. 17–18). Кривий Ріг, 2014. С. 71–74.

42. Денворт Л. «Расширенный фенотип»: самая легкая форма аутизма. Spectrum News.

URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2015/1%2865%29/article-1471rozpovsyudzhenist-shizoafektivnogo-rozladu-v-ukrayini#gsc.tab=0>

43. Диагностики эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И. Б. Дерманова. СПб. : Изд-во «Речь», 2002. 171 с. С.124–126.

44. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 – Washington, DC : London : American Psychiatric Association, 2013. –970 p.
45. Дольто Ф. На стороне ребенка. СПб. : Изд-во «Петербург XXI век», 1997. 515 с.
46. Дольто Ф. Борьба за дитину. Львів : Клуб сімейного досуга, 2018. 672 с.
47. Дослідження нейропсихологічного статусу дітей з діагнозом «Дитячий Аутизм».
- URL: <http://www.bestreferat.ru/referat-214335.html>
48. Эванс Д. Вводный словарь лакановского психоанализа. [пер-д группы ЛС].
- URL: <http://klex.ru/jxm> 102.
49. Энциклопедия глубинной психологии том I. Зигмунд Фрейд: жизнь, работа, наследие / [сост. А. М. Боковикова, В. В. Белова, Ю. И. Куколева, Т. А. Ребеко, Л. Б. Сумм, А. Н. Шапкиной]. Москва : «Когито-Центр», МГМ 1998. Т. 1. 1998. 800 с.
50. Евлампиева Г. А. Социально-психологические факторы социализации аутичных детей дошкольного возраста: влияние семьи и окружающей среды. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2017. Том 6. № 1А. С. 100–117.
51. Zalewska P. Stawanie się rodzicem dziecka z chorobą genetyczną lub wadami wrodzonymi, czyli o miejscu pedagogiki prenatalnej we wczesnym wspomaganiu rozwoju i pedagogice specjalnej. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2017. №9 (1). С. 66–74.
52. Зеркальные нейроны – ключи к чужому сознанию.
- URL: <http://s mind.ru/zerkalnye-nejrony/>
53. Інтернет архів. Національна академія наук України. Фізичні й точні науки.
- URL: <https://web.archive.org/web/20120426182047/http://www.nas.gov.ua/innovations/Keywords/5/Pages/default.aspx>

54. Калініченко І. О. Особливості формування інклюзивного освітнього середовища для забезпечення всебічного розвитку дитини. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2012. № 9. С. 120-126.

URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apnvlop\\_2012\\_9\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apnvlop_2012_9_15)

55. Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact.

URL: [http://neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1943.html](http://neurodiversity.com/library_kanner_1943.html)

56. Климчук В. О. Математичні методи у психології. Навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей. Київ : Освіта України. 2009. 288 с.

57. Кокун О. М. Психофізіологія: навч. посіб. Київ: ПУЛ, 2006. 184 с.

58. Конюхов Н. И. Справочное издание по психологии: термины, законы, концепции, методы. М.: 1992. – 100 с.

59. Косоногов В. Зеркальные нейроны: краткий научный обзор. Ростов-на-Дону, 2009. 24 с

60. Костюк Г. С. Избранные психологические труды. Москва : Педагогика, 1988. 304 с.

61. Christopher J., Routh David A. Is There Really a Link Between Engineering and Autism?: A Reply to Baron-Cohen et al., *Autism*. 1998. 1(1), P. 281 – 289

62. Крупник Г. А. Порівняння особливостей взаємин дітей з батьками у підгрупах за порядком народження у сімейній ієрархії. *Інсайт: психологічні виміри суспільства* / ред. кол. : І. С. Попович, С. І. Бабатіна, І. Р. Крупник та ін. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2020. Вип. 3. С. 97–108.

63. Лакан Ж. Стадия зеркала.

URL: [https://www.gumer.info/bibliotek\\_Buks/Psihol/lakan/st\\_zerk.php](https://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/lakan/st_zerk.php)

64. Лакан Ж. «Я» в теории Фрейда и в технике психоанализа. *Семинары*. Москва : Гнозис, Логос, 1999. Кн. 2. 519 с.

65. Лакан Ж. Семинары. Книга 1. Работы Фрейда по технике психоанализа. Москва : Гнозис; Логос, 1998. 432 с.

66. Лакан Ж. Семинары. Книга 11. Четыре основные понятия психоанализа. Москва : Гнозис; Логос, 2004. 304 с.

67. Lee B. K., Eyles D. W., Magnusson C., Newschaffer C. J., McGrath J. J., Kvaskoff D, et al. Developmental vitamin D and autism spectrum disorders: findings from the Stockholm Youth Cohort. *Molecular Psychiatry*. 2019. P.1038–1049.

URL:[https://www.researchgate.net/publication/337071121\\_Developmental\\_vitamin\\_D\\_and\\_autism\\_spectrum\\_disorders\\_findings\\_from\\_the\\_Stockholm\\_Youth\\_Cohort](https://www.researchgate.net/publication/337071121_Developmental_vitamin_D_and_autism_spectrum_disorders_findings_from_the_Stockholm_Youth_Cohort)

68. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. Москва : Просвещение, 1991. 96 с.

69. Лейбин В. М. Психоанализ и философия неофрейдизма. Москва : Изд-во Политическая литература, 1977. 250 с.

70. Леонтьев А. Н. Деятельность сознание личность. Москва : Смысл, Академия, 2005. 352 с.

71. Ling, J., Burton, T. C., Salt, J. L. & Muncer, S. J. (2009). Psychometric analysis of the Systemising Quotient (SQ) Scale. *British Journal of Psychology*. 2009. 100. P. 539–552.

URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/000712608X368261/abstract>

72. Lundqvist L.-O., Lindner H. Is the Autism-Spectrum Quotient a Valid Measure of Traits Associated with the Autism Spectrum? A Rasch Validation in Adults with and Without Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017. № 47(7): Published online 2017 Apr 19.

URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5487751/>

73. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Класс, 2015. 592 с.

74. Максименко С. Д. Генезис существования личности. Киев : Издательство ООО «КММ», 2006. 240 с.

75. Максимова Н. Ю. Порухення екологічності стосунків як детермінанта девіантної поведінки. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України ; [ред.кол.: С. Д. Максименко (гол. ред.), Н. В. Чепелєва (заст. гол. ред.), В. О. Моляко та ін.]. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. Т. VII. *Екологічна психологія*. Вип. 36. С. 262–270.

76. Малюткіна К. Л. Теорія і практика психологічного тренінгу: Навч. посіб. – К.: МАУП, 2004. – 192 с.

77. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб. : Речь, 2006. 400 с.

78. Манелис Н. Т. Ранний детский аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы. *Школа здоров'я*. 1999. Т. 6. №2, 3. С. 6–21.

79. Метревели И. В школе ребенка с аутизмом. *Международный психоаналитический журнал*. Текст Жака Лакана «Значение фаллоса». Фрейдено Поле. Санкт-Петербург : Изд. Сергея Ходова, 2009. С.134–139.

80. Мілютіна К. Л., Івашова О. О. Вплив батьківського ставлення до дітей із розладами аутистичного спектру на перспективу інклюзивного навчання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2017. Вип. 5(1). С. 98–102.  
URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp\\_2017\\_5%281%29\\_\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_5%281%29__20)

81. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста : учеб. пособие. СПб.: Питер, 2013. 288с.

82. Mykhailenko L., Davoian Y. Issues of Future Parents Diagnostic Assessment as a Method of Autism Spectrum Disorders Prevention : proceedings of the III International Scientific Congress Society of Ambient Intelligence 2020 (ISC-SAI 2020). P.332–338.

URL: <https://www.atlantis-press.com/proceedings/isc-sai-20/125937242>

83. МКБ-10 Международный классификатор болезней 10-го пересмотра. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4211>

84. Морева Ю. Е., Сиротина Т. В. Воспитывающая ребенка с аутизмом семья как особая реабилитационная среда : материалы междунар. студ.научн.-практ. конф. «Студент и наука (гуманитарный цикл)». Магнитогорск : ФГБОУ ВПО «МГТУ», 2017. С. 776-778

85. Morsanyi K., Primi C., Handley Simon J.,Chiesi F.,Galli S. Are systemizing and autistic traits related to talent and interest in mathematics and engineering? Testing some of the central claims of the empathizing–systemizing theory.*British Journal of Psychology*. 2012. P. 472 – 496

86. Murphy M., Bolton P. F., Pickles A., Fombonne E., Piven J., & Rutter M. (2000). Personality traits of the relatives of autistic probands. *Psychological Medicine*. 2000. 30(6). P. 1411–1424.

URL:<https://doi.org/10.1017/S0033291799002949>

87. Натарова К. А., Семке А. В., Гуткевич Е. В. Расстройства аутистического спектра (клинико-динамический, региональный и семейный аспекты) : монография. Т.: Изд-во «Иван Фёдоров», 2012. 192 с.

88. Національний класифікатор України «Класифікатор професій»

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va327609-10#Text>

89. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / сост.: С. Гринспен, У. Серена. Москва : Теревинф, 2013. 512 с.

90. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: пути помощи. Москва : Теревинф, 2007. 143 с.

91. Озерна Д. «Годинник цокає» як сексуальність чоловіків залежить від віку та способу життя.URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/blogs-46842232>

92. Остапчук О., Давоян Є. Обдаровані діти з аутистичними рисами особистості: особливості розвитку і навчання // Навчання і виховання обдарованої дитини: теорія та практика №2 (17), 2016 – С. 99-113

93. Островська К. О., Островський І. П., Сайко Х. Я. Особливості поведінки дітей з аутизмом у грі з ровесниками. *Проблеми сучасної психології* : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного

університету ім. І. Огієнка ; Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2018 . Вип. 41. С. 240–251.

94. Осьодло В. Проблема сиблінгових стосунків у психології сім'ї: впорядкування наукового дискурсу. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологія*. 2017. Вип. 1.

URL:[http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn\\_2017\\_1\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2017_1_8)

95. Павлов И. П. Условный рефлекс. СПб.: Лениздат, 2014. 224 с.

96. Платон. Сочинения в четырех томах / [общ. ред. А. Ф. Loseva, В. Ф. Asmusa, А. А. Тахо-Годи]. Москва : Мысль, 1994. Т. 3. Ч.1. 654 с.

97. Платонов К. Краткий словарь системы психологических понятий 2-е изд., перераб. и доп. М.: Высш. шк., 1984. – 174 с.

98. Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-%D0%BF#n11>

99. Печникова С. Материнское отношение к ребёнку-аутисту в зависимости от наличия в семье здорового. *Психология семьи и больной ребёнок*: учеб. пособие. СПб. : Речь, 2011. 400 с.

100. Практикум по психологии состояний: учеб. пособие / под ред. проф. О. А. Прохорова. СПб. : Речь, 2004. 480 с. С.121–122.

101. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. СПб. : Институт специальной педагогики и психологии, 1999. 192 с.

102. Психиатрическая клиника: учеб. пособие / под ред. проф. В. П. Самохвалова. Симферополь, 2003. 608 с.

103. Психодіагностика: практикум / [уклад.: Н. О. Данильченко, А. В. Вертель]. Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2010. 140 с.

