

УДК 159.9.01

Б. Шмидт, В. Б. Хозиев

Теоретические и эмпирические модели родительства при детском аутизме (РАС). Часть II

Аннотация:

В статье проводится анализ психологических подходов к проблеме родительства при аутизации ребенка. Рассматриваются сложные феномены принятия и непринятия ребенка с РАС в семье, особенности динамики материнского отношения и процесс выстраивания отношений родителей с медиками и дефектологами, а также существующие в психологии представления о «холодной» матери как одной из причин детской аутизации.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, расстройства аутистического спектра (РАС), родительство, синдром Мюнхгаузена по доверенности

Об авторах: Бернхард Шмидт, организатор системы реабилитации и абилитации для семей аутистов, Рурский университет в Бохуме, Германия; эл. почта: gmbh@solidarhotel.de

Хозиев Вадим Борисович, доктор психологических наук, профессор, Государственный университет «Дубна», зав. кафедрой клинической психологии факультета социальных и гуманитарных наук; эл. почта: v_hoziev@mail.ru

Карл Витакер: «Когда семья в отчаянии, она меняется, если нет — остается прежней... Как человек имеет право на самоубийство, семья имеет право на самоуничтожение».

В какой-то момент исследовательской и общепринятой практики работы с детьми с РАС на Западе стало ясно, что благополучие детей больше не стоит на первом плане, там теперь благополучие родителей. Таким образом, вопрос уже не в том, как помочь аутичным детям, а в том, что хорошо для родителей.

Л. Винг полагал, что когда родители впервые понимают, что с их ребенком что-то не так, они отчаянно надеются, что врачи смогут улучшить его состояние [29]. *На первую встречу они идут с высокими ожиданиями, которые обязательно не сбудутся. Иногда они испытывают гнев и горечь, направленные на самого врача и, возможно, обращаются за советом в одну клинику за другой. Это пустая трата времени, и она может даже нанести вред семье, если родители никогда не смогут смириться с реальностью.*

Проблема усугубляется тем, что во время своих хождений родители могут встретить множество различных теорий, и это сбивает их с толку, и они впадают в депрессию. Иногда они даже встречают профессионалов, которые сначала считают, что могут вылечить ребенка с помощью психологической помощи. А через некоторое время становится очевидно, что этого не произойдет. Этот терапевт может решить прекратить лечение, а родители почувствуют себя разочарованными, и что их ребенка снова отвергли.

Таким образом, формируется своего рода кодекс поведения для родителей. Например, «нормальные» родители ставят благополучие своих детей выше собственного. Они не спрашивают, кто виноват, а спрашивают, как лучше всего помочь своим (аутичным) детям. «Нормальные» признают и принимают различия в компетенциях между собой и учеными и не объявляют себя «экспертами». Они без уважительных причин не называют своих детей умственно отсталыми и не отказывают своим детям в возможностях развития, только чтобы не разочароваться или не нести ответственность за развитие своего ребенка. «Нормальные» родители не дают дрессировать своих детей методам АВА, не запирают своих детей в «детских инкубаторах», а естественным образом обеспечивают своим детям социальное взаимодействие, необходимое для развития.

Теории психологии имеют прямое влияние на людей. Ошибки в психологии приводят к ошибкам в людях! Категорический отказ детям в возможности обучения и лечения, независимо от того, страдают они аутизмом или нет, оказывает прямое, да еще и негативное влияние на жизнь этих детей. Необоснованное лишение родителей надежды на возможность положительно влиять на расстройство их ребенка отрицательно сказывается на жизни этих родителей. Введение их в заблуждение относительно вариантов терапии, которая якобы возможна только с помощью АВА или ТЕАССН, негативно влияет на жизнь детей и их родителей [5; 7-13; 15; 17]!

Психология как будто находится в позиции поручителя, у нее есть особая ответственность перед другими. Поэтому главным приоритетом не только в медицине, но

и в психологии должно быть «*gratum non nocere*»! Названные нами догмы самореализуются и создают как теоретическую (в области исследований), так и практическую реальность. *Догма и табу* взаимосвязаны. Догма затрагивает «внутренний круг», то есть тех, кто находится в рамках системы убеждений, в «сообществе невежества». Догма ведет к нападкам (обвинению *со стороны* родителей) или игнорированию различных мнений и подходов. Табу, с другой стороны, не позволяет тем, кто находится вне этого круга, делать это, хотя их научным, а также человеческим долгом было бы указать на ошибки и альтернативы. В виде табу реализуется пассивное избегание. Так, при отсутствии как внутренних, так и внешних импульсов, исследования аутизма оставались статичными и изолированными в течение полувека. Результат – гипертрофия исследований в области аутизма. Никакая другая область не финансировалась так хорошо в прошлом и сейчас, ни в одной другой области психических расстройств не было и близко так много исследовательских проектов и публикаций – и все безуспешно [19; 25; 27; 28].

