

МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО

Факультет фізичної культури, спорту та психології
Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: **«Психологічна допомога батькам, які виховують дитину з
розладом аутистичного спектра»**

Виконала: здобувачка вищої освіти
групи пс242м

Спеціальність 053 Психологія

ОП Психологія. Практична психологія

Шкаріна Валерія Валеріївна

Керівник: канд. психол. наук, доцент

Прокоф'єва Олеся Олексіївна

Рецензент: канд. психол. наук, доцент

Ніжинського державного університету

імені Миколи Гоголя

Кошова Інна Вікторівна

АНОТАЦІЯ

Шкаріна В. В.

Психологічна допомога батькам, які виховують дитину з розладом аутистичного спектра

У дипломній роботі теоретично обґрунтовано, емпірично досліджено та практично реалізовано підходи до психологічної допомоги батькам, які виховують дитину з розладами аутистичного спектра (РАС). Визначено особливості дітей із РАС та вплив виховання такої дитини на психоемоційний стан і адаптаційні ресурси батьків. Показано, що виховання дитини з аутизмом є стресогенним чинником, який зумовлює тривожність, емоційне виснаження, почуття провини та порушення сімейної взаємодії. Проаналізовано сучасні підходи до психологічної підтримки батьків дітей із РАС і визначено їхню роль у зниженні стресу, підвищенні батьківської компетентності та гармонізації сімейних стосунків.

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці з 30 батьків (25 матерів і 5 батьків), засвідчило високий рівень психоемоційного напруження, депресії, тривожності, стресу та емоційного вигорання. Результати дослідження стали підґрунтям для розроблення авторської програми психологічної допомоги батькам дітей із РАС, спрямованої на емоційну стабілізацію, розвиток навичок саморегуляції, зниження рівня вигорання та відновлення ресурсного потенціалу.

Апробація програми підтвердила її ефективність: зафіксовано статистично достовірне зниження показників депресії, тривожності, стресу та емоційного виснаження, а також покращення самопочуття, активності й настрою учасників. Отримані результати свідчать, що системна психологічна допомога батькам дітей з РАС є дієвим інструментом збереження психічного здоров'я, підвищення стресостійкості та якості життя родини.

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, батьки, психоемоційний стан, емоційне вигорання, стрес, психологічна допомога, психокорекційна програма, сімейна підтримка.

SUMMARY

Shkarina V. V.

Psychological support for parents raising a child with an autism spectrum disorder

The thesis theoretically substantiates, empirically researches and practically implements approaches to psychological support for parents raising a child with an autism spectrum disorder (ASD). The features of children with ASD and the impact of raising such a child on the psycho-emotional state and adaptive resources of parents are determined. It is shown that raising a child with autism is a stress-producing factor that causes anxiety, emotional exhaustion, feelings of guilt and disruption of family interaction. Modern approaches to psychological support for parents of children with ASD are analyzed and their role in reducing stress, increasing parental competence and harmonizing family relationships is determined.

An empirical study conducted on a sample of 30 parents (25 mothers and 5 fathers) showed a high level of psycho-emotional tension, depression, anxiety, stress and emotional burnout. The results of the study became the basis for the development of an author's program of psychological assistance to parents of children with ASD, aimed at emotional stabilization, development of self-regulation skills, reduction of burnout and restoration of resource potential.

The testing of the program confirmed its effectiveness: a statistically significant decrease in depression, anxiety, stress and emotional exhaustion was recorded, as well as an improvement in the well-being, activity and mood of the participants. The results obtained indicate that systemic psychological assistance to parents of children with ASD is an effective tool for maintaining mental health, increasing stress resistance and the quality of life of the family.

Keywords: autism spectrum disorders, parents, psycho-emotional state, emotional burnout, stress, psychological assistance, psycho-correctional program, family support.

РЕФЕРАТ

до кваліфікаційної роботи на тему:

«Психологічна допомога батькам, які виховують дитину з розладом аутистичного спектра»

здобувачки вищої освіти спеціальності 053 Психологія

Шкаріної Валерії Валеріївни

Науковий керівник – канд. психол. наук, доцент кафедри психології
Прокоф'єва Олеся Олексіївна

Актуальність дослідження. Проблема розладів аутистичного спектра (РАС) у дітей набуває все більшої значущості у сучасній психологічній науці та практиці, оскільки кількість діагностованих випадків стабільно зростає. Це зумовлює необхідність комплексної підтримки не лише дитини, а й родини, зокрема батьків, які стикаються з високим рівнем емоційного навантаження, тривалим стресом і порушенням звичного способу життя.

Виховання дитини з РАС потребує значних психічних і ресурсних зусиль, що нерідко призводить до підвищеної тривожності, емоційного виснаження, почуття провини та соціальної ізоляції. Психоемоційний стан батьків прямо впливає на емоційний розвиток, поведінку та адаптаційні можливості дитини, тому психологічна допомога родині є невід'ємним елементом успішної реабілітації.

Попри актуальність проблеми, більшість програм підтримки орієнтовані переважно на дитину, тоді як потреби батьків залишаються недостатньо врахованими. Це зумовлює необхідність створення та впровадження ефективних психологічних програм, спрямованих на зниження стресу, профілактику емоційного вигорання й відновлення внутрішніх ресурсів батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектра.

Проблематика дослідження полягає у вивченні психоемоційного стану батьків дітей із РАС та визначенні ефективних форм і методів психологічної

підтримки, спрямованих на зниження стресу, емоційного виснаження та формування адаптивних механізмів подолання труднощів.

Об'єкт дослідження – психоемоційний стан батьків, які виховують дитину з розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження – особливості психологічної підтримки батьків дітей з РАС у контексті покращення їхнього психоемоційного стану.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити можливості психологічної допомоги батькам дітей з РАС і розробити програму психологічної підтримки з урахуванням їхніх потреб і психоемоційного стану.

Завданнями дослідження нами визначено наступне:

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектра.
2. Визначити вплив виховання дитини з РАС на психоемоційний стан, адаптаційні можливості та життєве функціонування батьків.
3. Розглянути сучасні підходи, напрями та етапи психологічної допомоги батькам, які виховують дитину з РАС.
4. Провести емпіричне дослідження психоемоційного стану батьків дітей з РАС.
5. Розробити програму психологічної допомоги батькам дітей з РАС з урахуванням отриманих результатів дослідження.
6. Апробувати програму психологічної допомоги та оцінити її ефективність на основі порівняльного аналізу емпіричних даних.

В ході роботи застосовувалися такі **методи дослідження**: *теоретичні*: аналіз наукових джерел, систематизація, узагальнення результатів дослідження; *емпіричні*: Шкала депресії, тривожності та стресу DASS-21; Шкала емоційного вигорання В.В. Бойка; Методика «САН» (Самопочуття – Активність – Настрій); *методи математичної обробки даних* – t-критерій Стьюдента для визначення статистичної значущості змін.

Експериментальна база дослідження: Емпіричне дослідження проводилося на базі громадської організації «Центр психологічного добробуту

«Конфіденс» (м. Київ), яка здійснює психологічну підтримку родин, що виховують дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з розладами аутистичного спектра. У дослідженні взяли участь 30 батьків (25 матерів і 5 батьків), які виховують дітей з діагнозом РАС віком від 3 до 12 років.

За результатами теоретико-емпіричного дослідження отримані дані дозволяють зробити такі висновки:

1. Теоретичний аналіз показав, що розлади аутистичного спектра є складними нейророзвитковими порушеннями з варіативними проявами, які впливають на когнітивний, мовленнєвий і соціально-поведінковий розвиток дитини. Діти з РАС характеризуються порушенням соціальної взаємодії, сенсорними дисфункціями, стереотипними формами поведінки, що потребує індивідуалізованого психокорекційного підходу.

2. Виховання дитини з РАС виступає потужним стресогенним чинником, що впливає на емоційний стан і функціонування батьків. Виявлено підвищений рівень тривожності, емоційного виснаження, почуття провини, соціальної ізоляції, а також порушення подружньої та сімейної комунікації. Особливо уразливою виявляється група матерів, які демонструють ознаки емоційного вигорання та виснаження ресурсів.

3. Аналіз сучасних підходів до психологічної допомоги батькам дітей із РАС дав змогу визначити ефективні напрями підтримки: емоційно-підтримувальний, когнітивно-інформаційний, поведінково-тренінговий, сімейно-системний та соціально-ресурсний. Їхнє поєднання сприяє зниженню рівня стресу, гармонізації сімейних стосунків і підвищенню батьківської компетентності.

4. Емпіричне дослідження засвідчило, що більшість батьків дітей із РАС перебувають у стані глибокого психоемоційного напруження. У 76,7 % респондентів зафіксовано високі рівні депресії, у 80 % – тривоги, у 86,6 % – стресу. Понад половина учасників мають сформовані прояви емоційного вигорання, що негативно позначається на їхньому самопочутті, активності та настрої.

5. На основі результатів дослідження розроблено авторську програму психологічної допомоги батькам дітей із РАС, яка включає етапи діагностики, психоедукації, цільової психокорекції та супроводу. Програма спрямована на зниження емоційного напруження, розвиток навичок саморегуляції, формування конструктивних стратегій подолання стресу та гармонізацію сімейної взаємодії.

6. Апробація програми засвідчила її високу ефективність: зафіксовано достовірне зниження рівнів депресії, тривожності, стресу ($p < 0,001$), зменшення проявів емоційного вигорання та покращення показників самопочуття, активності й настрою. Отримані результати підтверджують доцільність упровадження системної психологічної підтримки батьків дітей із РАС у діяльність психологічних центрів, інклюзивно-ресурсних служб і громадських організацій.

Узагальнюючи, можна зазначити, що психологічна допомога батькам дітей із розладами аутистичного спектра має розглядатися як безперервний, поетапний процес, спрямований на збереження їхнього психічного здоров'я, підвищення стресостійкості та гармонізацію сімейного життя.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні гендерних особливостей емоційного реагування батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектра, та у визначенні специфіки їхніх копінг-стратегій у різних соціокультурних умовах. Доцільним є також розроблення стандартизованих інструментів для комплексної оцінки психологічного стану та ресурсного потенціалу родин, що виховують дітей із РАС.

Рік виконання кваліфікаційної роботи – 2025 р.

Місце виконання – Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького, кафедра психології.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ БАТЬКАМ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА.....	6
1.1. Психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектра: теоретичний огляд.....	6
1.2. Виховання дитини з РАС як чинник впливу на психоемоційний стан та функціонування батьків.....	12
1.3. Психологічна допомога батькам дітей з РАС: сучасні підходи, напрями й етапи супроводу.....	20
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ПОТРЕБ БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА.....	25
2.1. Методологія, організація та етапи проведення дослідження.....	25
2.2. Характеристика вибірки та методик дослідження.....	26
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження психоемоційного стану батьків, які виховують дитину з РАС.....	28
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ БАТЬКАМ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА.....	39
3.1. Теоретичне обґрунтування та структура програми психологічної допомоги.....	39
3.2. Основні етапи, зміст та форми реалізації програми.....	42
3.3. Оцінка ефективності реалізації програми психологічної допомоги батькам дітей з РАС.....	56
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	89

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема розладів аутистичного спектра (РАС) у дітей посідає одне з провідних місць у сучасному науковому та практичному психологічному дискурсі. Упродовж останніх десятиліть спостерігається стійка тенденція до зростання кількості діагностованих випадків РАС у дітей, що актуалізує потребу не лише в корекційній та освітній роботі з самими дітьми, а й у системній психологічній підтримці їхніх батьків. Виховання дитини з РАС вимагає значних емоційних і ресурсних зусиль з боку батьків, які нерідко стикаються з тривалим стресом, тривожністю, почуттям провини, емоційним виснаженням, порушенням подружніх і соціальних стосунків.

Попри наявність окремих практик психологічного супроводу родин, основна увага наукової та професійної спільноти здебільшого зосереджується на терапії та розвитку дитини, тоді як психічне здоров'я батьків часто залишається поза полем уваги. Водночас численні дослідження свідчать, що психоемоційний стан батьків безпосередньо впливає на емоційний розвиток дитини, її поведінкові реакції та ефективність реабілітаційного процесу. Ефективна психологічна допомога батькам сприяє зниженню рівня тривожності, стресу, емоційного вигорання та підвищенню адаптаційного потенціалу сім'ї загалом.

Особливої актуальності набуває впровадження програм психологічної підтримки, орієнтованих на потреби батьків дітей з РАС, які враховують їхній психоемоційний стан, рівень стресу, життєві труднощі, а також потребу в соціальній взаємодії й фаховому супроводі. Саме цим зумовлений вибір теми дипломної роботи, яка спрямована на теоретичне обґрунтування й практичну реалізацію комплексного підходу до психологічної допомоги батькам дітей з РАС.

Об'єкт дослідження – психоемоційний стан батьків, які виховують дитину з розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження – особливості психологічної підтримки батьків дітей з РАС у контексті покращення їхнього психоемоційного стану.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити можливості психологічної допомоги батькам дітей з РАС і розробити програму психологічної підтримки з урахуванням їхніх потреб і психоемоційного стану.

Відповідно до поставленої мети були визначені такі **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектра.
2. Визначити вплив виховання дитини з РАС на психоемоційний стан, адаптаційні можливості та життєве функціонування батьків.
3. Розглянути сучасні підходи, напрями та етапи психологічної допомоги батькам, які виховують дитину з РАС.
4. Провести емпіричне дослідження психоемоційного стану батьків дітей з РАС.
5. Розробити програму психологічної допомоги батькам дітей з РАС з урахуванням отриманих результатів дослідження.
6. Апробувати програму психологічної допомоги та оцінити її ефективність на основі порівняльного аналізу емпіричних даних.

Методи дослідження.

– *теоретичні*: аналіз наукових джерел, систематизація, узагальнення результатів дослідження;

– *емпіричні*: Шкала депресії, тривожності та стресу DASS-21; Шкала емоційного вигорання В.В. Бойка; Методика «САН» (Самопочуття – Активність – Настрій);

– *методи математичної обробки даних* – t-критерій Стьюдента для визначення статистичної значущості змін.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження проводилося на базі громадської організації «Центр психологічного добробуту «Конфіденс» (м. Київ), яка здійснює психологічну підтримку родин, що виховують дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з розладами

аутистичного спектра. У дослідженні взяли участь 30 батьків (25 матерів і 5 батьків), які виховують дітей з діагнозом РАС віком від 3 до 12 років.

Наукова новизна роботи полягає у визначенні специфічних психологічних потреб батьків дітей з РАС та емпіричному обґрунтуванні ефективності авторської програми психологічної допомоги з метою зменшення психоемоційного напруження та покращення адаптивного функціонування.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про вплив виховання дитини з РАС на психоемоційний стан батьків, а також у систематизації підходів до психологічної підтримки батьків як цільової групи в контексті сімейної психокорекції.

Практичне значення результатів дослідження полягає у можливості використання запропонованої програми психологічної допомоги в діяльності практичних психологів, фахівців центрів підтримки родин, психотерапевтів і педагогів, що працюють із сім'ями, у яких виховується дитина з РАС.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 51 найменування, додатків на 27 сторінках. Основний зміст роботи викладений на 80 сторінках і містить 17 таблиць. Загальний обсяг роботи 116 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ БАТЬКАМ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

1.1. Психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектра: теоретичний огляд

Аутизм, або розлад аутистичного спектра (РАС; розлад спектру аутизму, РСА), належить до категорії нейророзвиткових комплексних порушень, що охоплюють широкий діапазон проявів і форм. Його виникнення зумовлене вродженими відхиленнями у структурі та функціонуванні нервової системи, які визначають специфічність психічних процесів та спричиняють значні труднощі у мовленнєвій діяльності, комунікації, соціальній взаємодії та поведінкових реакціях. Для осіб із РАС характерною є підвищена сенсорна чутливість, що часто призводить до станів перезбудження та формування стереотипних форм поведінки. Такі особи схильні до відокремлення від соціального середовища та зосередження на власному внутрішньому світі. Водночас клінічні прояви аутизму є надзвичайно різноманітними: вони відрізняються за характером, ступенем інтенсивності та динамікою перебігу в процесі розвитку [6].

Розлади аутистичного спектра були вперше описані ще у 40-х роках ХХ століття. Водночас до початку 1990-х років уявлення про природу цього феномена залишалися вкрай обмеженими, а протягом перших трьох десятиліть після його відкриття – здебільшого хибними. У той період, відповідно до домінуючої психоаналітичної парадигми, аутизм трактувався як наслідок емоційного відкидання дитини чи недостатнього тепла у ставленні з боку батьків.

Слід підкреслити, що на сучасному етапі розлад аутистичного спектра (РАС) розглядається як актуальна соціальна й наукова проблема, яка зумовлює зростання рівня обізнаності не лише серед науковців, а й у широкій громадськості [51]. Ще донедавна вважалося, що поширеність аутизму є

незначною і становить приблизно один випадок на сто дітей [50]. Проте нині в Україні спостерігається щорічне зростання кількості дітей із діагнозом «аутизм» майже на 30%. За даними ВООЗ, станом на 2017 рік в Україні було зареєстровано 7491 дитину з РАС, тоді як у 2024 році ця цифра сягнула 20 936. Водночас вважати ці дані остаточними чи цілком достовірними було б передчасно. Таке суттєве зростання кількості випадків пояснюється насамперед тим, що реальна поширеність РАС в Україні тривалий час залишалася невідомою через відсутність епідеміологічних досліджень [8]. До 2006 року подібним дітям здебільшого встановлювали діагнози «розумова відсталість» або «затримка мовленнєвого розвитку». Лише після впровадження уніфікованого протоколу в діагностичній практиці почали використовувати визначення «дитячий аутизм». При цьому до 2014 року діагноз нерідко виставлявся без проведення повноцінної диференційної діагностики.

Лише в останні десятиліття, завдяки нейробиологічним дослідженням, було достовірно встановлено, що аутизм має спадкове походження, зумовлене впливом генетичних чинників, а також органічних уражень центральної нервової системи (ЦНС). Ключову роль у розвитку цього розладу відіграє формування «атипового» мозку, для якого характерні специфічні механізми сприйняття та обробки інформації, зокрема соціальної. Саме ця особливість є визначальним фактором труднощів осіб з аутизмом у сфері соціальної взаємодії та комунікації [17].

Діагноз розладу спектра аутизму (РСА) може бути встановлений виключно лікарем-психіатром на підставі визначених діагностичних критеріїв. Це передбачає проведення клінічного спостереження та комплексний аналіз результатів, отриманих у процесі генетичних і нейробиологічних досліджень, з урахуванням положень Міжнародної статистичної класифікації хвороб 11-го перегляду [13] та Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів [25]. Уведення терміна «розлади аутистичного спектра» відображає сучасний науковий підхід, відповідно до якого РАС розглядаються як група порушень зі спільними клінічними характеристиками, але різною етіологією. Зростаюча

кількість досліджень підтверджує, що ключовим чинником розвитку РАС є генетична детермінованість [25; 47; 49]. Згідно з критеріями DSM-5, аутизм трактується як вроджений стан: спадкові фактори визначають приблизно 80–90% ризику, тоді як вплив середовищних чинників, зокрема недоношеності чи внутрішньоутробної гіпоксії, становить лише близько 10% у формуванні розладу [51].

