

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Красноярский государственный педагогический университет  
им. В.П. Астафьева»

Факультет начальных классов

Кафедра педагогики и психологии начального образования

Колесникова-Чернорицкая Елена Викторовна

**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

**Особенности психологического консультирования родителей детей с  
расстройствами аутистического спектра**

Направление: 44.04.02 Психолого-педагогическое образование

Магистерская программа: Мастерство психологического консультирования

Допущена к защите  
Заведующий кафедрой  
к.пс.н., доцент кафедры педагогики  
и психологии начального образования  
Н.А. Мосина

16.12.2019 Мосина  
[дата, подпись]

Руководитель магистерской программы  
к.пс.н, доцент кафедры педагогики  
и психологии начального образования  
М.В. Сафонова

11.12.19 Сафонова  
[дата, подпись]

Научный руководитель  
к.б.н., доцент кафедры педагогики  
и психологии начального образования  
И.А. Аликин

16.12.19 Аликин  
[дата, подпись]

Студент

Е.В. Колесникова-Чернорицкая

16.12.2019 Колесникова-Чернорицкая  
[дата, подпись]

Красноярск 2019

## Содержание

Реферат .....	3
Введение.....	8
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА .....	13
1.1 Понятие РАС. Гипотезы происхождения .....	13
1.2 Психологическое консультирование как вид психологической помощи родителям детей с РАС .....	22
1.3 Родитель ребенка с РАС как участник процесса психологического консультирования .....	36
1.4 Специфика консультационного процесса родителей, воспитывающих детей с РАС, рекомендации психологу-консультанту .....	50
Выводы по Главе I .....	59
ГЛАВА II. АПРОБАЦИЯ МОДЕЛИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАС .....	61
2.1. Методическая организация исследования .....	61
2.2. Описание практической части исследования .....	70
2.3. Результаты исследования и модель эффективного процесса психологического консультирования родителей детей с РАС .....	94
Выводы по Главе II .....	100
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	101
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	103
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	115

## Реферат

Диссертация на соискание степени магистра психолого-педагогического образования «Особенности психологического консультирования родителей детей с РАС».

Объем – 136 страниц, включая 4 таблицы, 9 рисунков и 11 приложений. Количество использованных источников – 111.

**Цель исследования:** изучить возможности и особенности психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с РАС, выявить и теоретически обосновать наиболее эффективные подходы и направления в консультировании.

**Объект исследования:** процесс консультирования родителей, воспитывающих детей с РАС.

**Предмет исследования:** содержание и организационное построение психологического консультирования, направленного на повышение психологической зрелости родителя, воспитывающего ребенка с РАС.

**Основная гипотеза исследования** состоит в том, психологическое консультирование родителей детей с РАС будет эффективным, если наряду с помощью родителю в организации полноценного контакта с ребенком, консультационный процесс будет содержать приемы по определению насущных потребностей родителя и гармонизации его психоэмоционального состояния.

Методологическую основу исследования составляют общие теоретические положения о консультативном взаимодействии с родителями и детьми с особенностями развития и положения о природе и проявлениях расстройств аутистического спектра.

В работе были применены следующие методы исследования: анализ литературы, наблюдение, тестирование, организация и анализ эмпирического исследования через практику индивидуальной консультативной работы, методы количественного и качественного анализа.

Апробация диссертации происходила в ходе организации и проведения индивидуальных консультаций на базе Образовательного центра «Ес» г. Москва. Всего было проведено 25 консультаций (15 индивидуальных с родителями и 10 совместных с детьми).

В результате проведенного исследования были достигнуты следующие результаты:

1. Изучена специфика взаимодействия с семьями, воспитывающими детей с РАС, рассмотрено понятие «расстройства аутистического спектра», описаны ключевые моменты особенностей родителей детей с РАС, проанализированы реальные обращения родителей к психологу-консультанту.

2. Выявлены, описаны и апробированы на практике особенности организации консультаций родителей детей с РАС по индивидуальным запросам.

3. Разработана и апробирована на практике модель проведения консультативных встреч с родителями, воспитывающими детей с РАС.

Таким образом, достигнута основная цель исследования, заключающаяся в разработке модели консультативного процесса с родителями. Модель представлена в описательном виде, даны цели каждого этапа консультирования с рекомендациями по их реализации. Описаны ключевые техники и методы работы с родителями, показавшие эффективность применения на практике.

Теоретическая значимость и новизна исследования заключается в выявлении личных потребностей родителей, воспитывающих детей с РАС, гармонизации их психоэмоционального состояния за счет осознания этих потребностей и повышения уровня психологической зрелости родителей, что, в свою очередь, благотворно сказывается на их способности устанавливать развивающий контакт с ребенком и улучшает эмоциональный климат детско-родительских отношений.

Практическая значимость работы заключается в составлении и апробации модели индивидуального консультирования родителей с применением проективных методов и методов телесно-ориентированной терапии, как средств направленного на гармонизацию состояния родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

Итогом нашего исследования на данном этапе является подтверждение выдвинутой гипотезы: психологическое консультирование родителей детей с РАС является эффективным, если наряду с помощью родителю в организации полноценного контакта с ребенком, консультационный процесс содержит приемы по определению насущных потребностей родителя и гармонизации его психоэмоционального состояния.

По теме исследования нами опубликованы 2 работы.

## **Abstract**

The dissertation for the degree of master of psychological-pedagogical sciences «Features of psychological counseling of parents of children with ASD».

The volume of 136 pages, including 4 tables, 9 drawings and 11 appendices. Number of sources used – 111.

**Research objective:** to study the possibilities and features of psychological counseling for parents raising children with ASD, to identify and theoretically substantiate the most effective approaches and directions in counseling.

**Object of the research:** the process of counseling parents raising children with ASD.

**Subject of the research:** content and organizational structure of psychological counseling aimed at increasing the parents psychological maturity.

**The main hypothesis of research** consists in that, psychological counseling of parents of children with ASD is effective if, along with the help of the parents in organizing full contact with the child, the counseling process will include techniques to determine the immediate needs of the parent and harmonize his psycho-emotional state.

The methodological basis of the study is made up of general theoretical provisions on consultative interaction with parents and children with special needs and provisions on the nature and manifestations of autism spectrum disorders.

The following research methods were applied in the work: literature analysis, observation, testing, organization and analysis of empirical research through the practice of individual advisory work, methods of quantitative and qualitative analysis.

The dissertation was tested during the organization and conduct of individual consultations on the basis of the Educational Center «YES» in Moscow. A total of 25 consultations were held (15 individual with parents and 10 joint with children).

As a result of the study, the following points were achieved:

1. The specifics of interaction with families raising children with ASD was studied, the concept of “autism spectrum disorder” was considered, the key points of the features of the parents of children with ASD were described, the real parents orders to a counseling psychologist was analyzed.

2. The specifics of organization of consulting process of children with ASD parents on individual requests were identified, described and tested in practice.

3. A model for conducting consultative meetings with parents raising children with ASD has been developed and tested in practice.

Thus, the main goal of the study was achieved, which consists in developing a model of the consulting process with parents. The model is presented in a descriptive form; the goals of each stage of consultation are given with recommendations for their implementing. The key techniques and methods of working with parents are described, which have shown the effectiveness of practical application.

The theoretical significance and novelty of the study is to identify the personal needs of parents raising children with ASD, to harmonize their psycho-emotional state by recognizing these needs and increasing the level of psychological maturity of parents, which, in turn, has a beneficial effect on their ability to establish developing contact with the child and improves the emotional climate of parent-child relationships.

The practical significance of the work lies in the compilation and testing of a model of individual counseling for parents using projective methods and body-oriented therapy as a means of harmonizing the state of parents raising children with autism spectrum disorders.

The result of our study at this stage is the confirmation of the hypothesis put forward: psychological counseling for parents of children with ASD is effective if, along with helping the parent to organize full contact with the child, the consultation process contains techniques for determining the immediate needs of the parent and harmonizing his psycho-emotional state.

There are 2 our publications on the topic research.

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Тема данной работы обусловлена, с одной стороны, распространением в современном обществе информации об аутизме и расстройствах аутистического спектра (РАС), в связи с ростом количества детей, проявляющих подобные симптомы. С другой стороны, недостаточностью понимания сути данного явления среди обычных людей, представителями которых могут являться психологи-консультанты, сталкивающиеся с данным феноменом в силу своей деятельности, учителя и родители нейротипичных детей в условиях инклюзивного образования, и потенциальные родители, испытывающие страх рождения ребенка с отклонениями в развитии.

Изучение РАС происходит на стыке нескольких наук: медицины, психологии, философии, социологии и педагогики. В последнее время также появилось много работ, подчеркивающих важность проведения обучения взрослых людей, так или иначе соприкасающихся с данной сферой, т.е. исследования проводятся также и с точки зрения андрогогического подхода.

Андрогогический подход тесно связан с расширением мировоззрения взрослых людей, у которых, в отличие от детей, могут быть устоявшиеся ментальные и психические модели и сформированные шаблонные способы взаимодействия с окружающей средой. Появление в семье или в инклюзивной среде ребенка с РАС способствует значительному пересмотру паттернов взаимодействия взрослого человека с ребенком, а также возникновению необходимости повышения уровня психологической зрелости и компетентности первого.

Отношение к РАС в современном обществе по-прежнему остается неоднозначным, среди родителей нейротипичных детей и некоторых специалистов, оказывающих психологическую и терапевтическую помощь семьям детей с РАС, восприятие аутизма может вызывать страх и

отторжение, как тяжелого умственного или психического заболевания. Поэтому среди родителей и специалистов ведется распространение информации об аутизме и РАС. Наиболее активные родители детей с РАС и люди, преодолевшие адаптационный путь от «странного» ребенка до взрослого человека с особенностями, нашедшего свое место в мире, ведут просветительскую работу о сути расстройств данного спектра и о возможностях коррекции и налаживании коммуникации с такими детьми [5, 11, 14, 25, 89, 102].

С. Гринспен, С. Уидер отмечают, что представления о природе аутизма, могут ограничить «спектр возможностей развития и будущих достижений» детей [29, с. 8]. Соответственно, расширение этих представлений у взрослых может благополучно сказаться на развитии ребенка. Родитель это, в большинстве случаев, самый близкий взрослый для ребенка, непосредственно влияющий на его адаптацию к внешней среде, развитие коммуникативных навыков и формирование мировоззренческих установок. Исследователи отмечают, что успех психологической коррекции детей во многом зависит от психологического состояния их родителей [93, 94]. Также в отечественной и зарубежной практике есть примеры того, что с помощью грамотного психологического консультирования родитель имеет возможность снизить уровень собственного стресса, сам адаптироваться к необходимым ограничениям в отношении ребенка, снизить уровень эмоционального и физического напряжения, в том числе при общении со специалистами помогающих профессий.

Феномен родительства не существует изолированно, а является частью понимания человеком себя и окружающего мира [72]. Появление в семье ребенка с особенностями развития часто затрагивает не только эмоциональный и психологический климат семьи, но также влияет на изменение ценностей, профессиональных и личных интересов родителя, подразумевает смену ориентиров и жизненных приоритетов.

Несмотря на активное движение по созданию родительских организаций, благотворительных фондов и просветительских сообществ, для части родителей, воспитывающих детей с РАС, необходимость обратиться за психологической помощью является фрустрирующей. Существование мифов об аутизме усиливает барьер между родителем и обществом и способствует усилению психологической защиты как родителя, так и специалистов помогающих профессий. Поэтому внимание к особенностям психологического состояния родителей, столкнувшихся с проявлением РАС у детей, может благоприятно сказаться и на дальнейшем развитии системы помощи таким семьям и разработке программ комплексной поддержки, и на повышении общей компетентности психолога - консультанта. На сегодняшний день развитие инклюзивного образования и реабилитационных центров для детей с особенностями развития увеличивает спрос на специалистов, способных оказать качественную психологическую помощь детям с РАС и их родителям.

В данной работе исследуются цели и виды психологического консультирования, взгляды научного и родительского сообщества на формирование расстройств аутистического спектра, особенности психо-эмоционального состояния родителей, столкнувшихся с проявлением данных расстройств у ребенка, методы и специфика психологической работы с родителями детей с расстройством аутистического спектра в рамках консультационного процесса, а также роль психолога-консультанта в оказании родителям качественной психологической помощи.

**Цель исследования:** изучить возможности и особенности психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с РАС, выявить и теоретически обосновать наиболее эффективные подходы и направления в консультировании.

**Объект исследования:** процесс консультирования родителей, воспитывающих детей с РАС.

**Предмет исследования:** содержание и организационное построение психологического консультирования, направленного на повышение психологической зрелости родителя, воспитывающего ребенка с РАС.

**Гипотеза исследования:** состоит в том, что психологическое консультирование родителей детей с РАС будет эффективным, если наряду с помощью родителю в организации полноценного контакта с ребенком, консультационный процесс будет содержать приемы по определению насущных потребностей родителя и гармонизации его психоэмоционального состояния.

**Задачи исследования:**

1. Изучить представления о расстройствах аутистического спектра у детей в научной литературе психолого-педагогической направленности и смежных областей.
2. Изучить теоретические основы и особенности процесса консультирования родителей, воспитывающих детей с РАС.
3. Выявить особенности состояния родителей детей с РАС в процессе психологического консультирования.
4. Научно обосновать выбранные методы психологического консультирования.
5. Провести консультативные сессии с применением изученных методов консультирования, проанализировать динамику изменений.
6. Разработать рекомендации для психолога - консультанта по восстановлению и укреплению психологического здоровья родителей, воспитывающих ребенка с РАС.

В работе использованы следующие **методы исследования:**

1. Анализ психолого-педагогической и научной периодической литературы.
2. Наблюдение.
3. Тестирование.
4. Метод беседы и анкетирования.

5. Эксперимент в процессе проведения индивидуальных консультаций.

6. Методы сравнения данных.

**Экспериментальная база исследования:** Исследование проводилось на базе Образовательного центра «Ес» г. Москва, в нём приняли участие 5 пар - родитель и ребенок с РАС – обратившихся за помощью к специалистам Образовательного центра.

По теме исследования нами произведены 2 публикации.

**Научная новизна исследования:** Элемент новизны исследования состоит в применении в работе с состоянием родителя, обратившегося за психологической помощью комплексных методик, разработанных на основе проективных методов и телесно-ориентированной терапии.

**Практическая значимость** работы заключается в разработке модели индивидуального консультирования родителей, воспитывающих детей с РАС.

**Структура и объем диссертации:** Полный объем - 136 страниц, включая 4 таблицы, 9 рисунков и 11 приложений. Количество использованных источников –111.

Описание представленного исследования включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

# ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

## 1.1 Понятие РАС. Гипотезы происхождения.

В понимании термина «Расстройства аутистического спектра (РАС)» важно затронуть смысл составляющих его компонентов.

Во-первых, само понятие «*расстройство*» - можно определить как беспорядок, вследствие нарушения *стро*я, или дезорганизация в результате нарушения порядка. С медицинской точки зрения расстройством считается заболевание, нарушающее нормальную работу организма или его отдельного органа.

Термин «*аутистический*» означает направленный внутрь себя. В работах Л.С. Выготского и Ж. Пиаже приводится сравнение аутистического (подсознательного) способа мышления ребенка и разумного, логического способа, или направленного во вне. Аутистический способ мышления согласно Ж. Пиаже соответствует ранней внеречевой стадии развития ребенка до 2х лет, когда звуки в основном произносятся ребенком ради обозначения своих биологических потребностей [22, 40] .

В связи с описанием аномальных случаев проявления аутизма у детей, как нарушений естественного психического развития, исследователи отмечают работы Е. Блейлера (1911 г.), Л. Каннера (1943 г.) и Г. Аспергера (1944) [12,13,53]. Е. Блейер рассматривал аутизм с точки зрения симптомов шизофрении, как процесс ухода пациента в свой внутренний мир. Л. Каннер описывал склонность к изоляции и уход от контакта у детей уже на первом году жизни, называя явление ранним детским аутизмом (РДА). Г. Аспергер отмечал наличие сложностей в невербальной коммуникации и стремление к стереотипным интересам и занятиям у детей старшего возраста и подростков при сохранении когнитивных и речевых способностей,

обозначая комплекс проявлений аутистической психопатией. М.В. Белоусова, В.Ф. Прусаков, М.А. Уткузова, а также О.С. Никольская [9,67] отмечают, что в отличие от аутизма, при шизофрении наблюдается бредовая симптоматика и галлюцинации, и что шизофрения редко встречается у детей до 7 лет. В США, тем не менее, зафиксирован случай врожденной шизофрении [111].

Также в литературе можно встретить термин «атипичный аутизм», характеризующийся проявлением регрессивной симптоматики в возрасте после 3-х лет и отличающийся от обычного аутизма клиническими проявлениями [12].

Появление термина РАС – расстройства аутистического спектра - связывают с именем К. Гиллберга, предложившего также все случаи аутизма разделить на условные группы: «высокофункциональный», «средне-функциональный» и «низкофункциональный» аутизм [53].

Говоря о *спектре*, как о распределении значений физической величины, мы имеем дело «с разными степенями дисфункциональности, расположенными вдоль континуума, на одном конце которого находятся расстройства, вызывающие лишь незначительные неудобства, а на другом – расстройства, сопряжённые с серьёзной угрозой здоровью и даже жизни человека» [4, с. 9]. Авторы придерживаются точки зрения, что любой человек обладает особенностями развития, подвергаясь в течение жизни вредоносным воздействиям внешней среды. И если для большинства людей не представляет сложности самостоятельно компенсировать имеющиеся дефициты развития, то в случае крайних проявления РАС проблема является достаточно серьёзной чтобы обратиться за помощью к специалистам.

О. С. Никольская выделяет 4 типа детей, чье поведение связано с РАС:

1. Отрешенные дети, практически не пользуются речью и невербальными средствами коммуникации и не реагируют на обращения.

Характеризуются преимущественно полевым поведением, не чувствительны к боли, не имеют точек активного соприкосновения с окружением, тем не менее, эти дети ловки и умело вписываются в пространство, иногда обнаруживают неожиданное понимание происходящего.

2. Дети с активно выраженным негативизмом, стремящиеся сохранить неизменность окружения, в том числе свою приверженность к стереотипным действиям, имеющим защитный характер, речь развивается также в рамках стереотипа, возникшего в конкретной ситуации.

3. Дети поглощенные собственными интересами, неспособные выстраивать диалогическое взаимодействие. При наличии развитой речи испытывают сложности в поддержании простого разговора. Могут считаться сверходаренными в какой-то сфере, но также иметь интерес к опасным, неприятным асоциальным впечатлениям.

4. Дети, зависимые от поддержания эмоциональной связи с близким человеком, легко устают или перевозбуждаются, ранимы, склонны действовать в четко установленных, одобряемых взрослым правилах [67].

В составе полного перечня возможных проявлений расстройств аутистического спектра в литературе можно встретить следующие упоминания:

- неспособность или нежелание ребенка сохранять визуальный контакт с другими людьми, адекватно использовать мимику и жестикуляцию;
- отсутствие интереса к окружающим людям и к взаимодействию с ними, погруженность в свой мир;
- задержка или полное отсутствие речевого развития ребенка;
- проявление стереотипной или копирующей речи (эхолалии) в случае развития речевой функции;
- особое сенсорное восприятие окружающей среды (слухового, зрительного, тактильного) проявляющегося в нестандартных реакциях на

цвет, звуки, запахи и прикосновения, а также с возможной синестезией - способность воспринимать стимулы одной сенсорной модальности через другую сенсорную модальность [14, 102];

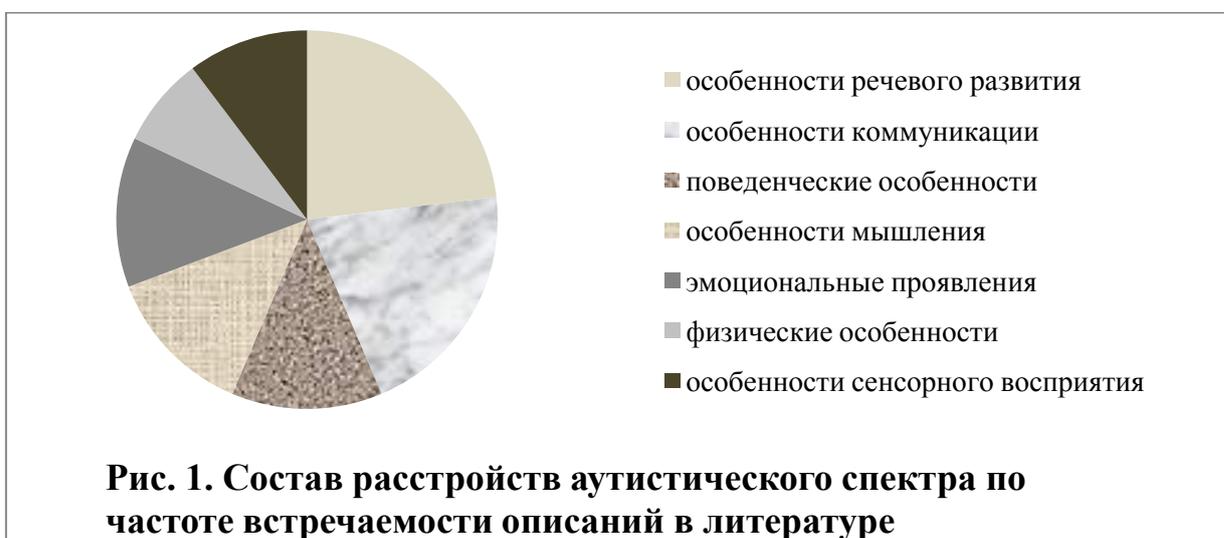
- повторяющееся, стереотипное или манерное поведение;
- отсутствие в некоторых случаях реакции на боль или наоборот присутствие сильной реакции на телесные вмешательства, такие как стрижка волос, ногтей или попадание капель воды на тело;
- навязчивое раскладывание предметов по порядку, и повышенная эмоциональная реакция на внешнее изменение привычного порядка;
- наличие алексетимии – невозможности объяснить собственные эмоции и понять их источник [108].

Можно заметить, что проявления РАС в части реакций на окружающую среду являются первичными и компенсаторными, например, упорядочивание предметов ребенком, как вид занятий, может трактоваться как стремление к установлению внешнего порядка для как компенсации нарушения внутреннего *строга* или структуры.

Тео Питерс приводит примеры парадоксального мышления детей с аутизмом, связанные с их отличной от общепринятой интерпретацией окружающего мира. Даже в случае наличия речи и коммуникации со взрослым ребенок может интерпретировать сигналы внешней среды, исходя из контекстов, которые понятны только ему, и в «его мире» имеют значение. Также Т. Питерс выделяет отдельно РАС от проявлений психоза или другого психического расстройства, отмечая при этом, что в случае наличия у ребенка нескольких нарушений, таких как умственная отсталость или эпилепсия может возникнуть путаница в определениях [69].

Итак, расстройства аутистического спектра в общем смысле связаны с нарушением или отклонением от нормы способов взаимодействия индивида с окружающей средой, в том числе в проявлении речевых, коммуникативных, мыслительных навыков. Они могут отличаться по степени проявления и вариативности сочетаний того или иного набора

симптомов. Схематично состав возможных проявлений РАС, описанных в анализируемой литературе, представлен на Рис. 1.



В соответствии с DSM-V (диагностическое и статистическое руководство 5-го издания) диагноз «расстройство аутистического спектра» будет поставлен в случае, если ребенок имеет:

1. Устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии в различном контексте, проявляющиеся в настоящий момент или имеющиеся в анамнезе.

2. Ограниченность, повторяемость в структуре поведения, в интересах или деятельности [54].

А. Далгрэн Сандберг и С.О. Далгрэн выявили отличия детей с РАС от детей с другими нарушениями развития в части отсутствия попыток адаптации к другим людям, понимания мимического выражения лица людей и попыток добиться понимания окружающих [57].

В попытке понять и описать причины возникновения аутизма и РАС, выдвигаются гипотезы органического, психогенного и психогенетического происхождения.

Л. Каннер в своих работах обозначил РДА как врожденное нарушение органического характера, но он также отметил увлеченность большинства

матерей научными, литературными и художественными абстракциями, и подчеркнул их сдержанность в проявлении искреннего интереса к окружающим их людям. Выдвинутое Л. Канером предположение относится в большей части к биологическому нарушению, а в части наблюдения за поведением матерей – к когнитивным и поведенческим особенностям ближайшего окружения ребенка.

Гипотезу, базирующуюся на проблемах в социальном окружении детей, выдвинул в 50-х г.г. прошлого века Б. Беттельхем. Получив опыт пребывания в немецких концентрационных лагерях, он задался вопросом о наличии связи между состоянием аутичных детей – как добровольным выбором состояния отрешенности – и состоянием жертв концлагеря, подвергшимся дегуманизирующим насильственным воздействиям [10, с. 7]. В процессе взаимодействия с аутичными детьми он высказывал предположение, что состояние ребенка во многом определяется состоянием его матери с первых дней их взаимодействия. «Берут ли младенца на руки нежно или грубо; спокойна ли мать или испытывает тревогу; «прислушивается» ли она к нему или эмоционально игнорирует – все это каждую минуту определяет для него состояние комфорта или дискомфорта, а также оказывает существенное влияние на дальнейшее развитие» [10, с. 17].

Мариан ДеМайер в своей работе "Исследования в области детского аутизма: Стратегия и ее результаты», проведенной в 1950-60-х годах прошлого века объединяет гипотезы влияния окружающей среды и биологической составляющей организма ребенка и выводит общую о том, что «ребенок с биологической предрасположенностью к аутизму попадает в неблагоприятную атмосферу в семье, созданную его родителями» [13].

В концепции У. Фрит аутизм или РАС связаны с когнитивным дефицитом, влияющим на переработку и интеграцию получаемой из вне информации. У аутичных людей нарушен универсальный принцип переработки информации, принятый для большинства нейротипичных

людей. Они следуют за своим личным интересом, который часто не связан с тем, что принято в стандартном человеческом взаимодействии или обучении, действуют так, как будто они в мире одни. Вместе с тем, с наличием дефицита в коммуникативной или бытовой сфере у некоторых аутичных людей может быть избыток или повышенные способности в сфере интеллектуальной [108].

