

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ  
КАФЕДРА АВІАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

\_\_\_\_\_ Любов ПОМИТКІНА

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 р.

**ДИПЛОМНА РОБОТА**  
**(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)**

ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ БАКАЛАВРА

ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 053 «ПСИХОЛОГІЯ»

**Тема: «Особливості емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму»**

Виконавець: студент групи ПС-501Бз Курій Артур Вячеславович

Керівник: старший викладач кафедри авіаційної психології Власова-Чмерук О.М.

Нормоконтролер: завідувач лабораторії, викладач кафедри авіаційної психології Гордієнко К.О.

КИЇВ – 2022

# НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій

Кафедра авіаційної психології

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач випускової кафедри

\_\_\_\_\_ Любов ПОМИТКІНА

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 р.

## ЗАВДАННЯ

### на виконання дипломної роботи

#### Курія Артура Вячеславовича

1. Тема дипломної роботи: **«Особливості емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму»**, затверджена наказом ректора № 2624/ст від 30.11.2021 р.

2. Термін виконання роботи: з 03.01.2022 по 28.02.2022 р.

3. Вихідні дані до роботи: Вибірку склали 40 жінок. З яких 20 жінок – це матері дітей з розладами спектру аутизму, віком від 30 до 45 років; ще 20 жінок – це матері здорових дітей, віком від 30 до 45 років. Удослідженні були використанні методики: «Шкала оцінки дискомфорту» Е. Б. Фанталової, «Сім станів» Є. Б. Фанталової, методика Спілбергера (визначення рівня тривожності), методика «шкала депресії» (діагностика депресивних станів Зунга).

4. Зміст пояснювальної записки: дипломна робота складається з 2-х розділів. Перший розділ містить теоретичний аналіз літературних джерел, дослідження сутності емоційної сфери жінок та характеристика особливості емоційної сфери матерів, що виховують дітей з розладами спектру аутизму. Розгляд клінічної картини розладів спектру аутизму; у другому розділі представлено емпіричне дослідження особливості емоційної сфери матерів

дітей з розладами спектру аутизму та надані практичні рекомендації щодо покращення емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного) матеріалу: 3 рисунка, 4 таблиці.

6. Календарний план – графік

№ з/пор.	Завдання	Термін виконання	Виконано
1.	Вибір теми та формулювання завдань	Листопад	
2.	Тематичний добір та аналіз наукових праць	Листопад	
3.	Оформлення теоретичної частини	Листопад	
4.	Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження	Грудень	
5.	Проведення емпіричного дослідження	Грудень	
6.	Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	Грудень	
7.	Оформлення дипломної роботи відповідно до ДСТУ	Січень	
8.	Попередній захист дипломної роботи	Згідно графіку	
9.	Виправлення зауважень, оформлення рецензії	Лютий	
10.	Подання дипломної роботи нормоконтролеру та на підпис завідувачу кафедри	За день до захисту	
11	Захист дипломної роботи	Згідно графіку	

7. Дата видачі завдання: «\_\_» листопада 2021 р.

Керівник дипломної роботи \_\_\_\_\_ Оксана ВЛАСОВА-ЧМЕРУК  
(підпис керівника)

Завдання прийняв до виконання \_\_\_\_\_ Артур КУРІЙ  
(підпис випускника)

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «**Особливості емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму**»: 54 сторінок, 3 рисунки, 4 таблиці, 35 використаних джерела, 4 додатки.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** матері, розлади аутистичного спектру, емоційні стани, емоційний комфорт, емоційний дискомфорт

Об'єкт дослідження – емоційна сфера жінок.

Предмет дослідження – особливості емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму

Мета дослідження – дослідження особливостей емоційної сфери матерів, які мають дітей з аутизмом в зіставленні з контрольною групою осіб.

В роботі використані такі психодіагностичні методики: «Шкала оцінки дискомфорту» Е.Б. Фанталової, «Сім станів» Є.Б. Фанталової, методика Спілбергера (визначення рівня тривожності), методика «шкала депресії» (діагностика депресивних станів Зунга).

Вибірку склали 40 жінок. З яких 20 жінок – це матері дітей з розладами спектру аутизму, віком від 30 до 45 років; ще 20 жінок – це матері здорових дітей, віком від 30 до 45 років.

Встановлено що матерям дітей, які виховують дитину з РАС характерні: емоційний дискомфорт (від слабо вираженого ступеня до значного); емоційно негативні стани переважають над емоційно позитивними; підвищений рівень реактивної тривожності (напруга занепокоєння, заклопотаність, нервозність як емоційна реакція на стресову ситуацію), більш виражений депресивний стан.

**Практичне значення отриманих результатів:** отримані емпіричні дані щодо дослідження особливостей емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму можуть бути використані в профілактичній, консультативній, психокорекційній та психотерапевтичній роботі, яка проводиться в освітніх установах, спеціалізованих медичних, реабілітаційних і психологічних центрах, при роботі з матерями.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	6
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ</b> .....	8
1.1. Характеристика емоційної сфери особистості жінок.....	8
1.2. Клінічна картина розладів спектру аутизму.....	11
1.3. Особливості емоційної сфери матерів, що виховують дітей з розладами спектру аутизму.....	17
Висновок до розділу 1.....	21
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ</b> .....	22
2.1. Організація емпіричного дослідження.....	21
2.2. Аналіз отриманих результатів за методикам та їх інтерпретація.....	26
2.3. Виявлення відмінностей між групами матерів дітей з розладами спектру аутизму та матерів здорових дітей.....	31
2.4. Рекомендації для матерів, що виховують дитину з РАС	37
Висновок до розділу 2.....	41
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	42
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	44
<b>ДОДАТКИ</b> .....	48

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Проблема дослідження особливостей емоційної сфери матерів дітей з аутизмом за останні роки набуває все більшої актуальності. В першу чергу це пов'язано з швидким поширенням даного захворювання.

Народження дитини з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема, з аутизмом, змінює весь усталений уклад життя подружжя, порушує всі сімейні функції – виховну, емоційну, господарсько-побутову, духовного спілкування, первинного соціального контролю, сексуально-еротичну. Самі ж батьки, найчастіше матері, які змушені проводити з дитиною найбільшу кількість часу, мають проблеми з психічним і соматичним здоров'ям. Вони скаржаться на апатію, занепад сил, загальну астенію, постійний стрес, емоційне вигорання і низьку самооцінку, виникає почуття тривожності, депресії, відчаю, безпорадності, провини перед оточуючими.

Таким чином, виховання дитини з РСА – дуже складний процес, який стосується і повністю змінює не тільки сім'ю в загальному, але і кожного її члена окремо. Для матерів народження «особливої» дитини – поворотний момент в їхньому житті, який ділить її на «до» і «після».

**Об'єкт дослідження** – емоційна сфера жінок.

**Предмет дослідження** – особливості емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму

**Мета дослідження** – дослідження особливостей емоційної сфери матерів, які мають дітей з аутизмом в зіставленні з контрольною групою осіб.

Відповідно до мети дослідження були сформовані наступні **завдання**:

1. На основі теоретичного аналізу літературних джерел дослідити сутність емоційної сфери жінок та охарактеризувати особливості емоційної сфери матерів, що виховують дітей з розладами спектру аутизму.
2. Розглянути клінічну картину розладів спектру аутизму.

3. Емпірично вивчити особливості емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму.

4. Надати рекомендації щодо покращення емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму.

**Методи дослідження.** Відповідно до завдань дипломної роботи були обрані відповідні методи дослідження: для розв'язання першого та другого завдань був застосований метод теоретичного аналізу, синтезу й систематизації наукової літератури; для вирішення третього та четвертого завдання були застосовані стандартизовані психологічні методики: «Шкала оцінки дискомфорту» Е. Б. Фанталової, «Сім станів» Є.Б. Фанталової, методика Спілбергера (визначення рівня тривожності), методика «шкала депресії» (діагностика депресивних станів Зунга).

**Емпірична база дослідження.** Вибірку склали 40 жінок. З яких 20 жінок – це матері дітей з розладами спектру аутизму, віком від 30 до 45 років; ще 20 жінок – це матері здорових дітей, віком від 30 до 45 років.

**Практичне значення отриманих результатів:** отримані емпіричні дані щодо дослідження особливостей емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму, внесуть зміни у розвиток сімейної психології та психотерапії. Також ці дані можуть бути використані в профілактичній, консультативній, психокорекційній та психотерапевтичній роботі, яка проводиться в освітніх установах, спеціалізованих медичних, реабілітаційних і психологічних центрах.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

### 1.1. Характеристика емоційної сфери особистості жінок

Пізнавальні процеси дозволяють показати об'єктивні властивості визначених предметів та явищ навколишнього середовища. У тому ж випадку, формується відповідне ставлення людини до кожного об'єкта чи явища. Певні події виступають індиферентними, а інші – значимими, тобто такі можуть якісно задовольнити визначені потреби та перешкоджають цьому.

В процесі активного розвитку сформувалась стійка форма психічного відображення структурних об'єктів та відповідних подій – емоцій. Одна й та ж подія чи об'єкт можуть формувати у різних людей емоції, які будуть суттєво відрізнятись, по тій причині, що кожен має власне ставлення до відповідного об'єкта.

В загальному значенні, емоції – це особливо визначений клас психічних процесів чи стану, які пов'язані з відповідними інстинктами, чітко сформованими потребами, власними мотивами та у визначеній формі переживання відбивають значимість певного об'єкта чи явища. В процесі супроводу будь-яких проявів активності певного суб'єкта, його емоції виступає одним з найголовніших механізмів внутрішнього керування/регулювання діяльності психічного характеру та відповідної поведінки, направлених на задоволення потенційно важливих потреб[1, с. 78].

Тобто, емоції виступають суб'єктивними реакціями особи на відповідний вплив внутрішніх та зовнішніх чинників, які показують у формі відповідних переживань їхню відповідну значимість для окремого суб'єкта та відображаються шляхом незадоволення чи задоволення.



Емоції, які задовольняють називають позитивними, ті, що не задовольняють – негативними. До перших відносять так емоції як симпатія, захоплення, радість, до других – ненависть, страх, гнів. Людина відчуває позитивні емоції тоді, коли задовольняє власну потребу в чомусь. У такому випадку активність індивіда направлена на досягнення або збереження відповідного позитивного впливу. У випадку, коли існує не реалізована потреба, індивід відчуває невдоволення, тоді активність направляється на уникнення небажаних чи шкідливих впливів.

За звичайних ситуацій жінка використовує, в середньому, шість виразів обличчя протягом десяти секунд, з метою відзеркалення та повернення емоцій співрозмовника. Обличчя жінки здатне відбити всі виявлені емоції. Зі сторони може здатись, що події, які відбулись, стосувались обох учасниць діалогу. Жінка здатна зчитати сутність сказаного з відповідною інтонацією та мімікою. Тому саме ці канали інформаційної передачі слід використовувати чоловікові під час розмови з жінкою з метою заволодіння уваги. Чоловіка дивує потреба в гримасах, під час діалогу зі співрозмовницею, проте освоївши це мистецтво, він прямує до великої винагороди [2, с. 56].

Коли жінка слухає, вона використовує звуки так званих «п'яти звуків» з використанням «охів» і «ахів», дублюють власні слова та слова співрозмовника в контексті сказаного та відслідковують декілька ліній бесіди. Щодо чоловіків, то їх тональність значно вужча та вони досить складно декодують інформацію, яка була отримана зміною тону, то, у більшості випадків, вони говорять монотонно.