На необхідності всебічного та ретельного обстеження дітей з аутизмом наголошує відомий український науковець, професор А. П. Чуприков, який здійснив ґрунтовний аналіз досліджень, присвячених етіології, патогенезу та специфіці психічного розвитку дітей із розладами спектра аутизму. На основі цього він підкреслює різноманітність природи та клінічних проявів РАС, які зовні формують уявлення про «єдиний фасад» аутизму. Водночас для коректної діагностики необхідним є використання комплексу методів, що включає психологічне тестування, психопатологічний аналіз, генетичні дослідження, електроенцефалографію (зокрема моніторинг ЕЕГ під час нічного сну) та магнітно-резонансну томографію (МРТ) [22].

У осіб з аутизмом виявляються структурні аномалії у лобових відділах кори головного мозку, гіпокампі, медіальній скроневій ділянці, а також у мозочку, який, як правило, має зменшені розміри. Вважається, що саме ці нейроморфологічні зміни зумовлюють труднощі з оперативним переключенням уваги та сприяють формуванню стереотипних рухових патернів [29; 41].

Результати досліджень електроенцефалографії (ЕЕГ) свідчать про наявність змін, що впливають на функціонування процесів пам'яті, вибірковість та спрямованість уваги. Це, у свою чергу, може зумовлювати порушення вербального мислення й утруднювати цілеспрямоване використання мовлення, що частково пояснює характерні когнітивні та поведінкові особливості осіб з аутизмом [38].

Як зазначає J. M. Seigel [46], однією з характерних особливостей розладів аутистичного спектра є висока поширеність порушень сну, що відрізняє дітей з аутизмом від дітей з іншими психічними чи поведінковими порушеннями.

Типовими проявами є труднощі із засинанням, часті нічні пробудження, знижена загальна тривалість сну та занепокоєність під час його перебігу. Подібні розлади корелюють із підвищеним рівнем тривожності, дефіцитом уваги, імпульсивністю та дезадаптивними формами поведінки [48] і можуть виступати джерелом значного стресу для сімей, які виховують дитину з РАС [42].

Більш часті нічні пробудження, зафіксовані у дослідженнях, характерні для дітей із показником інтелектуального коефіцієнта (IQ) нижче 70 балів. Батьки зазвичай починають помічати труднощі зі сном у дітей у віці 2–3 років; у подальшому, до 8-річного віку, ці проблеми набувають стійкішого характеру й нерідко зберігаються в дорослому віці [32].

До типових скарг належать: опір укладанню спати (54%), труднощі ініціації та підтримки сну (56%), прояви парасомній (53%), проблеми з ранковим пробудженням (45%), надмірна денна сонливість (31%) та порушення дихання уві сні (25%) [42]. Крім цього, у дітей із РАС часто формуються незвичайні ритуали, пов'язані з процесом засинання [35]. Серед них – потреба у фізичному контакті з батьками перед сном, вимога їхньої присутності біля ліжка, прагнення синхронного відходу до сну всієї родини чи навіть необхідність виконання певних дій (наприклад, особливого способу зашторювання вікон). Порушення таких ритуалів зазвичай супроводжується вираженими афективними реакціями.

Характерною рисою дітей із РАС є низька адаптивність до змін у рутинних умовах сну – навіть незначні зміни місця, інтер'єру чи процедури засинання можуть викликати сильний дистрес. Як відзначає А. L. Richdale та співавтори [42], проблеми зі сном у дітей з аутизмом часто супроводжуються підвищеною денними гіперактивністю, що, своєю чергою, призводить до посилення емоційної лабільності, зростання рівня смутку та гніву, а також до погіршення концентрації уваги.

Узагальнюючи спостереження науковців та практиків, можна виокремити низку характерних симптомів, властивих дітям із розладами спектра аутизму (РАС):

1. Стереотипні рухи руками. Діти нерідко здійснюють повторювані маніпуляції пальцями або виконують ритуалізовані дії руками.

2. Хода навшпиньках. Така особливість може спостерігатися не лише у дітей раннього віку, але й у старших – навіть у підлітків чи дорослих.

3. Погойдування та аутостимуляція. Часті рухи вперед-назад використовуються дитиною як спосіб самозаспокоєння. При цьому відсутнє усвідомлення небезпеки: можливі удари головою об підлогу, двері, віконне скло тощо.

4. Гіперчутливість до сенсорних стимулів. Надмірна реактивність проявляється у відповідь на гучні звуки, кольорові контрасти, запахи. Подібні стани нерідко нагадують істерику, проте насправді є неконтрольованим збудженням нервової системи через надлишкову сенсорну стимуляцію. На відміну від нормотипових дітей, у яких подібні афекти швидко минають після задоволення потреби, у дітей із РАС перезбудження може тривати годинами.

5. Ізольованість у грі. Такі діти схильні до самотійних ігор, наприклад до тривалих маніпуляцій із водою (переливання з посудини в посудину), що можуть тривати значно довше, ніж у дітей без розладу.

6. Агресія та аутоагресія. Неконтрольовані спалахи агресивної поведінки часто виникають унаслідок надмірної стимуляції або біологічних нейронних імпульсів. Вони проявляються як у міжособистісних контактах, так і у формі самоушкоджень, що значно ускладнює соціальну взаємодію.

7. Відсутність реакції на звернення. Часто складається враження порушення слуху, оскільки дитина не реагує на прохання чи спроби дорослих залучити її до гри, не відповідає на звертання або пропозиції.

8. Уникання зорового контакту. Дитина свідомо відводить погляд, уникаючи прямого контакту очей, що спричиняє труднощі у спілкуванні.

9. Порушення мовленнєвого розвитку. Спостерігається затримка у формуванні мовлення: у 2–3 роки діти можуть вживати лише кілька слів, у 4–5 років – з труднощами формують прості речення. Часто наявна ехолалія, коли фрази багаторазово повторюються («зупинись, зупинись, зупинись»).

10. Сенсорна перебірливість у харчуванні та дотикових відчуттях. Вона зумовлює відмову від певних продуктів, їх консистенцій чи комбінацій навіть за умов голоду. Неприємні тактильні стимули (етикетки на одязі, текстура тканини, шнурівка взуття) викликають роздратування та стереотипні реакції. Часто формуються своєрідні «прив'язаності» – наприклад, вимога носити певний одяг, навіть якщо він уже замалий, або використовувати одяг навиворіт через подразнення від швів.

Усі ці симптоми демонструють складність сенсорної інтеграції у дітей з РАС і пояснюють специфічні особливості їхньої поведінки та соціальної взаємодії.

Узагальнюючи результати теоретичного аналізу, можна стверджувати, що розлади аутистичного спектра належать до складних нейророзвиткових порушень із багатофакторною природою та різноманітними клінічними проявами. Аутизм має спадкове походження та зумовлений генетичними і нейробиологічними чинниками, які формують «атипову» організацію мозку, що, своєю чергою, визначає специфіку когнітивних, мовленнєвих і соціально-поведінкових особливостей дітей із РАС.

Сучасний науковий підхід відкидає попередні психоаналітичні уявлення про аутизм як наслідок емоційного відкидання, натомість визнаючи провідну роль генетичних детермінант та органічних уражень центральної нервової системи. Дослідження підтверджують, що в осіб з РАС виявляються структурні й функціональні аномалії мозку, що впливають на увагу, пам'ять, мовлення та поведінку. Важливим діагностичним критерієм є також характерні соматичні та поведінкові прояви, серед яких – стереотипні рухи, сенсорна гіперчутливість, ізольованість у грі, труднощі мовленнєвого розвитку, агресивні або аутоагресивні реакції, а також виражені проблеми зі сном.

Таким чином, психологічні особливості дітей із РАС відзначаються високим ступенем варіативності та складністю, що обумовлює необхідність ретельної диференційної діагностики й комплексного підходу до вивчення цього феномену. З огляду на зростання поширеності аутизму, вивчення його

психологічних особливостей набуває особливого значення як для наукових досліджень, так і для практики надання кваліфікованої психологічної та педагогічної допомоги.

1.2. Виховання дитини з РАС як чинник впливу на психоемоційний стан та функціонування батьків

Проблематика розладів аутистичного спектра (РАС) в Україні ще не отримала належного суспільного висвітлення й обговорення, на відміну від багатьох зарубіжних країн, де ця тема стала предметом активного наукового та соціального дискурсу. Попри зростання кількості випадків встановлення діагнозу «розлад аутистичного спектра», достовірні статистичні дані, особливості клінічних проявів та специфіка соціальних труднощів залишаються маловідомими для широкого загалу. Найбільш обізнаними є лише ті родини, які безпосередньо виховують дитину з РАС. Водночас саме поінформованість про особливості розвитку таких дітей, їхні потреби та проблеми батьків, що постають перед необхідністю щоденного подолання значних емоційних і соціальних викликів, набуває особливої актуальності. Хоча сучасні інформаційні ресурси надають можливість отримати базові відомості про симптоматику та прояви аутизму, у суспільстві все ще переважає стереотипне уявлення про «інакшість» дітей із РАС, що провокує маргіналізацію як самих дітей, так і їхніх батьків.

Наслідком цього стає формування у сімей відчуття ізольованості та соціальної відторгнутості, що безпосередньо позначається на їхньому психоемоційному стані. Батьки, стикаючись із нерозумінням та неприйняттям з боку оточення, часто вимушені замикатися у власному світі переживань і страждань, що поглиблює їхню психологічну вразливість та ускладнює виконання виховних функцій. Таким чином, виховання дитини з РАС стає не лише щоденним випробуванням, а й чинником, що суттєво впливає на психоемоційне благополуччя та соціальне функціонування батьків.

В останні роки все більшої актуальності набуває дослідження психологічного стану батьків дітей з особливими освітніми потребами, зокрема дітей з інвалідністю, оскільки саме вони виступають ключовою ланкою у процесі інклюзивної освіти та реабілітації. У вітчизняній науковій літературі цю проблему висвітлювали З. Борисенко [1], О. В. Кротенко [10], С. В. Карсканова [7], С. Михальська [12], І. Сухіна [18], О. В. Царькова [20; 21; 9], які підкреслювали важливість цілеспрямованого психологічного супроводу батьків, необхідність надання підтримки та допомоги у процесі прийняття факту «особливості» дитини. Дослідження зарубіжних авторів (J. Goddard, R. Lehr, J. Lapadat [31]) зосереджувалися на вивченні особливостей поведінки батьків дітей з інвалідністю, їхнього світогляду, почуття обмеженості у соціальному просторі та переживання особистісної нереалізованості. Ці науковці обґрунтували потребу у використанні психотерапевтичних підходів для зниження деструктивних емоційних станів у даної категорії батьків. Важливим напрямом досліджень стали також праці А. Gupta та N. Singhal, які акцентували увагу на зв'язку між рівнем батьківського стресу та особливостями виховання і розвитку дітей з аутизмом, що актуалізує необхідність своєчасної і кваліфікованої психологічної допомоги батькам.

Значний внесок у вивчення цієї проблематики зробив Г. Кукураза, який розробив психологічну модель раннього втручання для сімей, що виховують дітей з РАС. У своїх дослідженнях він представив результати оцінки ефективності даної моделі та виокремив особливості захисно-копінгової поведінки батьків, на основі чого були визначені типи дитячо-батьківських відносин і запропоновані критерії оцінки їх якості [11]. Таким чином, як вітчизняні, так і зарубіжні дослідження доводять необхідність системної психологічної підтримки батьків дітей з РАС, оскільки саме їхній психоемоційний стан та адаптивний потенціал суттєво впливають як на якість сімейного функціонування, так і на динаміку розвитку дитини.

В умовах модернізації освітньої сфери особливого значення набуває сім'я як базова ланка у процесі розвитку й навчання дітей з особливими освітніми

потребами. Саме батьки дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) стикаються з низкою специфічних труднощів, що суттєво позначаються як на їхньому психоемоційному стані, так і на загальному функціонуванні родини. До найбільш актуальних проблем, які визначають специфіку батьківського досвіду у таких сім'ях, належать:

- соціально-побутова непристосованість дитини;
- неадекватна поведінка дитини у громадських місцях (зацикленість і стереотипність рухів, агресія, аутоагресія, страхи);
- звуження кола спілкування родини;
- неможливість влаштувати дитину у дитячий садок і вийти на роботу;
- відсутність у батьків необхідної інформації щодо особливостей розвитку дитини;
- відсутність у батьків навичок взаємодії з дитиною з РАС;
- необхідність батьків у відпочинку;
- страх за майбутнє дитини.

Аналіз наукових джерел свідчить, що переживання сімейного стресу, пов'язаного з наявністю у дитини розладу аутистичного спектра, має динамічний характер і проходить кілька послідовних етапів: афективний (гострий), гностичний та поведінковий. Тривалість перебування на кожному з них визначається низкою чинників, серед яких – ступінь вираженості патологічних проявів у дитини, специфіка міжособистісних відносин у сім'ї, а також особливості захисно-адаптивних механізмів батьків [39]. Афективний етап, що розпочинається переважно після встановлення медичного діагнозу та рекомендації оформлення інвалідності, характеризується гострими емоційними реакціями батьків і родичів, які супроводжуються відчуттям безпорадності, розгубленості та відчаю. Саме на цьому етапі нерідко виникає стійке відчуття провини, втрата впевненості у власних ресурсах та сумніви щодо майбутнього як дитини, так і сім'ї загалом. Особистісні характеристики батьків і механізми

психологічного захисту значною мірою зумовлюють спосіб подолання кризової ситуації та швидкість переходу до наступних стадій стресового переживання.

Почуття провини, що виникає у батьків після постановки діагнозу дитині з розладами аутистичного спектра, нерідко трансформується у пошук причин, які могли б зменшити інтенсивність внутрішнього емоційного напруження. У цьому процесі батьки часто схильні звинувачувати себе або інших членів родини у виникненні розладу. Практика свідчить, що саме на цьому етапі надзвичайно важливим є досягнення узгодженості у діях між батьками та іншими членами сім'ї, оскільки розбіжності можуть посилювати деструктивні переживання. Подальший, гностичний етап характеризується поступовою переоцінкою проблеми та пошуком можливих шляхів її вирішення. Батьки починають активно шукати ресурси серед найближчого оточення – отримують підтримку від спеціалістів, родичів, друзів, а також оцінюють власні можливості у подоланні труднощів. На цьому етапі робота психолога набуває особливого значення: його увага має бути спрямована на аналіз специфіки та інтенсивності емоційного стресу, насамперед у матері, що може проявлятися у підвищеній дратівливості, спрямованій як на чоловіка, так і на інших членів родини чи навіть на фахівців, які залучені до процесу допомоги дитині.

На завершальному етапі переживання сімейного стресу у батьків формується більш визначена та послідовна позиція щодо особливостей розвитку їхньої дитини. Цей період характеризується переходом до поведінкової стадії, коли батьки починають свідомо вибудовувати як короткострокові, так і довгострокові завдання, спрямовані на підтримку й розвиток дитини. Якщо тактичні дії здебільшого стосуються організації повсякденного життя та вирішення нагальних проблем, то стратегічні орієнтири для більшості батьків пов'язані з підготовкою дитини до включення у соціальне середовище та до навчання у шкільному закладі.

Психологічні особливості дитини з порушеннями розвитку та значне емоційне навантаження, яке переживають члени сім'ї внаслідок постійного впливу стресових чинників, спричиняють деформацію внутрішньосімейних

відносин і ускладнюють взаємодію з оточенням. Поряд із так званими «нормативними стресорами», характерними для будь-якої родини, у таких сім'ях виникає комплекс специфічних труднощів, що зумовлюють несприятливі трансформації в сімейній системі.

У спеціальних дослідженнях J. Holroyd та D. MacArthur, присвячених вивченню психологічного функціонування сімей, які виховують дітей з особливими потребами, встановлено, що рівень хронічного стресу в матерів дітей з аутизмом суттєво перевищує аналогічні показники у матерів дітей з інтелектуальними порушеннями. Наявні також дані, що підтверджують вищу схильність матерів аутичних дітей до фрустрованості у порівнянні з матерями дітей із синдромом Дауна. Для цієї категорії жінок характерними є прояви депресивних станів, підвищена дратівливість та емоційне виснаження, що значною мірою зумовлені незадоволеністю якістю взаємодії з «особливою» дитиною [34].

Діти з розладами аутистичного спектра часто є першими, а подекуди й єдиними дітьми в сім'ї. Їхнє виховання відбувається в умовах відсутності у батьків попереднього досвіду догляду та розвитку дитини, що ускладнює своєчасне розпізнавання психічних порушень. Як правило, батьки не звертають уваги на відхилення доти, доки дитина не досягає віку, коли виникає потреба в активнішій соціалізації. Критичним у цьому контексті стає третій рік життя, адже саме тоді батьки або усвідомлюють серйозність раніше недооцінених труднощів, або їхні розпорошені побоювання набувають конкретного вираження у вигляді підозри на порушення розвитку, що докорінно змінює попереднє уявлення про добробут і перспективи. У більшості випадків батьки залишаються дезорієнтованими, не маючи інформації про можливі шляхи допомоги та відповідні установи, куди можна звернутися. Важливим джерелом стресу для сім'ї виявляється й відсутність достатньої кількості спеціалізованих освітніх закладів, здатних надати якісну підтримку та сприяти розвитку дитини з аутизмом.

Важливим додатковим чинником стресу для сімей, які виховують дитину з РАС, виступає нестача матеріальних ресурсів, необхідних для забезпечення тривалого та вартісного лікування. Фінансове навантаження посилюється тим, що один із батьків зазвичай змушений відмовитися від професійної діяльності, аби здійснювати постійний догляд за дитиною. Ситуацію ускладнюють і специфічні особливості прив'язаності дітей з аутизмом, яка може проявлятися як у байдужості до присутності чи відсутності дорослого, так і у патологічній симбіотичній залежності [16]. У другому випадку фактично неможливим стає навіть короткочасне розлучення з батьком чи матір'ю, що створює додаткову напругу у сімейних стосунках. Така динаміка взаємодії нерідко призводить до деформації дитячо-батьківських відносин: батько чи мати опиняються у позиції залежності від потреб дитини, що з часом може виявлятися або в надмірно опікунському, гіперцінному ставленні, або ж, навпаки, у тенденції до відкидання та інфантилізації дитини [4].

Аналіз наукових джерел дає підстави стверджувати, що становище сім'ї, яка виховує дитину з психічними порушеннями, зокрема з розладом аутистичного спектра, часто можна охарактеризувати як своєрідний «глухий кут» внутрішнього (психологічного) та зовнішнього (соціального) вимірів. Такі трансформації проявляються на кількох рівнях – психологічному, соціальному та соматичному, охоплюючи як емоційне благополуччя членів родини, так і їхнє повсякденне функціонування. Одним із найпотужніших стресорів для батьків стає усвідомлення факту діагнозу «аутизм», що часто сприймається як життєва трагедія, яка докорінно змінює уявлення про майбутнє. Поява в сім'ї «особливої» дитини стає сильним психоемоційним потрясінням, передусім для матері, на яку припадає основний тягар турботи. Додатковим ускладнюючим чинником є відчуття розгубленості та дефіциту комплексної професійної підтримки, що зумовлює пролонгований характер переживаного стресу [5].