С точки зрения первичных и вторичных нарушений согласно концепции Л. С. Выготского в отечественной психологии В. В. Лебединский и О. С. Никольская (1981, 1985) предлагают следующую гипотезу возникновения РАС:

- в качестве первичных расстройств возникает повышенная эмоциональная чувствительность и слабость энергетического потенциала, а под их действием на организм возникают вторичные нарушения;
- само состояние аутизма относят ко вторичным нарушениям, как попытку организма избежать воздействий внешнего мира;
- стереотипии, сверхценные интересы, ослабление эмоциональной реакции на близких, вплоть до полного их игнорирования, блокирование отдельных чувств, заторможенная или недостаточная реакция на слуховые и зрительные стимулы выступают в качестве психологических защит, регулирующих баланс психического состояния ребенка [67].

С точки зрения органических нарушений формирующихся у ребенка, в последствии проявляющего симптоматику РАС, рассматриваются внутриутробные инфекции и интоксикации плода во время беременности матери, нарушение сроков вынашивания ребенка и генетическую предрасположенность к формированию «гена аутизма» или определенному набору хромосом. В текущем десятилетии исследование РАС происходит с точки зрения строения головного мозга людей, имеющих те или иные расстройства.

В понимании природы проявлений РАС многие исследователи сходятся в выводах о перегрузке нервной системы ребенка как первичного биологического признака и наличия компенсирующих действий или отказа от повышающих тревогу действий у ребенка для приведения нервной системы в сбалансированное состояние. Такого взгляда придерживаются О. Богдашина, О. С. Никольская, Б. Нэйсон, У. Фрит.

Нам представляется интересной также точка зрения о схожести особенностей проявления РАС с признаками ПТСР.

Подобно замечанию Б. Беттельхейма, о схожести способов реагирования аутичных детей с базовыми способами реакции человека на смертельную опасность - «а) бегство, б) борьба и с) полная неподвижность или симулирование смерти; такие проявления, как немота и игнорирование окружающих людей, можно отнести к стратегии (с)» [11, с. 444]. В. Nason также находит в поведении аутичных детей признаки посттравматического синдрома, называя стратегию их поведения «fight or flight» (бороться или убежать) [96, с. 162-164].

Причины возникновения ПТСР в столь раннем возрасте объясняются с точки зрения перинатальной психологии и системного семейного подхода.

В перинатальном периоде тревогу или болезнь матери, а также внутриутробную инфекцию или интоксикацию организм ребенка воспринимает как смертельную угрозу, с которым связано понятие психологической травмы. Физическое и психическое состояние матери может оказывать влияние на формирование нервной системы ребенка, находящегося в утробе, помимо органических нарушений у ребенка после рождения может возникать повышенное чувство тревожности, связанное с ощущениями пребывания в животе у матери [25, 48].

В системном семейном подходе рассматриваются различные варианты влияния прошлых поколений семьи на формирование психо-эмоционального климата в семье и соответственно здоровья ребенка [43, 44]. Широко распространенный в мире и в России метод системных

семейных расстановок по Б. Хеллингеру повлек за собой формирование взгляда на проявление аномальных физических и психических состояний ребенка, как на последствия перенесенных его предками тяжелых психотравмирующих событий. С точки зрения системы по Б. Хеллингеру психическое заболевание ребенка связано, например, со скрываемым убийством в семье, о котором родители ребенка могут и не знать. Психоз или шизофрения, как недуг системы связан со сложностью для членов семьи принять в свои души и убийцу, и жертву одновременно [88]. А.А. Шутценбергер также отмечает наличие скрытых семейных лояльностей при формировании событий в жизни потомков и приводит данные, что «дети выживших во время Холокоста в три раза чаще страдают от посттравматических синдромов, чем их родители, которые в реальной жизни страдали и боролись» [100, с. 136].

Такой подход, несмотря на отсутствие опубликованных научных доказательств, либо опровержений, безусловно, расширяет взгляды на рассматриваемое явление, и «снимает абсолютную вину» с родителя, как единственного носителя биологических генов, вызывающих аутизм, или активного участника неблагоприятной социальной внешней среды для ребенка. Известны ситуации в семьях с двумя или тремя детьми, когда при одинаковом подходе к воспитанию и наборе хромосом у родителей рождаются дети и с расстройствами психики, и абсолютно нейротипичные, здоровые дети. Подобные случаи встречаются и у разнояйцовых близнецов.

В отношении формирования исследовательской базы о факторах способствующих возникновению аутистических расстройств нельзя игнорировать сообщества родителей, обсуждающих свой личный опыт и достоверность влияния тех или иных событий на проявление РАС. В частности, имеет место общественное движение, обсуждающее влияние прививок, в основном АКДС и КПК, на здоровье ребенка с провокацией РАС или их усугубления. Официальная позиция ВОЗ состоит в том, что 1) отсутствуют доказательства связи между вакцинами КПК и АКДС и

аутизмом или расстройствами аутистического спектра; 2) результаты научных исследований свидетельствуют о том, что введение нескольких вакцин одновременно не оказывает негативного влияния на иммунную систему ребенка; 3) отсутствуют доказательства того, что содержащаяся в вакцинах ртуть в составе тиомерсала, представляет какую либо опасность для здоровья [21]. Учитывая возможную предрасположенность детей к аутизму, любая прививка, как фактор воздействия внешней среды, может восприниматься ребенком с ослабленной нервной системой как вторжение и вызывать дополнительный стресс.

Обобщая вышесказанное, заметим, что 1) расстройства аутистического спектра связаны с существенным отклонением от нормы реакций ребенка на окружающую среду; 2) носят защитную функцию в связи с органическими нарушениями и ослабленной нервной системой ребенка; 3) имеют разную степень тяжести и сочетаемости проявлений; 4) гипотезы о происхождении расстройств аутистического спектра формируются с точки зрения биологических изменений в организме ребенка, с точки зрения вредоносных влияний внешней среды различного характера, в том числе и особенностей семейной системы.

## **1.2 Психологическое консультирование как средство помощи родителям детей с РАС**

Г. С. Абрамова выделяет 4 типа задач профессиональной деятельности психолога: психодиагностические; психокоррекционные; психотерапевтические и консультационные [1]. Все указанные аспекты активно используются в современных системах психологической помощи семьям, воспитывающих детей с РАС.

В целях настоящей работы мы рассмотрим сущность *психологического консультирования*, как одного из направлений в сопровождении родителей особого ребенка.

В современной научной психологической литературе можно выделить несколько наиболее часто встречающихся определений психологического консультирования. М. А. Гулина определяет психологическое консультирование как: «...ориентированный на научение процесс, имеющий место между двумя людьми, когда профессионально компетентный в области релевантных психологических знаний и навыков консультант стремится способствовать клиенту с помощью соответствующих его (клиента) актуальным нуждам методов и внутри контекста его (клиента) общей личностной программы узнать больше о себе самом, научиться связывать эти знания с более ясно воспринимаемыми и более реалистично определяемыми целями так, чтобы клиент мог стать более счастливым и более продуктивным членом своего общества» [30, с. 37]. Л. Б. Шнейдер описывает психологическое консультирование как помощь психически нормальным людям в достижении ими целей личностного развития [98]. Б. Д. Корвасарский же отмечает, что в качестве субъекта психологического консультирования могут выступать и больные люди, если «пациент воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы» [73, с. 584]. Он же отмечает современную тенденцию к постепенному стиранию границ между психологическим консультированием и психотерапией. Р. Кочунас подчеркивает, что психологическое консультирование выделилось из области психотерапии в ответ на нужды людей без клинических нарушений имеющих потребность в психологической помощи для преодоления трудностей в повседневной жизни [39].

Г.С. Абрамова рассматривает психологическое консультирование как «вид профессиональной деятельности психолога, направленный на восстановление индивидуальной логики жизни человека» [1, с. 7]. Ю. Е. Алешина в области семейного консультирования обозначает его тесную связь с психологической коррекцией и психотерапией и описывает консультирование как «...непосредственную работу с людьми,

направленную на решение различного рода психологических проблем, связанных с трудностями в межличностных отношениях, где основным средством воздействия является специальным образом построенная беседа» [3, с. 7]. Она же, соглашаясь с достаточно условными границами *между психотерапией и консультированием*, приводит ряд *различий*, позволяющих определить суть взаимодействия психолога и клиента в разных контекстах:

1. С точки зрения формулировки запроса. В психологическом консультировании чаще встречаются жалобы на негативное влияние других людей на жизнь клиента; у клиентов же, обращающихся за психотерапевтической помощью акцент смещается на собственную неспособность «контролировать и регулировать свои внутренние состояния».

2. С точки зрения диапазона и глубины затрагиваемых личных переживаний и убеждений клиента. В результате консультирования клиент получает возможность расширить свои представления во взгляде на текущую ситуацию и изменить свои установки по отношению к другим людям. В случае же проводимого терапевтического воздействия могут быть затронуты события детства либо юности клиента, повлиявшие на формирование его текущих состояний, а также исторические параметры его семьи, проявляющиеся во снах или ассоциациях.

3. С точки зрения длительности взаимодействия. Психологическое консультирование чаще бывает краткосрочным – «5-6 встреч с клиентом», процесс же терапевтического контакта может быть рассчитан на несколько лет с индивидуальной периодичностью встреч.

4. С точки зрения типа или статуса клиентов. Клиентом психолога-консультанта может быть любой человек «независимо от его психического статуса, занятости, материальной обеспеченности, интеллектуального потенциала», тогда как анализ более глубинных слоев психики в случае психотерапии готов производить клиент с «достаточно высоким уровнем

рефлексии», обладающий достаточным количеством временных, мотивационных и материальных ресурсов.

5. С точки зрения требований к образованию специалистов, осуществляющих психологическое консультирование либо психотерапевтическое взаимодействие с клиентом.

В. Ю. Меновщиков также приводит сравнение понятий: психотерапия, психокоррекция, неврачебная психотерапия, психологическое консультирование, определяя целью последнего - адаптацию клиента к жизни за счет активизации личностных ресурсов [58].

Р. Кочунас обозначает целью психологического консультирования помощь клиентам в понимании происходящего в их жизненном пространстве и осмысленном достижении «поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера» [39, с. 7].

В консультировании, согласно Абрамовой, психолог работает «с симптомами боли непонимания, преобразуя своими действиями ситуацию в противоположную - в ситуацию понимания, или, как говорят психологи, в ситуацию принятия» [1, с. 27].

С точки зрения специфики ситуации родителей, обратившихся за помощью к психологу-консультанту, мы можем выделить следующие направления консультирования, учитывающие ориентированность запросов родителей:

1. Интимно-личностное консультирование – связано со сферой отношения человека к самому себе, охватывает работу с запросами и проблемами, связанными с пониманием собственных желаний, потребностей, ресурсов.
2. Профессиональное или карьерное консультирование связано с направленностью на область профессиональной деятельности. Может включать в себя круг запросов, связанных с изменением профессии, адаптацией профессиональной деятельности, получением новых

возможностей профессиональной реализации и нахождением путей достижения желаемого статуса в коллективе, или в обществе.

3. Семейное консультирование охватывает область взаимодействия в сфере детско-родительских отношений, супружеских отношений, а также затрагивает вопросы, связанные с пониманием и регулированием родственных отношений более широкого круга.
4. Экзистенциальное консультирование связано с глобальными проблемами миропонимания, мироощущения, особенностями базового отношения человека к миру, осознания личностью своего места и своей роли в нем. Также в последнее время выделяют близкое к нему философское консультирование (Г. Б. Ахенбах, 1981 г.), ориентированное на изменение мировоззрения человека, на помощь в поиске ответов на сложные жизненные вопросы, в том числе связанные с тяжелыми заболеваниями [64].
5. Психолого-педагогическое консультирование в большей степени охватывает проблемы, возникающие в ходе обучения и воспитания детей. Психологические вопросы обучения взрослых относятся к предметной сфере андрагогики, понятия, гораздо реже встречающегося в научной литературе, но, тем не менее, имеющего свой круг специфических особенностей, в том числе относительно темы данной работы.
6. Возрастно-психологическое консультирование направлено на решение проблем и преодоление трудностей, связанных со сферой социально-биологического развития личности, с закономерностями и особенностями возрастных периодов в онтогенезе.
7. Кризисное консультирование, с одной стороны, спектр проблем, входящих в зону работы кризисного консультанта, содержательно повторяет запросы вышеперечисленных направлений, однако в силу особенностей состояния клиента и специфики консультативной работы,

оно может быть выделено в самостоятельное направление, в связи с темой данной работы.

С точки зрения количества участников процесса консультирования выделяют индивидуальное и групповое консультирование. Исследованию эффективности группового консультирования в отношении родителей детей с РАС посвящены работы Н. Л. Белопольской и О. В. Рубан [8], А. А. Куканова [42], Л. М. Феррой и Т. Д. Панюшевой [82], Л. П. Ярошевич [103]. В групповом консультировании родителей детей с РАС решаются задачи обучения детей и родителей навыкам коммуникации и социального взаимодействия, а также преодоления социальной изоляции семей, воспитывающих детей с РАС.

Ю.В. Никитина приводит данные проведенного в 2013 году в Москве на базе Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков исследования потребностей родителей детей с РАС в психологическом консультировании. Большинство опрошенных родителей (85 %) заявили о потребности в индивидуальном консультировании, которое поможет справиться с ситуацией воспитания ребенка, причем в исследовании приняли в основном эмоционально зрелые, открытые и готовые к диалогу родители [54].

На примере исследования, проведенного Г.В. Митрофановой для большинства родителей детей с РАС, обучающихся в инклюзивных школах г. Воронежа, наиболее приемлемой формой консультирования также является индивидуальная консультация. Причем среди потребностей родителей были отмечены консультирование по текущим вопросам, пособиям, материалам, обучению на дому; проведение совместных культурно-массовых мероприятий, доверительный обмен информацией [61].

Рассмотрим возможности индивидуального психологического консультирования родителей воспитывающих детей с особенностями развития с точки зрения теоретических школ психологии и базовых подходов, применяемых в консультировании.

Согласно культурно-исторической теории Л.С. Выготского психологическое консультирование можно рассматривать как создание «ближайшей зоны развития» клиента. Психолог-консультант вместе с ним формулирует и решает задачу познания новых для него свойств психической реальности.

В Таблице 1 представлены особенности применения различных подходов к консультированию родителей детей с РАС на примере проведенного Р. Кочунасом сравнения целей психологического консультирования с точки зрения психологических школ [39].

С точки зрения психоанализа целью психологического консультирования является выявление бессознательных сторон личности клиента и помощь ему в преодолении непройденного ранее этапа развития и в приспособлении к окружающей среде. Применение психоанализа подразумевает, что освобождаясь от «репрессивных влияний со стороны бессознательного», человек способен установить новые уровни удовлетворения во всех областях деятельности [27, 74, 92]. В отношении родителя, воспитывающего ребенка с РАС, психоанализ может помочь в актуализации способностей родителя. С одной стороны, родительская функция является лишь частью полноценной личности взрослого человека, с другой, именно она позволяет проявиться структуре личности во всех её аспектах и, прежде всего, в отношениях созависимого характера [75].

В Адлерианском направлении, согласно С. Глэддингу, консультирование заключается в поддержке формирования у клиента здорового образа жизни и социального интереса [27]. С точки зрения индивидуальной психологии А.Адлера восприятие реальности происходит, исходя из сложившихся ранее убеждений человека. Основной направляющей в психологическом консультировании родителей Адлерианского направления может являться работа с убеждениями родителя [2, 92].

**Таблица 1 - Цели и особенности психологического консультирования родителей с точки зрения различных подходов**

<b>Направление</b>	<b>Цель консультирования / терапии</b>	<b>Возможное применение в консультировании родителей детей с РАС</b>	<b>Вид психологического консультирования или иного психологического взаимодействия.</b>
Терапия поведения	Исправить неадекватное поведение и научить эффективному поведению.	«Неадекватным» в отношении ребенка с РАС можно считать поведение родителя, уместное во взаимодействии с нейротипичными детьми, либо поведение, обусловленное тяжелым психоэмоциональным состоянием, не способствующее нормализации поведения ребенка.	Обучение родителей техникам совладания со стрессом (кризисное консультирование) и техникам коммуникации с ребенком (психолого-педагогическое консультирование)
Рационально-эмоциональная терапия А. Элисс	Устранить саморазрушающий подход клиента к жизни и помочь сформировать толерантный и рациональный подход; научить применению научного метода при решении поведенческих и эмоциональных проблем.	Для сохранения благоприятного климата в семье, способствующего более эффективному развитию ребенка, родителю необходимо сохранять баланс между направлением внимания на себя, на ребенка и на супруга.	Семейное консультирование

Ориентированная на клиента терапия (К. Роджерс)	Создать благоприятный климат консультирования, подходящий для самоисследования и распознавания факторов, мешающих росту личности; поощрять открытость клиента опыту, уверенность в себе, спонтанность.	От степени адекватности Я-концепций родителей зависит то, как родители унавливают отношения со своими детьми, родители способны безусловно позитивно относиться к ребенку только в той мере, в какой они безусловно уважают самих себя [66].	Интимно-личностное консультирование
Экзистенциальная терапия	Помочь клиенту осознать свою свободу и собственные возможности; побуждать к принятию ответственности за то, что происходит с ним; идентифицировать блокирующие свободу факторы.	Помощь родителю в совладании с первичной, или экзистенциальной, тревогой, нахождение перспектив и смысла в изменившейся, или напротив, долго не меняющейся для родителей ситуации [66].	Консультирование направленное на формирование новых смыслов жизни родителей (интимно-личностное, профессиональное, экзистенциальное)

Выявляются убеждения о перспективах, ожиданиях, своей роли в сложившейся ситуации, определяют их происхождение и возможное изменение принятых убеждений и связанных с ними стратегий поведения, согласно новым жизненным обстоятельствам.

А. Маслоу писал, что отношения детей с родителями обычно изучаются как набор проблем, а они являются источником удовольствия, хорошей возможностью получить наслаждение [56]. В случае детей с РАС многие авторы отмечают, что родители бывают лишены положительного опыта тактильного контакта, эмоционального отклика в виде улыбки, открытой радости ребенка при появлении матери [6,8]. Нередко родители испытывают негативные чувства из-за особенностей ребенка, поэтому применение гуманистического подхода в консультировании, с нашей точки зрения, будет направлено на поиск основы для самоподдержки родителя и выбора стратегий, позволяющих обратить внимание на получение удовольствия в отношениях с ребенком.

Гуманистический подход к консультированию также подразумевает выявление влияния жизненных ситуаций на изменение уровня удовлетворения потребностей человека. Так как рождение ребенка с особенностями не является массовым явлением, оно может восприниматься родителем как угроза нормальному течению жизни, и потеря контроля над ситуацией, миром или над собой. С точки зрения гуманистического подхода консультанту необходимо узнать, что именно представляет для родителя угрозу, сфокусироваться на снижении тревожности родителя и поиске путей удовлетворения, в первую очередь, потребностей родителя для повышения его стрессоустойчивости [91].

В отечественной психологии С. Л. Рубинштейн определяет три возможных реакции человека на сложную жизненную ситуацию: душевную опустошенность, моральный разлад, построение нравственности на новой основе [77]. В задачи консультирования с этой точки зрения входит

формирование нравственности родителя исходя из новых условий. Согласно школе А. Н. Леонтьева, сложные жизненные обстоятельства способствуют формированию воли человека, основной характеристики личности [46]. С этой точки зрения любые испытания, выпавшие на долю родителя можно рассматривать как формирование силы личности, и роль консультанта заключается тогда в помощи родителю в осознании и освоении этой силы.

Консультирование с учетом постулатов отечественной психологии может быть ориентировано, на наш взгляд, на поиск сильных сторон личности или ресурсов для преодоления и построения нового уклада жизни.

В. Глассер (консультирование по реализму) считает любой вид консультирования своего рода обучением. Всеобъемлющая цель консультирования по реализму заключается в том, чтобы научить клиентов осуществлять эффективный контроль над своей жизнью [66]. К консультированию по реализму в нашем контексте можно отнести практическое обучение родителей взаимодействию в ребенком с расстройством аутистического спектра, которое проводится специалистами при обнаружении самых первых признаков отклонений у ребенка. Данный вид консультирования подразумевает принятие фактической ситуации и развитие у родителя новых требуемых навыков. Консультанты данного направления помогают клиентам исследовать собственные возможности в достижении избранных целей, а также помогают осознать внешние ресурсы или препятствия, наиболее ожидаемые со стороны окружающих в процессе движения к цели [27]. Соответственно основной задачей в данном виде взаимодействия с родителем считается научение его способам адаптации к ситуации и коммуникации с ребенком и с собственным окружением.

Похожие цели подразумевает и бихевиоральное или поведенческое консультирование – помочь клиенту научиться новым паттернам поведения в зависимости от его целей. Началом широкого применения поведенческого подхода во взаимодействие с аутичными детьми можно считать появление

в 1961 г. работы С.Б. Ферстера "Позитивное поощрение и неадекватность поведения аутичных детей"[13]. В работе высказывается предположение, что путем систематических занятий по модификации поведения детей можно снизить многие аномалии в их поведении и речи. Даже самые странные проявления поведения при внимательном наблюдении можно обратить в форму коммуникации. Для организации новых паттернов поведения родителей, необходимо сформулировать цель взаимодействия и определить доступные коммуникативные особенности ребенка [14].

В теории социального научения А. Бандуры родителям необходимо помочь осознать, какое поведение они демонстрируют детям, так как ребенок учится подражая [91, 96]. В контексте детей с РАС родители, прежде всего, должны обеспечить детям, стабильность и безопасность, т.к. ограниченный контакт ребенка с окружающей средой может выражаться в игнорировании ребенком и самого родителя и его поведения, а копирование поведения родителя у некоторых детей приобретает парадоксальные формы.

В дифференциальной психологии У. Штерна консультирование может подразумевать развитие осознания сложившейся ситуации, в том числе через принятие конфликта, как стимула развития. При нахождении контакта с ребенком и его социализации применяется наиболее подходящая форма взаимодействия – игра. Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, А.В. Запорожец, М.И. Лисина также придавали большое значение игре во взаимодействии с ребенком. Обучение родителей игре с аутичным ребенком в настоящее время используется в подходе, описанном С. Гринспен и С. Уидер, DIR FLOORTIME – связанное с развитием (D – Development), учитывающее индивидуальные особенности ребенка (I - Individual-difference), основанное на отношениях (R- Relationship-based) совместно проведенное с ребенком время (на полу, т.е.на уровне ребенка) [29].

Э. Фромм отмечает, что у родителей должна присутствовать биофильная ориентация, т.е. ориентация на жизнь, для родителя важно не подавлять истинные чувства ребенка в угоду социальным обычаям, а по возможности сохранить его искренность и природное чутье [1]. Консультирование в направлении эго-психологии подобно экзистенциализму подразумевает проработку вопросов жизненных ценностей клиента.

Логотерапия В. Франкла помогает клиенту найти смысл в сложившейся ситуации, принять ее как задачу. В. Франкл утверждал, что, чем в большей степени человек осознает характер жизни как задачи, тем более осмысленной будет представляться ему жизнь [83]. Многие родители, воспитывающие детей с РАС отмечают отсутствие «просвета» в своей деятельности [109, 110]. В. Франкл подчеркивал зависимость выживания индивида в сложной ситуации от способности ориентироваться на будущие события в жизни и наличия, несмотря на сложности текущей ситуации, чувства юмора [84]. О. Богдашина также отмечает важность присутствия чувства юмора для родителей детей с РАС [14]. Терапия, с точки зрения В. Франкла должна «апеллировать к способности принимать решения, к установке на свободу» [83, с. 15].

Экзистенциальное направление, по определению И. Ялома, ставит важнейшими целями психологической помощи человеку создание условий для восстановления аутентичности личности, осуществление ею своих истинных возможностей, освобождение творческого потенциала, раскрытие соответствия ее экзистенции, своей истинной природе [49]. Истинную природу человека Й. Хейзинга связывает с присутствием игры в любой деятельности человека. По его мнению, игра создает определенность в бесконечном пространстве, и человечество творит рядом с миром природы второй, измышленный мир [87].

С точки зрения философского консультирования происходит осознание смысла происходящих с человеком событий. В подходе К. Ясперса определена задача психологического исследования применительно к состоянию индивида – «вывести человеческую экзистенцию за пределы ограничительных антиномий, которыми она окружает себя» [104], что подразумевает расширение мировоззрения и консультанта, и родителя.

Интересным, с нашей точки зрения, может быть и консультирование с применением гештальттерапии в силу своей специфики - работы одновременно с вербальным материалом и телесными проявлениями родителя. И. Г. Малкина – Пых приводит основные задачи психолога – консультанта с точки зрения гештальттерапии: помочь клиенту осознать свою насущную потребность, сделать ее более четкой и нейтрализовать ее - найти способы ее удовлетворения (т.е. «завершить гештальт») [51].

С точки зрения развития способностей родителей выдерживать и проживать большой диапазон эмоций, связанный с воспитанием детей с РАС в консультировании применяется телесно-ориентированный подход [16,28,38,50]. Основными понятиями в этом подходе являются развитие опоры на собственное тело – формирование устойчивости, физических границ и расширение двигательного диапазона; развитие телесного контейнирования, т.е. способности проживать и выдерживать интенсивные эмоции [41]; а также телесный резонанс – чувство родителем переживаний ребенка. Развитием телесного резонанса родителя с ребенком занимаются специалисты танце-двигательной терапии [31].

Резюмируя, мы понимаем, что суть психологического консультирования состоит в том, что психолог, используя свои навыки и знания, а также многообразие подходов и взглядов на переживаемые родителем сложности, создает для последнего условия для выработки новых концепций, интерпретаций, поведенческих стратегий и трансформации получаемого опыта. Многообразие теоретических подходов

позволяет расширить взгляд на рассматриваемую проблему и выстроить содержание консультативного процесса ориентируясь на особенности ситуации родителя.

Выбор направления психологического консультирования во многом зависит от профессиональной ориентации психолога и мотивации родителя, обратившегося за помощью.