Здравый смысл и старый добрый консерватизм – вот идейные вдохновители Б. Шмидта. В отличие от бихевиористов он прекрасно понимает, что разрушение, быть может, основного цивилизационного достижения – любви матери к ребенку – обрушивает и судьбы конкретных детей. Присмотритесь к проблемной и некритичной российской практике работы с детьми с РАС: легко видеть, даже в многочисленных видеопримерах на видеохостингах, как «просвещенные» бихевиоризмом коллеги-психологи загоняют с помощью нелепейших повторений речь и активность детей в прокрустово ложе реактивного ответа, как павловскую собаку в лай на лампочку. «Технологичность», «методичность», «прагматичность» – все это меркнет перед глупостью и бесчеловечностью этого подхода. Трагедия в том, что все это делается от имени науки. Когда мы с ужасом видим, какое влияние эта красивая обертка оказывает на родителей, то становится уже не до научных споров, а необходимо думать о настоящем спасении детей.

Еще одной важной координатой родительского поведения в отношении ребенка с РАС Б. Шмидт выделяет описанный Р. Мидоу в 1977 г. *синдром Мюнхгаузена по доверенности* (Munchausen syndrome by proxy – MSbP) [20; 22-24; 26; 27; 30]. В основе синдрома – сложное поведение родителя или опекуна (нарциссическое, психопатическое, шизоидное или гистрионное, смешанное и др. – в каждом конкретном случае необходима своя нозологическая квалификация (симптоматическая и этиологическая)), причиняющее вред или ложные симптомы болезни детям, находящимся на их попечении (обычно их

собственным детям), чтобы привлечь внимание и сочувствие медицинского персонала (или доступного окружения). Некоторые из этих родителей, безусловно, сами являются жертвами патологического развития, но продолжают усугублять положение и состояние тех, кто находится в их ведении. Фрай и др. пишут, что обзор новейшей литературы и данные опыта указывают на то, что MSbP уже от единичных случаев перешел к более массовой практике, в частности, в образовательных учреждениях, при этом все активнее востребуются варианты образовательных программ для детей с реальными или сфабрикованными физическими симптомами инвалидизации, которые требуют чрезмерного или ненужного обучения [21]. Тщательное отслеживание коллизий клинических случаев сопровождения детей с РАС [18; 21] дает весьма сложную картину мотивации родителей с MSbP: финансовая или материальная выгода; снятие вины с лица, осуществляющего уход, за трудности, связанные с воспитанием и поведенческие проблемы ребенка; сохранение близости к ребенку; негатив по отношению к ребенку или разочарование в нем и др.

К. Аюб и др. представили тематические исследования двух родителей, которые просили, чтобы их дети были направлены на специальное образование, даже несмотря на то, что детские учителя не нашли оснований для беспокойства [14]. Одна мать упомянула о своих двух младших дочерях после того, как ее старший сын был помещен в специальное образование из-за поведения, похожего на синдром Аспергера. Мать настаивала на оценке школьными специалистами и независимой оценке, оплачиваемой школьным округом. Медицинское тестирование врачами сопровождало образовательные оценки. Все результаты указывали на отсутствие проблем с обучением. Несмотря на эти результаты, средний ребенок принимал риталин от СДВГ, а младший ребенок был помещен в ту же специальную школу, которую посещал ее брат [21].

Симптоматика MSbP может быть сложной и невыраженной, например, М. Фельдман свидетельствовал, что лишь изредка матери с готовностью признают свою роль в MSbP. Нарочитая аггравация состояния ребенка или аффектация родителя при общении с медиками или дефектологами привычно связываются ими с борьбой за здоровье ребенка. [20] А здесь все средства хороши. Но подобное «борющееся» с окружением или жизненным «роком», с неясными причинами болезни поведение способно приносить и первичный, и вторичный урон и ущерб ребенку: его психике, развитию, ССР. В основе этой патологической мотивации – потребность во внимании, ощущение жизненной несправедливости, встречается также мифомания,

характеризующаяся показухой и преувеличением симптомов болезни, а также желание замаскировать свое жестокое обращение с ребенком с РАС. MSbP сегодня встречается гораздо чаще, чем раньше.