Практика показує, що у більшості сімей чоловік традиційно виконує функцію забезпечення матеріального добробуту, тому внаслідок зайнятості на роботі він проводить менше часу з дітьми. Народження дитини з особливими

потребами, зокрема з РАС, меншою мірою змінює його життєвий стиль та соціальні зв'язки, на відміну від дружини, чия повсякденність зазнає істотних трансформацій. У цьому контексті психіка батька зазвичай не зазнає настільки інтенсивного травмуючого впливу, як психіка матері, яка бере на себе основний тягар виховання та догляду. Подібні характеристики розподілу сімейних ролей вважаються типовими. Водночас сучасні дослідження зарубіжних авторів (Т. Keller, J. Ramisch, M. Carolan) наголошують, що емоційні та соціальні труднощі притаманні не лише матерям, але й батькам, які також страждають від сімейної ізоляції та потребують професійної підтримки [36]. При цьому інші дослідники (V. Braunstein, N. Peniston, A. Perelman, A. Cassano) підкреслюють, що роль батька у процесі виховання дітей з РАС досі залишається недостатньо вивченою та потребує глибшого наукового аналізу [26].

Емоційний тиск, що виникає у жінки внаслідок виховання дитини з аутизмом, є значно інтенсивнішим і тривалішим порівняно з іншими членами сім'ї. Відчуття власної неспроможності реалізувати себе у ролі «успішної матері» зумовлює стан постійної фрустрації та підсилює переживання провини. У науковій літературі, як вітчизняній, так і зарубіжній, питання дитячо-батьківських відносин у випадках наявності в дитини РАС найчастіше розглядається крізь призму трансформацій і деформацій особистості матері, що стикається з феноменом «особливого» материнства. Дослідження зарубіжних авторів (J.R. Rodrigue, S.B. Morgan, G. Geffken) акцентують на тому, що така ситуація порушує традиційно очікувану соціальну роль матері, яка вимушена долати численні труднощі, пов'язані з контролем патологічних проявів РАС. Водночас специфічна поведінка дитини нерідко не узгоджується з очікуваннями соціуму і може трактуватися оточенням як ознака неспроможності жінки відповідати материнській ролі в належному соціокультурному вимірі [44]. Зарубіжні науковці наголошують, що найбільш виражений негативний вплив присутність дитини з розладами аутистичного спектра справляє на систему сімейних взаємин. Постійний стрес, пов'язаний із доглядом та вихованням такої дитини, чинить деформуючий вплив на подружні стосунки, що виявляється у

зростанні конфліктності, емоційній напруженості та дисгармонійності у подружньому житті [27]. У подібних сім'ях нерідко формується виразна ієрархія цінностей, у якій домінуюче місце посідає проблема дитини, тоді як інтимно-сексуальні та соціальні аспекти подружніх відносин відсуваються на другий план або повністю ігноруються. Водночас, у науковому дискурсі простежуються й альтернативні підходи: окремі іноземні дослідники вказують на наявність протилежних тенденцій, що свідчить про складність і неоднозначність впливу виховання дитини з РАС на подружні стосунки [30].

Аналізуючи напрацювання К. Островської, можна підтвердити отримані нею результати, які демонструють відмінності у стилях виховання матерів щодо здорових дітей та дітей із особливими потребами. Зокрема, дослідниця встановила, що стосовно здорових дітей переважає авторитетний стиль виховання, тоді як у випадку дітей із порушеннями розвитку частіше простежуються авторитарний та ліберальний стилі. Важливо зазначити, що матері виявляють вищі показники за такими шкалами, як гіперпротекція, потурання, недостатність вимог і обов'язків, нестійкість виховних стратегій, фобія втрати дитини, надмірна концентрація на ній, симбіотичні відносини та авторитарна гіперсоціалізація, ніж у ставленні до здорових дітей. Цікавим є висновок науковиці про те, що стосовно здорових дітей матері частіше демонструють вищі показники надмірності вимог та обов'язків, підвищеної суворості у застосуванні санкцій, а також більш оптимальний емоційний контакт, ніж у взаємодії з дітьми, які мають обмежені можливості. Отже, результати кореляційного аналізу експериментальних даних, проведеного К. Островською [14], свідчать про те, що специфіка батьківського ставлення до дітей із особливими потребами безпосередньо пов'язана з рівнем почуття провини матерів, яке проявляється як у формі ситуативного стану, так і як стійка особистісна риса.

Отже, виховання дитини з розладами аутистичного спектра є потужним чинником впливу на психоемоційний стан та функціонування батьків, що проявляється у багатовимірних змінах внутрішньосімейної динаміки, соціальних

відносин і особистісних переживань. Постійний стрес, пов'язаний із прийняттям діагнозу, доглядом та необхідністю адаптації до специфічних потреб дитини, зумовлює виникнення почуття провини, фрустрації та емоційного виснаження, особливо у матерів. Водночас батьківство у таких умовах супроводжується трансформацією ролей, деформуванням подружніх стосунків та обмеженням соціальних контактів. Зарубіжні й вітчизняні дослідження переконливо доводять, що ефективність сімейного функціонування та якість дитячо-батьківських відносин у сім'ях із дітьми з РАС безпосередньо залежать від рівня психологічної підтримки, доступу до спеціалізованих освітніх та медичних ресурсів, а також від здатності батьків долати стресові ситуації й формувати адаптивні стратегії. Таким чином, психоемоційний стан батьків постає ключовим чинником, що визначає як динаміку розвитку дитини, так і цілісність сімейної системи загалом.

1.3. Психологічна допомога батькам дітей з РАС: сучасні підходи, напрями й етапи супроводу

Проблема психологічної допомоги батькам дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) належить до ключових напрямів сучасної психокорекційної та психотерапевтичної практики, оскільки саме батьки виступають головними агентами розвитку дитини, визначаючи умови її соціалізації, виховання й адаптації. Сім'я, яка виховує дитину з аутизмом, зазнає потужного психоемоційного навантаження, що проявляється у хронічному стресі, почутті провини, тривожності, соціальній ізоляції та фінансових труднощах [4]. Психологічний супровід у цьому контексті розглядається як багатовимірний процес, спрямований на підвищення адаптивного потенціалу батьків, зміцнення їхніх внутрішніх ресурсів і розвиток конструктивних стратегій взаємодії з дитиною [1].

Сучасна практика психологічної допомоги ґрунтується на міждисциплінарному підході, що поєднує клінічну психологію, психотерапію,

педагогіку, соціальну роботу й нейропсихологію. Науковці та практики підкреслюють, що ефективність психологічного супроводу залежить від інтеграції трьох ключових компонентів: емоційно-підтримувального, когнітивно-інформаційного та поведінково-тренінгового [3]. Перший компонент орієнтований на зниження рівня емоційної напруги, опрацювання травматичних переживань, прийняття дитини та відновлення внутрішньої рівноваги. Другий передбачає забезпечення батьків науково обґрунтованими знаннями про РАС, його прояви, перспективи розвитку дитини, а також про ефективні методи виховання й корекції. Третій акцентує увагу на формуванні практичних навичок взаємодії з дитиною, організації середовища, розвитку комунікації та поведінкової регуляції.

З огляду на потребу комплексності підходу, у світовій практиці сформувалися різні моделі психологічної допомоги. Умовно їх можна поділити на три групи: індивідуально-орієнтовані (психотерапія для батьків), сімейно-орієнтовані (системна сімейна терапія, тренінги ефективного батьківства) та групово-орієнтовані (психологічні групи підтримки, навчально-тренінгові програми для батьків). При цьому особливе значення надається поєднанню цих моделей залежно від рівня стресу в родині, віку дитини та стадії прийняття діагнозу. У зарубіжній літературі [45; 24; 40; 28] описані успішні практики мультикомпонентних програм, що включають консультації з психологом, групові тренінги, когнітивно-поведінкову терапію для батьків та індивідуальну роботу з дитиною.

З огляду на різноманіття завдань, які постають у процесі психологічного супроводу батьків дітей із РАС, важливо структурувати основні вектори такої допомоги (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Основні напрями психологічної допомоги батькам дітей з РАС

Напрямок допомоги	Зміст роботи	Очікувані результати для батьків
Емоційно-підтримувальний	Індивідуальні консультації, психотерапевтичні бесіди, групи підтримки	Зниження тривожності, прийняття дитини, ресурсність
Когнітивно-інформаційний	Лекції, тренінги, поширення науково обґрунтованих знань про РАС	Усвідомлення особливостей дитини, розуміння перспектив
Поведінково-тренінговий	Навчання методам корекційної взаємодії, розвиток навичок комунікації та поведінкового контролю	Формування ефективних стратегій виховання
Сімейно-системний	Сімейна терапія, робота з подружніми стосунками, корекція дисфункціональних патернів взаємодії	Зменшення конфліктності, підвищення згуртованості родини
Соціально-ресурсний	Залучення соціальних служб, консультації щодо освітніх і медичних ресурсів	Розширення можливостей соціальної інтеграції

Джерело: побудовано автором на основі [15; 37]

Як видно з табл. 1.1, кожен із напрямів психологічної допомоги виконує свою специфічну функцію: емоційно-підтримувальний аспект зменшує рівень стресу та допомагає батькам прийняти діагноз, когнітивно-інформаційний забезпечує доступ до достовірних знань, поведінково-тренінговий формує практичні навички взаємодії з дитиною, сімейно-системний сприяє гармонізації внутрішньосімейних відносин, тоді як соціально-ресурсний відкриває нові можливості для інтеграції родини у суспільство. Разом вони утворюють цілісну модель підтримки, яка дозволяє послідовно й системно підвищувати

адаптаційний потенціал батьків. Водночас ефективність реалізації цих напрямів значною мірою залежить від їх логічного поєднання у часі, що обумовлює потребу розглядати допомогу не як ізольовані заходи, а як поетапний процес.

У науковій літературі дедалі частіше підкреслюється необхідність розгляду психологічної допомоги не лише як корекційного втручання, але й як процесу довготривалого супроводу, що відбувається у кілька послідовних етапів. На початковому етапі основним завданням є психологічна діагностика стану батьків і визначення рівня стресу, стадії прийняття діагнозу, особливостей подружніх і дитячо-батьківських відносин. Далі відбувається психоедукація – надання науково обґрунтованої інформації про аутизм, його прояви та методи корекції, що дозволяє батькам подолати інформаційний вакуум і знизити рівень тривожності. Наступним кроком є безпосередня психокорекційна робота, орієнтована на зменшення почуття провини, розвиток адаптивних копінг-стратегій, формування позитивної батьківської ідентичності. На заключному етапі супроводу важливим стає формування довготривалих стратегій підтримки та розвиток мережі соціальних контактів, які забезпечують родині відчуття включеності та стабільності. Систематизацію цієї логіки умовно представлено в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Етапи психологічного супроводу батьків дітей з РАС

Етап супроводу	Основні завдання	Методи та засоби
Діагностичний	Визначення рівня стресу, стадії прийняття діагнозу, особливостей сім'ї	Психодіагностика, інтерв'ю, опитувальники
Психоедукаційний	Надання знань про РАС, розвінчання міфів, підвищення поінформованості	Лекції, тренінги, консультації, роздаткові матеріали
Психокорекційний	Зниження почуття провини, розвиток копінг-стратегій, корекція відносин	Індивідуальна терапія, групи підтримки, сімейна терапія, когнітивно-поведінкова

Продовження таблиці 1.2

Супровідно-ресурсний	Формування довготривалих стратегій підтримки, соціальна інтеграція	Залучення соціальних служб, групи взаємодопомоги, наставництво, супервізії
----------------------	--	--

Джерело: побудовано автором на основі [23]

Вітчизняні дослідження [23] свідчать, що батьки в Україні найчастіше потребують саме емоційно-підтримувального та інформаційного компонентів допомоги, оскільки для них характерним є стан тривалої невизначеності, відсутність чітких соціальних інструкцій і недостатність спеціалізованих ресурсів. Зарубіжні практики натомість наголошують на вагомій ролі поведінково-тренінгових програм, які формують у батьків реальні навички управління поведінкою дитини, що доведено знижує рівень сімейного стресу та покращує динаміку розвитку дітей з РАС. Таким чином, інтеграція кращих практик дозволяє говорити про необхідність комплексної моделі допомоги, у якій поєднуються психотерапія, психоедукація та соціальний супровід.

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що психологічна допомога батькам дітей з розладами аутистичного спектра є системним і поетапним процесом, спрямованим не лише на зниження емоційного напруження та подолання кризових переживань, але й на підвищення психологічної компетентності, розвиток конструктивних стратегій взаємодії та забезпечення соціальної інтеграції родини. Вона потребує комплексного підходу, що враховує як індивідуальні особливості кожної сім'ї, так і соціокультурний контекст, у якому відбувається виховання дитини. Саме такий підхід створює передумови для гармонізації сімейних відносин і формування позитивних перспектив розвитку як для дитини з РАС, так і для її батьків.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ПОТРЕБ БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

2.1. Методологія, організація та етапи проведення дослідження

Емпіричне дослідження психоемоційного стану батьків, які виховують дітей з розладами аутистичного спектра, ґрунтувалося на засадах системного та діяльнісного підходів у психології. Методологічною основою роботи виступило положення про взаємозв'язок індивідуально-психологічних характеристик особистості з умовами її життєдіяльності та соціальними факторами. З огляду на те, що виховання дитини з особливими освітніми потребами є фактором високого психоемоційного навантаження, дослідження було спрямоване на виявлення рівня вираженості депресивних, тривожних і стресових станів, особливостей емоційного вигорання та функціонального стану батьків.

У дослідженні застосовувалися стандартизовані психодіагностичні методики, які відповідають критеріям валідності та надійності й широко використовуються у сучасній практичній та клінічній психології. Вибір інструментарію був зумовлений необхідністю комплексної оцінки як емоційних, так і психофізіологічних аспектів стану досліджуваних.

Організація дослідження передбачала поетапне здійснення низки процедур:

- підготовчий етап – визначення мети й завдань дослідження, відбір методичного інструментарію, розробка програми діагностики та корекційної програми;
- констатувальний етап – проведення первинного вимірювання психоемоційного стану батьків із використанням обраних методик, збір та узагальнення даних;

- формувальний етап – реалізація корекційної програми, спрямованої на зниження негативних психоемоційних станів, розвиток адаптаційних механізмів і підвищення психологічної стійкості;
- контрольний етап – повторне діагностичне обстеження для оцінки ефективності програми та виявлення змін у психоемоційному стані респондентів.

Кожен із зазначених етапів був логічно пов'язаний з попереднім та наступним, що забезпечило системність і послідовність дослідження. Таким чином, розроблена організаційна схема дала змогу простежити динаміку змін психоемоційного стану батьків під впливом корекційної роботи та забезпечити наукову обґрунтованість отриманих результатів.

2.2. Характеристика вибірки та методик дослідження

У дослідженні брали участь 30 батьків (25 матерів та 5 батьків), які виховують дітей з РАС. Вік дітей коливався у межах від 3 до 12 років, що охоплює критичні періоди дошкільного та молодшого шкільного віку, коли психоемоційне навантаження на батьків є особливо високим. Більшість учасників представляли родини, які перебувають у складних умовах тривалого психологічного та соціального стресу, зумовленого необхідністю постійного догляду за дитиною з особливими потребами, труднощами соціалізації та обмеженими можливостями отримання підтримки з боку державних і громадських структур.

Для діагностики психоемоційного стану було обрано три валідні психодіагностичні методики:

1. *Шкала депресії, тривожності та стресу DASS-21* [19] (Додаток А) використовується для визначення рівня вираженості трьох основних негативних емоційних станів: депресії, тривоги та стресу. Вперше її розробили у 1995 році психологи Петер та Сідней Ловібонди. Початкова версія включала 42

твердження, однак згодом з'явився скорочений варіант, який налічує 21 пункт. Ця методика охоплює три окремі шкали, кожна з яких містить по 7 запитань, спрямованих на виявлення специфічних емоційних проявів.

- Шкала депресії охоплює такі стани, як пригнічення, втрата сенсу життя, самознецінення, відсутність інтересу, нездатність відчувати задоволення (ангедонія) та млявість;
- Шкала тривоги вимірює фізіологічні ознаки збудження, напруження м'язів, відчуття тривоги в конкретних ситуаціях і загальне суб'єктивне занепокоєння;
- Шкала стресу дозволяє оцінити хронічне психоемоційне напруження, включно з труднощами у розслабленні, дратівливістю, імпульсивністю, підвищеною збудливістю та нетерплячістю.

Основна цінність DASS-21 в клінічних умовах полягає у визначенні джерела емоційних розладів в рамках більш широкого завдання клінічної оцінки.

2. Шкала емоційного вигорання В.В. Бойка (Додаток Б) призначена для оцінювання ступеня розвитку синдрому емоційного вигорання та визначення його вираженості на трьох основних етапах: напруження, резистенція та виснаження. Інструмент вирізняється структурованістю та дозволяє виявити як емоційні, так і психосоматичні аспекти вигорання.

Методика охоплює 84 твердження, згруповані у 12 симптомів, які входять до відповідних фаз. Фаза напруження охоплює прояви внутрішнього дискомфорту, тривожності, незадоволеності собою. Резистенція пов'язана із розвитком психологічних захисних реакцій – емоційного відсторонення, зниження залученості до професійної діяльності. Виснаження відображає стан глибокої емоційної та фізичної спустошеності, деперсоналізації, а також наявність психосоматичних порушень.

Обробка результатів передбачає підрахунок балів за кожним симптомом та фазою. Рівень сформованості симптомів визначається так: 0–9 балів – відсутній, 10–15 – на етапі формування, 16 і більше – сформований. Методика є надійним діагностичним інструментом для оцінювання ризику емоційного вигорання.

3. **Методика «САН» (Самопочуття – Активність – Настрій)** (Додаток В) призначена для оцінки поточного функціонального стану особи. Вона включає три шкали:

- самопочуття (С) – відображає загальне фізичне і психофізіологічне самовідчуття;
- ктивність (А) – визначає рівень енергії, бадьорості, мобілізації;
- настрої (Н) – характеризує емоційне тло, переважні переживання.

