



## **МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

---

### **МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**



УЧРЕЖДЕНИЕ «SDU UNIVERSITY»

**А.Валиева, Л.Кожгельдиева, Л.Кошербаева,  
С. Жорабек**

**МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ  
И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ЛИЦ,  
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА ДЕТЬМИ  
С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО  
СПЕКТРА**

Методическое пособие

Каскелен, 2024

УДК 376

ББК 74.3

В 86

**Рецензенты:**

Багиярова Ф.А. – к.м.н., асс.профессор, и.о. профессора кафедры коммуникативных навыков Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова.

Ертарғынқызы Д. – PhD педагогических наук, ассистент профессора SDU University.

**Авторы:**

Валиева А., Кожажельдиева Л., Кошербаева Л., Жорабек С.

«Ментальное здоровье и психологическая поддержка лиц, осуществляющих уход за детьми с расстройством аутистического спектра». Методическое пособие – Каскелен, Учреждение «SDU University», 2024. – 162 с.

Вклад авторов: Валиева А.Б. – 60 с., Кожажельдиева Л.Х. - 9 с., Кошербаева Л.К. - 9 с., Жорабек С. - 9 с.

В методическом пособии представлен анализ психологической адаптации родителей в ситуации принятия особенностей развития ребенка с расстройством аутистического спектра (РАС), а также методов психологической поддержки данной категории клиентов. Предлагаемый в пособии материал может быть полезен для психологов, социальных работников, педагогов-психологов, психотерапевтов, неврологов, патронажных медсестер, специализирующихся в вопросах консультативно-коррекционной и профилактической помощи родителям детей с РАС и формировании у них конструктивных способов социально-психологической адаптации в изменившихся условиях жизнедеятельности семьи.

Рекомендовано к изданию Ученым советом Учреждения «SDU University» (протокол №16 от 24 июня 2024г.).

Данное исследование финансируется Комитетом науки Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан в рамках проекта: BR18574199 «Интеграция детей с расстройством аутистического спектра в социально-образовательную среду на основе всесторонней поддержки: вызовы и преимущества».

ISBN 78-601-08-4250-2

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	5
<b>1. О РОДИТЕЛЯХ</b>	8
1.1 Общая характеристика семьи, воспитывающей ребенка с расстройством аутистического спектра	8
1.2 Проблема принятия родителями особенностей развития ребенка	22
1.3 Типы психологического реагирования родителей на психическое расстройство ребенка	31
1.4 Трудности, с которыми сталкиваются родители ребенка с расстройством аутистического спектра	39
1.5 Позитивный опыт семей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра	43
<b>2. О ДЕТЯХ</b>	55
2.1. Признаки детского аутизма	55
2.2 Сценарии формирования раннего детского расстройства аутистического спектра	61
2.3 Сложности ребенка с расстройством аутистического спектра на начальном этапе обучения в школе	71
<b>3. О ПОДДЕРЖКЕ</b>	78
3.1 Истории родителей: анализ кейсов	78
3.2 Характеристика методов психологической поддержки родителей детей с расстройством аутистического спектра	93
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	122
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</b>	125
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	142

## **ВВЕДЕНИЕ**

Расстройство аутистического спектра (РАС) как направление медицинских и психологических исследований стало актуально с конца прошлого столетия. РАС – это нарушение нервного развития, который характеризуется повторяющимися моделями поведения, интересов, деятельности и проблем в социальных взаимодействиях [1]. По данным систематического обзора (2022) глобальная распространенность РАС варьируется внутри и между регионами, где в среднем РАС выявляется у 100 из 10 000 человек (диапазон: от 1,09/10 000 до 436,0/10 000), а также среднее соотношение мужчин и женщин составило 4,2.

В последние годы исследования в данной области привлекают все больше внимания со стороны разных систем и имеют важные последствия как для общественного здравоохранения, так и для общества в целом. Однако, наблюдается недостаточность исследований, изучающих опыт опекунов или родителей детей РАС в воспитании ребенка, а также их психологических потребностей [2]. В связи с этим, многие психологические методы поддержки родителей ребенка с РАС апробируются в полевых условиях и только в последнее время приобретают научную основу. Исследования показывают, что среди психологических проблем родители детей с РАС отмечают чаще всего тревожность, высокий уровень стресса и депрессию. Неудовлетворенные потребности в получении услуг по вопросам психического здоровья родителей детей с РАС могут стать риском психологического, физического и социального благополучия, и повлиять на жизненный цикл семьи и адаптации к новым условиям, а также ставят под угрозу адаптивное функционирование семьи и развитие

ребенка с РАС [3]. Стресс родителей ребенка с РАС представляет большой риск для психологического состояния родителей и качества жизни всей семьи. Часто у родителей развивается «синдром опекуна» («стресс опекуна»), состояние, характеризующееся психоэмоциональным истощением, чувством вины, подавленным гневом, депрессией [4-6]. Эмоциональное выгорание «опекуна» - понятие, часто используемое для описания состояния физического, эмоционального и умственного истощения, которое может сопровождаться изменением отношения от позитивного и заботливого к негативному и безразличному, как следствие необходимости внимания к постоянным требованиям, присущим уходу за зависимым от «опекуна» человеком [7-10].

Стрессовые переживания семьи, имеющей ребенка с РАС, усиливаются в периоды его возрастных кризисов и кризисов взросления его братьев и сестер, а также при переживании кризисов личностного развития самих родителей и критических периодов развития семьи как социальной группы [10-11].

Таким образом, родители детей с РАС сталкиваются с рядом особых вызовов и трудностей, которые требуют специальной поддержки и понимания. Психологическая поддержка родителей детей с РАС является важной частью комплексного подхода оказания помощи данной категории семей. Она является незаменимым инструментом для создания благоприятной и стабильной среды в семье, способствующей психофизическому развитию ребенка с РАС и решению вопросов его социализации и адаптации в обществе.

Данное методическое пособие состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников.

**В первом разделе «О родителях»** представлены психологическая характеристика процесса принятия родителями особенностей развития ребенка с РАС, типология их реагирования на диагноз ребенка и изменившиеся условия их жизни. Также выделены типичные трудности, с которыми сталкивается семья, воспитывающая такого ребенка. Описан позитивный опыт семей, воспитывающих ребенка с РАС.

**Во втором разделе «О детях»** выделены две критические ситуации: формирование аутизма в раннем возрасте и включение ребенка в школьное обучение. Описаны базовые признаки и сценарии развития детского аутизма, на которые должны обращать внимание родители в первые годы жизни ребенка. Выделены основные трудности, которые возникают у ребенка на начальном этапе обучения в школе.

**Во третьем разделе «О поддержке»** рассмотрены современные методы психологической поддержки родителей ребенка с РАС. Анализ историй родителей детей с РАС, представленных в виде кейсов с комментариями, позволит наглядно увидеть особенности переживания родителями ситуаций, обусловленных заболеванием ребенка, а также определить основные направления психологической помощи таким родителям. В разделе предложены основные современные подходы и примеры психотехник, рекомендуемых для работы психолога с данной категорией клиентов.

## Глава 1. О РОДИТЕЛЯХ



### Материалы к чтению

#### **1.1. Общая характеристика семьи, воспитывающей ребенка с расстройством аутистического спектра**

Семья имеет огромную роль в развитии и росте ребенка. Расстройство аутистического спектра (РАС) включает в себя целый ряд нарушений нервного развития, и характеризуется поведенческими и психологическими проблемами у детей. В зависимости от спектра, у каждого ребенка РАС проявляется по-разному [12]. Семейная жизнь семей с ребенком с РАС сталкивается с трудностями по многим причинам и в дальнейшем может привести к тревожности и стрессу у родителей [13,14].

Исследования показали, что поведение ребенка, связанное с симптомами аутизма, является сильным предиктором психологического дистресса у матери [15,16], и что материнские убеждения относительно течения и причины аутизма их ребенка предсказывают психологическое благополучие матери, независимо от уровня функционирования ее ребенка [17]. Тем самым отношение к аутизму является значимым фактором в прогнозировании психологического дистресса матери ( $B = -1,00$ ,  $p < 0,05$ ) [18]. В рамках Проекта «Интеграция детей с расстройством аутистического спектра в социально-образовательную среду на основе всесторонней поддержки: вызовы и преимущества» (Проект) было проведено поперечное исследование среди родителей детей РАС в Казахстане с использованием адаптированного опросника «Шкала родительского благополучия», разработанного

Макконки Р. [19]. Среди опрошенных 327 родителей большинство из них были в возрасте 25–44 лет, более трети состоят в браке, а также являются городскими жителями. Средний балл благополучия всех родителей составил  $52,6 \pm 15,65$  баллов. Высшим аспектом благополучия было удовольствие от ухода за ребенком (в среднем 7,29 баллов из 10) и качество жизни (в среднем 6,87 баллов из 10). Самым низким аспектом благополучия было отличное самочувствие (в среднем 5,97 баллов из 10). Линейная регрессия, показала, что наличие инвалидности у ребенка является важным фактором, влияющим на негативное благополучие родителей детей с РАС. Вторым по значимости предиктором было проживание в сельской местности, связанное с лучшим общим благосостоянием на 5,00 баллов из 10 по сравнению с проживанием в городе (бета = -0,15,  $p = 0,006$ ) [20].

Исследование, проведенное Сара Смит и Ханнах, показала, что при воспитании ребенка с РАС на благосостояние семьи влияет совместное пребывание, отсутствие слишком загруженного дня, стресса, самого аутизма, наличие помощников, таких как друзья, бабушки и дедушки, терапевтов, а также наличие денег для оплаты услуг [21]. В другом исследовании определили, что укрепление связи между матери ребенка с РАС и ее свекрови положительно влияет на функционирование семьи и удовлетворенность жизнью, а также адаптивным поведением ребенка [22].

Анализ существующих исследований и результатов консультирования автором Валиевой А.Б. родителей детей с РАС позволяет выделить следующие психологические особенности, характеризующие функционирование изучаемой семейной системы:

**1. В семьях с ребенком с РАС изменяется функционально-ролевая структура.** В первую очередь

можно выделить гипертрофию функции воспитания ребенка, где на первый план выходит функция ухода и заботы о жизни и здоровье ребенка с РАС. Проведённое нами исследование в рамках Проекта показало, что более 60% родителей детей с РАС претерпели изменения в графике и режиме работы. Так, 25,4 % опрошенных ушли с работы полностью, 18,8% сменили работу, а в общей сложности 23% матерей и отцов стали чаще брать отпуск.

В другом исследовании, которое было проведено в США выявлено, что в среднем матери детей с РАС зарабатывают на 35% меньше, чем матери детей с другим ограничением здоровья, и на 56% меньше, чем матери детей без ограничений по здоровью. В дополнение у матери ребенка с РАС на 6% меньше шансов трудоустроиться, а их трудовая нагрузка в среднем на 7 часов меньше в неделю, чем у матерей детей без ограничений по здоровью. Семейные доходы в семье с ребенком с РАС на 21% меньше, чем у детей с другим ограничением/-и по здоровью, и на 28 % меньше, чем у детей без ограничений по здоровью [23]. Потребность в услугах интенсивной и специальной помощи детям с РАС требует пересмотра жизни родителей, включая их трудовую деятельность [24]. Углубленное изучение карьерной адаптации родителей, имеющих детей с РАС выявило четыре основные темы: травмы/изменения в трудовой жизни после РАС, карьерная адаптация, опыт коронавируса и осведомленность после собеседования. Согласно результатам, было определено следующее - родители испытали травмы/изменения в трудовой жизни после постановки диагноза РАС, в первую очередь. Эту ситуацию можно объяснить тем, что РАС сохраняется на протяжении всей жизни, а дети с аутизмом, в частности, зависят от ухода и потребностей родителей [25]. В данной ситуации чаще всего супруг становится главным «кормильцем» в семье, тогда как супруга вместо

профессиональной карьеры «уходит» в заботы за ребенком с РАС и другими детьми. Кроме того, даже некоторые исследования показали, что родители увольнялись с работы после определения диагноза РАС и начинали работать в области, связанной с РАС [26]. Данная тенденция также наблюдается и в Казахстане, где родители, чаще матери, строят свою карьеру в сфере оказания услуг детям с РАС.

С точки зрения теории построения карьеры [27], карьерная адаптируемость определяется как «ресурсы человека для решения текущих и ожидаемых задач, переходов и травм в их профессиональных ролях, которые в некоторой степени велики или маленькие, изменяют свою социальную интеграцию [28]. Карьерная адаптивность, как многомерная конструкция, имеет четыре основных компонента и представлена на Рисунке 1.



Рисунок 1. Карьерная адаптивность [29,30,31]

Тем самым стремление к будущему, настойчивость, принятие карьерных решений, поиск карьеры сопровождаются некоторыми ожиданиями, такими как высвобождение большего свободного времени, повышение дохода и гибкость в графике работ, а также приобретение/развитие навыков преодоления трудностей, связанных с РАС. *Результаты отмечают необходимость вмешательств для развития позитивного видения будущего, навыков самоисследования, принятия решений и адаптации к изменениям в карьере у родителей детей с РАС, в том числе и навыков преодоления карьерных барьеров и трудностей [32].*

**2. Изменение жизнедеятельности всех членов семьи.** Родители детей с РАС чаще всего находятся в состоянии тревожности и стресса, которое связано с чувством беспомощности, высокого уровня эмоциональной, физической, финансовой напряженности [33]. В таблице 1 представлены результаты систематического обзора и мета-анализа, проведенного Александром Шнабель [34] и его коллегами, где представлены оценки распространенности психологических расстройств у родителей детей с РАС.

Таблица 1. Доля родителей детей с РАС в клиническом диапазоне психологических расстройств.

	Количество исследований и пациентов	Выявлено расстройств при объединенном пропорции	Предполагаемая глобальная распространенность среди населения в целом
1	2	3	4

1	2	3	4
Депрессивные расстройства	28 (N = 4415)	31% (95% ДИ= [24%, 38%])	4.4% [35]
Тревожные расстройства	17 (N = 2442)	33% (95% ДИ = [20%, 48%])	3.6%
Обсессивно-компульсивное расстройство	3 (N = 145)	10% (95% ДИ= [1%, 41%])	1,9% среди населения Австралии и 1 % США (данных по миру не было) [36,37]
Расстройства личности	2 (N = 767)	4% (95% ДИ = [8%, 22%])	6.1% (по данным межнациональных оценки) [38]
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя и психоактивных веществ	2 (N = 767)	2% (95% ДИ = [1%, 4%])	5.1% среди населения Австралии
Расстройства шизофренического спектра	2 (N = 767)	1% (95% ДИ = [2%. 5%])	1.4%

Также, у родителей детей с РАС наблюдается чувство страха или фрустрация значимых потребностей каждого члена семьи и семьи в целом; выработка новых внутренних

и внешних границ семьи, определяющих нормы и правила взаимодействия внутри семьи и за ее пределами и подчиняющих жизнь всех членов семьи задаче преодоления заболевания и его следствий. Увеличение возраста ребенка связано с увеличением родительской тревожности, это означает, что опыт воспитания взрослого ребенка с РАС несет в себе уникальные проблемы и последствия для симптомов депрессии и тревоги [39,40].

**3. Неопределенность жизненной перспективы либо негативный прогноз на будущее семьи.** Результаты исследования, проведенного среди 970 семей, показали, что большинство родителей в процессе лечения ребенка с РАС применяют несколько подходов к лечению, однако они могли прекратить лечение, не имеющих доказательств, а также, когда не видели улучшения в функционировании своего ребенка [41]. Отсутствие веры на успешный или благополучный результат у родителей или опекунов детей с РАС может привести к потере смысла их усилий, добровольных финансовых вложений и психологических лишений и жертв, связанных с поддержкой, уходом и лечением ребенка с РАС. Разнообразность и многоуровневость факторов, влияющих на качество жизни родителей детей с РАС, требует разработку, планирование и реализацию будущих вмешательств при внедрении комплексного подхода с участием всех заинтересованных сторон [42].

**4. Нарушение эмоционального статуса семьи.** Имеются убедительные доказательства того, что эмоциональное качество семейных подсистем, включая отношения родитель-ребенок и отношения родительской пары, является решающим фактором, определяющим развитие ребенка [43]. В семьях воспитывающих детей с РАС может наблюдаться «эмоциональная асимметрия», которая связана с такими чувствами как потеря

безопасности, наращиванием семейной тревоги, сконцентрированность эмоциональной жизни семьи на ребенке с РАС. Изучение жизненного опыта матерей детей с РАС в Греции выявил три взаимосвязанные темы: а) эмоциональное бремя (чувства разочарования и беспокойства за его будущее), б) семейное бремя и в) социальное бремя. Ключевым выводом в этих темах было чувство бремени, страдания и уязвимости, испытываемое матерями [44]. В другом исследовании выявили наличие различий в эмоциональном качестве отношений родитель-ребенок и родительская пара между матерью и отцом в семьях детей с РАС. Чаще всего матери детей с РАС, в сравнении с отцами, выражали резкую критику в отношениях между родителями и детьми. Это различие может быть связано с предыдущими выводами о том, что в семьях с ребенком РАС у матерей в сравнении с отцами был более высокий уровень родительского стресса, и они склонны брать на себя больше ежедневных родительских обязанностей. Следовательно, данный факт влияет на большее развитие стресса между отношениями родитель-ребенок и родительской пары [45,46, 47].

Асимметричные эмоциональные связи между членами семьи приводят к фрустрации потребности в любви, заботе и безопасности тех членов семьи, которые оказываются за пределами фокуса эмоциональной жизни. Негативная аффективная установка как к больному ребенку, так и к ситуации целом в семье, приводит к тому, что нарушается эмоциональный баланс между членами семьи. Еще один из симптомов нарушений эмоционального статуса семьи может быть связан с запретом на переживание позитивных чувств, таких, как радость, удовольствие, счастье. Это формируется убеждением того, что «нельзя быть счастливым и радостным при наличии ребенка с ограниченными возможностями, как, например

РАС». Запрет на конгруэнтное выражение чувств вторично приводит к блокированию коммуникации, утрате доверия и взаимопонимания у всех членов семьи. Поскольку трудности следуют на протяжении всей жизни семьи, у членов семьи часто формируется физическая и эмоциональная усталость. Усилия по уменьшению эмоциональных и поведенческих проблем могут быть наиболее эффективными для улучшения эмоционального климата в семье.

**5. *Нарушение семейного самосознания, при котором идет контраст жизни «здоровой семьи» и «семьи с больным ребенком» во временной перспективе и в эмоциональной оценке.*** Изменение семейной истории выступает в подчеркивании настоящего, которому нередко противопоставляется идеализированное потерянное прошлое и редуцированное неопределенное будущее. Данная ситуация может сопровождаться порождением семейных мифов, функция которых заключается в концентрированном внимании членов семьи в оказании помощи и преодоления болезни у ребенка с РАС. Это также может сопровождаться с частыми мифами «вины», «справедливого наказания» или «несправедливости судьбы» и «злого рока», что в дальнейшем порождает идеи жертвенности, героизма, наказания и пр. Негативное чувство вины и стыда наряду с родительским стрессом может обескураживать и оказывать потенциально вредное воздействие на психическое здоровье родителей [48]. Следовательно, важно сосредоточиться на различных механизмах преодоления трудностей, таких, как социальная поддержка [49], самосострадание [50]. Более того, новые исследования показывают, что прощение может играть положительную роль, в рамках которого включает понимание стратегии преодоления трудностей, ориентированную на эмоции, замены негативных чувств и

мыслей позитивными [51]. Разумное или рациональное семейное самосознание играет ключевую роль в обеспечении сплоченности и единства семьи, влияющее на чувства любви, заботы и благодарности, тем самым позволяя скоординировать усилия всех членов семьи, формирующее осмысленность жизни, чувства исполненного долга и внутреннюю ответственность [52].

#### ***6. Переживание утраты контроля над жизнью.***

Постоянное состояние тревожности родителей детей с РАС приводит к тому, что они чувствуют неспособность контролировать события, порождающее чувство беспомощности и нагнетания проблемы. В последствии ситуация усугубляется с включением дополнительных симптомов, как переживание собственной несостоятельности, некомпетентности и усиление чувства вины. Превалирование иррациональной идеи - полное излечение ребенка любыми средствами без учета этиологии заболевания, возможности существующих методов лечения, индивидуальных и возрастных особенностей развития ребенка в условиях психотравмирующей ситуации «больной ребенок в семье» - определяет содержание базисных убеждений родителей или опекунов детей с РАС во враждебности мира, невозможности ею управлять и потере надежды на какие-либо положительные исходы или результаты, включая удачу [53]. Растущая глобальная распространенность аутизма также требует увеличения услуг и поддержки для удовлетворения потребностей этих семей, например, многие родители сообщают, что модель «родитель-родитель» является источником эмоциональной поддержки, защиты и знаний, связанных с диагнозом их ребенка, а также практических советов. Около половины исследований были сосредоточены на создании групп поддержки для родителей, а другая половина - на индивидуальном подборе

и наставничестве для приобретения родителями навыков [54].

**7. Утрата личной идентичности в диаде «больной ребенок - родитель»**, которая чаще всего принимает форму размывания личностных границ и их неразделимость в отношениях «больной ребенок - мать». Чувство утраты играет важную роль в объяснении сложных эмоций, которые испытывают родители детей с РАС [55]. Такое положение приводит к регрессии социальной ситуации развития ребенка по типу «пра-мы» (Выготский Л.С.) и выражается в инфантилизации и инвалидизации ребенка, трудностях сепарации и обретения им автономии, явлениях эмоциональной зависимости и созависимости, низком уровне самостоятельности ребенка.

Таким образом, на основе существующих источников литературы, а также личного опыта одного из авторов Валиевой А.Б. выделено семь основных психологических особенностей, характеризующие функционирование изучаемой семейной системы. Результаты показывают, что в мире в целом наблюдается рост РАС, и, несомненно, ребенок с РАС влияет на психологическое благополучие семьи. Родители детей с РАС сообщали о значительно большем количестве симптомов родительского стресса (т.е. негативное родительское самовосприятие, меньшая удовлетворенность связью между родителями и детьми и опыт сложного поведения ребенка), больше симптомов депрессии и более частое использование методов активного избегания. Результаты исследования подтвердили важность решения проблем благополучия и удовлетворения нужды родителей детей с РАС и наблюдается потребность в помощи психолога и других заинтересованных сторон в преодолении трудностей у родителей детей с РАС.



## Закрепление пройденного

*Ниже предложены тесты по разделу 1.1. с указанием правильного ответа*

**1. Какова общая характеристика семей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра (РАС)?**

- A) Семьи сталкиваются с меньшими трудностями по сравнению с другими семьями
- B) Семьи с ребенком с РАС сталкиваются с трудностями, которые могут привести к тревожности и стрессу у родителей
- C) Семьи не испытывают никакого стресса или тревоги
- D) Все семьи имеют одинаковые проблемы независимо от наличия РАС у ребенка

***Правильный ответ:***

*B) Семьи с ребенком с РАС сталкиваются с трудностями, которые могут привести к тревожности и стрессу у родителей*

**2. Какие факторы предсказывают психологическое благополучие матери ребенка с РАС?**

- A) Уровень образования матери
- B) Материнские убеждения относительно течения и причины аутизма их ребенка
- C) Доход семьи
- D) Возраст ребенка

***Правильный ответ:***

*B) Материнские убеждения относительно течения и причины аутизма их ребенка*

**3. Как наличие инвалидности у ребенка влияет на благополучие родителей детей с РАС?**

- A) Позитивно влияет на благополучие родителей
- B) Не оказывает никакого влияния
- C) Негативно влияет на благополучие родителей
- D) Увеличивает благополучие родителей на 10 баллов

***Правильный ответ:***

*C) Негативно влияет на благополучие родителей*

**4. Какие основные изменения происходят в функционально-ролевой структуре семьи с ребенком с РАС?**

- A) Увеличение свободного времени у родителей
- B) Уменьшение нагрузки на родителей
- C) Гипертрофия функции воспитания ребенка и изменения в графике работы родителей
- D) Повышение уровня доходов семьи

***Правильный ответ:***

*C) Гипертрофия функции воспитания ребенка и изменения в графике работы родителей*

**5. Какие эмоциональные и психологические трудности испытывают родители детей с РАС?**

- A) Полное отсутствие стресса и тревожности.
- B) Высокий уровень эмоциональной, физической и финансовой напряженности, чувство беспомощности.
- C) Увеличение уровня радости и удовлетворенности жизнью.
- D) Уменьшение уровня тревожности с возрастом ребенка.

***Правильный ответ:***

*B) Высокий уровень эмоциональной, физической и финансовой напряженности, чувство беспомощности.*

## 1.2 Проблема принятия родителями особенностей развития ребенка



### Материалы к чтению

Процесс адаптации родителей ребенка с РАС в изменившихся условиях жизнедеятельности обусловлен принятием данной жизненной ситуации и формированием нового стиля жизни всей семьи. По мнению Валиевой А.Б., принятие родителями измененной жизненной ситуации включает три компонента: принятие диагноза ребенка, принятие ребенка с его особенностями развития и принятие себя как родителя ребенка с РАС.

Для описания процесса принятия можно применить известную модель Ruhlber- Ross, согласно которой родители проживают следующие стадии:

1. Стадия отрицания. На данной стадии родителями избегается принятие реальности, связанной с диагнозом ребенка: *«Это не может быть»*, *«С кем угодно, но не с моим ребенком»*. Оценка любой информации сопровождается особой выраженной защитой, обесцениваются рекомендации специалистов, помощь со стороны родственников, друзей и др.: *«Ничего такого не случилось»*, *«Все хорошо»*.

2. Стадия злости. На этой стадии родители от чувств защищаются враждебностью, злобой по отношению ко всем окружающим, включая и себя. Узнав диагноз ребенка, родители пускаются в поиски виноватого: *«от кого достался этот ген»*, *«в чьей семье плохая наследственность»*, *«кто виноват во время зачатия, беременности, после рождения ребенка»*. Часто наблюдается чувство собственной вины у матери: *«Я не*

досмотрела», *«Я виновата в том, что случилось»*. Нередким становится ситуация манипулирования ребенком с РАС с целью влияния на супруга, других детей, родственников и др.

3. Стадия торга. На этой стадии родители делают попытки восстановить жизнь до диагноза или спроектировать благоприятный исход ситуации. Родители используют много манипуляций по отношению друг к другу, к детям, миру в целом: *«Я буду помогать другим..., это поможет моему ребенку»*, *«Я усыновлю другого ребенка»*, *«Еще не сейчас»*, *обещания перед Богом*. Иногда используют давление окружающих людей, близких на партнера, врачей, других специалистов.

4. Стадия депрессии. Она возникает, когда отрицание, злоба и торг не дают никаких результатов. Родители чувствуют себя неудачниками, снижается уровень самооценки, начинают сторониться других людей, не доверяя им. Нередко данное чувство отвержения и депрессии переживается долгое время: *чувство безнадежности, апатии, потеря интереса к жизни, «все в руках Бога»*, *закрытость от контактов вне семьи или их формальность*.

5. Стадия принятия. Появление у родителей способности без эмоций оценить ситуацию, готовность решать вопросы, сохранение возможностей для развития ребенка с РАС и других членов семьи [56].

Процесс адаптации родителей к новой жизненной ситуации, связанной с особенностями развития ребенка, можно описать согласно модели Шухардт Э. как способ преодоления нескольких кризисных состояний. Данная модель восьми спиралевидных фаз включает когнитивные, эмоциональные аспекты осознания и поведения родителей. Спиралевидный характер модели означает

незаконченность, отсутствие четких границ, повторяемость состояния на различных стадиях.