104. Расширенный фенотип аутизма: самая легкая форма аутизма

URL: <https://outfund.ru/rasshirennyj-fenotip-samaya-legkaya-forma-autizma/>

105. Роджерс К. Групповая психотерапия. Москва : Институт общегуманитарных исследований, 2017. 175 с.
106. Roim Rachok.  
URL: <https://iido25jfzbzqkoj6zslDNSilke-adv7ofecxzh2qqi-www-roim-rachok-org.translate.google/>
107. Рыбалка В. В. Теории личности в отечественной философии, психологии и педагогике: пособие. Житомир : Изд-во ЖГУ им. И. Франко, 2015. 872 с.
108. Савченко О. Я. Якість початкової освіти: сутність і чинники впливу. Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Педагогічні науки. 2010. № 1.28. С. 36-50.  
URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdup\\_2010\\_1.28\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdup_2010_1.28_7)
109. Салмина А. Б., Пичугина Ю. А., Сумароков А. А., Екимова М. В., Михуткина С. В., Хигашида Х. Подходы к объективизации диагностики заболеваний аутистического спектра.  
URL: [http://www.integration.com.ua/ter\\_theater/159.html](http://www.integration.com.ua/ter_theater/159.html)
110. Сборник психологических тестов: пособие / [сост. Е. Е. Миронова]. Ч. 1. Минск : Женский институт «Энвила», 2005. 155 с.
111. Свинцова О. М., Караневская О. В. Эффекты включение родителей детей с рас в коррекционно-развивающую работу посредством их обучения основам поведенческого подхода. Москва : «ПАРАДИГМА», #ScienceJuice2019: сборник статей и тезисов. Т. 1, 2020. С. 150–160.
112. Сельвини Палаццоли М., Босколо Л., Чеккин Дж., Прата Дж. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие / Пер. с итал. – М.: «Когито-Центр», 2002. – 204 с.
113. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб. : ООО «Речь», 2000. 350 с.
114. Сироткин С. Ф., Мельникова М. Л. Аутизация как клинико-психологическая и социальная проблема. *Социальный мир человека* :



материалы VII Междунар.научн.-практич.конф. «Человек и мир: мирозидание, конфликт и медиация» (г. Ижевск, 5–7 апреля 2018 г.) / под ред. Н.И. Леонова. Ижевск: ERGO, 2018. Вып. 8. С. 426–429.

115. Словарь определений и терминов.

URL: [www.aspergers.ru/node/159](http://www.aspergers.ru/node/159)

116. Smith L. E. The Family Context of Autism Spectrum Disorders: Influence on the Behavioral Phenotype and Quality of Lif. *Child Adolesc Psychiatr Clin.* January 2014. 23(1). P. 143–155.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3891371/>

117. Степанов В. Е., Ступницкий В. П. Психология. Москва :Дашков и Ко, 2004. Т. 3. Ч. 1. 576 с.

118. Stanford Encyclopedia of Philosophy.

URL:<https://plato.stanford.edu/index.html>

119. Таблица відповідності Переліку наукових спеціальностей (Перелік 2011) та Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти (Перелік 2015)

URL: <https://www.krok.edu.ua/download/aspirantura/2016-08/tablitsya-vidpovidnosti-pereliku.pdf>

120. Теорія і практика інклюзивної освіти : навч-метод. посіб. / [упор. Бондар К. М.]. [2-ге вид., доп.]. Проект «Підтримка інклюзивної освіти у м. Кривий Ріг», 2019. 154 с.

121. Тест AQ.

URL: <https://www.aspergers.ru/aq/>

122. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Депресія. / Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003.

URL: [https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014\\_1003\\_ukpmd\\_depresiya.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf)

123. Франческа А. Введение в психологическую теорию аутизма. Москва: Научная серия, 2000. 189 с.
124. Фрайджер Р. Теории личности и личностный рост. СПб.: Прайм-Еврознак, 2004. 657 с.
125. Фрейд З. Бессознательное.  
URL: [https://royallib.com/book/freйд\\_zigmund/bessoznatelnoe.html](https://royallib.com/book/freйд_zigmund/bessoznatelnoe.html)
126. Фрейд З. Основные принципы психоанализа. Москва–К.: Рефл-бук, Ваклер, 1998. 228 с.
127. Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности. Москва : Азбука классика, 2014. 224 с.
128. Фрейд З. Психоанализ детских страхов. Москва : Азбука-классика, 2012. 288 с.
129. Фрейд З. «Я» и «Оно». Москва : Азбука-классика, 2015. 288 с.
130. Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Основы групповой психотерапии: учеб. пособие. Минск : Тесей, 2004. 256 с.
131. Head A. M., McGillivray J. A. & Stokes M. A. Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular Autism* 5, 19.2014.  
URL: <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-19>
132. Хмизова О. В. Організація психокорекційної роботи з батьками дітей з особливими потребами як складова цілісного процесу ранньої соціальної реабілітації. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика: науково-методичний журнал*. 2011. № 3/4. С. 203–211.
133. Хомуленко Б. В., Марченко Э. М. Семейная динамика аутизма. Структура трансформации: монография. Х.: Диска Плюс, 2020. 208 с.
134. Xiaojing L. I., Wang Q., Wu Y., Wang S., Huang Y., Li T. Personality characteristics and neurocognitive functions in parents of children with Autism Spectrum Disorder. *Shanghai Archives of Psychiatry*. 2017. Vol. 29. № 1. P. 41–47.

URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5518253/#:~:text=Compared%20to%20the%20parents%20of,limited%20social%20skills%20and%20maturity>

135. Черниговская Т. В. Зеркальный мозг, концепты и язык: цена антропогенеза. *Физиологический журнал им. И.М.Сеченова*. 2006. Т. 92. №1, С. 84–99.

136. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА : АВА (Applied Behavior Analysis): терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения / [пер. с англ. З. Измайловой-Камар ; науч. ред. С. Анисимова]. Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2013 .208 с.

137. Шульгина Д. А., Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б. Проблема аутизма. Терапевтический подход к решению вторичной аутизации семьи. *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. 2014. Том 4. № 11. С. 1295–1297.

URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-autizma-terapevticheskiy-podhod-k-resheniyu-vtorichnoy-autizatsii-semi/viewer>

138. Шульженко Діана. Аутизм – не вирок. Львів : Кальварія, 2010. 224 с.

139. Шульженко Д. І. Психологічні основи корекційного виховання дітей з аутистичними порушеннями.

URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/10600>

140. Wakabayashi A., Baron-Cohen S., and Wheelwright S. Are autistic traits an independent personality dimension? A study of the Autism-Spectrum Quotient (AQ) and the NEO-PI-R. *Personality Individ. Diff.* 2006. Vol. 41. P. 873 – 883.

## **ДОДАТКИ**

## Додаток А

## Загальна інструкція для батькі групи А із проходження опитування

Вітаю! Мене звати Давоян Єлизавета, я – аспірантка Криворізького державного педагогічного університету. Ми проводимо дослідження особистостей батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектру. Сподіваюсь, що завдяки тому, що Ви допоможете в цьому дослідженні, ми зможемо попередити зростання розладів аутистичного спектру у дітей у майбутньому.

Усі отримані дані увійдуть до загальної бальної сукупності, імена та прізвища не будуть вказані в дослідженні, Ви залишитесь конфіденційними.

Вам буде запропонована 1 анкета, на неї мама й тато відповідають разом. Далі Вам будуть запропоновані опитувальники, для мами й тата окремо; опитувальники з вибором питань так/ні або з вибором твердження, яке відповідає Вашому ставленню. Загальна кількість питань – 276. Розуміємо, що загальна кількість запитань бентежить але, вони короткі та не мають розгорнутих відповідей, тільки відповіді так/ні або з вибором номера твердження, яке відповідає Вашому ставленню. Кількість часу, яку витрачають на відповіді, індивідуальна і може зайняти від 20 хв. до 1 г., залежно від швидкості читання.

Дякую, що погодились взяти участь у цьому дослідженні!

## Загальна інструкція для батьків групи Б із проходження опитування

Вітаю! Мене звати Давоян Єлизавета, я – аспірантка Криворізького державного педагогічного університету. Ми проводимо дослідження особистостей батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектру. Для більш точних і правдивих результатів нам необхідно опитати також батьків, які виховують діток без розладів аутистичного спектру. Сподіваюсь, що завдяки тому, що Ви допоможете в дослідженні, ми зможемо попередити зростання розладів аутистичного спектру у дітей у майбутньому.

Усі отримані дані увійдуть до загальної бальної сукупності, імена та прізвища не будуть вказані в дослідженні, Ви залишитесь конфіденційними.

Вам буде запропонована 1 анкета, на неї мама й тато відповідають разом. Далі Вам будуть запропоновані опитувальники, для мами й тата окремо; опитувальники з вибором питань так/ні або з вибором твердження, яке відповідає Вашому ставленню. Загальна кількість питань – 276. Розуміємо, що загальна кількість запитань бентежить але, вони короткі та не мають розгорнутих відповідей, тільки відповіді так/ні або з вибором номера твердження, яке відповідає Вашому ставленню. Кількість часу, яку витрачають на відповіді, індивідуальна і може зайняти від 20 хв. до 1 г., залежно від швидкості читання.

Дякую, що погодились взяти участь у цьому дослідженні!

#### Анкета «Загальні відомості про родину»

Будь ласка, надайте відповіді на питання. Ви можете зазначити ваші реальні дані. Ці дані ніде НЕ будуть фігурувати, вони необхідні, щоб правильно зробити підрахунок та не загубити маму й тата з однієї родини. Також, якщо Ви не хочете писати своє дійсне прізвище, можете зазначити вигадане спільне прізвище для родини й на далі вказувати саме його.

#### *Загальні дані про родину*

Ім'я дитини (або, вигадане прізвище):

Стать дитини:

П.І.П. мами (або, вигадане П):

П.І.П. батька (або вигадане П):

Число місяць рік народження дитини:

Число місяць рік народження мами:

Число місяць рік народження батька:

Освіта мами (спеціальність, яку здобула під час навчання) та сфера діяльності на сьогодні (приклад: вища освіта, навчалась на вчителя початкових класів, зараз працююу...)

Освіта батька (спеціальність, яку здобув під час навчання) та сфера діяльності на сьогодні (приклад: вища освіта, навчався на інженера, працюю у ....)

Освіта бабусь та дідусів (так само, спеціальність, яку здобули під час навчання) та сфера діяльності на сьогодні. Якщо зараз на пенсії, вкажіть, будь ласка, ким працювали до виходу на пенсію:

### *Перебіг вагітності*

Вік мами та батька у час цієї вагітності:

Порядок вагітності:

В якому статусі з батьком дитини Ви перебували під час вагітності:

- Жили разом, але не були одружені
- Були одружені та жили разом
- Зустрічались, але не жили разом
- Під час вагітності ми припинили стосунку та не спілкувались
- Власний варіант:

Стан здоров'я під час вагітності:

- токсикоз (важкий)
- анемія
- набряки
- високий тиск
- ГРЗ
- грип
- медичне лікування, амбулаторне
- травми
- наркоз
- знеболювальні препарати
- загроза викидня
- Ваш варіант:

Психотравмуючі ситуації:

Пологи:

- передчасні
- вчасні
- відтерміновані

Патології при пологах:

- обвиття пуповиною
- пологові травми
- патологій при пологах не було
- Ваш варіант

У якому статусі з батьком дитини ви перебували перший рік після народження дитини:

- Жили разом, але не були одружені
- Були одружені та жили разом
- Були одружені, але не жили разом
- Зустрічались, але не жили разом
- У перший рік після народження дитини ми припинили стосунки
- Ваш варіант:

#### *Розвиток дитини після пологів*

Захворювання після пологів:

Коли вперше занепокоїв стан дитини (для батьків, що виховують дитину з розладами аутистичного спектру):

У якому віці Ваш малюк почав вимовляти перші слова:

Чи має Ваша дитина супутні захворювання:

Який Ваш емоційний стан на сьогодні:

Мама:

- Я спокійна як завжди
- Є певні хвилювання, що пов'язані з пандемією
- Є певні хвилювання, вони не пов'язані з пандемією
- Це моя особливість, я завжди хвилююсь про свою родину та

близьких

- Власний варіант



Який Ваш емоційний стан на сьогодні:

Тато:

- Я спокійний як завжди
- Є певні хвилювання, що пов'язані з пандемією
- Є певні хвилювання, вони не пов'язані з пандемією
- Це моя особливість, я завжди хвилююсь про свою родину та

близьких

- Власний варіант

## Шкала рівня особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна

Цей розділ містить запитання, що стосуються вашого емоційного стану. Будь ласка, відповідайте максимально чесно – це важливо.