Жінки, яким притаманна подібна манера ведення бесіди, у більшості випадків використовують ділову довіру. Жінки, які можуть відбивати на обличчі емоції чоловіків, у процесі діалогу, рівень відповідного авторитету значно падає.

У так званої «хранительки вогнища» в процесі еволюції, сформувала відповідну мозкову програму щодо власної відкритості, довірливості, постійної готовності до співпраці, що не приховує власної вразливості та емоцій.

Оскільки жінка впевнена у тому, що немає необхідності у постійному володінні ситуації. Тому у випадку виникнення проблеми, жінка не завжди здатна зрозуміти реакцію партнера[3, с. 187].

За виникнення стресу, мозок жінки одразу активізує так звану функцію просторового мислення і логіки, відбувається активація функції мови, тобто вона починає говорити без перестанку. Якщо жінка перебуває у стресовому стані, вона веде розмову без зупинки, не звертаючи уваги на опонента. Під час розмови з подругами, вона може висловлювати свою думку годинами, в найдрібніших деталях, тільки після цього подруги приступають до спільного обговорення. Після цього жінка почне розповідати про інші проблеми, до можливих проблем або до тих у яких немає рішення. Жіночий монолог не має визначеної структури, відповідно можлива паралельна розповідь про декілька речей в один і той же час, у тому ж випадку не підсумовуються ніякі висновки.

У випадках, коли жінка не приймає пропонованого шляху вирішення проблем, далі вона намагається применшити її відповідну важливість. Стресостійкість та безпосередня реакція на стрес мають суттєві відмінності у жінок та чоловіків. Жінка, у більшості випадків, замикається в собі, у тих випадках, коли вважає себе ображеною чи скривдженою; чоловіки навпаки занадто емоційні за певних стресових ситуацій. У випадках, коли жінка схвильована, вона може розплакатися, багато жестикулювати та досить багато говорити, емоційно описуючи власні почуття [4, с. 55].

Для жіночої статі емоційний сплеск виступає відповідною формою спілкування, від якої вона безполісно та швидкими темпами перейде до наступної та забуде все, у свою чергу, чоловік внутрішньо відчуває власну відповідальність за прийняття відповідного рішення, оскільки за іншого випадку він відчуватиме себе потерпілим. Саме тому, чоловік часто сердиться чи хвилюється у випадках, коли жінка досить емоційно себе поводить. Висновок в тому, що жіночі сльози лякають чоловіка.

Жіночі сенсорні здібності досить переважають чоловічі: оскільки вони більш конкретизованого налаштовані на прийняття нюансів і мають досить

ширшу палітру щодо вираження власних почуттів. Коли жінку образили, вона може розплакатися, оскільки образа у всіх випадках несе емоційний заряд; у тому ж випадку, чоловік може навіть не помітити, що його образили.

Жіночі емоційні та логічні центри в мозку досить пов'язані, в ній майже немає тестостерону, тому жінці простіше оцінити, чи гідного вона обрала собі партнера. Саме тому, в більшості випадків, романи найчастіше розривають жінки та переважна частина чоловіків не розуміються, що трапилося. Жінки досить м'які в питаннях розтавання, навіть у випадках зневаги до чоловіка. В процесі створення прощального листа, більшість навіть не забувають про «вічну любов». Окрім того, така фраза, як: «Я люблю тебе», жінці дається значно легше, ніж чоловікові.

Отже, за свого еволюційного розвитку у жіночої статі сформувалися досить стійкі та повноцінно відмінні риси щодо прояви власної емоційності. Цьому активно сприяли різноманітні типи діяльності як жінок так і чоловіків, і, як, результат, різноманітні структури мозку мали різний розвиток, що забезпечило суттєві відмінності в процесі вираження жіночих емоцій.

## **1.2. Клінічна картина розладів спектру аутизму**

Аутизм належить до групи загальних розладів розвитку. Це група розладів, яка характеризується якісними аномаліями у соціальній взаємодії та спілкуванні та обмеженим, стереотипним, повторюваним набором інтересів та діяльності. Ці якісні порушення є спільними рисами функціонування пацієнтів у всіх ситуаціях. Також використовується термін загальні розлади розвитку, але з підтипами. В обох цих класифікаціях використовується перелік особливостей поведінки, з вимогою відповідності певній кількості критеріїв, необхідних для діагностики. Як МКБ, так і DSM періодично переглядають для того, щоб взяти до уваги нові результати наукових досліджень, і саме зараз вони знаходяться на етапі докладного перегляду[5, с. 123].

Запропоновані зміни в DSM-5 були предметом полеміки, як і наукових, і у непрофесійних колах. У DSM-5 пропонується виключити DSM-IV поділ на аутизм, розлад Ретта, розлад Аспергера, дитячий дезінтегративний розлад та інші неспецифічні загальні розлади розвитку. Відповідно до пропозицій у DSM-5 залишиться одна унікальна категорія РАС, яка характеризується[6, с. 91]:

- стійким дефіцитом навичок соціальних комунікацій та соціальної взаємодії без урахування наявності загальної затримки розвитку;
- обмеженими, повторюваними моделями поведінки, інтересів та діяльності;
- присутністю з раннього дитинства (але може виявлятися не повністю, доти, доки соціальні умови не почнуть перевищувати обмежені здібності дитини);
- обмеження та порушення повсякденного функціонування.

Таким чином, у DSM-5 буде виключено діагноз розладу Аспергера, при цьому формалізовано концепцію «спектру», підтриману ЛорноюВінг, яка вважає синдром Аспергера підкатегорією уніфікованої категорії розладів аутистичного спектру.

Серед діагностичних критеріїв клініцисти побачать класичні симптоми, що стосуються двох сфер: дефіцит навичок соціальної комунікації та обмежені моделі поведінки, що повторюються, поєднуються з гіпер- або гіпореактивністю до сенсорних сигналів або незвичайним інтересом до сенсорних аспектів навколишнього середовища[7, с. 132].

З трьох ключових симптомкомплексів, що визначають розлади аутистичного спектру, центральне місце займають порушення соціальної взаємодії. Сюди відносяться порушення невербальної поведінки, що використовується для регулювання соціальних взаємодій, нездатність налагодити взаємини з однолітками, відповідні стадії розвитку дитини та відсутність спонтанного бажання ділитися радістю, інтересами та досягненнями з іншими людьми (наприклад, звернути увагу на іншу людину на об'єкт

загального інтересу). У дітей із такими порушеннями спостерігається відсутність соціальної чи емоційної взаємності.

Реагування на привернення спільної уваги оточуючими та його ініціювання дитиною відіграє важливу роль у соціальному навчанні та асоціюється з розвитком мови та мислення. Порушення можливості залучення загальної уваги є значним раннім симптомом, який можна спостерігати у дітей з аутизмом вже в дитячому віці. Дослідження моделей психічного стану показали, що здатність дитини імітувати поведінку інших людей є основою розуміння точки зору оточуючих. Модель психічного стану дозволять формувати уявлення про психічний стан інших людей, і, певною мірою, передбачати їх дії. Вона також пов'язана із здатністю розуміти обман та емоції інших людей[8, с. 69].

Порушення моделі психічного стану негативно впливають на рольові ігри, емпатію, здатність ділитися почуттями, соціальну та емоційну взаємність та взаємини з однолітками. Порушення моделі психічного стану виявляються у всіх осіб з РАС незалежно від віку та рівня інтелекту при використанні тестів, що відповідають ментальному віку піддослідних. Однак такі порушення не є винятковим для РАС і можуть спостерігатися при шизофренії та деяких розладах особистості.

Іншим важливим поняттям є надмірна вибірковість сприйняття стимулів: діти з РАС демонструють надзвичайну вибірковість уваги. Це також не є унікальним явищем для РАС і може спостерігатися у дітей з інтелектуальною недостатністю.

Вибірковість сприйняття стимулів може бути пов'язана з обмеженою увагою або усуненням у бік сприйняття не загальної, а локальної інформації. Останнє пояснюється «теорією слабкої центральної узгодженості». У осіб, які страждають на РАС, в результаті такого зміщення переважають можливості обробки локальної інформації. Відповідно до теорії посиленого перцептивного функціонування у осіб з РАС зміщене сприйняття, внаслідок чого домінує

орієнтація на локальні аспекти; посилено сприйняття деталей та ослаблене сприйняття рухів[9, с. 80].

Діти, які страждають на РАС, рідше, ніж їх однолітки, що нормально розвиваються, використовують невербальну поведінку, тобто зоровий контакт, жести, пози та вирази обличчя. Одним із важливих відкриттів останніх років було спостереження, що діти дворічного віку з аутизмом не орієнтуються в біологічних рухах – рухах людського тіла – і не дивляться у вічі дорослої людини, коли звертаються до неї.

Діти, які страждають на РАС, демонструють деякі варіанти незвичайної поведінки, пов'язані, ймовірно, з сенсорною гіперчутливістю, яка може виявлятися у зоровій, слуховій та тактильній сферах, і може бути специфічною по відношенню до певних стимулів. Зорова гіперчутливість може призводити до бічного зору – прагнення дивитися об'єкти з відведенням зіниць у кути очей. Бічний зір пояснюється спробою обмежити надмірний потік інформації або сфокусуватися на оптимальній інформації. Слухова і тактильна гіперчутливість може тяжко переноситися дитиною. З іншого боку, сенсорна гіперчутливість може призводити до надмірної уваги деталей.

Навіть високофункціональні індивіди, які страждають на РАС, можуть мати проблеми з взаємовідносинами з однолітками. У той час як деякі з них взагалі не виявляють жодного інтересу щодо дітей свого віку, інші можуть мати проблеми з участю у грі з різних сторін (наприклад, як шукати, так і ховатися). Деякі діти можуть виявляти інтерес до однолітків, але їм не вдається налагодити взаємини через проблеми з інтерпретацією дій інших людей та адекватним реагуванням. Багато суб'єктів, які страждають на РАС, не розуміють природу соціальних взаємин, і особливо свою роль у них. Багато хто з таких пацієнтів не здатний виявляти емпатію. Усі ці проблеми призводять до порушення соціальних взаємодій [10, с. 154].

Важливою ознакою є спроби компенсувати проблеми з промовою. Діти з іншими сенсорними порушеннями або затримками розвитку зазвичай використовують невербальні засоби, такі як жести для комунікації. У дітей

мова, її функціональна та соціальна спрямованість має важливе значення. При РАС дуже часто спостерігається такий симптом, як ехолалія – повторення слів, сказаних іншою людиною. За швидкістю, гучністю та інтонацією мова може бути надто високою, низькою, швидкою, повільною, безглуздою, монотонною, тощо. Особи з РАС можуть вигадувати свої слова або фрази, і мова може бути повторюваною, вони можуть повторювати одні й ті самі фрази, навіть якщо вони не відповідають контексту. Навіть у високофункціональних індивідів з РАС можуть спостерігатися проблеми з ініціацією та підтримкою розмови. До таких проблем можна віднести відсутність здатності вести світську бесіду, надавати необхідну інформацію, вимагати інформацію та коментувати та робити зауваження. Якщо все це поєднується з обмеженими інтересами, то підтримувати розмову з людиною, яка страждає на РАС, буде дуже складно.

Ігри можуть бути функціональними або такими, що імітують. Функціональні – це ігри, в яких іграшки використовуються за їх прямим призначенням, наприклад, іграшкова вилка використовується як звичайна, або коли натискається кнопка ка у причинно-наслідковій іграшці. У багатьох дітей з РАС відзначаються явні проблеми з імітуючими або уявними іграми. Зазвичай нормально розвинені діти грають із різними матеріалами, виявляючи у своїй творчості і винахідливість. Так, наприклад, в імітуючій грі дитина може використовувати будь-яку ляльку як генерал, а дерев'яний брусок як автомобіль ворожих солдатів. Будь-який матеріал або предмет може бути творчо використаний у уявній грі. Повторювані, обмежені та стереотипні патерни поведінки, заняття та інтересів[11, с. 69].