### **1.3 Родитель ребенка с РАС как участник процесса психологического консультирования**

Рассматривая далее теоретические подходы к психологическому консультированию родителей, воспитывающих детей с РАС необходимо понять суть ситуации, в которой пребывает родитель, обратившийся за помощью к психологу-консультанту.

Р.В. Овчарова рассматривает родительство как базовое жизненное предназначение и важное состояние, проявляющее социально-психологические функции каждого человека [68].

В психологических исследованиях родительство рассматривается как социальная функция взрослого индивида, и его способность к воспитанию ребенка. К.Н. Поливанова отмечает также важность изучения родительской эффективности – субъективного переживания родителем собственной успешности [72]. Исследованиям также подвергаются родительские установки и ожидания, родительское отношение, родительские чувства, родительские позиции, родительская ответственность, стиль семейного воспитания, ценностные ориентации в семье и стиль защитного поведения родителя.

В случае неожиданного рождения неполноценного ребенка или проявления задержки его развития в более позднем возрасте родители ребенка становятся подвержены психической травматизации [47, 52, 54, 62,

71, 91], что, безусловно, отражается на всех упомянутых составляющих феномена родительства. Возникает недостаток знаний в сфере воспитания особенного ребенка, нарушается социальная функция родителя и значительно искажается восприятие себя как успешного родителя.

О.Н. Подоплелова рассматривает состояние родителя, столкнувшегося с особенностями развития своего ребенка, как переживание стресса, горя, утраты образа обычного ребенка. В случае восприятия родителем тяжелого диагноза ребенка как катастрофического события, его состояние сравнивается с проживанием чувств, характерных для статуса «уцелевшего» после предельных критических ситуаций [71].

Серьезное заболевание ребенка обычно вызывает у родителя стресс, отсутствие четкого понимания о способах излечения или коррекции состояний этот стресс усиливает. Широкий диапазон описания в доступной литературе свойств аутизма и аутистических расстройств от признаков шизофрении до одаренности вносит дополнительное напряжение и сумятицу в состояние родителя при постановке диагноза РАС ребенку.

Реакция родителей на стресс, вызванный обнаружением расстройства у ребенка во многом зависит от степени адаптивности личности и безусловно от степени тяжести выявленных расстройств.

А. Рарпорт выделяет три возможных способа восприятия кризиса или стресса с преобладанием различных сопутствующих эмоций:

1. Восприятие стресса как угрозы, порождающей чувства страха и тревоги.
2. Восприятие стресса как утраты, порождающей чувство печали и депрессии.
3. Восприятие стресса как вызова с усилением продуктивных адаптивных реакций индивида [4].

Исследователи выделяют преимущественно 2 типа реагирования родителя: адекватный, когда возможно осознание и принятие ситуации с

последующим конструктивным изменением поведения; и неадекватный, когда формируется искаженное восприятие, амбивалентный стиль поведения, и усиление психологических защит родителя [4, 5, 45].

В исследовании И. И. Мамайчук и Е. В. Шабановой выявлены преобладающие защитные механизмы родителей детей с РАС: проекция, отрицание, интеллектуализация и реактивное образование. Причем статистически значимых взаимосвязей защитных механизмов у исследуемых матерей и степени тяжести выявленных расстройств у детей выявлено не было, а у отцов выявлено более редкое использование механизма компенсации при ухудшении психического статуса ребенка. Также при ухудшении степени тяжести заболевания ребенка у родителей отмечалось усиление использования самопринижающего защитного стиля. [52].

Ю. В. Никитина отмечает, что стрессу больше подвержены матери в связи с отсутствием поощрений контакта от ребенка с РАС [54].

В отличие от других травматических событий стресс, связанный с диагнозом ребенка, носит пролонгированный характер и требует непосредственного ежедневного участия родителя. Родитель ребенка с РАС, сам являясь участником социальных отношений, взаимодействуя с врачами, родственниками, специалистами социальных служб и образовательных учреждений, выбирает тип реагирования и может находиться в активной или пассивной жизненной позиции. Пассивная позиция характеризуется потребностью в изоляции, наличием комплекса жертвы или его элементов, отказом от решения проблем, наличием депрессивных настроений или повышенной тревожности, которая передается ребенку [45]. Активная позиция родителя характеризуется стойким желанием найти выход из сложившейся ситуации и может выражаться в некоторых крайностях: отказ от ребенка, обвинение окружения в несоответствующем поведении (врачей, педагогов), требование приспособления общества к особенностям ребенка, а

также в организации активной конструктивной социальной деятельности направленной на помощь семьям, испытывающим подобные сложности [4,13,45].

Данным позициям исследователи сопоставляют теории «выученной беспомощности» М. Селигмана [24] и «поисковой активности» (Ротенберг, Аршавский, 1984) [49].

И. Ю. Левченко и В.В. Ткачева отмечают, что родители, сами имеющие сенсорные, двигательные, а тем более интеллектуальные отклонения, часто психологически легче адаптируются к проблемам ребенка. Нарушения его развития практически не травмируют родителей. В этом случае родители идентифицируют дефект ребенка со своим собственным, что в их сознании воспринимается как норма [45].

Благодаря активной родительской позиции создаются центры помощи и родительские ассоциации, основными функциями которых являются:

- объединение семей с целью обмена опытом, информацией и поддержки нуждающихся;
- установление межрегиональных связей с подобными сообществами и научно-исследовательскими институтами с целью распространения информации и методической литературы по коррекции РАС;
- влияние на организацию детских дошкольных и школьных учреждений для детей с аутизмом, разработка проектов и программ для инклюзивного образования и работы на дому.

Пассивная же позиция родителя сказывается на изоляции семьи от внешнего мира, что влечет за собой усугубление ситуации. Е.К. Лютова и Г.Б. Моница отмечают, что нередко родители обращаются за помощью к психологам, когда отклонения в развитии ребенка становятся уже очевидными для всех [47].

Если ребенок не посещал детский сад, обнаружение аутистических расстройств приходится на этап его поступления в школу, т.е. 7 летний

возраст, когда уже может быть упущено время на своевременное развитие адаптационных навыков.

В. В. Коноплева приводит данные исследования педагогической компетентности родителей детей с РАС, проведенного на базе МБДОУ развивающего вида № 21 и МБУ СО «Центр «Радуга» города Красноярска, в котором выделяет 2 группы родителей: 1) с непониманием своей значимости в реабилитации своего ребенка, отсутствием мотивации и правильных установок к этой деятельности и 2) с недостатком информации о методах, приемах реабилитации и дефицитом знаний о возрастных и психофизических особенностях развития ребенка с РАС [37].

Обращение родителя ребенка с РАС за помощью к психологу консультанту, как правило, связано с активной позицией родителя и может происходить в момент обнаружения отклонений в развитии у ребенка, на этапе посещения ребенком образовательного учреждения или на этапе морального и эмоционального выгорания (истощения) родителя.

О.Н. Подоплелова справедливо отмечает, что первую краткосрочную помощь родителям стоит оказывать непосредственно в момент сообщения им диагноза ребенка [71].

В современной практике взаимодействия с семьями детей с РАС, в основном, рассматривается мотивация родителя относительно развития или социализации ребенка. С точки зрения взаимодействия с родителем, как с индивидом, находящимся в сложной жизненной ситуации, нам представляется важным, рассмотреть теоретические подходы к формированию мотивов человека и взгляды основных направлений феноменологии на жизненные трудности, к которым относится рождение и воспитание ребенка с РАС.

В Таблице 2 представлены теоретические подходы к теории мотивации индивида и связанные с ними возможные реакции на сложные жизненные ситуации.

**Таблица 2 - Теоретические подходы к мотивации и восприятию индивидом сложных жизненных ситуаций**

Направление теоретического подхода	Теория мотивации	Подход к сложностям, реакция индивида на неожиданные обстоятельства жизни
1	2	3
А. Адлер / индивидуальная психология / концепция ценностных ориентаций	<p>Субъективные чувства индивида более значимы, чем биологические мотивы. Выделяется потребность и способность индивида:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- творить свою судьбу;</li> <li>- стремиться к личностно значимым целям;</li> <li>- совершенствовать себя и окружающий мир.</li> </ul> <p>Люди действуют исходя из внутренних убеждений, независимо от того являются ли последние объективно реальными.</p>	<p>Жизненные трудности способствуют формированию неблагоприятного стиля жизни человека. Восприятие реальности происходит, исходя из сложившихся ранее убеждений. Определение стиля жизни индивида (управляющий, получающий, избегающий и социально-полезный тип) позволяет выбрать стратегию взаимодействия / приспособления человека к жизненным обстоятельствам.</p>
Дж. А. Келли / когнитивная теория личности	<p>Люди действуют, потому что они живы, суть жизни движение и развитие. Теории мотивации полезны для тех, кто хочет управлять поведением человека или описать его с позиции своего видения, сам Дж. А. Келли считал их «излишним конструктом» для помощи пациентам [92].</p>	<p>Люди интерпретируют события под разным углом зрения. Они выбирают «полюс» дихотомии для интерпретации: добро - зло, хорошо - плохо, ограничение-расширение, безопасность – риск.. При изменении старых или создании новых конструктов восприятия происходит расширение возможностей для выбора действий.</p>

Продолжение таблицы

1	2	3
<p>К. Левин / структурализм / динамическая теория личности</p>	<p>Намерение создает напряжение, которое разряжается после достижения цели или действия. Поведение – есть функция человека и окружающей среды. Окружающие предметы воздействуют на человека, создавая заряд. Стремление к разрядке и есть удовлетворение потребности.</p>	<p>Реакция на воздействие окружающей среды определяется наличием волевого поведения, способного противостоять воздействию поля. Консультирование подразумевает нахождение способов разрядки сложившегося напряжения.</p>
<p>А. Х. Маслоу / Гуманистическая теория личности  (пирамида потребностей Маслоу)</p>	<p>Большинство поступков человека – следствие сознательного и осознанного выбора. Потребности человека делятся на базовые и высшие потребности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- физиологические,</li> <li>- потребности безопасности и защиты;</li> <li>- потребности принадлежности и любви;</li> <li>- потребности признания и самоуважения;</li> <li>- потребности самоактуализации, или личного совершенствования.</li> </ul> <p>Выделяется 2 категории мотивов человека – дефицитарные и мотивы роста. Дефицит в потребности создает напряжение, человек стремится его снизить, а для роста напряжение необходимо, как новое переживание и расширение возможностей.</p>	<p>Жизненные ситуации влияют на изменение уровня удовлетворения потребностей. Люди ощущают угрозу, когда теряют контроль над миром или над собой. В зависимости от структуры характера, устойчивости и автономии люди по разному реагируют на одно и тоже жизненное обстоятельство. В консультировании применяются техники, позволяющие узнать, «в чем нуждается человек, чего ему недостает и что представляет для него угрозу» [56].</p>

Продолжение таблицы

1	2	3
<p>К. Р. Роджерс / феноменологическая теория личности / Гуманистическая психология</p>	<p>Поведение человека вдохновляется и регулируется тенденцией актуализации. Важнейший мотив человека – сохранить и проявить себя, реализовать способности, заложенные от природы. Понимание мотивов человека зависит от изучения его внутреннего мира и его «психологической реальности» [92]. Чувства человека зависят от его интерпретации реальности.</p>	<p>Все психологические трудности обусловлены блокировкой стремления к актуализации. Получаемый опыт может:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- игнорироваться,</li> <li>- быть точно воспринят и организован в связи с тем, что он отвечает потребностям «Я» или он совместим с Я-концепцией и укрепляет ее;</li> <li>- восприятие опыта может быть искажено таким образом, что станет возможным разрешение конфликта между Я-концепцией и переживаемым опытом.</li> </ul>
<p>А.Н. Леонтьев / отечественная школа МГУ</p>	<p>Структура мотивов появляется у ребенка после 3х лет. Мотив – это конечная цель деятельности. «Мотивационная сфера человека даже в наивысшем ее развитии никогда не напоминает застывшую пирамиду» [46].</p>	<p>Ситуация – это значение жизненных обстоятельств для себя и своих действий в этих обстоятельствах. Изменения способствуют формированию воли – основной характеристики личности.</p>
<p>С.Л. Рубинштейн / Отечественная школа СПб</p>	<p>Принцип единства сознания и деятельности. Деятельность - взаимодействие субъекта с окружающим миром; это процесс, через который реализуется отношение человека к окружающему миру [77].</p>	<p>Человек в непредвиденной ситуации может выбрать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- душевную опустошенность</li> <li>- моральный разлад</li> <li>- построение нравственности на новой основе.</li> </ul>

Продолжение таблицы

1	2	3
<p>Э. Фромм / гуманистическая психоаналитическая теория / Эго-психология</p>	<p>Потребности человека эволюционируют в ходе развития человечества. Основные экзистенциальные потребности человека: - в установлении связей (забота, любовь, общение); - в преодолении пассивности (созидании); - в корнях (стабильности); - в идентичности (кто я такой); - в опоре и объяснении мира (система взглядов) - в преданности (служение, высшая цель, смысл, Бог) [92].</p>	<p>В зависимости от социального типа характера (рецептивный, эксплуатирующий, накапливающий, рыночный и продуктивный) человек выбирает тактику реагирования на ситуацию и воспринимает жизненные обстоятельства. Учитывая, что продуктивная ориентация – представляет конечную цель в развитии человека, жизненные сложности могут способствовать изменению типа характера.</p>
<p>К.Г. Юнг / Психодинамическое психоаналитическое направление / Аналитическая психология</p>	<p>Мотивы поведения человека обусловлены как стремлением в будущее, так и прошлым опытом, в том числе коллективным бессознательным. Личное бессознательное содержит в себе «комплексы - скопления эмоционально заряженных мыслей, чувств и воспоминаний», не только из текущей жизни, но и из родового опыта, которые и обуславливают направление энергии человека на конкретную деятельность. Обретение самости (цельности), реализация своего «Я» – основная движущая сила индивида [92].</p>	<p>Сложности человеку необходимы для его развития. Прояснение ведущих «комплексов» в бессознательном индивида позволит «снять заряд» и найти ресурсы для взаимодействия со сложившейся ситуацией. Индивидуация – приближение к собственной самости и духовное развитие личности происходит за счет интеграции внутренних противоречий. Существует приоритет самости перед приспособлением [101].</p>

Продолжение таблицы

1	2	3
<p>К. Т. Ясперс / философское направление</p>	<p>Сущность человека, как части мира проявляется: - в неудовлетворенности, - в безусловном, - в стремлении к единому, - в сознании непостижимого воспоминания, будто он также ведает о Творении или будто может вспомнить то, что он созерцал до бытия мира; - в сознании бессмертия [104].  Мотив обусловлен переживанием. Человек подвержен «феномену внушения» и совершает свои действия в результате невольного подражания чему-то большему (толпа, традиции).  Выделяются 3 группы влечений человека:  1) соматические, чувственные;  2) витальные и 3) духовные.</p>	<p>Исконный смысл бытия раскрывается индивиду лишь в моменты кардинальных, жизне-соразмерных потрясений – пограничных ситуаций, их переживания и осознания. Радикальное изменение жизненной ситуации ведет к изменению характера. «Ситуация становится пограничной ситуацией, если она пробуждает субъекта к экзистенции через радикальное потрясение его существования» [19]. Если мы хотим понять человека, нам необходимо принять участие в его фундаментальном знании.</p>

Консультирование с точки зрения теорий мотивации предполагает ориентацию на удовлетворение потребностей носителя мотива, фрустрированные психологические потребности являются источником, питающим душевную боль и усугубляющим кризисное состояние родителя. Таким образом, в задачи консультанта, прежде всего, входит определение мотива или базовой потребности родителя, обратившегося к нему за помощью.

Большинство современных запросов родителей на психологическую помощь связано с поведением ребенка. Отчасти это обусловлено требованиями образовательных учреждений, отчасти специфическим отношением родителя к своему ребенку, переключением на него своих собственных психологических проблем.

В отношении детей с РАС запросы родителей в консультировании в основном связаны со странностями поведения ребенка, его эмоциональным развитием и реагированием, задержкой или особенностями речевого развития, отношениями в детском саду или школе.

Учитывая неоднозначное отношение в обществе к детям с особенностями развития, у родителей, как правило, наблюдается повышенная психологическая защита при общении с представителями внешнего мира, и могут также проявляться черты аутистического характера [38]. Во многих случаях у родителей существует предубеждение по отношению к психологическому консультированию либо в связи с предыдущим негативным опытом некачественного взаимодействия, либо с отсутствием доверия и нежеланием раскрывать свои чувства. Немногие родители готовы говорить о себе, а о своих интересах предпочитают говорить только с позиции «пользы» для ребенка, что, как отмечает Ю.В. Никитина, формирует ригидную модель взаимодействия с ребенком, ведущей к истощению ресурсов родителя [54].

И. А. Аликин и Н. В. Лукьянченко приводят примеры расхождения в понимании сути консультационной помощи у родителей и работников психологических центров, часто психологи действуют по стандартной схеме или подвержены ограниченному восприятию детей с особенностями развития и попросту не слышат суть запроса родителя [4].

И. А. Костина при работе с родителями детей с РАС подчеркивает умение психолога задавать правильные вопросы, устанавливать

консультативный контакт и проявлять искреннюю эмпатию и безусловное уважение к людям [38].

Е. В. Багарадникова приводит ожидания родителей от взаимодействия со специалистами, связанные с человеческим отношением, понятными объяснениями, комплексным подходом, помощью в выстраивании порядка необходимых действий родителя [6].

Проведенный Н. Г. Манелис опрос родителей аутичных детей о наиболее резких высказываниях специалистов показал, что фразы, содержащие запугивающие высказывания о бесполезности усилий родителя, неизлечимости заболевания или отсутствии перспектив у ребенка, упрекающие родителя или присваивающие ребенку клише инвалида воспринимаются родителями болезненно [54] и не способствуют установке доверительных отношений.

Выделяемые в литературе типы родителей детей с особенностями развития (авторитарный, невротичный, тревожный, психосоматический, депрессивный, жертвенный, амбивалентный, отстраненный, аффективно отвергающий) также могут восприниматься родителями как оскорбительное клише, а для психолога-консультанта послужить лишним поводом к стигматизации родителя. В основном отношение родителя к тому или иному типу связано с выбираемой индивидом стратегией справляться с сильными переживаниями посредством трансформации эмоций и обращением их в действия. Поэтому рассмотрение особенностей родительского поведения в процессе психологического консультирования мы предлагаем производить с точки зрения испытываемых родителем эмоциональных и психологических состояний.

Исходя из обозначенного выше, родитель ребенка с РАС может находиться на разных стадиях проживания стресса или горя, характеризующихся соответствующими эмоциональными состояниями [7, 14, 49, 52, 70]:

1. Шок, беспомощность и безысходность, сопровождается угнетением психической активности, приводит к дезорганизации деятельности человека. Невозможность отреагирования на травмирующее событие, ведет к капсулированию интенсивных переживаний внутри и может повлечь нарушения в психосоматической сфере родителя.
2. Отрицание ситуации используется как способ психологической защиты, помогает родителю перенаправить ограниченные ресурсы психики на другую деятельность, более значимую для выживания в настоящий момент. К положительным моментам отрицания диагноза ребенка относят активность родителей в поисках альтернативных способов восстановления его способностей, обращение к разнопрофильным специалистам. К отрицательным - отказ от проведения каких-либо диагностических и реабилитационных процедур [62]. При длительном воздействии стресса и сопутствующих ему сложностях у родителя может возникнуть диссоциация как способ совладания психики с травматическим событием [33], что может проявляться в отстраненности и от проблем, и от фактического состояния ребенка.
3. Гнев, злость, отчаяние, агрессия выражается в диапазоне от претензий к Богу и судьбе до поиска виноватых во вне, ведет к разрушению социальных связей родителя, самоедству, аффективным проявлениям иногда и по отношению к ребенку. Гнев и ярость также могут служить стимулом к активным действиям родителя в сфере поиска помощи.
4. Вина и самоедство за испытывание желаний, не связанных с ребенком, или негативных чувств к ребенку. Самообвинение за невнимательность к знакам и возможную беспечность в прошлом, прокручивание событий прошлого [109,110].

5. Горе, печаль, апатия, депрессивный настрой также могут проявляться в отстранении родителя, эмоциональной скудости к ребенку и другим членам семьи.
6. Стадия или состояние принятия характеризуется способностью родителя относительно спокойно говорить о проблемах ребенка, сохранять равновесие между проявлением любви к ребенку и поощрением его самостоятельности, запрещать что-то ребенку, не испытывая при этом чувства вины, в сотрудничестве со специалистами составлять краткие и долгосрочные планы. У родителя обнаруживаются личные интересы, не связанные с ребенком [52].

Для каждого родителя характерно индивидуальное проживание данных стадий и эмоциональных состояний, которое может различаться по времени и интенсивности проявляемых реакций и зависит от получаемой поддержки от членов семьи и социального окружения. Стадия или состояние принятия является наиболее благоприятной для налаживания контакта с ребенком и выстраивания перспектив личной жизни родителя.

Г. А. Мишина приводит также 3 возможных состояния родителя на этапе осознания необходимости проведения коррекционных занятий с ребенком: растерянность, оборонительная позиция, или готовность найти решение [62].

Характеристики стадии принятия, активной позиции родителя и готовности найти решение тесно связаны с понятием психологической зрелости родителя. На основе трудов А. Маслоу и К. Роджерса можно провести их соответствие характеристикам здоровой личности:

- наличие ориентации на реальность;
- принятие себя и окружающих такими, какие они есть;
- спонтанность в поведении и деятельности;
- возможность концентрированность на решении задачи, а не на себе;
- наличие потребности в одиночестве;

- автономность и независимость;
- отсутствие склонности к стереотипам в восприятии людей и явлений;
- духовность;
- способность к близким отношениям с людьми;
- наличие чувства юмора;
- высокая креативность (у родителей с хорошей поисковой активностью наблюдается креативность в нестандартных ситуациях именно из-за отсутствия четко отработанного алгоритма действий);
- низкая конформность, т.е. подверженность влиянию со стороны;
- умение принимать ответственность за свою жизнь на себя;
- обладание адаптивностью к внешним и внутренним переменам с учетом моральных и духовных ценностей человечества.

Обобщая вышесказанное, мы приходим к выводу, что на отношение родителя к процессу консультирования влияет его психологическое состояние и система убеждений. От уровня психологической зрелости родителя и испытываемых им чувств зависит длительность и содержание этапов процесса консультирования и его направленность.

#### **1.4 Специфика консультационного процесса в отношении родителей, воспитывающих детей с РАС, рекомендации психологу - консультанту**

В зависимости от состояния и чувств, испытываемых родителем и озвученного им запроса можно выделить следующие особенности формирования процесса психологического консультирования.

О. В. Хухлаева приводит этапы консультирования взрослых в состоянии кризиса на примере психосинтеза Э. Йоманса [91]:

- 1) признание вступления человека в сложную ситуацию, что позволяет сконцентрировать внимание на изменениях в самом себе как основном

источнике кризисного состояния и дает возможность избежать проецирования кризиса на свое окружение (семью, друзей, институт, а иногда и страну) и соответственно хаотических попыток изменять только окружение.

2) присвоение кризисной ситуации имени, что дает некое ощущение контроля, наполняет ситуацию смыслом и говорит о ее временности.

На каждом этапе специфического стресса реализуются различные стратегии психологических вмешательств, содержание которых определяется как специфичностью эмоциональных переживаний родителей, так и степенью напряженности психологических защит.

И. И. Мамайчук и Е.В. Шабанова определяют основной задачей на этапе острого периода эмоциональной реакции на состояние ребенка и проявления дезорганизации в жизни родителя снижение аффективного дискомфорта фрустрирующей ситуации [52]. Это может быть успешно достигнуто при ориентации родителей на решение актуальных в настоящий момент, текущих вопросов коррекции и реабилитации, а не на долговременные перспективы развития ребенка.

Работа психолога на этапе отрицания фактической ситуации родителем должна быть направлена на эмоциональное принятие ребенка таким, какой он есть, целесообразно использовать не только направленные психотерапевтические беседы с членами семьи, а также проективные методы в рамках эмоционально-образного направления, что позволяет скорректировать структуру психологических защит и укрепить адаптивные механизмы личности [там же].

В стадии горевания с проживанием горя, злости, агрессии или вины основные усилия психолога рекомендуется направить на формирование адекватного представления родителей о потенциальных возможностях своего ребенка и повышение уверенности в собственных родительских навыках, для этого в техниках гештальт-терапии рекомендуется обозначить

различные части личности, испытывающие различные чувства. Интеграция данных частей и также снижение аффективности проживаемых родителем чувств, позволяет сохранять родителю способность мыслить ясно в любой ситуации.

Э. М. Кафьян обозначает ряд основных условий при работе с родителями аутичных детей [33]:

1. Долговременный настрой родителей на сотрудничество.
2. Активное вовлечение родителей в коррекционный процесс ребенка.
3. Привлечение к сотрудничеству всех членов семьи.
4. Создание позитивного жизненного окружения семьи.
5. Формирование мотивации родителя и пересмотр сложившихся у него стереотипов мышления и поведения.
6. Документальное фиксирование динамики коррекционно-развивающего процесса ребенка.

У. Бауманн и М. Перре приводят данные о достигнутых результатах при проведении семейной терапии в случаях аутистических расстройств у детей, отмечая однако, что позитивный эффект ее не превзошел эффективность терапии индивидуальной [7].

С. Г. Рылова отмечает, что за внешним мотивом, предлогом обращения родителя к консультанту, в 2-х из 3-х случаев стоит необходимость разрешения внутреннего противоречия родителя [78]. Исходя из рассматриваемого подхода к консультированию как к постепенному переводу пассивной позиции родителя в активную, автор выделяет следующие этапы консультационного процесса:

1. Установление партнерских отношений. Восприятие ситуации как импульса к разработке системы задач.
2. Формулирование образа «потребного будущего». Определение ожиданий родителя.

3. Прояснение реально-действующих, осознание скрытых мотивов родителя.

4. Определение типа переживания и выбор применимых к данной ситуации средств и стратегии действий.

5. Расширение ориентировки в жизненных событиях, создание новых смысловых контекстов.