Стадии кризисного состояния родителей:

а) неопределенность: незнание об особенностях развития ребенка;

б) определенность: знание о неполноценности ребенка («Да, но этого не должно быть...»);

с) агрессия: несогласие, стресс.

На первых трех стадиях поведение родителей можно охарактеризовать как осознанное внешне управляемое.

д) активная хаотичная деятельность: начинается осмысление («Если так, тогда должно... но...»);

е) депрессия: переживание бессмысленности и неразрешимости ситуации («Зачем... все не имеет смысла»);

На данных стадиях наблюдается эмоционально неуправляемое поведение родителей.

ф) активное отношение, помощь ребенку: принятие наличие у ребенка ограничения либо нарушения развития, обретение нового смысла жизни; приведение каких-либо действий или активности;

г) солидарность, объединение с другими родителями, имеющих детей с ограниченными возможностями.

На последних стадиях поведение родителей становится действенным самоуправляемым [57]. В таблице 2 представлены *стрессовые переживания на стадиях и переходах жизненного цикла семей с детьми с ограниченными возможностями согласно Торнбал А. и связанных с ними структур кризисных состояний родителей*, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии со стадиями Семаго М.М. (1992) [58,59].

Таблица 2. Стрессовые переживания на стадиях и переходах жизненного цикла семей с детьми с ограниченными возможностями и структура кризисных состояний родителей

Стадия	Описание	Структура кризисных состояний родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями по здоровью (Семаго М.М.,1992).
1	2	3
<i>Рождение ребенка</i>	Определение диагноза, эмоциональное привыкание, уведомление других членов семьи.	<i>Первый кризис</i> - период первоначального установления диагноза (определение нарушения нервного или иного развития у ребёнка, появление чувства тревоги и страха, сомнений и неуверенность (напр., как будет расти ребенок, как воспитывать ребенка, и др).
<i>Школьный возраст</i>	Становление личностной точки зрения на форму обучения ребенка (выбор инклюзивного или специализированного вида обучения), решение вопросов, связанных с выбором формата обучения в школе, видами деятельности в отдельное время от школы, взаимоотношение со сверстниками.	<i>Второй кризис</i> - определение ребенка в учебное заведение (общеобразовательная школа с инклюзивными классами либо специализированная школа).

1	2	3
<i>Подростковый возраст</i>	Привыкание к тому, что заболевание у ребенка неизлечимо, возникновение вопросов, связанных с пубертатным периодом, изоляцией от сверстников, планированием общей занятости ребенка.	<i>Третий кризис</i> - наступление подросткового периода, осознание ребенком своей инвалидности либо ограничений приводит к сложностям в налаживании контактов с окружающими людьми, в том числе одноклассниками и сверстниками, в частности с противоположным полом.
<i>Период «выпуска»</i>	Признание и приспособление к продолжающейся семейной ответственности, определение место проживания повзрослевшего ребенка, переживание об ограничения возможностей для социализации семьи.	<i>Четвертый кризис</i> - период взросления, определения профессии, где может получить работу и разработка будущих планов (трудность получения профессии, и, следовательно, трудоустройство может привести к внутриличностному разладу).
<i>Постродительский период</i>	Преобразования коммуникации и взаимоотношений между родителями (если ребенок начал самостоятельную жизнь) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка.	

В целом было определено, что на течение стресса, связанного с постановкой ребенку диагноза РАС, влияет уровень знаний о специфике, этиологии и симптомов заболевания и принятия родителями диагноза ребенка и последствия нарушений.

Для родителя, который имеет представление о РАС характерны:

- признание эмоциональной сложности диагноза;
- признание и понимание необходимости изменений своего поведения в отношении развития ребенка в связи с диагнозом;
- прекращение поиска причин рождения ребенка с РАС, ответов на вопрос: «За что мне это?»;
- признание необходимости перестройки жизнедеятельности семьи;
- реалистичное представление о возможностях и способностях ребенка.

У родителя, не имеющего полной информации о диагнозе и не желающего принимать информацию, наблюдаются:

- когнитивные искажения, связанные с состоянием ребенка или его возможностями;
- личностная дезориентация, искажение образа Я, потеря памяти;
- активный поиск экзистенциального объяснения состояния ребенка: «За что?», «Почему я?» и т.д.;
- проживание в прошлом, отсутствие перспектив;
- нарушения границ в отношениях со специалистами, работающими с ребенком: создание коалиции против медицинского персонала, педагогов, психологов с целью подтверждения их ошибочного мнения об особенностях развития ребенка.

Спектр эмоциональных переживаний родителей или опекунов представляет следующие моменты:

1. Родители или опекуны всякий раз переживают диагноз как повторное страдание и огорчение на каждом новом периоде развития ребенка;

2. Их не отпускает постоянно сжимающее или подавляющее чувство вины, раздражения, возмущения, сердитости, гнева, ощущение неопределенности, непонимания причины и отсутствия стабильности;

3. Они живут в условиях неизвестности и безнадёжности, так как прогнозы, ожидания и последствия некоторых нарушений и диагнозов очень неопределенны;

4. Они пытаются отрицать и подавлять негативные чувства о ребенке.

Данные переживания усиливают многие факты. Так, окружающие люди, посвященные в диагноз ребенка, чаще не разделяют с родителями разочарование, горечь и печаль, а стараются обсуждать с ними только позитивные темы, тем самым оставляя родителей наедине со своими истинными чувствами. Возможна и ситуация, когда родственники и друзья перестают общаться с родителями, узнав о диагнозе ребенка с РАС. Иногда родители сами могут оттолкнуть от себя все окружение и остаться в изоляции. Зачастую врачи и специалисты смежных профессий, оказывающих помощь семьям детей с РАС, не всегда могут достигнуть терапевтического альянса с родителями [59].



## Закрепление пройденного

*Ниже предложены тесты по разделу 1.2. с указанием правильного ответа*

**1. На какой стадии модели Рухбер-Росс родители избегают принятия реальности, связанной с диагнозом ребенка?**

- A) Стадия принятия
- B) Стадия злости
- C) Стадия отрицания
- D) Стадия торга

***Правильный ответ:***

*C) Стадия отрицания*

**2. Какая стадия модели Рухбер-Росс характеризуется чувством вины и поиском виноватых в диагнозе ребенка?**

- A) Стадия депрессии
- B) Стадия торга
- C) Стадия принятия
- D) Стадия злости

***Правильный ответ:***

*D) Стадия злости*

**3. Какая стадия модели Рухбер-Росс включает в себя ощущение бессмысленности и неразрешимости ситуации?**

- A) Стадия депрессии
- B) Стадия торга
- C) Стадия принятия
- D) Стадия злости

***Правильный ответ:***

*A) Стадия депрессии*

**4. На какой стадии модели Шухардт родители начинают осмысливать ситуацию и предпринимают активные действия?**

- A) Неопределенность
- B) Агрессия
- C) Активная хаотичная деятельность
- D) Депрессия

***Правильный ответ:***

*C) Активная хаотичная деятельность*

**5. Какая стадия модели Шухардт характеризуется объединением с другими родителями, имеющими детей с ограниченными возможностями?**

- A) Неопределенность
- B) Солидарность
- C) Депрессия
- D) Определенность

***Правильный ответ:***

*B) Солидарность*

### 1.3 Типы психологического реагирования родителей на психическое расстройство ребенка



#### Материалы к чтению

Важным аспектом аутопластической картины болезни является не только представление о своей болезни, возникающее у ребенка с РАС, но и то, как представляют и относятся к его болезни родители, именно их мнения, убеждения формируют его представления, создают психоэмоциональную среду для его развития и роста [59].

Для описания особенностей психологического реагирования родителей на расстройство ребенка модифицируем типологию отношения к заболеванию Личко А.Е. и Иванова Н.Я., которые включили 13 типов психологического реагирования на заболевание. Представленные типы были выделены на основе оценки влияния трех факторов, таких как природы самого заболевания; типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера, и отношения к данному заболеванию в референтной (значимой) для больного группе.

Типы психологического реагирования родителей на психическое расстройство ребенка:

- гармоничный: для этого типа реагирования характерна реалистичная оценка особенностей ребенка без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести расстройства. Это условно «здоровый» тип реакции родителей. Родители стремятся активно содействовать специалистам, работающим с ребенком. У них выражено нежелание перекладывать проблемы ухода за ребенком на

других. В случае неблагоприятного прогноза относительно каких-то аспектов развития ребенка родители готовы к переключению интересов на те области жизни, которые останутся доступными ребенку.

- эргопатический, при котором чаще наблюдаются стратегии ухода от болезни. Такие родители стараются во что бы то ни стало продолжать свою карьеру, их основной мотивацией становится материальное благополучие семьи. Тем самым они стремятся не замечать болезни ребенка, и реализовать свои интересы или интересы нейротипичного ребенка, переключаются на заботу о другом члене семьи, не оставляя времени и сил на создание социальной среды для ребенка с РАС;

- анозогнозический: характерно отрицание особенностей развития ребенка, возможных последствий, приписывание их к случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Это приводит к отказу от прохождения обследования, диагностики и лечения. Чаще всего такого рода родители желают обойтись своими средствами, народными методами лечения. Тем самым, родители перестают осознавать важность изменений собственного стиля жизни;

- тревожный: для этого типа реагирования характерны непрерывное беспокойство и мнительность в отношении ребенка, неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Родители часто переживают, что специалисты, работающие с ребенком, что-то не учтут, упустят. В связи с этим они постоянно ищут новые методы обучения, терапии, непрерывный поиск «авторитетов». Родителей больше интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца

предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенное.

- ипохондрический: родителям свойственны сильная концентрация на том, что переживает, чувствует, ощущает ребенок, сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Такие типы людей склонны и стремятся постоянно рассказывать о себе окружающим и на их основе преувеличивать явное, они являются сторонниками выискивание несуществующих симптомов, преувеличение побочного действия методов обучения, терапии, лекарств. При желании развивать ребенка, у них также появляется чувство неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

- неврастенический: характерно поведение по типу «раздражительной слабости», где особенности, свойственные ребенку с РАС, неудачи в обучении, терапии, неблагоприятные данные диагностики вызывают злость и раздражение, мешающие построить адекватную модель воспитания в семье. Раздражение нередко изливается специалистам, родственникам и завершается раскаянием и слезами. Такие родители нетерпеливы, при этом постоянно извиняются за беспокойство и несдержанность.

- меланхолический: для родителей характерны удрученность болезнью, пессимизм, неверие в то, что ребенок сможет социализироваться, обучаться. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей.

- сенситивный: характерна чрезмерная озабоченность о том, что скажут, подумают окружающие в связи с болезнью ребенка. Опасения, что окружающие станут избегать их, считать ребенка неполноценным, будут пренебрежительно или с опаской к нему относиться,

распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни.

- эгоцентрический: родители демонстрируют мнимое «принятие» болезни и ищут вторичные выгоды в связи с болезнью ребенка, они создают перевернутые роли отношения, в которых демонстрирует близким и окружающим свои страдания и переживания с целью привлечения внимания. У эгоцентричных родителей есть много особенностей, требование исключительной заботы, где ждут от всех заботы только об их ребенке. Детей с аналогичным диагнозом, они порой могут рассматривать как конкурентов и относятся к ним неприязненно. Родители данной категории также склонны представляться в особом положении ввиду своего ребенка, его исключительность в отношении болезни.

- паранояльный: родители уверены, что болезнь ребенка связана с внешним влиянием, будто кто-то специально нанес вред, «сглазил». В 2001 году профессор Фрэнк Фуреди в своей книге «Параноидальное воспитание» утверждает, что сегодня в воспитании детей присутствует «культура страха», когда родители воспринимают своих детей как уязвимых и постоянно подвергающихся риску со стороны нескольких угроз: со стороны незнакомцев, дорожного движения, игрушек и других угроз, угроз отставания в своем развитии и другие. Такие родители становятся подозрительными, тем самым еще больше осложняют оказание ребенку необходимой помощи и поддержки самим родителям. Это может еще обостряться снижением уровня доверия родителями к компетентности специалистов, работающих с ребенком, и могут обвинить их в халатности, требуя их наказать.

- дисфорический: родительская дисфория - это новое состояние, распространение которого растет по мере того, как трансгендерная тенденция, которая внушает

нашим детям, набирает обороты. В частности, это дискомфорт, связанный с самоощущением и взглядом на реальность, возникающий в результате внезапного заявления о состоянии ребенка. Родительская дисфория обычно является результатом огромного давления общества, требующего беспрекословной поддержки вашего ребенка. У данных родителей доминирует состояние тревожности, раздраженности, озлобленное настроение, что в последующем создает сложные условия для обучения, воспитания, развития ребенка с РАС.

- эйфорический: характерно пренебрежение, легкомысленное отношение к диагнозу и рекомендациям специалистов, или же рисует картину, согласно которой хорошее воспитание детей кажется невыполнимой задачей. Данный тип людей не выносят моральных суждений по поводу выбора методов лечения, надеются, на то, что заболевание пройдет само по себе. Такие родители постоянно нарушают режим, договоренности со специалистами, что может неблагоприятно сказываться на течении болезни.

- апатический: характерно полное безразличие к исходу болезни, к результатам обучения и лечения ребенка. Это создает токсичную связь, где ребенок не чувствует себя важным для родителя/-ей. Родитель же может быть эмоционально отстранен от ребенка, по крайней мере, не в полной мере, как нужно ребенку. Вместо того, чтобы инвестировать в потребности своего ребенка и ставить ребенка на первое место, они ставят на первое место свои собственные потребности, тем самым наблюдается пассивное участие в лечении ребенка, прохождении необходимых процедур и терапии, утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

- обсессивно-фобический: у таких родителей выражена тревожная мнительность, опасения относительно

нереальных, маловероятных осложнений болезни, неудач обучения, возможных проблем в социализации ребенка. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

Таким образом, осведомленность специалистов о психологических основаниях типа поведения родителя могут способствовать выработать правильную тактику при оказании помощи их детям с РАС. Например, в исследовании Пустовой А.В., Пустовой Е.Н., Гуткевич Е.В (2021) у родителей, воспитывающих ребенка с РАС, выделены такие установки по отношению к болезни, как «нозогнозия» (преувеличение родителями тяжести болезни ребенка), «контроль активности» (тенденции родителей устанавливать на время болезни максимальные ограничения активности ребенка) и «общая напряженность» (напряженное отношение к заболеванию ребенка) [60]. Понимание специалистами их потребностей, ожиданий, страхов и эмоциональных реакций позволит оптимально организовывать процесс взаимодействия с ребенком и родителем, использовать определенные инструменты влияния [61].



### Закрепление пройденного

*Ниже предложены тесты по разделу 1.3 с указанием правильного ответа*

**1. Какой тип психологического реагирования родителей на заболевание ребенка характеризуется реалистичной оценкой особенностей ребенка без преувеличения или недооценки тяжести расстройства?**

- А) Гармоничный
- В) Эргопатический

С) Анозогнозический

Д) Тревожный

**Правильный ответ:**

*А) Гармоничный*

**2. Какой тип психологического реагирования родителей на заболевание ребенка характеризуется отрицанием особенностей развития ребенка и отказом от прохождения обследования и лечения?**

А) Ипохондрический

В) Тревожный

С) Анозогнозический

Д) Неврастенический

**Правильный ответ:**

*С) Анозогнозический*

**3. Какой тип психологического реагирования родителей на заболевание ребенка включает сильную концентрацию на субъективных болезненных ощущениях и преувеличение побочного действия методов лечения?**

А) Ипохондрический

В) Эгоцентрический

С) Сенситивный

Д) Эргопатический

**Правильный ответ:**

*А) Ипохондрический*

**4. Какой тип психологического реагирования родителей на заболевание ребенка характеризуется постоянным беспокойством, мнительностью и непрерывным поиском новых методов лечения и обучения?**

А) Неврастенический

В) Тревожный

С) Паранояльный

Д) Дисфорический

**Правильный ответ:**

*В) Тревожный*

**5. Какой тип психологического реагирования родителей на заболевание ребенка характеризуется удрученностью, пессимизмом и активными депрессивными высказываниями вплоть до суицидальных мыслей?**

A) Сенситивный

B) Меланхолический

C) Эйфорический

D) Апатический

***Правильный ответ:***

*B) Меланхолический*

## 1.4 Трудности, с которыми сталкиваются родители ребенка с расстройством аутистического спектра



EDUCATION

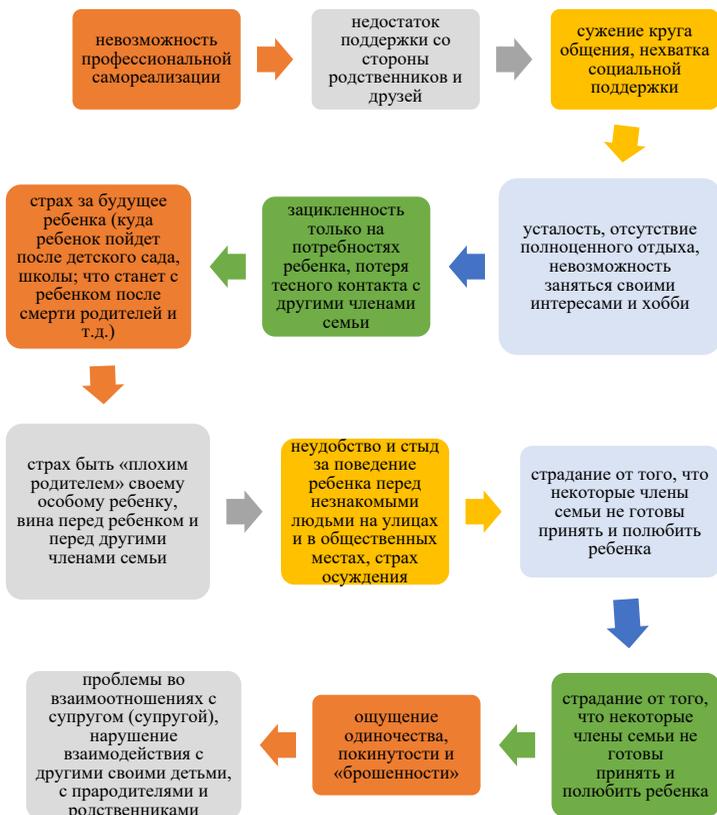
### Материалы к чтению

Расстройство аутистического спектра (РАС) включает в себя группу сложных нарушений нервного развития на протяжении всей жизни, и родители и семьи детей с РАС несут тяжелое бремя. Они сталкиваются со значительными финансовыми трудностями и нуждаются в улучшенных услугах со стороны здравоохранения, образования и социальной сферы. Опираясь на результаты опросов родителей и на беседы с ними, можно выделить ряд проблем, которые возникают в семьях, воспитывающих ребенка с РАС:

- проблемы нежелательного поведения ребенка в общественных местах (заикленность и стереотипность движений, агрессия, самоагрессия, страхи и др.);
- резкое изменение круга общения семьи, проблемы взаимодействия с окружающими людьми;
- подготовка документов и прохождение процедур для получения статуса «лицо с инвалидностью» и оформление специального банковского счета;
- невозможность либо сложности трудоустройства;
- проблема определения ребенка в организации образования (детский сад, школа, колледжи);
- социально-бытовая неприспособленность ребенка, в частности, оформления необходимых документов;
- отсутствие у родителей навыков взаимодействия с аутичным ребенком в некоторых ситуациях;
- страх будущего.

Часто ребенок с РАС может иметь психические расстройства, такие как специфическая фобия, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) или гиперактивность с дефицитом внимания (СДВГ), которые усугубляют трудности для родителей в управлении поведением ребенка. Именно экстернализирующее поведение ребенка (например, гиперактивность и проблемы с поведением) является причиной родительского дистресса и их плохого самочувствия [62].

На рисунке 2 также приведены личностные проблемы родителей детей с РАС [62].



Факторы, связанные с адаптивным преодолением трудностей, включали принятие диагноза РАС, социальную поддержку и празднование важных событий. Обобщая, можно утверждать, что родители ребенка с РАС имеют значительные личные и социальные трудности. Рекомендации, сделанные для снижения последствий имеющихся вопросов, включали усиление исследований о РАС, повышение осведомленности в сообществах и обучение специалистов, работающих в области РАС.



### Закрепление пройденного

*Ниже предложены тесты по разделу 1.4 с указанием правильного ответа*

**1. Какие проблемы чаще всего возникают у родителей, воспитывающих ребенка с РАС, в общественных местах?**

- А) Нежелательное поведение ребенка, заикленность и стереотипность движений, агрессия и страхи
- В) Проблемы с трудоустройством
- С) Подготовка документов для получения статуса «лицо с инвалидностью»
- Д) Социально-бытовая неприспособленность ребенка

***Правильный ответ:***

*А) Нежелательное поведение ребенка, заикленность и стереотипность движений, агрессия и страхи*

**2. Какие психические расстройства могут усугублять трудности для родителей в управлении поведением ребенка с РАС?**

- А) Депрессия и тревожность
- В) Социофобия и расстройство пищевого поведения

С) Специфическая фобия, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и гиперактивность с дефицитом внимания (СДВГ)

Д) Психопатия и шизофрения

**Правильный ответ:**

*С) Специфическая фобия, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и гиперактивность с дефицитом внимания (СДВГ)*

**3. Какие факторы связаны с адаптивным преодолением трудностей для родителей детей с РАС?**

А) Принятие диагноза РАС, социальная поддержка и празднование важных событий

В) Регулярные консультации с врачами и психологами

С) Финансовая помощь и льготы от государства

Д) Переезд в другой город и смена работы

**Правильный ответ:**

*А) Принятие диагноза РАС, социальная поддержка и празднование важных событий*

## 1.5 Позитивный опыт семей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра



EDUCATION

### Материалы к чтению

Воспитание ребенка с РАС может стать ошеломляющим опытом и бременем для родителей и семей. Родители, сталкиваются с уникальными проблемами, связанными с взаимодействием и связью со своим ребенком, преодолением когнитивных нарушений, решением проблем с поведенческими вопросами и более того, в некоторых случаях управлением низкого уровня адаптивного функционирования. Важно отметить, что данный опыт и поведение, демонстрируемые ребенком, влияют и находятся под влиянием благополучия и взаимодействия родителей [Родригес и др., 2019] (Д и др., 2018; Илиас и др., 2018; Карст и Ван Хекке, 2012; Родригес и др., 2019]. Стэнтон Т. и Бессер Х. (1998) в результате проведения качественного исследования в фокус-группах родителей или опекунов детей с РАС с ментальными нарушениями, определили, что такие семьи часто констатируют положительное влияние рождения ребенка с ограниченными возможностями на развитие всей семейной системы. Среди родителей или опекунов детей с РАС были выявлены позитивные наблюдения, представленные на Рисунке 3.



Рисунок 3. Позитивные наблюдения родителей детей с РАС [59-62].

Конструктивными стратегиями доминирования и управления ситуацией родителей детей с РАС являются [59-62]:

1. Переоценка ситуации через когнитивные стратегии, которые могут включать повторение, организация нового языка, обобщение значения, угадывание значения из контекста, использование образов для запоминания. Классификации стратегий обучения/переосмысления различают когнитивные стратегии и два других типа: метакогнитивные стратегии (организация обучения) и социальные/аффективные стратегии (которые обеспечивают взаимодействие).

2. Применение активного проблемно-ориентированного копинга, где усилие, направлено на сам фактор стресса: принятие мер по устранению или снижению его воздействия, если невозможно избежать стресса;

3. Улучшение доступности к внутренним и внешним ресурсам (открытость новому опыту), где внутренние ресурсы включают полученные с течением времени опыт, знания, технические навыки, восприятие, способности, понимание и так далее, то есть инвестиции, которые родители детей с РАС делают в себя. Тогда как внешние ресурсы — это то, что родители детей с РАС используют или на что, полагаются, чтобы решить задачи или реагировать на потребности; это конструкции, технологии, инструменты и так далее.

4. Усиление готовности поиска социальной поддержки, которое является важным фактором позитивного психического здоровья детей и семей с ребенком РАС. Дети зависят от своих семей в обеспечении социальной поддержки, однако семьи детей с РАС, часто ограничивают себя в получении социальной поддержки из-за поведенческих и функциональных проблем в общественной среде. Возникающая в результате изоляция может повлиять на психическое здоровье ребенка и семьи с ребенком РАС.

На основе анализа зарубежных исследований по проблеме жизнеспособности семьи с ребенком РАС, а также ее адаптационному потенциалу были выявлены их предикторы, условия которых представлены ниже:

1. Поддержка со стороны сиблингов «поддержка братьев и сестер», в рамках медицинской, образовательной и социальной практики, способствующая улучшению самовыражения, психического здоровья, благополучия,

навыков и связи в развитии ребенка с РАС очень позитивно влияют на адаптацию всей семейной системы.

2. Социально-экономический статус семьи, как и уровень образования, атрибуты качества жизни, а также возможности и привилегии, предоставляемые людям в обществе, играют важнейшую роль в адаптации семьи ребенка с РАС. У семей со средним достатком или выше имеются больше возможностей развивать ребенка, тем самым обеспечивая мультидисциплинарную помощь и поддержку.

3. Социальная поддержка, через призму укрепления психического здоровья, открывает возможности для снижения барьеров и продвижения значимой семейной социальной поддержки, что способствует положительному психическому здоровью и благополучию через транзакционные пересекающиеся характеристики ребенка с РАС, семьи и общества [63]. Следовательно, она связана с жизнеспособностью семьи и достижением позитивных результатов в социализации ребенка с РАС.

4. Сплоченность, гибкость семьи и открытое общение между ее членами, то есть здоровые семейные отношения закладывают основу для позитивного социального, межличностного и психологического функционирования в дальнейшей жизни. Для обеспечения здоровой семьи было предложено несколько моделей для объяснения как нормальных, так и проблемных изменений в моделях семейного взаимодействия; эти модели часто включают такие элементы, как семейные роли, общение, теплота и вовлеченность [64].

5. Семьи, где роль и ответственность каждого представителя определена, легче адаптируются в ситуациях по уходу за ребенком с РАС, тем самым демонстрируют более высокий уровень благополучия. Позитивное восприятие роли ребенка с РАС в семейной жизни также

связано со снижением родительского стресса [65]. Элементы функционирования семьи также могут предсказывать результаты с течением времени в семьях детей с РАС. Исследование Бэйкер с соавторами показало, что семейная адаптивность предсказывает как депрессивные симптомы матери, так и проблемы с поведением детей с течением времени в семьях, где есть дети с РАС [66].

6. Здоровые детско-родительские отношения и конструктивные родительские позиции, модель партнерства, где все участвующие стороны понимают, как они относятся друг к другу и признают, что семья действует как система, приводят к положительным результатам ее функционирования [67,68]. Конструктивные стили воспитания ребенка, в которых члены поощряют взаимодействие и подходы к задачам таким образом, чтобы помочь удовлетворить потребности ребенка с РАС и остальных членов семьи позволяют предотвратить появление нездорового симбиоза.

7. «Принятие» диагноза ребенка с РАС, признание того, что из-за ребенка с РАС все будет функционировать по-другому, и понимание того, что различия являются неотъемлемым компонентом того, чтобы жить, способствует быстрой адаптации к вопросам воспитания ребенка с особыми потребностями.