Відповідно до DSM-IV цей третій стрижневий симптомокомплекс включає: постійну перевагу стереотипним та обмеженим патернам; негнучку прихильність до виконання одноманітних рутинних дій; стереотипні та повторювані моторні маннеризми та постійний інтерес до певних деталей або предметів. Передбачається, що цей симптомокомплекс дуже широкий і включає в себе щонайменше два підтипи поведінки: сенсомоторну поведінку (нижчого порядку), що повторюється, і наполягання на однаковості – і, можливо,

обмежені інтереси (вищого порядку). Сентомоторна поведінка, що повторюється, найчастіше спостерігається у дітей молодшого віку і асоціюється з нижчим невербальним інтелектом.

Типовим симптомом РСА є також відданість виконанню специфічних дисфункцій рутинних дій або ритуалів. Спроби навіть незначної зміни особистого режиму та навколишнього оточення можуть створювати серйозні проблеми у повсякденному житті як самих пацієнтів, так і їхніх сімей.

Стереотипні та повторювані моторні маннеризми та постійний інтерес до певних деталей або предметів можуть бути більш очевидними у дітей раннього віку та осіб з інтелектуальною недостатністю. Сюди, серед інших, відносять: потряхування пальцями та кистями рук, маннеризми, розгойдування, ходіння на шкарпетках, обнюхування та облизування неїстівних предметів, обертання, незвичайний погляд. Постійний інтерес до певних деталей або частин предметів може виявлятися, наприклад, крученням коліс або лясканням ляльок.

Стереотипні рухи можуть спостерігатися при деяких інших станах, включаючи розлад Туретта, синдром ламкої Х-хромосоми, розлад Ретта, obsесивно-компульсивний розлад, глухота, сліпота, шизофренія та різноманітні форми інтелектуальної недостатності без симптомів РАС.

Отже, аутизм належить до групи загальних розладів розвитку. Це група розладів, яка характеризується якісними аномаліями у соціальній взаємодії та спілкуванні та обмеженим, стереотипним, повторюваним набором інтересів та діяльності. Ці якісні порушення є спільними рисами функціонування пацієнтів у всіх ситуаціях. Також використовується термін загальні розлади розвитку, але з підтипами.

Виділяють такі три ступені тяжкості розладу (таблиця на сторінці 17)



## Ступені тяжкості порушень, викликані РАС

Ступінь	Ознаки	Поведінкові прояви
Потребують підтримки	Помітний дефіцит у соціальній комунікації, епізоди нетипової, невдалої відповіді на звернення	Ригідність поведінки, складність перемикання між видами діяльності. Проблеми організації і планування ускладнюють самостійність.
Потребують істотної підтримки	Відзначається дефіцит вербальних і невербальних навичок соціального спілкування	Негнучкість поведінки заважає адаптації, епізоди обмеженої і повторюваної поведінки з'являються часто і можуть бути очевидними для випадкового спостерігача
Потребують дуже суттєвої підтримки	Серйозний дефіцит вербальних і невербальних навичок соціального спілкування викликає грубі порушення у функціонуванні дитини	Інертність поведінки, надзвичайні труднощі в прийнятті змін. Нездоланні труднощі зі зміною фокусу або дії

### 1.3. Особливості емоційної сфери матерів, що виховують дітей з розладами спектру аутизму

Проблема вивчення психічних особливостей матерів дітей з аутизмом в останні роки набуває все більшої актуальності. Насамперед це пов'язано зі швидким поширенням даного захворювання. Народження дитини з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема, з аутизмом, змінює весь устрій життя подружжя, порушує всі сімейні функції – виховну, емоційну, господарсько-побутову, духовного спілкування, первинного соціального контролю, сексуально-еротичну. Самі батьки, найчастіше матері, які змушені проводити з дитиною найбільшу кількість часу, мають проблеми з психічним та соматичним здоров'ям. Вони скаржаться на апатію, занепад сил, загальну астенію, постійний стрес, емоційне вигорання та низьку самооцінку; почуття тривожності, депресії, розпачу, безпорадності, провини перед оточуючими.

Таким чином, виховання дитини з РСА – найскладніший процес, який зачіпає і повністю змінює не тільки сім'ю загалом, а й кожного її члена окремо. Для матерів народження «особливої» дитини – поворотний момент у житті, що поділяє її на «до» і «після»[12, с. 37].

З метою визначення психологічної складової матерів дітей з розладами спектру аутизму, було проведене опитування 100 осіб (по 50 осіб у контрольній та експериментальній групах), яке ми взяли за основу для обґрунтування емоційної складової жінок в теоретичному напрямку за дослідженням К.О. Островської.

У 36% учасниць експериментальної групи почуття психологічного дискомфорту не було, ще в 36% – спостерігався слабо виражений і в 28% жінок було виявлено виражений психологічний дискомфорт. Середнє значення цієї психологічної категорії в цій групі дорівнювало 4,3 бали, що говорить про те, що в середньому для жінок, які виховують дошкільнят з аутизмом, характерно слабо виражене почуття психологічного дискомфорту.

У свою чергу, відсутність дискомфорту було відзначено у 68% учасників контрольної групи, у 24% спостерігався слабо виражений дискомфорт і всього у 8% випробовуваних було виявлено виражений психологічний дискомфорт. Середнє значення психологічного дискомфорту в контрольній групі дорівнювало 2,8 бали, що говорить про те, що, в середньому, дане почуття у матерів дітей без будь-яких відхилень у розвитку відсутнє[13, с. 90].

Таким чином, матері, які виховують дітей з аутизмом, відчувають значно більший рівень психологічного дискомфорту, ніж матері дітей, що нормально розвиваються. За методикою семи станів ситуація дещо інша.

У свою чергу, у матерів нормально розвиваються показники всіх негативних емоційних станів, які знаходяться на низькому рівні, що говорить про їх слабку виразність. При цьому такі позитивні стани, як «Внутрішній спокій» та «Внутрішній комфорт», знаходяться на середньому рівні.

Таким чином, за винятком показників «Внутрішнього вакууму», оцінки вираженості деяких емоційних станів в обох групах кардинально відрізняються.

Так для матерів дітей-аутистів характерна наявність достовірно вираженого відчуття тривоги, туги, пригніченості, апатії та занепокоєння. Саме ці особливості найточніше описують внутрішній психічний стан цих жінок у поточній життєвій ситуації[14, с. 78].

Опитувальник «Міні-мульти» дозволяє більш глибоко зрозуміти досліджуване питання.

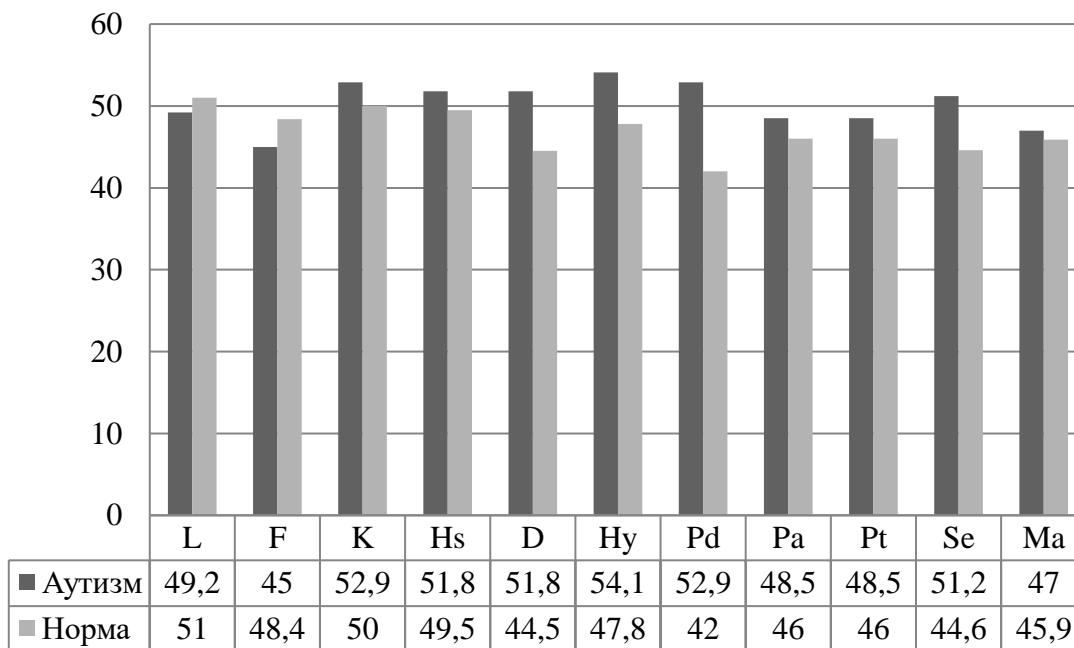


Рис. 1.2. Порівняння профілів особистості за методикою ММРІ в експериментальній та контрольній групах.

У профілі особистості досліджуваних експериментальної групи відзначається підвищення за шкалами 3 і 7 зі зниженням за шкалою 6. Для жінок, які виховують дітей з аутизмом характерна підвищена тривожність, напруга, боязкість, сильне занепокоєння навіть з незначних приводів, вони не задоволені. У них виникають різні румінації, при яких вони довгий час обмірковують ту саму думку, але ніяк не можуть прийняти рішення. Будучи залежними від думки оточуючих, вони прагнуть бути в центрі уваги, розповідаючи їм про свої переживання з приводу поточного психічного стану дитини, її майбутнього, проблем з її вихованням, навчанням та лікуванням, а також демонструючи які кроки вони роблять для полегшення його життя. При

цьому матері окремо підкреслюють, у якому важкому психічному стані вони знаходяться самі, виховуючи «особливу» дитину[15, с. 93].

У свою чергу, у профілі учасників експериментальної групи привертає увагу наявність так званої «конверсивної V» з додатковим зниженням за шкалою 4. У більшості випадків це говорить про деяку незрілість особистості, при якій людина, зіткнувшись з якоюсь складністю, «втікає» у хворобу – у нього виникають скарги на соматичне здоров'я – головний біль, біль у животі і спині, оніміння кінцівок. Часто відчувають м'язову слабкість, підвищену стомлюваність і т.д. Ці фізичні прояви виступають у ролі захисту від можливого стресу. Люди з цим профілем особистості не впевнені в собі, конформні, пасивні, залежать від думки оточуючих, бояться змін у укладі життя.

Таким чином, вивчення емоційно-особистісної сфери матерів, які мають дітей з аутизмом, бачиться нам дуже важливим та актуальним. Адже саме від психологічного стану батьків залежить, чи дитина одержуватиме необхідну їй медичну допомогу, навчатиметься у спеціалізованих дитячих садках і школах, і чи будуть задоволені її біологічні та соціальні потреби[16, с. 112].

Отже, для матерів дітей з аутизмом, на відміну від матерів дітей, які нормально розвиваються, характерна наявність вираженого почуття тривоги, туги, пригніченості, апатії та занепокоєння. Вони прагнуть продемонструвати оточуючим, у якому важкому стані вони перебувають, привертаючи до себе додаткову увагу, з метою отримання схвалення своїх дій, нових позитивних емоцій, які допомагають їм функціонувати в поточній життєвій ситуації. Окрім того, матері дошкільнят з РСА відчувають слабо виражене почуття психологічного дискомфорту, на відміну від матерів дітей, що нормально розвиваються, у яких дане почуття повністю відсутнє.