Б. Шмидт обращает внимание на еще один важный аспект, своего рода «группообразование» в главе с родителями с MSbP. От индивидуального синдрома в условиях мощной социальной и финансовой поддержки родителей аутистов происходит переход к систематическому привлечению внимания общественности и ближайшего окружения к «своей грустной доле» для удовлетворения нарциссических потребностей. Разумеется, всегда есть важнейший аргумент – поиск наилучшей доли для своего ребенка. Отрицательные черты таких групп – догматизация, ограничение и фальсификация информации о детях с РАС, методах работы с ними, обман «опекунов» и общественности, иррациональное поведение.

Типологизация родителей аутистов – вполне достойная современная задача по структурированию исследуемой области. Приведем один пример.

Первый тип, мать, которая не ищет помощи. Она приходит нередко из неблагополучной семьи с целью добиться уважения и внимания. Ее беременность была неожиданной, и часто она воспитывает ребенка одна. В основном она согласна на диагноз, лечение ребенка и на приемную семью.

Второй тип, мать – «активный преступник». Она способна использовать очень агрессивные и вредные методы, чтобы оберегать ребенка. Он характеризуется эмоциональной нестабильностью, депрессией и сильным механизмом отрицания.

Третий тип, мать, которая чувствует потребность быть самым важным человеком во время лечения. Она обладает медицинскими знаниями, предлагает врачам свои решения, пытается их обдумать, вследствие чего может подорвать компетенцию врачей. Она чувствует себя важной, и это тип, который ищет помощи. Она ждет интереса и внимания со стороны медперсонала [22].

Опыт кросс-культурного анализа показывает, что России предстоят существенные организационные и содержательные шаги, в том числе, в сторону родителей и опекунов детей, чтобы принципиально изменить ситуацию работы с детьми с РАС и их семьями. Для нас важно не повторить грубых европейских ошибок, взяв самые ценные достижения и сориентировав создаваемую систему сопровождения детей с РАС на лучшие образцы гуманизма и отечественной психологии.

Если характеризовать психологическую архитектуру детско-родительских отношений родителей и детей с РАС, то и поверхностно, и глубинно заметно противоречие между воспитательными императивами *«терпи, так надо»* и *«я тебя все равно люблю»*. Об этом, вероятно, впервые написал Б. Беттельхейм, обратив внимание на амбивалентность матерей аутистов, обусловленную неподготовленным опытом столкновения с первыми эмоциональными реакциями ребенка (будь то единичные признаки ухода ребенка от контакта со взрослым или даже проявления эмпативного характера) [1; 16]. Этот опыт расценивался мамой неверно, например, как знак неприятия ее ребенком, или как проявление его дискомфорта, что порождало у нее негативную оценку себя и своих действий, и нередко формировало чувство вины. Мать стремилась оказывать заботу и любовь к ребенку, но не имела средств и четких и присвоенных ориентиров рационального понимания его актуального состояния, старалась механически приложить заданные в культуре правила, нормы материнства без глубокой ориентировки на состояние ребенка и его возможности. Конечно, такого рода противоречия оказываются свойственны не только родителям детей с РАС, но у данной категории родителей эта дезориентированность в итоге ведет к нарастанию патогенности ССР [10; 12; 13].

Как складывается образ проблемы у родителей с дизонтогенезом своего ребенка? Содержание образа замирает в пространстве между *«видеть не хочу эту проблему»* и *«что-то нужно объяснить себе, близнему и дальнему социуму по поводу своего ребенка»*. Никто из родителей априори не знает, как себя вести в ситуации жизненной драмы с заболевшим или находящимся в дизонтогенезе ребенком. Практически отсутствуют проверенные и апробированные социальные ориентиры, поскольку каждому из родителей на этой начальной стадии кажется, что с ними-то все в порядке, сейчас только чуток что-то подправим, и все наладится. Минимально и только тем, кто уже способен сориентироваться, помогает «внутрикорпоративный» родительский опыт тех, кто уже давно болеет или пытается лечиться. Но в целом наблюдая, с каким чудовищным порой смирением, покорностью и некритичностью родители больных детей принимают, в том числе, ошибочные диагнозы, непродуктивные коррекционные упражнения и средства лечения, приходишь к выводу о правоте Беттельхейма в отношении их искаженной мотивационно-потребностной сферы.