Вам будуть запропоновані твердження, де відповідь 1 – ні, це не так, 2 – мабуть, так, 3 – правильно, 4 – абсолютно правильно. Довго не замислюйтесь над відповіддю, в опитувальнику немає правильних або неправильних відповідей.

1. У мене буває піднесений настрій: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
2. Я буваю дратівливим: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
3. Я легко засмучуюсь: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
4. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
5. Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
6. Я відчуваю прилив сил і бажання працювати: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
7. Я спокійний, холонокровний і зібраний: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
8. Мене турбують можливі труднощі: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
9. Я дуже переживаю через дрібниці: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
10. Я буваю цілком щасливий: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно

11. Я все приймаю близько до серця: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
12. Мені не вистачає впевненості в собі: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
13. Я відчуваю себе беззахисним: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
15. У мене буває хандра: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
16. Я буваю задоволений: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
17. Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
18. Буває, що я відчуваю себе невдахою: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
19. Я врівноважена людина: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно
20. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи: 1-ні, це не так, 2-мабуть так, 3-вірно, 4-абсолютно правильно

Ключ:

Рівень особистісної тривожності (тривожність як властивість):

Прямі питання: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20.

Зворотні питання: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19.

Особистісна тривожність = Прямі - Зворотні + 35 (балів).

Інтерпретація: Рівень тривожності до 30 балів вважається низьким, від 30 до 45 балів – помірним, від 46 балів та вище – високим. Мінімальна можлива оцінка 20 балів, максимальна – 80 балів.

## Шкала діагностики депресії А. Т. Бека

У пропонованому опитуванні містяться групи тверджень стосовно вашого емоційного стану на цьому тижні та сьогодні. Уважно ознайомтесь з кожним з них. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як ви себе відчували на цьому тижні й сьогодні. Якщо кілька тверджень з однієї групи видаються вам тими, що підходять, то виберіть кожне з них. Перш, ніж зробити свій вибір, переконайтесь, що ви прочитали всі твердження в кожній групі.

1

- A. Я не відчуваю себе засмученим, сумним.
- B. Я засмучений.
- C. Я весь час засмучений і не можу від цього відсторонитися.
- D. Я настільки засмучений і нещасливий, що не можу це витримати.

2

- A. Я не турбуюся про своє майбутнє.
- B. Я відчуваю, що моє майбутнє мене турбує.
- C. Я відчуваю, що мене нічого не чекає в майбутньому.
- D. Моє майбутнє безнадійно, і ніщо не може змінитися на краще

3

- A. Я не відчуваю себе невдахою.
- B. Я відчуваю, що терпів більше невдач, ніж інші люди.
- C. Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач.
- D. Я відчуваю, що як особистість я – повний невдаха.

4

- A. Я отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.
- B. Я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.
- C. Я більше не отримую задоволення ні від чого.
- D. Я повністю незадоволений життям, і мені все набридло.

5

- A. Я не відчуваю себе в чому-небудь винним.
- B. Досить часто я відчуваю себе винним.
- C. Більшу частину часу я відчуваю себе винним.
- D. Я постійно відчуваю почуття провини.

6

- A. Я не відчуваю, що можу бути покараним за що-небудь.
- B. Я відчуваю, що можу бути покараний.
- C. Я очікую, що можу бути покараний.
- D. Я відчуваю себе вже покараним.

7

- A. Я не розчарувався в собі.
- B. Я розчарувався в собі.
- C. Я собі огидний.
- D. Я себе ненавиджу.

8

- A. Я знаю, що я не гірше від інших.
- B. Я критикую себе за помилки і слабкості.
- C. Я весь час звинувачую себе за свої вчинки.
- D. Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається.

9

- A. Я ніколи не думав накласти на себе руки.
- B. До мене приходять думки накласти на себе руки, але я не буду їх здійснювати.

- C. Я хотів би накласти на себе руки.
- D. Я б убив себе, якби випала нагода.

10

- A. Я плачу не більше ніж зазвичай.
- B. Зараз я плачу частіше, ніж раніше.
- C. Тепер я весь час плачу.
- D. Раніше я міг плакати, а зараз не можу, навіть якщо мені хочеться.

11

- A. Зараз я дратівливий не більше, ніж зазвичай.
- B. Я легше дратуюся, ніж раніше.
- C. Тепер я постійно відчуваю, що роздратований.
- D. Я став байдужий до речей, які мене раніше дратували.

12

- A. Я не втратив інтересу до інших людей.
- B. Я менше цікавлюся іншими людьми, ніж раніше.
- C. Я майже втратив інтерес до інших людей.
- D. Я повністю втратив інтерес до інших людей.

13

- A. Я відкладаю прийняття рішень іноді, як і раніше.
- B. Я частіше, ніж раніше, відкладаю прийняття рішень.
- C. Мені важче приймати рішення, ніж раніше.
- D. Я більше не можу приймати рішення.

14

- A. Я не відчуваю, що виглядаю гірше, ніж зазвичай.
- B. Мене турбує, що я виглядаю старим і непривабливим.
- C. Я знаю, що в моїй зовнішності відбулися істотні зміни, що роблять мене непривабливим.
- D. Я знаю, що виглядаю потворно.

15

- A. Я можу працювати так само добре, як і раніше.
- B. Мені необхідно зробити додаткове зусилля, щоб почати робити що-небудь.
- C. Я насилу змушую себе робити що-небудь.
- D. Я зовсім не можу виконувати ніякої роботи.

16

- A. Я сплю так само добре, як і раніше.
- B. Зараз я сплю гірше, ніж раніше.

С. Я прокидаюся на 1-2 години раніше, і мені важко заснути знову.

Д. Я прокидаюся на декілька годин раніше звичайного і більше не можу заснути.

17

А. Я втомлююся не більш, ніж зазвичай.

В. Тепер я втомлююся швидше, ніж раніше.

С. Я втомлююся майже від усього, що я роблю.

Д. Я не можу нічого робити через втому.

18

А. Мій апетит не гірше, ніж зазвичай.

В. Мій апетит став гірше, ніж раніше.

С. Мій апетит тепер значно гірше.

Д. У мене взагалі немає апетиту.

19

А. Останнім часом я не схуд або втрата ваги була незначною.

В. За останній час я втратив більше 2 кг.

С. Я втратив більше 5 кг.

Д. Я втратив більше 7 кг.

20

А. Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.

В. Мене турбують проблеми мого фізичного здоров'я, такі, як болі, розлад шлунку, запори і т. п.

С. Я дуже стурбований своїм фізичним станом, і мені важко думати про щось інше.

Д. Я настільки стурбований своїм фізичним станом, що більше ні про що не можу думати.

21

А. Останнім часом я не помічав зміни свого інтересу до близькості.

В. Мене менше займають проблеми близькості, ніж раніше.

С. Зараз я значно менше цікавлюся сексом, ніж раніше.

D. Я повністю втратив інтерес до близькості.

Підрахунок та інтерпретація:

Усі відповіді А оцінюються у 0 балів, усі відповіді В мають оцінку у 1 бал, відповіді С оцінюються у 2 бали і кожна відповідь D має оцінку у 3 бали.

Якщо загальна сума балів респондента становить від 0-9 – це свідчить про відсутність депресивних симптомів. Коли загальна сума балів за відповіді респондента складає від 10-15 – це свідчить про легку депресію (субдепресія). Сума балів респондента по відповідям, що становить від 16-19 – вказує на помірну депресію. Якщо респондент набирає загальну суму балів від 20-29 – це буде свідчити про наявність вираженої депресії (депресія середньої тяжкості). Загальна сума балів від 30-63 – вказує на глибоку депресію.



## Особистісний опитувальник Г. Айзенка EPQ

Вам пропонується відповісти на питання, що стосуються вашого звичайного (усталеного) способу поведінки. Уявіть типові ситуації і надайте першу відповідь, яка спаде вам на думку, не замислюйтесь довго над відповіддю. Якщо ви згодні з твердженням – оберіть «так», якщо не згодні – «ні». Відповідайте швидко і точно. Пам'ятайте, що немає «хороших» або «поганих» відповідей.

1. У Вас багато різних хобі?
2. Ви обдумуєте попередньо те, що збираєтесь зробити?
3. У Вас часто бувають спадання або піднесення настрою?
4. Ви претендували коли-небудь на похвалу за те, що в дійсності зробив хтось інший?
5. Ви говірка людина?
6. Вас турбувало б те, що Ви залізли в борги?
7. Вам доводилось відчувати себе нещасною людиною без особливих на те причин?
8. Вам траплялось коли-небудь бути жадібним, щоб отримати більше, ніж Вам покладалось?
9. Ви ретельно замикаєте двері на ніч?
10. Ви вважаєте себе життєрадісною людиною?
11. Побачивши, як страждає дитина, тварина, Ви б сильно засмутились?
12. Ви часто переживаєте через те, що зробили або сказали щось, чого не варто було б робити або говорити?
13. Ви завжди виконуєте обіцянки, навіть якщо особисто Вам це не дуже зручно?
14. Ви отримали б задоволення, стрибаючи з парашутом?

15. Чи здатні Ви дати волю почуттям та повеселитись у галасливій компанії?
16. Ви дратівливі?
17. Ви коли-небудь звинувачували когось у тому, в чому насправді були винні Ви самі?
18. Вам подобається знайомитись з новими людьми?
19. Ви вірите в користь страхування?
20. Чи легко Вас образити?
21. Чи всі Ваші звички хороші та бажані?
22. Ви намагаєтесь бути в тіні, перебуваючи в суспільстві?
23. Стали б Ви приймати щось, що може привести вас в незвичайний або небезпечний стан (алкоголь, наркотики)?
24. Ви часто відчуваєте такий стан, коли все набридло?
25. Вам траплялось брати речі, що належать іншій особі, якщо це була навіть така дрібниця, як шпилька або гудзик?
26. Вам подобається часто ходити до кого не-будь в гості і бувати в суспільстві?
27. Вам приносить задоволення ображати тих, кого ви любите?
28. Вас часто турбує почуття провини?
29. Вам доводилося говорити про те, в чому ви погано розбиралися?
30. Ви зазвичай надаєте перевагу книзі, аніж зустрічам з людьми?
31. У Вас є явні вороги?
32. Ви назвали б себе нервовою людиною?
33. Ви завжди вибачаетесь, коли наговорила грубощів?
34. У Вас багато друзів?
35. Вам подобається влаштовувати розіграші та жарти, які іноді можуть дійсно заподіяти людям біль?
36. Ви неспокійна людина?
37. У дитинстві ви завжди покійно і негайно виконували те, що вам наказували?