## Висновки до розділу 1

У першому розділі були розглянуті теоретичні основи дослідження емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму.

1. Було виявлено, що об'єктивні властивості предметів і явищ навколишньої дійсності відбиваються людиною у вигляді пізнавальних процесів. У процесі історичного розвитку, у жінки сформувалися стійкі відмінні риси у прояві емоційності. Цьому сприяли різні види діяльності представників різних статей, і, як наслідок, різні структури мозку розвивалися по-різному, що призвело до відмінності вираження емоцій жінки.

2. Що стосується самого поняття «аутизм». Аутизм належить до групи загальних розладів розвитку. Це група розладів, яка характеризується якісними аномаліями у соціальній взаємодії та спілкуванні та обмеженим, стереотипним, повторюваним набором інтересів та діяльності. Ці якісні порушення є спільними рисами функціонування пацієнтів у всіх ситуаціях. Також використовується термін загальні розлади розвитку, але з підтипами. В обох цих класифікаціях використовується перелік особливостей поведінки, з вимогою відповідності певній кількості критеріїв, необхідних для діагностики.

3. Для матерів дітей з аутизмом, на відміну від матерів дітей, які нормально розвиваються, характерна наявність вираженого почуття тривоги, туги, пригніченості, апатії та занепокоєння. Вони прагнуть продемонструвати оточуючим, у якому важкому стані вони перебувають, привертаючи до себе додаткову увагу, з метою отримання схвалення своїх дій, нових позитивних емоцій, які допомагають їм функціонувати в поточній життєвій ситуації. Окрім того, матері дошкільнят з РСА відчувають слабо виражене почуття психологічного дискомфорту, на відміну від матерів дітей, що нормально розвиваються, у яких дане почуття повністю відсутнє.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

#### 2.1. Організація емпіричного дослідження

Найважливішою частиною дипломної роботи є емпіричне дослідження (спрямоване на збирання та аналіз даних з проблеми) або розробка методики в області практичної психології (спрямована на створення або адаптацію будь-якої програми діагностики, консультування, корекційної, розвиваючої роботи, психопрофілактики, психологічної освіти). І в тому і в іншому випадку має бути певна новизна щодо порівняно з вже існуючим досвідом у цій галузі.

Емпіричне дослідження з дипломної роботи може виконуватися в галузі фундаментальних чи прикладних галузей психології.

Дипломний проект передбачає виконання студентом певного обсягу емпіричної чи практичної психологічної роботи. Цей обсяг визначається кількістю випробуваних, які були обстежені, кількістю використаних методик та ступенем їх трудомісткості; складністю обробки та аналізу отриманих даних. Все це має враховуватись при плануванні дослідження.

Процес емпіричного дослідження включає такі етапи [17, с. 45]:

1. Методологічне обґрунтування дослідження, визначення предмета та об'єкта, постановка наукової гіпотези, мети та завдань дослідження.
2. Побудова плану дослідження, операційне визначення досліджуваних явищ, підбір методів та висування експериментальних гіпотез.
3. Організація дослідження та збір емпіричного матеріалу.
4. Якісна та кількісна обробка даних.
5. Обговорення та інтерпретація даних.
6. Формулювання висновків, що підтверджують чи спростовують гіпотези.

Основними методологічними аспектами, які мають бути визначені під час планування емпіричного дослідження, є:

1. Актуальність теми дослідження.
2. Наукова проблема, на вирішення якої воно спрямоване, та новизна дослідження.
3. Об'єкт та предмет дослідження.
4. Мета дослідження та наукова гіпотеза дослідження (дослідницьке питання).
5. Завдання дослідження та емпіричні гіпотези.
6. План, організація та методи дослідження.
7. Методики, які у дослідженні.

Дані методологічні аспекти формуються на початку дослідження, коли воно планується. Однак їх зміна та конкретизація можуть продовжуватися надалі в ході його проведення.

Організація емпіричного дослідження емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму та матерів здорових дітей здійснювалася відповідно до програми.

Реалізація програми здійснювалася у три етапи [18, с. 45]:

1. Підготовчий етап включав аналіз літературних джерел із емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму та матерів здорових дітей. Основну увагу було зосереджено на вивченні концептуальних підходів до дослідження, а також даних експериментальних та емпіричних досліджень. Аналіз дозволив скласти програму емпіричного дослідження, в якій знайшли своє відображення задум та методологія дослідження, ціль, завдання, гіпотеза, а також зазначені основні процедури дослідження. Відповідно до основної мети емпіричного дослідження було визначено вибірку, куди входять різні категорії матерів.

2. На дослідно-експериментальному етапі проводився збір емпіричних даних, який включав чотири основні складові:

– збір інформації про матерів через взаємодію зі штатним психологом району;

– бесіду із матерями;

– психологічне тестування;

– обговорення результатів тестування.

Основною метою бесіди з матерями, яка проводилася безпосередньо перед початком тестування, було зниження рівня тривоги, зняття психологічних бар'єрів та створення довірчої атмосфери. Під час бесіди матерям роз'яснювалася мета і процедура дослідження, вони мали можливість поставити запитання, що їх цікавили.

Загалом жінки охоче брали участь у дослідженні, були активними та доброзичливими. Більшою відповідальністю та старанністю в процесі тестування відрізнялися матері дітей з розладами спектру аутизму, вони уважно слухали інструкцію, практично не допускали помилок під час заповнення бланків відповідей та дотримувалися дисципліни. Матері здорових дітей, як правило, демонстрували іноді замкнене, насторожене ставлення до процесу тестування. Була незначна кількість відмов від участі у дослідженні.

3. На заключному етапі дослідження проводилась математико-статистична обробка, аналіз та опис результатів.

Формуючи вибірку дослідження, ми прагнули забезпечити:

– репрезентативність вибірки, тобто її максимальну наближеність до генеральної сукупності;

– однорідність вибірки виходячи з вікових та соціально-правових особливостей випробуваних;

– достатній обсяг вибірки, який визначався залежно від однорідності з урахуванням вимог, що пред'являються до використання статистичних критеріїв і що знижує ймовірність випадкової помилки;

– різноманітність вибірки з погляду включеності до її складу різних категорій матерів.



Відповідно до мети та завдань дослідження було сформовано загальну вибірку, що включає наступні категорії матерів:

- матері здорових дітей;
- матері дітей з розладами спектру аутизму.

Метою даного емпіричного дослідження було дослідження особливостей емоційної сфери матерів, які мають дітей з аутизмом в зіставленні з контрольною групою осіб. Для виявлення особливостей емоційної сфери матерів, використовувались методики: «Шкала оцінки дискомфорту» Е. Б. Фанталової, «Сім станів» Є.Б. Фанталової, методика Спілбергера Ч. (визначення рівня тривожності), методика «шкала депресії» (діагностика депресивних станів Зунга).

Дослідження особливостей емоційної сфери матерів, які мають дітей з аутизмом в зіставленні з контрольною групою осіб проводилось серед 40 жінок. З яких 20 жінок – це матері дітей з розладами спектру аутизму, віком від 30 до 45 років; ще 20 жінок – це матері здорових дітей, віком від 30 до 45 років.

**«Шкала оцінки дискомфорту» Е. Б. Фанталової.** Ця методика була використана з метою зіставлення об'єктивно встановленого рівня розбіжності між «Цінністю» і «Доступністю» в мотиваційно-особистісній сфері і ступеня суб'єктивно переживаного у матерів дітей з аутизмом та без. Чим вище дисоціація у мотиваційно-особистісній сфері, що вищий у ній індекс розбіжності «Ц – Д», то сильнішим буде суб'єктивне відчуття внутрішнього дискомфорту (Додаток А)[19, с. 69].

**«Сім станів» Є.Б. Фанталової.** Ця методика дозволяє оцінити емоційно-особистісний і психічний статут конкретного випадку. Методика була використана з метою з'ясування специфіки емоційного регулювання матерів дітей з розладами аутизму та без. Анкета методики в Додатку Б.

**Методика Спілбергера (визначення рівня тривожності).** За використання цієї методики можливо визначити виразність тривожності у матерів дітей з розладами аутизму та без. Тривога як особистісна риса означає мотив абонабуту поведінкову позицію, яка змушує сприймати широке коло

об'єктивно безпечних обставин, як тих, що містять загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких відповідає величині реальної небезпеки.

Тест Спілбергер складається з 20 висловлювань, що відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) та 20 висловлювань визначення тривожності як диспозиції, особистісної особливості (Додаток В).

**Методика «шкала депресії» (діагностика депресивних станів Зунга).** Шкала Зунга для самооцінки являє собою тест для самооцінки депресії. Цей тест дає можливість виміряти рівень депресії у матерів дітей з розладами аутизму та без, а також визначити ступінь депресивного розладу. Використовуючи дану психодіагностичну методику, випробуваний чи фахівець мають можливість проведення самостійного обстеження або скринінгу депресії.

Тест самооцінки депресії Зунга характеризується високим ступенем чутливості та специфічності та дозволяє уникнути додаткових економічних та тимчасових витрат, пов'язаних з медичним обстеження етичних проблем.

У цьому тесті враховується 20 факторів, що визначають чотири рівня депресії. У тесті є десять позитивно сформульованих та десять негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (Додаток Г).

## **2.2. Аналіз отриманих результатів за методикам та їх інтерпретація**

Для оцінки рівня суб'єктивного переживання та стану дискомфорту, який зазнають матері дітей з розладами спектру аутизму та без, нами була застосована методика Є.Б. Фанталової «Шкала оцінки дискомфорту». Ця методика складається з шкали дискомфорту, тим самим вона сприяє отриманню допоміжної інформації, що відображає внутрішній стан матерів при вже сформованій системі ціннісних орієнтацій [20, с. 76].

Отримані результати дослідження щодо матерів дітей з розладами спектру аутизму представлені на рис. 2.1.