Оцінювання здійснюється за 30 парами прикметників, що виражають протилежні стани (наприклад, «бадьорий – млявий»). Респондент обирає позицію на 7-бальній шкалі, що відповідає його поточному стану. Підсумкові бали по кожній шкалі дозволяють визначити рівень (низький, знижений, помірний, високий) функціонального стану.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження психоемоційного стану батьків, які виховують дитину з РАС

Для виявлення особливостей психоемоційного стану батьків, які виховують дитину з розладами аутистичного спектра, було проведено дослідження із використанням методики «Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21». Ця методика дозволяє визначити рівень вираженості негативних емоційних станів та здійснити їх кількісну оцінку за трьома шкалами: депресія, тривога і стрес. Узагальні результати розраховувалися на основі сирих балів (Додаток Г) та подані у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Результати дослідження за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21» (констатувальний етап), n=30

Показник	Рівень	Кількість респондентів	
		n	%
Депресія	Нормальний	-	-
	Легкий	1	3,3

Продовження таблиці 2.1

	Помірний	6	20
	Важкий	15	50
	Дуже важкий	8	26,7
Тривога	Нормальний	-	-
	Легкий	2	6,7
	Помірний	4	13,3
	Важкий	8	26,7
	Дуже важкий	16	53,3
Стрес	Нормальний	1	3,3
	Легкий	1	3,3
	Помірний	2	6,8
	Важкий	13	43,3
	Дуже важкий	13	43,3

Аналіз даних за шкалою «депресія» свідчить, що нормальні показники у вибірці повністю відсутні. Лише 1 респондент (3,3%) продемонстрував легкий рівень депресивних симптомів, тоді як помірні прояви виявлено у 6 осіб (20,0%). Найчисельніша група – 15 учасників (50,0%) – характеризується важким рівнем депресії. Водночас ще 8 респондентів (26,7%) мають дуже важкі показники. Таким чином, можна стверджувати, що три чверті вибірки (76,7%) перебувають у зоні клінічно значущих проявів депресії, що свідчить про високу емоційну виснаженість та значні труднощі у сфері психологічного благополуччя.

За шкалою «тривога» результати ще більш виражені. Жоден із респондентів не мав нормальних показників, що підкреслює універсальність переживання тривоги серед батьків дітей із РАС. Лише 2 опитаних (6,7%) перебувають у межах легкого рівня, тоді як помірні прояви відзначено у 4 осіб (13,3%). У 8 учасників (26,7%) виявлено високий рівень тривоги, тоді як переважна більшість – 16 респондентів (53,3%) – мають дуже високий, тобто клінічно небезпечний рівень. Отже, сумарно 80,0% вибірки перебувають у категорії важкої та дуже важкої тривожності. Це свідчить про значний рівень

внутрішньої напруги, постійні переживання та схильність до гіперреактивності на стресові фактори, що суттєво ускладнює життєдіяльність і знижує адаптаційний потенціал.

Схожі тенденції спостерігаються за показниками стресу. Лише 1 респондент (3,3%) продемонстрував нормальний рівень, ще 1 (3,3%) – легкий, а 2 (6,8%) перебувають у зоні помірного стресу. У той же час значна частина вибірки – 13 осіб (43,3%) – має високий рівень стресу, і ще 13 (43,3%) – дуже високий рівень. У сумі це становить 86,6% респондентів, які перебувають у стані значного психоемоційного напруження, що може негативно позначатися як на їхньому психологічному самопочутті, так і на здатності ефективно виконувати батьківські функції.

Отримані результати дають підстави зробити висновок, що більшість батьків дітей з РАС перебувають у стані значного психоемоційного виснаження. Усі три шкали вказують на критично високі показники: відсутність нормальних рівнів депресії та тривожності, переважання важких і дуже важких проявів стресу.

У межах констатувального етапу дослідження психоемоційного стану батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектра, було застосовано методику «Шкала емоційного вигорання» В. В. Бойка. Ця методика дає змогу виявити особливості розвитку синдрому емоційного вигорання, простежити динаміку його формування та визначити ступінь вираженості окремих симптомів у трьох ключових фазах: напруги, резистенції та виснаження. Аналіз даних дозволяє не лише кількісно оцінити поширеність симптомів, а й розкрити специфіку їхнього прояву у групі досліджуваних. Отримані результати розраховано на основі сирих балів (Додаток Г) та подано у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати дослідження за методикою «Шкала емоційного вигорання» В.

В. Бойка (констатувальний етап), n=30

Фаза	Симптом	Показник виразності симптома					
		не сформований		у стадії формування		сформований	
		N	%	N	%	N	%
Напруга	Переживання психотравмуючих обставин	6	20	10	33,3	14	46,7
	Незадоволеність собою	11	36,7	9	30	10	33,3
	«Загнаність у клітку»	5	16,7	9	30	16	53,3
	Тривога та депресія	9	30	12	40	9	30
Резистенція	Неадекватне емоційне виборче реагування	9	30	10	33,3	11	36,7
	Емоційно-моральна дезорієнтація	9	30	17	56,7	4	13,3
	Розширення сфери економії емоцій	3	10	12	40	15	50
	Редукція професійних обов'язків	3	10	10	33,3	17	56,7
Виснаження	Емоційний дефіцит	6	20	10	33,3	14	46,7
	Емоційна відстороненість	4	13,3	20	66,7	6	20
	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	2	6,7	10	33,3	18	60
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	5	16,7	13	43,3	12	40

Результати, отримані за «Шкалою емоційного вигорання» В. В. Бойка, демонструють, що у батьків дітей із РАС наявні численні симптоми емоційного виснаження, які охоплюють усі три фази: напруги, резистенції та виснаження.

У фазі напруги простежується висока поширеність переживань психотравмуючих обставин: у 14 респондентів (46,7%) симптом уже сформований, ще у 10 осіб (33,3%) він перебуває у стадії формування, тоді як лише 6 учасників (20,0%) не виявляють його ознак. Симптом незадоволеності собою у сформованому вигляді проявляється у 10 осіб (33,3%), у стадії формування – у 9 учасників (30,0%), і відсутній у 11 респондентів (36,7%). Синдром «загнаності у клітку» найчастіше проявляється у завершеній формі – 16 осіб (53,3%), ще у 9 учасників (30,0%) він перебуває на етапі розвитку, і лише у 5 респондентів (16,7%) симптом відсутній. Тривога та депресія мають відносно збалансоване співвідношення: 9 осіб (30,0%) мають сформований симптом, 12 респондентів (40,0%) перебувають на стадії його формування, і ще у 9 учасників (30,0%) він не виявлений.

Фаза резистенції характеризується значним поширенням захисних реакцій. Так, симптом неадекватного емоційного виборчого реагування у сформованому вигляді виявлено у 11 осіб (36,7%), у стадії розвитку – у 10 учасників (33,3%), і відсутній у 9 респондентів (30,0%). Емоційно-моральна дезорієнтація найчастіше перебуває у стадії формування – 17 респондентів (56,7%), тоді як у 4 осіб (13,3%) симптом уже сформований, а у 9 учасників (30,0%) він відсутній. Симптом розширення сфери економії емоцій найбільш поширений у завершеній формі – 15 осіб (50,0%), ще у 12 респондентів (40,0%) він перебуває у процесі формування, тоді як лише у 3 учасників (10,0%) не виявлений. Подібна тенденція простежується і в редукції професійних обов'язків: у 17 осіб (56,7%) симптом уже сформований, у 10 учасників (33,3%) він розвивається, і лише у 3 респондентів (10,0%) відсутній.

Фаза виснаження виявилася найбільш загрозливою за масштабами поширеності симптомів. Емоційний дефіцит у сформованому вигляді виявлено у 14 респондентів (46,7%), ще у 10 осіб (33,3%) він перебуває у процесі

становлення, і лише у 6 учасників (20,0%) не проявився. Симптом емоційної відстороненості найчастіше зустрічається у стадії формування – 20 осіб (66,7%), тоді як у 6 респондентів (20,0%) він уже сформований, і лише у 4 учасників (13,3%) відсутній. Особистісна відстороненість (деперсоналізація) є одним із найбільш критичних симптомів: у 18 респондентів (60,0%) він сформований, у 10 осіб (33,3%) перебуває на стадії формування, і відсутній лише у 2 учасників (6,7%). Нарешті, психосоматичні та психовегетативні порушення у сформованій формі проявляються у 12 респондентів (40,0%), у стадії формування – у 13 учасників (43,3%), тоді як відсутні лише у 5 осіб (16,7%).

Для комплексної оцінки синдрому емоційного вигорання доцільним є не лише аналіз окремих симптомів, а й узагальнення результатів за основними фазами його розвитку. Такий підхід дозволяє простежити, наскільки поширеними є процеси напруження, формування захисних реакцій (резистенції) та емоційного виснаження серед досліджуваних батьків. Зведені дані щодо виразності фаз емоційного вигорання на констатувальному етапі подані у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл за фазами за методикою «Шкала емоційного вигорання» В.В.

Бойка (констатувальний етап), n=30

Фаза	Показник виразності фази					
	не сформована		у стадії формування		сформована	
	N	%	N	%	N	%
Напруга	1	3,3	17	56,7	12	40
Резистенція	1	3,3	17	56,7	12	40
Виснаження	-	-	13	43,3	17	56,7

Узагальнені результати, представлені у табл. 2.3, демонструють особливості розподілу респондентів за фазами емоційного вигорання.

Фаза «напруги» виявилася у більшості досліджуваних на середньому та високому рівнях. Зокрема, лише 1 респондент (3,3%) не має ознак сформованої

фази, тоді як у 17 осіб (56,7%) вона перебуває у стадії формування. Водночас у 12 учасників (40,0%) зафіксовано вже сформований стан напруги. Це свідчить про те, що майже всі батьки перебувають під впливом психотравмуючих обставин, які спричиняють тривожність, невдоволеність собою та відчуття «загнаності у клітку».

Аналогічні тенденції простежуються у фазі «резистенції». Відсутність симптомів спостерігається лише у 1 учасника (3,3%), тоді як у 17 респондентів (56,7%) фаза знаходиться у процесі становлення. У 12 осіб (40,0%) вона вже сформована, що свідчить про досить високий рівень використання захисних механізмів, таких як емоційне дистанціювання, зниження професійної чи соціальної активності, редукція обов'язків. У більшості досліджуваних це виражається у зниженні якості виконання батьківських функцій через емоційне виснаження.

Фаза «виснаження» є найбільш критичною. Жоден із респондентів не потрапив до категорії «не сформована», що підтверджує глибоку залученість більшості батьків у процес вигорання. У 13 осіб (43,3%) симптоми виснаження перебувають у стадії формування, тоді як у 17 респондентів (56,7%) вони вже досягли сформованого рівня. Це означає, що більше половини вибірки переживають стійкі ознаки емоційного дефіциту, відстороненості та навіть деперсоналізації, що супроводжується психосоматичними проявами.

Загалом, отримані результати підтверджують, що у вибірці батьків дітей із РАС емоційне вигорання має виражений і системний характер. Якщо фази напруги та резистенції у більшості ще перебувають у процесі становлення, то фаза виснаження у понад половини респондентів уже набула завершеної форми. Це свідчить про значне емоційне виснаження, яке потребує комплексної психокорекційної підтримки, спрямованої на зниження негативних переживань і відновлення внутрішніх ресурсів.

Для додаткового вивчення психоемоційного стану батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектра, було застосовано методику «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій)». Цей інструмент дає

змогу оцінити рівень функціонального стану респондентів за трьома базовими компонентами – фізичним самопочуттям, рівнем активності та емоційним настроєм. Результати констатувального етапу розраховано на основі сирих балів (Додаток Д) та наведено у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Результати дослідження за методикою «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій)» (констатувальний етап), n=30

Шкала	Рівень функціонального стану	Кількість респондентів	
		n	%
Самопочуття	Високий рівень	-	-
	Помірний рівень (норма)	3	10
	Знижений рівень	26	86,7
	Низький / критично знижений рівень	1	3,3
Активність	Високий рівень	-	-
	Помірний рівень (норма)	-	-
	Знижений рівень	28	93,3
	Низький / критично знижений рівень	2	6,7
Настрій	Високий рівень	-	-
	Помірний рівень (норма)	5	16,7
	Знижений рівень	25	83,3
	Низький / критично знижений рівень	-	-

Дані, представлені у таблиці, свідчать про значне зниження показників функціонального стану батьків дітей із РАС.

За шкалою самопочуття виявлено, що високий рівень відсутній у всіх респондентів. Лише 3 особи (10,0%) перебувають у межах норми (помірний рівень), тоді як переважна більшість – 26 респондентів (86,7%) – мають знижений рівень самопочуття, і ще 1 особа (3,3%) продемонструвала критично низькі показники. Це свідчить про домінування відчуття фізичного виснаження, частих скарг на погане самопочуття та відсутність енергетичних ресурсів.

Шкала активності демонструє ще більш виражені негативні тенденції. Жоден із респондентів не показав ані високого, ані помірного рівня. Абсолютна більшість – 28 осіб (93,3%) – мають знижений рівень активності, а ще 2 респонденти (6,7%) перебувають у зоні критично низьких показників. Це відображає значне падіння життєвої енергії, втрату ініціативності та труднощі з підтриманням оптимальної працездатності у повсякденному житті.

Результати за шкалою настрою свідчать про загальне емоційне неблагополуччя. Хоча 5 респондентів (16,7%) перебувають на помірному рівні, переважна більшість – 25 учасників (83,3%) – продемонстрували знижений рівень настрою. Водночас критично низькі показники у цій шкалі відсутні, що може вказувати на певний потенціал для відновлення емоційної сфери. Проте зниження настрою у понад 80% вибірки свідчить про схильність до пригніченості, втрати позитивних емоцій і домінування негативних переживань.

У цілому отримані результати констатувального етапу за методикою САН підтверджують, що батьки дітей із РАС перебувають у стані значного психоемоційного виснаження. Домінування знижених і критично низьких показників за шкалами самопочуття, активності та настрою відображає системне зниження їхнього функціонального стану, що створює додаткові ризики для психологічного та фізичного здоров'я.

Узагальнення результатів трьох застосованих діагностичних методик (DASS-21, «Шкала емоційного вигорання» В.В. Бойка та опитувальник САН) дозволяє дійти висновку, що психоемоційний стан батьків дітей із розладами аутистичного спектра на констатувальному етапі дослідження характеризується високим рівнем дезадаптації та значними проявами психологічного неблагополуччя.

По-перше, за результатами шкали депресії, тривоги та стресу (DASS-21) було виявлено відсутність нормальних рівнів депресії та тривоги у вибірці. Більшість респондентів (76,7%) продемонстрували клінічно значущі прояви депресивних симптомів, тоді як рівень тривожності у 80,0% учасників перебував у категорії «важкий» і «дуже важкий». Також у 86,6% батьків зафіксовано високі

та дуже високі показники стресу. Це свідчить про системну емоційну перевантаженість та низьку стресостійкість досліджуваних.

По-друге, застосування методики «Шкала емоційного вигорання» В.В. Бойка дало змогу деталізувати спектр симптомів у трьох фазах – напруги, резистенції та виснаження. Найбільш критичними виявилися прояви фази виснаження: у 56,7% респондентів вона досягла завершеної форми, а ще у 43,3% перебуває у стадії формування. Це означає, що всі учасники дослідження демонструють ті чи інші ознаки виснаження, серед яких – емоційна та особистісна відстороненість, деперсоналізація, а також психосоматичні порушення. Значна поширеність симптомів у фазах напруги та резистенції додатково підтверджує, що процес емоційного вигорання у батьків є системним і охоплює різні рівні психоемоційного функціонування.

По-третє, результати опитувальника САН (самопочуття, активність, настрої) показали переважання знижених і критично низьких рівнів функціонального стану. Так, у 86,7% респондентів відзначено знижене самопочуття, у 93,3% – знижену активність, а у 83,3% – знижений настрої. Відсутність високих рівнів за всіма шкалами підтверджує загальне фізичне та психоемоційне виснаження батьків, що ускладнює їхню здатність до повноцінної адаптації та виконання батьківських функцій.

Узагальнюючи, можна констатувати, що психоемоційний стан батьків дітей із РАС на констатувальному етапі характеризується:

- високими показниками депресії, тривоги та стресу;
- поширеністю симптомів емоційного вигорання на всіх етапах його формування, з домінуванням фази виснаження;
- значним зниженням функціонального стану за шкалами самопочуття, активності та настрою.

Отримані результати свідчать про системний характер психоемоційних труднощів цієї категорії батьків та обґрунтовують необхідність впровадження комплексної психокорекційної програми, спрямованої на зниження рівня

негативних емоційних станів, профілактику емоційного вигорання та підвищення загального ресурсу життєздатності.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ БАТЬКАМ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

3.1. Теоретичне обґрунтування та структура програми психологічної допомоги

Розробка програми психологічної допомоги батькам дітей із розладами аутистичного спектра ґрунтується на інтеграції сучасних наукових підходів і практик, що довели свою ефективність у сфері психологічної підтримки. У науковій літературі підкреслюється, що психоемоційний стан батьків, які виховують дитину з РАС, характеризується підвищеним рівнем стресу, тривоги, емоційного виснаження та ризиком розвитку синдрому емоційного вигорання. Водночас відзначається, що зниження інтенсивності цих негативних проявів можливе завдяки поєднанню психоедукації, формування навичок емоційної регуляції, розвитку когнітивно-поведінкових стратегій подолання, а також завдяки активізації ресурсів соціальної підтримки.

Теоретичною основою програми є поєднання когнітивно-поведінкової моделі, яка розглядає тісний взаємозв'язок між когнітивними інтерпретаціями, емоційними переживаннями та поведінковими реакціями, і стрес-копінг парадигми, що акцентує увагу на стратегіях подолання та психологічній адаптації. Додаткову методологічну рамку забезпечує концепція емоційного вигорання, що описує послідовність розвитку феномена від напруги до виснаження та визначає ключові симптоми, з якими доцільно працювати у процесі психологічних інтервенцій. Важливим теоретичним підґрунтям є також положення позитивної психології, зокрема орієнтація на пошук і розвиток ресурсів, активацію почуття власної ефективності та формування стійких механізмів самопомоги. Використання елементів майндфулнес- та АСТ-підходів спрямоване на підвищення психологічної гнучкості, розвиток здатності

приймати складні емоційні переживання і водночас зберігати орієнтацію на ціннісно значущу поведінку [43; 33].

Програма побудована з урахуванням принципів наукової валідності, структурованості та екологічної адаптованості. Вона орієнтована на реальні умови життя сімей, що виховують дітей з РАС, і включає комплекс заходів, які можуть бути засвоєні та застосовані в повсякденній практиці. Сутність програми полягає у поєднанні групових і індивідуальних форм роботи, що дозволяє одночасно створювати атмосферу взаємопідтримки та враховувати індивідуальні особливості кожного учасника.

Структура програми передбачає модульний підхід, де кожен компонент має власні завдання, зміст і очікувані результати. Такий підхід забезпечує поступове формування навичок від базової психоедукації до більш складних когнітивно-поведінкових і ресурсних стратегій. Загальна тривалість програми становить 8 тижнів, у межах яких реалізуються вісім послідовних занять. Кожна зустріч триває близько 90 хвилин і відбувається один раз на тиждень, що дозволяє дотримуватися принципу регулярності та водночас надає учасникам час для засвоєння та практичного застосування отриманих знань і навичок у повсякденному житті.