38. Ви вважаєте себе безтурботною людиною?
39. Чи багато для вас важать хороші манери й охайність?
40. Чи хвилюєтеся Ви з приводу будь-яких жахливих подій, які могли б трапитися, але не трапилися?
41. Вам траплялося зламати або загубити чужу річ?
42. Ви зазвичай першими виявляєте ініціативу при знайомстві?
43. Чи можете ви легко зрозуміти стан людини, якщо вона ділиться з вами турботами?
44. У Вас часто нерви бувають натягнуті до межі?
45. Кинете Ви непотрібний папірець на підлогу, якщо під рукою немає смітника?
46. Ви більше мовчите, перебуваючи в товаристві інших людей?
47. Чи вважаєте Ви, що шлюб старомодний і його слід скасувати?
48. Ви іноді відчуваєте жалість до себе?
49. Ви іноді багато хвалитеся?
50. Ви легко можете принести пожвавлення в досить нудну компанію?
51. Чи дратують вас обережні водії?
52. Ви турбуєтесь про своє здоров'я?
53. Ви говорили коли-небудь погано про іншу людину?
54. Ви любите переказувати анекдоти і жарти своїм друзям?
55. Для вас більшість харчових продуктів однакові на смак?
56. Чи буває у вас іноді поганий настрій?
57. Ви грубили коли-небудь своїм батькам в дитинстві?
58. Вам подобається спілкуватися з людьми?
59. Ви переживаєте, якщо дізнаєтеся, що припустились помилок у своїй роботі?
60. Ви страждаєте від безсоння?
61. Ви завжди маєте руки перед їжею?
62. Ви з тих людей, які не лізуть за словом у кишеню?

63. Ви вважаєте за краще приходити на зустріч трохи раніше призначеного терміну?
64. Ви відчуваєте себе апатичним, утомленим, без будь-якої причини?
65. Вам подобається робота, що вимагає швидких дій?
66. Ви так любите поговорити, що не втратите будь-якого зручного випадку поговорити з новою людиною?
67. Ваша мати – хороша людина (була хорошою людиною)?
68. Чи часто Вам здається, що життя жахливо нудне?
69. Ви коли не-будь скористалися помилкою іншої людини у своїх цілях?
70. Ви часто берете на себе більше, ніж дозволяє час?
71. Чи є люди, які намагаються уникати Вас?
72. Вас дуже турбує Ваша зовнішність?
73. Ви завжди ввічливі, навіть із неприємними людьми?
74. Чи вважаєте ви, що люди витрачають занадто багато часу, щоб забезпечити своє майбутнє, відкладаючи заощадження, страхуючи себе і своє життя?
75. Чи виникало у Вас коли не-будь бажання померти?
76. Ви спробували б уникнути сплати податку з додаткового заробітку, якби були впевнені, що вас ніколи не зможуть викрити в цьому?
77. Ви можете принести пожвавлення в компанію?
78. Ви намагаєтесь не грубити людям?
79. Ви довго переживаєте після конфузу, що стався?
80. Ви коли не-будь наполягали на тому, щоб було по-вашому?
81. Ви часто приїжджаєте на вокзал в останню хвилину перед відходом потяга?
82. Ви коли-небудь навмисно говорили щось неприємне або образливе для людини?
83. Вас турбували ваші нерви?

84. Вам неприємно перебувати серед людей, які жартують (насміхаються) із товаришів?
85. Ви легко втрачаєте друзів зі своєї вини?
86. Ви часто відчуваєте почуття самотності?
87. Чи завжди ваші слова збігаються зі справами?
88. Чи подобається вам іноді дражнити тварин?
89. Ви легко ображаєтеся на зауваження, що стосуються особисто вас і вашої роботи?
90. Життя без будь-якої небезпеки здається б вам дуже нудним?
91. Ви коли не-будь спізнивалися на побачення або роботу?
92. Вам подобається суєта і пошвавлення навколо вас?
93. Ви хочете, щоб люди боялися вас?
94. Чи правильно, що ви іноді сповнені енергії і все горить у руках, а іноді зовсім мляві?
95. Ви іноді відкладаєте на завтра те, що повинні зробити сьогодні?
96. Чи вважають вас жвавою і веселою людиною?
97. Чи часто вам говорять неправду?
98. Ви дуже чутливі до деяких явищ, подій, речей?
99. Ви завжди готові визнавати свої помилки?
100. Вам коли не-будь було шкода тварину, яка потрапила в пастку?
101. Чи важко Вам було проходити опитування?

Ключ та інтерпретація:

#### Ключ до методики EPQ

Шкала	Прямі твердження	Зворотні твердження
Екстраверсія / інтроверсія	1, 5, 10, 15, 18, 26, 34, 38, 42, 50, 54, 58, 62, 65, 70, 74, 77, 81, 90, 92, 96	22, 30, 46, 84
Нейротизм	3, 7, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60, 64, 68, 72, 75, 79, 83, 86, 89, 94, 98	

Продовж., табл. Ключ та інтерпретація

## Ключ до методики EPQ

Психотизм	14, 23, 27, 31, 35, 47, 51, 55, 71, 85, 88, 93, 97	2, 6, 9, 11, 19, 39, 43, 59, 63, 67, 78, 100
Шкала брехні	13, 21, 33, 37, 61, 73, 87, 99	4, 8, 17, 25, 29, 41, 45, 49, 53, 57, 66, 69, 76, 80, 82, 91, 95

За шкалою екстраверсії, якщо респондент набирає понад 15 балів, то можна говорити про «чисту» екстраверсію; від 7 балів до 15 балів – указує на амбівалентність (невизначеність); якщо респондент набирає від 0 балів до 6 балів, можна говорити про «чисту» інтроверсію.

За шкалою нейротизму, якщо респондент набирає понад 16 балів, це свідчить про виражений нейротизм; від 8 балів до 16 балів – середній бал вияву нейротизму; якщо респондент набирає від 0 балів до 7 балів, такий результат свідчить про емоційну стійкість.

Якщо респондент за шкалою психотизм набирає понад 10 балів, це вказує на високий рівень психотизму, у цьому випадку робота з людьми для респондента може бути протипоказаною. При кількості балів від 6 до 10 – вказує на схильність до емоційної неадекватності. У випадку, якщо респондент набере від 0 балів до 5 балів, такий результат свідчить про відсутність виявів психотизму.

За шкалою брехні, якщо респондент набирає понад 10 балів, це вказує на недостовірний результат опитування, оскільки респондент був не до кінця чесним або довго замислювався над вибором.

## Тест QA на вияв аутистичних ознак у дорослих С. Барон-Коена

Вам пропонуються 50 тверджень, на які ви можете надати такі відповіді: 1 – згоден повністю; 2 – згоден частково; 3 – частково незгоден; 4 – повністю не згоден.

1. Я надаю перевагу виконувати роботу з ким-небудь, а не самостійно.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

2. Я знаходжу соціальні ситуації легкими.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

3. Я надаю перевагу піти в бібліотеку, а не на банкет.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

4. Я більше тяжію до людей, ніж до предметів.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

5. Для мене важко знаходити нових друзів.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

6. Мені легко визначити за виразом обличчя людини, що вона думає або відчуває (переживає).

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

7. Мені подобаються соціальні заходи.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

8. Я вважаю, що наміри людей важко визначити.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

9. Мені подобається зустрічатися з незнайомими людьми.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

10. Я хороший дипломат.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

11. Я надаю перевагу робити що-небудь по одному, неодноразово перевіреним мною шляху.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

12. Я часто буваю настільки зануреним у будь-яку справу, що не звертаю уваги на інших.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

13. Я легко сприймаю одночасне спілкування кількох людей у соціальній групі.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

14. У мене формуються настільки сильні інтереси, що я впадаю в розпач, якщо не досягаю мети.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

15. Мене не засмучує те, що моя щоденна рутинна діяльність порушена.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

16. З вважаю, що робити більше однієї справи одночасно легко.



1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

17. Я люблю робити що-небудь спонтанно.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

18. Якщо мене перервати, я легко повертаюся до того, чим займався.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

19. Я люблю чітко планувати свою активність.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

20. Нові ситуації роблять мене знервованим.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

21. Якщо я намагаюся уявити щось, я знаходжу легким створити картинку в моїй уяві.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

22. Коли я читаю розповідь, я легко уявляю, як виглядають ті чи ті персонажі.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

23. Мені легко вигадувати історії.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

24. Коли я читаю розповідь, для мене важко визначити наміри персонажів.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

25. Я не відчуваю особливого задоволення від читання фантастики.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; частково незгоден; повністю незгоден

26. Я волію піти до театру, а не до музею.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

27. У дитинстві мені подобалося грати з іншими дітьми в ігри з перетвореннями на різних персонажів.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

28. Мені подобається колекціонувати інформацію про категорії речей (наприклад, типи машин, види птахів, типи поїздів, види рослин і т.п.).

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

29. Мені важко уявити, як бути ким-небудь іншим.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

30. Я вважаю, що легко грати в ігри з перетвореннями.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

31. Я часто чую тихі шуми, які інші не чують.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

32. Я зазвичай помічають номери машин або аналогічні види інформації.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

33. Я зачарований датами.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

34. Я запам'ятовую деталі, які інші не запам'ятовують.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

35. Я зазвичай концентруюся на повній картині, а не на дрібних деталях.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

36. Я дуже легко запам'ятовую номери телефонів.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

37. Зазвичай я не помічають невеликих змін у ситуації або зовнішності людей.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

38. Я погано запам'ятовую дні народження людей.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

39. Я захоплений датами.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

40. Я завжди відмічаю структуру предметів.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

41. Інші люди часто говорять мені, що те, що я говорю некоректно, навіть якщо я вважаю, що я досить делікатний.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

42. Я насолоджуюся балаканиною в компанії

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

43. Коли я говорю, іншим важко вставити хоча б слово.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

44. Я часто констатую (поміча.), що я не знаю, як продовжити розмову.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

45. Мені легко «читати між рядків», якщо хтось звертається до мене.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

46. Я знаю, як треба сказати, якщо хтось, хто мене слухає, починає нудьгувати.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

47. Коли я говорю телефоном, я не впевнений, коли настає моя черга говорити.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

48. Я часто останнім розумію сенс жарту.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

49. Я добре спілкуюся в компанії.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

50. Люди часто говорять мені, що я «зациклююсь» на одній речі.

1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю незгоден

Ключ та інтерпретація:

• для всіх відповідей «згоден повністю» або «згоден частково» на такі питання надається один бал:

02, 04, 05, 06, 07, 09, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 33, 35, 39, 41, 42, 43, 45, 46

• для всіх відповідей «повністю не згоден» або «частково не згоден» на такі питання надається один бал:

01, 03, 08, 10, 11, 14, 15, 17, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 40, 44, 47, 48, 49, 50

Значення AQ від 26 і вище вважається виявом аутистичних ознак, а від 32 і вище – високим рівнем вияву аутистичних ознак (властивий для осіб з аутизмом Аспергера, осіб з високо функціональним аутизмом).

## Тест SQ на рівень систематизації С. Барона-Коена

Вам пропонуються 60 тверджень, на які ви можете надати такі відповіді: 1– згоден повністю; 2 – згоден частково; 3 – частково не згоден; 4 – повністю не згоден. Це остання кількість тверджень, на які ви відповідаєте.

1. Коли я слухаю музичний твір, я завжди звертаю увагу на те, як його структуровано (1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

2. Я схильний до поширених забобонів.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

3. Я часто приймаю рішення, але мені складно їх дотримуватися.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

4. Я волію читати науково-популярні, а не художні книги.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

5. Якби я купував автомобіль, я б хотів отримати певну інформацію про потужності його двигуна.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

6. Коли я дивлюся на картину, я зазвичай не роздумую про техніку, якою вона виконана.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

7. Якби у мене вдома була проблема з електропроводкою, я б зміг полагодити її самостійно.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

8. Коли мені сниться сон, мені важко згадати його чіткі деталі наступного дня.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

9. Коли я дивлюся фільм, я надаю перевагу бути в колі друзів, а не наодинці.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

10. Я зацікавлений у вивченні різних релігій.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

11. Я рідко читаю статті або веб-сторінки про нові технології.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

12. Мені не приносять задоволення ігри, які передбачають високу частку стратегічного планування.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

13. Я захоплений роботою техніки (механізмів).