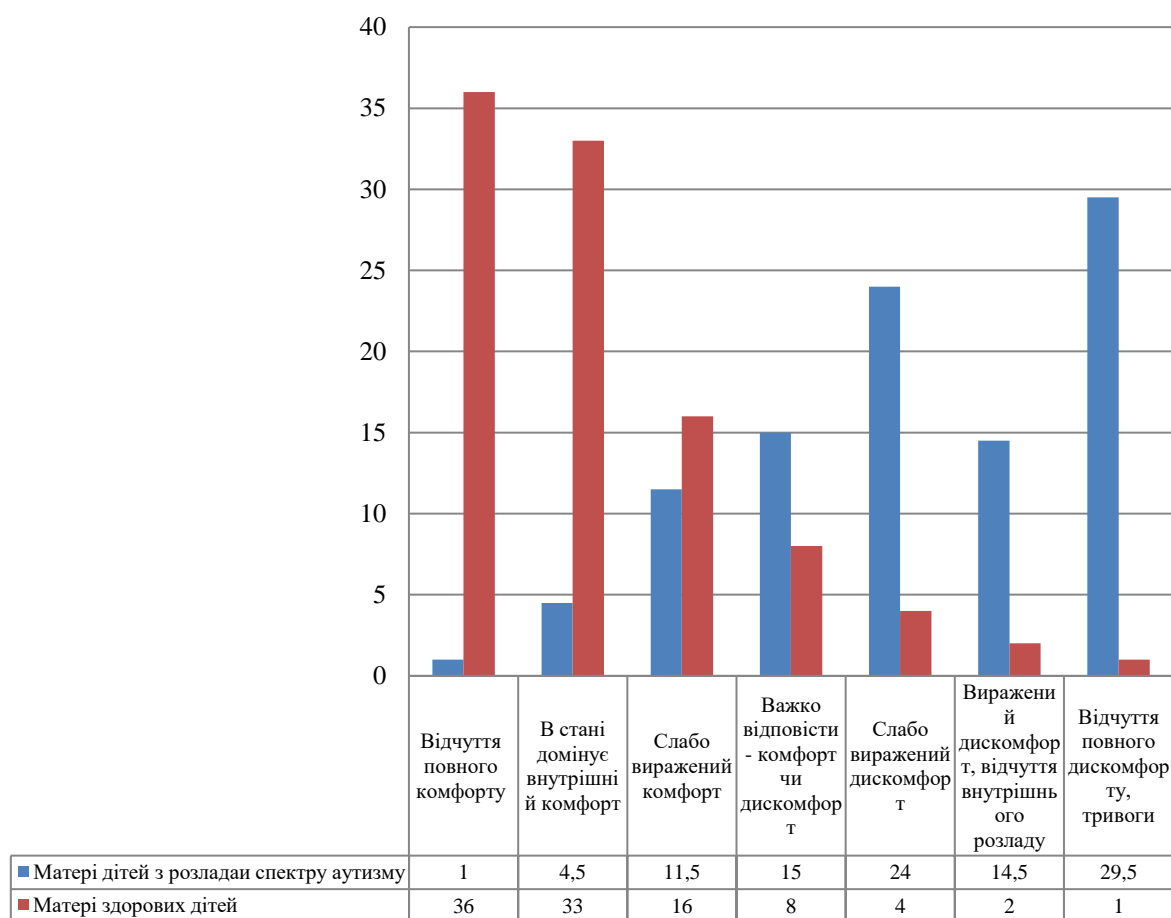


Рис. 2.1. Розподіл почуття внутрішнього дискомфорту матерів дітей з розладами спектру аутизму та без, %

З результатів опитування бачимо, що лише для 1% матерів дітей з РАС властиве відчуття комфорту, в той час як для групи матерів здорових дітей цей показник дорівнює 36%. Тобто, емоційно матері дітей з РАС майже не відчують комфорту, свій емоційний стан вони визначають у діапазоні дискомфорту

15% матерів дітей з розладами спектру аутизму і 8% матерів здорових дітей, не можуть дати конкретної характеристики свого внутрішнього стану, вони не можуть сказати, що відчують частіше – внутрішній комфорт або внутрішній дискомфорт.

В цілому, бачимо, що більшість усіх опитаних матерів дітей з РАС (68% сумарно) зазначають, що у їхньому стані домінує внутрішній дискомфорт. При

цьому почуття для жінок здорових дітей (83% сумарно) властиве відчуття повного комфорту, від слабкого до повного, задоволеності життям і всіма сферами життєдіяльності властиве 15% опитаних.

Далі варто провести аналіз відповідно до методики «Сім станів». Випробуванним пропонувалось дати оцінку своїх емоційних переживань у сферах, за такими семи станам: внутрішній конфлікт – відчуття внутрішньої напруженості, розладу із собою; 2 – внутрішній вакуум – відчуття внутрішньої порожнечі, відсутність інтересу до чогось; внутрішня тривога; туга, пригніченість; апатія, брак сил, щоб упоратися з труднощами; внутрішній спокій, безтурботність; внутрішній комфорт – відчуття внутрішнього добробуту, безпеки.

Методика включає, таким чином, п'ять емоційно-негативних станів (№ 1-5 – ЕНС) та два емоційно-позитивні стани (№ 6-7 – ЕПС). Виразність кожного стану оцінюється за 10-бальною системою оцінок (від 0 до 9).

Порівнюючи оцінки по всіх сферах, де є внутрішній конфлікт і внутрішній вакуум з оцінками по стану досліджуваного, можна побачити в якій сфері переживання найбільше збігаються, тобто яка сфера зараз представляє найбільшу емоційну захопленість для випробуваного. Зіставлення середніх оцінок по ЕНС і ЕПС розкриває специфіку переживань випробуванним наявних життєвих труднощів і, навпаки, легко досяжних і тому малоцінних об'єктів.

У результаті проведеного опитування серед матерів дітей з розладами спектру аутизму та без, жінки були поділені на дві групи: 1 група – матері дітей з розладами спектру аутизму, 2 група – матері здорових дітей.

Група №1 отримала середні показники по ЕНС = 6,2, по ЕПС = 1.

Дані групи №2: середні показники по ЕНС = 1, по ЕПС = 8.

Обидві групи респондентів мають високий індекс розбіжності «Ц-Д», однак, і в інших сферах група №1 вкрай сентитивна до переживання внутрішнього конфлікту і внутрішнього вакууму, у той час як група №2 емоційно індиферентна скрізь, і за внутрішнього конфлікту, і за

внутрішнього вакууму, відчуває тільки ЕПС, майже завжди минуючи ЕНС. Особлива специфіка переживань видно тут у випадку з першою групою.

Далі проводився тест Спілбергера для визначення рівня тривожності респондентів. Внутрішня валідність використовуваної методики ґрунтується на конструктивній валідності – чиннику, що визначає, наскільки адекватно визначаються зміна змінна (в даному випадку тривожність). Оскільки немає однозначної інтерпретації поняття «тривожність» різні автори, з допомогою методик вивчають різні аспекти цього феномена.

Дослідження проводилося з поділом респондентів на дві групи: Група №1 – матері дітей без розладу спектру аутизму, група № 2 – матері дітей з розладами спектру аутизму.

Сумарні результати дослідження тривожності матерів дітей з розладами спектру аутизму та без за методикою Спілбергера представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати дослідження тривожності матерів дітей з розладами спектру аутизму та без за методикою Спілбергера

Показники		Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
		Кількість, жін.	%	Кількість, жін.	%	Кількість, жін.	%
Реактивна тривожність	Група № 1	7	42	8	42	5	17
	Група № 2	10	44	4	44	6	11
Особистісна тривожність	Група № 1	8	67	2	17	10	17
	Група № 2	6	67	3	33	11	0

При порівнянні результатів опитування видно, що відсоткове співвідношення респондентів, які мають середній рівень реактивної тривожності серед матерів зросло, а найвище – знизилося. Крім того, серед респондентів, відсоток матерів дітей з розладами спектру аутизму із низьким рівнем реактивної тривожності зріс (з 0% до 33%), а із середнім – знизився (з 33% до 17%). Такі результати можуть говорити про те, що в групі 2 (матері дітей з РАС) більше жінок з високим рівнем реактивної тривожності.

Далі розглянемо результати психологічної діагностики депресивних станів. Рівень вираженості депресивних станів учасників дослідження виявили за допомогою методики диференціальної діагностики депресивних станів Зунга. Респонденти були поділені на дві групи, до першої групи увійшли матері здорових дітей, до другої групи – матері дітей з розладами спектру аутизму (табл. 2.2).

Таблиця 2.2.

Середньогрупові показники діагностики депресивних станів

Середній бал	Група № 1 (матері здорових дітей)	Група № 2 (матері дітей з РАС)
		41,4

Джерело: сформовано автором на основі проведеного дослідження.

Середні бали, що демонструються жінками, характеризують групи загалом як ті, що не мають депресії, водночас, середньогруповий показник групи №2 наближається до 50 балів, у яких можна говорити стан легкої депресії ситуативного характеру. Для наочності та зручності аналізу даних представимо відсоткове співвідношення учасників дослідження за рівнем вираженості депресивних станів (рис. 2.2).

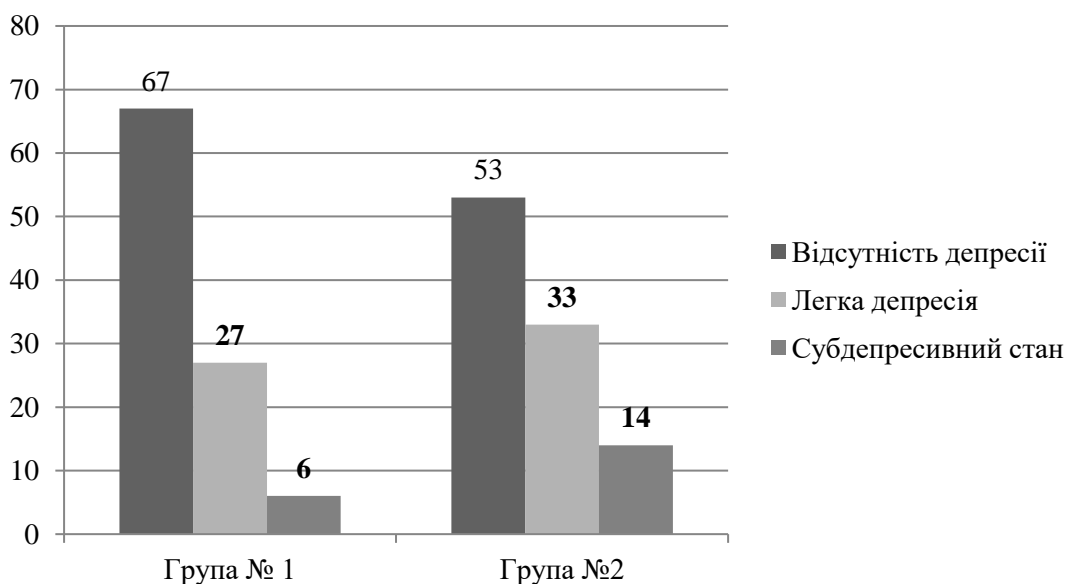


Рис. 2.2. Процентне співвідношення учасників дослідження щодо рівня виразності депресивних станів.

Джерело: сформовано автором на основі проведеного дослідження.

Як бачимо з представлених даних більшість респондентів групи №1 – 67% і групи № 2 53% немає ознак наявності депресивного стану. Легка (ситуативна) депресія за результатами психологічної діагностики виявлена у 27% у першої групи та 33% у другої групи. Нарешті, 6% група № 1 та 14% група № 2 продемонстрували ознаками субдепресивних станів, тобто помірним рівнем розвитку депресії (знижений настрій, песимістична оцінка подій та зниження працездатності).

### **2.3. Виявлення відмінностей між групами матерів дітей з розладами спектру аутизму та матерів здорових дітей**

Особливості реагування на стрес у матерів дітей із розладами спектру аутизму. Не виявлено особливих відмінностей між групами матерів, які виховують дітей з розладами спектру аутизму та умовно здорових дітей, у рівнях стресу. Водночас різниця стандартних та суб'єктивних балів стресу виявилася значно вищою у групі матерів, які виховують дітей з розладами спектру аутизму.

Також у групі матерів дітей з розладами спектру аутизму значуще вищий рівень особистісної тривожності та її компонента – емоційного дискомфорту.

Значні взаємозв'язки рівня стресу та різних компонентів тривожності у матерів, які виховують дітей з розладами спектру аутизму, наведено у таблиці 2.3; у матерів, які виховують умовно здорових дітей – у таблиці 2.4.

Таким чином, у матерів, які виховують дітей з розладами спектру аутизму, низка компонентів особистісної та ситуативної тривожності прямо пов'язана з «об'єктивним» рівнем стресових факторів, що суб'єктивно оцінюється стресом, а також з різницею цих показників.