8. Активный поиск информации о возможной помощи ребенку с РАС - еще одна конструктивная стратегия, необходимая для поддержки жизнеспособности семьи. Поиск информации с доказательных источников позволяет родителям действовать, принимать конкретные решения и делать шаги с целью наиболее эффективной социализации ребенка с РАС. Данный подход позволяет научиться родителям и членам семьи самостоятельно оказывать поддержку и помощь ребенку в регуляции его

эмоциональных состояний, купировать нежелательные формы поведения без привлечения специалистов, которые не всегда могут быть рядом.

9. Совместные праздники и совместное проведение досуга, позволяющие наслаждаться и веселиться, тем самым способствуя улучшению качеству жизни человека, также связаны с высокими показателями жизнеспособности семьи. Также исследователями было отмечено, что у каждого члена семьи должна быть возможность какое-то время посвятить себе, охватывающую все потребности и аспекты развития человека, в отрыве от постоянных забот о ребенке с РАС [67].

Таким образом, родителям очень важно знать, что своевременно начатая терапия, индивидуальный подход к лечению, интенсивные доказанные вмешательства, участие всех членов семьи в жизни ребенка приводят к заметным улучшениям в развитии большинства детей с аутизмом [68]. Повседневная семейная деятельность формирует основополагающий контекст возможностей социального участия для обучения и развития навыков социального взаимодействия, социальных связей, эмоциональной связанности, самооценки и ролевой идентичности [69], которые способствуют качеству жизни, положительному психическому здоровью и эмоциональному благополучию [70,71]. Социальное участие способствует развитию социальной поддержки – общепризнанного опосредующего фактора жизнестойкости семьи, который может повлиять на восприятие и переживание семьями страданий. Семейную выносливость можно охарактеризовать как способность справляться со стрессом, связанным со стрессорами, и преодолевать его, а также уверенность в том, что можно преодолевать трудности и получать положительные результаты всей семьей [McCubbin & Thompson, 1987, цитируется по Weiss, 2013]. Из этого

следует, что если участие в социальной жизни способствует устойчивости и развитию семьи, то для семей детей с ограниченными возможностями, которые испытывают задержку в развитии, особенно важно более активно участвовать в социальной жизни, чтобы помочь улучшить результаты [72]. Условия и потребности детей с РАС влияют как на детей, так и на членов семьи, которые играют решающую роль в воспитании ребенка. Джули Смит с соавторами предложили следующие последствия для практики трудотерапии:

- Практикующие специалисты должны стремиться понять значение, которое социальное участие имеет для семьи, и его влияние на психическое здоровье и благополучие.

- Практикующие специалисты должны стремиться выявить влияние «борьбы», включая несоответствие между социальными ожиданиями, проблемным поведением и эмоциональной регуляцией на психическое здоровье и благополучие детей с РАС и их семей.

- Практикующие специалисты должны стремиться сотрудничать с семьями, чтобы улучшить их понимание социального участия, включая препятствия и факторы, способствующие этому участию, в контексте их сообщества и социальной среды.

- Практикующие специалисты могут поддержать стремление семей к социальному участию посредством стратегий предотвращения проблемного поведения, содействия поведенческой и эмоциональной регуляции, а также укрепления благоприятной среды и людей [73].

Родители детей с аутизмом испытывают различные хронические и острые стрессоры, которые могут подорвать функционирование семьи. Специалисты с родителями детей РАС могут построить новые, более реалистичные перспективы развития своего ребенка, для этого им нужно

оставаться на связи друг с другом, создавая «новую нормальность». Однако врачам необходима обновленная информация об РАС, и им необходимо понимать, как терапия может помочь родителям детей с РАС. Проведенное интервью среди психологов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в рамках нашего Проекта выявило, что даже зная о наличии детей с РАС, психологов не всегда интересует состояние здоровья родителей или опекунов детей с РАС. В целом психологи больше внимания уделяют работе с самими детьми, чем с родителями. Лишь три психолога отметили следующую работу с родителями детей с РАС:

1 – психолог ПМСП: «оказывает психологическую поддержку родителям детей с РАС, но только в случае необходимости и по желанию самих родителей»;

2 – психолог: «Родители не обращаются к психологу, плана действий по ведению детей с РАС также нет. Однако, в соответствии с нормативными документами в ПМСП, можно обращаться за консультацией и помощью»;

3 – психолог: «Родителям оказывается психологическая поддержка в форме беседы. Во время разговора мы в первую очередь изучаем родителя. Матерям с особенным ребенком приходится труднее всего и у них предварительно необходимо диагностировать депрессию, тревогу, стресс. После этого родители проводят психокоррекцию. Бывает, что родитель изначально отказывается говорить о своих проблемах, касающихся ребенка. Это объясняет то, что сами родители не до конца приняли свою ситуацию с ребенком с РАС. Но после беседы и диагностики с родителями будет легче работать».

Все психологи единодушно отметили необходимость собственной профессиональной подготовки. Например, они отмечали: «Необходимо обучать медицинский персонал ПМСП организации и проведению лечебно-

профилактической и психосоциальной помощи родителям детей с РАС» или «... для детей с особыми потребностями обязательно работать с родителями», так как они воспринимают это болезненно и становятся более уязвимыми, поэтому в первую очередь обязательна работа с родителями. Для этого нам нужно обучить наших психологов, ввести какой-то алгоритм, обязательно какую-то программу».

Карст и Ван Хек предложили модель оценки лечения, которая включает результаты лечения детей и родителей. Другое рандомизированное исследование показало эффективность программы «Терапия принятия и приверженности» (АСТ терапия), в рамках которой родители смогли преодолеть стресс быстрее по сравнению с контрольной группой, которая в ней не участвовала [49,50,51].

Таким образом, создание жизнеспособной семьи можно достичь при совместной работе психологов и членов семьи с ребенком РАС. Достижение счастливой семьи, принятия ребенка с РАС могут способствовать быстрой адаптации семьи, при этом, не запуская индивидуальные потребности членов семьи, позволяя развиваться в своей жизни каждому из них. Предоставления услуг по обучению и консультированию, а также эмоциональной поддержки как со стороны общества, так и со стороны правительства, а также планирование и реализация планов поддержки, дают родителям возможность стратегически решать проблемы и, в конечном итоге, улучшать качество своей жизни и взаимопонимание.



## Закрепление пройденного

*Ниже предложены тесты по разделу 1.5 с указанием правильного ответа*

### **1. Какие основные проблемы испытывают родители детей с РАС при воспитании своих детей?**

- А) Взаимодействие и связь с ребенком, когнитивные нарушения, проблемы с поведением, управление низким уровнем адаптивного функционирования
- В) Финансовые трудности, недостаток свободного времени, трудности в получении медицинской помощи
- С) Проблемы с поиском работы, недостаток поддержки со стороны общества, трудности с оформлением документов
- Д) Все вышеупомянутое

***Правильный ответ:***

*А) Взаимодействие и связь с ребенком, когнитивные нарушения, проблемы с поведением, управление низким уровнем адаптивного функционирования*

### **2. Какие стратегии помогают родителям детей с РАС справляться с трудностями?**

- А) Переоценка ситуации через когнитивные стратегии, применение активного проблемно-ориентированного копинга, улучшение доступности к внутренним и внешним ресурсам, усиление готовности поиска социальной поддержки
- В) Поиск дополнительной работы, избегание общественных мест, отказ от социальных контактов
- С) Участие в регулярных спортивных мероприятиях, снижение времени, проведенного с ребенком, делегирование обязанностей другим членам семьи

D) Принятие пассивной позиции, ожидание улучшения ситуации, избегание конфронтации

**Правильный ответ:**

*A) Переоценка ситуации через когнитивные стратегии, применение активного проблемно-ориентированного копинга, улучшение доступности к внутренним и внешним ресурсам, усиление готовности поиска социальной поддержки*

**3. Какие факторы способствуют адаптации семьи ребенка с РАС?**

A) Поддержка со стороны сиблингов, социально-экономический статус, социальная поддержка, сплоченность и гибкость семьи

B) Финансовая помощь от государства, медицинское страхование, доступность образовательных учреждений, наличие свободного времени

C) Поддержка со стороны родственников, участие в социальных мероприятиях, занятия спортом, доступ к интернету

D) Всё вышеупомянутое

**Правильный ответ:**

*A) Поддержка со стороны сиблингов, социально-экономический статус, социальная поддержка, сплоченность и гибкость семьи*

**4. Какое влияние оказывает социальное участие на семьи с детьми с РАС?**

A) Способствует устойчивости и развитию семьи, улучшает психическое здоровье и эмоциональное благополучие

B) Создает дополнительные трудности и стресс для родителей, усугубляет проблемы с поведением детей

C) Не имеет значительного влияния на семью, является малозначимым фактором

D) Ведет к изоляции и ухудшению семейных отношений

***Правильный ответ:***

*А) Способствует устойчивости и развитию семьи, улучшает психическое здоровье и эмоциональное благополучие*

**5. Какие рекомендации были даны для улучшения поддержки семей с детьми с РАС?**

А) Обучение медицинского персонала, предоставление эмоциональной поддержки, стратегическое решение проблем, улучшение качества жизни семьи

В) Увеличение финансовой помощи, предоставление бесплатных образовательных услуг, сокращение рабочего времени для родителей

С) Ограничение социальных контактов, снижение времени, проведенного с ребенком, делегирование обязанностей другим членам семьи

Д) Принятие пассивной позиции, ожидание улучшения ситуации, избегание конфронтации

***Правильный ответ:***

*А) Обучение медицинского персонала, предоставление эмоциональной поддержки, стратегическое решение проблем, улучшение качества жизни семьи*

## Глава 2. О ДЕТЯХ

### 2.1 Признаки детского аутизма



#### Материалы к чтению

Расстройство аутистического спектра (РАС) представляют собой группу распространенных нарушений развития, особым типом нарушения нервного развития, возникающего в результате биологической дефицитарности ребенка и приводящий к нарушению эмоциональных, физических и интерактивных навыков, коммуникативных способностей и др. Родители детей с РАС должны понимать, что ребенок будет нуждаться в поддержке на протяжении длительного времени, а может и всей жизни. Многие родители нуждаются в просветительских консультациях, где они могут получить важную информацию об особенностях развития их ребенка. Безусловно, родители должны знать признаки детского аутизма. В раннем возрасте синдром еще не сформирован полностью и особенно продуктивны работа специалистов с ребенком и его близкими, а также включение родителей в особые условия взаимодействия с ребенком с РАС.

В младенчестве дети с РАС часто укладываются в границы нормы, однако к двум годам ребенка родители могут заметить первые симптомы. Исследователи исключают необходимость прохождения скрининга с помощью специального инструмента для выявления признаков РАС во время осмотров детей в возрасте 18 и 24 месяцев в сочетании с постоянным наблюдением за развитием и широкополосным скринингом развития. Имеются достаточные доказательства того, что

инструменты скрининга РАС, применяемые к детям в возрасте от 12 до 36 месяцев, точно выявляют детей с РАС. Беспокойство родителей возникает во втором или третьем году жизни малыша, когда ребенок в сравнении со сверстниками мало продвигается в речевом развитии, либо начинает постепенно терять речь или же отсутствует реакция на отклик на имя и социальное взаимодействие. Активные и вовлеченные в воспитание ребенка родители могут выявить признаки РАС в первом году жизни, такие как отсутствие отклика на имя и обращенную речь, задержку моторного и речевого развития. Заметным становится и отсутствие потребности в общении - его трудно переключить на другие действия и занятия. Также, родители замечают, что ребенок проявляет себя малоактивным в сравнении со сверстниками: мало двигается, мало гулит, не взаимодействует с близкими. Иногда окружающие люди уверяют обеспокоенных родителей, что у них просто такой ребенок, у него такой характер. Среди тех, кому диагноз не был выставлен до начала средней школы, у 75% в возрасте 5 лет родитель и/или учитель выявили у 75% социально-поведенческие трудности. Результаты исследований показывают, что дети без когнитивных задержек и дети из более бедных семей подвергались риску «очень позднего» (т. е. подросткового) постановления диагноза. Стратегии, направленные на раннее выявление РАС, ориентированные в возрасте поступления в начальную школу (до 4 лет), могут помочь тем, у кого вероятность позднего диагноза выше.

Основная симптоматика раннего выявления РАС зависит от его спектра и чаще всего может относиться к развитию аффективной сферы ребенка. У некоторых детей с РАС в раннем возрасте отмечается выраженная симптоматика дискомфорта, которая проявляется повышенной чувствительностью к сенсорным стимулам [74].

Например, нежелание тактильного контакта (брезгливость, нежелание одеваться, избегание контакта с игрушками). Такие дети также могут быть чувствительны к бытовым шумам (звук пылесоса, телефона, домофона и т.д.). Все неприятные впечатления надолго фиксируются в памяти ребенка.

Очень важно для родителей быть внимательными к особенностям проявления сенсорного развития. Ребенок с РАС не проявляет активность в познании окружающего мира, но при этом он может увлекаться отдельными определенными впечатлениями, такими как тактильные, зрительные, слуховые, вестибулярные. Например, ребенок может увлечься изучением рисунка обоев или шуршанием целлофановым пакетом, играть с пальчиками, наблюдать за движением «солнечных зайчиков» на стене. Данные увлечения достаточно устойчивы, они могут сохраняться больше полугода.

Отличием ребенка с РАС является тот факт, что родителю сложно включиться в данные увлечения. Чем больше ребенок захвачен особыми интересами или занятиями, родители начинают сталкиваться со сложностями при попытке переключить его на другую деятельность. Важным моментом на который следует обратить внимание – особенности приспособления ребенка к рукам матери во время кормления. Многие дети с РАС не «могут» принять естественную позу, их тело либо аморфно, либо напряжено.

Родители детей с РАС чаще всего выявляли сложности установления ребенком глазного либо зрительного контакта, взгляд как бы «сквозь» и непродолжителен, что было отмечено достаточно рано.

Важным критерием психического развития ребенка является появление «комплекса оживления». При аутистическом развитии ребенок быстро пресыщается

непосредственным общением с родителем, отстраняется от него. При этом улыбка у детей с РАС появляется вовремя, но может быть адресована и близкому человеку, и возникать в результате других приятных ребенку впечатлений (музыка, свет лампы, красивый узор на халате матери и т.д.). У таких детей может не наблюдаться феномен «заражения улыбкой» (когда улыбка другого человека вызывает ответную улыбку ребенка).

У аутичного ребенка наблюдаются неадекватность эмоционального реагирования и непонимание эмоционального состояния другого. Очень часто родителям тяжело дифференцировать эмоциональное состояние малыша с РАС.

Характерными являются особенности развития привязанности у ребенка РАС. У таких детей отмечается сверхсильная привязанность к одному лицу, чаще к маме. Любая угроза нарушения этой связи может спровоцировать у ребенка реакцию на соматическом уровне (повышение температуры, рвота и др.). Для детей с РАС важно отмечать, что мама находится в поле зрения, тем самым они не испытывают потребности в общении с ней, и данное обстоятельство приводит к тому, что дети с РАС могут не откликаться на ее обращения. Иногда привязанность детей с РАС может быть заострена вниманием к одному человеку, при этом не воспринимая других членов семьи, однако, через определенное время объектом привязанности может стать другой член семьи. Важно отметить, что по отношению к маме ребенок с РАС может проявлять сверхсильную положительную эмоциональную реакцию, но очень дозированную по времени и возникающую спонтанно, только по его собственному побуждению. Позже у детей с РАС может сформироваться одинаковое отношение ко всем окружающим, когда окружающие считают его общительным, дружелюбным и веселым

(предпочитают чужих, охотно кокетничают с ними, становятся более активными), это показывает отсутствие характерного для возраста 7–8 месяцев «страха чужого» [74].



## Закрепление пройденного

*Ниже предложены тесты по разделу 2.1 с указанием правильного ответа*

**1. В каком возрасте родители могут заметить первые симптомы РАС у ребенка?**

- А) В первый месяц жизни
- В) К двум годам
- С) В три года
- С) Сразу после рождения

***Правильный ответ:***

*В) К двум годам*

**2. Какое из перечисленных является признаком раннего выявления РАС?**

- А) Превосходная координация движений
- В) Быстрое развитие речи
- С) Отсутствие отклика на имя
- Д) Любовь к тактильному контакту

***Правильный ответ:***

*С) Отсутствие отклика на имя*

**3. Какие дети подвержены риску "очень позднего" (т.е. подросткового) постановки диагноза РАС?**

- А) Дети с когнитивными задержками
- В) Дети из более бедных семей
- С) Дети из богатых семей

D) Дети, активно вовлеченные в социальные взаимодействия

**Правильный ответ:**

*B) Дети из более бедных семей*

**4. Какова одна из характерных особенностей поведения детей с РАС в раннем возрасте?**

A) Они активно взаимодействуют с окружающими

B) Они охотно идут на тактильный контакт

C) Они проявляют устойчивый интерес к определенным впечатлениям, таким как шуршание пакетов

D) Они легко переключаются на разные виды деятельности

**Правильный ответ:**

*C) Они проявляют устойчивый интерес к определенным впечатлениям, таким как шуршание пакетов*

**5. Что важно для родителей детей с РАС при кормлении младенцев?**

A) Младенцы с РАС легко принимают естественную позу на руках матери

B) Младенцы с РАС часто принимают естественную позу на руках матери

C) Младенцы с РАС могут не принять естественную позу, их тело либо аморфно, либо напряжено

D) Младенцы с РАС всегда принимают естественную позу на руках матери

**Правильный ответ:**

*C) Младенцы с РАС могут не принять естественную позу, их тело либо аморфно, либо напряжено*

## 2.2 Сценарии формирования раннего детского расстройства аутистического спектра



### Материалы к чтению

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой сложное расстройство нервного развития, на которое влияет целый ряд генетических, патофизиологических факторов и факторов окружающей среды, обычно манифестирующее в раннем детстве и сохраняющееся на протяжении всей жизни.

Исследования неизменно показывают, что дети с диагнозом РАС часто демонстрируют поведенческие проблемы, включая гиперактивность, сниженную память, импульсивность, агрессию, самоагрессию и проблемы с пониманием социальных сигналов, таких как язык тела, жесты и мимика. Более того, эти дети часто демонстрируют необычные реакции на сенсорные раздражители, такие как повышенная чувствительность к свету, звуку, цвету, запаху или прикосновению, а также могут демонстрировать повышенный болевой порог.

*Первый тип сценария:* со слов родителей, у детей не выявляются какие-либо признаки, наблюдается внимательный взгляд, осмысленное выражение лица; в основном дети спокойные, не бывает проблем с режимом, он пластичен, принимает нужную позу у мамы на руках. Чаще после трех месяцев появляются избирательность в общении, когда нужно малышу позитивно отвечать, улыбаться и разговаривать с ним, когда он издает звуки, учить его по очереди «говорить». Первые симптомы детей с РАС проявляются в возрасте от 7 до 12 месяцев в 41,9% случаев, а в возрасте от 13 до 24 месяцев - в 27,6% [75]. К

этому времени родители или опекуны детей с РАС наблюдают, что ребенок может легко идти ко всем незнакомым лицам на руки, при этом у него нет «страха чужого». Такой ребенок не активен, может самостоятельно лежать на манеже, не требуя внимания или ничего не кладет в рот.

Поскольку социальная коммуникация и взаимодействие происходят по-разному от младенчества до взрослой жизни, «постоянный дефицит» в этой области может включать любое или все из следующего: атипичный взгляд, отсутствие жестовой коммуникации, чрезмерно нейтральное или преувеличенное выражение лица, нарушение речи, использование языка для взаимного общения, проблемы с инициированием социального взаимодействия, обменом мыслями или чувствами или реакцией на социальные сигналы, а также трудности в развитии, понимании и поддержании отношений с другими людьми. Некоторые люди с РАС избегают зрительного контакта, редко улыбаются и хмурятся, не жестикулируют и не разговаривают. У других довольно хорошо развивается экспрессионная речь и понимание, но им очень трудно использовать свои вербальные навыки для социального взаимодействия. Третьи очень вербальны, но испытывают трудности с использованием тонких невербальных сигналов, которые регулируют коммуникативный обмен, способствуют беглому взаимодействию и способствуют установлению и поддержанию отношений.

«Ограниченно повторяющиеся модели поведения, интересов и действий» могут включать простые двигательные стереотипии, такие как взмахи руками или покачивание вперед и назад, повторяющееся использование предметов, непроизвольное повторение чужих вокализаций, сопротивление изменениям в распорядке дня или ритуалах, крайняя озабоченность по поводу

конкретных объектов или событий, или ригидность мышления. Этому критерию можно отнести и повышенную сенсорную чувствительность к стимулам повышенной интенсивности, особенно к звукам, либо безразличие к боли, теплу или холоду, которое в основном наблюдается на втором-третьем году жизни. Тем самым многие люди с РАС демонстрируют аномальную чувствительность к обычным раздражителям, таким как звуки, свет, отражения, текстуры или другие раздражители, которые мы можем даже не замечать. Даже форма полицейского (блестящий значок, звуки радиосвязи, фактура ткани и т.п.) может стать источником ощутимого дискомфорта. Люди с РАС могут быть не в состоянии определить источник этого расстройства, когда их об этом спрашивают, особенно в новых или запутанных ситуациях. Некоторым людям с РАС эти стимулы могут показаться подавляющими, сбивающими с толку или даже болезненными.

Некоторые люди с РАС увлекаются вращающимися предметами, дословно имитируют речь других, начинают волноваться когда меняется распорядок дня и им сложно адаптироваться к требованиям меняющейся ситуации. Другие погружены в действия, такие как движение текущей воды, звук пылесоса, звук и движение смыва воды в унитазе. Третьи могут быть ошеломлены звуками и световым освещением зданий или нечувствительны к температуре воды в ванне.

Степень, в которой такое поведение наблюдается «на раннем этапе развития», также варьируется. Появление РАС традиционно описывается как происходящее одним из двух способов:

а) раннее начало, при котором симптомы начинают проявляться к концу первого года жизни или раньше и становятся более очевидными с возрастом;

б) регрессивный, при котором дети в течение первого года-двух развиваются в пределах нормы, затем теряют уже приобретенные навыки и начинают проявлять атипичности, характерные для РАС. Однако недавно стало ясно, что эта дихотомия слишком проста. Точно так же, как существуют широкие различия в аутистическом поведении, существуют большие различия в формах индивидуальных траекторий развития РАС.

Первые проблемы отмечаются родителями ближе к двум годам, когда ребенок начинает самостоятельно передвигаться. Состояние детей с РАС может резко поменяться, например, если раннее он/-а был пассивным и спокойным, то после он/-а становится практически неуправляемым. Они могут демонстрировать различное необычные поведение, такие как: взмахи руками, подпрыгивание на пальцах ног, раскачивание тела, удерживание частей своего тела в необычных положениях, кусание рук, удар головы или другие формы самоагрессии, избегание зрительного контакта, повторяющаяся или спонтанная вокализация (например, «аааа»). При нормальном развитии ребенка контролировать такое поведение родителям помогает предыдущий опыт совместного переживания с ребёнком общих впечатлений, используя который они могут переключать внимание ребенка на какое-то другое значимое для него явление. С детьми с РАС данный метод не эффективен; он может не реагировать на обращение взрослых, не откликаться на имя, не заглядывать в лицо маме и часто отводить взгляд. Такое поведение может быть вызвано атипичным неврологическим развитием или может быть способом блокирования других формы сенсорной информации. Например, вокализируя громко длительное время, они могут блокировать шум, который не хотят слышать. В других случаях, такое поведение может быть тонкой

формой общения. Например, хлопанье руками может быть эффективным способом сказать лицам, осуществляющим уход, что человеку нужен перерыв в работе, а укусить руку может быть эффективным способом заставить человека, осуществляющего уход, оказать дополнительное внимание или поддержку. Независимо от причины, такое поведение, в случае неправильной интерпретации и отсутствия коррекции поведения в сторону формирования желаемого социально-приемлимого, вероятно, станет более интенсивным, поскольку человек становится более возбужденным, некомфортным, растерянным или испуганным.

*Второй тип.* Уже в младенческом возрасте у детей с РАС наблюдается больше сложностей, связанных с уходом, как гиперактивность, либо наоборот требовательность в выражении своих желаний, избирательные подходы к определенным вещам, включая контакта с окружающим миром, в том числе и с близкими. Тем самым родители или опекуны становятся зависимыми от предпочтения и желания ребенка с РАС. При этом ребенок с РАС может маму начать выделять в раннем возрасте, однако привязанность к ней носит характер примитивной симбиотической связи.

Особенно характерна для ребенка с РАС ранняя избирательная фиксация к определенным вещам, например, дети с аутизмом могут больше интересоваться игрой самостоятельно, а не ролевыми играми. Такая тенденция в возрасте 2–3 лет выглядит уже как патологический симптом. В дополнение у детей с РАС накапливается определенный набор ежедневных привычных действий, маршрут прогулки, прослушивание музыки, чтение мамой книжки, постоянство в питании, использование одних и тех же слов и т.д. У ребенка могут быть сложные, часто неадекватные, ритуальные поведения, которые могут

включать в себя одевание и переодевание несколько раз каждое утро, постоянно задавать один и тот же вопрос и требовать одного и того же ответа, расстановка игрушек в определенном порядке, использование определенного вида посуды, необходимость смывать воду в туалете при входе в каждое новое здание и др. Для детей с РАС соблюдение привычек является неотъемлемой частью, их нарушение сопоставимо с угрозой для жизни. Также, многие дети с РАС испытывают сильную тревогу перед едой. Основные причины могут включать сенсорные отвращения и страх перед незнакомой пищей. Непреднамеренно семьи могут усугубить тревогу, пытаясь заставить ребенка есть, создавая модель стресса во время еды. Следовательно, данная ситуация усложняется при переходе от грудного вскармливания к прикормам.

Многие дети с РАС имеют заикленность или особые интересы. Это означает, что они часто обладают обширными знаниями и/или навыками в определенной области, что является удивительным преимуществом. У некоторых детей с РАС уже до года наблюдается повышенное внимание к цвету, форме, фактуре окружающих предметов; они также начинают хорошо запоминать и показывать буквы, цифры, страны на карте мира; демонстрируют прекрасную музыкальную память, воспроизводя достаточно сложные ритмы и мелодии (такое пение, точнее интонирование, возможно у ребенка еще до года); запоминает стихи и протестует при замене в них какого-либо слова. Дети, которые сверхчувствительны (чрезмерно реагируют) на сенсорную информацию, могут воспринимать вещи более глубоко. Они могут замечать детали, которые другие люди могут не заметить. Циркулярные реакции фиксируются: при игре с машиной, он может не нагружать машинку, а продолжать в течение длительного времени вращать колеса или держать

заведенную игрушку в руках. Детские страхи могут вызываться как раздражителями повышенной интенсивности (например, тактильными), так и определенной разновидности как страхи горшка, мытья головы, стрижки ногтей, волос и т.п. Катастрофичным для ребенка с РАС является нарушение общего жизненного стереотипа (переезд, перестановка мебели в квартире, выход мамы на работу, детский сад). В таких случаях наблюдаются:

- расстройства сна,
- потеря навыков,
- регресс речи,
- усиление действий для снижения переживаний (аутостимуляция),
- появление само-/агрессии.