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

14. Щоранку я обов'язково слухаю новини.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

15. Під час підрахунків, я заінтригований правилами і характером (структурою), які керують числами.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

16. Я погано підтримую зв'язки з давніми друзями.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

17. Коли я розповідаю історію, я часто опускаю деталі і просто надаю суть події.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

18. Я важко розумію інструкції зі збору приладів.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

19. Коли я дивлюся на тварину, мені подобається знати точний вид, до якого воно належить.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

20. Якби я купував комп'ютер, я б хотів знати точні дані про обсяг жорсткого диска і швидкості процесора.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

21. Мені подобається займатися спортом.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

22. Я намагаюся за можливості уникнути домашніх обов'язків.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

23. Коли я готую, я не думаю про те, як саме різні способи готування та інгредієнти впливають на кінцевий результат.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

24. Мені важко читати й розуміти карти.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)



25. Якби у мене була колекція (наприклад, CD дисків, монет, марок), вона була б доцільно організованою.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

26. Коли я дивлюся на елемент меблів, я не помічаю того, як вона була зібрана.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

27. Думка про участь у діяльності, що має ризик, приваблює мене.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

28. Коли я читаю про історичні події, я не звертаю уваги на точні дати.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

29. Коли я читаю газету (колонку новин), мене притягають інформаційні таблиці, такі, як: рахунок у футбольній лізі або індекси фондового ринку.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

30. Коли я вивчаю мову, мене інтригують його граматичні правила.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

31. Для мене складно запам'ятати шлях у новому місті.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

32. Я не схильний переглядати документальні передачі по телебаченню або читати статті про науку або природу.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

33. Якби я купував стереосистему, я б хотів знати її точні технічні характеристики.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

34. Мені легко зрозуміти, як працюють коефіцієнти у ставках.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

35. Я не дуже педантичний, коли роблю речі ручної роботи.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

36. Мені легко продовжити розмову з людиною, яку я тільки зустрів.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

37. Коли я дивлюся на будівлю, мені цікавий точний спосіб її побудови.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

38. Коли проводяться вибори, мене не цікавлять результати по кожному виборчому округу.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

39. Коли я позичаю комусь гроші, я очікую, що вони повернуть мені рівно стільки, скільки заборгували.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

40. Мені складно зрозуміти інформацію, яку надсилає мені банк, щодо різних систем вкладів і заощаджень.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

41. Подорожуючи потягом, я часто ставлю собі запитання, як координуються системи залізниці.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

42. Коли я купую новий прилад, я неретельно читаю інструкцію з експлуатації.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

43. Якби я купував камеру, я б уважно не дивився на якість лінз.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

44. Коли я читаю щось, я завжди звертаю увагу на граматичну правильність.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

45. Коли я слухаю прогноз погоди, мене не дуже цікавлять метеорологічні структури.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково не згоден; 4-повністю не згоден)

46. Мені складно робити дві справи одночасно.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

47. Я часто задаюсь питанням, як це бути ким-небудь іншим.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

48. Коли я дивлюся нагору, я замислююся над тим, як вона формувалася.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

49. Я можу легко візуалізувати (уявити), як пов'язані автомагістралі у моєму регіоні.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

50. Коли я в ресторані, мені часто важко вибрати, що замовляти.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

51. Коли я в літаку, я не думаю про аеродинаміку.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

52. Я часто забуваю точні деталі розмови, у якій брав участь.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

53. Коли я прогулююся в сільській місцевості, мене цікавлять відмінності різноманітних видів дерев.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

54. Зустрівши когось раз або два, мені важко пригадати точно, як він (вона) виглядав (виглядала).

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

55. Мене цікавить розуміння траєкторія, якою річка тече зі свого джерела в море.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

56. Я не читаю юридичних документів надто ретельно.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

57. Мене не цікавить те, як працює бездротова комунікація.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

58. Мені цікаво знати про життя на інших планетах.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

59. Коли я подорожую, мені подобається дізнаватися про певні деталі (особливості)культури того місця, яке я відвідую.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

60. Коли я бачу рослину, я не турбуюсь про те, чи знаю я її назву.

(1-згоден повністю; 2-згоден частково; 3-частково незгоден; 4-повністю не згоден)

Ключ та інтерпретація:

Відповіді «повністю згоден» вважаються за два бали, і «згоден частково» вважаються за один бал у таких пунктах: 1, 4, 5, 7, 13, 15, 19, 20, 25, 29, 30, 33, 34, 37, 41, 44, 48, 49, 53, 55. Відповіді «повністю не згоден» вважаються за два бали і «не згоден частково» вважаються за один бал у таких пунктах: 6, 11, 12, 18, 23, 24, 26, 28, 31, 32, 35, 38, 40, 42, 43, 45, 51, 56, 57, 60.

Середнє значення SQ для контрольної групи – 30, для групи з синдромом Аспергера, високофункціональним аутизмом – 36 високі показники рівня систематизації.

Спостереження відбувалось за такими критеріями:

- спілкування з дитиною (діалогове, дерективне, відсутність спілкування);
- реакція на взаємодію дитини з різними матеріалами та текстурами (позитивна, негативна, відсторонена);
- контактування з дитиною (включається у гру, присутність фізичного контакту, відстороненість);
- реакція на взаємодію дитини з іншими дітьми й дорослими (позитивна, негативна, відсторонена);
- емоційний стан під час сесій (піднесений, маніакальний, стурбований, тривожний, депресивний, відсторонений);

– Таблиця 2.1.

Таблиця спостереження особистісних особливостей батьків, що виховують дитину з розладами аутистичного спектру

Коротка характеристика сім'ї (члени родини, дитина: вік та стать), термін спостереження.
<p style="text-align: center;">Сім'я Р [32].</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Складається з мами (вагітна другою дитиною), бабусі, батько – іноземець, жив за кордоном.</li> <li>– Напрямок освіти мами – філологічна, не працює в декретній відпустці у батька технічна, ІТ-технолог, розробляє сайти, бабуся зі сторони мами має середню технічну освіту (на пенсії, працювала на заводі).</li> <li>– Дитина – хлопчик, 2,7 р.</li> <li>– Діагноз був поставлений у м. Києві, а потім підтвердився в м. Одесі.</li> <li>– Термін спостереження склав 2,5 місяці, робота проходила у будинку родини Р.</li> <li>– Друга дитина (дівчинка) народилася з неврологічними захворюваннями, що спричинило затримку розвитку.</li> </ul>
Особистісні особливості мами
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Жінка вагітна, на останньому місяці. При тому, що жінка очікує дитину, в будинку немає жодних виявів приготування до народження немовляти (можливо, пов'язано зі страхом, що під час пологів з нею або дитиною щось станеться).</li> </ul>
<b>Контактування з дитиною (включається у гру, присутність фізичного контакту, відстороненість):</b>

- Годувала Р. до 1 р. 10м. – момент, коли дізналась про вагітність. Одразу як дізналась про вагітність, відлучила Р. від грудей. Це може вказувати на емоційну залежність від дитини.
- Долучається до гри, але намагається не йти за дитиною, а керувати грою.
- Постійно обіймає та торкається дитини навіть тоді, коли дитина цього не хоче, любить колисати сина як немовля.

**Спілкування з дитиною (діалогове, директивне, спілкування відсутнє):**

- Вважає, що дитина її не розуміє, через це не розмовляє з нею. У Р відсуне мовлення. При зазначеному, дирекції дитині виказує то російською, то іноземною мовою.

**Реакція на взаємодію дитини з різними матеріалами та текстами (позитивна, негативна, відсторонена):**

- Постійно хвилюється, що Р. забрудниться. Тільки-но дитина починає ознайомлюватись із різними структурами (фарби, пісок, пластилін), одразу витирає руки чи дістає з пісочниці, чим перешкоджає ознайомленню дитини з різними тілесними відчуттями, хоча хлопчик навпаки, хоч і з певною мірою прищипкості, але виказує зацікавленість. Мамине хвилювання ніби виступає перепорою для дитини.

**Реакція на взаємодію дитини з іншими дітьми та дорослими (позитивна, негативна, відсторонена):**

- Боїться залишати сина з бабусею, не водила до центрів розвитку (під час роботи почала водити). На дитячому майданчику відводить сина у сторону від інших дітей адже ті за її словами можуть йому нашкодити.
- Після заняття, на якому дитина вперше показала пальцем на екран з птахом і самостійно, без підказок сказала «Птах», мама вирішила відмовитись від логопеда, оскільки «не бачила» прогресу у мовленні. Дії мами мають протиріччя (виявлялося неодноразово) через вияв захисного механізму відкидання.

**Емоційний стан під час сесій (піднесений, маніакальний, стурбований, тривожний, депресивний, відсторонений):**

- Після прогресу Р. (почав вимовляти слова: «Хочу», «Відкрий», «Дай»), з'явився вказівний жест, почав під час гри тримати зоровий контакт), стан мами змінився: стала пригніченою, не посміхалась, говорила коротко, намагалась уникнути заняття та залишити дитину з психологом на самоті.

Після початку вимови слів дитиною мама почала виявляти ще більшу тривогу, ніж при перших зустрічах (багатослівність, швидка мова, прямо озвучене, що вона постійно про все хвилюється). Тривога почала виявляти у спробах втрутитись у взаємодію психолога й дитини, намагання змінити спрямування гри, намагання контролювати дії психолога (надмірний контроль – виникає при тривозі).

- Через вагітність спостерігається швидка зміна емоційних станів від захопленості до занепокоєння.

- У мами спостерігаються стереотипії під час тривоги: розкладає машинки дитини за кольором та розміром у рівні ряди (при цьому у самої дитини стереотипів не спостерігалось жодного разу). У бесіді виказала те, що дуже любить ходити завжди одним і тим самим шляхом, адже так їй спокійно, щось нове їй не подобається. Забувши про те, що вона це казала про себе, через кілька сесій сказала,

<p>що син любить ходити одним і тим ж шляхом, з чого можемо зробити висновок про вияв проєкції на дитину.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Іноді під час сесій «випадала» – сиділа дивлячись в одну крапку і не завжди чула звернення до неї. Різко перервала сесію через відчуття недовіри до психолога, сприйняла психолога як того, хто може нашкодити дитині. Аналогічно до цього, через почуття не довіри, не залишає дитину зі своєю мамою – сприймає інших як загрозу її дитині (через це припинила водити сина до логопеда).</li> <li>– Під час роботи з хлопчиком з'явився прогрес у його розвитку, що активізувало механізм сепарації від мами – це могло викликати тривогу жінки та відчуття загрози від фігур спеціалістів, які спонукали своїми діями цю сепарацію. Це могло підштовхнути жінку, припинити співпрацю з логопедом та психологом.</li> </ul>
<b>Особистісні особливості батька</b>
<p><b>Контактування з дитиною (включається у гру, присутність фізичного контакту, відстороненість):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Нам не вдалось поспостерігати особистісні вияви батька дитини, оскільки він проживав в іншій країні.</li> </ul> <p><b>Спілкування з дитиною (діалогове, директивне, спілкування відсутнє):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Про батька мова зайшла за увесь час тільки два рази: 1-й на перший зустрічі, коли збирався анамнез, 2-й, коли жінка сама сказала що Р. дивився на батька по відеозв'язку. Коли жінка удруге говорила про чоловіка, була дуже засмучена, що може бути виказом того, що вона або сильно сумує за чоловіком, або вони перебувають у конфлікті, що і є дійсною причиною, чому вони не живуть разом і чому жінка на останньому місяці з дитиною на руках здійснила неблизьку подорож в Україну.</li> </ul> <p><b>Реакція на взаємодію дитини з різними матеріалами та текстурами (позитивна, негативна, відсторонена):</b></p> <p style="text-align: center;">–</p> <p><b>Реакція на взаємодію дитини з іншими дітьми та дорослими (позитивна, негативна, відсторонена):</b></p> <p style="text-align: center;">–</p> <p><b>Емоційний стан під час сесій (піднесений, маніакальний, стурбований, тривожний, депресивний, відсторонений):</b></p> <p style="text-align: center;">–</p>
Коротка характеристика сім'ї (члени родини, дитина: вік та стать), термін спостереження
Сім'я В.
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Сім'я складається з мами, тата й дитини.</li> <li>– Стать – дівчина, 5 років.</li> <li>– Мама й тато мають середню освіту (мама – педагогічну, тато – технічну). Дідусі обидва з технічною освітою, у одного – вища (електрик), другого – середня (машиніст). Бабусі мають гуманітарну освіту (одна жінка перебуває на пенсії, інша працює у кулінарній сфері).</li> <li>– Дівчинці діагноз був поставлений у Криворізькому психоневрологічному диспансері.</li> <li>– Спостереження здійснювалося протягом 2-х років.</li> </ul>