Независимо от выбранного метода терапии Дж. Боулби называет ряд задач консультанта в процессе взаимодействия с клиентом, среди них:

- обеспечение клиента опорой для принятия своих собственных решений;
- объединение с клиентом в исследовании его роли в значимых для него ситуациях и отношениях;
- помощь клиенту в осознании реакций, возникающих между ним и консультантом (терапевтом, врачом) [18].

Такой подход тесно связан с принимающей позицией психолога-консультанта.

Дж. Бьюдженталь приводит разные уровни взаимодействия терапевта и клиента:

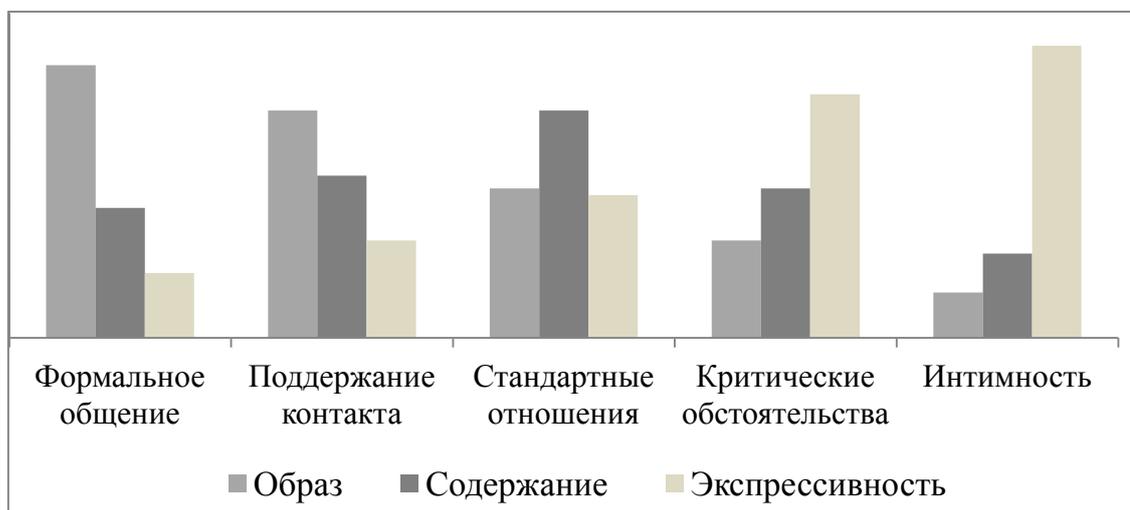
1. Уровень формального общения – с максимальным проявлением психологических защит клиента и сохранением имиджа.
2. Уровень поддержания контакта – с соблюдением необходимых ритуалов в общении и трансформацией новизны контакта в некую привычность.
3. Уровень стандартной беседы – наполненный содержательностью, когда уже можно отследить признаки более глубоких конфликтов.
4. Уровень критических обстоятельств – имеющий решающее значение, когда клиент уже готов сделать шаг к изменениям.
5. Уровень интимности [20].

Эти уровни относятся, прежде всего, к терапевтическому взаимодействию. В рамках психологического консультирования общение может быть ограничено первыми тремя уровнями, но знания об этапах раскрытия и постепенного углубления во взаимодействии имеет свою ценность и для психолога-консультанта.

Наглядно соотношение беспокойства об образе и проявления настоящих переживаний клиента на каждом уровне взаимодействия представлено на Рисунке 2.

Также Дж. Бьюдженталь отмечает, что со временем он отказался от стандартизированных и проективных тестов, так как их применение превращает клиента в объект исследования. В его же задачи входило выстраивание партнерских отношений.

Похожую точку зрения можно встретить и у Р. Кочуноса, мало кто из клиентов желает быть воспринятым как «случай» или объект исследования [39], формальный подход нарушает доверие и повышает тревожность клиента.



**Рис 2 . Соотношение составляющих консультационного процесса в зависимости от уровня психологического контакта консультанта и клиента**

В случае занятия родителем крайней пассивной позиции в процессе консультирования речь идет о дезадаптивном стиле реагирования на кризисную ситуацию, проявления «комплекса жертвы» [4]. И. Г. Малкина-Пых приводит задачи, стоящие перед консультантом в случае обнаружения у клиента, в нашем случае родителя, комплекса жертвы [49]:

- помощь клиенту в осознании своих виктимных моделей,
- помощь в осознании защитного и сценарного поведения,
- возможная трансформация системы убеждений клиента,
- проработка хронического телесного напряжения,
- формирование у клиента навыка в определении собственных психологических границ,
- поддержка клиента в позитивном отношении к себе,
- выработка умения связывать цели со средствами их достижения,
- помощь в приобретении необходимых коммуникативных умений.

Развитие адаптационных механизмов индивида, формирование навыка в определении собственных границ и проработка хронического телесного напряжения тесно связаны с применением в процессе консультирования методов телесно-ориентированной терапии, основными техниками которой являются прикосновения и движения [50]. Работа с телом требует от консультанта проработки собственных телесных ощущений и создания доверительной атмосферы в процессе консультационного взаимодействия.

Характер и тип психологической помощи родителям детей с РАС может отличаться в зависимости от момента обращения родителя за помощью: на этапе раннего развития ребенка, при социализации в дошкольном учреждении, с поступлением ребенка в систему инклюзивного школьного образования.

К воздействующим техникам в процессе консультирования родителей исследователи также относят ресурсные технологии – включение элементов

игры, метафора, приемы арт-терапии, телесные практики, расслабление. Игра используется и как нахождение интереса в процессе консультирования, и в процессе взаимодействия с ребенком.

О. Н. Богомягкова рассматривает оказание психологической помощи детям и их родителям, находящимся в стрессовой ситуации средствами психодрамы [15].

Как элемент игры, арт-терапии и техники по установлению контакта в работе с родителями детей с РАС применяются приемы с использованием метафорических ассоциативных карт (МАК). Проективные методики минимизируют психологические защиты родителя и позволяют установить единую понятийную базу в процессе консультационного взаимодействия.

Применение МАК в консультировании в научной литературе рассматривается многими авторами, в том числе Е.В. Казанцевой при работе с различными уровнями сознания клиента [32], О.В. Чурсиновой при работе с подростками с девиантным поведением [95]. А. А. Куканов показал эффективность применения МАК в психокоррекционной работе с матерями детей с РДА [42]. Основные принципы работы консультанта с МАК описаны М.А. Мартыновой [55].

Наиболее предпочтительной позицией психолога консультанта И. А. Аликин, Н. В. Лукьянченко и Ю.В. Никитина отмечают позицию сотрудничества или партнерства. Родитель обладает знаниями по особенностям проявления ребенка и как никто другой знает свои собственные возможности и ограничения. Специалист-психолог в развитии взаимодействия должен постепенно уходить в тень, снижать уровень авторитарности и контроля, который так актуален на первых этапах работы, давая возможность родителю самому выработать свои уникальные способы взаимодействия с ребенком, что позволит родителю взять чувство ответственности за развитие своего ребенка на себя. Понимание индивидуальных особенностей взаимоотношений родителей и ребенка

позволяет специалисту, с одной стороны, скорректировать дезадаптирующие ребенка неэффективные способы взаимодействия в семье, а с другой стороны, – найти сильные ресурсные зоны семьи, на которые можно опереться в своей работе [4, 54].

Л. Л. Микаэлян и Е.В. Фисун обозначают важным элементом в работе с родителями особых детей веру в их ресурсность [60]. В нестандартной ситуации терапевтический процесс должен быть больше направлен на усиление творческого подхода к решению проблем. Особые дети, по мнению приверженцев ресурсного подхода, нужны человечеству для умения «открыть в себе Бога», развить в себе чувство любви и духовности.

И.А Аликин и Н. В. Лукьянченко отмечают 4 основных элемента эффективной терапии, в нашем случае консультирования, родителя ребенка с особенностями развития [4]:

1. Разделяемый терапевтом и клиентом общий взгляд на мир.
2. Личные качества терапевта, вызывающие у клиента уважение и веру в эффективность работы.
3. Ожидания клиента, его вера в возможность изменения ситуации или решения задачи.
4. Принятие клиентом власти и ответственности за изменения в своей жизни.

В перечень требований Британской ассоциации консультирования к профессиональной подготовке консультантов входят:

- самоосознание, зрелость и стабильность;
- способность использовать и осознавать жизненный опыт;
- способность работать с эмоциональными и интеллектуальными запросами;
- способность выстраивать помогающие отношения;
- способность быть самокритичным.

Исходя из анализа теоретической литературы и практических работ современных психологов, работающих с данной темой можно выделить следующие требования к психологу - консультанту, планирующему организовать эффективное взаимодействие с родителями, воспитывающими детей с РАС:

- 1) быть на стороне клиента, т.е. родителя,
- 2) расширять свое мировоззрение, избегать категоричности в суждениях,
- 3) знать состав РАС и особенности их проявления,
- 4) знать о различиях и особенностях людей при совладании со стрессом,
- 5) уважать состояние родителя и его право выбора,
- 6) иметь представление о существующих коррекционных и терапевтических методиках и ресурсах,
- 7) любить детей, уметь настраивать с ними контакт,
- 8) честно признавать границы своих возможностей.

Обобщая вышесказанное, заметим, что процесс индивидуального психологического консультирования родителя, воспитывающего ребенка с РАС должен определяться не только сущностью запроса родителя, но и его психоэмоциональным состоянием. Суть процесса консультирования для психолога - консультанта сводится к организации доверительной и безопасной для родителя атмосферы, а также развитию ресурсов и самостоятельности родителя в решении требуемых задач.

## Выводы по Главе I

Анализ теоретической и научной литературы показал, что:

1. К расстройствам аутистического спектра относятся выявленные нарушения у ребенка в сфере коммуникации с окружающей средой и другими людьми. Набор проявлений и тяжесть расстройств варьируется в каждом индивидуальном случае.
2. Существующие гипотезы происхождения РАС условно можно разделить на выявленные нарушения органического характера и формирование психики ребенка под воздействием вредоносного влияния окружающей среды либо особенностей семейной системы ребенка.
3. Целью психологического консультирования родителя ребенка с РАС является помощь ему в совладании со сложившейся ситуацией, посредством изменения его убеждений, обучения освоению возникающих чувств, и определению новых ценностей и ресурсов для жизни.
4. Родители, воспитывающие детей с РАС по-разному воспринимают проявления особенностей своего ребенка на разных стадиях его развития, от молчаливого игнорирования, до активного участия в исследовании данной темы и создания базы для коррекции, адаптации и развития детей.
5. Направление процесса психологического консультирования родителя, воспитывающего ребенка с РАС, зависит не только от специфики особенностей ребенка, но и от потребностей родителя и проживаемых им чувств на момент возникновения консультативного запроса.
6. Психолог – консультант, осуществляющий свою деятельность в сфере консультирования родителей детей с РАС, сталкивается с необходимостью развития своего профессионализма в области взглядов на феномен родительства в целом, расширения восприятия проблемы

аутизма и РАС, и совершенствования своего личного эмоционально-чувственного потенциала.

7. Введение в консультационный процесс элементов метафоры, игры и работы с телом позволяет снять напряжение и получить доступ к дополнительным ресурсам родителя.

## **ГЛАВА II. АПРОБАЦИЯ МОДЕЛИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАС**

### **2.1. Методическая организация исследования**

На основе теоретического анализа проведенного в первой главе нами были выделены основные компоненты, характеризующие особенности и направления психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с РАС: когнитивный, эмоциональный, мировоззренческий (философский) и поведенческий аспекты.

В целом, сочетание данных компонентов, характеризует уровень психологической зрелости родителя и определяет направление индивидуального психологического консультирования, также для углубления целей настоящей работы критерии были дополнены представлением родителя о себе как о родителе и уровнем существующего контакта с ребенком (практический аспект). Описание критериев представлено в Таблице 3. Для удобства оценки уровней и наблюдения за динамикой их изменения введены количественные значения нижней и верхней границы для каждого уровня.

Практическое исследование проводилось на базе Образовательного центра «Ес» г. Москва, центр занимается развитием детей дошкольного возраста и оказанием психологической помощи их родителям в случае необходимости.

Подготовка констатирующего эксперимента осуществлялась в три этапа. Первый этап (ноябрь 2017 – апрель 2018 гг.) - подготовительный, в течение которого была проанализирована психолого-педагогическая литература, проведены встречи с представителями родительских ассоциаций по вопросам аутизма, изучен видеоматериал, представленный в

сети интернет о проявлении РАС и способах взаимодействия с родителями и детьми данного сегмента. На втором этапе (май 2018 – сентябрь 2018 гг.) – была сформулирована проблема, гипотеза исследования, были выявлены теоретические основы психологического консультирования, определены цель и задачи работы, разработан понятийный аппарат и осуществлен выбор методик для констатирующего эксперимента.

Третий этап (ноябрь 2018 – март 2019 гг.) был связан непосредственно с проведением констатирующего эксперимента, обобщением его результатов и описанием полученных данных. Оформление работы, формализация модели, проведение консультаций формирующего эксперимента и апробация теоретических предположений на практике производилось с мая по октябрь 2019 г.

Для целей настоящего исследования нами были подобраны диагностические методики следующего содержания:

1. Для выявления эмоционального и физического состояния родителя разработана **Карта наблюдения**, включающая в себя оценку состояния родителя по видимым телесным проявлениям, дыханию, речевым проявлениям и коммуникативным особенностям (представлена в Приложении А.1).
2. Для выявления знаний и представлений о РАС, восприятия родителем ситуации (мировоззренческого компонента), используемых способов совладания с ситуацией (поведенческого компонента) и контакта с ребенком было использовано **Диагностическое развивающее интервью** (Приложение А.2), в котором были учтены разработки Э.М. Кафьян по первичному опросу родителей, воспитывающих детей с аутизмом [34]. Вопросы, входящие в интервью, направлены на прояснение следующих моментов:
  - специфики выявленных у ребенка проблем или нарушений;

- отношения родителя и других членов семьи к наличию у ребенка особенностей развития и определенному диагнозу, в случае его определения;
- степени информированности родителей о характере нарушений и способах их лечения или коррекции;
- ожиданий родителя от лечебно-коррекционных мероприятий и будущего развития ребенка;
- убеждений родителя, связанных с проявлением его родительской функции;
- состава действий родителя, предпринятых им в связи с фактической ситуацией;
- эмоциональной составляющей проживания родителем текущих событий.

3. Также в рамках Диагностического интервью разработан вариант методики **Незаконченные предложения** (Приложение А.3), позволяющий оценить спонтанные ответы родителя, связанные с его представлением о себе как о родителе, отношением к ребенку, основными переживаниями родителя и наличием у родителя интересов кроме ребенка. Предлагаемая методика содержит 26 предложений, позволяющих составить общее представление о текущем восприятии ситуации родителем, сделать это относительно быстро, сохраняя интерес родителя к консультированию.
4. Для выявления скрытых переживаний родителя в отношении с ребенком, наличие тревожности или отчуждения, степени адекватности восприятия образа себя и ребенка использовался проективный рисуночный тест «Я и мой ребенок», являющийся модификацией рисуночных тестов «Рисунок семьи» и «Автопортрет» [17].

**Таблица 3 - Критериальные характеристики уровней психологического состояния родителя ребенка с РАС**

Компонент психологической зрелости	Уровни и критериальные характеристики			Методики оценки критерия
	Низкий (1) / Слабый (2)	Средний (3) / Выше среднего (4)	Достаточный (5) / Высокий (6)*	
1	2	3	4	5
<p>Когнитивный компонент А.</p> <p>Информационная осведомленность об аутизме, его проявлениях и методах адаптации ребенка.</p>	<p>Не владеют знаниями об аутизме и его проявлениях. Не обращают внимание на возрастные нормы развития ребенка. Воспринимают диагноз как приговор, либо отрицают его. Не осведомлены о возможностях получения помощи, о формах и методах коррекционной работы.</p>	<p>Обладают отрывочными или ошибочными знаниями об аутизме и его проявлениях. Интуитивно обеспокоены состоянием ребенка и его соответствием нормам возрастного развития. Частично имеют представления о существовании форм абилитации и адаптации ребенка и возможности психологической помощи в специализированных центрах.</p>	<p>Хорошо осведомлены о признаках проявлений расстройств аутистического спектра у ребенка. Понимают различия в диагнозах. Знакомы с различными аспектами проявлений РАС. Владеют информацией о местах, способах и специалистах по оказанию услуг абилитации ребенка. Осведомлены о случаях успешной адаптации детей с РАС в мировой практике.</p>	<p>Диагностическое интервью</p>

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
<p>Когнитивный компонент Б. Информационная осведомленность, убеждения о себе как о родителе.</p>	<p>Самообвинение либо полный уход от ответственности за свое поведение. Восприятие тотальности влияния состояния ребенка на оценку себя и своих перспектив в жизни.</p>	<p>Преимущественно адекватное восприятие своей родительской функции, подверженное влиянию социума или мнению близлежащего окружения.</p>	<p>Принятие своих эмоциональных состояний как временного текущего состояния не связанного с целостным восприятием себя как родителя. Видение перспектив в дальнейшей жизни. Разделение себя и ребенка.</p>	<p>Карта наблюдений, диагностическое интервью</p>
<p>Мировоззренческий (философский) компонент. Восприятие ситуации, отношение к особенностям (неполноценности) ребенка.</p>	<p>Воспринимают ситуацию как позор, «крест», наказание или чью-то вину, злятся на судьбу, отвергают ребенка, как не оправдавшего надежды.</p>	<p>Принимают ситуацию как долг, обязанность, любят ребенка, изучают и анализируют возможные причины и смыслы ситуации. Находят жизненный смысл в происходящем. Надеются на помощь крупных сообществ.</p>	<p>Чувствуют с ребенком особую связь. Учатся понимать «язык» и мышление ребенка как инопланетного существа, с альтернативной системой восприятия действительности. Нацелены на развитие контакта. Верят в благополучный исход.</p>	<p>Диагностическое интервью</p>

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
<p>Поведенческий компонент.</p> <p>Способы совладания с ситуацией, открытость в отношениях с людьми.</p>	<p>«Сбрасывают» с себя ответственность за развитие ребенка в ведение специалистов государственных спец. учреждений, дистанцируются от ребенка или от его воспитания, изолируют его от общества.</p> <p>Эмоционально «замораживаются», не воспринимают помощь со стороны.</p>	<p>Делают необходимые шаги по адаптации ребенка, иногда забывая о собственном благополучии. Изучают законодательство, свои права и права ребенка, требуют государственной поддержки его развития и содержания. С людьми общаются выборочно и осторожно. Активно защищают свои установки, мнения и убеждения относительно причин возникновения РАС у ребенка.</p>	<p>Активно организуют взаимодействие с помогающими институтами, пишут книги, статьи, создают центры помощи, объединяют вокруг себя сообщества людей с похожими обстоятельствами, создают благотворительные фонды, иницируют выступления перед заинтересованными лицами, информируют сообщество о сути аутизма и способах взаимодействия с такими людьми.</p>	<p>Карта наблюдений, диагностическое интервью</p>

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
<p>Эмоциональный компонент. Способность воспринимать информацию, справляться со стрессом, осознание сути происходящего.</p>	<p>Не воспринимают мнение специалистов, «закрывают глаза» на проявления явных отклонений в развитии.. Дезориентированы, испуганы, находятся в шоковом или стрессовом состоянии. Занимают защитную, обвинительную или жертвенную позицию.</p>	<p>Сохраняют ориентацию в повседневных действиях, при этом испытывают страх за будущее ребенка, за свою жизнь, смешанные чувства вины и отчаяния, используют любые способы избежать тревожности. Могут чувствовать злость, раздражение и беспомощность.</p>	<p>Осознанное отношение к ситуации. Стремление оказать помощь ребенку. Спокойствие в оценке своих возможностей и необходимых мер по абилитации и адаптации ребенка к окружающей среде. Обладают достаточным эмоциональным ресурсом для помощи другим родителям. Любят ребенка несмотря ни на что.</p>	<p>Карта наблюдений, диагностическое интервью, рисунок «Я и мой ребенок»</p>
<p>Практический компонент – контакт родителя с ребенком.</p>	<p>Родитель не понимает, чего хочет ребенок, боится его эмоциональных проявлений.</p>	<p>Родитель старается, проявляет активность во взаимодействии. Использует формы, не понятные ребенку, раздражается.</p>	<p>Родитель понимает нужды ребенка, понимает его символический язык при отсутствии речи, или частичную речь.</p>	<p>Диагностическое интервью, рисунок «Я и мой ребенок».</p>

Рисунок оценивался по соотношению фигур, наличию или отсутствию важных деталей в изображении, направлению схемы тела и ощущений родителя в процессе рисования.

Совмещение данных диагностических методик не только позволяет определить уровень психологической и эмоциональной зрелости родителя, но также нацелено на проявление возможных внутренних конфликтов между убеждениями родителя, осознаваемыми на ментальном уровне, и эмоциональным чувствованием и готовностью действовать, связанными с влиянием бессознательных мотивов родителя.

План психологического консультирования по итогам диагностики включал в себя:

1. Выявление основного ресурса для работы с актуальным психологическим и эмоциональным состоянием родителя посредством применения **проективной методики с использованием метафорических ассоциативных карт**, колода «ОН». В методике использованы рекомендации по применению данной колоды В. Киршке [35], М.А. Мартыновой [55] и Л.Б. Тальписа - официального представителя «ОН карт» в России [36, 59]. Колода «ОН» состоит из 2х частей: крупные карты – рамки со словами и мелкие, по размеру укладываемые в рамки, с картинками. При совмещении карт у клиента возникает ассоциативная реакция, описывая которую он может рассказать о себе больше, чем в результате прямых вопросов. Данная методика применяется в зависимости от запроса родителя на консультирование совместно с применением телесного чувствования. Во время контакта с консультантом клиент определяет, где находится основное напряжение в теле, кладет туда руку, чтобы обратить внимание на это место, и, желая знать, в чем суть проблемы, достает пару карт. Карты достаются «в закрытую», за счет эффекта неожиданности у клиента возникает эмоциональная реакция, которую совместно с описанием клиентом метафорического смысла попавшейся

пары и оценивает консультант-психолог. Данная техника является воздействующей за счет признания важности чувств клиента и помощи психолога в их освоении.

Дети очень чувствительны к состоянию взрослого. Еще К.Г. Юнг отмечал, что они «лучше, чем хотелось бы, чувствуют правду и ложь» [101, с. 135]. Заботясь о своем собственном эмоциональном состоянии, родитель автоматически создает комфортную и безопасную среду для развития ребенка. Применение вышеописанной техники позволяют перевести внимание родителя с особенностей поведения ребенка на свои собственные ресурсы.

2. Выявление актуальных навыков и состояния ребенка с РАС и определение возможностей построения с ним дальнейшей коммуникации. Для сбора информации нами была использована **шкала адаптивного поведения Вайнленд** (Vineland Adaptive Behavior Scale – VABS) [79]. По данной шкале оценивается ежедневная деятельность ребенка, в отношении взаимодействия с другими и способности самостоятельно заботиться о себе. Представленная в Приложении А.4 форма опросника, является модифицированной формой данной шкалы и содержит 80 вопросов по областям: «Коммуникация», «Социализация», «Повседневные жизненные навыки», «Моторные навыки» и выделенного нами отдельного блока «Реакции, связанные с РАС». Данная модификация произведена в связи с неточностями перевода в русском варианте и соответственно путаницей в подсчете баллов. В нашем варианте подсчет параметров в последнем блоке происходит от противного, т.е. чем больше экспрессивных проявлений РАС, тем меньше баллов. Форма заполняется родителем, педагогом или консультантом со слов родителя или в результате самостоятельного наблюдения за ребенком. Ответы в зависимости от частоты проявления каждого параметра оцениваются по баллам «Да» - 3 б., «Нет» - 0 б., «Иногда» - 1 б., «Часто» - 2 б., в пятом блоке наоборот: «Да» - 0 б., «Нет» - 3

б., «Иногда» - 2 б., «Часто» - 1 б., общая сумма зафиксированных баллов делится на максимально возможное по каждой области – 60 (3б.\*20 вопросов). Данная методика проста в использовании и позволяет систематизировать данные о проявлении адаптивных навыков у детей для последующей работы.

3. Выявление актуальных базовых потребностей родителя на момент обращения за помощью. В процессе консультирования нами использована методика Парных сравнений «Иерархия потребностей» в модификации И. А. Акиндиновой [65]. Описание методики, порядок заполнения бланка и обработки значений приведены в Приложении А.5. Применение данной методики позволяет сфокусировать отношение к родителю как к целостной личности, в отличие от тестов, интерпретирующих качества родителя как позитивные и негативные, правильные и неправильные, результаты данной методики не имеют сути оценивания или эталонного образца, и могут быть использованы самим родителем в построении своей дальнейшей деятельности и формировании приоритетов.

4. Определение ресурсов, возможностей и преград по удовлетворению актуальных базовых потребностей родителя также проводилась с применением проективных методик и методики метафора с использованием МАК, колоды «ОН» и «Спектрокарты».

5. Оценка изменений в результате консультационного процесса посредством применения наблюдения и использования консультационной беседы.

## **2.2. Описание практической части исследования**

Нами были исследованы 5 случаев обращения родителей детей с особенностями развития за помощью к психологу. В 4х случаях родители указывали на существующий у ребенка диагноз РАС, в 5м случае запрос мамы был связан с возможным проявлением у дочери атипичного аутизма.

Общие сведения об участниках проведенного эксперимента представлены в Таблице 4. Возрастной состав родителей, участников психологического консультирования, составил от 25 до 46 лет на момент проведения диагностических процедур. Возраст детей от 3-х до 7 лет. Описание работы производится с согласия участников эксперимента.