Значні взаємозв'язки показників тривоги та стресу у матерів дітей  
з розладами спектру аутизму

Показник тривожності	Сума стандартних балів стресу	Сума суб'єктивних балів стресу	Різниця суб'єктивних та стандартних балів стресу
Ситуативна тривожність	0,80	0,80	0,79
Особистісна тривожність		0,57	0,61
Емоційний дискомфорт (ситуативна тривожність)	0,76	0,66	0,64
Фобічний компонент (ситуативна тривожність)	0,70	0,77	0,77
Соціальний захист (ситуативна тривожність)		0,62	0,55
Астенічний компонент (особова тривожність)	0,69	0,60	0,56
Фобічний компонент (особова тривожність)	0,59	0,66	0,70

Джерело: сформовано автором на основі проведеного дослідження.

Матері умовно здорових дітей демонструють менше значних зв'язків показників стресу та тривожності; у них не виявлено зв'язків тривоги та стандартних показників стресу. На жаль, у зв'язку з невеликим обсягом вибірки статистичне порівняння величин кореляцій неінформативно, що не дозволяє зробити обґрунтований висновок про відмінності зв'язку тривожності та рівня стресових факторів у матерів двох груп. Однак отримані нами попередні результати позначають перспективний напрямок подальших досліджень.



Значні взаємозв'язки показників тривоги та стресу у матерів дітей з  
розладами спектру аутизму

Показник тривожності	Сума суб'єктивних балів стресу	Різниця суб'єктивних та стандартних балів стресу
Ситуативна тривожність	0,81	0,62
Емоційний дискомфорт (ситуативна тривожність)	0,73	0,86
Емоційний дискомфорт (особистісна тривожність)	0,66	0,64
Тривожна оцінка перспективи (особистісна тривожність)	0,65	0,74

Джерело: сформовано автором на основі дослідження

Особливості регуляції емоцій та подолання стресів у матерів, які виховують дітей з розладами спектру аутизму, залежно від наявності емоційного вигоряння.

Виявлена нами різниця рівнів суб'єктивної оцінки стресу у групах матерів, які виховують дітей з розладами спектру аутизму та умовно здорових дітей, за відсутності значних відмінностей у разі стандартної оцінки стресогенних подій вказує на те, що наявність у сім'ї дитини з розладами спектру аутизму має помітний вплив на сукупний стрес матерів. Зв'язок стандартних показників стресу з різними компонентами тривожності вказує на те, що тривожність зростає зі збільшенням числа стресових подій у житті матері, яка виховує дитину з розладами спектру аутизму. Цей досить банальний результат стає цікавим під час аналізу інших значущих взаємозв'язків – різниці між суб'єктивною та стандартною оцінками стресогенності подій останнього року та тривожності. Тривожність загалом і ряд її компонентів (емоційний дискомфорт, пов'язаний із ситуативною тривожністю, ситуативна тривожність

у сфері соціальної захищеності, астенічний та фобічний компоненти особистісної тривожності) прямо пов'язані не лише зі стандартно оцінюваним рівнем стресу, але й з розривом та суб'єктивною оцінкою стресу. Чим вище суб'єктивна «болючість» стресу для матері дитини з розладами спектру аутизму, тим сильніша її тривожність. Тут ми можемо припускати наявність певних змінних, що модерують зв'язок об'єктивного впливу стресу та суб'єктивного його сприйняття: вони можуть бути як внутрішніми, так і зовнішніми факторами. Істотний вплив «третіх» факторів на сприйняття тяжкості стресу ще раз наголошує на особливій вразливості досліджуваної групи.

Водночас у матерів контрольної групи не виявлено значних взаємозв'язків стандартних показників стресу з тривожністю та її компонентами. Можливо, це ефект малого розміру вибірки, але також можна припустити, що коливання рівня стресу меншою мірою впливають на тривожність матерів, які виховують здорових дітей, ніж матерів дітей з розладами спектру аутизму. Зв'язки суб'єктивної оцінки стресу та компонентів тривожності також виявлені для матерів контрольної групи меншою мірою. Цей результат цікавий, є попереднім і потребує додаткової перевірки.

Звертає на себе увагу те, що групи матерів дітей з розладами спектру аутизму, що включають матерів без ознак розладу емоційного вигорання та з формованим/сформованим розладом емоційного вигорання, відрізняються одна від одної насамперед стратегіями подолання стресу та механізмами регуляції емоцій, які, згідно з літературними даними, знижують адаптацію до довгострокової перспективи. При цьому між цими групами практично не виявлені відмінності в адаптивних стратегіях регуляції емоцій і власної поведінки. Лише когнітивне перефокусування (акцентування уваги на більш приємних аспектах ситуацій, що викликають напругу) на рівні тенденції вище у матерів без емоційного вигорання, а контроль ситуації – також на рівні тенденції вище у матерів з емоційним вигоранням.

Катастрофізація як засіб регуляції емоцій має прямий зв'язок з рівнем емоційного вигоряння групи матерів дітей з РАС. Катастрофізація передбачає, що людина акцентує увагу на негативних аспектах складних ситуацій, очікує на їх глобально катастрофічні наслідки, при цьому відчуваючи позитивні емоції, коли ситуація вирішується благополучно. Також катастрофізація передбачає бездіяльність перед передбачувано непереборними наслідками і тим самим знижує енергетичні витрати – немає спроб реального вирішення ситуації. Цей механізм відноситься до умовно неадаптивних способів регуляції емоцій, даючи позитивний ефект і дає змогу ускладнювати довгострокову адаптацію (важкі ситуації не вирішуються, людина не набуває досвіду, але запам'ятовує свої глибокі негативні переживання). Можливо, матері дітей з РАС, які зазнають сильного стресу, звертаються до катастрофізації вже в ситуації емоційного вигоряння. Використання катастрофізації може відбуватися на рівні вигоряння, якого не досягають матері умовно здорових дітей нашої вибірки. Катастрофізація дозволяє скинути поточну напругу, проте не допомагає впоратися з існуючим емоційним виснаженням, тобто не призводить до зменшення симптомів вигравання. Це може пояснити різноспрямований характер виявленого нами зв'язку катастрофізації та емоційного вигоряння у матерів двох груп.

Ставлення матерів до дітей з аутизмом має суперечливу структуру. На когнітивному рівні оцінка дитини відкидає або інфантилізує. Емоційне відношення більшості матерів залишається прийнятним, позитивним. Разом з тим, виявлено труднощі у зміні експектацій та установок по відношенню до дитини з одного боку, та неможливість змінити її біологічний та емоційний статус з іншого, що призводить до заперечення дитини матір'ю та її власної невротизації.

У матерів, які виховують дітей з розладами аутистичного спектру, діагностується перша фаза емоційного вигоряння – напруга. При цьому відзначається відсутність тенденції відчуження дитини та дистанціювання від неї. Такі матері виявляють схильність до придушення неприємних думок,

пов'язаних з дитиною, при оцінці проблемних ситуацій акцентують увагу на позитивних аспектах, намагаються сприймати ситуацію як неминучість. Як позитивний ресурс, що дозволяє впоратися зі стресом, виступають досягнення у розвитку дитини з розладами спектру аутизму, наявність у сім'ї здорових дітей, а також соціальна підтримка, спілкування іншими матерями дітей з розладами спектру аутизму.

Відмінності проявляються переважно в емоційному та поведінковому компонентах. Материнське ставлення поєднує в собі емоційне прийняття і одночасно відкидання дитини, підвищену фіксацію на ньому, що виявляється в симбіотичних відносинах, і прагнення уникати конфліктів у процесі спілкування. Материнське ставлення до дітей з аутизмом частіше ґрунтується на емоційному запереченні дитини та прагненні дистанціюватися від процесу сімейного виховання.

Щодо психологічних захистів та внутрішньосімейних відносин переважає неефективна група захисних стилів – реактивне утворення, інтелектуалізація та заперечення. Крім того, ступінь тяжкості розладу спектру аутизму підвищує частоту застосування захисного стилю, спрямованого на звинувачення особистості матері. У матерів з «неповних» сімей домінують «невротичні» механізми. У зв'язку з чим стиль виховання визначається переважанням виховної невпевненості, проекції небажаних якостей на дитину і гіперпротекції. Крім того, у матерів дітей з розладами спектру аутизму є фобія втрати дитини.

Окрім того, з одного боку, особистісна зрілість батьків сприяє розкриттю потенціалу дитини, корекції його індивідуально-психологічної сфери, розвитку адаптаційного потенціалу. З іншого – переконливо доводиться, що формування тієї самої особистісної зрілості відбувається саме у процесі переживання даної життєвої ситуації, пошуку найкращих рішень для соціалізації дитини з аутизмом. Особистісна зрілість полягає в тому, що матері не замикаються на проблемах сім'ї та дитини, стають більш відкритими для світу, навчаються знаходити позитивні моменти.

. Підсумовуючи результати емпіричного дослідження можна сказати, що матері, що виховують дітей з РАС мають такі особливості емоційної сфери в порівнянні з матерями здорових дітей:

✓ у них переважає емоційний дискомфорт (від слабо вираженого ступеня до значного);

✓ у них емоційно негативні стани переважають над емоційно позитивними;

✓ у них підвищений рівень реактивної тривожності (напруга занепокоєння, заклопотаність, нервозність як емоційна реакція на стресову ситуацію)

✓ у них більш виражений депресивний стан.

#### **2.4. Рекомендації для матерів, що виховують дитину з РАС**

Система заходів психологічної підтримки матерів, які виховують дітей з розладами спектру аутизму, має бути спрямована на зниження емоційного дискомфорту у зв'язку з наявними порушеннями розвитку дитини, формування адекватного ставлення до психофізіологічного стану власної дитини, підтримання впевненості матері у її можливостях, збереження адекватних материнсько-дитячих відносин та стилів виховання.

Пропонується робота з матір'ю у формі дитячо-материнської групи, що дає можливість матерям самим опанувати способи та методи навчання дитини новим навичкам, усунення небажаних форм поведінки, та навчитися отримувати задоволення від спілкування зі своєю дитиною, що призводить до згуртування сім'ї в цілому. Материнсько-дитячий інтенсивстане одним з ефективних способів надання допомоги матерям дітей з розладами спектру аутизму – навчальна виїзна програма, наповнена великою кількістю занять в обмежений період часу. У рамках цієї форми роботи з'являється можливість створити адаптоване середовище і помістити в нього дитину.

Найпростіше, порекомендувати матері знайти можливість отримати професійну допомогу психолога, проте це пов'язано з фінансовими та часовими затратами, які як ресурси не всім доступні. Тому рекомендації можна дати такі, які мати може реалізовувати більш-менш самостійно

1. У випадку, якщо відчуваєте значний емоційний дискомфорт, перше на що необхідно звернути увагу, це час для відпочинку та здоровий сон. Організму потрібен добрий відпочинок. Подумайте, можливо ви можете виділити годину лише для себе, приділіть собі цей час, займіться тим, чим давно хотілося зайнятися. Під час невеликого відпочинку організм відновить сили і емоційний фон вирівнюється. Відкладайте другорядні справи.

2. Навчіться просити про допомогу. Попросіть близьких допомогти вам із дитиною, зніміть із себе хоча б частину щоденного навантаження. Просіть надати вам будь-яку посильну допомогу: виконати домашні справи, подумайте, що можна делегувати

3. Якщо відчуваєте, що погіршується настрій, знижується самооцінка (ознаки депресивного стану) найкраще звернутися до психолога. Якщо такої можливості не має, можна використати інформаційні брошури з описаним прийомом самопомоги з напрямку когнітивно-поведінкової психотерапії (наприклад Девід Вестбрук «Подолати депресію»)

4. Шукайте внутрішній ресурс. Використовуйте всі можливі ресурси, які допоможуть покращити емоційний стан. Це можуть бути хобі, сеанси масажу, похід у кіно чи ресторан, подорож за місто, зустрічі з друзями.