Особливості особистості мами
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Під час вагітності у жінки виявили вірус імунодефіциту людини, через що в неї розпочалась депресія (до цієї вагітності були викидні).</li> <li>– Після народження в дитини виявили проблеми з здоров'ям (народилась з 70% слухом), жінка звинуватила себе в цьому. Через відчуття провини перед дитиною закрилась та перші роки після народження просто виконувала функції годування й догляду за дочкою, не намагалась будувати взаємодію, що призвело до глибшого відчуття провини, оскільки тепер розуміє, що це могло призвести до сильної затримки розвитку.</li> </ul>
<p><b>Контактування з дитиною (включається у гру, <u>присутність фізичного та емоційного контакту, відстороненість</u>):</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Не розуміла, як взаємодіяти з донькою, коли та виказувала небажання щось робити та починала плакати. Не виконувала з дитиною домашніх завдань із розвитку через зазначене вище.</li> <li>– Виказувала агресивні реакції, коли на її думку дитині могли нашкодити. На початку роботи тільки говорила про те, що проявляє до доньки ніжні емоції. Коли завершували роботу почала проявляти ніжні емоції і в кабінеті (обіймати, жаліти тощо).</li> </ul>
<p><b>Спілкування з дитиною (<u>діалогове, директивне, спілкування відсутнє</u>):</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Намагається вивести дитину на діалогову мову. При невдалих спробах переходить до дирекцій.</li> </ul>
<p><b>Реакція на взаємодію дитини з різними матеріалами та текстурами (<u>позитивна, негативна, відсторонена</u>):</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Позитивно відноситься до малювання фарбами, ліплення та гри у пісочниці. Після початку роботи почала знайомити дитину з більшою кількістю матеріалів.</li> </ul>
<p><b>Реакція на взаємодію дитини з іншими дітьми та дорослими (<u>позитивна, негативна, відсторонена</u>):</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Тривалий час мама відчувала недовіру до спеціалістів (вихователів, логопедів-дефектологів), через що змінювала багато закладів і спеціалістів, які працювали з дитиною.</li> <li>– Відчувала занепокоєність та тривогу, коли спеціалісти починали говорити з її дочкою більш директивно, сприймає це як вияв прямої агресії та нелюбові у бік її дитини. Таке сприйняття і є причиною, чому їй складно виконувати завдання з дочкою вдома. Тоді ніби вона сама буде виказувати агресію та нелюбов у бік дитини. Прямо говорить про те, що хоче, щоб інші любили її доньку так, як мама любить дитину та не відчували до неї негативних емоцій (проекція, каже про власні почуття).</li> <li>– Не залишає дочку в дитячому садку та з іншими дорослими (навіть татом). Сприймає дитину як частину себе, а саме праву руку, через це складно, коли дівчинка не з нею, оскільки не можна десь залишити руку.</li> <li>– Вилучає доньку із гри з іншими дітьми (хвилюючись за безпеку дитини), чим несвідомо перешкоджає формуванню навичок спілкування з іншими.</li> </ul>

<p><b>Емоційний стан під час сесій (піднесений, маніакальний, <u>стурбований, тривожний, депресивний, відсторонений</u>);</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Чоловіка під час зустрічей із психологом перебиває, надає директивні вказівки, якими призупиняє мову батька дитини та заповнює сесію тільки своєю мовою. Це може вказувати на вияв тривоги або спроби не дати чоловіку сказати щось, що могло б бути незручним для неї.</li> </ul> <p>Виказує великі хвилювання з приводу власної смерті і, що тоді її дитина буде нікому не потрібна, навіть батькові. Не відчуває підтримки чоловіка й довіри до нього. Говорить, що живе тільки тому, що донька без неї не зможе.</p>
<p>Особливості особистості батька</p>
<p><b>Контактування з дитиною (включається у гру, присутність фізичного контакту, відстороненість):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Уважає, що проблем взагалі не має, а донька просто не вихована, через що іноді може застосовувати стосовно неї фізичні покарання (також може поводитись із собакою).</li> <li>– Коли донька запрошує до гри – долучається, або м'яко (у присутності психолога) відмовляє.</li> <li>– Не розуміє, як підтримати дружину та доньку, коли ті виказують сильні емоції й починають плакати (замикається ще більше).</li> </ul> <p><b>Спілкування з дитиною (діалогове, директивне, спілкування відсутнє):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Спілкування з донькою більше директивне з підвищеним тоном (можливо пов'язане з не 100% слухом дитини).</li> </ul> <p><b>Реакція на взаємодію дитини з різними матеріалами та текстурами (позитивна, негативна, <u>відсторонена</u>).</b></p> <p><b>Реакція на взаємодію дитини з іншими дітьми та дорослими (позитивна, негативна, <u>відсторонена</u>).</b></p> <p><b>Емоційний стан під час сесій (піднесений, маніакальний, стурбований, тривожний, депресивний, <u>відсторонений</u>);</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Небагатослівний через те, що його постійно перебиває дружина, не виходить з нею на конфронтацію.</li> <li>– Виявляв зацікавленість у сесіях із психологом, відвідав майже усі, але на останні не прийшов через те, що вважав психологію чимось для жінок. Це не першочергово, його думка про те, що психологія для жінок, склалася після думки друзів, які, коли дізнались, що він відвідує сесії, переконали його в цьому. З цього можна зробити висновок, що чоловік піддається впливам інших, переживає через втрату своєї мужності (перестає ходити на сесії з психологом «жіноча справа»).</li> </ul> <p>Коротка характеристика сім'ї (члени родини, дитина: вік та стать), термін спостереження</p>
<p>Сім'я А</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Стать дитини – хлопчик, 3,5р.</li> <li>– Сім'я складається з батька мати й дитини.</li> <li>– Спрямування освіти та діяльності батьків: мама – хімік-технолог, працює фотографом, батько – енергетик, працює в ІТ-сфері, родичі другого ступеня мають освіту та сферу діяльності: бабусі мають точно-наукову освіту, одна працює підприємцем, інша – у школі; дідусі мають: один – технічну освіту, енергетик,</li> </ul>

<p>працює підприємцем; інший – гуманітарну, працює у школі.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Спостереження було протягом 3-х р.</li> <li>– Діагноз дитині поставили в м. Києві.</li> </ul>
<p>Особливості особистості мами</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Жінка складає враження досить маскуліної й авторитарної особистості.</li> <li>– Перед вагітністю у жінки були проблеми зі здоров'ям – полікістоз яєшників, були складності при спробах завагітніти.</li> <li>– Вагітність проходила добре, хоча у жінки були певні конфлікти зі свекрухою, які не припинились і після народження сина. Жінка намагалась відстояти право бути мамою для своєї дитини та жінкою своєму чоловіку.</li> <li>– Тривалий час відкидала діагноз дитини.</li> </ul> <p><b>Контактування з дитиною (включається у гру, присутність фізичного контакту, відстороненість):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– При взаємодії з сином виказує байдужу холодність, жодного разу не доторкнулась до дитини під час сесій, але якщо доводиться його залишати на інших дорослих, дуже хвилюється та довго до цього готується.</li> </ul> <p><b>Спілкування з дитиною (діалогове, директивне, спілкування відсутнє):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Звернення до сина директивні або намагається взагалі до нього не звертатись перекладаючи спілкування на інших дорослих (психолог чи батько дитини).</li> </ul> <p><b>Реакція на взаємодію дитини з різними матеріалами та текстурами (позитивна, негативна, відсторонена).</b></p> <p><b>Реакція на взаємодію дитини з іншими дітьми та дорослими (позитивна, негативна, відсторонена):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Якщо доводиться залишати дитину на інших дорослих, дуже хвилюється та довго до цього готується.</li> </ul> <p><b>Емоційний стан під час сесій (піднесений, маніакальний, <u>стурбований</u>, тривожний, <u>депресивний</u>, <u>відсторонений</u>):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Жінці складно сприймати факти, що не збігаються з її уявленнями, намагається вийти на конфронтацію та довести, що вона має рацію (так само реагувала, коли підтвердився діагноз сина).</li> <li>– Мовчазна, більше спостерігає, а не бере участі в бесіді. Згодом почала говорити. Відчувала певну невпевненість та хвилювання про те, як про неї будуть думати інші люди, боїться видатись «не нормальною». Після народження дитини перебувала в депресії. Думала про свою смерть.</li> <li>– Убачає причини регресу у плановому вакцинуванні в 1 р.. Про час до вакцинації, майже не говорить та змінює спрямування бесіди (через що можна припустити наявність певного інциденту до вакцинування).</li> <li>– Після зміни місця проживання та зменшення контактів із родиною чоловіка емоційний фон жінки покращився, визнала необхідність у роботі спеціалістів із дитиною, але діагноз продовжує відкидати.</li> </ul>
<p>Особистісні особливості батька</p>

- Батько набагато м'якший за дружину.
- Як і дружина, відкидав діагноз сина і донині вважає, що все добре, а усі симптоми просто особливості віку.
- У конфлікт дружини та своєї мами взагалі не втручається, через що жінка не відчуває ініціативи і того, що це їх спільна сім'я, а не сім'я чоловіка, де вона просто народила їм дитину.
- Зміг отримати підвищення завдяки чому сім'я переїхала.

**Контактування з дитиною (включається у гру, присутність фізичного контакту, відстороненість):**

- Сам намагається взаємодіяти та включатись у маніпулювання сина з предметами перетворюючи це на гру, швидко зникає запал після чого полишає дитину на самоті;
- Жаліється, що не може провидити багато часу з сином;
- Коли змінили місце проживання, почав серйозніше ставитись до діагнозу сина, почав активніше з ним взаємодіяти.

**Спілкування з дитиною (діалогове, директивне, спілкування відсутнє).**

**Реакція на взаємодію дитини з різними матеріалами та текстурами (позитивна, негативна, відсторонена).**

**Реакція на взаємодію дитини з іншими дітьми та дорослими (позитивна, негативна, відсторонена).**

**Емоційний стан під час сесій (піднесений, маніакальний, стурбований, тривожний, депресивний, відсторонений):**

- Інфантильний, влаштовує розіграші, що не подобаються жінці (можливо, вияв прихованої агресії).
- Часто жартує, що може виступати як захисний механізм та небажання розкриватись, свідчити про наявність тривоги.
- Чоловік явно боїться власної матері і коли говорить про неї, починає шептати, а потім жартувати.

Коротка характеристика сім'ї (члени родини, дитина: вік та стать), термін спостереження

Сім'я Д

- Стать дитини – хлопчик, 2,5 р.
- Склад сім'ї – мама та дитина, батько покинув жінку, коли та була вагітною.
- Освіта мами: філологічна, не працює, перебуває в декретній відпустці.
- Діагноз не визначений, у психоневрологічному диспансері запропонували звернутись у 3 роки для більш чіткого діагностування (припускають затримку психічного розвитку та мови, або ранній дитячий аутизм).
- Спостереження здійснювалось протягом трьох місяців, потім сім'я переїхала до іншого міста.