**Таблица 4 - Общие сведения об участниках экспериментальной работы**

№	Родитель, год рождения, состав семьи	Имя ребенка, возраст на момент обращения в образовательный центр.	посещение дет. сада или спец.центра	Наличие других детей в семье
1	Мама, 1988 г/р, воспитывает сына одна, живут с бабушкой	Коля, 4,5 г.	Нет	нет
2	Папа, 1981 г/р, полная семья	Артур, 6 лет,	Да	есть младшая дочь / сестра, 2 года
3	Мама, 1986 г/р, полная семья	Катя, 5 лет,	Да	первый ребенок, мальчик, умер
4	Мама, 1972 г/р, полная семья	Денис, 7 лет	Да	нет
5	Мама, 1993 г/р, полная семья	Валя, 3,5 г.	Нет	нет

Описание практических примеров проведенного консультирования произведено по следующей схеме:

1. Формулировка запроса родителя.
2. Наблюдение за ребенком.
3. Первичная диагностика родителя, установление контакта.
4. Работа с актуальным состоянием родителя.
5. Оценка коммуникативных и адаптивных навыков ребенка: обсуждение решения основного запроса.
6. Работа с определением доминирующей потребности родителя.
7. Работа с ресурсами и выработка решения.

## 8. Наблюдаемые изменения в результате консультирования.

### **Диада 1. Мама О. и Коля, 4,5 г.**

1. Формулировка запроса. Помощь в адаптации ребенка, воспитывает сына одна, ребенок плохо говорит, иногда путает буквы местами, с чужими людьми предпочитает не общаться, прячется, отводит взгляд, испытывает сложности с приучением к туалету.

2. Наблюдение за ребенком: замкнут, взгляд отводит, на предложение поиграть в кубики и машинку охотно согласился, почти не улыбается, во время игры активно издает звуки, произносит короткие слова.

3. Первичная диагностика родителя, установление контакта. При первичном наблюдении за позой О. было выявлено визуальное напряжение в шейном и плечевом отделе, голова чуть выдвинута вперед, чуть сгорблены плечи, дыхание ровное. В результате диагностического интервью у мамы выявлено сочетание среднего уровня по большинству критериев психологической зрелости за исключением низкого – в эмоциональном компоненте и в практическом - контакте с ребенком. (Приложение Б).

В процессе консультационной беседы и диагностического интервью О. была немного встревожена и напряжена, периодически поднимала руки к груди в закрытую позу. Задание «Незаконченные предложения» выполнила весьма охотно, но с некоторой долей отстраненности. В ответах прослеживается беспокойство за ребенка, присутствие грусти, переживания из-за развода с мужем, а также нежелание затрагивать некоторые темы, например, тему жизни или злости. Ребенком в основном занимается бабушка, О. работает и посвящает время своим интересам. При обсуждении основной темы запроса подтвердила, что стыдится того, что в этом возрасте ребенок не всегда просится «на горшок» и иногда получается его подловить, а иногда нет. Так как с ребенком может сидеть бабушка, в детский сад он не ходит. В отношении РАС сообщила, что понимает, что пора бы сыну уже говорить, и что-то не так, но раз звуки в речи присутствуют и на близких

ребенок реагирует, то может быть можно «что-нибудь перенастроить», что и послужило поводом обращения к специалистам центра.

В проективном рисуночном тесте «Я и мой ребенок» О. использовала разноцветные карандаши. Свою фигуру О. нарисовала достаточно крупной, синим карандашом, без мелких деталей, глаза себе нарисовала в самую последнюю очередь, после завершения всех остальных фигур, уголки глаз опущены вниз, рот и нос не обозначены. Фигура ребенка пропорционально меньше, расположена рядом, нарисована черным карандашом, фигуры не держатся за руки, но рука ребенка касается юбки матери. На лице ребенка обозначены глаза, нос и рот, взгляд направлен в сторону разноцветных игрушек разной формы. За спиной мамы и сына на рисунке схематично изображен дом. Контурные линии проведены ярко и четко. В процессе рисования О. несколько раз глубоко выдохнула и прокомментировала, что она получилась достаточно грустной: «Возможно, так и есть». Обсуждение рисунка выявило наличие у мамы собственных печальных чувств и сдерживаемые слезы, что совпадает с анализом ответов в Незаконченных предложениях. Мама причину грусти связывает с общим состоянием, не выделяя конкретное событие. На предложение поработать с ресурсным состоянием и телесными ощущениями согласилась охотно.

На этапе диагностики тип родителя можно определить как отстраненный, соматический, находящийся в своих переживаниях и не проявляющий резких эмоциональных реакций. Когда родитель диссоциирован, ребенку сложно на него опереться. Наша задача – привести родителя по возможности в ресурсное состояние, так как решение основного запроса требует его сил и внимания к ребенку.

4. Работа с актуальным состоянием родителя. Перед началом работы с колодой МАК «ОН» консультант спрашивает, где в теле родителя «живет печаль». Родитель кладет руку на то место, где чувствует основное

сжатие, дискомфорт или боль. В контакте с данным чувством клиент вытаскивает 2 карты из колоды «ОН» (пара карт – №1 в Приложении В.1).

При открытии карт у О. повысилось волнение, описала ощущения следующим образом: *«Лестница, куда она ведет, вверх или вниз, сердце колотится, если вниз – становится страшно, если вверх – мне кажется, там дверь закрыта».*

К.: И когда дверь закрыта, что Вы чувствуете?

О.: Страх, прям какой-то панический.

К.: А о чем этот страх?

О.: О том, что ничего не получится.

К.: Что именно может не получиться?

О.: Что у меня уже не будет жизни как прежде. Когда я думала, что все еще впереди, когда было беззаботно.

К.: Скажите: я признаю ту часть себя, которая боится, и даю ей место.

О.: *повторяет, выдыхает.*

К.: И я признаю ту часть себя, которая жалеет о прошлом, и тоже даю ей место. И я накопила достаточно грусти и печали и теперь могу этим поделиться...

О.: *(повторяет, выдыхает)* ... и могу этим поделиться, *(кивает, улыбается)*.

В результате применения техники мы получили доступ к основным чувствам родителя, обратили внимание на напряжение в теле (в области груди и сердца). Через дыхание и признание ослабили часть тяжести и смогли обсудить пути совладания со страхом, принятие ситуации и настрой на постепенное движение, без обобщений («*ничего* не получится») и предъявления к себе слишком больших требований. Вместе с этим был сделан акцент на необходимость направления внимания на своевременную социализацию ребенка, пока возраст этому благоприятствует.

В обсуждении техник приучения к туалету мы воспользовались актуальным состоянием ребенка оцененным по шкале Вайнленд.

#### 5. Оценка коммуникативных и адаптивных навыков ребенка.

Показатель Коли по коммуникативным навыкам по шкале Вайнленд на момент консультирования мамы составлял 52% от максимально возможного (31 б.), что свидетельствует о возможности настройки коммуникации с ребенком (Приложение В.2). Для нахождения верных способов коммуникации в отношении запроса родителя необходимо уделить больше времени наблюдению за ребенком и снизить тревожность момента приучения к туалету. Возможно сделать это в форме игры с демонстрацией на игрушках. Мы обратили внимание мамы на то, что ребенок проявляет внимание к близким взрослым и реагирует на их обращения, а также на то, что в данном возрасте и у типично развивающихся детей возможны сложности с туалетными навыками. Соответственно при достаточном ресурсе взрослого, можно надеяться на положительное решение задачи.

#### 6. Работа с определением доминирующей потребности родителя.

Результаты теста «Иерархия потребностей» для О. выявили актуальные потребности (свыше 26 б., Приложение В.3) в безопасности - 32 б. и межличностных связях - 26 б., также близка к границе доминирования потребность в уважении со стороны или признании (24 б.). Обсуждение результатов теста с О. выявило тему уважения себя как женщины, пошатнувшееся после развода с супругом, и связанный с этим страх отсутствия мужско-женских отношений. Возвращаясь к результатам работы с актуальным состоянием, еще один элемент страха был конкретизирован, и у О. появилась возможность решить, что делать с ним дальше. Потребность в межличностных связях послужила установлению хорошего контакта с психологом консультантом, при условии внимательного и принимающего отношения последнего. В отношении потребности в уважении О. высказала

намерение продолжить консультации, чтобы получить необходимую поддержку психолога.

7. Работа с ресурсами и выработка решения. В качестве возможного ресурса или решения О. была проинтерпретирована карта из колоды Спектрокарты (Приложение В.4, №1):

О.: Ничего не понятно, это как знаки или игра какая-то. Относиться ко всему как к игре? Или знаки разгадывать? Не знаю пока, подумать нужно.

К.: Если рассматривать данную карту как ресурс к Вашему первоначальному запросу, каким бы он мог быть.

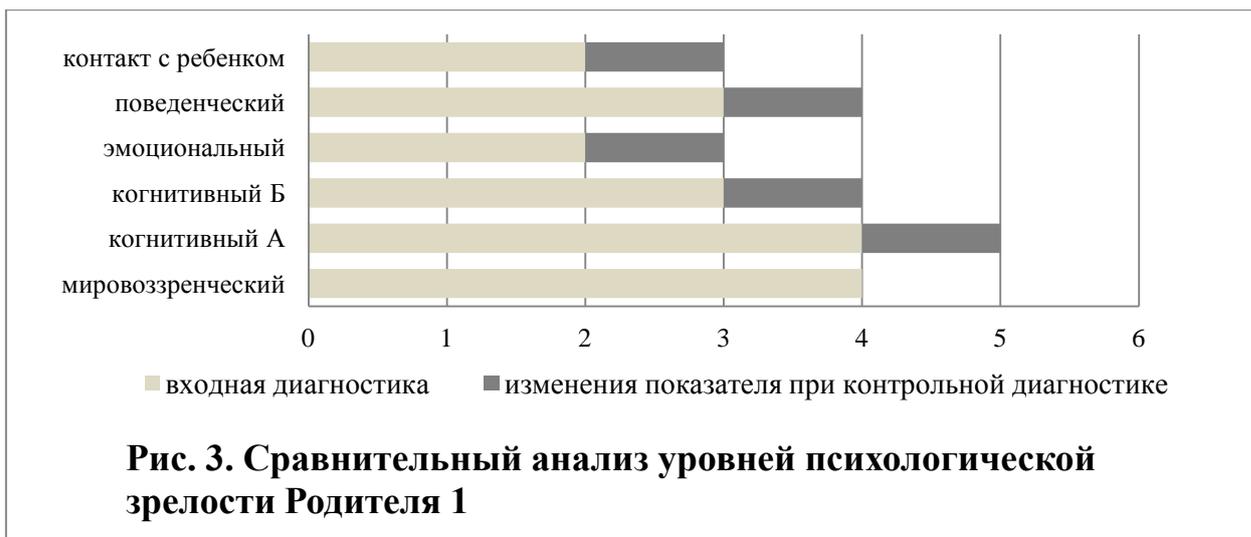
О.: Играть с ним? Больше обращать внимания на знаки? Или придумать с ним полезные игры.

Для формирования решения родителю требуется некоторое время на освоение осознаний, полученных вовремя консультационного процесса.

Вовлечение родителя в игру ребенка обеспечивает настройку необходимой коммуникации, понимание интересов ребенка и их использование для решения важных для социализации задач.

8. Наблюдаемые изменения в результате консультирования. После консультирования изменилась схема тела родителя, расслабился плечевой отдел, чуть выпрямилась осанка, на лице появилась улыбка, проявился интерес к дальнейшему процессу консультирования. Изменение уровней психологической зрелости О. по завершению описанного этапа проведенного психологического консультирования представлено в Приложении Г. и на Рис. 3. Неизменным остался только мировоззренческий компонент, по другим составляющим было выявлено небольшое повышение показателей.

В отношении социализации ребенка в семье было принято решение водить Колю в специализированное дошкольное учреждение «европейского типа» с неполным днём пребывания.



## Диада 2. Папа П. и Артур, 6 лет.

1. Формулировка запроса. У ребенка то вспышки непослушания, то отстраненность, увлечен своими играми, может долго лежать, уставившись в стену, грызет предметы, практически не говорит, но многое что понимает. Тревожит его отношение к младшей сестре (2 года) может «заехать» по ней мячом, вроде не специально.

2. Наблюдение за ребенком: поведение зависит от настроения, других детей иногда замечает, на контакт идет не всегда, контакт глазами – скользящий, речь невнятная.

3. Первичная диагностика родителя, установление контакта. П. выглядит спокойным, говорит размеренно, спокойно. В результате диагностического интервью у папы выявлено сочетание среднего уровня по большинству критериев психологической зрелости за исключением низкого уровня – в мировоззренческом компоненте и в когнитивном Б (убеждении о себе как о родителе), общие результаты представлены в Приложении Б. Среди ожиданий от процесса консультирования П. обозначил помощь в урегулировании эмоционального климата в семье, связанного с поведением ребенка.

Во время заполнения бланка Незаконченных предложений П. отнесся к этому скептически, интереса проявил мало. В ответах прослеживается

перегруз эмоциональными сложностями, раздражение и нехватка времени на себя и свои интересы.

Рисуночный тест «Я и мой ребенок» П. выполнил более охотно, но нарисовал все простым карандашом без использования других цветов. Фигура сына на рисунке размещена за забором, младшая дочь изображена без ног, крупнее фигуры отца, сам П. изобразил себя внизу листа, уплывающим куда-то в лодке. На вопрос консультанта: «Почему дочь такая большая?» ответил: *«Не знаю, так получилось»*. Своя фигура изображена пропорционально меньше, чем все остальные. Линии схематичные, не яркие.

Интерпретация рисунка указывает на потребность родителя выбраться из данной ситуации, на барьер между отцом и сыном (забор), на расстановку приоритетов в пользу детей, конкретно младшей дочери (размеры фигур) и на неясность собственной позиции родителя (нечеткость своей фигуры).

Учитывая упоминание сложностей на работе и отсутствие отдыха в ответах Незаконченных предложений, консультант задал вопрос об отпуске, на что П. ответил, что пока не представляется такой возможности.

4. Работа с актуальным состоянием родителя. На предложение консультанта поработать с картами отозвался охотно, основное напряжение в теле определил сзади, чуть ниже шеи на уровне плеч. Открыв карты (№2 в Приложении В.1), немного усмехнулся: *«Нда - очень похоже на правду, взвалил на себя и плетусь..., не весело, однако, у осла похоже больше сил нет»*.

К.: Скажите: я признаю свою усталость, и даю ей место.

П.: *повторяет, тяжело и глубоко вздыхает, выдыхает. Немного расслабляется, потягивается, зевает.*

К.: Какие ассоциации вызывает у Вас данное слово?

П.: Недоумение, не совсем ясно, что делать дальше, многое, что уже попробовали, временный тупик.

К.: Какие ощущения сейчас в шейном отделе?

П.: Чуть легче, но не совсем отпустило.

Обсудили сложности во взаимоотношениях с ребенком, возможные причины его состояния, чувства, возникающие при непослушании сына или беспокойстве за дочь. Во время обсуждения П. разминал шею, потягиваясь и наклоняя голову в разные стороны. По окончании встречи консультант попросил заполнить дома форму по Шкале «Вайнленд» и принести ее на следующую встречу.

#### 5. Оценка коммуникативных и адаптивных навыков ребенка.

Самостоятельное заполнение папой опросника «Вайнленд» с одной стороны, позволило перевести эмоциональные реакции на поведение сына в прагматически-оценочное русло, с другой, позволило выявить все непонятные/неточные формулировки в вопроснике с целью его дальнейшего совершенствования и обращения внимание на детальный анализ навыков ребенка. По коммуникационной шкале Артур набрал 29 б.(48,3%), что для его возраста говорит о недостаточной коммуникации и задержке речевого развития, но по шкале повседневных житейских навыков показатель составил 62% (37 б.), что свидетельствует либо о завышении оценки родителем либо о достаточной самостоятельности ребенка для его возраста. Нами был отмечен данный показатель, как подтверждение результата предыдущего труда родителей.

#### 6. Работа с определением доминирующей потребности родителя.

При выполнении теста «Иерархия потребностей» у П. выросло раздражение, появились ошибки в заполнении – пропустил 5 в сравнении 2 и 5. Комментарии к сравнению п.п. 2 и 10, 2 и 13 «Я не то, не то не хочу». Консультант предложил выбрать то, чего не хочется меньше. Данные пункты относятся к одному блоку потребностей, в межличностных связях,

данное нежелание можно интерпретировать как перегруз П. в общении с людьми и накопившееся раздражение.

По результатам тестирования у П. выявлены доминирующие потребности в признании - уважении со стороны (29 б.) и близко к границе неудовлетворенности, потребности в безопасности и самореализации (по 25 б.) При обсуждении неудовлетворенных потребностей согласно результатам теста было обращено внимание на необходимость признания своих собственных прав, ценностей и желаний, П. был больше задумчив, закрывал рот рукой, что можно интерпретировать как наличие чего-то недосказанного, или усталость от направления консультирования в сторону внимания к личности родителя. С учетом низкого показателя актуальности потребности в межличностных связях, изображенной на рисунке «Я и мой ребенок» фигуры П., уплывающей в лодке, а также ответов родителя в НП: *«Мне кажется, я вообще не отдыхаю»*, *«У меня не хватает терпения»*, *«Самое приятное для меня – побыть наедине с собой»* была предложена возможность организации какого-либо отпуска для накопления ресурсов и обдумывания способов самореализации. Не смотря на очевидность потребности по всем диагностическим средствам, П. признавал ее наличие неохотно. Предложение посмотреть на возможный ресурс с помощью карт воспринял с энтузиазмом.

7. Работа с ресурсами и выработка решения. Вскрыв выбранную в закрытую карту из колоды Спектрокарты (№ 2.1 в Приложении В.4), опять усмехнулся: «И тут про это. Но как я пойду в лес то, как я их брошу»,

К.: П., а где Вы на этой карте, снаружи или внутри?

П.: *(более внимательно рассмотрев карту, перевернув ее)* Я снаружи, я вижу, что свобода где-то есть, но я только о ней знаю, вот эти 2 столба, как ограничения, и выбраться я не могу.

П. выразил желание еще взять карты со словами (колода «ОН»). Консультант предложил взять карту из состояния решения, ситуация

действительно сложная и если родитель не принимает необходимость отдыхать, возможно есть некое другое решение. Определяя место в теле, где «может жить» решение П. указал на место под горлом. Выбранная в закрытую пара карт из колоды «ОН» представлена в Приложении В.4., №2.2.

К.: Как это может быть связано с решением?

П.: Я не знаю, что делать с чувством вины, как я брошу семью, какой может быть отдых?

К.: А почему возникает это чувство?

П.: Мне кажется, я вообще во всем виноват, и в том, что сын такой, и что справиться не могу.

К.: А есть ли на картинке то, на что Вам приятно смотреть?

П.: Приятно, что ножницы разрезают, как будто можно отделаться от постоянного преследования.

К.: И если рассматривать это как решение, в чем оно может быть для Вас?

П.: *(не очень уверенно)* Позволить себе нарушить правила? Ну да, может, я могу поехать в лес вместе с сыном, и посмотреть, что будет... *(выдыхает)*.

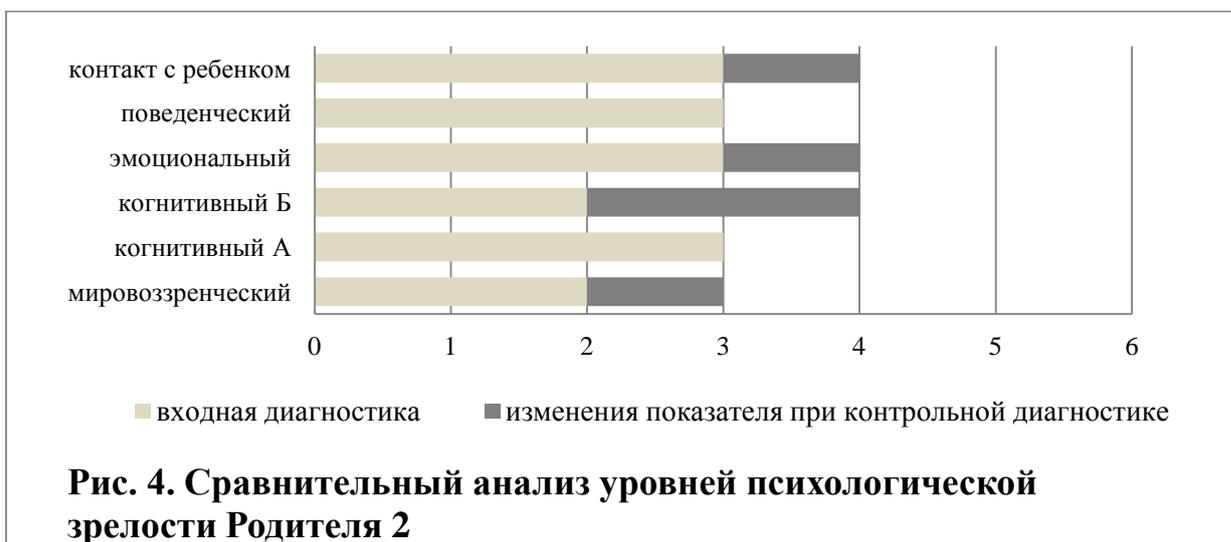
К.: Что сейчас в ощущениях под горлом, где жило решение?

П.: Полегче стало, «спало куда-то решение», *(улыбается)*.

На первоначальном этапе можно было отнести П. к недоверчивому типу родителя, накопленное раздражение выразилось в неготовности принимать решения, говорить о своих личных потребностях, применение МАК позволило снять долю серьезности с происходящего процесса, увидеть возможное решение со стороны. Проявленный интерес к картинкам обеспечил энергию, необходимую для поиска приемлемого решения.

8. Наблюдаемые изменения в результате консультирования. В результате проведенного консультирования у П. появился интерес в глазах,

улучшилось восприятия себя как родителя с низкого до среднего уровня, улучшился контакт с ребенком в результате совместных поездок на природу, подальше от городского шума. Изменения в оценке уровней психологической зрелости представлены на Рис. 4 и в Приложении Г.



### Диада 3. Мама С. и Катя, 5 лет.

1. Формулировка запроса. Девочка «находится в своем мире», любит играть, не говорит, мало ест, может просыпаться, «кукситься» по ночам. Контакт есть, я чувствую, что она меня любит, просто может можно что-нибудь сделать. Доктора назначают успокоительные, а она ведь и так не буйная.

2. Наблюдение за ребенком. В основном полевое поведение, не говорит совсем, много двигается, активно использует все интересные предметы вокруг, ребенок ускользающего, первого, согласно описанию О. С. Никольской, приведенному в Главе I, типа. Несмотря на отсутствие речи, посещает специализированный детский сад, по словам матери, ей там нравится.

3. Первичная диагностика родителя, установление контакта. С. достаточно приятная открытая женщина, улыбается. Незаконченные предложения заполнила охотно, спокойно. Ответы свидетельствуют о

полном принятии ситуации с ребенком. Рисунок «Я и мой ребенок» выполнен с любовью и особым старанием, яркими цветами, на рисунке изображено большое сердце и в нем схематично 2 фигуры. Причины молчания дочери связывает с врожденными особенностями. В результате проведения диагностики у С. выявлен достаточно высокий уровень психологической зрелости (Приложение Б), большая степень принятия своего ребенка и эмоционального контакта с дочерью. При обсуждении ожиданий от процесса консультирования С. обозначила пожелание поддержки своего эмоционального состояния, разнообразия обстановки и альтернативного взгляда на вещи. Взаимодействие с дочерью требует постоянного внимания и затрат на оплату специализированных учреждений, поэтому нахождение дополнительных ресурсов для нее является актуальным.

4. Работа с актуальным состоянием родителя: Предложение поработать с телесными ощущениями и узнать, в чем может быть проблема, через проективную методику восприняла охотно. Место, «где может жить суть проблемы» или чувствуется ощущение дискомфорта в теле, определила у солнечного сплетения. Находясь в контакте с обозначенным ощущением, из колоды «ОН» достала пару карт № 3, приведенную в Приложении В.1.

С.: Почему то мне пришло воспоминание, когда меня в детстве отвозили к деду с бабушкой, и я не могла долго по ночам уснуть, и хотя там было достаточно уютно, чувствовала я себя одиноко. Как это касается того, что сейчас?

К.: Что сейчас Вы чувствуете?

С.: Грусть, мне хочется обнять ту маленькую себя.

К.: Представьте это мысленно.

К. *дает С. игрушку. С. Обнимает ее, прижимает к груди.*

К.: Как будто к Вам возвращается часть себя. И когда Вы себя маленькую обнимаете, что происходит?

С.: Теплее становится, как то приятно в груди, немного горячо под солнечным сплетением. Мне как будто не с кем там было поговорить.

К.: А насколько сейчас в Вашей жизни достаточно людей, с которыми Вы можете поделиться?

С.: В общем, есть пара подруг, муж, конечно, но хотелось бы больше общения, о самом сокровенном всем не расскажешь.

К.: И что сейчас в теле, когда Вы обнимаете ту маленькую себя?

С.: Жар разливается в грудной клетке.

К.: И как Вам теперь смотреть на Катю, Вашу дочь, допустим, в ситуации, когда она просыпается по ночам?

С.: На самом деле я о ней очень переживаю, я могу о ней позаботиться, просто очень много приходилось держать в себе, справляться самостоятельно. А сейчас я как - будто стала чуть больше, или чуть старше.

Расширяя свою способность проживать различные чувства, развивая телесный контейнер, родитель помогает ребенку справиться с его чувствами, который ребенок с РАС часто не может объяснить. При использовании проективного метода важны выводы и решения, которые родитель формулирует самостоятельно, так как его система восприятия больше знакома с ситуацией и может обратиться к нужному ресурсу.

5. Оценка коммуникативных и адаптивных навыков ребенка. По шкале «Вайнленд» Катя набрала 22 б. (36,7%) по коммуникационным навыкам, в связи с полным отсутствием речи, но присутствием тактильного и пространственного контакта. Относительно высокие показатели по сравнению с другими детьми по шкале «Социализация» - 25 б. из 60 и по шкале «Реакции, связанные с РАС» - 29 б. из возможных 33 б. (Приложение В.2) связаны, в первом случае, с интересом девочки к окружающей среде, а во втором случае с отсутствием ярко выраженных экспрессивных эмоций. В решении основного запроса мы обсудили ситуацию внимания мамы к содержанию дня ребенка накануне беспокойной ночи и своему состоянию, в

случаях беспокойства ребенка. Предложили провести наблюдения, в каких случаях ребенок спит более спокойно, а также выяснить, что может вызывать дискомфорт при засыпании на телесном уровне у Кати.