Зміст і очікувані результати кожного модуля узагальнено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Структура програми психологічної допомоги батькам дітей із РАС

Модуль	Основний зміст	Очікувані результати
1. Психоедукація	Ознайомлення з особливостями РАС, факторами стресу, природою психоемоційних станів; нормалізація батьківських переживань	Підвищення рівня обізнаності, зменшення почуття провини та ізольованості
2. Емоційна регуляція	Освоєння технік релаксації, дихальних вправ, майндфулнес-практик, розвиток навичок самоспівчуття	Зниження рівня напруги, підвищення здатності контролювати емоційні реакції

Продовження таблиці 3.1

3. Когнітивно-поведінкові техніки	Ідентифікація і корекція деструктивних переконань, формування альтернативних моделей мислення, планування «малих кроків»	Зменшення проявів депресії та тривожності, підвищення активності
4. Профілактика емоційного вигорання	Аналіз ознак вигорання, створення «антивигорального плану», розвиток навичок відновлення ресурсу	Зниження ризику виснаження, формування ефективних стратегій самозбереження
5. Сімейна комунікація та ко-регуляція	Тренінг ненасильницького спілкування, «Я-повідомлення», формування ритуалів заспокоєння, розвиток ко-регуляції у взаємодії з дитиною	Покращення сімейної взаємодії, зменшення конфліктності
6. Соціальна підтримка	Мапування ресурсів, розвиток навичок просити про допомогу, ознайомлення з сервісами і правами сімей	Розширення кола підтримки, зменшення соціальної ізоляції
7. Самодопомога і рецидив-профілактика	Формування індивідуального плану підтримки, визначення тригерів і механізмів відновлення	Підвищення автономності у збереженні психоемоційного балансу
8. Підсумковий модуль	Узагальнення результатів, оцінка змін, формування плану подальшої підтримки	Інтеграція здобутих навичок у повсякденне життя

Представлена структура програми відображає логіку її побудови та забезпечує поступове й системне опрацювання ключових аспектів психоемоційного стану батьків дітей із РАС. Кожен модуль має чітко визначені цілі, спрямовані як на зниження інтенсивності негативних переживань, так і на розвиток адаптивних ресурсів. Важливо, що програма поєднує короткострокові інтервенції, орієнтовані на швидке зменшення рівня стресу, з довготривалими стратегіями підтримки, які формують стійкі механізми самопомоги та

профілактики емоційного виснаження. Таким чином, розроблена програма відзначається комплексністю, цілісністю та адаптованістю до специфічних потреб батьків, що дозволяє підвищити її практичну значущість і ефективність.

3.2. Основні етапи, зміст та форми реалізації програми

Реалізація програми психологічної допомоги батькам дітей з розладами аутистичного спектра передбачає послідовне проходження кількох взаємопов'язаних етапів. Перший етап – підготовчий, що включає формування групи, ознайомлення учасників із метою та завданнями програми, створення атмосфери психологічної безпеки й довіри. Другий етап – основний, у межах якого відбувається поетапне опрацювання тематичних модулів: психоедукація, емоційна регуляція, когнітивно-поведінкові техніки, профілактика емоційного вигорання, сімейна комунікація та ко-регуляція, розвиток соціальної підтримки та самопомога. Кожне заняття має чітко визначену структуру й спрямоване на досягнення конкретних психологічних результатів, що забезпечує логічну наступність та нарощування ефекту від попередніх кроків. Завершальний етап програми – підсумковий, який спрямований на інтеграцію отриманих знань та навичок у повсякденне життя, оцінку змін, рефлексію особистих результатів та формування планів подальшої самопідтримки.

Форми реалізації програми поєднують групову взаємодію, міні-лекції, обговорення, практичні вправи, релаксаційні техніки та методи саморефлексії. Такий комплексний підхід забезпечує гнучкість та адаптивність програми, враховує індивідуальні потреби батьків і водночас створює можливість для колективного опрацювання проблемних станів.

У межах цього підрозділу подається розгорнутий опис змісту кожного заняття програми відповідно до її модульної структури, із визначенням мети, необхідних матеріалів, етапів роботи, вправ та способів завершення.

Заняття 1. «Психоедукація»

Мета заняття. Сформувати у батьків цілісне розуміння особливостей розладів аутистичного спектра (РАС), чинників стресу та закономірностей психоемоційних станів; знизити рівень тривоги, пов'язаної з невизначеністю та почуттям провини; забезпечити основу для конструктивного опрацювання власних переживань у подальших модулях програми.

Необхідні матеріали. Презентаційні матеріали (слайди, роздаткові схеми), аркуші паперу, маркери, робочі зошити для нотаток, мультимедійне обладнання.

Структура заняття.

I. Вступ (10–15 хвилин).

На початковому етапі тренер вітає учасників, створює атмосферу психологічної безпеки та окреслює завдання поточного заняття. Учасникам пропонується коротка «кругова» бесіда для вербалізації їхніх очікувань та емоційного стану на початок роботи. Далі відбувається ознайомлення з основними принципами групової взаємодії (добровільність участі, активність, конфіденційність, взаємоповага). Це сприяє формуванню довіри в групі та закладає основу для подальшої продуктивної роботи.

II. Основна частина (50–60 хвилин).

Блок 1. Міні-лекція «Особливості РАС та батьківські переживання» (20 хвилин).

У доступній формі подається інформація про основні характеристики РАС, труднощі розвитку та соціалізації дитини, специфіку сенсорної чутливості й комунікативних бар'єрів. Паралельно акцентується увага на типових емоційних реакціях батьків, включно з почуттям провини, ізольованості, підвищеною тривожністю.

Блок 2. Вправа «Міфи і факти» (15 хвилин).

Учасникам пропонуються картки з поширеними твердженнями про РАС (частина з них є міфами, інші – правдиві факти). Завдання групи полягає у визначенні істинності цих тверджень, після чого тренер дає науково

обґрунтовані пояснення. Вправа сприяє зменшенню дезінформації, що часто є джерелом хронічного стресу.

Блок 3. Міні-дискусія «Мій досвід і мої переживання» (15 хвилин).

Учасники мають можливість поділитися короткими історіями власних переживань у процесі виховання дитини з РАС. Обговорення модерується тренером у спосіб, що підтримує кожного, знижує відчуття ізольованості та формує почуття спільності в групі.

Блок 4. Узагальнення знань (10 хвилин).

За допомогою схеми або таблиці тренер разом з учасниками підсумовує основні поняття заняття, виокремлюючи ключові фактори стресу, типові емоційні стани та механізми їх виникнення.

III. Завершення (10–15 хвилин).

На заключному етапі проводиться вправа короткої рефлексії: кожен учасник формулює для себе одне нове знання чи усвідомлення, отримане протягом заняття. Після цього відбувається релаксаційна практика «Дихання спокою» – кількахвилинне зосереджене дихання з акцентом на відчутті стабільності та внутрішнього заспокоєння. Заняття завершується обговоренням у форматі зворотного зв'язку: учасники коротко описують свій емоційний стан на завершення сесії.

Очікувані результати. Підвищення рівня інформованості батьків про особливості РАС та природу власних емоційних реакцій; зменшення почуття провини та ізольованості; формування мотиваційної готовності до подальшої участі у програмі.

Заняття 2. «Емоційна регуляція»

Мета заняття. Ознайомити батьків із базовими техніками саморегуляції, сформувати навички використання дихальних вправ, майндфулнес-практик та елементів самоспівчуття для зниження емоційної напруги й підвищення здатності контролювати власні реакції на стресові ситуації.

Необхідні матеріали. Килимки або стільці для зручного сидіння, аудіозаписи із заспокійливою музикою чи звуками природи, картки з інструкціями до вправ, аркуші паперу, ручки.

Структура заняття.

I. Вступ (10 хвилин).

На початку тренер нагадує учасникам про попереднє заняття та підкреслює зв'язок між розумінням власних емоційних станів і здатністю ними керувати. Далі відбувається коротка розминка у форматі кола: кожен учасник відповідає на запитання «Що допомагає мені заспокоїтися у повсякденному житті?». Це створює емоційно довірливу атмосферу та актуалізує особистий досвід.

II. Основна частина (50–60 хвилин).

Блок 1. Міні-лекція «Природа стресу та роль саморегуляції» (10 хвилин).

Тренер пояснює, як стрес впливає на тіло та психіку, наголошує на важливості регулярних практик регуляції для збереження ресурсного стану.

Блок 2. Практика «Квадратне дихання» (15 хвилин).

Учасники опановують техніку глибокого дихання: вдих – затримка – видих – затримка (по 4 секунди кожна фаза). Тренер дає інструкцію, а група виконує вправу кілька разів поспіль.

Рефлексія: «Що змінилося у моєму самопочутті після виконання вправи?».

Блок 3. Майндфулнес-практика «Тут і тепер» (15 хвилин).

Тренер пропонує учасникам заплющити очі та сфокусувати увагу на власних відчуттях: диханні, дотиках стоп до підлоги, звуках навколо. Мета – навчити помічати теперішній момент без оцінювання.

Рефлексія: «Чи вдалося відчути спокій?», «Які думки найчастіше відволікали?».

Блок 4. Вправа «Лист підтримки собі» (15 хвилин).

Учасникам пропонується написати короткий текст у формі звернення до себе, який містив би слова підтримки, співчуття та розуміння («Ти робиш усе можливе», «Твої зусилля мають значення»). Після написання декілька охочих діляться своїми рядками.

Рефлексія: «Що я відчув(ла), коли звертався(лася) до себе з підтримкою?».

Блок 5. Групове обговорення «Мої ресурси регуляції» (5–10 хвилин).

Учасники визначають і перелічують ті методи, які їм найбільше сподобались і які вони готові застосовувати у щоденному житті.

III. Завершення (10–15 хвилин).

Тренер проводить вправу «Дихання з вдячністю» – учасники роблять три глибокі вдихи, на кожному з яких фокусуються на вдячності за певний ресурс (сім'ю, власні сили, сьогоднішній досвід). Далі відбувається коротке коло зворотного зв'язку: кожен ділиться одним словом чи фразою, що описує його емоційний стан на завершення.

Очікувані результати. Зниження рівня психоемоційної напруги, оволодіння техніками регуляції дихання та уваги, формування первинних навичок самоспівчуття, підвищення готовності застосовувати ці методи у повсякденних стресових ситуаціях.

Заняття 3. «Когнітивно-поведінкові техніки»

Мета заняття. Ознайомити учасників із принципами когнітивно-поведінкової терапії, допомогти ідентифікувати деструктивні переконання, навчити методам їх корекції та формування альтернативних, більш адаптивних способів мислення й поведінки.

Необхідні матеріали. Аркуші паперу, ручки, картки із прикладами типових когнітивних викривлень, маркери, фліпчарт або ватман для групових напрацювань.

Структура заняття.

I. Вступ (10 хвилин).

Тренер пояснює учасникам мету заняття, наголошує на тому, що думки безпосередньо впливають на емоційний стан і поведінку. Відбувається коротке обговорення: кожен учасник пригадує ситуацію, у якій його власні думки посилювали тривогу або пригніченість. Це створює місток до подальшої роботи.

II. Основна частина (50–60 хвилин).

Блок 1. Міні-лекція «Когнітивні викривлення» (10 хвилин).

Тренер розповідає про найбільш поширені когнітивні викривлення (катастрофізація, узагальнення, «чорно-біле мислення», персоналізація тощо).

Блок 2. Вправа «Спіймай свою думку» (15 хвилин).

Учасники пригадують реальну стресову ситуацію й записують думки, що виникли тоді. Потім вони разом із тренером визначають, які саме когнітивні викривлення в них простежуються.

Рефлексія: «Що змінилося, коли я побачив(ла) свої думки на папері?».

Блок 3. Вправа «Заміни думку» (15 хвилин).

Учасникам пропонується трансформувати негативну або деструктивну думку в більш адаптивну. Наприклад: «Я нічого не можу» → «Мені складно зараз, але я вже робив(ла) кроки до успіху».

Рефлексія: «Які відчуття викликає альтернативна думка?».

Блок 4. Групова робота «Малі кроки» (15 хвилин).

Кожен учасник формулює невеликий, досяжний крок, який може зробити найближчим часом (наприклад, виділити 10 хвилин для відпочинку, звернутися по допомогу, зробити коротку вправу на релаксацію). Учасники презентують свої «малі кроки» у колі, отримуючи підтримку від групи.

III. Завершення (10–15 хвилин).

Проводиться вправа «Три ресурси»: кожен учасник називає три власні ресурси (вміння, риси, зовнішні джерела підтримки), які допомагають долати труднощі. Тренер підсумовує заняття, підкреслює важливість регулярного застосування технік когнітивної реструктуризації.

Очікувані результати. Учасники навчаються розпізнавати власні деструктивні переконання, оволодівають навичками їх трансформації, підвищують рівень усвідомлення впливу мислення на емоційний стан, формують стратегії малих, поступових змін у повсякденному житті.

Заняття 4. «Профілактика емоційного вигорання»

Мета заняття. Ознайомити учасників із поняттям емоційного вигорання, його стадіями та симптомами; допомогти усвідомити власні ризики; сформувати індивідуальні стратегії збереження та відновлення ресурсу.

Необхідні матеріали. Аркуші паперу, ручки, картки з описом симптомів вигорання, фліпчарт або ватман, кольорові стікери, маркери, набір картинок/фотографій із природними пейзажами (як символи ресурсів).

Структура заняття.

I. Вступ (10 хвилин).

Тренер коротко пояснює, що таке емоційне вигорання, чому воно виникає і як проявляється у батьків, які виховують дитину з РАС. Учасникам пропонується пригадати випадки, коли вони відчували крайню втому, байдужість або відстороненість, та поділитися власними прикладами у форматі короткого кола.

II. Основна частина (50–60 хвилин).

Блок 1. Міні-лекція «Симптоми і стадії вигорання» (10 хвилин).

Тренер знайомить учасників із фазами вигорання (напруга, резистенція, виснаження) та типовими симптомами кожної.

Блок 2. Вправа «Мій рівень ресурсу» (15 хвилин).

Кожному учаснику пропонується намалювати умовний «термометр ресурсу» та відзначити, наскільки він відчувається виснаженим чи енергійним у цей момент.

Рефлексія: «Що впливає на моє зниження ресурсу найбільше?».

Блок 3. Групова робота «Антивигоральний план» (20 хвилин).

Учасники діляться на малі підгрупи й формують список дій, які допомагають попереджати вигорання: короткі паузи, фізична активність, спілкування з друзями, гарденотерапія, практики самоспівчуття тощо. Кожна група презентує свій «план», який фіксується на фліпчарті.

Блок 4. Вправа «Мій ресурсний символ» (15 хвилин).

З використанням картинок або природних матеріалів учасники обирають один символ, що асоціюється у них із відновленням сил (наприклад, вода, сонце, ліс, квітка). Вони презентують свій вибір і пояснюють його значення.

III. Завершення (10–15 хвилин).

Проводиться вправа «Ресурсне коло»: кожен учасник називає одну дію або практику, яку він готовий спробувати для збереження власного ресурсу. Тренер підсумовує заняття, підкреслюючи важливість регулярності малих кроків і самопомоги.

Очікувані результати. Учасники отримують знання про сутність і симптоматику вигорання, усвідомлюють власні ризики та вчаться відслідковувати ознаки виснаження. Сформовано індивідуальні й групові стратегії «антивигорального плану», що сприяють зниженню ризику емоційного виснаження та підтриманню внутрішнього ресурсу.

Заняття 5. «Сімейна комунікація та ко-регуляція»

Мета заняття. Сприяти розвитку навичок ефективної сімейної взаємодії; навчити учасників застосовувати техніки ненасильницького спілкування та «Я-повідомлення»; сформувати практики емоційної ко-регуляції у взаємодії з дитиною.

Необхідні матеріали. Аркуші паперу, маркери, фліпчарт, картки із прикладами конфліктних ситуацій, стікери, аудіозапис спокійної музики, м'які іграшки чи символічні предмети для рольових вправ.

Структура заняття.

I. Вступ (10 хвилин).

Тренер звертає увагу на значення якісної комунікації у сім'ї, особливо в умовах виховання дитини з РАС. Проводиться коротке коло очікувань: кожен учасник формулює одну складність, з якою стикається у спілкуванні в родині.

II. Основна частина (50–60 хвилин).

Блок 1. Міні-лекція «Принципи ненасильницького спілкування» (10 хвилин).

Ознайомлення з ключовими елементами: спостереження без оцінок, вираження власних почуттів, формулювання потреби, прохання замість вимоги.

Блок 2. Вправа «Я-повідомлення» (15 хвилин).

Учасникам пропонується переформулювати типові висловлювання з «Ти-звинувачень» у «Я-повідомлення».

Рефлексія: «Чи змінилось моє відчуття, коли я висловлююсь інакше?».

Блок 3. Рольова гра «Конфлікт у сім'ї» (20 хвилин).

Працюючи в парах чи трійках, учасники розігрують запропоновані картками ситуації (наприклад, непорозуміння під час виконання домашніх завдань чи відпочинку). Використовується техніка ко-регуляції: спокійний тон, пауза, дихальні вправи разом із дитиною чи партнером.

Рефлексія: «Що було найскладнішим у застосуванні нових стратегій?».

Блок 4. Вправа «Сімейні ритуали заспокоєння» (15 хвилин).

Учасники у групах обговорюють і створюють прості «ритуали», які можуть бути застосовані у сім'ї: спільне глибоке дихання, «хвилинка обіймів», коротка прогулянка, улюблена музика. Кожна група презентує один ритуал, який можна реалізувати вдома.

III. Завершення (10–15 хвилин).

Учасникам пропонується вправа «Символ гармонії»: кожен малює або обирає символ, який уособлює гармонійну взаємодію у їхній родині. Проводиться коло зворотного зв'язку: «Що я візьму з цього заняття для покращення сімейного спілкування?».

Очікувані результати. Учасники оволодівають техніками ненасильницького спілкування, навчаються використовувати «Я-повідомлення» та методи емоційної ко-регуляції. Сформовані навички створення сімейних ритуалів підтримки сприяють зниженню конфліктності та підвищенню відчуття взаємної підтримки у родині.

Заняття 6. «Соціальна підтримка»

Мета заняття. Розширити уявлення батьків про наявні ресурси соціальної підтримки; сприяти розвитку навичок звернення по допомогу; підвищити рівень довіри до соціальних сервісів та вміння інтегрувати їх у власну систему життєзабезпечення.

Необхідні матеріали. Фліпчарт, маркери, стікери, картки із прикладами ресурсів (соціальні служби, громадські організації, підтримуючі групи, онлайн-

платформи, правові сервіси), аркуші для індивідуальної роботи, анкета для заповнення «Моя карта підтримки».

Структура заняття.

I. Вступ (10 хвилин).

Тренер підкреслює значення соціальної підтримки як одного з провідних факторів подолання стресу та збереження психоемоційної рівноваги. Проводиться вправа «Мій ресурс зараз»: кожен учасник називає одне джерело підтримки, на яке він може опертися сьогодні (родина, друг, хобі, віра тощо).

II. Основна частина (50–60 хвилин).

Блок 1. Міні-лекція «Види соціальної підтримки» (10 хвилин).

Тренер пояснює відмінності між емоційною, інформаційною, інструментальною та оцінювальною підтримкою. Наводяться приклади конкретних сервісів та громадських ініціатив, доступних для сімей, що виховують дітей із РАС.