**Контактування з дитиною (включається у гру, присутність фізичного контакту, відстороненість):**

- Під час сесій взагалі не дивиться на дитину, ніби її і немає в кабінеті. Можливо, це пов'язано з відчуттям провини та зачепленим нарцисизмом у плані: «Я не могла народити таку дитини», оскільки жінка багато фантазувала про майбутнього сина та уявляла його футболістом, сама ж у школі була відмінницею.
- Коли дитина грає у символічну гру (пробує грати на совочку як на

гітарі), мати лякається називає сина дивним, не розуміє дій дитини, через це не підтримує такої символічної гри.

**Спілкування з дитиною (діалогове, директивне, спілкування відсутнє):**

– Коли психолог говорить до дитини, мати дуже дивується, оскільки у хлопчика відсутня діалогова мова і, на думку мами, через це він не розуміє те, що говорять, тому вона сама з ним не говорить, тільки використовує директивні слова: «Ходімо», «Постав», «Підійди».

– Коли хлопчик під час гри використовує егоцентровану мову, що є за Ж. Піаже нормальним для дітей цього віку, мати відчуває занепокоєння і постійно перепитує, чи це нормально. Здається, що сама можливість дитини говорити чи грати лякає маму.

**Реакція на взаємодію дитини з різними матеріалами та текстурами (позитивна, негативна, відсторонена).**

**Реакція на взаємодію дитини з іншими дітьми та дорослими (позитивна, негативна, відсторонена).**

**Емоційний стан під час сесій (піднесений, маніакальний, стурбований, тривожний, депресивний, відсторонений):**

– Мати дуже стурбована та часто відчуває сором.

– Хлопчик – не перша дитина жінки. У старшій школі завагітніла та через те, що не була готова ставати мамою, зробила аборт, про що зараз жалкує та відчуває сильну провину, як перед дитиною, яку абортувала, так і перед сином, оскільки тоді б у нього був братик чи сестричка.

– Жінка має багато страхів, що пов'язані з її майбутнім. Також її дуже турбує власне здоров'я. Усі лікарі, до яких зверталась кажуть, що з її здоров'ям усе добре. Має іпохондрію.

– Досить сугестивна. До зазначеного віку дитини (2,5 р.) не помічала, що з хлопчиком щось негаразд, їй було просто некомфортно поруч із сином через власні переживання, але вона не думала звертатись до спеціалістів. Їй сказала сусідка, яка має більш старшу дитину з розладами аутизму, що у Д. аутизм (сусідка зробила висновок із кількох пересікань на вулиці). Майже на наступного дня мама Д. повела його до психіатра, який вагався виставляти діагноз через вік хлопчика та запропонував відвідувати до 3 р. психолога та логопеда.

**Особливості особистості батька**

Батько дитини був батьком першої, абортованої дитини. Це єдина інформація, про яку повідомила жінка, більше про чоловіка вона не говорила та не описувала його, оскільки для неї він «помер».

## Загальна таблиця сирих балів групи А

№/статья	ОТ	Д	Н	П	АQ	SQ	ТХ
1 ж	39	1	8	2	30	33	5
2 ж	43	21	16	4	28	17	4
3 ж	34	3	11	3	24	23	2
4 ж	48	12	16	2	29	2	0
5 ч	46	9	13	2	22	24	0
6 ж	47	3	13	1	29	12	3
7 ч	42	1	8	6	28	20	3
8 ж	44	12	10	3	28	19	1
9 ж	61	22	22	11	18	12	1
10 ж	50	13	21	2	34	17	5
11 ж	48	12	13	3	19	13	1
12 ж	39	5	8	5	28	17	3
13 ж	57	14	13	4	25	43	5
14 ч	43	5	8	5	37	55	5
15ж	62	21	19	2	31	11	4
16ж	48	10	16	7	29	9	3
17ж	47	9	19	5	29	26	4
18ж	68	49	16	8	33	19	5
19ж	44	0	3	7	34	17	4
20ж	48	4	11	5	29	28	1
21ж	46	5	5	2	26	17	1
22ж	59	4	16	2	28	12	4
23ж	50	7	11	4	26	19	0
24ч	53	7	11	5	27	18	2
25ж	43	0	13	1	23	25	1
26ч	52	14	18	1	29	20	1
27ж	46	11	17	6	28	28	5
28ч	35	4	16	9	35	38	5
29ж	47	21	19	2	26	23	3
30ч	42	1	3	8	31	33	4
31ж	34	2	9	5	25	24	1
32ч	40	9	7	11	32	36	3
33ж	48	22	19	5	27	18	3
34ч	45	7	6	2	25	31	2
35ж	26	3	7	1	23	12	2
36ж	43	8	7	5	24	22	1
37ж	47	13	8	4	25	18	1
38ж	44	10	15	3	27	25	2
39ж	49	25	14	7	31	33	3
40ж	51	28	17	3	26	27	0
41ж	34	1	6	4	22	11	0
42ж	38	5	3	5	25	34	1
43ж	42	12	10	3	27	30	3
44ч	32	10	8	4	29	35	3

## Продовження Таблиці 3.6

## Загальна таблиця сирих балів групи А

№/статья	ОГ	Д	Н	П	AQ	SQ	ТХ
45ж	47	14	15	6	28	31	2
46ч	45	8	6	9	34	36	5
47ч	49	29	18	5	25	40	1
48ч	31	2	2	10	29	37	2
49ж	54	33	15	9	32	30	5
50ж	46	13	18	4	27	29	2
51ж	33	0	6	1	24	10	1
52ч	29	1	8	4	25	32	1
53ж	47	12	14	5	28	35	3
54ж	45	9	8	4	23	14	1
55ч	28	1	7	4	25	34	1
56ж	47	15	19	2	26	23	4
57ч	44	10	3	11	32	38	4
58ж	50	30	17	2	26	30	2
59ч	32	1	9	5	24	25	0
60ж	44	10	2	7	28	18	3
61ж	45	3	13	6	31	36	5
62ж	54	7	17	3	27	29	4
63ч	47	2	9	5	26	33	4
64ж	49	10	1	11	32	31	5
65ч	46	1	16	6	26	27	3
66ж	31	1	7	4	24	12	1
67ч	56	29	19	2	30	35	4
68ч	49	14	17	1	27	17	3
69ж	41	5	7	5	26	20	3
70ж	31	9	8	3	24	2	1
71ж	30	12	15	1	22	19	2
72ж	46	5	18	6	29	28	1
73ж	48	1	7	3	26	8	3
74ч	35	11	6	1	21	5	2
75ж	47	14	15	5	24	11	3
76ж	31	0	5	2	26	10	2
77ж	22	4	9	6	31	16	4
78ж	48	12	16	5	26	21	3
79ж	44	3	17	3	26	7	2
80ж	35	1	4	1	26	10	2
81ж	39	1	8	5	23	28	1
82ж	45	10	15	3	27	9	5
83ж	30	0	5	5	26	27	3
84ж	46	9	7	0	25	15	1
85ж	43	25	19	4	28	20	1
86ж	42	12	10	3	27	8	2
87ч	46	10	8	4	29	31	6
88ч	54	20	1	10	34	35	5
89ж	51	11	17	3	26	5	4
90ж	41	4	9	4	21	23	1

## Продовження Таблиці 3.6

## Загальна таблиця сирих балів групи А

№/статья	ОТ	Д	Н	П	AQ	SQ	ТХ
91ж	46	11	15	2	27	17	0
92ж	46	1	7	2	25	2	2
93ж	35	0	2	7	27	9	3
94 ж	49	12	10	3	28	19	3
95ж	34	1	6	4	22	11	2
96ж	48	12	16	2	29	2	4
97ж	45	7	6	2	25	2	1
98ж	44	2	3	7	26	17	3
99ж	42	1	8	5	28	10	5
100ж	45	9	8	4	23	14	2
101ж	41	5	7	5	26	20	4
102ж	41	0	8	3	24	15	2
103ж	47	13	15	1	22	19	2
104ж	46	5	18	5	29	13	4
105ж	49	1	16	3	26	8	3
106ж	41	5	5	1	26	11	3
107ж	31	9	14	3	24	2	1
108ж	54	12	16	1	27	19	3
109ж	47	10	8	4	26	4	3
110ж	49	11	1	5	25	2	2



## Загальна таблиця сирих балів групи Б

№/статья	ОТ	Д	Н	П	AQ	SQ	ТХ
1 ж	46	8	13	7	26	25	2
2 ж	39	2	9	3	28	32	1
3 ж	36	7	6	6	32	38	3
4 ж	63	9	14	3	27	33	4
5 ч	40	1	11	6	22	38	4
6 ж	46	11	13	6	29	33	5
7 ч	43	6	2	4	30	40	5
8 ж	68	25	22	13	24	27	2
9 ж	41	4	8	0	29	11	1
10 ж	32	1	10	6	28	20	1
11 ж	32	2	10	1	26	46	1
12 ж	31	2	7	2	30	35	1
13 ж	32	3	0	1	30	21	2
14 ж	66	10	21	3	27	31	3
15 ж	60	11	18	5	25	22	6
16 ж	52	5	14	3	33	11	3
17 ж	41	2	17	6	33	23	4
18 ж	48	13	9	1	29	21	2
19 ж	49	5	13	1	25	23	2
20 ж	38	8	7	2	32	48	5
21 ж	39	2	7	1	30	33	1
22 ж	53	2	7	1	30	31	3
23 ж	46	10	13	5	26	25	3
24ж	39	2	9	3	23	19	2
25ж	36	7	6	2	25	5	1
26ж	55	21	14	3	21	11	3
27ж	40	1	11	0	22	17	3
28ж	46	11	13	0	18	12	2
29ж	43	6	2	4	24	29	2
30ж	35	2	8	3	24	27	3
31ж	41	10	8	0	20	11	3
32ч	32	24	4	1	23	31	3
33ж	32	2	10	1	26	16	5
34ч	45	13	7	2	27	35	5
35ж	43	4	6	5	22	6	3
36ч	45	10	9	3	27	29	3
37ж	46	24	18	5	25	1	4
38ж	48	14	14	3	18	2	1
39ж	41	2	17	0	24	15	2
40ж	48	12	9	1	29	21	3
41ж	49	22	13	1	25	23	3
42ж	38	8	7	2	22	2	2
43ж	39	2	7	1	23	14	2
44ж	53	29	7	1	26	30	2

## Продовження Таблиці 3.7

## Загальна таблиця сирих балів групи Б

№/статья	ОТ	Д	Н	П	AQ	SQ	ТХ
45ж	46	15	13	7	26	29	1
46ж	39	2	9	3	21	32	1
47ж	36	7	6	4	24	12	6
48ж	55	34	19	3	27	2	5
49ч	40	1	11	3	22	10	5
50ж	46	11	13	5	22	33	1
51ж	43	6	2	4	19	30	2
52ж	49	9	14	3	24	24	1
53ж	40	1	11	2	22	25	3
54ч	46	11	13	7	29	37	3
55ж	48	11	2	4	21	4	2
56ч	47	25	22	6	24	30	2
57ж	41	4	8	0	29	11	2
58ч	32	0	10	2	23	20	2
59ж	32	2	10	1	20	19	1
60ж	31	9	7	2	20	27	3
61ж	46	1	0	1	25	21	2
62ж	50	10	21	3	27	31	3
63ч	48	11	18	5	25	22	3
64ж	48	5	14	3	21	17	3
65ч	41	11	17	2	25	23	3
66ж	48	4	9	1	18	3	2
67ч	46	15	13	1	25	1	2
68ж	48	12	7	2	25	1	2
69ч	39	2	7	1	25	33	2
70ж	46	2	7	1	21	31	2
71ч	41	8	13	2	19	25	2
72ж	47	12	9	3	24	32	2
73ч	36	7	6	3	20	30	2
74ж	47	9	14	3	23	33	3
75ч	40	1	11	6	22	34	3
76ж	50	9	19	1	25	6	6
77ч	39	2	7	1	30	31	6
78ж	46	10	13	5	26	25	4
79ж	39	2	9	3	21	9	2
80ж	36	7	6	0	25	2	1
81ж	48	13	14	3	27	10	4
82ч	40	1	11	1	22	21	4
83ж	46	11	13	2	20	15	1
84ч	46	10	2	4	21	35	1
85ж	51	24	26	3	27	30	4
86ч	40	1	11	1	22	24	4
87ж	46	15	13	1	22	12	3
88ч	43	6	2	4	25	33	3
89ж	46	11	22	1	25	27	2