6. Работа с определением доминирующей потребности родителя. По итогам проведенного тестирования, у С. выявлено доминирование потребностей: в материальном положении - 36 б. и межличностных связях - 31 б. Сочетание данных потребностей, наряду с выявленной «душевностью» в рисунке и в ответах диагностического интервью для С. могло бы выразиться в создании родительского клуба и обучения родителей принятию ситуации, связанной с ребенком.

7. Работа с ресурсами и выработка решения. В работе с метафорически возможным ресурсом С. вытащила карту из колоды «Спектрокарты» представленную в Приложении В.4 (№ 3). Трактовка данного ресурса определена С. как желание развязать имеющийся узел – сменить обстановку для новых впечатлений.



8. Наблюдаемые изменения в результате консультирования. С. нашла себе новую, более оплачиваемую работу, связанную с помощью другим людям, при очередной встрече с Катей мы отметили, что девочка стала чаще

смеяться. Уровень психологической зрелости С. достаточно высокий при диагностике стал более устойчивым, изменения представлены в Приложении Г. и на Рис. 5.

#### **Диада 4. Мама Т. и Денис, 7 лет.**

*1. Формулировка запроса. «Нужно идти в школу, ребенок способный, только ленится, мы с ним занимаемся, но он больше любит баловаться, чем заниматься, когда настаиваю – сопротивляется, рычит. Переживаю, как он будет в спец. классе.»*

*2. Наблюдение за ребенком. Денис произносит звуки, искаженные слова, хорошо держит контакт глазами, внимателен к словам взрослого. Любит активные игры. Иногда не контролирует свое чересчур активное поведение.*

*3. Первичная диагностика, установление контакта. Рисунок «Я и мой ребенок» Т. выполнила достаточно спокойно, формально нарисовав себя и ребенка, держащимися за руки, стоящими на ступеньках лестницы. Детали прорисованы, цвета простые, темные. На своем лице Т. не обозначила улыбку. Вокруг фигур ничего не изображено. В ответах на Незаконченные предложения прослеживаются достаточно высокие требования к ребенку и нацеленность на его обучение, о своих интересах Т. не сообщила. По большинству критериев у Т. наблюдается средний уровень психологической зрелости (Приложение Б.), кроме низкого в поведенческом компоненте, это связано больше с возложением ответственности за обучение Дениса на педагогов, и присутствием наказаний ребенка за невыполнение заданий.*

При первоначальной беседе Т. была уверена, что основная причина гиперактивного и иногда агрессивного поведения сына – его упрямство и эгоизм.

4. Работа с актуальным состоянием родителя. В процессе консультирования ключевое переживание Т. определила как дискомфорт в верхней части горла с левой стороны. Находясь в контакте с обозначенным местом, Т. выбрала «ОН» карты, представленные в Приложении В.1 (№ 4).

К.: Какие приходят ассоциации, когда Вы на это смотрите?

Т.: Если бы не нужно было как-то существовать в обществе, если бы кто-то кормил – дома-то хорошо, и ему и мне. Уютом веет от очага, теплом.

К.: И что в этот момент происходит в теле?

Т.: Усиливается неприятное ощущение в шее, переходит в ухо, в виске напряжение.

К.: Скажите: «Я не могу позволить себе радость».

Т. *повторяет, учащенно дышит, немного краснеет, спустя время выдыхает.*

К.: И как сейчас? Похоже это утверждение на правду?

Т.: Да, висок отпустило, и почему то наворачиваются слезы.

Используя данную технику, мы обнаружили у клиента внутреннее противоречие и напряжение, проявляющееся на телесном уровне, для дальнейшей работы с эмоциональным фоном была продолжена работа с МАК и телесным чувствованием.

5. Работа с ресурсами и выработка решения. Консультант предлагает посмотреть на возможный ресурс родителя с помощью карты из колоды «Спектрокарты». Т. достает карту (Приложение В.4, № 4.1), трактует ее как необходимость лебедю выйти на берег, при этом расслабления не наступает, как это сделать, понимания нет. Консультант предлагает Т. определить место в теле, где может «жить возможное решение», Т. определяет место, также на шее, но ближе к выступу гортани, и выбирает пару карт из колоды «ОН» (Приложение В4, № 4.2).

Т.: Сложно об этом говорить.

К.: На что больше Вы реагируете, на слово или изображение?

Т.: Да, как то все вместе, тело гудит, картинка не понятна, а слово не нравится.

К.: Назовите 5 синонимов или ассоциаций, которые возникают на слово «Гнев».

Т.: Ярость, злость, обида, негодование, опустошение (*кашляет, прикладывая руку к обозначенному месту на горле*).

К.: И что сейчас в теле?

Т.: Горло чуть отпустило, но гнева еще много накоплено, и не факт, конечно, что он весь из-за ребенка.

К.: В чем же здесь может для Вас быть решение?

Т.: Хотелось бы как то с ним разобраться (*с гневом*), наверное, это вообще возможно?

Этапы процесса психологического консультирования для Т. были скорректированы в связи с эмоциональным состоянием клиента, работа с ресурсами и выработка возможного решения была проведена чуть раньше запланированных этапов. В связи с выходом на осознание наличия у Т. большого количества накопленного и неотрагированного гнева были проведены телесные упражнения по мягкому выпуску телесного напряжения, а также снятию аффективного чувства через его дробление и признание. Оценка навыков ребенка и тестирование по определению доминирующей потребности были отнесены на более поздний срок.

6. Оценка коммуникативных и адаптивных навыков ребенка. В более спокойном состоянии с родителем были обсуждены результаты Дениса по шкале «Вайнленд», заполненные педагогами. Денис набрал 34 б. (56,7%) по коммуникационным навыкам, что свидетельствует о возможности настройки коммуникации с ребенком. Сильные стороны Дениса – это контакт глазами и внимательное отношение к взрослому в спокойном, не перевозбужденном состоянии, проявление интереса к окружающему миру и способность раскрашивать рисунки и писать буквы. Показатели 48 б. (80%)

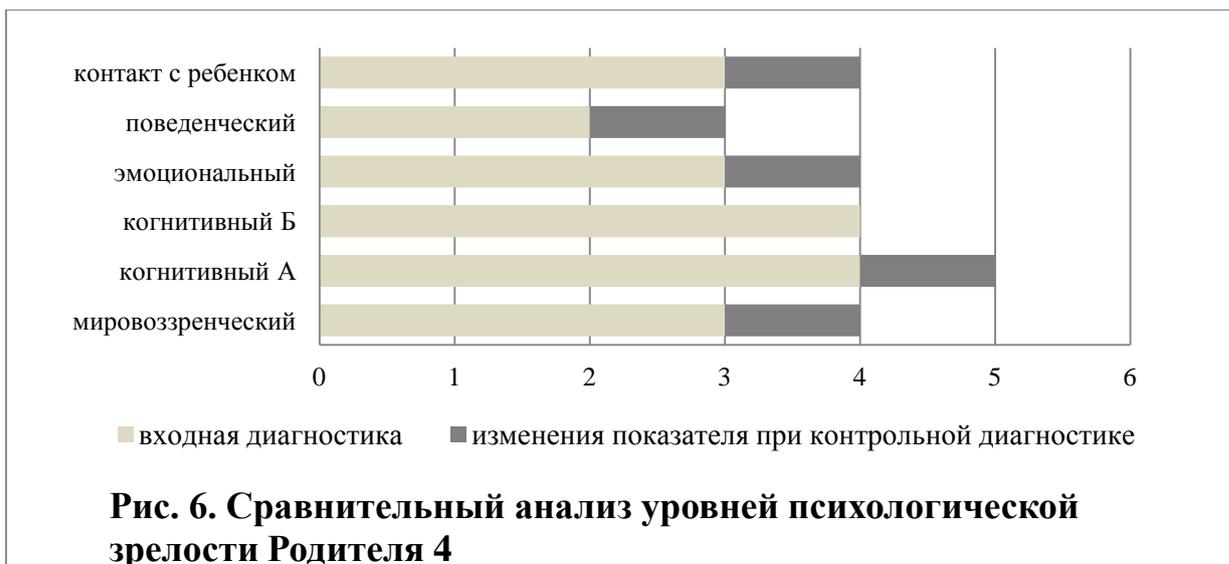
по повседневным житейским навыкам и 85% по моторным навыкам, свидетельствуют о хороших способностях и относительной самостоятельности ребенка. При сбалансированном состоянии родителя меняется и поведение ребенка. С мамой было проведено занятие по наблюдению за вегетативными проявлениями ребенка, в частности при сильном возбуждении на шее и лице Дениса появляются красные пятна, и по методам деликатного бесконфликтного снижения возбуждения, в основном за счет собственного ресурсного состояния. В спокойном состоянии Денис готов выполнять задания, подготавливающие его к школе.

#### 7. Работа с определением доминирующей потребности родителя.

Результаты теста «Иерархия потребностей» для Т. выявили актуальные потребности – в безопасности (33 б.) и в признании и уважении со стороны (29 б.) (Приложение В.3). В обсуждении мама заметила, что вероятно это связано с недостаточной образованностью и поведением ее сына, с перспективой стыда и позора за его поведение и необученность. Локус внимания в данном случае был направлен во вне, с опасением, «а что скажут люди». Консультантом было предложено больше понаблюдать за ситуациями, в которых происходит обучение ребенка и за его интересами, возможно, найти собственный интерес для Т. в совместной деятельности с ребенком, либо отдельно от него.

#### 8. Наблюдаемые изменения в результате консультирования.

В результате проведенного консультирования Т. стала чуть-чуть спокойнее, стала обращать внимание на проявление интересов сына, заметила, что возможно диагноз РАС ребенку поставлен не совсем корректно, так как он очевидно больше заинтересован в контакте по сравнению с другими детьми. Изменения компонентов уровня психологической зрелости Т. представлены в Приложении Г. и на Рис. 6.



**Диада 5. Мама У. и Валя, 3,5 года.**

1. Формулировка запроса. «У дочери истерики, по любому поводу, прочитала, что это может быть атипичный аутизм, посоветовалась, сказали, сходить к психологу, что делать?»»

2. Наблюдение за ребенком. Девочка привязана к маме, проявляет интерес к окружающему миру, улыбается, не выговаривает некоторые буквы, в целом говорит хорошо, понятно, с чужими людьми ведет себя спокойно.

3. Первичная диагностика родителя, установление контакта:

Мама Вали, У., как самая молодая из консультируемых родителей испытывала много беспокойства и высказала потребность в поддержке и обучении в силу своего недостаточного опыта в общении с детьми и сложностей в понимании истерик своей дочери. Рисунок «Я и мой ребенок» нарисовала с некоторой долей тревожности, сомневаясь в своих художественных способностях, цветными карандашами. На рисунке дочь изображена младенцем, и мама держит ее на руках, на вопрос консультанта о несоответствии реального возраста ребенка и изображенного на рисунке, пояснила, что возможно так она чувствует с ребенком большую связь. В ответах на Незаконченные предложения выявлена повышенная тревожность

и опасения за поведение дочери. По результатам диагностического интервью у У. отмечен средний уровень по всем компонентам психологической зрелости (Приложение Б.).

4. Работа с актуальным состоянием родителя. По выбранным картам (Приложение Д, № 5) описание метафоры показало присутствие у У. недоверия к миру и сдвленную агрессию. При взгляде на карты У. инстинктивно сжала кулаки.

К.: - А на кого есть злость или на что это больше похоже?

У.: (*усиливая движения руками*) – Когда в глаза говорят одно, а за спиной другое.

К.: - Вы связываете это с каким-то конкретным случаем в своей жизни?

У.: - Не знаю, нет, наверное.

К.: - Скажите, если это будет правдой: «Мне сложно об этом говорить».

У.: - Да, не хочется.

Если клиент не хочет что-то озвучивать, консультант не вправе нарушать его границы, реакция на картинку проявила чувства родителя, о которых он не готов говорить. В целях соблюдения этики консультационного процесса мы перешли к следующему этапу.

5. Оценка коммуникативных и адаптивных навыков ребенка. По шкале коммуникативных навыков у Вали обнаружился достаточно высокий процент соответствия норме – 88%, 3 параметра, снизившие абсолютную норму, связаны с ранним возрастом ребенка (не умеет читать, не всегда реагирует на слово стоп, коммуникативные навыки ребенка не всегда нормальны).

В компетенцию психолога-консультанта не входит выставление диагнозов ребенку, поэтому в данном случае диагностирование ребенка по шкале проявления аутистических признаков имело информативный

характер для матери, что все навыки ребенка соответствуют возрастным нормам. Причиной появления «истеричного» поведения может служить кризис трехлетнего возраста, когда основные потребности ребенка связаны с необходимостью общения, уважения и признания. Также в этом возрасте ребенок начинает проверять границы допустимого поведения и для родителя важно выработать соответствующий способ поддержки формирования этих границ. В случае, когда личностные границы самого родителя сформированы слабо, ему сложно помочь сделать это ребенку, чувствительный ребенок, находясь в поле матери, может реагировать на ее непроявленные чувства, демонстрируя повышенную экспрессивность.

В состоянии повышенной тревожности У. сложно сохранять взрослую, устойчивую позицию в отношениях с ребенком. Тем не менее, даже при небольшой доле вероятности совпадения поведения Вали с 4-м типом поведения аутичных детей, описанным О. С. Никольской, лучше принять профилактические меры по внимательному отношению к состоянию девочки уже на данном этапе.

6. Работа с определением доминирующей потребности родителя. По итогам тестирования основных потребностей у У. выявлено доминирование потребности в межличностных связях (32 б.), и близко к границе в безопасности (25 б.) (Приложение В.3).

Межличностные связи, в трактовке А. Маслоу являются потребностями в любви и принадлежности [56, с. 65]. В условиях полной семьи доминирование данной потребности говорит о нехватке близких сердечных отношений. В обсуждении результатов тестирования У. по-прежнему не готова была обсуждать более личные темы. В дальнейшем консультировании акцент был сделан на прояснении возможных ресурсов по организации более теплых отношений с людьми.

7. Работа с ресурсами и выработка решения. В отношении возможного ресурса была применена техника метафора с использованием

ассоциативной карты из колоды «Спектрокарты», выбранной также «в закрытую» (Приложение В.4, № 5.1). На примере выбранной карты У. было предложено рассказать сказку, которая ассоциируется с выбранной картинкой. Выбранной сказкой оказалась «Дюймовочка». По аналогии с героиней сказки можно сказать, что У. по какой-то причине остается «маленькой девочкой» и возможно ее семья не дифференцирована от родительской семьи. Дюймовочке по сюжету сказки достаточно комфортно живется внутри цветка, хотя У. и согласилась, что опоры у стебля цветка недостаточно. На вопрос, чего бы Дюймовочке хотелось, У. ответила: *«Чтоб бутон раскрылся, и она вышла в свет, там немного страшно, зато светит солнце и много воздуха. Но в самом бутоне привычно и очень комфортно, поэтому у Дюймовочки много смешанных чувств»*. Консультант предложил У. вытащить пару карт из колоды «ОН» в контакте с местом в теле, где «могло бы жить решение» выхода в свет и контакта со своими истинными желаниями. Выбранная У. пара карт представлена в Приложении В.4, № 5.2.

У.: Часы тикают...

К.: И что это для Вас означает?

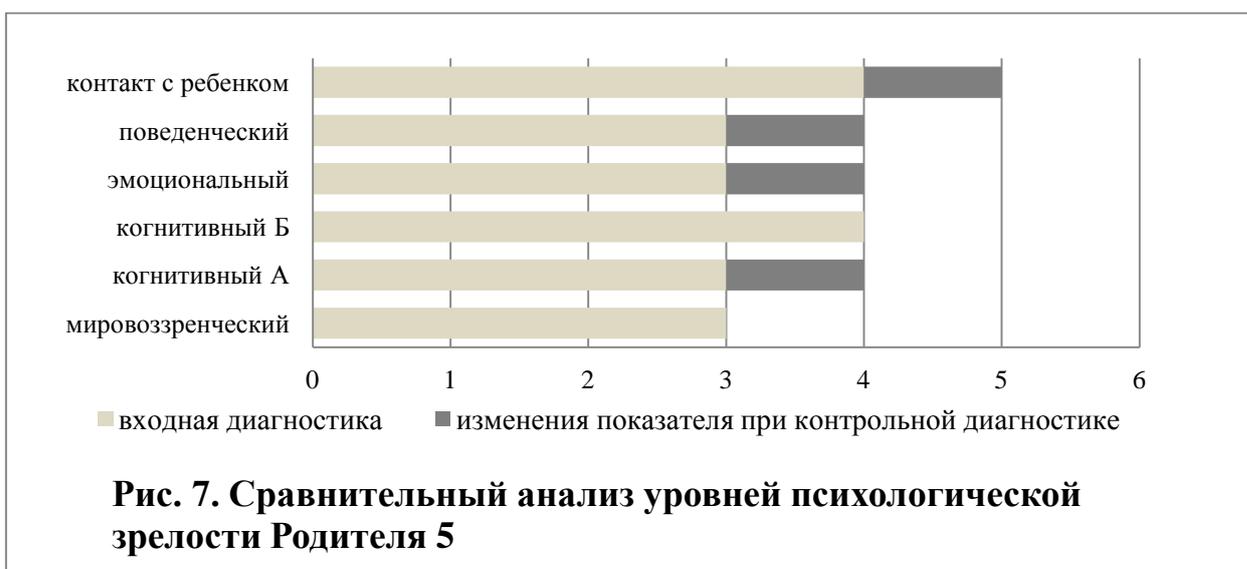
У.: Время идет, один день похож на другой. И еще это похоже на рабочий график. У меня была, конечно, мысль выйти куда-нибудь на работу, но пока я не понимаю, куда.

При отсутствии выраженной потребности в самореализации работа для У. больше имеет социальный характер. В процессе обсуждения у У. пришло осознание, что нужен больше коллектив и течение жизни, отличное от сидения дома с ребенком.

8. Наблюдаемые изменения в результате консультирования. В результате проведенного консультирования для У. обозначился круг вопросов, с которыми можно работать для гармонизации своего эмоционального состояния (например, сепарация от родителей). В

направлении гармонизации эмоционального состояния дочери и организации себе необходимого круга общения мама занялась поиском подходящего дошкольного учреждения для дочери.

Изменения компонентов уровня психологической зрелости У. по завершению описанного этапа консультирования представлены в Приложении Г. и на Рис. 7.



Общие выводы по результатам практического исследования приведены в следующем параграфе.

### **2.3. Результаты исследования и модель эффективного процесса психологического консультирования родителей детей с РАС**

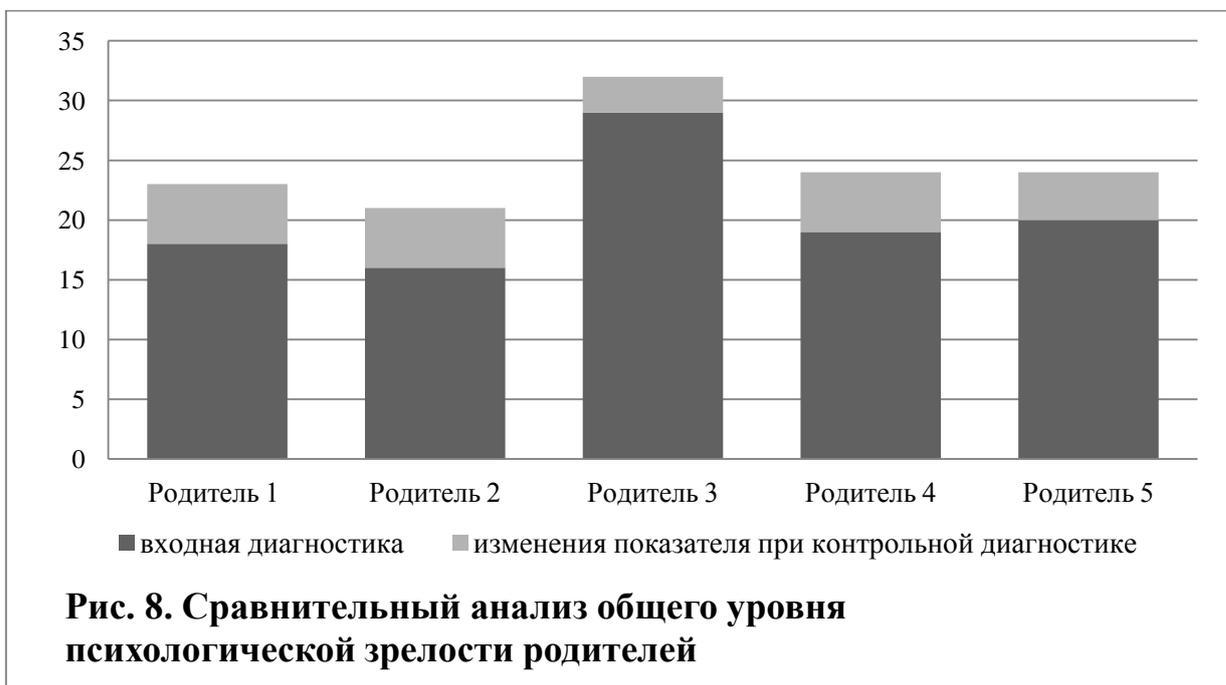
В результате проведенной работы с родителями мы выявили общую тенденцию повышения уровня психологической зрелости у родителей, участников процесса индивидуального психологического консультирования.

Причем для данной выборки оказалась характерной обратнопропорциональная зависимость между начальным уровнем

психологической зрелости и его изменениями при контрольной диагностике.

Графически результаты повышения общего уровня психологической зрелости родителей представлены на Рис. 8.

Положительные сдвиги в основном произошли в пределах одного обобщенного уровня психологической зрелости (Приложение Г): высокого – у мамы Кати (Родитель 3) и среднего у всех остальных родителей.



В разрезе компонентов психологической зрелости по результатам эксперимента положительная динамика в росте оцениваемого уровня была выявлена:

- в 5 случаях из 5 по эмоциональному критерию (100%);
- в 4 из 5 по поведенческому критерию и контакту с ребенком (80%);
- в 3 из 5 по когнитивному компоненту (А и Б) (60%);
- в 2 из 5 по мировоззренческому критерию (40% - меньше 50%).

При выборе многофункционального статистического критерия для обработки полученных результатов мы использовали принцип биномиального критерия. Так как была обследована 1 экспериментальная выборка, и количество наблюдений ( $n$ ) в ней равно 5, то данный критерий применим при заданной вероятности исследуемого эффекта  $P < 0,5$  при  $2 \leq n \leq 50$  и  $P = 0,5$  при  $5 \leq n \leq 300$ . В нашем случае эффект повышения уровня психологической зрелости более 10% от первоначального уровня был достигнут в 100% исследуемых случаев, а более 25% только в трех (60%). Таким образом, эмпирическая частота наступления эффекта до 25% от первоначального уровня, выше теоретической, т.е. гипотеза подтверждается на уровне ожидаемого эффекта не более 25%.

На основании этого мы приходим к выводу, что предложенная нами модель индивидуального консультирования, включающая приемы по определению насущных потребностей родителя и гармонизации его психоэмоционального состояния, наряду с помощью родителю в организации полноценного контакта с ребенком с РАС, является эффективной, и существующие различия в уровне психологической зрелости родителей являются статистически значимыми.

При формировании практической модели индивидуального психологического консультирования родителей детей с РАС мы отталкивались от необходимости акцентировать внимание на потребностях родителя как личности в противовес распространенным коррекционным подходам к родительскому поведению в отношении ребенка. Рассмотрение родителя только как средства воспитания ребенка для целей общества вызывает сопротивление и снижает мотивацию родителя во взаимодействии с психологом.

Практическое исследование показало, что дети, особенности которых определяются диагнозом «расстройства аутистического спектра» довольно часто идут на контакт в спокойной доброжелательной атмосфере, имеют

свой непосредственный и выраженный интерес в играх, проявляют «непослушание» именно из-за выбора занятий, которые им в данный момент более интересны. Разногласия с родителями возникают в моменты приучения детей к общеустановленным нормам, в которых последние могут не видеть для себя смысла. Конфликт между «надо» и «хочу» присутствует в процессе формирования характера любого ребенка, в отношении ребенка с РАС он усугубляется экспрессивным поведением или отсутствием возможности у ребенка сообщить о своей потребности в понятной для родителя форме. Из участвовавших в обследовании детей абсолютное отсутствие речи было выявлено только у одного ребенка (Катя, диада № 3). В диаде № 5, несмотря на переживание матери о связи поведения дочери с симптомами атипичного аутизма, оценка показала достаточные для текущего возраста ребенка коммуникативные навыки, и больше были выявлены симптомы тревожного экспрессивного эмоционального реагирования и у ребенка, и у мамы. Это свидетельствует о необходимости индивидуального подхода к каждому ребенку с РАС, особенно в случаях запроса на налаживание коммуникации родителя и ребенка.

Данная модель была применена для родителей, проявляющих активную позицию в обращении за помощью к консультанту.

Работа с актуальным состоянием родителя показала эффективность применения проективных методик совместно с методами телесной терапии.

Форма индивидуального консультирования, позволила более деликатно и бережно выйти на осознание родителями своих установок.

Несмотря на то, что запрос родителей на консультирование чаще формулируется относительно ребенка, многие родители охотно отзываются на исследование своих собственных желаний и ощущений.

Общие результаты определения актуальных базовых потребностей родителей показали различия ведущих потребностей родителей в процессе консультирования. (Приложение В.3). Наиболее выраженными (в 2-х

случаях из пяти) явились потребности в безопасности, межличностных связях и уважении со стороны.

В результате проведенной апробации модели индивидуального консультирования родителей детей с РАС мы выявили необходимость чередования этапов процесса консультирования в зависимости от готовности родителей к следующему шагу. Ресурсный подход к восприятию родителя наряду с обращением внимания на проявленные коммуникационные навыки ребенка позволяет определить перспективы дальнейшего развития диады и придать более конструктивный смысл действиям родителя.