Условно выделим три этапа трансформации принятия проблем своего ребенка с РАС: 1) согласие с точкой зрения внешнего социума (социальная желательность: «доктор

сказал», «все так делают»); 2) преодоление социальной желательности, но беспорядочный поиск все новых и новых средств и методов работы со своим ребенком («никому не верю»); ориентировка пока поверхностна, приблизительна, несущественна; 3) более менее последовательные попытки ориентироваться на изменения в состоянии и поведении своего ребенка, преодоление несущественности собственных обобщений опыта.

Проследим эти этапы в одном из наших «типичных» консультативных случаев. К нам обратилась мама 5-летней девочки (К.) с запросом на развивающие и коррекционные занятия [3; 9; 10]. В поведении ребенка присутствовала симптоматика РАС (кружения вокруг оси, псевдоглухота, аутоstimуляция, ЗРР, нередкое избегание зрительного, тактильного контакта, аффективные вспышки по типу плача, крика и т.д.).

С самого начала мама очень тревожно и с высоким долженствованием отнеслась к своей роли, старалась походить на идеал, попутно часто теряясь при столкновении со сложными коллизиями, испытывая чувство вины за свою материнскую «несостоятельность», полагаясь на советы близких и «знающих» врачей и дефектологов без самостоятельного осмысления проблемы (переживала из-за любой болячки ребенка, предвосхищала возможные трудности и реализовывала гиперопекающее поведение по отношению к девочке, старалась минимизировать ее ошибки и неудачи, чрезмерно следила за чистотой и т.д.). В момент очередной тяжелой соматической болезни ребенка по рекомендации врачей мамой был реализован курс приема антибиотиков, после чего не было проведено никакого восстановительного для микрофлоры желудка и кишечника лечения. Немногом позже запущенная проблема с кишечником привела их на развивающие занятия в наш центр (проблема дополнительных занятий была поставлена сначала неврологом, а позже и воспитателями, которые стали замечать задержку в развитии у ребенка, немотивированные истерики, сильный симбиоз с мамой, отсутствие речи). Несколько занятий мама водила К. на групповые занятия, однако вскоре стало заметно, что К. перед входом в группу необходима индивидуальная работа. Попутно мама старалась соблюдать назначения неврологов и реализовывала фармакологическое сопровождение, советуясь с нами, нужно ли переводиться в коррекционный сад (т.к. воспитатели настаивали) и т.д.

После введения в работу критериев общения и взаимодействия появляются первые значительные изменения в отношении мамы к проблеме. Так, она начинает уже со скепсисом делиться с нами новыми «гипотезами» и мнениями воспитателей, медсестер сада, неврологов, которые ранее она воспринимала как важные, начинает посещать

дефектолога, методы которого можно назвать «дрессурой», решает начать курс массажа для ребенка, и, как только выпадает возможность, везет К. на консультацию к зарубежному специалисту, параллельно посещая с ребенком индивидуальные занятия в нашем центре. Основными для мамы становятся нередко противоречащие и меняющие друг друга принципы «никому не верю» и «что-то, да поможет».

После того, как нами были начаты отдельные индивидуальные встречи с мамой (1-2 раза в месяц) по вопросам развития ребенка и обсуждения динамики, в мотивации появляется «ориентировка на существенное». Через обсуждение и объяснение приходит понимание условий и причин проблемы (было принято решение проверить гипотезу о соматическом неблагополучии и найти качественного специалиста-гастроэнтеролога, после чего подтвердился факт патогенной микрофлоры кишечника и желудка, что и провоцировало сильные спазмы и болевые ощущения у ребенка, а симптоматически выглядело как немотивированные истерики). Стало возможным планирование работы по нескольким линиям (сглаживание соматического фона, что открывало возможность освоения ребенком психологических задач, а также построение способов и средств взаимодействия с ребенком с ориентировкой на ЗБР).