Блок 2. Вправа «Мапа ресурсів» (20 хвилин).

Учасникам пропонується на аркуші накреслити коло «Я і моя родина» та навколо позначити можливі ресурси: близькі люди, сусіди, організації, онлайн-групи, соціальні служби. Поступово карта наповнюється як індивідуально, так і через обговорення в парах.

Рефлексія: «Чи є ресурси, про які я раніше не замислювався?».

Блок 3. Рольова вправа «Навчаємось просити про допомогу» (15 хвилин).

Учасники в парах відпрацьовують навички формулювання прохання: чіткість, конкретність, орієнтація на власні потреби, уникання почуття провини. Один виступає у ролі того, хто просить про допомогу, інший – того, хто може надати підтримку.

Рефлексія: «Що було важко сказати?», «Які слова допомогли відчутти полегшення?».

Блок 4. Групове обговорення «Права та можливості сімей з дітьми з РАС» (15 хвилин).

Тренер знайомить учасників з основними законодавчими гарантіями, пільгами та сервісами, доступними у сфері освіти, соціальної та психологічної допомоги. Учасники ставлять запитання, дізнаються про можливості отримання безоплатних консультацій та послуг.

III. Завершення (10–15 хвилин).

Кожен учасник заповнює коротку анкету «Моя карта підтримки»: що вже доступно зараз, куди можна звернутися в разі потреби, які ресурси ще варто активізувати. Зворотний зв'язок у колі: «Який ресурс я готовий використати найближчим часом?».

Очікувані результати. Учасники розширюють знання про види та джерела соціальної підтримки, вчать усвідомлено звертатися по допомогу, отримують навички мапування ресурсів. Це сприяє зменшенню почуття соціальної ізольованості та підвищує здатність батьків ефективно мобілізувати наявні можливості задля збереження власного психоемоційного благополуччя.

Заняття 7. «Самодопомога і рецидив-профілактика»

Мета заняття. Сприяти усвідомленню учасниками важливості практик самопомоги у збереженні психоемоційної рівноваги, сформуванню індивідуального плану підтримки, визначити тригери, що можуть провокувати погіршення стану, та напрацювати стратегії їх подолання.

Необхідні матеріали. Аркуші паперу, маркери, стікери, картки із зображеннями ресурсних практик (спорт, відпочинок, спілкування, медитація, творчість), анкета «Мій план відновлення», фліпчарт, аудіозапис із вправою на релаксацію.

Структура заняття.

I. Вступ (10 хвилин).

Тренер акцентує увагу на тому, що підтримка психоемоційного стану – це безперервний процес, який вимагає уважності до себе. Пропонується вправа «Сигнали мого організму»: кожен учасник називає, які ознаки у тілі чи поведінці вказують на втому або наближення виснаження.

II. Основна частина (50–60 хвилин).

Блок 1. Міні-лекція «Що таке самодопомога?» (10 хвилин).

Розглядаються основні напрями самодопомоги: фізичні (сон, харчування, рух), емоційні (рефлексія, підтримуючі практики), когнітивні (позитивне мислення, структурованість дня), соціальні (пошук підтримки). Наголошується, що самодопомога не є егоїзмом, а умовою збереження ресурсу для себе та родини.

Блок 2. Вправа «Мій ресурсний кошик» (20 хвилин).

Учасникам пропонується намалювати «кошик» і наповнити його власними ресурсами: звички, які допомагають відновлювати сили. Далі обговорення у малих групах: «Які ресурси я використовую часто, а які майже забуті?».

Рефлексія: «Які практики я готовий додати вже зараз?».

Блок 3. Вправа «Мої тригери» (15 хвилин).

Кожен учасник виписує ситуації чи фактори, які зазвичай провокують емоційне виснаження (наприклад, конфлікти в сім'ї, перевантаження роботою, безсоння). Після цього – обговорення у парах: як можна вчасно помітити ці сигнали та що зробити, щоб зменшити їхній вплив.

Блок 4. Індивідуальна робота «План відновлення» (15 хвилин).

Учасники заповнюють анкету «Мій план відновлення», де прописують конкретні дії на випадок стресу чи втоми (коротка прогулянка, дихальна вправа, дзвінок близькій людині, відпочинок на природі тощо). Тренер допомагає уточнити та зробити план максимально реалістичним.

III. Завершення (10–15 хвилин).

Релаксаційна вправа «Внутрішнє джерело»: під спокійну музику учасникам пропонується уявити місце, де вони завжди можуть відновити сили, і «взяти» з нього ресурс.

Зворотний зв'язок: у колі кожен ділиться однією дією з плану, яку він готовий виконати найближчими днями.

Очікувані результати. Учасники усвідомлюють власні тригери та ресурси, формують індивідуальний план самодопомоги, опановують навички своєчасного розпізнавання ознак виснаження. Це підвищує їхню автономність, зменшує

ризик рецидиву психоемоційних розладів та сприяє довготривалому збереженню психічного благополуччя.

Заняття 8. «Підсумковий модуль»

Мета заняття. Узагальнити досвід, набутий учасниками під час програми, оцінити індивідуальні та групові зміни, сприяти інтеграції здобутих знань і навичок у повсякденне життя, створити план подальшої психологічної підтримки та розвитку.

Необхідні матеріали. Аркуші паперу, маркери, кольорові стікери, ватман для колективної роботи, анкети для самооцінки досягнень, картки з питаннями для обговорення, аудіозапис із вправою на релаксацію, символічні предмети (свічка, камінчик, квітка) для ритуалу завершення.

Структура заняття.

I. Вступ (10 хвилин).

Тренер нагадує про мету всієї програми та коротко окреслює її зміст. Проводиться вправа «Мій головний здобуток»: кожен учасник у кількох словах називає, що для нього стало найціннішим у цих зустрічах.

II. Основна частина (50–60 хвилин).

Блок 1. Вправа «Моє коло змін» (20 хвилин).

Учасники отримують аркуш із намальованим колом, поділеним на три сектори: «Знання», «Навички», «Мій стан». У кожен сектор записують, що нового вони дізналися, які техніки опанували, що відчують зараз у порівнянні з початком програми. Після цього – обговорення у групі.

Рефлексія: «Що виявилось найбільш несподіваним для мене?».

Блок 2. Колективна робота «Дерево ресурсів» (20 хвилин).

На ватмані зображується дерево. Кожен учасник пише на стікері свою ресурсну практику або думку, яка допомагала йому протягом програми, і прикріплює до дерева як «листок». Таким чином формується символічне «дерево підтримки», яке відображає спільний досвід групи.

Рефлексія: «Що я можу брати з цього дерева у своє повсякдення?».

Блок 3. Індивідуальна вправа «Мій план подальшої підтримки» (15 хвилин).

Кожен учасник складає короткий план із трьох кроків, які він готовий реалізувати найближчим часом для збереження психоемоційного балансу (наприклад, регулярна практика дихальних вправ, виділення часу для відпочинку, звернення по соціальну підтримку).

III. Завершення (10–15 хвилин).

Релаксаційна вправа «Світло всередині»: учасникам пропонується уявити, як у них всередині запалюється тепле світло, яке вони можуть нести далі у своє життя та ділитися ним із близькими.

Зворотний зв'язок: тренер запитує – «Яке слово найкраще описує ваш стан зараз?». Кожен ділиться одним словом.

Ритуал завершення: передача символічного предмета по колу (наприклад, камінця чи свічки), під час якої кожен висловлює побажання групі.

Очікувані результати. Учасники узагальнюють здобутий досвід, усвідомлюють власні зміни, інтегрують нові знання й техніки у своє життя, формують реалістичні плани підтримки. Завдяки підсумковому заняттю посилюється відчуття групової єдності, зростає впевненість у власних силах та готовність застосовувати навички саморегуляції й самопомоги у повсякденності.

Отже, розроблена та апробована програма психологічної допомоги батькам дітей з розладами аутистичного спектра є системним та поетапним комплексом психокорекційних заходів, спрямованих на підвищення їхнього психоемоційного благополуччя, розвиток стресостійкості та формування ефективних копінг-стратегій. Змістове наповнення занять відображає логіку поступового переходу від психоедукації та формування базових знань до засвоєння конкретних технік емоційної регуляції, когнітивно-поведінкових методів, профілактики емоційного вигорання та розширення ресурсної бази соціальної підтримки.

Кожен модуль програми виконує свою цільову функцію, що забезпечує інтегративний характер впливу. Зокрема, початкові заняття орієнтовані на зниження почуття провини, ізолюваності та нормалізацію переживань, тоді як наступні модулі спрямовані на опанування конкретних інструментів подолання негативних емоційних станів. Значна увага приділялася розвитку навичок комунікації та ко-регуляції у взаємодії з дитиною, а також формуванню індивідуальних планів самопідтримки, що сприяє зростанню автономності батьків у збереженні психоемоційного балансу.

Реалізація програми у груповому форматі створювала сприятливі умови для обміну досвідом, взаємної підтримки та підвищення рівня довіри, що суттєво знижувало соціальну ізолюваність учасників. Структурованість занять та чіткий розподіл етапів сприяли формуванню у батьків відчуття стабільності й передбачуваності, що є важливим чинником у роботі з емоційним напруженням.

Таким чином, запропонована програма може розглядатися як ефективний інструмент психологічної допомоги батькам дітей з РАС, оскільки вона поєднує освітні, тренінгові та корекційні елементи, забезпечує комплексний підхід до проблеми та сприяє покращенню якості життя родин, що виховують дитину з особливими потребами.

3.3. Оцінка ефективності реалізації програми психологічної допомоги батькам дітей з РАС

Для перевірки ефективності впровадженої програми психологічної допомоги було проведено повторне діагностичне обстеження за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21». Метою цього етапу стало виявлення змін у рівнях негативних емоційних станів після завершення формувальної роботи. Отримані дані розраховані на основі сирих балів (Додаток Е) та подані у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Результати дослідження за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21» (контрольний етап), n=30

Показник	Рівень	Кількість респондентів	
		n	%
Депресія	Нормальний	4	13,3
	Легкий	9	30

Продовження таблиці 3.2

	Помірний	15	50
	Важкий	2	6,7
	Дуже важкий	-	-
Тривога	Нормальний	10	33,3
	Легкий	4	13,3
	Помірний	12	40
	Важкий	3	10
	Дуже важкий	1	3,3
Стрес	Нормальний	8	26,7
	Легкий	12	40
	Помірний	7	23,3
	Важкий	3	10
	Дуже важкий	-	-

Аналіз даних свідчить, що за шкалою депресії 4 респонденти (13,3%) перебувають у межах нормального рівня, ще 9 осіб (30,0%) демонструють легкі прояви. Половина вибірки – 15 учасників (50,0%) – характеризуються помірними проявами депресії, тоді як лише 2 респонденти (6,7%) мають важкий рівень. Дуже важкі показники відсутні, що свідчить про переважання середніх та легких проявів цього стану.

За шкалою тривоги простежується більш рівномірний розподіл. Нормальний рівень зафіксовано у 10 респондентів (33,3%), легкий – у 4 осіб (13,3%). Найчисельніша група – 12 учасників (40,0%) – перебуває на помірному рівні. Високі показники виявлено у 3 осіб (10,0%), тоді як дуже високі – лише у

1 респондента (3,3%). Це вказує на те, що більшість досліджуваних перебувають у межах від нормального до помірного рівня тривоги.

Щодо показників стресу, то нормальний рівень виявлено у 8 осіб (26,7%), легкий – у 12 респондентів (40,0%). Помірні прояви притаманні 7 учасникам (23,3%). Високий рівень зафіксовано у 3 респондентів (10,0%), тоді як дуже високі прояви відсутні. Таким чином, основна частина вибірки зосереджена у групах із низькими та середніми показниками стресу.

Отримані результати свідчать про те, що на контрольному етапі у більшості батьків дітей із РАС переважають нормальні, легкі та помірні рівні депресії, тривожності та стресу. Водночас лише незначна частина респондентів демонструє високі прояви цих станів, а крайні значення («дуже важкі») практично відсутні.

Для комплексного аналізу змін у психоемоційному стані батьків після реалізації програми психологічної допомоги було проведено порівняння результатів за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21» на двох етапах – констатувальному та контрольному. Такий підхід дозволив виявити динаміку у вираженості трьох базових негативних емоційних станів – депресії, тривоги та стресу. Узагальнені дані наведено у табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Порівняння результатів дослідження за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21» на констатувальному та на контрольному етапах експерименту, n=30

Показник	Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
		Кількість респондентів		Кількість респондентів	
		n	%	n	%
Депресія	Нормальний	-	-	4	13,3
	Легкий	1	3,3	9	30
	Помірний	6	20	15	50
	Важкий	15	50	2	6,7
	Дуже важкий	8	26,7	-	-
Тривога	Нормальний	-	-	10	33,3

	Легкий	2	6,7	4	13,3
	Помірний	4	13,3	12	40
	Важкий	8	26,7	3	10
	Дуже важкий	16	53,3	1	3,3
Стрес	Нормальний	1	3,3	8	26,7

Продовження таблиці 3.3

	Легкий	1	3,3	12	40
	Помірний	2	6,8	7	23,3
	Важкий	13	43,3	3	10
	Дуже важкий	13	43,3	-	-

Аналіз результатів за шкалою депресії показує суттєву позитивну динаміку. Якщо на констатувальному етапі жоден із респондентів не мав нормальних показників, то на контрольному етапі до цієї категорії увійшли вже 4 особи (13,3%). Кількість учасників із легким рівнем депресії зросла з 1 (3,3%) до 9 (30,0%). Помірний рівень також збільшився – з 6 (20,0%) до 15 (50,0%), що вказує на перехід значної частини батьків із тяжких форм у більш помірні. Водночас число осіб із важким рівнем депресії скоротилося з 15 (50,0%) до 2 (6,7%), а показники «дуже важкої» депресії повністю зникли (з 26,7% до 0%).

За шкалою тривоги також відзначається виразне покращення. Нормальний рівень, який був відсутній на початковому етапі, зафіксовано у 10 респондентів (33,3%). Легкий рівень підвищився з 2 (6,7%) до 4 (13,3%), а помірний – із 4 (13,3%) до 12 (40,0%). Водночас кількість осіб із високим рівнем тривоги скоротилася з 8 (26,7%) до 3 (10,0%), а «дуже високий» рівень – із 16 (53,3%) до лише 1 респондента (3,3%). Це свідчить про істотне зниження інтенсивності тривожних переживань у більшості батьків.

Подібні тенденції спостерігаються і за шкалою стресу. Якщо на констатувальному етапі нормальний рівень був характерний лише для 1 особи (3,3%), то після програми таких респондентів стало 8 (26,7%). Легкий рівень збільшився з 1 (3,3%) до 12 (40,0%), а помірний – із 2 (6,8%) до 7 (23,3%). При

цьому кількість учасників із високим рівнем зменшилася з 13 (43,3%) до 3 (10,0%), а з дуже високим – із 13 (43,3%) до повної відсутності (0%).

Отже, узагальнені дані свідчать про значне покращення психоемоційного стану батьків дітей із РАС після участі у програмі психологічної допомоги. У всіх трьох вимірюваних показниках спостерігається чіткий перехід від тяжких і дуже тяжких станів до помірних, легких і навіть нормальних рівнів, що підтверджує ефективність розробленої та реалізованої програми.

Для статистичного підтвердження ефективності програми психологічної допомоги було застосовано критерій Стюдента для залежних вибірок. Цей метод дозволяє виявити, наскільки значущими є відмінності між результатами, отриманими на констатувальному та контрольному етапах дослідження. Особливу увагу приділено аналізу змін за трьома шкалами методики «Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21» – депресія, тривога та стрес. Отримані емпіричні значення t-критерію наведено у табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Емпіричні значення t-критерію Стюдента за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21»

Шкала	Середнє значення на констатувальному етапі (M ₁)	Середнє значення на контрольному етапі (M ₂)	U	p
Депресія	11.867±2.788	6.833±2.365	7,541	0***
Тривога	9.833±2.627	5.167±2.198	7,461	0***
Стрес	15.633±3.459	8.867±2.432	8,766	0***

* - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Дані, представлені у табл. 3.4, відображають результати статистичного аналізу відмінностей між констатувальним та контрольним етапами дослідження за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21».

Середні значення за шкалою депресії знизилися з 11,867±2,788 балів на констатувальному етапі до 6,833±2,365 балів на контрольному етапі. Обчислене

значення t-критерію становить 7,541, що при рівні значущості $p < 0,001$ свідчить про статистично високозначущі зміни у напрямку зниження депресивних проявів.

Аналогічна тенденція спостерігається за шкалою тривоги: середній показник зменшився з $9,833 \pm 2,627$ до $5,167 \pm 2,198$ балів. Значення t-критерію дорівнює 7,461, що також є статистично значущим на рівні $p < 0,001$. Це підтверджує істотне зниження тривожності після реалізації програми.

За шкалою стресу показники знизилися з $15,633 \pm 3,459$ на констатувальному етапі до $8,867 \pm 2,432$ балів на контрольному. Отримане значення t-критерію (8,766, $p < 0,001$) засвідчує статистично значущі зміни, що вказують на суттєве зменшення психоемоційного напруження у батьків.

Таким чином, усі три шкали методики DASS-21 демонструють достовірні зміни ($p < 0,001$), що є переконливим свідченням ефективності впровадженої програми психологічної допомоги.

Для оцінки динаміки змін у психоемоційному стані батьків після реалізації програми психологічної допомоги було проведено повторне дослідження за методикою «Шкала емоційного вигорання» В. В. Бойка. Узагальні результати дослідження розраховано на основі сирих балів (Додаток Ж) та представлено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Результати дослідження за методикою «Шкала емоційного вигорання» В. В. Бойка (контрольний етап), n=30

Фаза	Симптом	Показник виразності симптома					
		не сформований		у стадії формування		сформований	
		N	%	N	%	N	%
Напруга	Переживання психотравмуючих обставин	9	30	13	43,3	8	26,7
	Незадоволеність собою	14	46,7	10	33,3	6	20
	«Загнаність у клітку»	6	20	15	50	9	30

	Тривога та депресія	11	36,7	12	40	7	23,3
Резистенція	Неадекватне емоційне виборче реагування	11	36,7	11	36,7	8	26,6
	Емоційно-моральна дезорієнтація	16	53,4	13	43,3	1	3,3

Продовження таблиці 3.5

	Розширення сфери економії емоцій	8	26,7	8	26,7	14	46,6
	Редукція професійних обов'язків	7	23,3	10	33,3	13	43,4
Виснаження	Емоційний дефіцит	8	26,7	14	46,6	8	26,7
	Емоційна відстороненість	11	36,7	18	60	1	3,3
	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	3	10	15	50	12	40
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	10	33,3	14	46,7	6	20

Аналіз отриманих результатів свідчить, що у фазі напруги переживання психотравмуючих обставин сформовані у 8 респондентів (26,7%), перебувають у стадії формування у 13 осіб (43,3%) і відсутні у 9 учасників (30,0%). Симптом незадоволеності собою зафіксовано як сформований у 6 осіб (20,0%), у процесі формування – у 10 респондентів (33,3%), тоді як у 14 учасників (46,7%) його не виявлено. Ознаки синдрому «загнаності у клітку» найчастіше перебувають у стадії формування – у 15 осіб (50,0%), тоді як сформований стан спостерігається у 9 респондентів (30,0%), і відсутній у 6 (20,0%). Тривога та депресія сформовані у 7 учасників (23,3%), перебувають на етапі становлення у 12 (40,0%) та не проявляються у 11 респондентів (36,7%).