Применение описанных в практической части методов не является жестким и может быть адаптировано под умения консультанта и фактическую ситуацию родителя.

На Рис. 9 представлено содержание предлагаемого нами эффективного процесса консультирования (апробированной на практике модели).

Критерии эффективности предложенной нами модели индивидуального психологического консультирования могут быть следующими:

1. Изменение (гармонизация) эмоционального состояния родителя.
2. Повышение родителем оценки своей эффективности.
3. Прояснение возможностей организации конструктивного взаимодействия с ребенком, в том числе за счет развития собственного ресурса родителя.

Преимущество предложенной модели состоит в том, что чувствуя уважение к своим личным интересам и потребностям, родитель сохраняет мотивацию к консультированию и решению своих индивидуальных проблем. Внимательное и заботливое отношение к себе позволяет родителю сформировать необходимый ресурс для взаимодействия с ребенком.

<p><i>Цель модели:</i></p> <p>Повышение уровня психологической зрелости родителя и его способности справляться с ситуацией.</p>	<p><i>Принципы модели:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принцип индивидуального подхода,</li> <li>- принцип сотрудничества,</li> <li>- принцип добровольного участия родителя,</li> <li>- принцип личного профессионализма консультанта,</li> <li>- принцип безопасной и комфортной среды,</li> <li>- принцип безопасного психологического контакта и соблюдения темпа родителя.</li> </ul>
<p><i>Этапы модели:</i></p>	
<p>1. Знакомство. Установление контакта.</p>	<p>2. Работа с актуальным состоянием родителя:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— выявление доминирующей эмоции,</li> <li>— определение базовой текущей потребности родителя.</li> </ul>
<p>3. Определение коммуникативных навыков и актуального состояния ребенка.</p>	<p>4. Определение ресурсов родителя, актуализация его сильных сторон, выработка возможного на данном этапе решения.</p>
<p>5. Планирование дальнейших шагов родителя. Подведение итогов.</p>	

**Рис. 9. Модель индивидуального психологического консультирования родителей детей с РАС**

Резюмируя, мы отмечаем, что результаты практических исследований подтверждают, что предлагаемая нами модель индивидуального психологического консультирования является эффективным средством взаимодействия психолога-консультанта и родителя ребенка с РАС с целью повышения уровня психологической зрелости последнего.

## Выводы по Главе II

Проведенное практическое исследование показало, что:

1. Общий уровень психологической зрелости консультируемых родителей изменился в разрезе отдельных компонентов. Наметились позитивные тенденции в части когнитивного, эмоционального, поведенческого компонента и в сфере контакта с ребенком. Введение количественных показателей, позволило рассчитать общую динамику, составившую в целом 21% повышения уровня по исследуемой выборке.
2. Проявления РАС у детей отличаются разнообразием и требуют детализации в каждом отдельном случае для настройки взаимодействия с конкретным ребенком. Возможны случаи некорректной постановки диагноза ребенку, что консультанту-психологу необходимо учитывать в планировании своей деятельности.
3. Эмоциональное состояние родителей, особенно мам, значительно влияет на проявление эмоциональных реакций ребенка и его способностей контактировать с окружающей средой. Эффективная работа с эмоциональным состоянием родителя способствует более конструктивному взаимодействию родителя и ребенка.
4. Задача психолога-консультанта в общем понимании клиенто-ориентированного подхода состоит в том, чтобы как можно полнее понять мир родителя и поддержать его при актуализации своих собственных потребностей.
5. Опираясь на полученные результаты можно заключить, что предложенная модель консультирования родителей, включающая приемы по определению насущных потребностей родителя и гармонизации его психоэмоционального состояния наряду с помощью в организации полноценного контакта с ребенком с РАС, является эффективной.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В воспитании ребенка родитель представляет собой основную значимую фигуру, активно влияющую на развитие коммуникации у ребенка и его адаптацию к внешней среде. Проявление у ребенка расстройств аутистического спектра искажает внутрисемейные отношения, а также взаимодействие родителей с социумом. Отношение родителя к ребенку и к его особенностям во многом зависит от уровня психологической зрелости родителя.

Понимание механизма возникновения расстройств аутистического спектра и мировосприятия такого ребенка значительно облегчает детско-родительское взаимодействие.

В результате изучения представлений о расстройствах аутистического спектра у детей в научной литературе нами выявлен широкий диапазон их проявлений от отсутствия у ребенка речевой функции и интереса к окружающему миру до его особой одаренности в отдельных областях.

Теоретической основой психологического консультирования родителей детей с РАС является умение психолога-консультанта работать с убеждениями и эмоциональным состоянием родителя в целях развития его активной позиции и умения справляться с пролонгированным стрессом, которым является воспитание ребенка с РАС.

Современные исследования по проблеме РАС в большей части сводятся к рекомендациям для родителей в отношении воспитания и взаимодействия с детьми. В сфере психологического консультирования родителей нами выявлена важность работы с чувствами, потребностями и эмоциональным состоянием самого родителя.

К особенностям состояния родителей детей с РАС относится повышенный уровень психологических защит и зачастую сложное эмоциональное состояние от усталости и апатии до ярко выраженной

злости. В процессе психологического консультирования целесообразно рассматривать актуальные потребности родителя, удовлетворение которых позволит ему сбалансировать и гармонизировать свое состояние.

Применяемые в процессе эксперимента методики включали в себя проективные методы, методы телесной терапии, технику метафора и совместное наблюдение с родителем за поведенческими особенностями ребенка. На основе большинства теоретических подходов к консультированию индивида, оказавшегося в сложной ситуации, с родителями была проведена работа по осознанию собственных потребностей и ориентации на возможные в текущей ситуации ресурсы.

В результате проведенного психологического консультирования обнаружена тенденция повышения отдельных компонентов уровня психологической зрелости консультируемых родителей. Применяемые методики показали эффективность в небольшом проценте позитивных изменений. Выдвинутая гипотеза подтверждена.

Практическая значимость работы заключается в апробации предложенной модели индивидуального психологического консультирования родителей детей с РАС, позволяющей укрепить психологическое здоровье и повысить уровень психологической зрелости родителя, воспитывающего ребенка с РАС.

Материалы исследования могут быть использованы практическими психологами и педагогами в работе с родителями, воспитывающими детей с расстройствами аутистического спектра.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамова Г.С. Психологическое консультирование: Теория и опыт.: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М.: Академия, 2001.- 240 с.
2. Айви А. Е., Айви М. Б., Саймэк-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. — М.:, 1999 - 487 с.
3. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование.- 2-е изд. М.: Класс, 2005. 208 с.
4. Аликин И.А., Лукьянченко Н.В. Социально-психологические аспекты помощи родителям детей с особенностями развития: монография. [Электронный ресурс] / Н. В. Лукьянченко .— : [Б.и.], 2013 — 132 с. — Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/234931>
5. Бабич Е.Г. Социально-психологические особенности совладающего поведения родителей формирующейся личности с ограниченным состоянием здоровья. // Автореферат к диссертации // Научная библиотека диссертаций и авторефератов <http://www.dissercat.com/content/sotsialno-psikhologicheskie-osobennosti-sovladayushchego-povedeniya-roditelei-formiruyushche#ixzz51XYazt3z>
6. Багарадникова Е.В. Вопросы консультирования родителей, имеющих детей с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2018. Том 16. № 4, с. 35–41.
7. Бауманн У., Перре М. Клиническая психология, 2-е изд. СПб.: Питер, 2007. - 1312 с.
8. Белопольская Н.Л., Рубан О. В. Психологическая поддержка матерей детей с расстройствами аутистического спектра с использованием традиций русского чаепития // Электронный журнал «Клиническая и специальная психология» 2015. Том 4. № 3, с. 64–76.
9. Белоусова М. В., Прусаков В. Ф., Уткузова М. А. Расстройства аутистического спектра в практике детского врача // Практическая медицина. 2009. № 6 (38), с. 36-40.

10. Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я: Пер. с англ. – 3-е изд. – М.: Академический проект, 2017. – 484 с.
11. Бобров А.Е., Сомова В.М. Нарушения коммуникации у больных синдромом Аспергера.// Обозрение психиатрии и медицинской психологии 2013, № 3, с. 17-24
12. Бобылова М. Ю., Винярская И. В., Быстрова К. Ю., Нароваткина Ю.К. Атипичный аутизм у детей: особенности соматоневрологического статуса и амбулаторного наблюдения врачом общепедиатрического профиля.// Русский журнал детской неврологии 2014; № 9(1), с. 42-51.
13. Богдашина О. Аутизм. Определение и диагностика. - Донецк: Лебедь, 1999. – 112 с.
14. Богдашина О. Аутизм. Стать профессиональным родителем: (1) Изучение сенсорного мира аутизма / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П.Астафьева. – Красноярск, 2019. - 158 с.
15. Богомякова О.Н. Психологическое сопровождение травматического опыта детей и подростков в системе общего образования // Психологическое сопровождение безопасности образовательной среды школы в условиях внедрения новых образовательных и профессиональных стандартов. // Московский государственный психолого-педагогический университет, 2015, с. 43–47.
16. Болгарина Т.А., Нугаева О.Г. Телесно-ориентированные подходы в коррекции социального взаимодействия аутичных детей // Психология телесности: теоретические и практические исследования. Пенза, 2009, с. 258 – 268.
17. Большая энциклопедия психологических тестов / Карелин А. А. – Москва, ЭКСМО. – 2007 – 416 с.
18. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей: Руководство практического психолога: Пер. с англ. В.В. Старовойтова.- 2-е изд. – М.: Издательство «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2017. – 272 с.

19. Бурханов А. Р. Учение Карла Ясперса о трех уровнях бытия и познания человека. // Политематический журнал научных публикаций ВАК «Дискуссия» №1 (42) январь 2014. Рубрика: Философия и культурология <http://www.journal-discussion.ru/publication.php?id=998>
20. Бюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – М: Издательство «Корвет», 2015 – 320 с.
21. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт [электронный ресурс]. – <http://www.who.int/ru/>.
22. Выготский, Л.С. Собрание сочинений / Л.С. Выготский. В 6 т. Т. 1. — М.: Наука, 1983. - 367 с.
23. Высотина Т.Н. Специфика работы психолога с семьями, воспитывающими детей с аутизмом // Психология, социология и педагогика. 2013. № 5 [Электронный ресурс]. URL: <http://psychology.snauka.ru/2013/05/2224> (дата обращения: 07.02.2019).
24. Галасюк И.Н. Особенности родительских позиций в семье с умственно отсталым ребенком // Клиническая и специальная психология. Журнал ВАК. 2014г. №2 // <http://www.psyjournals.ru/psyclin>
25. Герасимов, В. П. Отклоняющееся поведение у детей: синергетико-антропологический аспект: монография : в 2 т. / В. П. Герасимов ; [науч. ред. Т. П. Мильчарек] ; Минобрнауки России, ОмГТУ. – Омск : Изд-во ОмГТУ, 2015. – 472 с.
26. Герсамя А.Г., Меньшикова А.А., Яковлев А.А. Стресс в детском возрасте и психологические особенности личности при аффективных расстройствах // Экспериментальная психология. 2016. Т.9.№.3, с. 103-117.
27. Глэддинг С. Психологическое консультирование: 4-е изд./ С. Глэддинг. СПб.: Питер, 2002. - 736 с.
28. Горожанкина Л. Б., Колесникова-Чернорицкая Е. В. Телесно-ориентированный подход в терапии как дополнительный способ помощи в

- практике психологов и врачей // Интернаука: научный журнал. № 39 (121). – М., Изд. «Интернаука», 2019, с. 32-34.
29. Гринспен С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. – 5-е изд. / Стенли Гринспен, Серена Уидер. – М.: Теревинф, 2017. – 512 с.
30. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. - СПб.: «Речь», 2001. - 352 с.
31. Дыбовская Е.В. Работа с аффектами в диаде «мама-ребенок» методами танцевально-двигательной терапии на стадии формирования телесного контейнера // Периодическое издание о вопросах методологии и практики терапии искусством «Арт & Терапия» - 2017. № 2 (10), с. 29-38.
32. Казанцева Е.В. Метафорические ассоциативные карты как «магическая» психотерапевтическая практика // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. - №1 (январь) – 0,5 п.л. – URL:<http://e-koncept.ru/2017/170023.htm>
33. Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа: Пер. с англ.— М.: Академический Проект, 2001.— 368 с.
34. Кафьян Э. М. Программа психологического консультирования родителей, воспитывающих ребенка с аутизмом // Проблемы науки. 2016. №10 (11). <https://cyberleninka.ru/article/n/programma-psihologicheskogo-konsultirovaniya-roditeley-vospityvayuschih-rebenka-s-autizmom>
35. Киршке В. Клубника за окном. Ассоциативные карты для коммуникации и творчества. – ОН Velag, 2010. – 240 с.
36. Колесникова-Черноризкая Е. В., Музурова О. В. Примеры применения метафорических ассоциативных карт в работе с родителями, воспитывающими детей с особенностями развития. // Интернаука: научный журнал. № 45(127). – М., Изд. «Интернаука», 2019, с. 64-66.

37. Коноплева В. В. Формирование педагогической компетентности родителей детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС) // магистерская диссертация // КГПУ 2017.
38. Костина И.А. Консультирование родителей детей с аутизмом // Детский аутизм: исследования и практика. Под ред. В.Н. Касаткина// Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков, 2008 г. С. 333–344.
39. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999.- 240 с.
40. Кравец А.С. Трудный путь к истине: Л. С. Выготский против Ж. Пиаже в трактовке онтогенеза детской речи // Воронежский государственный университет// Вестник ВГУ. Серия: Философия. 2015. №4, с. 16-57
41. Кузнецов С. В. Теория и практика работы с шизоидной структурой личности в телесно-ориентированной психотерапии [Электронный ресурс] / С.В. Кузнецов. – Электрон. текстовые дан. – М.: [б.и.], 2018. – 54 с. – Режим доступа: <http://integratio.art/index.php/members/23-sergei-kuznetsov>
42. Куканов А.А. Психокоррекционная работа с матерями, имеющими детей с РДА // Ученые записки университета Лесгафта - 2016. №9(139), с. 219-225.
43. Лаувенг А. Нечто совсем иное. Подростки и психическое здоровье – Самара: ИД «Бахрах-М», 2014. – 320 с.
44. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
45. Левченко И. Ю. , Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.

46. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность: учебное пособие / А.Н. Леонтьев. – Москва: Смысл: Академия, 2004. – 352 с.
47. Лютова Е. К., Моница Г. Б.. Шпаргалка для родителей: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. — СПб.: Издательство «Речь». 2007— 136 с.
48. Малинина Е. В., Супрун С. А., Маркова Е. А. Сочетание детского аутизма и эпилепсии: патогенетические аспекты // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. №1, с. 51-53.
49. Малкина - Пых И. Г. Виктимология. Учебное пособие. СПб.: Питер, 2018. - 832 с.
50. Малкина - Пых, И. Г. Телесная терапия: справочник практического психолога / И. Г. Малкина - Пых. –М. : Эксмо, 2007. –752 с.
51. Малкина - Пых И. Г. Техники гештальта и когнитивной терапии. Справочник практического психолога: Эксмо; Москва; 2004. - 330 с.
52. Мамайчук И. И., Шабанова Е. В. Учет защитных механизмов личности родителей, детей с расстройством аутистического спектра в процессе психологической помощи // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2014. №1, с.82-91
53. Мамайчук И. И.. Помощь психолога детям с аутизмом. — СПб.: Речь. — 2007.- 288 с.
54. Манелис Н.Г., Волгина Н.Н., Никитина Ю.В., Панцырь С.Н., Феррои Л.М. Организация работы с родителями детей с расстройствами аутистического спектра. Методическое пособие / Под общ. ред. А.В. Хаустова. М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2017.- 94 с.
55. Мартынова М. А. Метафорические карты и возможности их применения в работе практического психолога // Современная психология: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Казань, октябрь 2017 г.). — Казань: Бук, 2017. — С. 65-78.

56. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд./ Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2012.- 352 с.
57. Материалы X Международного конгресса «Аутизм – Европа», Будапешт // Аутизм и нарушения развития. 2014 г. № 1(42), с. 60-67.
58. Меновщиков В.Ю. Введение в психологическое консультирование. 2-е изд. Стереотипное. М.: Смысл, 2000. – 109 с.
59. Метафорические ассоциативные карты ОН-cards / Вселенская терапия Л. Тальписа [электронный ресурс] - <https://www.youtube.com/watch?v=t0y6P6YBYag&list=PL4UiqrgIX60-juXB5VVtBNZUcbbPCJ5Mm&index=3&t=0s>
60. Микаэлян Л.Л., Фисун Е.В. Психологическая работа с родителями особых детей: ресурсная модель // Московский психотерапевтический журнал. 2006. №2, с. 147-169.
61. Митрофанова Г.В. Об эффективности взаимодействия образовательной организации с родителями детей, имеющих РАС // Аутизм и нарушения развития. 2018. Т. 17. № 4 (61), с. 42-46.
62. Мишина Г. А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития (методические рекомендации) //Дефектология. 2001. № 1, с. 60-64.
63. Морозов С.А. О критериях эффективности практик работы с людьми, имеющими РАС // Аутизм и нарушения развития. – 2017. Т. 15. № 4 (57), с. 10-15.
64. Мусийчук М. В. Философское консультирование как направление психотерапии: от «человека привычки» к «человеку воли» // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 6, с. 8.
65. Настольная книга практического психолога / Сост. С.Т. Посохова, С.Л. Соловьева. - М.: АСТ: ХРАНИТЕЛЬ; СПб.: Сова, 2008. - 671 с.

66. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб., 1999. 464 с.
67. Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: Пути помощи. - М.: Теревинф, 2017. 288 с.
68. Овчарова Р.В. Технологии формирования осознанного родительства: Учебно-методическое пособие. - М.: ТЦ «Сфера», 2006. – 309 с.
69. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. – 192 с.
70. Поддельская Я. Г. Особенности психологического консультирования родителей детей с ранним детским аутизмом // Научно-техническое и экономическое сотрудничество стран АТР в 21 веке: тр. Всерос. молодежной науч.-практ. конф. с междунар. участием 23-25 апреля 2013 г. / ДВГУПС; под ред. А. Ф. Серенко. - Хабаровск: Изд-во ДВГУПС. – 2013. Т.2, с. 235-240.
71. Подоплелова О.Н. Психологическая помощь родителям детей с тяжелыми психическими или органическим расстройствами.// Аутизм и нарушения развития. 2008. № 4, с. 60-63.
72. Поливанова К.Н. Современное родительство как предмет исследования // Психологическая наука и образование, 2015. Том 7. № 3, с. 1–11.
73. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – 2-е доп. перераб. изд. – СПб.: Питер, 2002. – 1019 с.
74. Работа с родителями: Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / Под ред. Дж. Циантиса, СБ. Ботиуса, Б. Холлерфорс, Э. Хорн, Л. Тишлер. Пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2006. — 196 с.
75. Радостева А. Г. Родительство как психологическое явление. Факторы, влияющие на его формирование // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2013. №1. URL:

- <https://cyberleninka.ru/article/n/roditelstvo-kak-psihologicheskoe-yavlenie-factory-vliyayusche-na-ego-formirovanie> (дата обращения: 20.09.2019).
76. Романова Е. С., Гребенников Л. Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика - г. Мытищи, Издательство «Талант», 1996 г. — 144 с.
77. Рубинштейн С. Л. Человек и мир. – СПб.: Питер, 2012. – 224 с.
78. Рылова С. Г. Консультирование родителей: преодоление кризисов на основе деятельностного подхода // Научный диалог. 2012. №11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/konsultirovanie-roditeley-preodolenie-krizisov-na-osnove-deyatelnostnogo-podhoda> (дата обращения: 13.10.2019).
79. Сайфутдинова, Л. Р. Использование шкалы Вайнленд при диагностике больных аутизмом и синдромом Аспергера (по материалам зарубежной печати) / Л. Р. Сайфутдинова // Аутизм и нарушения развития. – 2003. – №2, с. 51-57.
80. Скробкина О.В. Проблемы социальной адаптации детей с аутизмом // Аутизм и нарушения развития. 2009. №2, с. 21-26.
81. Солондаев В.К., Конева Е.В., Лясникова Л.Н. Узнавание своего психического состояния родителями детей-пациентов // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2, с. 64-82.
82. Феррой Л.М., Панюшева Т.Д. Понять, чтобы помочь (из опыта работы с родителями) // Аутизм и нарушения развития. 2011. Том 9. № 3. С. 30–39.
83. Франкл В. Доктор и Душа: от психотерапии к логотерапии. – М.: Корвет, 2016. – 138 с.
84. Франкл В. Сказать жизни «Да!»: Психолог в концлагере / Виктор Франкл; Пер. с нем. – 7-е изд. – М.: Альпина нонфикшн, 2016. – 239 с.
85. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность. Теории, упражнения, эксперименты / Пер. с англ. СПб.: Прайм – ЕВ – РОСЗНАК, 2004. – 608 с.

86. Халкола У. «Спектрокарты». Краткое методическое руководство по применению в психотерапии и психологическом консультировании / У. Халкола, А.И. Копытин. – СПб.: Речь. 2014. – 80 с.
87. Хейзинга, Й. Homo Ludens : статьи по истории культуры: сборник/ Й. Хейзинга ; пер., сост., авт. предисл. Д. В. Сильвестров, авт. примеч. Д. Э. Харитонович. - М.: Прогресс-Традиция, 1997. - 416 с.
88. Хеллингер Б. Порядки помощи. – М.: Институт консультирования и системных решений. 2006. – 242 с.
89. Хигасида Н. Почему я прыгаю: Внутренний мир 13-летнего мальчика с аутизмом / Наоки Хигасида; пер. с англ. Е. Лисовской; предисл. Д. Митчела. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. – 192 с.
90. Хотылева Т. Ю., Розенблюм С. А. Иллюзии инклюзии: типичные ошибки родителей детей с РАС. Из опыта инклюзивной школы // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3, с. 48 - 53.
91. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 208 с.
92. Хьелл Л. А. и Зиглер Д. Дж. Теории личности. Основные положения, исследования и применение. – СПб.: Питер, 2019. – 608 с.
93. Черенёва Е.А., Володенкова Е.А. Влияние детско-родительских отношений на проявления агрессивного поведения у детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра: монография / Краснояр.гос.пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2018. – 172 с.
94. Черенёва Е.А., Елтышева Н.В. Влияние детско-родительских отношений на развитие коммуникации у детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра: монография / Краснояр.гос.пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2018. – 196 с.
95. Чурсинова О.В. Метафорические ассоциативные карты как эффективный инструмент педагога-психолога в работе с девиантными подростками.//

- Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2019. № 8-1, с. 140-145.
96. Шадрина С. С. Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с РАС // магистерская диссертация // КГПУ 2017
97. Швецова Е.А. Феномен аутизма. Симптоматика отсутствия другого в свете феноменологической философии // Вестник угроведения. 2011. №3 (6). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-autizma-simptomatika-otsutstviya-drugogo-v-svete-fenomenologicheskoy-filosofii> (дата обращения: 19.10.2018).
98. Шнейдер Л. Б. Пособие по психологическому консультированию: Учебное пособие. — М.: Ось-89, 2003. — 272 с.
99. Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность: Монография. М.: МОСУ, 2001 г. - 272 с.
100. Шутценбергер А. А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. Пер. с франц. И.К. Масалков. — М.: Психотерапия, 2011. — 256 с.
101. Юнг К.Г. Конфликты детской души / пер. с нем. — М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2017. — 336 с.
102. Юханссон И. Особое детство; пер. со швед. О. Б. Рожанской.- 4-е изд. — М.: Теревинф, 2014. — 157 с.
103. Ярошевич Л.П. Групповое консультирование как форма психологической помощи родителям, воспитывающим детей с нарушениями в развитии // магистерская диссертация // КГПУ 2013
104. Ясперс К., Общая психопатология. М.: Практика, 1997. — 1056 с.
105. Early childhood autism / Ed.: L. Wing. — 2-nd ed. — Oxford: Pergamon Press, 1976. — 342 pp.

106. Garbarino, J., Stott F.M. What children can tell us: eliciting, interpreting, and evaluating information from children. SanFrancisco, CA: Jossey-Bass, Inc., 1989. – 373 pp.
107. Nason, B. The Autism Discussion Page on the core challenges of autism: A toolbox for helping children with autism feel safe, accepted, and competent // XX, 2014. – 386 pp.
108. Frith U. Autism: explaining the enigma. – Oxford: Blackwell, 1989. – 204 pp.
109. <https://www.facebook.com/groups/autismparentsandpro/>
110. <https://www.facebook.com/groups/cpaut/>
111. [https://www.youtube.com/watch?v=5x7\\_immUmuk](https://www.youtube.com/watch?v=5x7_immUmuk)

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

Форма карты наблюдений для определения эмоционально-психологического состояния родителя.

Внешние признаки проявления эмоционального состояния родителя	1	2	3	4	5
<p>Телесные проявления:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- стремление занять место в пространстве (меньше/больше)</li> <li>- наличие видимого телесного тонуса (слабый- обвисшие плечи /сильный- расправленная осанка)</li> <li>- наличие ярковыраженных напряжений в теле или расслабленность (п/р)</li> <li>- проявление движений: свобода/скованность</li> <li>- статичность позы или ерзание на месте</li> </ul>					
<p>Дыхание:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- спокойное, ровное глубокое</li> <li>- поверхностное, прерывающееся</li> </ul>					
<p>Речевые проявления:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие штампов, характерных высказываний, безопеляционных утверждений,</li> <li>- частое присутствие в речи отрицания, слова «нет»</li> <li>- выраженная острота симпатий и антипатий</li> <li>- многословие, избыточная речь,</li> <li>- звучание голоса и интонации (спокойные, громкие, детские, тихие)</li> </ul>					
<p>Коммуникативные особенности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Открытость/закрытость - контакт глазами во время диалога/ избегание контакта,</li> <li>- позиция в общении: (активная /пассивная /стремление к доминированию /противоречивая)</li> </ul>					

Схема диагностического интервью.