Важнейшим новообразованием мамы на данном этапе стала ее ориентировка на состояние ребенка. Отметим: тщательный самостоятельный контроль за восстановлением микрофлоры, изучение исследований в этой сфере, консультации со специалистом, а также анализ опыта других родителей из тематических форумов перед принятием той или иной рекомендации, ведение дневниковых записей состояния ребенка, фиксация знаков положительной или отрицательной динамики и, как следствие, тонкое понимание предвестников соматического ухудшения и принятие своевременных мер по их предотвращению, исполнение рекомендаций психолога по обустройству развивающего контекста дома, отстаивание сохраненных возможностей ребенка перед работниками сада, врачами, близкими, игнорирование ошибочных диагнозов, поставленных без тщательной подобранной для того аргументации, сужение круга абилитационных мероприятий (решительный отказ от некомпетентного дефектолога и невролога, препаратов, прописанных «наобум» и т.д.).

Как сделать отношения с родителями детей с РАС продуктивными и развивающими? Нужна тонкая одновременно эмпативная и формирующая работа с родителями, которую лучше назвать «психологическим сопровождением», имея в виду освоение и критический анализ предшествующих мотивов, которые феноменологически

уже почти застыли и превратились в ригидные «установки». Консервативные, редко последовательные и рациональные, но эмоционально защищенные, многократно продавленные социумом, сопровождающиеся усвоенными противоречивыми суждениями и оценками медицинских и дефектологических экспертов – когда в конкретной консультативной родительской ситуации анализируешь единство мотивационных трендов (векторов), то невозможно не заметить чрезвычайную разрозненность, неустойчивость и эмоциональную, в полном смысле значения слова «синкретическую» подвижность всей конструкции [12; 13]. То соседи по несчастью принесут новость о гигантских возможностях АВА-терапии, и нужно все бросить и бежать в ту сторону, то Томатис – и теперь уже в другую сторону, то еще что-то, теперь диетное, психофармакологическое и т.д. – и вот новая цель. При этом вершину мотивационной иерархии возглавляет трудно артикулируемое, но подозреваемое во всех родителях «гляньте, мы же все делаем для своего ребенка». Поэтому «размышление» – «проба», «проба» – «размышление» – таков верный внутренний ритм психологического сопровождения родительства. Свои обобщения динамики родительского отношения к аутизму в зависимости от родительского преморбида представим в таб. 1.

Таблица 1. Общая схема динамики родительского отношения к аутизму.

Типы отношения	Стадии развития РАС: 1. Установление проблемы	2. Принятие диагноза	3. Развертывание родительского копинга	4. Отношение к хронизации РАС	5. Отношение к неудачам лечения
А. Пассивное, безразличное	Пассивное	«Анозогностическое»	Вялое и непоследовательное	«Фаталистическое»	Неадекватное, без поправок и обратной связи
В. Гиперактивное	Отрицание	Негация, стресс, переживание	Бурная активность, случайный перебор	Отрицание	Отрицание

			методов		
С. Шизоидное	Невключенность	Ригидное	Распад и деструкция ССР	Безразличие	Алекситическое
Д. Истероидное	Неприятие проблемы, протестность	Непонимание сути диагноза	Демонстративность	Игнорирование	Имитация понимания, без поправок
Е. Адекватное	Прояснение этиологии	Открытие симптоматики РАС	Диалог в рамках ССР	Адекватный копинг	Адекватная коррекция действий

Отличительной особенностью современной ситуации с РДА является то, что установленные, к примеру, нашим подопечным диагнозы были очень неточны и не существенны для характеристики их состояния (поэтому мы склонны использовать термин РАС вместо РДА). Работа с подопечными строилась в попытке реализовать комплексный подход к развитию личности подопечных. Вообще, когда ребенок нормален, он ориентирован на взрослого, который выступает образцом деятельности, поведения, общения. Социализация ребенка начинается с первого вдоха ребенка через ухаживание, общение со стороны близкого взрослого. В случае же аномального развития важнейший этап в младенчестве может быть затруднен по причине своеобразного развития (первичного дефекта). Ребенок в этом случае не ориентируется ни на предмет, ни на взрослого, ни на социальную норму поведения. Развал культурных форм взаимодействия происходит уже в непосредственно-эмоциональном общении между ребенком и взрослым [10; 11; 13]. Родитель, не ориентированный в этапах развития младенца, не замечает этот развал или не придает этому значения, думая, что ребенок «перерастет». И когда ребенок-аутист уже оброс всевозможными симптомами, отчаявшийся родитель бежит за помощью к специалистам. В результате нередко у ребенка исчезает последний шанс установления связи со взрослым, поскольку центром изменений состояния ребенка медики начинают полагать фармакологические препараты, но это – ошибка, психологическое развитие

устроено иначе [2; 5-8]. Позднее на фоне приема препаратов начинают накапливаться элементы вторичного дефекта, к тому же ребенок начинает развиваться вне детского коллектива, вне сотрудничества, которые и являются основными условиями детского культурного развития.