5. Подумайте, які речі, ситуації, події, активності приносять вам радість, позитивні емоції. Можна написати список «Сто речей/подій, які роблять мене щасливою». Щоб збільшувати свій «банк» позитивних емоцій частіше звертайтеся до цього списку та робіть те, що доступне в поточний момент.

Пам'ятайте, що йти в іншу крайність і займатися лише собою – погане рішення. Намагайтеся стежити за балансом того, що ви робите для себе і що для дитини

Мати відіграє тут велику роль. Чим конструктивніша сім'я, тим більше у аутичної дитини шансів адаптуватися, незважаючи на всі свої особливості. Наявність у сім'ї аутичної дитини висуває до неї підвищені вимоги. Його батькам недостатньо бути такими, як усі. Для того щоб навчитися розуміти аутичну дитину, потрібен час. Досвід спілкування зі звичайними людьми тут не завжди придатний, а орієнтуються батьки спочатку саме на нього. Те, наскільки швидко вони навчаться розуміти, а значить допомагати своїй дитині, залежить не так від неї, як від них. Чим вище рівень емпатії (співпереживання), тим більша ймовірність того, що конфліктних ситуацій буде менше. Працюючи над собою та підвищуючи рівень своєї психологічної компетентності у різних формах (участь у семінарах, тренінгах, батьківських групах), батьки, безумовно, полегшують становище дитини.

Рекомендації для матерів для виховання дитини з розладами аутистичного спектру:

- дитина з аутизмом, як і будь-яка інша дитина, індивідуальність, тому, використовуючи загальні рекомендації, потрібно також враховувати специфічні реакції дитини, і на їх основі будувати навчання. Описано випадки, коли діти з аутизмом, виростаючи, працювали за фахом, що лежить у сфері їхніх дитячих захоплень. Дитина, захоплена цифрами, у майбутньому може бути бухгалтером чи податковим інспектором;

- режим – діти-аутисти болісно сприймають будь-які дії, що виходять за рамки звичних, тому намагайтеся дотримуватися звичних для дитини процедур; необхідно займатися кожен день, це дуже важко, але це може принести результати. Починати краще з 5 хвилин і поступово час занять довести до 2-3 годин на день, звичайно, з перервами.

- необхідно навчити дитину слову «стоп». Справа в тому, що ці діти, маючи різні фобії, можуть не помічати реальні небезпеки: переходити вулицю перед машиною, наближатися до гарячих предметів. Якщо дитина знатиме слово «стоп», це може уберегти його від травм. Зробити це можна так: раптово

припинити якусь дію і твердо сказати «стоп», з часом він зрозуміє, чого від нього домагаються;

- аутисти зазвичай люблять дивитися телевізор, але їх необхідно обмежувати в цьому;

- не треба уникати громади інших дітей. Бажано, щоб така дитина відвідувала садок, нехай не весь день, а 2-3 години на день;

- потрібно відволікати дитину з аутизмом від безглузвих, стереотипних рухів. Це можна зробити за допомогою танців, стрибків дома;

- бажано якнайбільше розмовляти з дитиною. Навіть якщо він залишається байдужим, треба пам'ятати, що він потребує спілкування навіть більше, ніж звичайні діти;

- більшість людей потребують усамітнення та діти з аутизмом не виняток. Потрібно зробити якийсь «таємний» куточок – місце. Дитина зможе залишатися наодинці зі своїми думками, і їй ніхто не заважатиме;

- важливо правильно підібрати медикаментозну терапію, обмежившись одним препаратом, таким, що дійсно індивідуально підходить дитині;

- діти з аутизмом страждають на приховану харчову алергію. Знайшовши алерген і виключивши його з раціону, можна досягти значного поліпшення поведінки дитини.

Хороший результат дає відвідування з дітьми різних центрів та спільнот для дітей із аутизмом. Саме там можна отримати інформацію про нові методики лікування та корекцію поведінки.



## Висновки до розділу 2

На основі емпіричного дослідження емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму та матерів здорових дітей можна проаналізувати основні результати проблеми дослідження на даному етапі:

Лише для 1% матерів дітей з РАС властиве відчуття комфорту, в той час як для групи матерів здорових дітей цей показник дорівнює 36%. Тобто, емоційно матері дітей з РАС майже не відчувають комфорту, свій емоційний стан вони визначають у діапазоні дискомфорту

За дослідження емоційних переживань за допомогою методики «Сім станів» респондентів було поділено на дві групи. До першої групи увійшли матері дітей з розладами спектру аутизму, до другої групи – матері здорових дітей. Групи респондентів мають високий індекс розбіжності «Ц-Д», і в інших сферах група №1 вкрай сентитивна до переживання внутрішнього конфлікту і внутрішнього вакууму, у той час як група №2 емоційно індіферентна скрізь, і за внутрішнього конфлікту, і за внутрішнього вакууму, відчуває тільки ЕПС.

Результати психологічної діагностики депресивних станів також проводилося з поділом респондентів на дві групи. До першої групи увійшли матері здорових дітей, до другої групи – матері дітей з розладами спектру аутизму. Більшість респондентів групи №1 – 67% і групи №2 53% немає ознак наявності депресивного стану. Легка (ситуативна) депресія за результатами психологічної діагностики виявлена у 27% у першої групи та 33% у другої групи. Нарешті, 6% група №1 та 14% група №2 продемонстрували ознаками субдепресивних станів, тобто помірним рівнем розвитку депресії (знижений настрій, песимістична оцінка подій та зниження працездатності).

Матерям дітей, які виховують дитину з розладами спектру аутизму характерні: наявність порушень емоційної сфери, виснаження її компенсаторних, абілітаційних та реабілітаційних механізмів. Наведено деякі підходи психолого-педагогічного супроводу матерів та заходи психологічної підтримки.

## ВИСНОВКИ

Дослідження емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму, дало можливість сформулювати наступні висновки:

1. У процесі історичного розвитку, у жінки сформувалися стійкі відмінні риси у прояві емоційності. Цьому сприяли різні види діяльності представників різних статей, і, як наслідок, різні структури мозку розвивалися по-різному, що призвело до відмінності вираження емоцій жінки. Продовж свого життя жінка виконує низку соціальних ролей, переживає безліч психологічних станів. Власне, однією із цих ролей є роль матері. Материнство – це унікальна ситуація розвитку самосвідомості жінки, збагачення її емоційного світу. Народження дитини з особливостями розвитку – це значний стрес, «переворо» в емоційному світі жінки.

2. Що стосується самого поняття «аутизм». Аутизм належить до групи загальних розладів розвитку. Це група розладів, яка характеризується якісними аномаліями у соціальній взаємодії та спілкуванні та обмеженим, стереотипним, повторюваним набором інтересів та діяльності. Ці якісні порушення є спільними рисами функціонування пацієнтів у всіх ситуаціях. Також використовується термін загальні розлади розвитку, але з підтипами. В обох цих класифікаціях використовується перелік особливостей поведінки, з вимогою відповідності певній кількості критеріїв, необхідних для діагностики.

3. Для матерів дітей з аутизмом, на відміну від матерів дітей, які нормально розвиваються, характерна наявність вираженого почуття тривоги, туги, пригніченості, апатії та занепокоєння. Вони прагнуть продемонструвати оточуючим, у якому важкому стані вони перебувають, привертаючи до себе додаткову увагу, з метою отримання схвалення своїх дій, нових позитивних емоцій, які допомагають їм функціонувати в поточній життєвій ситуації. Окрім того, матері дітей з РАС відчувають слабо виражене почуття психологічного дискомфорту, на відміну від матерів дітей, що нормально розвиваються, у яких дане почуття повністю відсутнє.

За дослідження емоційних переживань за допомогою методики «Сім станів» респондентів було поділено на дві групи. До першої групи увійшли матері дітей з розладами спектру аутизму, до другої групи – матері здорових дітей. Групи респондентів мають високий індекс розбіжності «Ц-Д», однак, аналогічно сфері № 11, і в інших сферах група №1 вкрай сентитивна до переживання внутрішнього конфлікту і внутрішнього вакууму, у той час як група №2 емоційно індиферентна скрізь, і за внутрішнього конфлікту, і за внутрішнього вакууму, відчуває тільки ЕПС. Результати психологічної діагностики депресивних станів також проводилося з поділом респондентів на дві групи. До першої групи увійшли матері здорових дітей, до другої групи – матері дітей з розладами спектру аутизму. Більшість респондентів групи №1 – 67% і групи № 2 53% немає ознак наявності депресивного стану. Легка (ситуативна) депресія за результатами психологічної діагностики виявлена у 27% у першої групи та 33% у другої групи. Нарешті, 6% група № 1 та 14% група № 2 продемонстрували ознаками субдепресивних станів, тобто помірним рівнем розвитку депресії (знижений настрій, песимістична оцінка подій та зниження працездатності). Матерям дітей, які виховують дитину з розладами спектру аутизму характерні: емоційний дискомфорт (від слабо вираженого ступеня до значного); емоційно негативні стани переважають над емоційно позитивними; підвищений рівень реактивної тривожності (напруга занепокоєння, заклопотаність, нервозність як емоційна реакція на стресову ситуацію), більш виражений депресивний стан.

4. Надані рекомендації для покращення емоційного стану матерів, що базуються на принципах психологічної самопомоги.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Багдасар'ян І.С. Міжособистісні стосунки в сім'ї, що має розумово відсталу дитину: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.10 – Корекційна психологія (психологічні науки). – Н. Новгород, 2019. – 20 с.
2. Баєнська Є. Р., Психологічна допомога при порушеннях раннього емоційного розвитку: метод. Посібник // Є. Р. Баєнська, М. М. Ліблінг. М.: Іспит, 2014. – 128 с.
3. Баєнська Є.Р. Допомога у вихованні дітей із особливим емоційним розвитком: молодший дошкільний вік: навчально-методичний посібник. – М.: Ін-т підручника «Пайдейя», 2010. – 87 с.
4. Безух С. М., Лебедева С. С. (ред.) Психологічний та соціальний супровід хворих дітей та дітей-інвалідів / За ред. Безух З. М., Лебедева З. З. - СПб.: Мова, 2016. -112 з.
5. Бурлачук Л.Ф., Словник-довідник із психодіагностики. 3-тє вид. – Спб.: Пітер, 2017. – 688 с.: іл.
6. Валітова І.Є. Взаємини у сім'ї між сиблінгами, одне з яких дитина з особливостями розвитку / І.Є. Валітова// Світ психології. -2016. - №4. – С.55-67.
7. Варга А.Я. Введення у системну сімейну психотерапію. М.: Когіто-Центр, 2011. – 184 с.
8. Висотіна Т.М. Особливості батьківського ставлення до дітей із атиповим аутизмом: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2013. 22 с.  
Галасюк І.М. Проблема психічної травмування членів сім'ї інваліда // Вісник державного обласного університету. Серія «Психологічні науки». 2011. № 1. С. 54-60.
9. Гусєва О. В. Система відносин у сім'ях, які мають дітей з аутистичними розладами // Ананьївські читання – 2015: Фундаментальні проблеми психології: матеріали наукової конференції, 20-22 жовтня 2015р. / Відп. ред. В. М. Аллахвердов. СПб.: СПбГУ, Скіфія-принт, 2015. С. 126.