*Третий тип.* На первом году жизни у ребенка проявляется сенсорная ранимость, которая может проявиться выраженным диатезом, склонностью к аллергическим реакциям. В первые месяцы жизни ребенок с РАС может быть плаксивым, беспокойным, трудно засыпает, наблюдается повышенный мышечный тонус. Такие дети чувствуют дискомфорт на руках у мамы, он может постоянно крутиться или быть очень напряженным. Порывистость, резкость движений, двигательное беспокойство такого ребенка могут сочетаться с отсутствием «чувства края». Иногда родители или опекуны отмечают, что ребенок с РАС пуглив и с трудом успокаивается.

Несмотря на то, что он маму или близких выделяет на раннем этапе жизни, они очень дозируют свои эмоциональные проявления. Дистанцированность ребенка с РАС может неправильно интерпретироваться как холодного и неласкового. Либо его контакт со взрослыми ограничен во времени: может быть эмоциональным, даже

страстным, но потом вдруг сам резко прекращает такое общение. При попытках родителей убрать дистанцию в контактах у ребенка возникает ранняя агрессия.

Ребенок с РАС может рано фиксировать особые влечения, а также бывает порывист, не видит реальных препятствий на пути к достижению желаемого. Когда родители или опекуны ребенка с РАС пытаются направить его, возникают обратная бурная реакция в виде протеста, негативизма.

Наблюдается раннее речевое развитие, когда ребенок с РАС начинает активно использовать речь для усиления аутостимуляции: дразнит, произносит «нехорошие» слова, проигрывает в речи возможные агрессивные ситуации. Также характерно ускоренное интеллектуальное развитие, рано появляется интерес к энциклопедиям, схемам, счетным операциям, словесному творчеству.

*Четвертый тип.* У ребенка с РАС наблюдается задержка в развитии моторики и речи. Некоторые дети с РАС могут быть не в состоянии общаться с помощью речи или языка, а у некоторых могут быть очень ограниченные разговорные навыки. У других может быть богатый словарный запас, и они могут очень подробно говорить на конкретные темы. У многих возникают проблемы со смыслом и ритмом слов и предложений. Заметны общее снижение тонуса, легкая тормозимость. Характерно наличие временного разрыва между хождением за ручку или с опорой (это ребенок усваивает вовремя) и самостоятельным передвижением.

Ребенок с РАС, как и в предыдущих типах, может выделить маму на раннем этапе жизни, а также близких ему людей. Приблизительно к семи месяцам у ребенка с РАС появляется сильно выраженная боязнь чужого человека. Характерна реакция испуга на неадекватное или просто непривычное выражение лица взрослого человека, на

неожиданное поведение другого ребенка. Данной категорией дети с РАС бывают ласковыми, демонстрирует потребность в выраженной поддержке, одобрении со стороны родителей или их опекунов. Сверхзависимость от близкого человека может проявляться и в пластичном усвоении манер, поведения, интонаций речи.

На втором-третьем году жизни более явно заметными становятся признаки задержка развития речи, моторная неловкость, медлительность, отсутствие развития тенденции к подражанию. При попытках целенаправленного взаимодействия с таким ребенком он быстро пресыщается и утомляется. Попытки родителей организовать ребенка наталкиваются на упрямство, нарастание негативизма, отказ от взаимодействия. Родителем или опекунам не стоит отмечать замечания, они могут тормозить его активность и могут спровоцировать проявления физической самоагрессии [75].



### Закрепление пройденного

*Ниже предложены тесты по разделу 2.2 с указанием правильного ответа*

**1. Какой из следующих факторов НЕ является типичной причиной расстройства аутистического спектра (РАС)?**

- А) Генетические факторы
- В) Патофизиологические факторы
- С) Социальные факторы
- Д) Факторы окружающей среды

***Правильный ответ:***

- С) Социальные факторы***

**2. Какой из следующих признаков НЕ является типичным для детей с РАС в раннем детстве?**

- A) Отсутствие реакции на отклик на имя
- B) Задержка моторного и речевого развития
- C) Чрезмерная потребность в общении
- D) Отсутствие потребности в общении

***Правильный ответ:***

*C) Чрезмерная потребность в общении*

**3. В каком возрасте чаще всего появляются первые симптомы РАС?**

- A) До 6 месяцев
- B) От 7 до 12 месяцев
- C) От 13 до 24 месяцев
- D) От 25 до 36 месяцев

***Правильный ответ:***

*B) От 7 до 12 месяцев*

**4. Какой из следующих симптомов НЕ является характерным для детей с РАС?**

- A) Гиперактивность
- B) Пониженная чувствительность к боли
- C) Превосходные социальные навыки
- D) Проблемы с пониманием социальных сигналов

***Правильный ответ:***

*C) Превосходные социальные навыки*

**5. Какой из следующих признаков НЕ является признаком сенсорной чувствительности у детей с РАС?**

- A) Повышенная чувствительность к свету и звукам
- B) Нежелание тактильного контакта
- C) Превосходное понимание сложных музыкальных произведений
- D) Избегание контакта с определенными текстурами

***Правильный ответ:***

*C) Превосходное понимание сложных музыкальных произведений*

## 2.3 Сложности ребенка с расстройством аутистического спектра на начальном этапе обучения в школе



### Материалы к чтению

Обучение в школе ребенка с РАС – важная цель почти у всех родителей и определенный результат многолетних усилий и ребенка и родителей. Подготовка ребенка к школе и адаптация в ней, безусловно, стрессовый период для любого родителя.

Для успешной адаптации ребенку с РАС, как и любому первокласснику, важны эмоциональный контакт с учителем и четкая организация жизни в школе. Отношения с учителем являются для таких детей мощным стимулом не только в обучении, но и в эмоциональном и социальном развитии. Ребенку с РАС важно знать порядок происходящего с ним в школе и использовать сложившиеся ритуалы для организации своего поведения, так как незапланированное или спонтанное действия или нарушение ритуалов для ребенка с РАС может вызвать агрессивное поведение и привести к стрессовой ситуации. Следовательно, многим детям с РАС необходима помощь специалистов, в том числе и педагога-психолога, и родителей в развитии представлений о себе и об окружающем, понимании других, в овладении навыками социально-приемливой коммуникации и методах управления при незнакомых обстоятельствах. Сложности в обучении таких детей нетипичны для многих одноклассников: они могут легко понять сложную информацию, но при этом у них возникают проблемы в понимании обыденных вещей.

Дети с РАС чаще психически незрелы, у них высокая утомляемость и пресыщаемость, они возбудимы и эмоционально неустойчивы. Ребенку с РАС сложно сидеть за партой в течение всего учебного дня, он может ходить по классу во время урока, заниматься своими делами. Из-за сложности концентрации внимания дети с РАС могут не реагировать на устное обращение, не выполнять задания даже в том случае, если учитель показывает способ действия. Зачастую дети с РАС с запозданием выполняют работу в классе и, если его торопить, он может испугаться, замолчать, уйти в себя, протестовать, шуметь и отказываться от работы (более детальную информацию можно получить в методической рекомендации «Здоровые классы», разработанную в рамках Проекта «Интеграция детей с расстройством аутистического спектра в социально-образовательную среду на основе всесторонней поддержки: вызовы и преимущества»). ) [54].

Сложной для ребенка с РАС является необходимость общения с другими детьми, так как они склонны к резкому возбуждению, приходят в восторг от шалостей одноклассников, хохотать, когда все уже успокоилось, и пытаться повторять чужие «шутки». Это все признаки адаптации к ситуации «быть как все».

Ребенок с РАС дома повторяет все, чем занимались в классе. Он может с удовольствием сам выполнять дома задания, на которые не реагировал на уроке. Он может делать домашние задания за всех одноклассников.

Родителям очень важно установить контакт с учителем и членами службы психолого-педагогического сопровождения, которая включает в себя и педагога-психолога. Им необходимо предоставлять информацию о том, что делает ребенок дома.

Поскольку у ребенка с РАС повышены чувствительность, брезгливость, он может отказываться

работать с красками и клеем на уроке, ходить в столовую, бояться ходить в туалет.

Неуверенность ребенка затрудняют самостоятельный выбор или принятие решение, следовательно, важно изначально создать мотивирующую атмосферу для ребенка с РАС, путем поощрения за сотрудничество и достижения малых успехов, а затем, уже на фоне этого «успеха», начинать действительную отработку навыка: «Сделаем теперь еще лучше». Сложность самостоятельного выбора у таких детей может наблюдаться и в старшем возрасте (например, при решении тестовых заданий). Данная сложность может быть снижена путем предоставления адаптированной программы обучения для детей с особыми образовательными потребностями с соответствии с нормативными документами Республики Казахстан в области инклюзивного образования.

Дети с аутизмом тяжело переносят свои неудачи. Важно ориентировать ребенка на положительные аспекты обучения, выделяя у ребенка признаки его успешной адаптации в школе, успешности в выполнении задания.

На занятиях ребенок с РАС может вести себя достаточно эгоцентрично: требовать внимания учителя, хотеть постоянно отвечать, выходить к доске, при этом обижаясь, если их желания игнорируют. Возможна потребность быть самым успешным, самым умным, и, если учитель хвалит другого ученика, у ребенка с РАС наблюдаются ревность, агрессия и самоагрессия.

Трудной для ребенка с РАС является и ситуация соревнования между учениками. Нарушить его эмоциональное состояние могут не только его неудача, но и неудача другого ученика или замечание учителя, обращенное к другим ребятам.

Ребенок с РАС в начале нуждается в дополнительном побуждении к выполнению задания. Им нужна помощь,

чтобы включиться в ролевую игру или игру с правилами. При этом такой ребенок часто перевозбуждается и растормаживается.

Ребенок с РАС нуждается в сопровождении при подготовке к школьным внеучебным мероприятиям, праздникам, дням рождений одноклассников. Ему важно знать ритуал действий и объяснения относительно действий и переживаний других участников. Адаптация к таким ситуациям должна быть постепенной.

Важно помнить, что постоянное соблюдение ритуалов может привести к пассивности и зависимости ребенка от их соблюдения. Поэтому для развития гибкости поведения ребенка с РАС необходимы развитие и усложнение его сценариев поведения.

У ребенка с РАС можно выделить ряд особенностей, которые помогают ему в школьном обучении, а именно: приверженность к выработанному порядку, старательность, направленность на учебу, большая ответственность, отличная память, возможные избирательные интеллектуальные интересы и др. Для детей РАС в зависимости от их интересов могут быть характерны интересы к точным или наоборот только к гуманитарным наукам, иногда свойственна абсолютная грамотность, способность усваивать большие объемы информации. Дети с РАС зачастую стремятся отвечать свернуто, но при этом используют краткие и емкие формулировки, содержание которых может быть глубоким и тонким. Нижеследующим представлены типичные трудности в овладении учебными знаниями у данной детей с РАС:

1. *Внимание.* У ребенка с РАС имеются трудности сосредоточения внимания, наблюдаются рассеянность и отвлекаемость.

2. *Моторная сфера.* У данной группы детей не развита мелкая моторика для обучения письму.

Функциональный почерк предполагает сложное взаимодействие между физическими, когнитивными и сенсорными системами. Нарушения во многих аспектах этих систем связаны с РАС, что предполагает повышенный риск проблем с почерком у детей с РАС. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что нарушения мелкой моторики и зрительно-моторной интеграции являются вероятными причинами общей несогласованности в движениях, усугубляемая рассеянностью и возбудимостью.

3. *Речь.* Даже имея большой запас слов, ребенок с РАС испытывает трудности в организации развернутого высказывания. Он может испытывать их и при организации диалога: стремится говорить сам и не слушает, что говорят им. Наличие сложности с речью включают в дополнение проблемы с темпом, ритмом и интонацией, тем самым чаще всего ребенок не осознает, что другие люди не понимают его автоматически, что им нужно объяснять свои мысли и намерения, делиться чувствами, обосновывать свою правоту.

4. *Мышление.* Учебный материал ребенок воспроизводит именно так, как усвоил на уроке, и с трудом использует его в другой жизненной ситуации. Тем самым ребёнку с РАС иногда трудно самостоятельно сопоставлять усвоенные знания, связывать их со своим жизненным опытом. Ребенок в процессе обучения опирается на наглядно-действенное и наглядно-образное мышление, поскольку имеются трудности с абстрактно-логическим мышлением.

5. *Личностные особенности.* У ребенка с РАС отмечаются: фрагментарность картины мира, представлений о себе, недостаток внутренней проработки происходящего, детская наивность, неупорядоченность эмоционального опыта. У такого ребенка имеются трудности в оценке состояния другого человека, в

понимании, что другие люди могут иметь свои собственные мысли, намерения [70-75].



## Закрепление пройденного

*Ниже предложены тесты по разделу 2.3 с указанием правильного ответа*

**1. Какое поведение ребенка с РАС может вызывать у него стрессовую ситуацию в школе?**

- A) Постоянное соблюдение ритуалов
- B) Незапланированные или спонтанные действия
- C) Выполнение домашних заданий
- D) Посещение школьной столовой

***Правильный ответ:***

*B) Незапланированные или спонтанные действия*

**2. Какая помощь может потребоваться ребенку с РАС для успешной адаптации в школе?**

- A) Ежедневное выполнение домашних заданий
- B) Поддержка со стороны сверстников
- C) Помощь специалистов и родителей в развитии навыков социально-приемлемой коммуникации
- D) Регулярные перерывы на отдых

***Правильный ответ:***

*C) Помощь специалистов и родителей в развитии навыков социально-приемлемой коммуникации*

**3. Какая особенность чаще всего наблюдается у детей с РАС в школьной обстановке?**

- A) Высокая концентрация внимания
- B) Низкая утомляемость
- C) Эгоцентричное поведение
- D) Отличное владение мелкой моторикой

***Правильный ответ:***

*С) Эгоцентричное поведение*

**4. Что может быть сложным для ребенка с РАС в процессе обучения письму?**

А) Наличие большого словарного запаса

В) Развитие мелкой моторики

С) Интерес к гуманитарным наукам

Д) Стремление отвечать кратко и емко

***Правильный ответ:***

*В) Развитие мелкой моторики*

**5. Какое мышление преобладает у ребенка с РАС в процессе обучения?**

А) Абстрактно-логическое

В) Наглядно-действенное и наглядно-образное

С) Конкретно-операциональное

Д) Дедуктивное

***Правильный ответ:***

*В) Наглядно-действенное и наглядно-образное*

## Глава 3. О ПОДДЕРЖКЕ



### Практические задания

#### 3.1 Истории родителей: анализ кейсов

Для понимания вышеописанных особенностей принятия и поведения родителей детей с РАС предлагается рассмотреть следующие кейсы. Данные кейсы – это реальные истории матерей детей с РАС, которые рассказали свой опыт переживаний во время моих консультаций и коллег, директора центра АВА Артыкпаевой А. и коррекционного психолога Турсымбековой Г. В текстах скорректированы лишь личные данные родителей и специалистов, которые упоминались в беседах.

##### **Кейс 1. Мама – 27 лет. Ребенок – 4 года**

*«Я по-разному пробовала, но врать для меня энергозатратно, потому что потом еще надо помнить, что и кому сказала. Поэтому я долгое время практиковала утаивание, уход от вопроса или что-то такое, переключение на что-то другое, менее болезненное, и это было, начиная с самого близкого круга (родителей, свекра и свекрови, брата, сестры), вообще никто не знал о наших проблемах. Даже если в гости приезжали, то я как-то пыталась тему сына вообще не затрагивать.*

*Но однажды произошел такой случай: мы приехали к моей маме на дачу. Моя мама начала ругать сына за что-то, что ей не понравилось в его поведении... И тут я не выдержала и все моей маме высказала, что у него РАС. И*

*это был последний раз, когда мы на дачу приехали. Наверно, надо было дозированно говорить, понемногу вводить маму в курс дела и рассказывать об особенностях моего сына. А не дожидаться «инцидента» и потом все одним разом «вывалить» на нее.*

*Я всегда думала, что болезнь моего сына - это моя проблема, не проблема моих родителей, и что я не хочу перекладывать ее на родственников. Я находила различные причины, чтобы молчать и никому не говорить об этом, а потом поняла еще одну мотивацию, почему я не хотела говорить: потому что, например, если я скажу моей маме, то я буду ожидать от нее, что, узнав обо всем, она должна будет все бросить и прийти мне на помощь, и, если она этого не сделает, узнав, что у нее внук не такой, как все, значит, ей на него наплевать. И я не хотела с этим столкнуться.*

*И такое случилось, кстати. Когда мы с мужем открылись его родителям и моей маме, никто из них не бросился нам помогать. Остались в стороне, и было ощущение, что им всем все равно. И даже когда мы хотели приехать к ним в гости с нашими детьми, и думали, что они нам немного помогут, «разгрузят» нас с мужем, дадут нам немного отдохнуть, они говорили: «Конечно, приезжайте. Но с детьми без вас мы не будем оставаться».*

*Также мы звали свекра и свекровь переехать в наш город, и мы могли бы им чем-то помочь, и они бы могли нам помочь с детьми, но они так и не захотели переехать.*

*Какой-то осадок неприятный остался. Если уж самые близкие так относятся, то что говорить об окружении? Я знаю, что им «пофигу» будет, и зачем мне тогда им открываться? Поэтому я не спешу рассказывать людям подробности, даже когда мне*

*задают прямой вопрос. Я считаю, что они спрашивают из любопытства и перевожу тему разговора.*

*Мне кажется, и не надо всем открывать свое сердце. А зачем?*

*Чтобы пожалели?..*

*Вообще, сложный такой момент в жизни. Эти косые взгляды, как мне тогда казалось. Родственников у нас много, и все нас любят - но в основном заочно, по телефону. Далеко же, жалеют нас, конечно. Зовут в гости, но побыть с ребенком получается недолго, боятся - да и не знают, как с ним поиграть и чем развлечь. Уже не осуждаю, как раньше... Понимаю... Мама приезжала к нам жить и помогать, прожила несколько лет, но не справилась эмоционально. Сейчас мы отправили ее домой, она, слава Богу, выжила и вернулась к прежней жизни. Тяжело это все, бабушкам - в разы. Внуки же ближе, чем дети».*

**Комментарий:** у данного родителя можно наблюдать переживания, характерные первым стадиям принятия. Явно стадия отрицания, и есть моменты проявления агрессии к окружающим. Это сенситивный тип переживаний. Имеются признаки утраты личной идентификации, созависимые отношения. Основные эмоциональные состояния: безысходность, обида, неудовлетворенность, эмоциональная напряженность, тревога, злость, чувство вины, страх оценки со стороны других и ребенка, и ее как родителя. Имеется недостаток поддержки со стороны близких, что отягощает картину переживаний. Родитель ориентирован на прошлые события, нет проживания настоящего, отсутствует ориентация на новые задачи. Возможны когнитивные искажения, запрет на положительные эмоции. Направления работы с родителем – интервенция процесса принятия, эмоционального состояния, системы взаимодействия клиента с ребенком и

ближайшим окружением; работа с убеждениями клиента; определение перспектив личностного развития, поддержки ребенка; принятие ответственности; развитие навыков саморегуляции и получения поддержки со стороны близких.

## **Кейс 2. Мама – 26 лет. Ребенок – 2,5 года**

*«Нам сейчас поставили РАС. Нам 2.5 года. Получается, первые тревожные звоночки, как говорят сейчас, красные флажки, у нас были в год и 3 месяца. Это было, когда родился наш второй ребенок. Сын начал проявлять себя агрессивно. У него была такая агрессия, самоагрессия, он мог пупок ковырять до крови. Мы думали, что это стресс. Мы повели его к врачу, к невропатологу, он сказал, что это стресс ребенка, ничего страшного.*

*Потом сын начал меняться. Он перестал отзываться на имя, потерялись навыки, которые были до этого, то есть он говорил какие-то слова, но они исчезли в ежедневном пользовании. И стало сейчас только «дай», «мама». Но «мама» не обращено ко мне. Просто, когда ему что-то нужно, он говорит «мам, дай, дай».*

*Первое, что мы сделали, это повели его индивидуально заниматься с психологом, детским. Мы занимались по методике «флортайм». Тогда нам сказали, что методика АВА клеткам маленьких детей противопоказана. Конечно, я сейчас уже знаю, что есть методика АВА для детей разного возраста, даже для детей с 6 месяцев. Ну тогда мы приняли решение водить на «флортайм», потом мы ходили на методику «Шаг вперед», затем на методику сенсорной интеграции. В общем мы ходили много, и делали больше акцент на сенсорную интеграцию. У нас постоянно были сенсорная интеграция и ЛФК.*

*А потом мы попали к детскому психиатру N. Врач нам посоветовала АВА, и сказала, что для таких детей обязательно нужна АВА.*

*Вообще я до сих пор в принятии. Потому что принять, что твой ребенок особенный - это очень сложно. И я не вижу его особенным, для меня он не особенный. Потому что он другой. Когда смотришь на других детей аутистов, он совершенно отличается. Единственно, что он на имя не отзывается, как все дети. Но у него нет самоагрессии, он не проявляет агрессию к другим людям, он не бьет никого, обнимает и целует меня.*

*Вы знаете, наверное, у нас в Казахстане люди до сих пор не могут коммуницировать с такими детьми. Это на самом деле большая проблема. Об этом нужно кричать и прямо просить родителей, в первую очередь, быть демократичными по отношению к таким детям и понимать нас. Во-первых, быть образованнее, то есть читать про это как-то, свои познания как бы расширять. И это не такие дети, которые могут заразить чем-то. Их не надо бояться. Говорят, типа «не играй с ним», типа «отойди от него». Но у нас такого не было, потому что он сам по себе, он такой безобидный, он ничего не сделает и не ударит.*

*Сын спокойный. Единственно то, что он руками стимит, это уже видно. Ну бывает, с другой стороны, что люди не обращают на это внимание, потому, что ребенок маленький, и многие дети так радуются, прыгают, например. Он стимит, когда ему что-то нравится, когда ему не нравится, он плачет, но не такое чтобы биться об стену, кусаться и еще что-то. Поэтому у нас такого, чтобы в обществе не было принят, не было. По крайней мере пока.*

*Самое главное - это верить в своего ребенка. Потому, что мне кажется, что любой ребенок-аутист, неважно,*

или у него ДЦП, если ты веришь в него, то он может сотворить такие чудеса на самом деле. Главное - вера в своего ребенка. Многие говорят, что дети с возрастом плохо разговаривают или не разговаривают. И, конечно, я иногда по ночам гружусь, переживаю, но уже не плачу, я просто переживаю за то, что будет. Я же не буду постоянно рядом.

Человек мечтает, хочет что-то. И моя цель сейчас - это вывести его в норму до школьного возраста, то есть до 7 лет. У меня такая цель - что у меня ребенок будет говорить, как все, общаться как все, что у нас не будет никаких стимулов. Мы будем стараться всеми силами, всеми финансами спасти ребенка.

Я знаю многих мам, которые злятся, которые в порыве гнева говорят своим детям: ты «наказание», «такой, сякой», «тупой». Такое нельзя говорить детям. Наоборот, нужно своего ребенка максимально любить, максимально оберегать, и в то же время в нем воспитывать самостоятельную личность. Не жалеть, не говорить «вот ты не такой», «инвалид» или еще что-то. Надо всегда верить и говорить, что он самый лучший, что все будет хорошо и держать такой настрой, чтобы все было нормально».

**Комментарий:** у родителя неприятие ситуации, возможно, нет осознания всей картины, не очерчены перспективы ребенка. Ориентация на врача, специалистов. Имеется созависимые отношения с ребенком. Возможно, страх быть плохим родителем и внешней оценки ее как мамы и ее ребенка. Не готовность к ней. Признаки сензитивного типа реагирования. Направления работы с родителем – интервенция процесса принятия, эмоционального состояния, системы взаимодействия клиента с ребенком и ближайшим окружением; работа с убеждениями клиента, определение перспектив

личностного развития, поддержки ребенка; развитие навыков саморегуляции и получения поддержки со стороны близких.

### **Кейс 3. Мама – 34 года. Ребенок - 12,5 лет**

*«Моей дочери на данный момент двенадцать с половиной лет. Я стала подозревать, что у нее имеются сложности со здоровьем и она отличается от других детей, наверное, в год и восемь. Когда она играла на детской площадке со своими сверстниками, я замечала, что она отстаёт в речи. Затем, после продолжительной болезни в два и три, у нее начался распад навыков. Когда я периодически обращалась к педиатру и другим врачам, мне в начале говорили, что после заболевания, возможно, что у детей бывает утрата речи и некоторые функции; но с каждым месяцем у ребенка ухудшался глазной контакт, началась избирательность в еде. И нам, примерно в два и восемь, поставили подозрение на аутистический спектр.*

*Наверное, в первую очередь в семье был шок. Мы стали, как и все родители того времени, использовать различные медикаментозные лечения, то есть получали лечение от невропатолога. Пытались использовать различные методики, то есть рефлексотерапию, мантис, иглотерапию. У ребенка на фоне продолжительного заболевания появились также и другие физиологические заболевания, поэтому мы, наверное, первые восемь месяцев искали волшебную таблетку.*

*В три года и восемь месяцев мы поехали на первый курс по прикладному анализу. И с того времени, уже лет восемь, мы находимся на занятиях. То есть у ребенка есть логопед, дефектолог, дополнительные кружки, рисование, плавание и так далее. То есть идет формирование досуговой деятельности, самостоятельной деятельности. Ребенок пошел в школу в сопровождении педагога-*

*ассистента. На данный момент она подросток и появляются новые проблемы, новые сложности, над которыми мы постоянно работаем (то есть пытаемся найти решения). Как я понимаю, без постоянных занятий, без постоянной включенности родителей в работу очень тяжело освоить любой навык.*

*Моя мечта – сделать все, чтобы она могла жить самостоятельной жизнью. То есть моя цель, наверное, видеть ее проживающей в отдельной квартире, полностью себя обслуживающей, даже получающей какую-то социальную помощь, например, от меня или государства, но полностью проживающей свою жизнь, имеющей свое хобби по своим интересам, имеющей друзей, с которыми могла бы встречаться пару раз в неделю, с кем она могла бы наладить общение.*

*У моей дочери, кроме аутизма, существуют другие заболевания, но вследствие того, что она не умеет о них нормально сказать, то есть пожаловаться на боль, на какие-то эмоции, переживания и так далее, это все проявляется часто нежелательным поведением. Например, она может кричать, может дергать себя за волосы и у нас на этом фоне, например, с супругом, часто бывают конфликты. Была такая ситуация, что мы расхордились на фоне этих сложностей. Я всегда, возможно, как любая мать, пытаюсь защитить своего ребенка. Сложность у нас в основном связана с тем, что у ребенка не хватает определенных навыков и мы постоянно над ними работаем. И очень важна, я скажу старую фразу, поддержка семьи.*

*Я бы сказала любому родителю, который заметит сложности у ребенка, что нужно учитывать не диагноз и не искать волшебную таблетку, что параллельно с чекапом, то есть выявлением здоровья ребенка, вы должны работать над формированием навыков, которые нужны*

*ему в быту, то есть ребенок должен научиться самостоятельно кушать, одеваться, умываться и чистить зубки, самостоятельно засыпать. То, что намного облегчит вашу жизнь. Я, может быть, скажу плохую вещь, но мой ребенок должен быть самостоятельным. Когда меня не будет, она не должна быть обузой для сестры, брата, тети и дяди».*

**Комментарий:** можно наблюдать как родитель прошел четыре стадии принятия. Однако у родителя наблюдаются признаки созависимого поведения. Не прослеживается личная идентификация, налицо четкая концентрация на потребностях ребенка, даже ограждение от других. Имеются амбивалентные чувства. Имеется потребность в поддержке со стороны близких. Возможно, переживания осложняются не включением в отношения «мама-особый ребенок» других членов семьи. Основные переживания: тревога, страх за будущее. Возможны когнитивные искажения, запрет на положительные эмоции. Направления работы с родителем – интервенция процесса принятия, эмоционального состояния, системы взаимодействия клиента с ребенком и ближайшим окружением; работа с убеждениями клиента, определение перспектив личностного развития, поддержки ребенка, принятие ответственности; развитие навыков саморегуляции и получения поддержки со стороны близких.