Как только родители узнают страшное слово «аутизм» от специалиста, чаще всего у них формируется колоссальное чувство вины перед ребенком. С ребенком начинают обращаться как с особенным, родители чаще всего начинают реализовывать гиперпекающий стиль поведения, который подразумевает «сделаю все за ребенка». Обычно мама с ребенком вступают в симбиоз, этот симбиоз полезен для аутиста в том случае, если он попадет в руки хорошего специалиста. В нашей практике имелся подобный случай, действительно, близкие отношения ребенка с мамой «смягчали» аутизацию, делая его «белым и пушистым», не давая дефекту обрасти множественными вариациями тяжелой симптоматики. Правильное психологическое сопровождение и расширение симбиоза до совместной деятельности дают высокую динамику. В этом случае симбиоз является неким сохранным звеном ребенка, в котором лежит путь развития.

Очерк психологического состояния родителей, пусть и краткий, приводит нас к таким выводам. Развитие родителей – оно может происходить при любом варианте дизонтогенеза ребенка с РАС, но как, по каким направлениям, какие кризисы переживаются попутно? Идея, в свое время намеченная Выготским и развиваемая нами, состоит в том, что для понимания любого события внутри ССР необходимо расширять контекст рассмотрения проблемы. Только с этой колокольни открывается подлинное значение любого феномена, психологического события, вектора движения и др. И рассматривать явление необходимо прежде всего с точки зрения развития, вводя третье измерение, наряду с исследованием структуры и функций. И это не просто аддитивное или эклектическое дополнение, но системный переворот: теперь генезис, структура и функции выступают не сами по себе, но *генетическими становятся и структура, и функции.*

Нет сомнений, что родителям очень трудно в ситуации РАС своего ребенка. Всегда непонятны причины, почему это произошло именно с нами, за что, что с этим делать, что будет дальше? Родителям сложны для постижения методы диагностики и коррекционно-развивающей работы, невыносимо ожидание между началом психологической работы с ребенком и первыми более менее внятыми получаемыми результатами.

Неопределенность проблемной ситуации рождает остроту эмоциональных переживаний, возникают внутрисемейные конфликты, аномальность ребенка приводит к поиску виноватого, а в ближайшей перспективе, особенно на фоне крайне слабых результатов фармакологической, неврологической и психологической поддержки, ввергает родителей (или одного из них) в отчаяние. Драматичная амбивалентность отношения к ребенку, апология родительской вины: скрытая, открытая или замаскированная, необходимость трансформации уже выстроенных патологических форм копинга, накопленная годами и ложным опытом неэффективная коммуникация с ребенком и слабо развитая совместная деятельность и др. – обстоятельный список острейших родительских проблем практически в каждом консультативном случае ждет своего психологического участия и решения.

Библиографический список:

1. Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я: Пер. с англ. 3-е изд. М.: Академический проспект, 2017. 484 с.
2. Выготский Л. С. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003. 654 с.
3. Козырькова Д. С. Включение родителей и детей с РАС в совместную деятельность с психологом. ГБОУ ВО «Университет «Дубна». Дипл. работа. Дубна, 2022.
4. Лебединская К. С. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм / К. С. Лебединская, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская и др. М.: Просвещение, 1989. 95 с.
5. Лебединский В. В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 1996. №2. С.18-24.
6. Лебединский В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. М.: Изд-во МГУ, 1990.
7. Либлинг М. М. Десять аргументов против АВА-терапии // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2014. №20. С.27-39.
8. Либлинг М. М. Роль игры в коррекционной работе при расстройствах аутистического спектра // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2017. №28. С.67-75.
9. Пирайнен А. Н. Принципы клинико-психологического сопровождения детей с РАС (3-11 лет). ГБОУ ВО «Университет «Дубна». Дипл. Работа. Дубна, 2021.