Незаконченные предложения:

1. Как родитель я .....
2. Мой ребенок для меня .....
3. Я всегда замечал(а) , что он(а) .....
4. Когда я думаю о своем ребенке, то .....
5. По сравнению с другими детьми его/ее возраста .....
6. Я могу гордиться тем, что .....
7. Мне интересно .....
8. Мой ребенок не очень силен (сильна) в .....
9. Когда мы с ним/ней бываем среди других детей .....
10. Мне нравится в характере моего ребенка .....
11. Я бы хотел(а), чтобы мой ребенок .....
12. Я боюсь, что .....
13. Мой ребенок достаточно способен, чтобы .....
14. Я всегда мечтал(а) о том, чтобы .....
15. Мне бы хотелось больше уделять внимания .....
16. Хотелось, чтобы он/она перестал(а) ..
17. Он/она предпочитает ... ..
18. Я очень раздражаюсь, когда ... ..
19. Самое трудное, что я пережил(а) это .....
20. Больше всего мне нравится, когда .....
21. Я отдыхаю .....
22. Я злюсь, когда .....
23. Самое приятное для меня .....
24. Когда речь заходит о моей жизни, я обычно .....
25. Я смеюсь, когда .....
26. Мои отношения с ребенком можно назвать .....

**Скорректированный опросник по четырем шкалам методики Вайнленд  
(в применяемом варианте 5 блоков)**

<b>Коммуникативные навыки (20)</b>				
	Да (3)	Нет (0)	Иногда (1)	Часто (2)
Ребёнок знает своё имя?				
Ребёнок может реагировать на произнесённые слова «Нельзя», «Стоп»				
Ребёнок может выполнить некоторые команды				
Ребёнок может объяснить, что ему нужно				
Может поддержать разговор				
Может сказать два слова подряд				
Может сказать три слова подряд				
Может задавать вопросы				
Может осмыслить сказанное				
Знает более 9 слов				
Может построить предложение из четырёх слов и более				
Коммуникативные навыки ребёнка нормальны				
Ребёнок не боится незнакомых людей				
Может первый начать разговор				
Если вы показываете ребёнку предмет, он смотрит на него?				
Ребёнок интересуется другими детьми?				
Когда вы улыбаетесь ребёнку, он улыбается в ответ?				
Смотрит ли вам в глаза ребёнок				
Ребёнок понимает, что вы ему говорите?				
Умеет ли читать				
Сумма баллов:				
<b>Повседневные житейские навыки (20)</b>				
	Да (3)	Нет (0)	Иногда (1)	Часто (2)
Ребенок может сам одеться				
Сам чистит зубы				
Может собрать игрушки				
Проявляет инициативу				
Проявляет воображение				
Осознает опасность				
Правильно играет с игрушками				
Осознает окружающую среду				
Может смотреть телевизор				
Смотрит на людей, животных				
Смотрит на картинки				
Умеет раскрашивать				
Умеет завязать себе шнурки				

Может пользоваться телефоном				
Может сходить сам в магазин за хлебом				
Умеет вести себя на улице				
Может убрать в комнате				
Помыть за собой посуду				
Приготовить яичницу				
Ориентируется на улице				
Сумма баллов:				
<b>Социализация (20)</b>				
	Да (3)	Нет (0)	Иногда (1)	Часто (2)
Замечает других людей				
С ним есть зрительный контакт				
Реагирует на обращения других				
Ребёнку не нравится одиночество				
Он всегда здоровается первым				
У него есть привязанности к взрослым				
Ребёнок очень контактен с окружающими				
Всегда слушает родителей				
Редко испытывает гнев				
Любит участвовать в совместной деятельности				
Понимает чувства других людей				
Любит похвалу				
У ребёнка много друзей				
Реагирует на уход родителей				
Эмоционален				
Умеет хранить секреты				
Контролирует собственное поведение				
Может имитировать, подражать				
Умеет делиться с другими				
Дружелюбен				
Сумма баллов:				
<b>Моторные навыки (9)</b>				
	Да (3)	Нет (0)	Иногда (1)	Часто (2)
Может ли ребёнок концентрироваться на определённых предметах				
Может ли выполнять физические упражнения				
Может играть с мячом				
Ему нравятся подвижные игры				
Может лепить из пластилина фигурки				
Проявляет игровую активность				
Есть ли у него потребность в разнообразии				
Быстро засыпает				
Чувствителен к боли				
Сумма баллов:				

<b>Реакции, связанные с РАС (11)</b>				
	Да (0)	Нет (3)	Иногда (2)	Часто (1)
Ребенок гиперактивен				
Присутствуют стереотипные интересы				
Присутствует постоянное чувство страха				
Повторяющиеся движения				
Бывают ли припадки				
Ребёнок гиперчувствителен к звукам				
Проявляет агрессию				
Ребёнку присуща постоянная возбужденность				
У ребёнка присутствует навязчивая речь, эхоталии				
Бывает апатия				
Бывает подавлен, плаксив				
Сумма баллов:				
<b>Итого по 5м блокам:</b>				



## Инструкция по заполнению и обработка результатов теста

Утверждения сравниваются попарно между собою: первое утверждение сравнивается со вторым, потом первое утверждение с третьим и т.д. Результаты вписываются в колонку 1 столбца. Если при сравнении первого утверждения со вторым предпочтительным для себя клиент выбирает второе, то в начальную клеточку вписывается цифра 2. Если же предпочтительным окажется первое утверждение, то - цифра 1. Так делается при каждом сравнении.

Далее аналогичные операции производятся со вторым утверждением: оно сравнивается сначала с третьим, потом с четвертым и т.д. Подобное сравнение производится последовательно с каждым следующим утверждением, выбранный приоритетный номер указывается в бланке. Каждое сравнение пар производится после проговаривания «Я хочу...»

После заполнения бланка полностью, подсчитывается, сколько раз в бланке встречается каждое утверждение. Полученные суммы вписываются в пустые места таблицы под номерами в самом низу каждого столбца. Эти операции дают возможность определить предпочтение по всем утверждениям. Далее подсчитываются суммы баллов по пяти шкалам:

I шкала	Материальное положение	Подсчитывается сумма по позициям 4, 8, 13
II шкала	Потребность в безопасности	Подсчитывается сумма по позициям 3, 6, 10
III шкала	Потребность в межличностных связях	Подсчитывается сумма по позициям 2, 5, 15
IV шкала	Потребности в уважении со стороны	Подсчитывается сумма по позициям 1, 9, 12
V шкала	Потребность в самореализации	Подсчитывается сумма по позициям 7, 11, 14

Завершающая процедура - построение профиля удовлетворенности потребностей по пяти шкалам. Полученные выше суммы отмечаются на каждой шкале. На графике указаны три зоны:

Полная удовлетворенность – 0-13 баллов

Частичная удовлетворенность – 13-26 баллов

Полная неудовлетворенность – 26-39 баллов

39				
26				
13				
<b>1 (4+8+13)</b>	<b>2 (3+6+10)</b>	<b>3 (2+5+15)</b>	<b>4 (1+9+12)</b>	<b>5 (7+11+14)</b>

Таблица 1 - Результаты первичной диагностики родителей по компонентам психологической зрелости

Компонент психологической зрелости	Методики оценки критерия	Родитель 1	Родитель 2	Родитель 3	Родитель 4	Родитель 5
1	2	3	4	5	6	7
1. Мировоззренческий	Диагностическое интервью	<p>Чувствует свою обязанность развивать ребенка, проявляет любовь к ребенку, принимает ребенка спокойно. Консультируется с врачами и другими специалистами, надеется на их помощь.</p> <p>Соответствие верхней границе СРЕДНЕГО уровня (С4)</p>	<p>Воспринимает ситуацию как тяжелую, не доволен судьбой и обстоятельствами, принимает свою обязанность по воспитанию ребенка, испытывает раздражение в связи со сложными отношениями с сыном.</p> <p>Соответствие верхней границе НИЗКОГО уровня (Н2)</p>	<p>Чувствует с ребенком особую связь. Нацелена на установление контакта. Понимает «язык» тела ребенка и невербальных форм коммуникации.</p> <p>Согласна со своей судьбой.</p> <p>Соответствие нижней границе ВЫСОКОГО уровня (В5)</p>	<p>Принимает ситуацию как долг, обязанность, проявляет заботу о ребенке, изучает возможные причины ситуации. Допускает влияние семейных отношений на состояние ребенка. Надеется на помощь специалистов.</p> <p>Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)</p>	<p>Проявляет любовь к ребенку, изучает и анализирует возможные причины и смыслы ситуации. Находит развивающий смысл в происходящем. Надеется на помощь специалистов и специализированных сообществ.</p> <p>Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)</p>

1	2	3	4	5	6	7
2. Когнитив- ный А	Диагно- стическое интервью	Досконально в понятии РАС не ориентирована. Интуитивно обес- покоена состоянием ребенка: отсутствием речи, замкнутостью и сложностями, обозначенными в запросе. Имеет представление о возможности развития речи и других форм адаптации ребенка. Соответствие верхней границе СРЕДНЕГО уровня (С4)	Частично имеет представления о формах абилитации и адаптации ребен- ка и возможности психологической помощи в специа- лизированных центрах. Обладает отрывочными знаниями об аутизме и его проявлениях. Обеспокоен состо- янием ребенка и его несоответствием нормам развития. Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)	Хорошо осведом- лена о признаках проявлений РАС у ребенка, знакома с различными аспек- тами их проявле- ний. Владеет информацией о местах, способах и специалистах по оказанию услуг абилитации ребенка. Принимает фактическую сложность исправления ситуации. Соответствие нижней границе ВЫСОКОГО уровня (В5)	Обладает доста- точными знаниями о проявлениях РАС у сына. Обеспокоена состоянием ребенка, его импульсивным поведением и непослушанием. Имеет представления о формах абилитации и адаптации ребенка и возможности психологической помощи. Соответствие верхней границе СРЕДНЕГО уровня (С4)	Знания о РАС неполные. Беспокойство за ребенка связано с истерическим поведением, страхом усугубления ситуации. Представления о формах коррекции частичные, рассматривает возможность психологической помощи специали- стов. Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7
3. Когнитив- ный Б	Карта наблюдений	Спокойный тихий голос, скованность, закрытость, ослабленный тонус, пассивная позиция	Закрытая поза, напряжение в теле, статичность позы, отрицания в речи, наличие штампов	Открытость, спокойное дыхание, расслабленность, спокойные интонации	Активная позиция, стремление занять больше места, доминирование, учащенное дыхание	Детские интонации, многословие, симпатии и антипатии напряжение в теле, ерзание на месте
	Диагностическое интервью	Присутствует адекватное восприятие родительской функции, допускается незнание некоторых моментов в воспитании, беспокойства и переживание за ребенка. Мнение о себе подвержено влиянию социума. Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)	Испытывает вину за ситуацию, ограничивает себя в личных интересах. Восприятие себя и своих перспектив в жизни связано с состоянием ребенка.  Соответствие верхней границе НИЗКОГО уровня (Н2)	Адекватно принимает свои чувства как родителя необычного ребенка. Испытывает больше радости от родительства, чем противоположных чувств. Разделяет себя и ребенка. Вопрос будущей перспективы остается открытым. Соответствие нижней границе ВЫСОКОГО уровня (В5)	Воспринимает свою задачу в обучении ребенка и приучению его к нормам поведения. Преимущественно адекватное восприятие себя как родителя, живо реагирующего на ситуацию. Подвержена влиянию оценки социума относительно ребенка. Соответствие верхней границе СРЕДНЕГО ур.(С4)	Понимает и принимает свою родительскую неопытность, и большой объем беспокойства. Готова противостоять мнению социума или близлежащего окружения.  Соответствие верхней границе СРЕДНЕГО уровня (С4)

## Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7
	Карта наблюдений	Спокойный тихий голос, скованность, закрытость, ослабленный тонус, пассивная позиция	Закрытая поза, напряжение в теле, статичность позы, отрицания в речи, наличие штампов	Открытость, спокойное дыхание, расслабленность, спокойные интонации	Активная позиция, стремление занять больше места, доминирование, учащенное дыхание	Детские интонации, многословие, симпатии и антипатии напряжение в теле, ерзание на месте
4. Эмоциональный	Диагностическое интервью	<p>Чувствуется закрытость, легкая тревожность и отстраненность, при ответе на вопросы. Злость блокирована.</p> <p>Соответствие верхней границе НИЗКОГО уровня (Н2)</p>	<p>Хорошо ориентирован в повседневных действиях, испытывает смешанные чувства, страх за свою жизнь.</p> <p>Чувствует злость, раздражение и в некоторой степени беспомощность.</p> <p>Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)</p>	<p>Просто любит ребенка. Осознает ситуацию. Адекватно оценивает свои возможности. Справляется с посильной адаптацией ребенка к окружающей среде. Нуждается в дополнительных эмоциональных ресурсах.</p> <p>Соответствие нижней границе ВЫСОКОГО уровня (В5)</p>	<p>Ориентирована в задачах повседневной жизни, испытывает беспокойство за будущее ребенка, за его поведение и свою ответственность. Проявляет строгость и требовательность к ребенку.</p> <p>Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)</p>	<p>Осознает ситуацию, испытывает страх и беспокойство за поведение ребенка, смешанные чувства – любви и беспомощности.</p> <p>Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)</p>

## Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7
4. Эмоциональный (продолжение)	Рисунок «Я и мой ребенок»	Не прорисованы черты лица у собственной фигуры, грустное выражение глаз, разворот головы «от ребенка», двойной контур своей фигуры. Проявление печали в процессе рисования.	Своя фигура внизу листа, в направлении избегания ситуации, прорисована не четко, пропорционально меньше фигур детей. Рисунок изображен простым карандашом. Линии схематичные, не яркие.	Центральный элемент – сердце, прорисована связь с ребенком на образном уровне, рисунок наполнен яркими красками.	Рисунок выполнен формально, неяркими цветами, фигуры пропорциональны, ноги у фигур прорисованы не четко, что свидетельствует о недостаточности опоры.	В рисунке прорисована тесная связь с ребенком, возраст ребенка не соответствует фактическому.
5. Поведенческий	Карта наблюдений	Спокойный тихий голос, скованность, закрытость, ослабленный тонус, пассивная позиция	Закрытая поза, напряжение в теле, статичность позы, отрицания в речи, наличие штампов	Открытость, спокойное дыхание, расслабленность, спокойные интонации	Активная позиция, стремление занять больше места, доминирование, учащенное дыхание	Детские интонации, многословие, симпатии и антипатии напряжение в теле, ерзание на месте
	Диагностическое интервью	Частично совершает шаги помощи ребенку. С людьми общается выборочно и осторожно.	Прикладывает силы для адаптации ребенка, иногда забывая о собственном благополучии.	Принимает меры по адаптации ребенка, требующие большой отдачи.	Непослушание сына связывает с его эгоизмом, дистанцируется от ребенка в его неудачах	Проявляет старание в понимании ребенка, иногда забывая о собственном благополучии.

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7
5. Поведен- ческий (продол- жение)	Диагност ическое интервью (продол- жение)	Изучает законно- дательство, свои права и права ребенка. Придерживается своих установок, относительно причин возникнове- ния РАС у ребенка. Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)	Получает государ- ственную поддерж- ку развития и содержания ребенка. С людьми общается выборочно.  Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)	Получает государ- ственную поддерж- ку развития и содержания ребенка. Активно защищает свои установки, мнения и убеждения относительно отношения к детям с РАС. Соответствие верхней границе СРЕДНЕГО уровня (С4)	Ответственность за развитие ребенка предоставляет в ведение специалис- тов специализиро- ванных учрежде- ний. Наказывает его за непослушание Эмоционально «замораживается». Соответствие верхней границе НИЗКОГО уровня (Н2)	С людьми общается выборочно. Активно защищает свои установки, мнения и убеждения отно- сительно ребенка. Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)
6. Практичес кий: контакт с ребенком	Рисунок «Я и мой ребенок»	Разворот головы фигуры мамы «от ребенка», погруженность в свои чувства.	Ребенок изображен за забором, фигура отца пропорционально меньше.	Эмоциональный подъем при выполнении рисунка связь на образном уровне.	Рисунок выполнен формально, без проявления чувств. Фигуры пропорциональны.	Фигура ребенка не соответствует фактическому возрасту. Мама ее держит на руках.

Продолжение таблицы

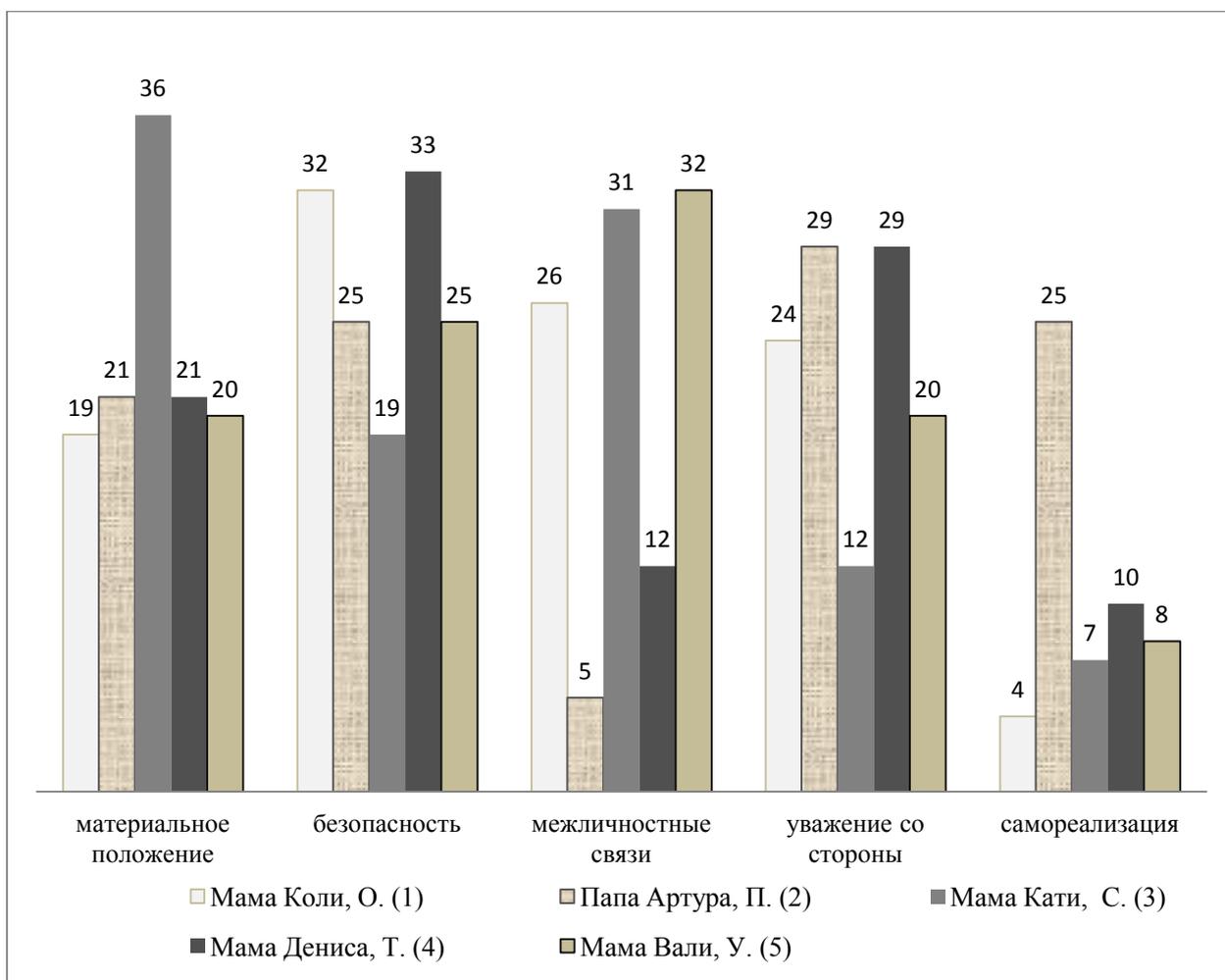
1	2	3	4	5	6	7
6. Практический: контакт с ребенком (продолжение)	Диагностическое интервью	Родитель часто передает взаимодействие с ребенком бабушке, не всегда понимает, чего хочет ребенок, стыдится и боится его недостаточно развитых навыков. Соответствие верхней границе НИЗКОГО уровня (Н2)	Определены ситуативные усталость и раздражение родителя от поведения ребенка. Описание предыдущего опыта свидетельствует об активности родителя в организации взаимодействия. Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)	Родитель понимает нужды ребенка, понимает его знаки, просьбы невербального характера, за редким исключением особых проявлений дискомфорта или стереотипных действий. Соответствие нижней границе ВЫСОКОГО уровня (В5)	Родитель старается, проявляет активность в обучении ребенка. Использует формы, не совсем понятные ребенку, раздражается. Соответствие нижней границе СРЕДНЕГО уровня (С3)	Родитель старается, проявляет активность во взаимодействии. Не всегда понимает причины поведения ребенка, расстраивается, теряет силы. Ребенок хорошо говорит. Соответствие верхней границе СРЕДНЕГО уровня (С4)
Общий уровень		Средний (18)	Средний (16)	Высокий (29)	Средний (19)	Средний (20)



Таблица 2 - Результаты оценки актуального состояния детей по модифицированной шкале «Вайнленд»

Модификация параметров методики Вайнленд	Ребенок, возраст				
	<b>1 4,5 г.</b>	<b>2 6 л.</b>	<b>3 5 л.</b>	<b>4 7 л.</b>	<b>5 3,5 г.</b>
<b>Коммуникативные навыки</b>					
Ребёнок знает своё имя.	3	3	3	3	3
Ребёнок может реагировать на произнесённые слова «Нельзя», «Стоп»	3	2	3	3	1
Ребёнок может выполнить некоторые команды	3	3	3	3	3
Ребёнок может объяснить, что ему нужно	1	2	3	3	3
Может поддержать разговор	0	1	0	1	3
Может сказать два слова подряд	3	1	0	1	3
Может сказать три слова подряд	1	1	0	0	3
Знает более 9 слов	2	3	0	3	3
Может задавать вопросы	1	1	0	1	3
Может осмыслить сказанное	2	1	0	1	3
Может построить предложение из четырёх слов и более	0	0	0	0	3
Коммуникативные навыки ребёнка нормальны	2	1	0	0	1
Ребёнок не боится незнакомых людей	0	3	3	3	3
Может первый начать разговор	1	0	0	1	3
Если вы показываете ребёнку предмет, он смотрит на него?	3	2	1	2	3
Ребёнок интересуется другими детьми?	1	1	1	3	3
Когда вы улыбаетесь ребёнку, он улыбается в ответ?	1	1	1	0	3
Смотрит ли вам в глаза ребёнок	1	1	1	3	3
Ребёнок понимает, что вы ему говорите?	3	2	3	3	3
Умеет ли читать	0	0	0	0	0
<b>Сумма баллов по коммуникативным навыкам, максимум = 60</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>34</b>	<b>53</b>
<b>Сумма баллов по повседневным житейским навыкам, максимум = 60</b>	<b>23</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>48</b>	<b>35</b>
<b>Сумма баллов по шкале социализация, максимум = 60</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>34</b>	<b>37</b>
<b>Сумма баллов по моторным навыкам, максимум = 27</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>25</b>
<b>Сумма баллов «Реакции, связанные с РАС», подсчет от обратного, максимум = 33</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
<b>Итоговая сумма баллов, максимум = 240</b>	<b>115</b>	<b>136</b>	<b>124</b>	<b>161</b>	<b>172</b>
<b>Итого в %</b>	<b>48%</b>	<b>57%</b>	<b>52%</b>	<b>67%</b>	<b>72%</b>

Диаграмма выраженности доминирующих потребностей родителей



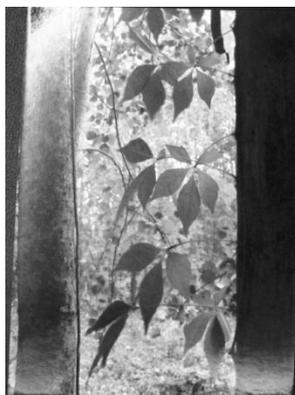
## Приложение В.4

Комбинации МАК, выбранные родителями на этапе работы с ресурсами и выработкой решения, колоды «Спектрокарты» и «ОН».

Родитель 1:



Родитель 2. К.1:



Родитель 2. К.2:



Родитель 3:



Родитель 4. К. 1:



Родитель 4. К.2:



Родитель 5. К.1:



Родитель 5. К.2:

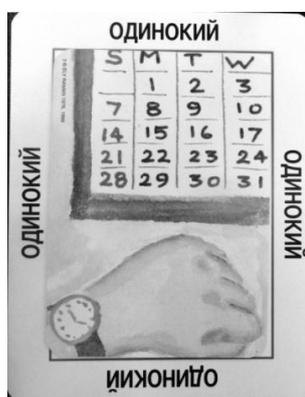


Таблица 3 - Определенные диагностическим путем уровни психологической зрелости консультируемых родителей до и после проведенного консультирования

Компонент психологической зрелости	Родитель 1		Родитель 2		Родитель 3		Родитель 4		Родитель 5	
	до	после								
1. Мироз-зренческий компонент.	С 4	С 4	Н 2	С 3	В 5	В 5	С 3	С 4	С 3	С 3
2. Когнитивный компонент А.	С 4	В 5	С 3	С 3	В 5	В 5	С 4	В 5	С 3	С 4
3. Когнитивный компонент Б.	С 3	С 4	Н 2	С 4	В 5	В 6	С 4	С 4	С 4	С 4
4. Эмоциональный компонент.	Н 2	С 3	С 3	С 4	В 5	В 6	С 3	С 4	С 3	С 4
5. Поведенческий компонент.	С 3	С 4	С 3	С 3	С 4	В 5	Н 2	С 3	С 3	С 4
6. Практический компонент.	Н 2	С 3	С 3	С 4	В 5	В 5	С 3	С 4	С 4	В 5
Суммарная оценка, баллы	18	23	16	21	29	32	19	24	20	24
Общий уровень	С*	С	С	С	В	В	С	С	С	С

- - суммарная оценка общего уровня психологической зрелости соответствует: от 6 до 15 – низкому уровню,  
от 16 до 26 – среднему уровню,  
от 27 до 36 – высокому уровню.