#### **Кейс 4. Мама -41 год. Ребенок – 17 лет**

*«Узнали, что у ребенка аутизм, когда ему было 3,5 года. В первый раз нам озвучили диагноз на ПМПК, сказали, что скорее всего у сына аутизм и направили к психиатру. И мой первый вопрос был таков: «Можно ли от аутизма излечиться?». Ответили, что аутизм неизлечим, но поддается коррекции. И для меня эти слова были важны.*

*Из всего сказанного психологом, я выхватила эту фразу и в голове это везла домой. Потому что мне было важно, что это не совсем безнадежный случай. Нужно что-то с этим делать. Я в принципе в моменте не испугалась, в отличие от моего супруга (сейчас бывшего). Я не испугалась, я знала, что нужно будет придумать какой-то выход. И стала искать этот выход, искать специалистов.*

*В тот день, когда сказали, что возможно у сына аутизм, я об аутизме не знала вообще ничего, что это за диагноз, что дальше будет. Для меня это было совершенно новое слово. Но я знала одно: что нужно искать выход из этой ситуации. После того как поставили диагноз, я задалась вопросом поиска специалистов, но на тот момент в нашем городе специалистов не было. И у меня как раз еще в этот период сложилась сложная семейная ситуация, мне нужен был психолог, мне нужно было с кем-то поговорить о моих личных переживаниях, не связанных с ребенком. И тогда я пошла на прием к психологу (нашла его сама), поделившись с ним о себе и упомянув, что у сына аутизм. Психолог дала мне контакты специалиста (казалось, единственного в городе, кто работает с детьми с РАС). После визита к специалисту началась более плотная работа, мы поняли, что у сына действительно аутизм, я стала про это читать, и выстроился какой-то план. Это был сентябрь, младшей дочке был год, а сыну с аутизмом было 4 года. Мы не сразу побежали к специалистам после ПМПК, был какой-то период, когда мы ждали, что все еще как-то изменится (около полугода).*

*Я никогда не скрывала диагноз сына, сразу же сказала близким родственникам (родителям, бабушкам, дедушкам). Конечно же, никто ничего не знал об аутизме. Взрослые нам не поверили, говорили, что все будет хорошо, что он выправится. Наверное, таким образом они хотели нас поддержать и успокоить. Ассоциации со словом*

*аутизм, если вернуться на много лет назад, когда только поставили аутизм, было не понятны. Я испытывала чувство беспомощности и страха, потому что нужно было что-то делать, но неизвестно было «как». Время шло, и, казалось, мы теряем время. А сейчас, когда я слышу слово «аутизм» - для меня это уже как-то привычно и я спокойнее к этому отношусь. И с другой стороны, когда я стала специалистом в этой сфере (я сертифицированный поведенческий аналитик по работе с детьми с РАС), уже совершенно другие ассоциации возникают у меня. Всегда, когда ко мне обращаются родители детей с РАС, первое что я им говорю, что нужно выстроить какой-то маршрут, как бы ни была сложна ситуация, нужны качественный подход, грамотная диагностика и какой-то маршрут на ближайшие месяц-два, чтобы семья немного пришла в себя. Отвечая на вопрос «что мне помогло?», могу сказать: мне помогла, наверное, моя уверенность, что я помогу своему сыну. Я не знала, как, но точно знала, что буду ему помогать. И, может быть, я его даже полюбила потом, когда стала с ним больше заниматься и лучше его понимать, потому что на тот момент у меня еще были маленькая дочка и старшие дети, я его не выделяла с самого начала, ни как особенного, ни как любимого. Потом, когда он стал расти, у меня родились к нему другие чувства, я стала частью того, что он растет и того, как он развивается. Сейчас, конечно, он уже взрослый, и мы с ним прошли большой путь.*

*Единственное, что я бы сейчас посоветовала родителям, это не заморачиваться поиском причин, не спрашивать себя «за что это?», а спросить себя «Для чего это?/ Что мы можем с этим сделать?». Ситуации, конечно, бывают разные, мне, может быть, даже повезло, что у него не было острых видов нежелательного поведения. Были, конечно, крики, плачи, истерики. Я*

*рекомендую родителям быть образованнее касательно выбора метода коррекции, т.к. сейчас очень много псевдометодов. Взять себя в руки, понять, что вы сможете помочь ребенку, в ваших руках многое на самом деле, просто нужен план, составленный совместно со специалистами.*

*Как реагировали на него другие люди? По-разному, в автобусе он любил всегда ехать стоя, когда я его пыталась удержать или посадить, он истерил. Стоя ехать не безопасно, бывало, если автобус резко тормозил, он – падал. Иногда он в обуви мог встать на кресло, конечно, все говорили: «какой невоспитанный мальчик», «мамаша, успокойте сына». Однажды мне пришлось его посадить на коленки, он плакал, истерил, сполз под сиденье и там уснул (мы жили за городом, ехать было долго). И вот это было для меня большим стрессом, когда говорили «невоспитанный», «вы плохо воспитываете», «пожалуйста, что-то сделайте», а я понимала, что сделать я ничего не могу. Накричать можно – но это бесполезно, побить – тоже, он все равно добивался бы своего. Единственное, что хотелось - побыстрее приехать к своей остановке. А также, когда стояли в очереди, он не мог ждать, плакал, кричал, хотел, чтобы ему прямо сейчас что-то купили. Быстрее развернуть, съесть, и, естественно, все оборачивались.*

*Какие методы нам помогли сформировать у ребенка важные навыки и скорректировать проблемные? Это прикладной анализ поведения как научный подход, который имеет большую доказательную базу. Этот метод стали применять, когда сын пошел учиться в условиях инклюзии. Это было в 2014 году, когда он пошел в нулевой класс и там благодаря этому методу его научили как себя вести, научили учебному поведению и потихоньку, из года в год наращивали его навыки.*

Сын изменил меня в целом, мою жизнь. Я и до рождения сына была ответственной, брала на себя часть забот, старалась организовать все. Для меня важно, чтобы все были сыты, одеты, накормлены, уроки все сделаны. А с появлением сына у меня появились другие заботы. Но у меня получилось с ними справиться, я считаю. Потому, что какой он сейчас - это большой труд. Он самостоятельный, дружелюбный, социально адаптированный, даже несмотря на то, что он до сих пор считает на калькуляторе. Когда ему нужно решить пример, даже  $1+1$ , он достает калькулятор. Вычисляет это, что  $1+1=2$  на калькуляторе. И это тоже так по-доброму забавно, что на интеллектуальном уровне он остается далеко в своем детстве. Но на уровне других каких-то навыков он все равно растет, помогает, мужает. И через него я пришла в прикладной анализ. Для себя я решила, что еще какое-то время нужно поработать в этой сфере, и, наверное, в какой-то период это все закончится, и я буду отдыхать. И в этот момент мой сын будет со мной, потому что ему в любом случае еще долго нужна будет поддержка. Самостоятельно жить ему будет сложно, по крайней мере мне так кажется. Но однозначно мой сын с аутизмом – это ребенок, который позволил воспитать мне в себе определенные черты характера, который позволил мне справиться с теми трудностями, которые у меня случились (и в личном плане). Как бы трудно мне не было, как бы тяжело я не шла, каким бы не был тернистым мой путь, сын повлиял на меня в положительном плане. И я благодарна, что все сложилось именно так».

**Комментарий:** описаны все стадии принятия, незавершенность процесса адаптации. На данный момент есть признаки созависимости, нечеткая личная идентификация, возможно, и в личной и профессиональной

сферах. Прослеживается ориентация на потребности ребенка. Имеется страх будущего. Больше ориентации на прошлые моменты. Имеются когнитивные искажения, например, по принципу долженствования. Возможно, был или есть недостаток внешней поддержки. Направления работы с родителем – интервенция процесса принятия, эмоционального состояния, системы взаимодействия клиента с ребенком и ближайшим окружением; работа с убеждениями клиента, определение перспектив личностного развития, поддержки ребенка; развитие навыков саморегуляции и получения поддержки со стороны близких.

### **Кейс 5. Мама -35 лет. Двойняшки - 15 лет**

*«Когда детям было 2,5 года, я начала замечать, что с ними что-то не так. Я начала искать специалистов. Больше десяти лет назад диагностика аутизма была сложной, тогда все говорили «ждать до трех лет» (по крайней мере в том городе, где мы жили на тот момент). В это же время мне посоветовали одного невропатолога в г. N. (я не знала, что нужно идти к психиатру). Он сказал, что скорее всего у детей «ранний детский аутизм». Там же в г. N. мы начали предпринимать шаги и искать еще специалистов. Помню, нас отправили к генетику. Генетик почему-то думал, что у детей синдром Дауна, и рекомендовал сдать тест (не понравился разрез глаз сына и что-то с пальцами, по его мнению, было не так). Впоследствии синдром Дауна у них не подтвердился. В итоге поставили аутизм. Был сначала стресс, естественно, про аутизм мы ничего не знали. Не было информации, научных статей об аутизме на нашем языке. Мы не сомневались в постановке диагноза, но мы с мужем думали и надеялись, что он все-таки излечим. Первое, что мы начали делать - это искать, где и как это лечится.*

*Начали ездить в клиники разных стран. И так начался наш долгий путь поиска решения.*

*Старались ли мы не говорить другим о диагнозе детей? У меня не было с этим проблем, мы не скрывали. Наши родственники и близкое окружение знали, что у нас есть проблема и мы пытаемся ее решить.*

*Что мне помогло? Лично мое мнение, что нужно много вкладываться в образование и развитие детей. И что не нужно закрываться от мира и надо как-то попытаться включить детей в свою обычную жизнь, а не только подстраиваться под них. Это, конечно, очень непросто. Нужно социализировать ребенка в семью, а не наоборот, уходить в мир ребенка.*

*Как реагировали другие люди? В основном, конечно, людям неприятно, когда нарушают их комфорт (например, в самолете и т.д.). Многие из этих неприятных ситуаций, честно говоря, стираются из памяти. Да, конечно, кто-то возмущается, кто-то косо смотрит, оборачивается. Это больше зависит от стадии принятия диагноза родителями. Если родители еще не приняли диагноз и особенности ребенка, то любой взгляд, возмущение со стороны окружающих будет очень остро восприниматься родителями. А когда родители приняли диагноз и понимают особенности своего ребенка, когда у них нет никаких иллюзий на его счет и нет надежды на спасение в виде волшебной таблетки, все переносится намного проще. На возмущения других я просто говорю правду, что это ребенок с аутизмом. Это не нечто заразное или придуманное, это просто правда. Я считаю, что нужно открыто говорить и тем самым информировать других.*

*Какой метод мне помог? В моем случае не было конкретного метода, который помог моим детям. Скорее всего это комплексное движение слепого котенка, потому что в основном все коррекционные центры, которые были*

в нашем городе на тот момент, от нас отказывались из-за поведения моих детей.

*Как мои дети с аутизмом повлияли на меня и мою жизнь? Наверное, меняется мышление и мировоззрение в целом. Ты начинаешь видеть мир по-другому, уходишь за грань своего мирка, начинаешь понимать, что есть разные люди, с разными особенностями и потребностями в жизни, и начинаешь относиться к жизни по-другому. Ничья жизнь не застрахована. И с каждым человеком может случиться в принципе все, что угодно, и всегда есть пути решения, потому что это называется жизнь. В личном плане мои дети повлияли на мой морально-духовный рост. Ведь ты не думаешь только о себе и как помочь только своим детям, видя масштаб проблемы людей с диагнозами, понимаешь, что в принципе нужно менять общественное мнение. И стремиться создать толерантное и принимающее общество».*

**Комментарий:** можно отметить проживание всех стадий принятия. На данный момент очень рациональный подход к решению проблем. У родителя имеется готовность решать вопросы, связанные с ребенком. Но при этом сохранены возможности и для развития родителей. Направления работы с родителем – переживания клиента, образ будущего ее, ее ребенка и всей семьи, развитие навыков саморегуляции.

### 3.2 Характеристика методов психологической поддержки родителей детей с расстройством аутистического спектра



#### Материалы к чтению

Мы ранее говорили, что родители, которые являются основными опекунами ребенка с РАС, часто испытывают более высокий уровень стресса и худшее физическое здоровье по сравнению с родителями детей нейротипичного развития. Тери Кракович соавторами изучили применение модели стресса и преодоления трудностей АВСХ для оценки связи между требованиями ребенка и семьи, школьными ресурсами (т. е. альянсом родителей и учителей и COMPASS, консультативным вмешательством). Также, были изучены два показателя родительского стресса: восприятие на требования при воспитании ребенка (домен «Детство») и непосредственно сами реакции на эти требования (домен «Родитель»). [75].

Таблица 3. Модифицированная двойная модель АВСХ [75]

<b>АДАПТАЦИЯ</b>	<b>ТРЕБОВАНИЯ - СПРОС</b>	<b>РЕСУРСЫ</b>
Адаптационные результаты: 1) Родительский стресс а) Родительский домен б) Дочерний домен	<b>Характеристики ребенка с аутизмом</b> 1) Язык 2) IQ -интеллект 3) Нежелательное поведение 4) Адаптивное поведение 5) Тяжесть симптомов аутизма <b>Характеристики семьи:</b> Количество детей в семье (помимо ребенка с РАС) 2) Другие требования	<b>Внутренние ресурсы родителя:</b> 1) Уровень образования мамы 2) Годовой доход <b>Внешние ресурсы родителя</b> 1) Альянс родителей и учителей 2) COMPASS интервенция 3) Полученные услуги

**ТРЕБОВАНИЯ – СПРОС:** Проблемное поведение было самым сильным предиктором стресса и

предсказывало стресс как в детской, так и в родительской областях отдельно. Другие показатели, оценивающие некоторые аспекты тяжести ребенка (например, более плохая речь, более низкий IQ, более низкие оценки адаптивного поведения), также были связаны со стрессом, в частности со стрессом в детской сфере, но не со стрессом в родительской сфере. В совокупности эти результаты в целом подтверждают, что чем выше требования, предъявляемые ребенком (например, больше проблемного поведения, меньше адаптивного поведения), тем сильнее воспринимаемый стресс.

**РЕСУРСЫ.** Более высокие внутренние ресурсы семьи, то есть образование и доход, связаны с меньшим количеством сообщений о страданиях родителей и требованиях детей. Родители, сообщившие о более высоком уровне образования и более высоких доходах в год, также сообщили о снижении стресса в сфере родительской деятельности. Однако уровень образования и годовой доход коррелировали только на уровне тенденции с баллами по домену «Ребенок». Более того, образование родителей было независимым предиктором регрессии, подразумевая, что люди с более низким уровнем образования или дохода могут оказаться в наиболее худшем состоянии и будут иметь повышенный риск стресса при уходе за ребенком с РАС, даже если у него есть доступ к высококачественным школьным услугам, например, предоставленные COMPASS [75].

В систематическом обзоре (2018) были определены ключевые качества вмешательств, поддерживающих психическое здоровье родителей, осуществляющих уход, и предлагаются рекомендации по поддержке практикующих родителей и лиц, осуществляющих уход [77]. Были определены три основные темы, имеющие решающее

значение для улучшения психического здоровья родителей, у которых есть дети с РАС:

1. Доступ к социальной поддержке со стороны аналогичных родителей, осуществляющих уход;

2. Профессиональное обучение управлению стрессом и решению проблем;

3. Предоставление точной информации о РАС.

1. *Социальная поддержка* - Роль социальной поддержки оказалась важным фактором, которая была изучали как отдельный вид оказания социальной поддержки в улучшении психологического благополучия родителей, либо включали социальную помощь в условиях группового лечения, где родители могли участвовать в дискуссиях с другими родителями, осуществляющими уход. Тема социальной поддержки представлена в Таблице 4.

Таблица 4. Тема социальной поддержки родителей или опекунов детей с РАС

1	2
Неформальные сети	Лица, осуществляющие уход за родителями, включенные в родительскую социальную группу, также сообщили о снижении тревоги и социального стресса, повышении групповой сплоченности и улучшении здоровья и функционирования семьи, качества жизни. Было обнаружено, что польза от группы поддержки родителей по показателям родительского благополучия сохраняется в течение двенадцати месяцев после вмешательства. Асинхронная онлайн-группа поддержки оказалась неэффективной в снижении родительского стресса, тревоги или депрессии, что позволяет предположить, что благотворный эффект социальной поддержки может включать методы прямого общения в режиме реального времени (например, личное общение или телефонные звонки) [78-84].

1	2
Пониженная изоляция	Социальная поддержка, связанная с улучшением психологического благополучия родителей, объясняется возросшим осознанием родителями того, что они не одиноки в проблемах, с которыми они сталкиваются при воспитании ребенка с РАС. Родители, которые сообщили, что чувствуют себя менее социально изолированными из-за доступа к другим родителям, которые также участвовали в вмешательстве, сообщили о снижении тревоги и стресса [78,80,83,85,86]
Проверка коллегами	Признание, полученное ими от других родителей, является важным фактором улучшения их благополучия. Исследования показали, что социальная поддержка связана с повышенной групповой сплоченностью, уверенностью и посттравматическим ростом, а также меньшим количеством безнадежности, стресса, тревоги, депрессии. Родители сообщили об эффекте снижения тревоги, обусловленном получением поддержки и сочувствия со стороны других членов группы. Это связано со способностями справляться с трудностями воспитания и улучшением гибкости мышления при формировании своей точки зрения. Родители смогли признать, что их опыт был НЕ негативным, но иным, «нормальным» [78,80,85,86,87,88,89]

2. *Профессиональная подготовка по развитию навыков* - включали профессиональные семинары, основанные на когнитивно-поведенческих подходах, которые предоставляли родителям различные стратегии управления стрессом и обучение навыкам решения проблем.

Таблица 5. Виды профессиональной подготовки по развитию навыков

Стратегии управления стрессом	Обеспечение обучения различным стратегиям управления стрессом. Было обнаружено, что биологическая обратная связь повышает сплоченность группы и, как сообщается, предоставляет родителям полезную стратегию борьбы с ежедневным стрессом, в то время как осознанность связана со снижением нарушений настроения и улучшением психологического и общего состояния здоровья, а также общее качество жизни. Прогрессивная мышечная релаксация была связана со снижением стресса, а выразительное письмо, особенно письмо, связанное с описанием преимуществ родительской заботы, было связано со снижением тревожности. Вмешательства, включающие терапию принятия и приверженности (АСТ therapy), обнаружили подход, связанный со снижением депрессии и дистресса, а также повышением психологической гибкости [90-95].
Навыки решения проблем	Родители проходили обучение стратегиям решения проблем или преодоления трудностей. Сообщалось, что эти вмешательства были особенно полезны для родителей, когда обучение было структурировано и сосредоточено на предоставлении практических знаний и навыков для решения поведенческих проблем их ребенка и ежедневного ухода за ними. Обучение навыкам стратегии решения проблем, по-видимому, было связано с более широким использованием родителями социальной поддержки, повышением уверенности в решении проблем, способствовало посттравматическому росту и снижению уровня родительских забот, тревог, стресса и депрессии [80,87,96,97,98].

3. *Получение знаний о РАС* - изучение влияния предоставления информации о РАС и типах доступных ресурсов и услуг для выработки стратегий снижения

родительского стресса и тревоги, на родителей, осуществляющих уход.

Таблица 6. Виды полученных знаний о РАС

Понимание о РАС	Исследования изучали вмешательство, в ходе которого родителям предоставлялась информация о РАС и связанных с ним когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностях. По мере того, как знания родителей о РАС увеличивались, стресс, тревога и дистресс уменьшались, повышались уверенность и рейтинг здоровья, а использование навыков решения проблем увеличивалось.
Ресурсы и услуги	Исследования изучали вмешательство, предоставляющие родителям информацию о доступных ресурсах и услугах от медицинских работников в качестве стратегии борьбы со стрессом и тревогой. Родители, которым была предоставлена информация об услугах по защите интересов, таких как доступные образовательные, развивающие и поведенческие программы лечения, и которым была оказана помощь в определении способов восполнения пробелов в услугах, сообщили о снижении тревоги, стресса и были менее расстроены после получения диагноза своего ребенка.

Nihed Abid соавторами разработали программу, которая направлена на руководство родителями и обучение их поведенческим принципам для уменьшения нарушений поведения ребенка путем определения цели поведения и применения стратегий упреждения или последствий для управления деструктивным поведением. В таблице представлены компоненты программы [99].

Таблица 7. Образовательные компоненты, используемые в тренинге для родителей детей с РАС.

Занятие	Описание
1	2
Занятие 1: План и цели программы	Программа обучения: содержит этапы и цели ПК, содержание, продолжительность и цели каждого занятия
Занятие 2: Что такое аутизм?	Обзор диагностических методов для понимания РАС: причины и характеристики (как это влияет на жизнь людей с РАС), сенсорные проблемы Инструменты: Плакаты, презентации, вопросы и ответы, групповое обсуждение, видео
Занятие 3: Реакция родителей на диагноз Как справиться	Групповая дискуссия: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обсудить влияние диагноза на членов семьи;</li> <li>• Определить стратегии преодоления трудностей;</li> <li>• Управление стрессом и горем родителей;</li> <li>• Поддержка родителей в обсуждении их реакции;</li> <li>• Расширение возможностей и поощрение позитивного восприятия ребенка с РАС;</li> </ul> Инструменты: видео, постановка целей, решение проблем, рассказывание историй.
Занятия 4: Вербальное общение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выявление нарушений коммуникаций;</li> <li>• Улучшение социального взаимодействия и общения, чтобы помочь родителям внедрить передовой опыт;</li> </ul>
Занятие 5: Невербальное общение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как давать четкие инструкции;</li> </ul> Ролевые игры с терапевтами, постановка целей, решение проблем и регулярные домашние задания.

1	2
<p>Занятие 6: Понимание и управление трудным поведением. Принципы поддержки позитивного поведения</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Направлять родителей и обучать их поведенческим принципам, позволяющим уменьшить нарушения поведения ребенка, путем определения цели поведения и применения стратегий упреждения или последствий для управления деструктивным поведением.</li> <li>• Как сосредоточиться на хорошем поведении</li> </ul> <p>Видео, групповое обсуждение, поощрение</p>
<p>Занятие 7. Поддержка желаемого поведения: изменение поведения путем манипулирования последствиями. Поощрение нового поведения (подсказка, формирование и объединение в цепочки).</p>	<p>задавать вопросы, повышение осведомленности, обсуждение отзывов, постановка целей, решение проблем и регулярные домашние задания.</p>
<p>Занятие 8: Как работать и играть с ребенком дома, на улице, в естественной среде</p>	<p>Обсудите, как выбрать подходящие игрушки/занятия. Рассмотрите, как поощрять подходящие игры:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Символическая игра;</li> <li>• Образовательная деятельность.</li> </ul> <p>Видео, групповое обсуждение, поощрение задавать вопросы, повышение осведомленности, ролевые игры с терапевтами и регулярные домашние задания.</p>

В целом психологическое консультирование с семьей, воспитывающей ребенка с РАС, эффективнее проводить в контексте ресурсной, нежели дефицитарной модели семейного функционирования.

Ресурсная модель исходит из представления об уникальности каждой семьи и модификации структуры функционирования, исключая дефиницию «бесполезность, недейственность, непродуктивность» и признавая, что каждая отдельная семья имеет индивидуальные внутренние ресурсы, позволяющие успешно справиться со сложностью либо кризисом - суметь принять заболевание ребенка и совладать с ним. Ресурсная (или силовая) модель самоконтроля Баумайстер и др. (1998) впервые поняли истощение эго как результат ограниченного ресурса самоконтроля, существующего в мозге, на котором основываются все задачи когнитивного контроля. Как только кто-то выполнил предыдущую задачу самоконтроля, у него оставалось меньше ресурсов для второй задачи самоконтроля [100]. Тем самым, ресурсная модель переводит фокус на «сильные свойства или возможности» семьи. Подход, основанный на сильных сторонах, фокусируется на активах, которыми обладает человек или семья, и стремится максимизировать их для укрепления здоровья, разрешения проблемы семьи. Фокусирование на проблеме ребенка с РАС «уплотняет» и сгущает проблемный характер функционирования семьи, тогда как ресурсная модель предполагает, что у всех членов семьи есть сильные стороны и способность решать существующие семейные проблемы. Она не игнорирует вполне реальные, а иногда и очень большие проблемы, существующие в жизни людей или семьи, но предполагает, что существует множество ресурсов, с помощью которых человек или семья должен быть в состоянии преодолеть любые препятствия, с которыми он может столкнуться, найти точки роста и ресурсы для преодоления существующей проблемы в жизненной ситуации даже в условиях дисфункциональности семьи. В цикле, основанном на сильных сторонах, выявление сильных

сторон дает отдельному человеку или семье возможность постоянно обнаруживать новые сильные стороны, они ощущают расширения возможностей и способности самостоятельно вносить значимые изменения. Следовательно, это способствует позитивному самоопределению и устойчивым мыслительным процессам, которые помогают людям или семьям создать условий здоровой и счастливой жизни и самореализации каждого члена семьи, предотвращать будущие проблемы и самостоятельно решать проблемы [101]. Тем временем дефицитарная модель акцентирует внимание на ошибки и «слабые возможности или свойства» семейной системы, и в основном задает строгий регламент или контроль норм, правил и моделей поведения семьи с ребенком с РАС. Дефицитарная модель создают цикл негативного опыта, поведения и, в рамках этого цикла, как только выявлены недостатки и потребности сообщества или семьи, разрабатываются конкретные предписанные меры для решения этой конкретной проблемы. Например, когда мы говорим о здоровье внутри семьи, должны быть учтены дифференцированный доступ к ресурсам здравоохранения или образования (доступ к источникам здорового питания, врачам, педагогам, страховке и т. д.) [102,103].

Таким образом, ресурсная модель, которая была разработана как альтернатива дефицитарной модели, позволяет семьям с детьми с ограниченными возможностями, в том числе РАС к решению проблем, через стремление изменить баланс сил с помощью членов семьи, признанных находчивыми и знающими, что поможет им в их индивидуальной и уникальной борьбе [104]. Практика, основанная на взаимоотношениях, и ресурсной модели тесно связаны. Растет признание важности позитивных отношений для благополучия, способности справляться с ситуацией, социальных связей и

опыта принадлежности. Установка на ресурсность является важным условием профилактики эмоционального выгорания членов семьи с ограниченными возможностями, включая детей с РАС [105].