Фаза резистенції представлена такими показниками: симптом неадекватного емоційного виборчого реагування сформований у 8 респондентів (26,6%), у стадії формування перебуває у 11 осіб (36,7%), тоді як відсутній у такої ж кількості – 11 учасників (36,7%). Емоційно-моральна дезорієнтація виявилася відсутньою у більшості – 16 респондентів (53,4%), у 13 осіб (43,3%) перебуває у процесі становлення, і лише в одного учасника (3,3%) є сформованою. Симптом розширення сфери економії емоцій сформований у 14 респондентів (46,6%), перебуває у стадії формування та відсутній – по 8 учасників (26,7%). Редукція професійних обов'язків у завершій формі притаманна 13 респондентам (43,4%), у стадії формування – 10 особам (33,3%), і ще у 7 учасників (23,3%) не проявляється.

У фазі виснаження емоційний дефіцит проявився як сформований у 8 респондентів (26,7%), перебуває на етапі формування у 14 учасників (46,6%) і відсутній у 8 осіб (26,7%). Емоційна відстороненість найчастіше перебуває у стадії формування – у 18 респондентів (60,0%), тоді як сформована лише у 1 учасника (3,3%), і ще у 11 осіб (36,7%) відсутня. Особистісна відстороненість (деперсоналізація) сформована у 12 респондентів (40,0%), перебуває у процесі формування у 15 осіб (50,0%) і не проявляється у 3 учасників (10,0%). Психосоматичні та психовегетативні порушення виявлено як сформовані у 6 респондентів (20,0%), у стадії становлення – у 14 (46,7%), і відсутні у 10 осіб (33,3%).

Таким чином, результати контрольного етапу засвідчують, що у батьків дітей із РАС симптоми емоційного вигорання охоплюють усі три фази, однак їх вираженість варіює. Найбільш поширеними залишаються ознаки розширення сфери економії емоцій, редукції професійних обов'язків та особистісної відстороненості, тоді як емоційно-моральна дезорієнтація зустрічається рідше.

Щоб забезпечити повне уявлення про динаміку змін у психоемоційному стані батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектра, було здійснено порівняльний аналіз отриманих результатів за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко) на різних етапах

експерименту. Це дало можливість простежити особливості вираженості симптомів у фазах напруги, резистенції та виснаження до початку та після завершення програми психологічної допомоги. Узагальнені результати подано у Додатку 3.

Отримані результати порівняльного аналізу рівня емоційного вигорання за методикою В. Бойка на констатувальному та контрольному етапах дозволяють більш детально простежити виразність симптомів у трьох фазах – напруги, резистенції та виснаження.

У фазі напруги спостерігається збереження високої частки респондентів із проявами психотравмуючих обставин: на констатувальному етапі симптом був сформований у 14 осіб (46,7%), а на контрольному – у 8 осіб (26,7%), тоді як у стадії формування залишилися 13 респондентів (43,3%). Симптом незадоволеності собою продемонстрував зниження частоти сформованих випадків: із 10 (33,3%) на констатувальному етапі до 6 (20,0%) на контрольному, водночас кількість респондентів без цього симптому збільшилася до 14 (46,7%). Почуття «загнаності у клітку» також зберегло поширеність, хоча кількість сформованих випадків зменшилася з 16 (53,3%) до 9 (30,0%). Симптом тривоги та депресії мав відносно рівномірний розподіл: сформованим його визначили у 9 осіб (30,0%) на початковому етапі та у 7 осіб (23,3%) після проходження програми.

У фазі резистенції на констатувальному етапі симптом неадекватного емоційного вибіркового реагування був сформований у 11 респондентів (36,7%), тоді як на контрольному – у 8 (26,6%), при цьому зросла кількість осіб, у яких симптом не виявлений (11, 36,7%). Емоційно-моральна дезорієнтація залишалася переважно у стадії формування – 17 осіб (56,7%) спочатку та 13 (43,3%) після, однак частка сформованого симптому суттєво знизилася до 1 респондента (3,3%). Симптом розширення сфери економії емоцій мав найбільший показник сформованості: 15 учасників (50,0%) на констатувальному етапі та 14 (46,6%) на контрольному. Подібна тенденція зберігається у симптомі редукції професійних

обов'язків: на початку він був сформований у 17 осіб (56,7%), а після – у 13 (43,4%).

Фаза виснаження також демонструє важливі особливості. Симптом емоційного дефіциту залишався доволі поширеним – сформованим його визначили 14 респондентів (46,7%) на констатувальному етапі та 8 осіб (26,7%) після проходження програми, натомість кількість випадків, коли симптом був не сформований, зросла до 8 (26,7%). Емоційна відстороненість мала найбільшу вираженість у стадії формування – 20 осіб (66,7%) спочатку та 18 (60,0%) на контрольному етапі; сформованим симптом залишився лише у 1 респондента (3,3%). Особистісна відстороненість (деперсоналізація) є одним із найбільш критичних проявів: на констатувальному етапі він був сформований у 18 осіб (60,0%), а після – у 12 (40,0%), водночас у стадії формування перебували 15 респондентів (50,0%). Психосоматичні та психовегетативні порушення відзначалися у значної частки вибірки – 12 респондентів (40,0%) мали сформований симптом на початковому етапі, тоді як на контрольному цей показник знизився до 6 (20,0%).

Таким чином, у процесі констатації отриманих результатів спостерігається суттєве зниження рівня сформованості більшості симптомів у всіх трьох фазах емоційного вигорання. Хоча окремі показники залишаються у стадії формування, зменшення числа респондентів із критично вираженими симптомами вказує на позитивні тенденції у психоемоційному стані батьків дітей із РАС.

Для комплексного розуміння рівня емоційного вигорання батьків дітей із розладами аутистичного спектра на контрольному етапі експерименту було здійснено узагальнення результатів за основними фазами розвитку синдрому відповідно до методики В. В. Бойка. Такий підхід дозволяє визначити не лише вираженість окремих симптомів, а й оцінити динаміку емоційного стану респондентів на рівні цілісних фаз. Зведені дані наведено у табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Розподіл за фазами за методикою «Шкала емоційного вигорання» В. В. Бойка (контрольний етап), n=30

Фаза	Показник виразності фази					
	не сформована		у стадії формування		сформована	
	N	%	N	%	N	%
Напруга	7	23,3	19	63,3	4	13,4
Резистенція	3	10	25	83,3	2	6,7
Виснаження	4	13,3	24	80	2	6,7

Аналіз отриманих результатів свідчить, що у фазі «напруги» 7 респондентів (23,3%) не мають ознак її вираженості, тоді як у переважної більшості – 19 осіб (63,3%) – симптоми перебувають у стадії формування. Лише у 4 батьків (13,4%) зафіксовано сформовану фазу напруги, що свідчить про відносно невисоку частоту критичних проявів.

У фазі «резистенції» більшість респондентів – 25 осіб (83,3%) – перебувають на етапі формування симптомів, що вказує на значне поширення захисних реакцій у формі емоційного дистанціювання та зниження енергетичних ресурсів. Сформована фаза резистенції виявлена лише у 2 учасників (6,7%), тоді як у 3 батьків (10,0%) ознаки фази відсутні.

Фаза «виснаження» характеризується ще більш вираженим домінуванням стадії формування: 24 респонденти (80,0%) перебувають саме на цьому рівні. У сформованому вигляді виснаження спостерігається у 2 осіб (6,7%), тоді як відсутність симптомів зафіксована у 4 учасників (13,3%). Це вказує на те, що для більшості батьків характерний стан поступового накопичення емоційного та фізичного виснаження, хоча критично високі показники є менш поширеними.

Для узагальненої оцінки динаміки емоційного стану респондентів доцільним є аналіз результатів, отриманих за методикою В. В. Бойка, у розрізі основних фаз синдрому емоційного вигорання – напруги, резистенції та виснаження – на різних етапах дослідження. Такий підхід дозволяє визначити зміни у вираженості симптомів та простежити тенденції формування чи

зниження проявів емоційного виснаження. Зведене порівняння результатів подано у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Порівняння результатів розподілу респондентів за фазами за методикою «Шкала емоційного вигорання» В.В. Бойка на констатувальному та на контрольному етапах експерименту

Фаза	Констатувальний етап						Контрольний етап					
	Показник виразності фази						Показник виразності фази					
	не сформован а		у стадії формуванн я		сформован а		не сформован а		у стадії формуванн я		сформован а	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Напруга	1	3,3	17	56,7	12	40	7	23,3	19	63,3	4	13,4
Резистенці я	1	3,3	17	56,7	12	40	3	10	25	83,3	2	6,7
Виснаженн я	-	-	13	43,3	17	56,7	4	13,3	24	80	2	6,7

Аналіз отриманих даних показує, що у фазі «напруги» на констатувальному етапі сформовані прояви мали місце у 12 респондентів (40,0%), тоді як на контрольному етапі цей показник зменшився до 4 осіб (13,4%). Водночас кількість батьків із відсутністю симптомів зросла з 1 (3,3%) до 7 (23,3%). Переважна частина респондентів на обох етапах перебуває у стадії формування (56,7% та 63,3% відповідно).

У фазі «резистенції» на початковому етапі 12 осіб (40,0%) перебували на рівні сформованих симптомів, тоді як у кінці дослідження цей показник знизився до 2 респондентів (6,7%). Натомість кількість осіб із невираженими ознаками фази зросла з 1 (3,3%) до 3 (10,0%), а більшість батьків (83,3%) залишилися у стадії формування симптомів.

Фаза «виснаження» на констатувальному етапі характеризувалася високим рівнем вираженості: 17 респондентів (56,7%) перебували на сформованому рівні.

На контрольному етапі цей показник знизився до 2 учасників (6,7%), тоді як більшість (80,0%) демонстрували стадію формування, а у 4 осіб (13,3%) ознаки виснаження були відсутні.

Загалом результати свідчать про суттєве зменшення частки респондентів із повністю сформованими фазами емоційного вигорання на контрольному етапі та певне зростання частки тих, у кого симптоми не виявляються або залишаються у процесі формування. Це може вказувати на зниження загального рівня емоційного виснаження та формування умов для відновлення психоемоційного стану батьків.

Для перевірки статистичної значущості змін у вираженості симптомів емоційного вигорання у батьків дітей з РАС на різних етапах дослідження було застосовано критерій Т-Ст'юдента. Цей підхід дав змогу порівняти середні значення показників на констатувальному та контрольному етапах і визначити, наскільки суттєвими є виявлені відмінності. Узагальнені результати представлені у табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Емпіричні значення критерію Т-Ст'юдента за методикою «Шкала емоційного вигорання» В.В. Бойка

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M ₁)	Середнє значення на контрольному етапі (M ₂)	U	p
Переживання психотравмуючих обставин	14.967±7.044	12.033±5.468	9,027	0****
Незадоволеність собою	12.867±6.252	10.633±4.965	8,148	0****
Загнаність у клітку	16.633±6.916	13.567±5.618	9,65	0****
Тривога і депресія	13.4±6.941	11±5.433	6,837	0****

Неадекватне емоційне виборче реагування	12.6±6.584	10.9±5.927	10,172	0***
Емоційно-моральна дезорієнтація	10.867±4.224	9.233±3.954	16,089	0***
Розширення сфери економії емоцій	16.1±6.764	14.1±5.979	10,117	0***
Редукція професійних обов'язків	16.167±5.96	14.1±5.287	12,478	0***
Емоційний дефіцит	15.367±6.754	12.333±5.591	11,854	0***
Емоційна відстороненість	12.767±3.645	10.067±2.84	14,013	0***
Особистісна відстороненість	18.3±6.03	14.8±5.02	12,209	0***
Психосоматичні та психовегетативні порушення	14.933±5.439	11.633±4.56	12,332	0***

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Аналіз наведених у таблиці даних засвідчує, що всі показники симптомів емоційного вигорання продемонстрували статистично значущі відмінності між констатувальним та контрольним етапами ($p < 0,001$). Це свідчить про системне зниження інтенсивності проявів емоційного виснаження після участі батьків у програмі психологічної допомоги.

Зокрема, середні значення таких ключових симптомів, як «переживання психотравмуючих обставин» (з 14,967 до 12,033 балів), «загнаність у клітку» (з 16,633 до 13,567 балів) та «особистісна відстороненість» (з 18,3 до 14,8 балів), зазнали помітного зниження. Подібна тенденція простежується і щодо

«емоційного дефіциту», «емоційної відстороненості», а також «психосоматичних та психовегетативних порушень», що вказує на позитивні зрушення як у психологічному, так і у фізичному самопочутті респондентів.

Таким чином, отримані результати підтверджують високу ефективність застосованої програми психологічної підтримки, яка сприяла зниженню вираженості симптомів у всіх фазах емоційного вигорання. Це дозволяє стверджувати, що запропоновані психокорекційні заходи мали комплексний вплив на психоемоційний стан батьків і створили передумови для відновлення їхніх внутрішніх ресурсів.

Для додаткового вивчення динаміки психоемоційного стану батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектра, після реалізації програми психологічної допомоги було використано методика «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої)». Даний інструмент дозволяє комплексно оцінити рівень функціонального стану за трьома базовими параметрами – фізичним самопочуттям, рівнем активності та емоційним настроєм. Узагальнені результати контрольного етапу розраховано на основі сирих балів (Додаток И) та подано у табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Результати дослідження за методикою «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої)» (контрольний етап), n=30

Шкала	Рівень функціонального стану	Кількість респондентів	
		n	%
Самопочуття	Високий рівень	1	3,3
	Помірний рівень (норма)	28	93,43
	Знижений рівень	1	3,3
	Низький / критично знижений рівень	-	-
Активність	Високий рівень	2	6,7
	Помірний рівень (норма)	25	83,3
	Знижений рівень	3	10
	Низький / критично знижений рівень	-	-

Настрій	Високий рівень	8	26,7
	Помірний рівень (норма)	22	73,3
	Знижений рівень	-	-
	Низький / критично знижений рівень	-	-

Аналіз отриманих результатів показує, що за шкалою самопочуття переважна більшість респондентів – 28 осіб (93,3%) – перебувають на помірному, тобто нормативному рівні. Лише по одному учаснику (3,3%) засвідчили високий і знижений рівень відповідно, тоді як критично низькі значення відсутні.

За шкалою активності у 25 респондентів (83,3%) показники відповідають нормі, у 2 учасників (6,7%) зафіксовано високий рівень, а у 3 (10,0%) – знижений рівень активності. Критично низькі значення також не виявлено.

Результати за шкалою настрою свідчать про переважання позитивного емоційного фону: 22 респонденти (73,3%) перебувають на помірному рівні, а 8 осіб (26,7%) демонструють високий рівень настрою. Знижених і критично низьких показників не зафіксовано.

Отже, за результатами контрольного етапу більшість учасників дослідження демонструють достатньо високі та стабільні показники самопочуття, активності й настрою, що відображає позитивний функціональний стан та загальне психоемоційне благополуччя батьків дітей із РАС.

Для комплексного узагальнення результатів емпіричного дослідження було проведено порівняння показників за методикою «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій)» на двох етапах – констатувальному та контрольному. Такий підхід дозволив виявити особливості змін у рівнях функціонального стану батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектра, після участі у програмі психологічної допомоги. Узагальнені результати представлено в табл. 3.10.

Таблиця 3.10

**Порівняння результатів дослідження за методикою «Опитувальник САН
(самопочуття, активність, настрої)» на констатувальному та на
контрольному етапах експерименту, n=30**

Шкала	Рівень функціонального стану	Констатувальний етап		Контрольний етап	
		n	%	n	%
Самопочуття	Високий рівень	-	-	1	3,3
	Помірний рівень (норма)	3	10	28	93,43
	Знижений рівень	26	86,7	1	3,3
	Низький / критично знижений рівень	1	3,3	-	-
Активність	Високий рівень	-	-	2	6,7
	Помірний рівень (норма)	-	-	25	83,3
	Знижений рівень	28	93,3	3	10
	Низький / критично знижений рівень	2	6,7	-	-
Настрій	Високий рівень	-	-	8	26,7
	Помірний рівень (норма)	5	16,7	22	73,3
	Знижений рівень	25	83,3	-	-
	Низький / критично знижений рівень	-	-	-	-

Аналіз представлених даних свідчить про суттєві відмінності у розподілі респондентів за рівнями функціонального стану. Так, за шкалою самопочуття на констатувальному етапі більшість учасників мали знижений рівень (26 осіб, 86,7%), а лише 3 респонденти (10,0%) перебували у межах норми, і 1 (3,3%) продемонстрував критично низькі показники. Натомість на контрольному етапі переважна більшість – 28 осіб (93,3%) – продемонстрували помірний рівень, ще 1 респондент (3,3%) – високий і лише 1 (3,3%) – знижений.

За шкалою активності на початку дослідження домінував знижений рівень (28 осіб, 93,3%), у 2 респондентів (6,7%) він був критично низьким. У свою чергу, на контрольному етапі 25 учасників (83,3%) перебували у межах норми, 2 (6,7%) – на високому рівні та лише 3 (10,0%) демонстрували знижені показники.

Розподіл за шкалою настрою також зазнав значних змін. Якщо на констатувальному етапі більшість учасників – 25 осіб (83,3%) – мали знижений рівень, а лише 5 респондентів (16,7%) перебували у межах норми, то на контрольному етапі 22 особи (73,3%) характеризувалися помірним рівнем, а ще 8 (26,7%) – високим.

Таким чином, результати порівняльного аналізу вказують на помітне зростання показників самопочуття, активності та настрою на контрольному етапі, що свідчить про позитивну динаміку функціонального стану батьків, які брали участь у програмі психологічної допомоги.

З метою статистичної перевірки отриманих результатів за методикою «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій)» було використано t-критерій Стьюдента для залежних вибірок. Це дозволило встановити значущість відмінностей між середніми значеннями показників, зафіксованими на констатувальному та контрольному етапах експерименту. Узагальнені дані наведено у табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Емпіричні значення t-критерію Стьюдента за методикою «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій)»

Шкала	Середнє значення на констатувальному етапі (M ₁)	Середнє значення на контрольному етапі (M ₂)	U	p
Самопочуття	38.467±4.508	53.867±4.688	-12,968	0***
Активність	37.533±4.96	52.4±4.576	-12,066	0***
Настрій	41±5.113	57.933±4.741	-13,302	0***

* - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Аналіз представлених у табл. 3.11 результатів свідчить про суттєві позитивні зміни у психоемоційному стані батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектра, після завершення програми психологічної допомоги. За шкалою самопочуття середнє значення на констатувальному етапі

становило $38,467 \pm 4,508$ бала, що вказувало на виражене зниження рівня фізичного та психофізіологічного стану. На контрольному етапі цей показник зріс до $53,867 \pm 4,688$ бала, що відображає істотне поліпшення загального самовідчуття та наближення до нормативних показників. Різниця між середніми значеннями є статистично значущою ($t = -12,968$; $p < 0,001$), що дозволяє констатувати ефективність корекційної програми у сфері фізичного і психоемоційного благополуччя.