10. Данилова Є. Є., Методика вивчення фрустраційних реакцій у дітей. // Іноземна психологія, №6, 2016. – с. 69-80.
11. Єрмолаєва Ю. Н. Дитина з обмеженими можливостями у сім'ї: медико-соціальна реабілітація: Дис... док.мед. наук. – Вологда, 2018. – 385 с.  
Жуков Д.Є. Центральні особистісні функції у батьків дітей з РДА// Психосоціальні проблеми
12. Лідерс А.Г. Сім'я як психологічна система. Нариси психології сім'ї. -М.- Обнінськ: Дослідницька група «Соціальні науки», 2014. – 296 с.
13. Лубовський В. І. Психологічні проблеми діагностики аномального розвитку дітей / Науч.-дослідж. ін-т дефектології Акад. пед. наук СРСР. - М.: Педагогіка, 2018. - 104 с.: Іл.
14. Мамайчук І. І.: Допомога психолога матерям дітей з РСА. – СПб.: Еко-Вектор, 2014 – 335 с.
15. Мамайчук І.І. Психокорекційні технології для дітей із проблемами у розвитку. СПб.: Мова, 2010. 400 с.
16. Мастюкова О.М., Московкіна О.Г. Сімейне виховання дітей із відхиленнями у розвитку. – М.: ВЛАДОС, 2013. – 408 с.
17. Мініярів В.М. Психологія сімейного виховання (діагностико-корекційний аспект). - Москва-Вороніж: Вид-во Владос, 2010. - 250с.
18. Мінухін С., Фішман Ч. Техніки сімейної терапії. Серія: Бібліотека психології та психотерапії. Вип. 37. Пров. з англійського Йорданського А. Д. М.: Клас, 2018. 304с.
19. Ткачова В. В. Сім'я дитини з відхиленнями у розвитку. Діагностика та консультування. За науковою редакцією І.Ю. Левченка. - М.: Книголюб, 2018. - 144 с.
20. Ткачова В.В. Про деякі проблеми сімей, які виховують дітей із відхиленнями у розвитку // Дефектологія. 2018. № 4. 3. 4.

21. Трошихіна Є. Г. Вплив ранньої соціальної депривації на розвиток особистості та психічну адаптацію дітей з інтелектуальною недостатністю. Автореф. Дис. Канд. психол. наук. СПб., 2017
22. Федотова Е.Л. Самовідчуття дитини, що має сиблінг з аутизмом // Дитячий аутизм: дослідження та практика. 2008, стор 144-185. Ферс Грегг М.. Таємний світ малюнка: лікування через мистецтво. Вид. 2-ге. СПб.: Деметра, 2014. – 198 с.
23. Фрейджер Р., Фейдімен Д., Велика книга психології. Особистість. Теорії, вправи, експерименти. / Роберт Фрейджер, Джеймс Фейдімен / Пер. з англ. – СПб: Прайм – ЄВРОЗНАК, 2018. – 704с.
24. Хоментаскас Г. Т. Відображення міжособистісних взаємин у діагностичному малюнку сім'ї. Дис. Канд. психол. наук. М., 2014. -221 с.
25. Хоментаскас Г. Т. Використання дитячого малюнка на дослідження внутрішньосімейних відносин // Питання психології. 2016. № 1.
26. Чавес Вега. Соціально-психологічні особливості сімейного виховання дітей із церебральним паралічем: Автореф. Дис. Канд. психол. наук. СПб., 2012, 19 с.
27. Черніков А. В. Системна сімейна терапія: Інтегративна модель діагностики. - Вид. 3-тє, испр. І дод. М.: Незалежна фірма «Клас», 2012. – 208 с.
28. Шабанова Є. В. Особливості системи дитячо-батьківських та подружніх відносин у сім'ях, які виховують дитину з розладом аутистичного спектру // Вісник СПбГУ. Сер. 12. 2013. Вип.3. С. 80-86
29. Шипіцина Л.М. «Ненавчена» дитина в сім'ї та суспільстві. Соціалізація сімей із порушенням інтелекту. – СПб.: «Дидактика Плюс», 2012. – 496 с.
30. Едеймілер Е.Г. , Юстіцкіс В. П. Психологія та психотерапія сім'ї - Вид. 2-ге. СПб.: Пітер, 2019. – 656 с.
31. Ейдемільер Е. Р., Добряков І., Ст, Микільська І. М. Сімейний діагноз та сімейна психотерапія. Навчальний посібник для лікарів та психологів. Вид. 3-тє. -СПб.: Мова, 2017. 352 с. Ілл

32. Елліс А., Райден У., Практика емоційно-раціональної поведінкової терапії. 2-ге вид. / Пер. з англ. Т. Саушкіної. – СПб.: Видавництво «Мова», 2012. – 352 с.: іл.
33. Еткінд А. І. Колірний тест відносин // Загальна психодіагностика. М: МДУ, 2017. С. 221-227.
34. Юстіцкіс В. В., Ейдемільер Е. Г. Проективний тест «Сімейна соціограм-ма» / / Системна сімейна психотерапія / За ред. Е. Г. Ейдемільера. СПб: Пітер, 2012. С. 45-47.
35. Янушанець Н. Ю. Аналіз рівня та структури дитячої інвалідності внаслідок захворювань нервової системи в Санкт-Петербурзі // Український вісник перинатології та педіатрії. 2016. – Т. 51. №4. - С.53-56.

# ДОДАТКИ



## Додаток А

### «Шкала оцінки дискомфорту» Е. Б. Фанталової

Виберіть одне із семи висловлювань, що відображають Ваш внутрішній стан на сьогоднішній день, і обведіть у коло його номер у колонці реєстрації в таблиці, розташованій нижче.

**УДАЧІ, ПРИСТУПАЙТЕ ДО ЗАПОВНЕННЯ!**

№	Висловлювання, що відображають Ваш внутрішній стан на сьогоднішній день	Колонка реєстрації
1	Зараз мій стан цілком благополучний, я відчуваю повний комфорт	1
2	На даний момент я в основному почуваюся комфортно	2
3	Серед інших станів я все ж таки нерідко відчуваю почуття внутрішнього комфорту	3
4	Мені важко сказати, що зараз я відчуваю частіше - внутрішній комфорт або внутрішній дискомфорт	4
5	В даний час я іноді відчуваю стан внутрішнього дискомфорту	5
6	На даний момент я в основному відчуваю стан внутрішнього дискомфорту, розладу з самим собою	6
7	На даний момент я відчуваю почуття повного внутрішнього дискомфорту, нездужання, тривоги, пригніченості	7

Згідно з отриманими результатами виділяється три рівні дискомфорту, низький (1-3), середній (4-5) і високий (6-7).

**Додаток Б**  
**«Сім станів» Є.Б. Фанталової**

Перегляньте свій графік «ЦІННОСТІ-ДОСТУПНОСТІ» та зверніть увагу на ті сфери, де «розрив» між «Цінністю» та «Доступністю» більший або дорівнює 4. Далі: на реєстраційному бланку для кожної з таких сфер із «розривом» у 4 і більше оцініть свій стан за 10-бальною шкалою (від 0 до 9) за такими семи характеристиками:

1 стан	«Внутрішній конфлікт»	Відчуття внутрішньої напруженості, розлад з самим собою.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
2 стан	«Внутрішній вакуум»	Відчуття внутрішньої порожнечі, відсутність інтересу до чогось
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
3 стан	«Внутрішня тривога»	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
4 стан	«Туга, пригніченість»	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
5 стан	«Апатія»	Нестача сил, щоб упоратися з труднощами.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
6 стан	«Внутрішній спокій, безтурботність»	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
7 стан	«Внутрішній комфорт»	Відчуття внутрішнього добробуту, безпека.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

І так, при перегляді оцінок від 0 до 9 за кожним станом Ви повинні вибрати лише одну цифру за кожним із семи перерахованих станів для кожної із сфер, де «розрив» між «Цінністю» та «Доступністю» більший, або дорівнює 4.

Додатково: після виконаної роботи оцініть свій загальний стан за цими ж семи характеристиками під рубрикою «Мій загальний стан» (наприкінці реєстраційного бланка) .

0 – відсутність цього стану.

1,2,3 – слабка виразність цього стану.

4,5,6 – середня вираженість цього стану.

+7,8,9 – сильна вираженість цього стану.

## Додаток В

### Методика Спілбергера (визначення рівня тривожності)

Уважно прочитайте кожен з наведених пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч. Над питаннями довго не замислюйтесь. Зазвичай перша відповідь, яка спадає на думку, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану.

ЯК ВИ СЕБЕ ВІДЧУВАЄТЕ В ДАНИЙ МОМЕНТ		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я перебуваю у напрузі	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я відчуваю вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я стривожений	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я збуджений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості	1	2	3	4
16	Я задовлений	1	2	3	4
17	Я стурбований	1	2	3	4
18	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я зазвичай швидко втомлююсь	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як інші	1	2	3	4
25	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Зазвичай я відчуваюсь бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4

28	Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
29	Я надто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я приймаю все надто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості у собі	1	2	3	4
33	Зазвичай я почуваюся в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій та труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи	1	2	3	4

### Обробка даних

За питаннями 1-20, оцінюється реактивна тривожність (тривожність як стан).

Прямі питання: 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18.

Зворотні питання: 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20.

РЕАКТИВНА ТРИВОЖНІСТЬ = ПРЯМІ - ЗВОРОТНІ + 50 (балів);

З питань 21-40 оцінюється особистісна тривожність (тривожність як властивість).

Прямі питання: 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40.

Зворотні питання: 21,26,27,30,33,36,39.

ОСОБИСНА ТРИВОЖНІСТЬ = ПРЯМІ - ЗВОРОТНІ + 35 (балів);

### Інтерпретація

Рівень тривожності до 30 балів вважається низьким, від 30 до 45 балів – помірним, від 46 балів та вище – високим. Мінімальна оцінка за кожною шкалою – 20 балів, максимальна – 80 балів.

## Додаток Г

### Методика «шкала депресії» (діагностика депресивних станів Зунга)

Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів та станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях та з метою попередньої, долікарської діагностики.

Повне тестування з обробкою займає 20-30 хвилин.

#### Інструкція до тесту

Прочитайте уважно кожен з наведених нижче пропозицій та закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви почуваєтеся останнім часом. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

ЯК ВИ СЕБЕ ВІДЧУВАЄТЕ В ДАНИЙ МОМЕНТ		Ніколи	Іноді	Часто	Постійно
1	Я відчуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я почуваюся найкраще	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди плачу чи близькості до сліз	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший від звичайного	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитися на привабливих жінок, розмовляти з ними, бути поруч	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене турбують запори	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж зазвичай	1	2	3	4
10	Я втомлююся без жодних причин	1	2	3	4
11	Я мислю так само ясно, як завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13	Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	Я маю надії на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий, ніж зазвичай	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний і необхідний	1	2	3	4
18	Я живу досить повним життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо помру	1	2	3	4
20	Мене й досі тішить те, що тішило завжди	1	2	3	4

## **Обробка та інтерпретація результатів тесту**

Рівень депресії (РД) розраховується за такою формулою:

$$\text{РД} = \Sigma_{\text{пр.}} + \Sigma_{\text{зв.}}, \text{ де}$$

$\Sigma_{\text{пр.}}$  – сума закреслених цифр до «прямих» висловлювань № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\Sigma_{\text{зв.}}$  – сума цифр, «зворотних» закресленим, до висловів № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

В результаті отримуємо РД, що коливається від 20 до 80 балів.

Якщо РД не більше 50 балів, діагностується стан без депресії.

Якщо РД від 50 до 59 балів, робиться висновок про легку депресію ситуативного або невротичного генезу.

Показник РД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан чи маскована депресія.

Справжній депресивний стан діагностується при РД понад 70 балів.