При оказании поддержки и помощи семье с ребенком с ограниченными возможностями, в том числе и РАС, должен придерживаться принцип целостности семейной системы, а также принцип приоритетности диадического взаимодействия в системе отношений и развивающего взаимодействия «ребенок — близкий взрослый» как источника развития в детском возрасте. Психологическая помощь и поддержка семей с ребенком с ограниченными возможностями в том числе и РАС должна основываться на следующих задачах:

1) содействие в трансформации структуры семьи и его функционирования в зависимости от полной меры удовлетворения нужд семьи в вопросах безопасности, сопереживании, ухода, внимания, заботе и поддержке. Эта поддержка должна быть передана в максимально доступной форме и иметь симметричный характер, предоставляющий и ребенку возможность внести свой вклад в сплоченность, доверие и взаимопонимание членов семьи;

2) формирование у родителей равноценного понимания «внутренней картины заболевания РАС у ребенка», представлений о методах диагностики и лечения, и приемлемых моделях поведения родителей, которые могут обеспечить родителям уверенность в возможности управлять ситуацией, улучшить качество жизни и развития ребенка с ограниченными возможностями в рамках существующих возможностей;

3) составление рекомендаций по психолого-педагогической коррекции развития, воспитания и обучения ребенка в раннем, дошкольном и школьном

возрасте с учетом нозологии, времени начала заболевания, зоны ближайшего развития ребенка;

4) конструирования у родителей соответствующих и правильных представлений о рисках возникновения вторичных отклонений и путях их профилактики с учетом возрастных, индивидуально-личностных особенностей ребенка, правил психопрофилактики и психогигиены;

5) формирование реалистичных представлений и понимания о зоне ближайшего развития ребенка, оказание помощи и поддержки родителю в освоении методами и приемами управления деятельности и коммуникации, формирования познавательной и академической-учебной мотивации ребенка;

6) повышение уровня психолого-педагогической компетентности родителя в вопросах ухода и воспитания ребенка с РАС, содействие в трансформации типа семейного воспитания с учетом заболевания, возрастных, гендерных и индивидуально-личностных особенностей; коррекция типа семейного воспитания и профилактика его нарушений по типам гиперпротекции, потворствования, эмоционального отвержения;

7) содействие в становлении родительской позиции (устранить либо помочь справиться с чувством вины, принятие ответственности за будущее развитие, здоровье и психологическое благополучие ребенка, наращивание положительного образа «Я-родитель», профилактика у родителя позиции - жертвенности, ограничивающей развития ребенка и его личностного роста);

8) развитие в оптимизации ролевой схемы семьи для профилактики ролевой перегрузки, эмоционального выгорания;

9) преодоление семейных мифов и способствовать созданию положительного семейного самосознания;

10) ориентация семьи в возможностях укрепления ресурсного потенциала путем получения финансовой, материальной, социальной, правовой помощи и поддержки, взаимодействие с группами социальной поддержки и оказание поддержки в налаживании отношений со всеми членами семьи [72].

Применение методов разных психотерапевтических направлений в рамках индивидуальной и групповой работы с родителями позволит решить следующие задачи:

- выделить личностные и поведенческие характеристики родителя, не способствующие зрелому родительству;
- работа с эмоциональным состоянием (тревога, вина, стыд и др.);
- проработка образа ребенка и уровня привязанности к нему;
- работа со страхами (например, за здоровье ребенка и самого себя);
- коррекция семейной истории и личного опыта родителя;
- развитие отношений с партнером и ближайшими родственниками;
- работа с ресурсами и стратегиями взаимодействия со специалистами учреждений (медицинского, социального, психолого-педагогического);
- формирование уверенности в своих силах и действиях, как родителя;
- помощь в принятии особенностей развития ребенка как свершившегося факта;
- работа с навыками контроля над эмоциональными реакциями, в том числе и агрессивного характера;
- переработка когний и эмоций, касающихся образа «Я» родителя, воспитывающего ребенка с РАС и других людей (супруга, близких и др.);

- формирование доверия, возможности разделить с другими людьми эмоциональные переживания;
- содействие в принятии решений и планирования будущего ребенка с РАС;
- обучение базовым основам и стратегии поведения в изменившихся условиях жизнедеятельности, которые сводятся к: развитию навыков по управлению своими эмоциями; прогнозировать возможные последствия при принятии каких-либо решений; готовности и намерению, приверженности к осмыслению ситуаций, связанных с терапией и обучением ребенка с РАС; определению приоритетов и значимости таких структур, как Я, моя семья (дети, родные), друзья, работа, будущая семья.



## Примеры практических техник психологической работы

Рассмотрим направления психокоррекционной работы с родителями ребенка с РАС, которые в практике отдельных специалистов показывают положительные результаты.

- Одним из психокоррекционных направлений, которое можно предложить для занятий с данной категорией клиентов, является *арт-терапия*. Программа групповой арт-терапии краткосрочного формата позволяет решить такие задачи, как коррекция эмоционального состояния родителей; проработка травмы рождения ребенка с нарушением развития: обучение методам самопомощи при стрессах, повышения ресурсности родителей; обмен опытом особого родительства; коррекция детско-родительских отношений, увеличение эмоциональных сил, формирование у родителей основных

компонентов родительства (родительские ценности, установки и ожидания, родительское отношение, стиль семейного воспитания, повышение компетентности, ответственности, мотивированности) [106].

➤ Профилактическая программа «*SAFE – Программа надежности для родителей*» имеет хорошие результаты в работе с родителями детей с РАС. SAFE - надежная и безопасная модель как для родителей, так и для ребенка. Разработана в Мюнхенском университете доктором медицинских наук Карлом Бришем. Цель программы - содействие развитию надежной привязанности между родителями и ребенком, предотвращение возникновения нарушений привязанности и особенно недопущение передачи травматического опыта из поколения в поколение. SAFE для семей, имеющих детей с аутизмом, - это семейное терапевтическое вмешательство, состоящее из пяти сессий и проводимое в течение 16 недель. Оно включает в себя посещение семьями пяти 3-часовых сеансов, проводимых специалистами, работающих в области формирования систем [107].

Анализ опыта западных психологов показывал эффективность полимодальной модели консультирования родителей детей с РАС. Чаще встречается модель, включающая когнитивно-поведенческую терапию [108], методику «экспрессивное письмо» [109], терапию осознанности [110], позитивную психологию [111] и релаксационную терапию [112].

Feinberg со своей командой (2014), Kenney (2010) предлагают в работе с данной группой родителей применять метод обучения решению проблем когнитивно-поведенческой терапии. В ходе данной терапии родители проходят следующие этапы: выделение чувств родителей, связанных с трудностями принятия диагноза ребенка и новых условий жизни; изменение фокуса внимания

родителя с переживаний на решение проблем; планирование дальнейшего поведения в изменившихся условиях жизни и готовность решать задачи, связанные с ребенком с РАС.

➤ **Техника экспрессивного письма** Пеннебекера Дж., или эмоционального сторителлинга, существует довольно давно и относится к методам арт-терапии. Ее суть в написании глубоких эмоциональных текстов для облегчения психологического и, как следствие, физического состояния. Родителям предлагается написать о стрессовых событиях в эмоциональной форме, при этом они освобождаются от травмирующих мыслей, переживаний, которые мешают позитивно смотреть в будущее. Процедура выполнения техники предполагает, что родители должны минимум 4 дня подряд, в течение 20 минут записывать без остановок все, что придет в голову, не перечитывая текст. Не имеет значения с какой темы или проблемы родители начинают выполнять задание [113].

➤ Терапия осознанности **МВСТ (mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная терапия, основанная на осознанности)** в последнее время считается панацеей для людей с депрессией [114]. Метод основан на предположении о том, что депрессивное настроение и негативное, самообесценивающее мышление, характерное для острого периода депрессии, образуют ассоциативную связь. Размышления, сфокусированные на негативных переживаниях, «отбрасывают» человека не только в прошлое, но также заставляют прогнозировать будущее в пессимистичном свете, основываясь на выводах о собственной беспомощности. Задача терапии, основанной на осознанности, – помочь человеку научиться жить настоящим для того, чтобы устранить его от стереотипичности и автоматизированности мышления. Для этих целей было предложено использование множество

разнообразных медитативных практик как техники сосредоточения на собственных телесных ощущениях, дыхательные практики, упражнения, тренирующие внимательность, основанные на движениях из йоги.

➤ В консультировании родителей детей с РАС Benn использует технику *SMART-in-Education* (управление стрессом и техники релаксации), адаптированной из программы снижения стресса, разработанной на основе терапии MBCT Kabat-Zinn (1990). SMART включает технику осознанности, направленную на улучшение эмоционального осознания и поведенческих моделей родителей. Также содержание работы с родителями направлено на процессы прощения и эмпатии. Ferraioli and Harris (2013) предлагают снижать родительский стресс через обучение 5 навыкам: наблюдение и описание событий и личных реакций на них; безоценочное принятие; дистанцирование от мыслей; быть «здесь и сейчас»; принимать на себя ответственность за использование практики осознанности. Родителям предлагается применять эти практики в повседневной жизни, особенно в общении со своим ребенком с РАС. Данные техники освобождают родителя от необходимости решать проблемы. Они скорее учат родителей объективно наблюдать и признавать трудности без необходимости с ними бороться [115]. В целом курс включает 8–10 групповых сессий, каждая из которых длится 2 часа. Первые встречи проходят при активном руководстве терапевта: в процессе медитации, проводимой терапевтом, пациенты учатся сосредотачиваться на дыхании, ощущениях собственного тела, что неизбежно ведет к фокусировке внимания на происходящем «здесь и сейчас». Важной составляющей обучения является фокусировка внимания на изменениях эмоционального состояния (пусть даже незначительных и чаще всего неосознаваемых

клиентами) во время выполнения упражнений. Далее самостоятельная работа родителей, направленная на развитие осознанности и принятия тех чувств и эмоций, которых они ранее стремились избегать. МВСТ ставит перед собой задачу научить человека не воспринимать свои негативные мысли и чувства как отражение объективной реальности, а относиться к ним в более широком смысле, как к чему-то проходящему и неустойчивому. В процессе самостоятельной работы вне группы участникам рекомендуется тратить не менее 45 мин в день на тренировку осознанности своей повседневной жизни посредством прослушивания специально подготовленных голосовых записей для медитации [115].

➤ **Позитивная психология** акцентирует внимание на изучении чувств, поведения и мыслей человека с упором на его сильные стороны, а не на негативные аспекты в жизни. Счастье – одна из основных целей существования, наряду с благополучием, которое достигается через личные достижения и отношения. В основе формирования характера и счастливого образа жизни, по мнению Селигмана М., лежат шесть качеств: *человечность, справедливость, мудрость, отважность, духовность и самоконтроль* [116].

➤ LaPlante (2013) для улучшения субъективного благополучия родителей детей с РАС предлагает применять **технику «Три хороших дела»** Селигмана. Родителям предлагается каждый день записывать три хороших события, которые случились с ними в течение дня. Событие может быть любое, и неординарное, и вполне обычное. Цель техники перенаправить внимание с негативной оценки жизненных ситуаций на поиск позитивных моментов, в том числе связанных с ребенком [117].

➤ Одним из важных направлений работы являются помощь родителям в совладании со стрессовыми ситуациями и обучение методам снятия психоэмоционального напряжения. Родительский стресс - это постоянный спутник жизни многих родителей, в том числе и родителей детей с РАС, он связан с реакциями родителя в отношении себя и ребенка, который в накопительной форме приводит к его эмоциональному выгоранию и дистрессу. **Релаксация** – это процесс сознательного расслабления тела для уменьшения тонуса мышц. К основным методам релаксации относятся: прогрессивная мышечная релаксация (ПМР), абдоминальное (или диафрагмальное) дыхание, медитация, физиотерапия.

➤ **Программа Gika**, где родителей обучают сокращать и расслаблять мышцы, осознавать разницу между напряжением и расслаблением в организме, показывает высокий уровень эффективности для снижения стресса у родителей детей с РАС [116-117].

➤ Одним из вариантов работы с родительским стрессом является **схема-терапия**. Теория и практика, которые сфокусированы не только на работе с мыслями и поведением, но и с эмоциями. Основным объектом работы в схема-терапии является модель базовых эмоциональных потребностей. Они выступают как основа жизненного опыта и ключевой фактор поведения человека. Неудовлетворенные эмоциональные потребности родителей, воспитывающих ребенка с РАС, приводят к фрустрации, что в свою очередь усиливает их стресс. Схема-терапия выделяет пять базовых эмоциональных потребностей: надежная привязанность к другим людям; самостоятельность, компетентность и независимость; свобода выражения своих потребностей и эмоций; спонтанность и игра; реалистичные границы и

самоконтроль. Если базовые эмоциональные потребности не удовлетворяются, то у человека формируются схемы. Все схемы можно разделить на 5 больших доменов: нарушение связи и отвержение, нарушение автономности и эффективности, нарушение границ, направленность на других, сверхбдительность и подавление эмоций. Активация схемы происходит в стрессовых ситуациях. Данный подход обучает родителей приемам и навыкам удовлетворения собственных эмоциональных потребностей и регуляции негативных эмоций, что также может привести к снижению родительского стресса [118].

➤ Эффективным методом работы с эмоциональным состоянием родителей детей с РАС является и **терапия принятия и ответственности Хейса С.** (Acceptance and Commitment Therapy: АСТ). Ключевой компонент этой теории - принятие болезненных переживаний. Цель терапии АСТ - развитие психологической гибкости, т.е. умения человека присутствовать в настоящем, в том, что происходит здесь и сейчас, без осуждения, и реагировать так, чтобы не застревать в неприятных эмоциях, а двигаться вперед. Kowalkowski (2013) апробировал программу АСТ в работе с родителями детей с РАС. В программе родителей обучают принимать нежелательные переживания и сильные отрицательные эмоции, а не избегать их, а также технике «когнитивного разделения». Когнитивное разделение - это умение наблюдать за своими мыслями, мысленными образами и воспоминаниями, как бы сделать шаг назад и отделиться от них так, чтобы наблюдать их, но не находиться под их контролем [119].

Grecucci A., Messina I., Dadomo H. предлагают программу, интегрирующую схема-терапию и АСТ. В первой части терапии идет проработка с повторяющимися проблемами и ролями во взаимодействии с ребенком с РАС

(при доминировании какого-то режима). Во второй части родителей обучают стратегиям обнаружения и работы с дисфункциональными мыслями и образами [120].

➤ В работе с мыслями и иррациональными убеждениями родителей рекомендуется использовать **терапию решения проблем (PST)** Blaser A., Heim E., Ringer C., Thommen M. Авторы PST выделили два основных варианта проблемной ориентации: позитивную и негативную. Позитивная проблемная ориентация отражает склонность личности расценивать проблемы как испытания или вызовы, иметь обоснованный оптимизм насчет возможности решения проблем, иметь реалистично сильное чувство самоэффективности в отношении своих способностей к решению и т.д. Негативная, напротив, подразумевает склонность человека к оценке проблемы как угрозы и трагедии; ожидания, что проблемы окажутся нерешаемыми и т.д. [120-121].

➤ Nicholas A Lee соавторами предложили эмоционально-ориентированную парную терапию (ЭПТ), которая предназначена для пар, воспитывающих хронически больных детей, и соответствует потребностям в отношениях родителей детей с РАС. В пилотном исследовании эффективность ЭПТ проверялась на семи парах, страдающих от умеренного до тяжелого дистресса, которые также были родителями ребенка с диагнозом РАС. Результаты продемонстрировали значительное снижение семейного дистресса после лечения и через 6 месяцев наблюдения [121].

Родителей детей с РАС необходимо обучать следующим умениям: идентификация проблемы; конструктивное определение проблемы; глубокое понимание проблемы; умение ставить цели; умение искать альтернативные, творческие решения проблемы; выбор

наилучшего решения; навыки реализации сделанного выбора и оценки результата [122].

➤ Одним из основных подходов терапии родителей детей с РАС является *семейная системная терапия* (Реск, 1998). К сожалению, в нашей стране такая практика тоже редкость. Особенность данного подхода заключается в том, что клиентом является вся семья, вся семейная система, именно она - объект психотерапевтического воздействия. Все процессы, происходящие в семейной системе, рассматриваются и как причина, и как следствие. Предметом внимания психоконсультанта является все подгруппы взаимодействия: супружеские отношения, родитель - ребенок, брат - сестра, бабушки/дедушки-родители - дети - внуки [123]. Программа Реск, основанная на принципах семейной системной терапии, включает следующие этапы: повышение компетентности в вопросах РАС (1); мобилизация ресурсов родителей, настроенных на удачное разрешение своих проблем; развитие социальной поддержки семьи, воспитывающей ребенка с РАС (2); работа с родительским стрессом (3). Первый этап направлен на ознакомление и понимание родителями того, как РАС влияет на подгруппы взаимодействия в семье. Во второй части программы родителей обучают навыкам повышения социальной поддержки и расширения социальной системы. В третьей части родителей учат понимать свои симптомы стресса, причины его возникновения, методы снижения его проявлений и влияния на жизнь всей семьи [123].

➤ Для повышения эффективности взаимодействия родителя и ребенка с РАС и других коммуникаций родителя внутри и вне семейной системы, для понимания и коррекции своего поведения, сценария жизни, для разрешения созависимых отношений с ребенком

эффективно работать в рамках *транзактного анализа*. Имеются апробированные программы работы с родителями таких психологов, как Стейнер К., Джеймс М. и Джонгвард Д., Сидоренко Е.В. Психотерапия транзактного анализа, разработанная Берном Э., призвана освободить человека от посланий, убеждений, программирующих его жизнь, через их осознание, через противопоставление им непосредственности, спонтанности, близости и искренности в межличностных отношениях, через выработку разумного и независимого поведения. Конечной целью транзактного анализа является достижение гармонической, сбалансированной личности через гармонические взаимоотношения между всеми эго-состояниями. В работе с родителями детей с РАС рекомендую использовать идеи концепции «Свинского родителя» Стейнера К., экспериментировать с вербальными и невербальными сигналами, исходящими от эго-состояний «Свинский родитель», «Заботливый родитель», «Взрослый», «Адаптивный ребенок», «Естественный ребенок». Также важной задачей работы в рамках транзактного анализа является и развитие у родителей модели ресурсного «Взрослого», которая включает:

а) принятие на себя ответственности за собственные переживания, установки и поведение в их жизненной ситуации;

б) выработка установок, как любая сложность или трудности — это новые возможности для развития, укрепления «взрослой» позиции (преобразование негативного жизненного опыта как собственного ресурса);

с) анализ неконструктивных решений прошлых трудных ситуаций;

d) формирование представлений о своих способностях к совладанию на основе анализа реального успешного опыта преодоления;

e) создание и развитие позитивных копинг-стратегий совладающего поведения;

f) формирование внутренней готовности принять помощь, поддержку извне и способности к критической оценке собственных возможностей.

Развитие ресурсного «Взрослого» позволит родителю ребенка с РАС взаимодействовать с ним на равных, не уходя в неконструктивную позицию «Родитель - Ребенок» [124].

➤ Не менее эффективным является применение идеи «Драматического треугольника» Карпмана С. в анализе отношений родителя с ребенком, другими членами семьи, с разными специалистами (врачами, педагогами, психологами). Запрет на проживание своей жизни, запрет на заботу о себе удерживает родителей детей с РАС в эмоциях, соответствующих трем ролям из треугольника Карпмана (жертва, агрессор, спасатель). Родителям необходимо помочь выйти из данного сценария, а именно: принимать свои негативные эмоции, позволять переживать разные чувства; брать ответственность за себя, свой выбор; научиться заботиться о себе; понимать свои границы влияния, возможностей; развитие доверия и передачи ответственности другим за их действия и решения [125].

Анализ методов психологической поддержки родителей детей с РАС позволяет выделить направления работы психолога с данной категорией клиентов: предоставление актуальной и точной информации об РАС и доступных ресурсах и службах поддержки; обучение техникам совладания с эмоциональным состоянием в ситуациях стресса, профилактика эмоционального выгорания; развитие доверия окружающим и принятие их

помощи по уходу или терапии с ребенком; коррекция неконструктивных стратегий решения жизненных ситуаций и развитие навыков эффективного их решения; помощь в расширении социальной поддержки, в том числе и со стороны родителей особых детей. Включение этих задач в программы психологической поддержки родителей детей с РАС позволит повысить психологическое благополучие и родителей, и ребенка с РАС, и других членов семьи.

Предлагаем при консультации родителей использовать кейсы, построенные на основе историй, мотивационных посланий родителей особых детей. Очень рекомендуем и психологам, и родителям ознакомиться с опытом воспитания ребенка с аутизмом *Алии Абдибаитовой*, которым она поделилась в книге «*Особенное счастье*» (2022) [126].

Можно построить ситуацию поддержки на основе рекомендаций психолога, мамы особенного ребенка *Дарлы Клейтон*:

1. Родителям важно понимать, что в ситуации рождения, воспитания ребенка с РАС они не одиноки. Клейтон Д. рекомендует сотрудничать, общаться с родителями, находящимися в подобной ситуации; «Да, возможно, нет ни одного человека с таким же набором симптомов, как у вашего ребенка, но точно есть люди с похожей ситуацией. Найдите этих людей. Я не встретила ни одного человека с аналогичным «букетом» диагнозов, что есть у моего сына, но у меня есть знакомые по каждому отдельному диагнозу. Мы подружились и поддерживаем друг друга. Я захожу в одну из моих групп в фейсбуке и сразу вспоминаю, что я не одна».

2. Родителей нужно научить принимать помощь и заботу о них со стороны других людей. Они имеют право попросить друзей или семью приготовить им еду или

сходить в салон красоты, в кино или на свидание. Родителям важно понимать, что их жизнь - это не только забота о ребенке и это точно не его жизнь.

3. Родителям важно принимать свои ошибки, не заикливаться на исправлении решений и извинениях: «Вы не идеальны — и это нормально!».

4. Работа с самооценкой и мотивацией родителей. Каждый день родители детей с РАС справляются с задачами, которые кажутся невыполнимыми: массаж, гимнастика, прием таблеток, список процедур и пр. Родители справляются с истериками и кризисами ребенка, в том числе и со своими. Они мотивируют детей идти вперед. Они не теряют надежды, улучшают ситуацию психического здоровья ребенка вопреки прогнозам врачей.

5. Родители должны понимать, что занятия с ребенком, даже по лучшей коррекционно-развивающей программе, не должны быть наказанием, тяжелым и неинтересным времяпрепровождением и для ребенка, и для родителя. Нужно искать способы проводить их в игровой форме.

6. Не нужно останавливаться в поиске вариантов развития ребенка. Спорт, плавание, музыка, рисование, лепка, походы в горы, путешествие и др. – это тоже терапия. Ребенок учится чувствовать свое тело, радоваться, узнавать, удивляться, общаться.

7. Родителям важно понимать, что их жизнь, и жизнь их ребенка не ограничены обучением, посещением коррекционных центров и общением со специалистами. Важно получать удовольствие от общения с детьми: чтение детям, «обнимашки», совместные покупки, приготовление еды.

8. Родителям необходимо быть готовыми к принятию сложных решений. Важно иногда обсудить эти решения с тем, чье мнение для родителя значимо. Главное понимать,

что решение новых задач – это шаг вперед. Возможно решение будет ошибочным, поэтому выбор лучше строить по принципу «менее травматичный для ребенка».

9. Работа с чувством вины. Родителям важно понимать, что многие сложные вопросы не имеют правильного ответа.

10. Принятие того, что родительство трудно, но в нем много счастливых и радостных моментов.

12. Важно принять, что воспитание особого ребенка – это длительный процесс. Но надо помнить, что родительство – это часть личности, жизни. Родителям необходимо жить своей жизнью и своим развитием.

13. Важно понимать, что любой освоенный навык или умение ребенка с РАС – это достижение.

14. Необходимо менять тактику общения с родителями нейротипичных детей или незнакомых людей. Да, их слова могут быть нетактичны, некорректны, болезненны. Но они не знакомы с обстоятельствами жизни семьи, воспитывающей ребенка с РАС. Родителям важно относиться к таким ситуациям терпеливо и информировать без эмоций о диагнозе ребенка.

15. Важно помнить, что нужно развивать и супружеские отношения и не забывать о других детях. Если находить время и силы для сохранения и развития семейных отношений, то в выигрыше будут все.

16. Родителям важно доверять себе. Врачи, терапевты – отличные помощники и профессионалы. Но необходимо искать то, что лучше подходит для ребенка, его интересов, темпа его развития [127].

В дополнении к данному пособию, приложены две Техники для интервенции процесса принятия и эмоционального состояния родителей (Приложение 1,2), которые можно использовать как инструменты оказания психологической помощи для родителей детей с РАС.

Таким образом, для поддержки родителей детей с РАС применяются разные методы психологической поддержки, которые были описаны выше. Для психологов и других заинтересованных сторон важно вовремя выявлять потребности родителей детей с РАС, особенно на разных этапах развития ребенка с РАС.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важным компонентом психологической помощи детям с ограниченными возможностями, в том числе с РАС является психологическая поддержка их родителей или их опекунов. В первую очередь психологическая поддержка должна быть направлена на помощь родителям или опекунам в процессе адаптации к изменившейся жизненной ситуации и принятия особенностей своего ребенка. Родители могут чувствовать себя изолированными и непонятыми в обществе, поэтому важно создать для них безопасное пространство, где они могут поделиться своими эмоциями, опасениями и переживаниями. Психологи могут помочь родителям осознать и принять свои эмоции, развить стратегии регуляции собственного стресса и найти внутренние резервы для поддержания психологического равновесия для решения важных задач в новых условиях жизни семьи.

Психологическая поддержка должна быть направлена на развитие родительских навыков эмоциональной поддержки ребенка с РАС и психологической готовности к различным взаимодействиям с ним. Важной задачей психологической поддержки является развитие позитивного взгляда на ребенка и его возможности. Родители могут испытывать страхи, сомнения и чувство некомпетентности в воспитании и поддержке своего ребенка с расстройствами развития. Необходимо помочь родителям переоценить свои представления и ожидания, укрепить их веру в собственные силы и способности.

Неотъемлемой частью психологической поддержки родителей является информационная поддержка. Родители нуждаются в понимании особенностей расстройства аутистического спектра, а также в информации о доступных ресурсах и услугах, которые могут помочь им в

воспитании и развитии ребенка. Психологи должны предоставлять родителям необходимую информацию, ориентировать в сложных вопросах, помогать составлять планы и стратегии для достижения оптимального развития ребенка с РАС.

Практические рекомендации для использования практикующими врачами и родителями, осуществляющими уход за детьми с РАС, должны учитывать необходимость взаимодействия с другими такими же родителями, осуществляющими уход, и повышать их общие способности к решению проблем, самооценку и чувство значимости в качестве лиц, осуществляющих уход. Психологическая поддержка позволит улучшить психическое здоровье и психологического благополучия родителей, улучшат связанное со здоровьем качество жизни родителей, осуществляющих уход, их семей и их детей с РАС.