## Продовження Таблиці 3.7

## Загальна таблиця сирих балів групи Б

№/статья	ОТ	Д	Н	П	AQ	SQ	ТХ
90ж	41	4	8	0	25	11	2
91ч	32	1	10	0	21	20	2
92ж	32	2	10	1	23	2	3
93ж	31	3	7	2	25	24	1
94ж	32	1	0	1	20	21	3
95ж	31	12	21	2	21	8	1
96ч	32	10	0	1	20	25	1
97ж	47	10	8	3	25	7	2
98ч	47	11	18	5	22	11	2
99ж	49	14	14	3	24	4	2
100ж	48	2	17	2	21	23	0
101ч	41	1	9	1	25	31	0
102ж	49	10	13	1	25	23	1
103ж	38	8	7	2	32	34	5
104ж	39	2	7	1	17	33	1
105ж	53	15	20	14	30	31	3
106ж	46	11	13	7	26	25	2
107ж	47	10	9	3	21	10	1
108ж	46	11	6	1	24	10	3
109ч	44	10	14	8	27	29	3
110ж	46	12	13	2	22	9	2
111ч	39	2	9	3	19	18	2
112ж	36	7	6	2	22	4	2
113ж	31	9	14	3	25	1	2
114ж	39	2	5	3	21	9	1
115ж	43	6	2	4	24	29	1
116ж	31	9	7	0	20	27	1
117ж	32	3	10	2	23	11	3
118ж	41	8	13	2	25	14	2
119ж	44	9	14	3	25	21	1
120ж	36	5	15	0	23	17	2
121ж	40	1	11	4	24	3	1
122ж	39	4	10	1	25	16	3

## «Анкета зворотного зв'язку для батьків»

Анкета зворотного зв'язку та суб'єктивної оцінки відносно результатів проведеної інформаційно-просвітницької роботи з елементами техніки

## «групи зустрічей»

Вітаємо! Шановні батьки, просимо Вас відповісти на запитання цієї анкети з метою здійснення самоаналізу та розуміння ефективності проведеної психологічної роботи. Усі отримані відповіді увійдуть до загальної бальної сукупності, імена та прізвища не будуть вказані в дослідженні, Ви залишитесь конфіденційними.

Анкета складається з 18 запитань/тверджень, на які ви зможете обрати відповідь із запропонованих або надати власний варіант відповіді.

Дякуємо за вашу участь у опитуванні!

I. Суб'єктивна оцінка власного емоційного стану (емоційна складова).

1. Після завершення психологічної роботи, зміни в моєму емоційному стані:

- Відбулись у позитивну сторону.
- Зазнали мінімальних позитивних змін.
- Змін не відбулося.
- Сталися незначні зміни у негативну сторону.
- Відбулись у негативну сторону.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

2. Я перестав відчувати постійне хвилювання стосовно того, що щось може статись з моєю дитиною або близькими:

- Так.
- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

3. Негативні емоції відносно себе:

- Зникли.

- Зменшились.
- Залишилися.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

4. Зміни в моєму емоційному стані вплинули на емоційний стан дитини:

- Позитивно.
- Змін не відбулося.
- Негативно.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

II. Суб'єктивна оцінка взаємодії з дитиною й іншими дорослими (складова соціальної взаємодії).

5. Після завершення психологічної роботи моя взаємодія з іншими:

- Змінилась у позитивну сторону.
- Зазнала мінімальних позитивних змін.
- Зміни не відбулися.
- Змінилась у незначну негативну сторону.
- Змінилась у негативну сторону.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

6. Зараз мені легше залишити дитину з іншим дорослим (спеціаліст, який працює з дитиною, вихователь ін.), який не є членом моєї родини або другом родини:

- Так.
- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

7. Зараз мені легше залишити дитину з членом моєї родини або другом родини:

- Так.
- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

8. Я став краще розуміти специфіку поведінки своєї дитини та будувати з нею продуктивну взаємодію:

- Так.
- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

9. Мене перестали хвилювати думки інших людей стосовно поведінки моєї дитини:

- Так.
- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

10. Я став краще розуміти поведінку інших дорослих та будувати з ними ефективну взаємодію:

- Так.
- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

11. За час психологічної роботи мої стосунки з спеціалістами до яких ходить дитина:

- Змінились на краще.
- Не зазнали змін.
- Змінились у негативну сторону.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

12. За час психологічної роботи я зміг познайомитись з людьми, яких тепер можу назвати близькими знайомими або друзями:

- Так.
- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

13. Коло соціальних місць (парки, кафе, кіно та ін.), де ми буваємо усією родиною розширилось:

- Так.

- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

14. За час психологічної роботи я:

- Кілька разів змінював спеціалістів, які працювали з дитиною.
- Перестав змінювати спеціалістів, які працюють з дитиною.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

III. Суб'єктивна оцінка розширення семантичного поля (інформаційно-просвітницька складова).

15. За час психологічної роботи моє розуміння психологічної термінології:

- Покращилось у якісному плані.
- Не зазнало змін.
- Заплуталось.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

16. Завдяки розширенню розуміння психологічної термінології (відносно РАС) мені стало легше пояснити іншим, що відбувається з моєю дитиною і як з нею потрібно поводитись:

- Так.
- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

17. Завдяки розширенню розуміння психологічної термінології (відносно особистості та її структури) мені стало легше розуміти себе та інших:

- Так.
- Ні.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

18. Загалом участь у інформаційно-просвітницькій роботі з елементами «груп зустрічей» можу оцінити як:

- Позитивний та ефективний досвід.

- Нейтральний досвід.
- Негативний та не ефективний досвід.
- Власний варіант: \_\_\_\_\_

Дякуємо за Ваші відповіді!



## «Записник мами»

Вітаю! Це записник майбутньої мами. Цей записник може допомогти тобі відслідковувати свої самопочуття, самопочуття дитини. Також ти можеш узяти його як певні нотатки для спілкування з лікарем та психологом за необхідності.

Під час перечитування своїх записів звертай увагу на те, в якому ключі (позитивному чи негативному) ти пишеш частіше, чи є повторювання у твоїх записах певної теми або слів, що стосуються певної теми або питання. Також звертай увагу на описки, не перероблюй їх, вони можуть бути ключиком до розуміння того, що тебе хвилює найбільше. Якщо ти помітила, що твій текст набув більш негативного характеру стосовно твого самопочуття або самопочуття дитини, зрозуміла, що є тема, яка тебе надзвичайно хвилює, поговори про це зі своїм лікарем або психологом, вони допоможуть тобі розібратись у цьому!

Це записник \_\_\_\_\_

I Вагітність.

1. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.

Сьогодні я себе почуваю (від 4 відповідей)

---



---



---



---

2. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.

Я думаю, що дитинка почуває себе (від 4 відповідей)

---



---



---



---

3. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.

Я уявляю, що моя дитина в майбутньому

---



---

---

---

4. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.

Сьогодні татусь дитини

---

---

---

5. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.

Сьогодні я і мої батьки (мама/тато)

---

---

---

Мої батьки

---

---

---

6. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.

Сьогодні батьки татуса (мама/тато)

---

---

---

Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись

Батьки татуса (мама/тато)

---

---

---

7. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись

Сьогодні на роботі

---

---

---

8. Будь ласка, запиши усе, що спадає тобі на думку; найперші

думки (або образи), які виникають, навіть якщо вони видаються тобі дивними чи якимись «неправильними», продовжуй, не зупиняйся.

Дякую за твої відповіді! До наступної зустрічі.

## II Після пологів

1. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.

Сьогодні я себе почуваю (від 4 відповідей)

---

---

---

2. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись

Я бачу, що малюк (від 4 відповідей)

---

---

---

3. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.

Немовля мене бачить /сприймає

---

---

---

4. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.

Коли годую грудьми

---

---

---

5. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись

Малюк за цей тиждень

---

---

---

6. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись

Сьогодні татусь дитини

---

---

---

---

7. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись  
Сьогодні я і мої батьки (мама/тато)

---

---

---

Мої батьки

---

---

---

8. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись  
Сьогодні батьки татуса (мама/тато)

---

---

---

Батьки татуса (мама/тато)

---

---

---

9. Продовж, будь ласка, речення, довго не замислюючись.  
Я – мама

---

---

---

10. Будь ласка, запиши усе, що спадає тобі на думку; найперші  
думки (або образи), які виникають, навіть якщо вони видаються тобі  
дивними чи якимись «неправильними», продовжуй, не зупиняйся.

Дякую за твої відповіді! До наступної зустрічі.

**Ключ:**

Перша група тверджень (період вагітності):

1. Самопочуття жінки (1-ше твердження).
2. Самопочуття дитини (2-ге твердження).
3. Фантазування про дитину (3-тє твердження).
4. Батько дитини (4-те твердження).
5. Батьки жінки (5-те твердження з доданим).
6. Батьки чоловіка (6-те твердження з доданим).
7. Робота жінки (7-ме твердження).

**Шкала оцінки:**

2 – максимально чітко виражене, сильно позитивна емоціна характеристика, опис, ставлення у продовженні твердження;

1 – позитивне ставлення;

0 - нейтральне ставлення до того, про що йде мова, відсутність виразності будь-яких емоцій, небагатослівність;

-1 – негативне ставлення;

-2 – максимально чітко виражене, сильно негативна емоціна характеристика, опис, ставлення у продовженні твердження.

Максимальна кількість балів яку можливо набрати по цій групі – 14, мінімальна кількість балів – -14, що відображає негативний стан жінки. Середнім значенням є 7. Указує на те, що потрібно додатково обговорити певні моменти, щоб не відкинути погане самопочуття.

Друга група тверджень стосується періоду після вагітності:

1. Самопочуття жінки (1-ше твердження).
2. Розвиток дитини (2-ге та 5-те твердження).
3. Самосприймання (3-тє та 9-те твердження).
4. Взаємодія під час годування дитини (4-те твердження).
5. Батько дитини (6-те твердження).
6. Батьки жінки (7-ме твердження з доданим).
7. Батьки чоловіка (8-ме твердження).

**Шкала оцінки:**

2 – максимально чітко виражене, сильно позитивна емоційна характеристика, опис, ставлення у продовженні твердження;

1 – позитивне ставлення;

0 - нейтральне ставлення до того, про що йде мова, відсутність виразності будь-яких емоцій, небагатослівність;

-1 – негативне ставлення;

-2 – максимально чітко виражене, сильно негативна емоційна характеристика, опис, ставлення у продовженні твердження.

Максимальна кількість балів, яку можна набрати по цій групі, 14, мінімальна кількість балів – -14, що відображає негативний стан жінки. Середнім значенням є 7. Указує на те, що потрібно додатково оговорити певні певні моменти, щоб не відкинути погане самопочуття.