10. Хозиев В. Б. Динамика квазипотребности в ходе психологической работы с родителями детей с РАС / В. Б. Хозиев, А. Н. Долженко // Материалы международной научно-практической конференции. Москва, 2020. С. 527-533.
11. Хозиев В. Б. Практикум по психологии развития, педагогической психологии и психологии аномального развития: учебное пособие. М.: Издательство Московского психолого-социального университета, 2020. 768 с.
12. Хозиев В. Б. Психологическое консультирование родителей / В. Б. Хозиев, М. В. Хозиева, С. В. Дзетовецкая. М.: Изд-во МПСИ; НПО «МОДЭК», 2008. 504 с.
13. Хозиев В. Б. Феноменология и причины аутизации в российско-немецком кросс- культурном диалоге: новый раунд обсуждения // Вестник государственного университета «Дубна». Серия: Науки о человеке и обществе. 2018. №2. С.6-9.
14. Ayoub C. Munchausen by proxy: presentations in special education / C. Avoub, H. Schreier, C. Keller // Child maltreatment. 2002. №7 (2). Pp. 149–159.
15. Barrett S. (2020): A Critical Look at Defeat Autism Now! and the «DAN! Protocol» [Electronic resource] // Quackwatch. Available at: <https://quackwatch.org/consumer-education/nonrecorg/dan/> (accessed date: 24.09.2020).
16. Bethlehem R. Structural Covariance Networks in Children with Autism or ADHD / R. Bethlehem, R. Romero-Garcia, E. Mak, E. Bullmore, S. Baron-Cohen // Cerebral Cortex. 2017. №27 (8). Pp. 4267–4276.
17. Bird G. Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism / G. Bird, G. Silani, R. Brindley, S. White, U. Frith // Brain. 2010. №133 (5). Pp. 1515–1525.
18. Davis P. 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII / P. Davis, U. Murtagh, D. Glaser // Archives of disease in childhood. 2019. №104 (2). Pp. 110–114.
19. Elgar S. Teaching Autistic Children / S. Elgar, L. Wing. London: College of Special Education and N.S.A.C., 1969.
20. Feldman M. Denial in Munchausen syndrome by proxy: the consulting psychiatrist's dilemma // International journal of psychiatry in medicine. 1994. №24 (2). Pp. 121–128.
21. Frye E. Factitious Disorder by Proxy in Educational Settings: A Review / E. Frye, M. Feldman // Educational Psychology Review. 2012. №24 (1). Pp. 47–61.

22. Majda K. Munchausen syndrome by proxy. Causes, signs and treatment / K. Majda, K. Dudzik, A. Jarząbkowska, O. Łakomska. 2019. №9 (9). Pp. 393-399.
23. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse // *The Lancet*. 1977. №310 (8033). Pp. 343-345.
24. Rimland B. Infantile autism. The syndrome and its implications for a neural theory of behavior. 50th Anniversary Updated edition. Hg. v. Stephen M. Edelson. London: Jessica Kingsley Publishers, 2015. 352 p.
25. Schmidt B. Autismus und der «Kühlschrankmutter Mythos» Eine Rehabilitierung Bruno Bettelheims: Books on Demand, 2017. 78 p.
26. Schmidt B. Das Münchhausen Stellvertreter Syndrom als Gruppenphänomen Beiträge zur klinischen Sozialpsychologie: Books on Demand, 2020. 96 p.
27. Sheridan M. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy // *Child Abuse & Neglect*. 2003. №27 (4). Pp. 431-451.
28. Waterhouse L. ASD Validity / L. Waterhouse, E. London // *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016. №3 (4). Pp. 302–329.
29. Wing L. Early childhood autism. Clinical, educational and social aspects. New York, Oxford: Pergamon Press, 1976. 342 p.
30. Zarankiewicz N. The art of cheating medical staff – Munchausen Syndrome by Proxy / N. Zarankiewicz, M. Zielińska, K. Kosz et al. // *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. №9 (7). Pp. 766-774.

Schmidt B., Khoziev V. B. Theoretical and empirical models of parenthood in childhood autism (ASD). Pt. II

Abstract: The article analyzes psychological approaches to the problem of parenthood in the autism of a child. The complex phenomena of accepting and not accepting a child with ASD in the family, the peculiarities of the dynamics of maternal attitude and the process of building relationships between parents and doctors and defectologists, as well as the ideas existing in psychology about the «refrigerator» mother as the cause of childhood autism are considered.

Keywords: early childhood autism, autism spectrum disorders (ASD), parenthood, Munchausen syndrome by proxy