В заключении автор Валиева А.Б. хотела бы напомнить притчу, которую она часто рассказывает родителям во время консультаций: *«Жила бедная еврейская семья. Детей было много, а денег мало. Бедная мать работала на износ: готовила, стирала и орала, раздавала подзатыльники и громко сетовала на жизнь.*

*Наконец, выбившись из сил, отправилась она за советом к раввину: как стать хорошей матерью? Вышла от него задумчивая. С тех пор её как подменили. Денег в семье не прибавилось, и дети послушнее не стали. Но теперь мама не ругала их, а с лица её не сходила приветливая улыбка.*

*Раз в неделю она шла на базар, а вернувшись, на весь вечер запиралась в комнате.*

*Детей мучило любопытство. Однажды они нарушили запрет и заглянули к маме. Она сидела за столом и пила чай со сладким цимесом.*

*- Мама, что ты делаешь? А как же мы?! — возмущённо закричали дети.*

*- Ша, дети! — важно ответила она. — Я делаю вам счастливую маму».*

Мораль этой притчи, мне кажется, проста: «Прежде чем дать что-то ребенку, родитель должен иметь». Так вот, родители ребенка с РАС должны обладать внутренними и внешними ресурсами. В качестве внутренних ресурсов должны выступать: любовь к себе, к ребенку, знания родителя об особенностях психического развития ребенка, внутренние убеждения и эмоциональное состояние родителя. Внешними ресурсами для родителей должны быть поддержка ближайшего окружения семьи и доверительное взаимодействие со специалистами, которые занимаются с их ребенком.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A Review. JAMA. 2023 Jan 10;329(2):157-168. doi: 10.1001/jama.2022.23661.
2. Papadopoulos D. Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. Brain Sci. 2021 Mar 2;11(3):309. doi: 10.3390/brainsci11030309
3. Catalano D, Holloway L, Mpfu E. Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2018 Feb 14;15(2):341. doi: 10.3390/ijerph15020341.
4. Быкова И.С., Якиманская И.С. Отношение к болезни у родителей детей с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья): постановка проблемы // Мир науки. Педагогика и психология. - 2019. - Т 7., №1. – URL: <https://mir-nauki.com/PDF/50PSMN119.pdf> (дата обращения: 13.02.2024).
5. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, 1988. – 270 с.
6. Якиманская И.С. Прикладная типология детей с особыми образовательными потребностями в современной школе // Материалы международной научно-практической конференции «Наука сегодня: глобальные вызовы и механизмы развития». - 2018. - С. 59.
7. Горина Е.Н., Грина Е.С., Рудзинская Т.Ф. Современные подходы к изучению семьи, воспитывающей ребенка с расстройством аутистического спектра // Мир науки. Педагогика и психология. - 2019. - Т 7. - №5. - URL: <https://mir-nauki.com/PDF/81PSMN519.pdf> (дата обращения: 13.02.2024).

8. Гринина Е.С. Современные подходы к коррекции расстройств аутистического спектра // Инклюзия в образовании. - 2016. - №2 (2). - С. 159–174.

9. Hustings R.P., Taunt H.M. Positive perceptions in families of children with developmental disabilities // American Journal of Mental Retardation. - 2002. - No 107 (2). - P. 116–127.

10. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. - М.: Изд-во «Теревинф», 2005. - 224 с.

11. Gray D.E. Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. Soc. Sci. Med, 2003. – P.631–642. - doi: 10.1016/S0277-9536(02)00059-X. [Google Scholar].

12. Mughal S, Faizy RM, Saadabadi A. Autism Spectrum Disorder. 2022 Jul 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–

13. Lai WW, Goh TJ, Oei TP, Sung M. Coping and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD). J Autism Dev Disord. 2015 Aug;45(8):2582-93. doi: 10.1007/s10803-015-2430-9.

14. Lee J, Barger B. Factors Predicting Poor Mental and Physical Health in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: Results from 2016 to 2019 National Survey of Children's Health. J Autism Dev Disord. 2024 Mar;54(3):915-930. doi: 10.1007/s10803-022-05870-y.

15. Barroso N. E., Mendez L., Graziano P. A., Bagner D. M. (2018). Parenting stress through the lens of different clinical groups: A systematic review & meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 449–461. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6>

16. Estes A., Munson J., Dawson G., Koehler E., Zhou X.-H., Abbott R. (2009). Parenting stress and psychological

functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375–387. <https://doi.org/10.1177/1362361309105658>

17. Costa A. P., Steffgen G., Ferring D. (2017). Contributors to well-being and stress in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 37, 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.01.007>

18. Ferenc K, Byrka K, Król ME. The spectrum of attitudes towards the spectrum of autism and its relationship to psychological distress in mothers of children with autism. *Autism*. 2023 Jan;27(1):54-64. doi: 10.1177/13623613221081185.

19. Rutgers AH, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, van Berckelaer-Onnes IA. Autism and attachment: a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004 Sep;45(6):1123-34. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00305.x.

20. <https://ustazeducation.kz>

21. Smith SL, McQuade HB. Exploring the health of families with a child with autism. *Autism*. 2021 Jul;25(5):1203-1215. doi: 10.1177/1362361320986354. Epub 2021 Jan 28. Erratum in: *Autism*. 2021 Jul;25(5):1497-1498. doi: 10.1177/13623613211027494.

22. Chaki HB, Faran Y. The Effect of Family Characteristics on the Functioning of a Child with an Autistic Spectrum Disorder in Bedouin Society in Israel. *J Autism Dev Disord*. 2024 Feb 15. doi: 10.1007/s10803-024-06255-z.

23. Cidav Z, Marcus SC, Mandell DS. Implications of childhood autism for parental employment and earnings. *Pediatrics*. 2012 Apr;129(4):617-23. doi: 10.1542/peds.2011-2700. Epub 2012 Mar 19.

24. Whiting D, DiNardo JA. TEG and ROTEM: technology and clinical applications. *Am J Hematol.* 2014 Feb;89(2):228-32. doi: 10.1002/ajh.23599. PMID: 24123050.
25. DePape AM, Lindsay S. Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qual Health Res.* 2015 Apr;25(4):569-83. doi: 10.1177/1049732314552455. Epub 2014 Sep 22. PMID: 25246329. Zhang et al., 2015
26. Savickas, M. L. (2005). The Theory and Practice of Career Construction. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (pp. 42–70). John Wiley & Sons, Inc..
27. Savickas, M. L., Nota, L., Rossier, J., Dauwalder, J.-P., Duarte, M. E., Guichard, J., . . . van Vianen, A. E. M. (2009). Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Journal of Vocational Behavior, 75*(3), 239-250.
28. Savickas ML, Porfeli EJ. The Career adapt-abilities scale: Construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries. *Journal of Vocational*
29. Youssef CM, Luthans F. Positive organizational behavior in the workplace: The impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of Management.* 2007;33(5):774–800. doi: 10.1177/0149206307305562. [CrossRef] [Google Scholar]
30. Pajic S, Ulceluse M, Kismihók G, Mol ST, den Hartog DN. Antecedents of job search self-efficacy of Syrian refugees in Greece and the Netherlands. *Journal of Vocational Behavior.* 2018;105:159–172. doi: 10.1016/j.jvb.2017.11.001.
31. Ozdemir NK, Koç M. Career adaptability of parents of children with autism spectrum disorder. *Curr Psychol.* 2022 Jan 27:1-14. doi: 10.1007/s12144-021-02649-9. Epub ahead of print.
32. Al-Farsi, O. A., Al-Farsi, Y. M., Al-Sharbaty, M. M., & Al-Adawi, S. (2016). Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case–control study. *Neuropsychiatric Disease and*

*Treatment*, 12, 1943–1951.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S107103>

33. Schnabel, A., Youssef, G. J., Hallford, D. J., Hartley, E. J., McGillivray, J. A., Stewart, M., Forbes, D., & Austin, D. W. (2020). Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism*, 24(1), 26-40.

34. World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva, Switzerland: Author..

35. (Australian Bureau of Statistics. (2008). *National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of results, 2007* (Cat. No. 4326.0). Retrieved from <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4330.0>

36. Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Walters E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.

37. Huang Y., Kotov R., de Girolamo G., Preti A., Angermeyer M., Benjet C., . . .Kessler R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 46–53.

38. Hines M., Balandin S., Togher L. (2014). The stories of older parents of adult sons and daughters with autism: A balancing act. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 163–173.

39. Barker E. T., Hartley S. L., Seltzer M. M., Floyd F. J., Greenberg J. S., Orsmond G. I. (2011). Trajectories of emotional well-being in mothers of adolescents and adults with ASD. *Developmental Psychology*, 47, 551–561.

40. Bowker A, D'Angelo NM, Hicks R, Wells K. Treatments for autism: parental choices and perceptions of

change. *J Autism Dev Disord.* 2011 Oct;41(10):1373-82. doi: 10.1007/s10803-010-1164-y.

41. Abolkheirian S, Sadeghi R, Shojaeizadeh D. What do parents of children with autism spectrum disorder think about their quality of life? A qualitative study. *J Educ Health Promot.* 2022 Jun 11;11:169. doi: 10.4103/jehp.jehp\_887\_21.

42. Kopala-Sibley DC, Dougherty LR, Dyson MW, Laptook RS, Olino TM, Bufferd SJ, & Klein DN (2017). Early childhood cortisol reactivity moderates the effects of parent–child relationship quality on the development of children’s temperament in early childhood. *Developmental science*, 20, e12378. doi: 10.1111/desc.12378.

43. Papadopoulos D. Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. *Brain Sci.* 2021 Mar 2;11(3):309. doi: 10.3390/brainsci11030309.

44. Foody C, James JE, & Leader G (2015). Parenting stress, salivary biomarkers, and ambulatory blood pressure: A comparison between mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 1084–1095. doi: 10.1007/s10803-014-2263-y.

45. Callander EJ, & Lindsay DB (2018). The impact of childhood autism spectrum disorder on parent’s labour force participation: Can parents be expected to be able to re-join the labour force? *Autism*, 22, 542–548. doi: 10.1177/1362361316688331

46. Brewerton N, Robson K, Crittenden PM. Formulating autism systemically: Part 2 - A 12-year prospective case study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2017 Jul;22(3):390-401. doi: 10.1177/1359104517714381.

47. Kalantar Ghoreishi M, Asadzadeh H, Abolmaali Hosseini Kh. Structured Pattern for Parental Stress Based on Self- Conscious Affect and Family Performance of Children

With Autism. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2018; 12(3):201-208. <http://dx.doi.org/10.32598/JMR.V12.N3.201>

48. Marcinechová D, Záhorcová L, Lohazerová K. Self-forgiveness, Guilt, Shame, and Parental Stress among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Curr Psychol*. 2023 Mar 10:1-16. doi: 10.1007/s12144-023-04476-6. Epub ahead of print. PMID: 37359690; PMCID: PMC10000355.

49. Wong CY, Mak WWS, Liao KY. Self-Compassion: A potential buffer against affiliate stigma experiences by parents of children with autism spectrum disorders. *Mindfulness*. 2016;7:1385–1395. doi: 10.1007/s12671-016-0580-2.

50. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003;2(3):223–250. doi: 10.1080/15298860390209035.

51. Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*. 2014;6(4):938–947. doi: 10.1007/s12671-014-0359-2.

52. Janoff-Bulman, R., & Berg, M. (1998). Disillusionment and the creation of value: From traumatic losses to existential gains. In J. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 35-48). Washington, DC: Taylor & Francis.

53. Lee JD, Terol AK, Yoon CD, Meadan H. Parent-to-parent support among parents of children with autism: A review of the literature. *Autism*. 2024 Feb;28(2):263-275. doi: 10.1177/13623613221146444

54. Fernández-Alcántara M, García-Caro MP, Pérez-Marfil MN, Hueso-Montoro C, Laynez-Rubio C, Cruz-Quintana F. Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Res Dev Disabil*. 2016 Aug;55:312-21. doi: 10.1016/j.ridd.2016.05.007.

55. Эффективные модели взаимодействия с родителями детей с РАС и другими ментальными нарушениями в системе образовательного процесса:

методические рекомендации / Сост. С.В. Лебедева, Ю.А. Кузнецова, Д.Н. Мелихова, Т.В. Голосная, Д.А. Мужчиль. – Белгород, 2021. – 21с.

56. Фуряева Т. В Социализация и социальная адаптация лиц с инвалидностью. – М.: Изд-во «Юрайт», 2024. - 189 с.

57. Современные аспекты психолого-педагогической работы с семьями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Психолого-педагогические исследования. - 2011. – Т.3. - №3: PsyJournals.ru.

58. Нестерова А.А., Айсина Р.М., Сулова Т.Ф. Руководство для родителей ребенка с расстройством аутистического спектра: вопросы самопомощи и социального развития ребенка. – М.: РИТМ, 2016. - 216 с.

59. Болбат Н.С., Скугаревская Е.И. Внутренняя картина болезни. Реакция личности на болезнь. – Минск: БГМУ, 2021. – 24 с.

60. Пустовая А.В., Пустовая Е.Н., Гуткевич Е.В. Особенности психологического отношения матерей и отцов к болезни в семьях, имеющих ребенка с расстройствами аутистического спектра // Ученые записки

61. Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review // Environ Res Public Health. - 2018 Feb 14; 15(2). - 341. - doi: 10.3390/ijerph15020341.

62. Smith J, Halliwell N, Laurent A, Tsotsoros J, Harris K, DeGrace B. Social Participation Experiences of Families Raising a Young Child With Autism Spectrum Disorder: Implications for Mental Health and Well-Being. Am J Occup Ther. 2023 Mar 1;77(2):7702185090. doi: 10.5014/ajot.2023.050156.

63. Walton KM, Tiede G. Brief report: Does "healthy" family functioning look different for families who have a child

with autism? *Res Autism Spectr Disord.* 2020 Apr;72:10.1016/j.rasd.2020.101527. doi: 10.1016/j.rasd.2020.101527.

64. Kayfitz AD, Gragg MN, & Robert Orr R (2010). Positive experiences of mothers and fathers of children with autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(4), 337–343

65. Baker JK, Seltzer MM, & Greenberg JS (2011). Longitudinal effects of adaptability on behavior problems and maternal depression in families of adolescents with autism. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 601.

66. Kalyva, E. (2013). Collaboration Between Parents of Children with Autism Spectrum Disorders and Mental Health Professionals. InTech. doi: 10.5772/53966

67. Roquette Viana C, Caldeira S, Lourenço M, Simões Figueiredo A. Parenting of Children with Autism Spectrum Disorder: A Grounded Theory Study. *Healthcare (Basel)*. 2021 Jul 12;9(7):872. doi: 10.3390/healthcare9070872.

68. Weiss, J. A., Robinson, S., Fung, S., Tint, A., Chalmers, P., & Lunsy, Y. (2013). Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 1310–1317. 10.1016/j.rasd.2013.07.016

69. DaWalt, L. S., Usher, L. V., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2019). Friendships and social participation as markers of quality of life of adolescents and adults with fragile X syndrome and autism. *Autism*, 23, 383–393. 10.1177/1362361317709202

70. Ooi, K. L., Ong, Y. S., Jacob, S. A., & Khan, T. M. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 745–762. 10.2147/NDT.S100634

71. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).

72. Smith J, Halliwell N, Laurent A, Tsotsoros J, Harris K, DeGrace B. Social Participation Experiences of Families Raising a Young Child With Autism Spectrum Disorder: Implications for Mental Health and Well-Being. *Am J Occup Ther.* 2023 Mar 1;77(2):7702185090. doi: 10.5014/ajot.2023.050156.

73. Разработка и реализация стратегий социальной политики для обеспечения успешной и устойчивой интеграции людей с аутизмом в профессиональное сообщество и рынок труда. Социальная интеграция и независимая жизнь. // Yolanda Pena Boquete, Самамбаева А., М., Юсубалиева М.- 2024 - с.

74. Parmeggiani, A., Corinaldesi, A. & Posar, A. Early features of autism spectrum disorder: a cross-sectional study. *Ital J Pediatr* **45**, 144 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0733-8>

75. Krakovich TM, McGrew JH, Yu Y, Ruble LA. Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: An Exploration of Demands and Resources. *J Autism Dev Disord.* 2016 Jun;46(6):2042-2053. doi: 10.1007/s10803-016-2728-2.

76. Catalano D, Holloway L, Mpofo E. Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Feb 14;15(2):341. doi: 10.3390/ijerph15020341.

77. Bitsika V., Sharpley C. Development and testing of the effects of support groups on the well-being of parents of children with autism-II: Specific stress management techniques. *J. Appl. Health Behav.* 2000;2:8–15.

78. Clifford T., Minnes P. Logging on: Evaluating an online support group for parents of children with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 2013;**43**:1662–1675. doi: 10.1007/s10803-012-1714-6.

79. Farmer J., Reupert A. Understanding autism and understanding my child with autism: An evaluation of a group parent education program in rural Australia. *Aust. J. Rural Health.* 2013;**21**:20–27. doi: 10.1111/ajr.12004

80. Niinomi K., Asano J., Kadoma A., Yoshida K., Ohashi Y., Furuzawa A., Yamamoto M., Yamakita N., Mori A. Developing the “Skippu-Mama” program for mothers of children with autism spectrum disorder. *Nurs. Health Sci.* 2016;**18**:283–291. doi: 10.1111/nhs.12264

81. Patra S., Arun P., Chavan B.S. Impact of psychoeducation intervention module on parents of children with autism spectrum disorders: A preliminary study. *J. Neurosci. Rural Pract.* 2015;**6**:529–535. doi: 10.4103/0976-3147.165422

82. Samadi S.A., McConkey R., Kelly G. Enhancing parental well-being and coping through a family-centered short course for Iranian parents of children with an autism spectrum disorder. *Autism.* 2012;**17**:27–43. doi: 10.1177/1362361311435156.

83. McConkey R., Samadi S.A. The impact of mutual support on Iranian parents of children with an autism spectrum disorder: A longitudinal study. *Disabil. Rehabil.* 2013;**35**:775–784. doi: 10.3109/09638288.2012.707744

84. Tonge B., Brereton A., Kiomall M., Mackinnon A., King N., Rinehart N. Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2006;**45**:561–569. doi: 10.1097/01.chi.0000205701.4832

85. Ergüner-Tekinalp B., Akkök F. The effects of a coping skills training program on the coping skills, hopelessness, and stress levels of mothers of children with autism. *Int. J. Adv. Couns.* 2004;**26**:257–269. doi: 10.1023/B:ADCO.0000035529.92256.0d.

86. Zhang W., Yan T., Du Y., Liu X. Brief report: Effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD. *J. Autism Dev. Disord.* 2014;**44**:2052–2056. doi: 10.1007/s10803-014-2051-8

87. Izadi-Mazidi M., Riahi F., Khajeddin H. Effect of cognitive behavior group therapy on parenting stress in mothers of children with autism. *Iran J. Psychiatry Behav. Sci.* 2015;**9** doi: 10.17795/ijpbs-1900.

88. Jamison J.M., Fourie E., Siper P.M., Trelles M.P., George-Jones J., Grice A.B., Krata J., Holl E., Shaoul J., Hernandez B., et al. Examining the efficacy of a family peer advocate model for Black and Hispanic caregivers of children with autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 2017;**47**:1314–1322. doi: 10.1007/s10803-017-3045-0

89. Rayan A., Ahmad M. Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. *Res. Dev. Disabil.* 2016;**55**:185–196. doi: 10.1016/j.ridd

90. Beck A.T., Steer R.A. *Beck Depression Inventory Manual*. The Psychological Corporation; San Antonio, TX, USA: 1993

91. Lovell B., Moss M., Wetherell M.A. Assessing the feasibility and efficacy of written benefit-finding for caregivers of children with autism: A pilot study. *J. Fam. Stud.* 2016;**22**:32–42. doi: 10.1080/13229400.2015.1020987d.2016.04.002

92. Kim J. Effects of Buddhist Ontology Focused (BOF) meditation: Pilot studies with mothers of children with developmental disabilities on their EEG and psychological well-beings. *Asia Pac. J. Couns. Psychother.* 2016;7:82–100. doi: 10.1080/21507686.2016.1213756

93. Crittenden PM. Formulating autism systemically: Part 1 - A review of the published literature and case assessments. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2017 Jul;22(3):378-389. doi: 10.1177/1359104517713241. PMID: 28693401.

94. Ferraioli S., Harris S.L. Comparative effects of mindfulness and skills-based parent training programs for parents of children with autism: Feasibility and preliminary outcome data. *Mindfulness.* 2012;4:89–101. doi: 10.1007/s12671-012-0099-0.

95. Feinberg E., Augustyn M., Fitzgerald E., Sandler J., Suarez Z.F., Chen N., Cabral H., Beardslee W., Silverstein M. Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: Results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2014;168:40–46. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.3445

96. Ergüner-Tekinalp B., Akkök F. The effects of a coping skills training program on the coping skills, hopelessness, and stress levels of mothers of children with autism. *Int. J. Adv. Couns.* 2004;26:257–269. doi: 10.1023/B:ADCO.0000035529.92256.0d

97. Nguyen C.T., Fairclough D.L., Noll R.B. Problem-Solving skills training for mothers of children recently diagnosed with autism spectrum disorder: A pilot feasibility study. *Autism.* 2016;20:55–64. doi: 10.1177/1362361314567134

98. Abid, N., Gaddour, N. & Hmissa, S. Effectiveness of a training program among parents of preschool children with ASD in Tunisia: a randomized controlled trial. *Humanit Soc Sci*

*Commun* **11**, 532 (2024). <https://doi.org/10.1057/s41599-024-02827-7>

99. Z.L. Francis, M. Inzlicht, Chapter 18 - Proximate and Ultimate Causes of Ego Depletion, Editor(s): Edward R. Hirt, Joshua J. Clarkson, Lile Jia, Self-Regulation and Ego Control, Academic Press, 2016, Pages 373-398, ISBN 9780128018507, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801850-7.00018-4>.

100. Hammond, Wayne. "Principles of strength-based practice." *Resiliency initiatives* 12, no. 2 (2010): 1-7.

101. Hammond, Wayne, and Rob Zimmerman. "A strengths-based perspective." *A report for resiliency initiatives* (2012): 1-18

102. van Bergen E, van der Leij A and de Jong PF (2014) The intergenerational multiple deficit model and the case of dyslexia. *Front. Hum. Neurosci.* **8**:346. doi: 10.3389/fnhum.2014.00346

103. Devaney, C. (2017). Promoting children's welfare through family support. In P. Dolan & F. Frost (Eds.), *The Routledge handbook of global child welfare* (pp. 99–108). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315672960-11>

104. Devaney, C., Brady, B., Crosse, R., & Jackson, R. (2023). Realizing the potential of a strengths-based approach in family support with young people and their parents. *Child & Family Social Work*, *28*(2), 481–490. <https://doi.org/10.1111/cfs.12978>

105. Дьячкова Е.С. Психологическая поддержка родителей, воспитывающих детей с особенностями развития, средствами арт-терапии // Психолого-педагогический журнал «Гаудеамус». - 2023. - Т. 22. - № 1. - С. 45-54.

106. McKenzie R., Dallos R., Stedmon J., Hancocks H., Vickery P., Ewings P., Barton A., Vassallo T., Myhill C. Children with autism: study protocol for a feasibility

randomised controlled trial: SAFE, a new therapeutic intervention for families of children with autism: study protocol for a feasibility randomised controlled trial. - URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31133577> (дата обращения: 06.01.2024).

107. Ng AK, Kenney LB, Gilbert ES, Travis LB. Secondary malignancies across the age spectrum. *Semin Radiat Oncol.* 2010 Jan;20(1):67-78. doi: 10.1016/j.semradonc.2009.09.002. PMID: 19959033; PMCID: PMC3857758.

108. Campbell K. Signaling to and from radial glia. *Glia.* 2003 Jul;43(1):44-46. doi: 10.1002/glia.10247. PMID: 12761865.

109. Benn R, Akiva T, Arel S, Roeser RW. Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Dev Psychol.* 2012 Sep;48(5):1476-87. doi: 10.1037/a0027537.

110. Laplante M, Sabatini DM. Regulation of mTORC1 and its impact on gene expression at a glance. *J Cell Sci.* 2013 Apr 15;126(Pt 8):1713-9. doi: 10.1242/jcs.125773.

111. Gika DM, Artemiadis AK, Alexopoulos EC, Darviri C, Chrousos GP, Papanikolaou K. Use of a relaxation technique by mothers of children with autism: a case-series study. *Psychol Rep.* 2012 Dec;111(3):797-804. doi: 10.2466/20.15.21.PR0.111.6.797-804.

112. Васильева И. Терапия письмами: принцип работы и личный опыт. - URL: <https://psychology.sredaobuchenia.ru/psyletter?ysclid=lsm55g09dp109309849> (дата обращения: 29.01.2024).

113. Пуговкина О.Д. Mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная психотерапия, основанная на осознанности в лечении хронической депрессии. - URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2015\\_6\\_35/nomer02.ph](http://mprj.ru/archiv_global/2015_6_35/nomer02.ph). (дата обращения: 18.01.2024).

114. Paz N.D., Wallander J.L. Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. - URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27816800> (дата обращения: 29.01.2024)..

115.Абдуллаева Л., Егорова М. Позитивная психология: полезные приемы спорной теории. – URL: <https://experimental-psychic.ru/pozitivnaya-psihologiya/?ysclid=ism5wh2yiq112840506> (дата обращения: 02.02.2024).

116.Ким К.А., Кадыров Р.В. Групповая схема-терапия в снижении стресса родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/grupповaya-shema-terapiya-v-snizhenii-stressa-roditeley-vospityvayuschih-rebenka-s-ovz?ysclid=ism646ug4h16855463> (дата обращения: 20.02.2024).

117.Harris R. Using act with core beliefs, narratives, and schemas. - URL: <https://schema-therapy.ru/usingact?ysclid=ism6ah3ty3405146051> (дата обращения: 04.02.2024).

118.Grecucci A., Messina I., Daddomo H. Decoupling internalized dysfunctional attachments: a combined act and schema therapy approach. - URL: <https://schema-therapy.ru/dysfunctionalattachments?YSCLID=LSM6GBO021409004961> (дата обращения: 04.02.2024).

119.Незу А.М., Незу К.М., Д'Зурилла Т.Дж. Терапия решения проблем: Руководство по лечению. - URL: [https://translated.turbopages.org/proxy\\_u/en-ru.ru.c4d8c1d0-65cd14b2-de1ba7e0-74722d776562/https/www.overdrive.com/media](https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.c4d8c1d0-65cd14b2-de1ba7e0-74722d776562/https/www.overdrive.com/media) (дата обращения: 14.02.2024).

120. Lee NA, Furrow JL, Bradley BA. Emotionally Focused Couple Therapy for Parents Raising a Child with an Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study. *J Marital Fam Ther.* 2017 Oct;43(4):662-673. doi: 10.1111/jmft.12225

121. Васягина Н.Н. Обучение как форма психолого-педагогического сопровождения родителей. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obuchenie-kak-forma-psihologo-pedagogicheskogo-soprovozhdeniya-roditeley?ysclid=ism73snchf82408658> (дата обращения: 06.01.2024).

122. Головкина Ю. Выход из треугольника Карпмана. - URL: <https://psychologyjournal.ru/public/vykhod-iz-treugolnika-karpmana/?ysclid=ism78mv8hn858172906> (дата обращения: 11.01.2024).

123. Абдибаитова А. Особенное счастье. – Астана, 2022. – 120с.

124. Клейтон Д. 20 фраз, которые должен услышать каждый родитель ребенка с особенностями развития. - URL: <https://balatimes.kz/domestic-violence-and-bullying/view?slug=20-fraz-kotorye-dolzen-uslysat-kazdyj-roditel-rebenka-s-osobennostami-razvitiya&ysclid=ism7ew5ddw84540334> (дата обращения: 18.02.2024).

125. Шрамм Р. Мотивация и подкрепление: Практическое применение методов прикладного анализа поведения и анализа вербального поведения (АВА/VB). - Екатеринбург: Изд-во «Рама Паблишинг», 2021. - 608 с.

126. Murphy N.A. The health of caregivers for children with disabilities: Caregiver Perspectives // *Child: Care, Health and Development.* - 2007. – № 33. - P. 180–187.

127. Формирование здорового класса с детьми с расстройствами аутистического спектра: методическая рекомендация / Кошербаева Л.К., Сулеймен М.М., Менлякова Д. - Алматы: Изд., 2023. - 47с.

## Техники для интервенции процесса принятия и эмоционального состояния родителей

### Ведение дневника *ABCDE*

#### Инструкция:

Ведение этого Дневника поможет вам, когда:

- случилось «зацепившее» вас событие,
- вас посетили вытесняющие всё мысли,
- вы почувствовали сильную эмоцию
- заметили за собой не совсем адекватную реакцию.

Описывайте события, мысли, эмоции и реакции максимально подробно.

Лучше сразу после произошедшего события или, хотя бы, в этот же день.

«С» - ситуация, в которой произошла смена вашего эмоционального состояния. «М» - мысли, которые возникли в негативной ситуации «С»

Основной вопрос, который вы можете себе задать для выявления таких мыслей: «О чём я подумал (-а) только что?». «Э» - эмоции, которые вы испытывали в переживаемом событии «С». Поначалу в описании попробуйте исходить из базовых эмоций (потом этот список можно расширить): удовольствие, интерес, удивление, грусть, гнев, страх, отвращение, стыд. В скобках укажите силу эмоции от 1 до 10 (где 1 – слабая практически отсутствующая эмоция, а 10 – максимально сильно выраженная эмоция). «D» - диспут, другой взгляд. Доказательства, которые подвергают сомнению и опровергают вашу «горячую» мысль. Заполняйте данную колонку отвечая на следующие вопросы по отношению к «горячей» мысли:

- Какие факты говорят «за» и «против» этой мысли?
- Если я вспомню эту ситуацию через 5 лет, то что я буду про неё думать?

- Какое альтернативное объяснение можно дать?

«Е» - активация, конечный результат. Какие чувства и эмоции вызвали новые аргументы и более оптимистичные мысли? Оцените снова эмоции и степень доверия по отношению к «горячей» мысли от 1 до 10 баллов и от 1 до 100% соответственно.

### Дневник ABCDE

Дата	«А» Активизирующее Событие - ситуация, в которой вы оказались	«В» Мысли, интерпретации, выводы, относительно (А) (степень доверия от 1 до 100%)	«С» Эмоции (по шкале от 1 до 10)	«D» Диспут	«Е» Активация

### Преодоление страха (А. Эллис)

Инструкция:

Часто наши страхи возникают из-за ложных установок. То, чего мы боимся, не представляет для нас реальной угрозы. Чтобы справиться со страхами и фобиями, нужно:

- Посмеяться над своими страхами. Подумайте, для чего вам необходимо одобрение других людей, например, по приготовленному блюду. А если бы суп оказался недосоленным или невкусным, то они бы сказали об этом и не стали есть. А раз все молчат и обедают – значит суп удался. Посмейтесь над собой и над тем, что вы ожидали признания со стороны близких.
- Откровенно поделиться своим страхом с близким человеком и расскажите ему, что вы чувствуете при этом.
- Найти ложную причину страхов и трансформировать ее в разумную.

- Понаблюдать за своими переживаниями, признаться, что они мелкие и незначительные. Например, если вы боитесь показаться другим слабым человеком из-за того, что сильно переживаете, нужно сознаться в том, что вы стесняетесь своих эмоций, и это необоснованный страх, ведь каждый имеет право на чувства.

**Техника «Бросание якоря»** («Когда внутри бушует шторм, бросай якорь»).

Инструкция/Этапы выполнения упражнения:

- Признание своих чувств и мыслей. Не отвлечение от них, а наблюдение и называние (например, «Я чувствую злость, тревогу, думаю о будущем своего ребенка»).

- Установление контакта с телом: фокус внимания на телесные ощущения и опору, осуществление небольших движений – выбор действий. Вы не можете подавить шторм, но можете выбирать свои действия

- Расширение фокуса внимания и «замечание» того, что вокруг вас. Акцент на восприятии - тактильных ощущений, звуков, запахов, «сканирование» обстановки. Таким образом вы «бросаете якорь» и вовлекаетесь в настоящий момент. Даже во время самого сильного шторма у вас в руках есть штурвал.

- Бросание якоря в спокойном состоянии помогает запомнить технику и возвращаться к ней для обретения устойчивости.

### **Позиция наблюдателя**

Инструкция:

В этой технике вы останавливаетесь на позиции отстранённого наблюдателя, не пытаясь вовлекаться в мысли и чувства, не бросая якорь.

Это считается «метапозицией», в которой вы обнаруживаете наблюдающую часть себя: она спокойно

замечает мысли, чувства, ощущения, но не останавливается на них.

Навык такого наблюдения может не сформироваться сразу, он нуждается в тренировке. Поэтому пробуйте находить свою позицию наблюдателя и быть в ней какое-то время, не давая себе вовлекаться в происходящее.

Вам может помочь метафора: вы наблюдаете за течением реки, которое проносит мимо вас бревна и упавшие в реку предметы. Вы наблюдаете, как они проплывают мимо, но сами остаётесь на берегу.

### **Водитель автобуса**

Инструкция:

Представьте, что вы – водитель автобуса, который полон пассажиров. Это совершенно разные люди: приятные вам и не очень, и откровенно отталкивающие, но каждый из них занимает своё место.

С неприятными пассажирами вы, наверное, пробовали бороться – выгонять их, требовать соблюдения правил. Но они мало того, что не слушаются, ещё и вмешиваются в процесс и пытаются указывать вам, куда ехать.

В конце концов, вы пытаетесь договориться по-хорошему, а если и это не помогает – остаётся принять, что и такие пассажиры в вашем автобусе есть.

А сам автобус должен продолжать путь – ведь если он будет тормозить из-за каждого неприятного пассажира или менять маршрут по их воле, то никогда не доберётся до нужной точки.

Кто эти пассажиры – и приятные, и не очень? Ваши воспоминания, мысли, чувства, привычки, состояния, установки – другими словами, всё, что продуцирует психика.

Важно помнить, что именно вы за рулём автобуса, и да, вы не можете выгнать неприятных пассажиров, но можете перестать бороться с ними и ехать дальше – по той дороге, которую выберете сами.

### **Чаша Доброты**

Инструкция:

Займите удобное положение, закройте глаза или зафиксируйте свой взгляд на какой-то точке.

И позвольте себе вступить в контакт с трудным чувством.

Теперь обратите внимание, где в вашем теле вы чувствуете его больше всего...

Где оно? На что оно похоже?

Понаблюдайте за ним с любопытством...

Молча назовите его... (например «Я замечаю чувство грусти» или «Вот чувство тревоги»).

Теперь соедините ладони вместе, как будто это чаша.

И посмотрите, сможете ли вы наполнить эту чашу чувством доброты...

Обратите внимание на то, как ваши руки формируют эту чашу.

И уделите время тому, чтобы признать, что вы часто использовали эти руки, чтобы сделать что-то доброе. Возможно, вы держали кого-то за руку, когда он был расстроен, или обнимали плачущего ребенка, утешали друга, помогали кому-то справиться с трудной задачей.

Положите чувство доброты в эту чашу, прямо сейчас...

Пусть чаша наполнится добротой и заботой...

Вы можете активно визуализировать это, или просто почувствовать, как это происходит...

А теперь представьте, или визуализируйте, или почувствуйте, как доброта вытекает из чаши...

И течет вверх по вашим рукам в ваше тело...  
И течет в ваше сердце...  
Втяните эту доброту внутрь...  
Вы можете представить или ощутить это...  
Чувство тепла, доброты и поддержки, текущее в ваше сердце...

А из сердца — по всему телу...

До макушки головы и кончиков пальцев рук и ног...

Чувство тепла и доброты струится через вас...

Посылайте эту доброту в любую область, где есть напряжение, или боль, или онемение...

И по мере того, как доброта течет в эту область, представьте, почувствуйте, как ваше тело смягчается вокруг боли...

Ослабление освобождает пространство...

Держите эту боль или онемение с нежностью...

Держите её так, как будто это плачущий ребенок, скулящий щенок или хрупкое произведение искусства...

Наполните это мягкое действие заботой и теплом, словно протягивая руку помощи тому, кто вам дорог...

Позвольте доброте течь свободно...

Соединитесь с собой, заботьтесь о себе, дарите комфорт и поддержку...

И тихо скажите несколько добрых слов сами себе, таких, которые вы бы сказали близкому человеку, испытывающему нечто подобное...

Если вы не уверены, что сказать, попробуйте: «Это больно; проявляй доброту» или «Это трудно, но я справлюсь». И продолжайте посылавать тепло и доброту...

Не пытаясь избавиться от боли, а скорее, освобождая для неё место...

Позволяя ей быть такой, какая она есть в этот момент...

Дать ей достаточно места... И посылать тепло и доброту...

Уделите время признанию: это чувство — знак того, что вам не все равно...

Оно говорит вам, что есть что-то важное, что действительно имеет для вас

Разрыв между тем, чего вы хотите, и тем, что у вас есть...

Это то, что у вас есть общего с каждым живым, заботливым человеком на этой планете... Чем больше этот разрыв в реальности, тем большую боль мы чувствуем...

Так можете ли вы примириться с этим... даже если это больно?

И продолжать посылать тепло и доброту самому себе...

Завершая это упражнение потянитесь и подвигайте телом, взаимодействуя с окружающим миром.

## **Листья на реке**

Инструкция:

Сначала, нужно устроиться поудобнее. Это упражнение, кстати, хорошо работает, когда вы не можете заснуть вечером. Потом закрыть глаза, и представить себе, как будто вы находитесь на берегу красивой реки. Река течет, а вы на берегу, смотрите не воду, может быть, видите что-то под водой, может быть, просто смотрите на течение, и медленно переводите взгляд на другой берег, где растет дерево, а на этом дереве много листьев. Эти листья периодически слетают с дерева, как это бывает осенью.

Вы видите, как лист слетает с дерева, и вы представляете себе, как будто вы берете мысль из вашей головы и кладете ее на лист, он летит и попадает на воду, и река в своем собственном темпе уносит этот листок, он уплывает от вас, а вместе с ним уплывает и мысль.

Вы смотрите ему вслед, а потом переводите взгляд на другой листок, который падает с дерева, и снова помещаете на него свою мысль, а листок приземляется на реку, приводняется на поверхность, и река уносит его снова.

Вы можете повторять это вынимание мыслей и помещение их на листок столько, сколько нужно, пока не почувствуете, что ваша голова становится легче, и мыслей в ней меньше. Потом спокойно, в своем собственном темпе, делаете вдох и выдох, и открываете глаза. А если вы делаете это перед сном, то, может быть, просто засыпаете.

### **Возвращение ответственности**

Инструкция:

Чтобы почувствовать достоинства и недостатки 2 позиций: «ответственность за других» и «ответственное отношение к другим», продолжите незаконченные предложения:

- быть ответственным для меня означает...
- некоторые люди более ответственны, чем другие, это люди, которые...
- безответственные люди – это...
- свою ответственность к другим я проявляю через...
- самый трудный для меня вид ответственности – это...
- ответственного человека я узнаю по...
- чем сильнее моя ответственность, тем больше я...
- я побоялся бы нести ответственность за... быть ответственным по отношению к себе – это...
- я несу ответственность за...

В течение определенного отрезка времени отслеживать свои ощущения, чувства, мысли, действия, мысленно называя их и добавляя фразу «И это делаю я».

## **Установление границ**

Инструкция:

*Утверждения, которые дают чувство принятия:*

- Чувство отдельности говорит, что ты и я – это два уникальных и не связанных намертво индивида. У тебя свои собственные чувства, отношение ко всему и свои ценности. И то, что ты собой представляешь, очень хорошо в моих глазах. А что я из себя представляю, то хорошо в твоих глазах.

- Чувство отдельности говорит, что ты можешь позаботиться о себе, а я могу позаботиться о тебе. У каждого из нас забота о себе – это первичная обязанность. Я не отвечаю за твою судьбу, а ты не отвечаешь за мою судьбу (имеются в виду взаимоотношения взрослых).

- Если я действительно о тебе забочусь, и ты мне нравишься, то я позволю тебе быть капитаном своего корабля, который может придерживаться собственного курса. Если я тебе нравлюсь, то ты позволишь и мне делать с моей жизнью то же самое.

- Я буду высоко ценить, если ты поделиться со мной своими чувствами, в том числе неприятными чувствами оттого, что я делаю или говорю. Но позволь мне самой решать, менять мне свое поведение или нет.

## **Работа с самооценкой**

Список ценностей

Инструкция:

Составьте список своих ценностей. Пишите все, что для вас важно. Далее поставьте от 0 до 100% насколько вы реализуете эту ценность в своей жизни. Рядом ставим тоже % насколько я хочу реализовывать эту ценность в жизни. Например, забота – 70% неудовлетворенности: что входит в эти 70%. Расписываем по пунктам подробно: 1)

мне не хватает близких людей рядом. 2) я не могу проявлять нежность и тд. Все что приходит в голову.

Если мы что-то ценим, но не реализуем в жизни – там основные провалы в самооценке. Именно там мы более всего не удовлетворены собой.

### Список качеств

#### Инструкция:

Составьте два списка:

1. 10 качеств, умений, черт характера, которые, на ваш взгляд, помогли добиться каких-либо положительных изменений в вашей жизни.

2. 10 качеств, черт, привычек, которые мешают вам достигать в жизни желаемого.

После составления этих списков ответьте на вопрос: как вы относитесь к таким же качествам у других людей? Отличается ли ваше отношение к себе здесь от отношения к ним? Любое наше качество в организме существует не просто так. Оно несет полезную функцию, поэтому и существует. До тех пор, пока мы этого не замечаем, мы не можем этим пользоваться, а даже изводим в себе эти черты. Как правило, безуспешно. Я предлагаю вам не бороться с этими качествами, а узнать, в чем их смысл и задача.

Возьмите второй список и представьте, что каждое качество из этого списка на самом деле выполняет важную роль. Попробуйте обнаружить, или угадать, или придумать, какую именно и чем она важна? Если вам удастся обнаружить, вы увидите, что на самом деле это качество является вашим достоинством. Теперь, когда вы это знаете, вы можете использовать его лучше, в более уместные моменты и без побочных эффектов.

Если есть такое качество, которое мы в себе вообще не переносим – представьте его в виде образа. И пообщайтесь с этим образом. Ищите в данном случае все

то, что является полезным для вас или для окружающих (это будет способ удовлетворения какой-то потребности) И найдите другой способ, более адекватный для удовлетворения этой потребности.

### Список утверждений

#### Инструкция:

В левой колонке пишите тщательно, с нажимом, медленно самое положительное свое утверждение, а справа пишите быстро то, что нашептывает предательский голос внутреннего критика.

#### Например

Утверждение (тщательно печатается)	Негативный отклик (быстро пишется)
Я люблю себя.	Да?
Я люблю себя.	Ты не заслуживаешь любви.
Я люблю себя.	Но никто другой тебя не любит.
Я люблю себя.	Ты еще мало трудились.
Я люблю себя.	Ты недостаточно умна.
Я люблю себя.	Посмотри, какая ты толстая.
Я люблю себя.	Ты не смогла похудеть, но ты пыталась и кое-что тебе удалось
Я люблю себя.	Не может быть, я люблю самую малость в себе.
Я люблю себя.	Ладно, я могу позволить себе любить себя.
Я люблю себя.	Да, я люблю себя.

Продолжайте писать слева одно и то же утверждение, пока предательский голос не истощится.

### **Различение потребностей**

Инструкция:

Представьте, что Вас охватило полное безумие, отпустите своего внутреннего цензора. Мысленно опишите себя. Какой Вы псих? Стройте рассказ в первом лице, начиная с фразы «Я полностью сумасшедший». Расскажите историю Вашей болезни. Как это произошло? Где Вы в таком состоянии окажитесь в конце жизни? А теперь представьте, что Ваше сумасшествие - изощренный способ удовлетворить Вашу потребность. Какую именно? Как Вам это открытие? Завершите разделением фантазии в упражнении и реальности.

### **Работа с чувствами, эмоциями**

Инструкция:

А. Заведите дневник чувств. Составьте перечень чувств, которые вы пережили в течение дня. Записывайте в своем дневнике, когда вы переживаете каждое чувство, где вы его переживаете и любое выражение чувства, если оно было выражено. Если хотите, можете фиксировать только те случаи, когда вы ощущали или осознавали чувство, но не испытывали или не помните его проявления. Спустя какое-то время составьте схему вашего прогресса. Отметьте в дневнике, какие чувства вы можете распознать, но не можете выразить. Запишите определенные чувства, которые отсутствуют в вашем перечне.

Б. Заполните таблицу, поместив ответы в пустые клетки. Во втором столбце опишите свои возможные реакции на чувства, названия которых приведены в соответствующих клетках первого столбца. Помните, что

реакция – это импульсивный, нездоровый вид поведения, имеющий целью пресечь то или иное чувство. В третьем столбце в соответствующих клетках опишите подходящие ответные действия, которые вы могли бы предпринять при возникновении такого чувства. Помните, что отклик – правильный вид поведения, способствующий раскрепощению чувств.

Чувство	Реакция	Отклик
Гнев	Обзову другого человека нехорошим словом. Ударю его по лицу.	Отойду в сторону и успокоюсь. Приведу себя в комфортное состояние. Справлюсь со своими чувствами и спокойно объясню, почему разгневалась.
Подавленность		
Ревность		
другие чувства		

### **Работа с тревогой**

#### **Инструкция**

1. Задайте себе вопросы и постарайтесь быть максимально честным в ответах:

– Не портит ли волнение за мое будущее качество моей настоящей жизни?

– Я тревожусь, потому что мои проблемы большие и неразрешимые? Или я ничего не делаю, чтобы их решить?

– Я могу прямо сейчас совершить то, чего боюсь? (Например, спланировать дальнейшие действия или серьезно побеседовать с человеком, с которым долгое время откладывался разговор).

2. После ответов, постарайтесь мысленно представить все свои сегодняшние волнения и прожить их прямо в моменте.

3. Сконцентрируйтесь на окружающей действительности.

- Подумайте, что вы чувствуете в данную минуту, какие звуки слышите, обращайте внимание на цвета и запахи.

- Напишите на бумаге все, что чувствуете.

4. Прислушайтесь к внутренним ощущениям (к ритму ударов сердца и дыханию) и тоже запишите, что именно ощущаете. Отвечайте на вопрос: «Все ли части тела я ощущаю?». И если нет, попробуйте повторить анализ ощущений, акцентируя внимание именно на той части тела, которая бездействовала.

## **Старый заброшенный магазин**

### **Инструкция**

Представьте, что вы идете вниз по городской улице поздно ночью. Что вы видите, слышите, чувствуете?..

Вы замечаете маленькую боковую улочку... Заходите в неё... Там встречаете старый заброшенный магазин... Окна его грязные. Если, однако, заглянуть в них, присмотреться, то можно заметить какой-то предмет. Один предмет...

Тщательно рассмотрите этот предмет...

Отойдите от заброшенного магазина, вернитесь на главную дорогу, идите своей дорогой ..

А теперь мыслями вернитесь к этому предмету, который вы обнаружили за окном заброшенного магазина... Теперь вообразите себя этим предметом... Опишите его словами, опишите от первого лица... Как вы чувствуете себя? Почему вы оставлены в магазине? На что похоже ваше существование в качестве этого предмета?..

Вернитесь к боковой улице. Подойдите опять к магазину. Посмотрите на этот предмет еще раз. Видите ли, вы в этом предмете что-нибудь новое? Хотите ли что-нибудь сказать ему на прощание?..

Отойдите от этого магазина... Вернитесь по улочке... Идете своей дорогой...

### **Как повысить творческую активность по методу Д. Скотта**

#### **Инструкция**

1. Запишите свои идеи по решению проблемы, которые первыми придут на ум. Это поможет купировать боязнь возможного поражения, исключить все тормозящие факторы, которые возникают в мыслях при долгом размышлении.

2. Критически проанализируйте свой план по 5-балльной шкале (5 – верное и разумное решение, 2 – нецелесообразное и бесполезное).

3. Отберите решения с лучшей оценкой (одно или несколько), которые приведут к достижению цели, и пользуйтесь именно ими.

### **Я хороший родитель, потому что...**

#### **Инструкция**

Маме нужно произнести фразу: «Я хороший родитель, потому что...» (акцентируем внимание на положительное в процессе воспитания своего ребенка).

## **Разговор с собой**

### **Инструкция**

Сейчас Вы совершите путешествие. Сядьте комфортно и закройте глаза. Представьте, что вы идете по лесной дорожке, кругом все зеленое, поют птицы, светит солнце. Пройдя лес, вы спускаетесь к реке. Вода очень чистая, тихо струится. Вы смотрите на воду – и вдруг вокруг вас меняется. Я не знаю как, но вы знаете это. Вы видите на берегу маленького ребенка. Он играет один. Вы его уже где-то раньше видели, он кажется вам знакомым. Вы подходите и видите, что это вы сами, только маленькая и беззащитная. Ребенок смотрит на мир большими, искренними, любопытными глазами. Он еще многое не умеет и не знает. Вы подходите к ребенку ближе, вы прикасаетесь к нему. Сейчас вы можете сказать ему какие-то очень важные, нужные слова. Скажите ему спасибо, за то, что он помог вам стать тем, кто вы есть сейчас. Теперь вы можете впустить его внутрь себя. Не забывайте, что в вас всегда есть частичка этого маленького человечка. Открываем глаза.

## **Техники для обучения навыкам саморегуляции**

### **Дыхательная практика**

#### **Инструкция:**

Один из самых известных способов борьбы с тревогой и при этом самый простой (можно практиковать в любом месте, не требует много времени и дополнительных гаджетов). При выборе дыхательной техники ориентируйтесь на свои ощущения. Не можете овладеть диафрагмальным дыханием, попробуйте технику «квадрата» (вдох, задержка дыхания, выдох, задержка дыхания — все по 4 секунды). Когда дышите, представляйте, что двигаетесь по сторонам квадрата, так как визуализация помогает сконцентрироваться на дыхании и быстрее привыкнуть к нужному ритму. Чтобы появился эффект, на упражнение достаточно потратить несколько минут. Эффективно во время приступа паники, например, перед собеседованием.

### **Мысленный счет**

#### **Инструкция:**

Немного монотонное, но все равно действенное упражнение, которое помогает переключить внимание и избавиться от навязчивых мыслей. Можно попробовать считать в определенной последовательности (например, пропуская четные или нечетные числа, или в обратном порядке). Ну, и, конечно, никто не отменял традиционных овец, которых вы можете заменить на других любимых животных (пингвинов, ленивцев и т. п.).

## **Перерывы**

### **Инструкция:**

В какой момент вы понимаете, что устали? Когда перестаете слышать собеседника, начинаете дергать ногой или только на пороге полноценного срыва? Предлагать перерыв лучше при первых признаках стресса, когда вы еще можете заявить о своем желании, сохраняя самообладание. Если вы в общественном месте, выйдите ненадолго на улицу, посидите в уединенном месте или посетите туалетную комнату.

## **Давление на тело**

### **Инструкция:**

Утяжеленные предметы (коврик для колен, одеяло, жилет) очень хорошо снижают стресс и уменьшают тревогу. Достаточно использовать их в течение нескольких минут, чтобы почувствовать, как ваше эмоциональное состояние улучшается. Это значит, ЦНС адекватно реагирует на давление, вырабатывая серотонин и снижая гормон стресса — кортизол.

## **Пятерка**

### **Инструкция:**

Можно выполнять упражнение целиком или по частям, необходимое время – от 10 до 30 секунд (согласитесь, совсем немного). Сделайте паузу. Оглянитесь по сторонам и обратите внимание на пять объектов разных цветов, которые вы видите. Сосредоточьтесь и прислушайтесь – какие пять звуков доносятся до вас? Отметьте пять телесных ощущений, которые вы испытываете в данный момент (ощущение одежды на плечах, соприкосновение спины с креслом и т. д.). Если внимание начнет ускользать (наверняка), просто заметьте

это и вернитесь к выполнению задания. Если в голову будут приходить мысли, скажите про себя: «Спасибо, я тебя услышал» – и снова вернитесь к заданию.

### **Мысли на бумаге**

Инструкция:

Полезно использовать либо на ночь, перед засыпанием, либо если чувствуете, что «голова пухнет от дел». Возьмите лист бумаги (или создайте новый документ на устройстве) и выписывайте все мысли, которые «крутятся» в голове, в хаотичном порядке, независимо от их важности. И так до ощущения, что «все, в голове ничего не осталось». После такого переноса информация остается во внешнем мире и нет необходимости удерживать ее в оперативной памяти.

### **Растяжка мышления**

Инструкция:

Наше мышление работает обычно по привычным схемам, но далеко не всегда они самые эффективные. Эффективное мышление – это то, которое помогает решать проблемы, достигать целей и не «загонять себя» в страхи и негатив. Поэтому, если вы замечаете у себя склонность к пессимизму и тревожности, попробуйте «растянуть» свое мышление (сделать его более гибким) с помощью мыслительной игры. Каждый раз, замечая у себя мыслекатастрофу или мысль «как это плохо», продолжите ее фразой «и это хорошо, потому что...». Вероятно, идеи не появятся «как из рога изобилия», не сдавайтесь. Если совсем ничего в голову не приходит, подключите фантазию: а если бы речь шла о другой планете? Или о другом мире? Например, «сегодня ужасно холодная погода... и это хорошо, потому что если зима станет аномально теплой, то и лета нормального не будет». Или «я

опять накосячил с отчетом... и это хорошо, потому что в следующий раз я эту ошибку точно увижу и не пропущу».

### **Ритмичное четырехфазное дыхание**

Инструкция:

Для выполнения этого упражнения достаточно удобно сесть, распрямиться и положить расслабленные руки на колени. Первая фаза (4–6 секунд). Глубокий вдох через нос. Медленно поднимите руки вверх до уровня груди ладонями вперед. Сосредоточьте свое внимание в центре ладоней и почувствуйте сконцентрированное тепло (ощущение «горячей монетки»).

Вторая фаза (2–3 секунды). Задержка дыхания. Третья фаза (4–6 секунд). Сильный, глубокий выдох через рот. Выдыхая, нарисуйте перед собой в воздухе вертикальные волны прямыми руками (на экзамене лучше заменить это упражнение модификацией без размахивания руками). Четвертая фаза (2–3 секунды). Задержка дыхания. Дышите таким образом не более 2–3 минут. Аутогенная тренировка (3–5 минут) Сядьте удобно, закройте глаза. Спина прямая, руки лежат на коленях. Сосредоточьтесь на формуле «Я спокоен». Мысли отгонять не стоит, так как это вызовет дополнительное напряжение, позвольте им проплывать подобно облакам в небе. Мысленно повторите 5–6 раз: «Правая рука тяжелая». Затем повторите исходную формулу: «Я спокоен». Затем снова 5–6 раз произнесите формулу: «Левая рука тяжелая». Снова повторите мысленно: «Я спокоен. Я готов, я собран, я уверен в успехе!» Для того чтобы привести тело в исходное состояние, сожмите кисти в кулаки и откройте глаза, сделав глубокий вдох и выдох.

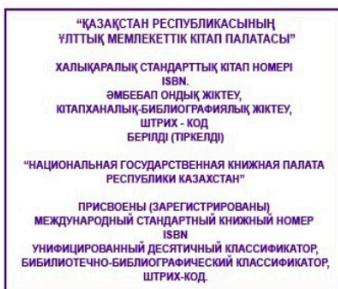
УДК 376

ББК 74.3

П86

Валиева А., Кожажельдиева Л., Кошербаева Л., Жорабек С.  
МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА  
ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО  
СПЕКТРА методическое пособие

ISBN 978-601-08-4250-2



ISBN 978-601-08-4250-2