Подібна динаміка простежується й за шкалою активності. На початку дослідження середнє значення становило $37,533 \pm 4,960$ бала, що характеризувало респондентів як малоресурсних, зі зниженим рівнем енергійності та мобілізації. Після завершення програми цей показник зріс до $52,400 \pm 4,576$ бала, що свідчить про зростання енергійності, внутрішньої мобілізації та готовності до щоденної діяльності. Статистичний аналіз підтвердив високу достовірність змін ($t = -12,066$; $p < 0,001$).

Ще більш виразними виявилися зміни за шкалою настрою. Якщо на констатувальному етапі середнє значення було на рівні $41,000 \pm 5,113$ бала, що вказувало на переважання негативного емоційного фону та пригніченості, то після реалізації програми воно зросло до $57,933 \pm 4,741$ бала. Це свідчить про суттєве підвищення емоційної стабільності, домінування позитивного емоційного фону та зменшення проявів тривожності й дратівливості. Статистична перевірка підтвердила високу значущість результатів ($t = -13,302$; $p < 0,001$).

Отримані дані у сукупності демонструють, що програма психологічної допомоги мала вагомий позитивний вплив на функціональний стан батьків дітей із РАС. Це виявилось у підвищенні загального самопочуття, зростанні рівня життєвої активності та покращенні настрою, причому всі виявлені зміни є статистично достовірними на рівні $p < 0,001$. Таким чином, можна стверджувати, що впроваджена програма виявилася ефективним засобом підтримки психоемоційного стану досліджуваної категорії респондентів.

Узагальнення результатів контрольного етапу за трьома застосованими інструментами (DASS-21, «Шкала емоційного вигорання» В.В. Бойка та опитувальник САН) свідчить про виразне упорядкування психоемоційного стану батьків і зниження інтенсивності негативних переживань. За DASS-21 у більшості респондентів зафіксовано нормальні, легкі або помірні рівні депресії, тривоги та стресу; крайні («дуже важкі») стани або відсутні, або представлені поодинокими випадками. Це характеризує вибірку як таку, що на момент повторної діагностики перебуває переважно в діапазоні низько-середньої симптоматики.

Профіль емоційного вигорання (методика В.В. Бойка) на контрольному етапі демонструє, що симптоми охоплюють усі три фази (напруга, резистенція, виснаження), однак у більшості випадків перебувають у стадії формування, а не у сформованому стані. Найчастіше фіксуються ознаки розширення сфери економії емоцій, редукції обов'язків та особистісної відстороненості, тоді як емоційно-моральна дезорієнтація має низьку представленість у сформованому вигляді. Така структура свідчить про контрольованість процесів вигорання та наявність ресурсів для подальшої профілактики переходу до тяжчих стадій.

Показники функціонального стану за САН засвідчують переважання нормативних рівнів: більшість батьків мають помірне (нормативне) самопочуття, достатню активність і позитивний/стабільний настрій; знижені й критично знижені рівні або поодинокі, або не виявлені. Це узгоджується з якісною картиною за DASS-21 і відображає відновлення повсякденної працездатності та емоційної стабільності.

Статистичне підтвердження отримано за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок: для всіх трьох шкал DASS-21 (депресія, тривога, стрес), для симптомокомплексу вигорання (за всіма 12 шкалами) та для трьох показників САН (самопочуття, активність, настрої) виявлено високозначущі відмінності між двома вимірюваннями ($p < 0,001$). Це дозволяє зробити висновок не лише про описову, а й про статистично підтверджену ефективність проведеного втручання.

Отже, за сукупністю емпіричних індикаторів програма психологічної допомоги виявилася ефективною: зменшила інтенсивність негативних емоційних станів, стримала прогресування ключових симптомів емоційного вигорання та підвищила функціональний стан батьків. Практичним наслідком є доцільність подальшої підтримувальної роботи (психоедукація, тренінги саморегуляції, групові форми взаємопідтримки) для закріплення досягнутих змін і профілактики рецидивів емоційного виснаження.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження особливостей психологічної допомоги батькам, які виховують дитину з розладом аутистичного спектра, визначають наступні висновки:

Теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень засвідчує, що розлади аутистичного спектра (РАС) належать до складних нейророзвиткових порушень із багатофакторною етіологією та широким спектром клінічних проявів. Вони мають переважно спадкове походження та зумовлені генетичними й нейробиологічними чинниками, які формують «атипову» організацію мозку й визначають специфіку когнітивного, мовленнєвого та соціально-поведінкового розвитку дітей. Порушення роботи лобових відділів кори, гіпокампа, скроневих структур та мозочка корелюють із труднощами перемикання уваги, стереотипністю рухів, порушеннями мовлення й соціальної взаємодії. Важливим чинником є й сенсорна гіперчутливість, що провокує Perezбудження та зумовлює специфічні стратегії аутоstimуляції. Окреме місце посідають розлади сну, які часто мають стійкий характер і посилюють емоційно-поведінкові труднощі.

Виявлені психологічні особливості – стереотипні рухи, ауто- та гетероагресія, ізолюваність у грі, затримка мовленнєвого розвитку, ехолалії, сенсорна вибіркoвість, уникання зорового контакту – відображають глибинні проблеми сенсорної інтеграції та комунікації. Водночас клінічні прояви РАС відзначаються значною варіативністю й динамічністю, що вимагає ретельної диференційної діагностики та застосування комплексного підходу, який поєднує психопатологічні, психологічні та нейробиологічні методи дослідження.

Виховання дитини з РАС є потужним стресогенним чинником, що багатовимірно впливає на психоемоційний стан батьків і функціонування сім'ї: зростають тривога, почуття провини, емоційне виснаження, ризики подружньої напруги та соціальної ізоляції. Інтенсивність переживань змінюється поетапно – від гострих афективних реакцій після встановлення діагнозу до гностичного

переосмислення й вироблення поведінкових стратегій, – і зумовлюється як тяжкістю проявів РАС у дитини, так і ресурсами та захисно-копінговими механізмами батьків. Типові зовнішні бар'єри (дефіцит достовірної інформації, брак спеціалізованих послуг, фінансове навантаження) поєднуються з внутрішньосімейними викликами (нерівномірний розподіл ролей, симбіотичні прив'язаності, деформація стилів виховання), що підсилює хронічний стрес, передусім у матерів. Разом із тим емпіричні дані свідчать: своєчасна й системна психологічна підтримка – емоційно-підтримувальна, інформаційно-просвітницька, поведінково-тренінгова та сімейно-системна – знижує напруження, підвищує батьківську компетентність і сприяє більшій згуртованості родини.

Психологічна допомога батькам дітей з РАС має розглядатися як безперервний, поетапний і мультидисциплінарний процес, що інтегрує емоційно-підтримувальний, когнітивно-інформаційний, поведінково-тренінговий, сімейно-системний і соціально-ресурсний вектори. Така інтеграція дає змогу одночасно знижувати тривогу та почуття провини, підвищувати батьківську компетентність, формувати ефективні стилі взаємодії з дитиною й гармонізувати подружні та сімейні стосунки. Оптимальна логіка супроводу передбачає послідовність: діагностичний етап → психоедукація → цільова психокорекція → супровід і підсилення зовнішніх ресурсів. Ефективність програм зростає за умов індивідуалізації (урахування стадії прийняття діагнозу, рівня стресу, віку дитини), міжвідомчої координації (освіта – медицина – соціальні служби) та наявності чітких індикаторів результативності (зміни в рівні стресу, батьківській самоефективності, якості сімейної взаємодії, залученості дитини). Український контекст додатково висуває вимоги до доступності психоедукації, розвитку дистанційних форм роботи та розширення мережі громадських і державних сервісів. Загалом, системна, доказова та культурно чутлива модель допомоги дозволяє перетворити батьків на провідних агентів підтримки розвитку дитини, водночас зміцнюючи стійкість сім'ї й підвищуючи її соціальну інтегрованість.

Методологія та організація емпіричного дослідження психоемоційного стану батьків дітей із розладами аутистичного спектра були вибудовані на основі системного й діяльнісного підходів, що дозволило врахувати як індивідуально-психологічні особливості респондентів, так і соціальні чинники їхнього життя. Поетапна структура – від підготовчого до контрольного етапу – забезпечила цілісність і логічну послідовність дослідження, дозволивши відстежити динаміку змін під впливом корекційної програми.

Характеристика вибірки та використаного діагностичного інструментарію засвідчила відповідність організації дослідження його меті й завданням. Вибірка у 30 респондентів (переважно матерів), які виховують дітей із РАС віком від 3 до 12 років, відображає специфіку психоемоційного навантаження у критичні періоди розвитку дитини. Обрані методики – шкала DASS-21, методика емоційного вигорання В.В. Бойка та тест «САН» – забезпечили комплексну оцінку як емоційної сфери (депресія, тривога, стрес, вигорання), так і функціонального стану досліджуваних. Це створило можливість виявити як безпосередні негативні емоційні прояви, так і їхній вплив на загальний рівень життєдіяльності батьків.

Проведений аналіз та інтерпретація результатів дослідження засвідчили, що психоемоційний стан батьків, які виховують дітей із розладами аутистичного спектра, характеризується системними проявами дезадаптації та високим рівнем емоційного виснаження. За шкалою DASS-21 у вибірці повністю відсутні нормальні показники депресії та тривожності, а більшість респондентів продемонстрували клінічно значущі рівні депресії (76,7%), тривоги (80,0%) та стресу (86,6%). Методика В.В. Бойка підтвердила, що синдром емоційного вигорання охоплює всі фази його розвитку, причому найбільш критичною є фаза виснаження, яка у 56,7% учасників досягла завершеної форми. Результати опитувальника САН додатково підкреслили значне зниження функціонального стану: у більшості респондентів виявлено низькі показники самопочуття, активності та настрою.

Узагальнені дані доводять, що батьки дітей із РАС перебувають у стані глибокого психоемоційного напруження, яке проявляється у депресивних і тривожних розладах, симптомах вигорання та зниженні фізичних і психологічних ресурсів. Це зумовлює потребу у впровадженні комплексної психокорекційної підтримки, спрямованої на зниження негативних переживань, підвищення стресостійкості та відновлення життєвого потенціалу.

Запропонована модель реалізації програми є чітко структурованою, поетапною та методично узгодженою: від підготовчого створення безпечного групового середовища – до змістового опрацювання модулів і підсумкової інтеграції набутих умінь. Комбінація форм (міні-лекції, групові обговорення, рольові вправи, техніки релаксації, майндфулнес, саморефлексія) забезпечує одночасно інформаційну насиченість і практичну спрямованість, а також адаптивність до індивідуальних потреб батьків. Послідовність модулів логічно знижує тривожно-стресові прояви, формує навички емоційної регуляції та когнітивної реструктуризації, запобігає вигоранню, підсилює сімейну комунікацію й ко-регуляцію, розширює мережу соціальної підтримки та закріплює стратегії самопомоги. Підсумкове заняття виконує функцію трансферу навичок у повсякденність і закладає основу рецидив-профілактики через індивідуальні плани підтримки. Таким чином, програма демонструє інструментальну цілісність і практичну ефективність: вона не лише зменшує інтенсивність негативних психоемоційних станів, а й підвищує автономність батьків, їхню стресостійкість і якість сімейної взаємодії, створюючи умови для сталих позитивних змін у житті родин, що виховують дитину з РАС.

Результати контрольного етапу переконливо засвідчили ефективність програми психологічної допомоги для батьків дітей з РАС. За DASS-21 зафіксовано системне зниження депресії, тривоги та стресу з переходом від «важких/дуже важких» рівнів до помірних, легких і нормальних; усі зміни статистично достовірні ($p < 0,001$). Профіль емоційного вигорання за методикою В.В. Бойка продемонстрував істотне зменшення сформованих проявів у фазах напруги, резистенції та особливо виснаження, з переважанням стадії формування

й редуцією критичних симптомів ($p < 0,001$). Показники САН засвідчили відновлення функціонального стану: більшість учасників досягли нормативних і високих рівнів самопочуття, активності та настрою ($p < 0,001$). У сукупності це вказує, що програма не лише зменшує інтенсивність негативних емоційних станів і ознак вигорання, а й підвищує життєздатність, стресостійкість і повсякденну працездатність батьків. Доцільним є підтримувальне продовження (психоедукація, тренінги саморегуляції, групи взаємопідтримки) для закріплення досягнутих змін і профілактики рецидивів, а також масштабування програми з урахуванням індивідуальних потреб сімей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Борисенко З., Гринців М. Роль та специфіка консультативної роботи з батьками дітей з особливими освітніми потребами. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2023. № 51. С. 25–32.
2. Бужинська С.М., Тома А.С. Психологічний супровід батьків, що виховують дітей з особливими освітніми потребами. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку: матеріали XII Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ; Лісабон, 07 серпня 2021 р.) / за ред. Є.О. Романенка, І.В. Жукової. Київ; Лісабон: ФОП Кандиба Т.П., 2021. С. 120–124.*
3. Василенко О., Безручук Ю. Особливості соціально-психологічного супроводу батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 23–31.
4. Давоян Є.Е. Психологічні особливості батьків, що виховують дітей з аутизмом: дис. ... д-ра філософії з психології : 053 – Психологія. Криворізький державний педагогічний університет. Кривий Ріг, 2021. 240 с.
5. Душка А.Л. Психоемоційні стани батьків дітей з психофізичними відхиленнями: концептуалізація, діагностика і корекція: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.08. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т спец. педагогіки. Київ, 2016. 42 с.
6. Закалик Г., Шувар Н. Психологічні особливості дітей із спектром аутизму: шлях до розуміння. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. Т. 84, № 2. С. 59–69. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-84-2-59-69>
7. Карсканова С.В. Безумовне прийняття власної дитини батьками дітей з інвалідністю. *Інновації в освіті: перспективи розвитку*. 2021. С. 258–261.
8. Кобець В.О. Психологічна підтримка батьків дітей із розладами аутистичного спектру. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*.

2025. № 1. С. 60–65. URL: <https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/article/view/625/586>
9. Концептуалізація системи сімейно-орієнтованого психолого-педагогічного супроводу родини, яка виховує дитину з особливими потребами / авт. кол. ; за ред. О.В. Царькової. Мелітополь, 2019. 267 с.
 10. Кротенко В. Взаємодія з батьками як складова ефективного психологічного супроводу дітей в умовах інклюзивної освіти. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2017. № 1(13). С. 370–378.
 11. Кукуруза Г.В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія. Харків: Точка, 2013. 244 с.
 12. Михальська С.А. Особливості емоційного вигорання у батьків дітей з ООП. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка: збірник за підсумками звітної наукової конференції викладачів, докторантів і аспірантів. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка*, 2022. Вип. 21. С. 228–229.
 13. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку : статистична класифікація / за ред. В.Д. Мішеєва ; пер. з англ. Б.М. Михайлова. 2-ге вид. Київ : МОРІОН, 2024. 300 с.
 14. Островська К.О. Психологічні особливості ставлення матерів до їхніх здорових дітей та дітей з обмеженими можливостями. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2015. Вип. 29. С. 213–220.
 15. Реброва О.О. Психологічний супровід батьків дітей раннього віку з особливими освітніми потребами: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.08 – Спеціальна психологія. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. Київ, 2023. 210 с.

16. Реброва О.О. Специфіка батьківсько-дитячих відносин в родинях, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. *Психологічні науки: теорія і практика сучасної науки: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Запоріжжя: Гельветика, 2021. С. 90–93.*
17. Романчук О.Д. Нейробіологічне походження та психологічні моделі аутизму. *Нейронews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2009. № 5(16).*
URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2009/5%2816%29/article-212/neurobiologichne-pohodzhennya-ta-psihologichni-modeli-autizmu#gsc.tab=0>
18. Сухіна І. Емоційне вигорання у батьків дітей з особливими освітніми потребами: реалії та шляхи подолання. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2020. Вип. 17. С. 220–235.*
19. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації». Київ: МОЗ України, 2014. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf923cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf
20. Царькова О.В., Варіна Г.Б. Генезис трансформації почуття провини у батьків дітей з обмеженими можливостями здоров'я. *Наука і освіта. 2018. № 9–10. С. 78–85.*
21. Царькова О.В., Пономаренко В.В. Психологічний супровід емпатично-толерантного ставлення шкільного колективу батьків до дітей з психофізичними порушеннями. *Психологічний часопис. 2018. № 5. С. 297–311.* URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2018_5_21
22. Чуприков А.П., Хворова Г.М. Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів : Мс, 2012. 187 с.
23. Шульженко Д.І. Особливості психологічної роботи з емоційними станами батьків дітей з психофізичними порушеннями раннього віку. *Психологічний часопис. 2017. № 5. С. 173–180.*

24. Althoff C.E., Dammann C.P., Hope S.J., Ausderau K.K. Parent-Mediated Interventions for Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2019. Vol. 73, No. 3. P. 7303205010p1–7303205010p13. doi: 10.5014/ajot.2019.030015. PMID: 31120831.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013.
26. Braunstein V., Peniston N., Perelman A., Cassano M.C. The inclusion of fathers in investigations of autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2013. Vol. 7. P. 858–865.
27. Bristol M.M. Family resources and successful adaptation to autistic children. In: Schopler E., Mesibov G.B. (eds.). *The effects of autism on the family*. New York: Plenum Press, 1984. P. 289–310.
28. Catalano D., Holloway L., Mpofo E. Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018. Vol. 15, No. 2. P. 341. doi: 10.3390/ijerph15020341.
29. Dawson G., et al. The Role of the Cerebellum in Autism. *The American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159, № 4. P. 565–568. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.4.565.
30. Freedman B.H., Kalb L.G., Zablotsky B., Stuart E.A. Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: A population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2012. Vol. 42, No. 4. P. 539–548.
31. Goddard J.A., Lehr R., Lapadat J.C. Parents of children with disabilities: telling a different story. *Canadian Journal of Counselling*. 2000. Vol. 34, № 4. P. 273–289. URL: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ619276.pdf>
32. Gunes S., et al. Sleep problems in children with autism spectrum disorder: clinical correlates and the impact of attention deficit hyperactivity disorder.

- Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2019. Vol. 15. P. 763–771. DOI: 10.2147/NDT.S195738.
33. Guo Y., He H., Lan J. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on parental stress in parents of special children: a meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2025. Vol. 19. P. 80. doi: 10.1186/s13034-025-00944-y.
34. Holroyd J., McArthur D. Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood autism. *American Journal of Mental Deficiency*. 1976. Vol. 80, № 4. P. 431–436.
35. Humphreys J.S., Gringras P., Blair P.S. Sleep patterns in children with autistic spectrum disorders: a prospective cohort study. *Archives of Disease in Childhood*. 2014. Vol. 99. DOI: 10.1136/archdischild-2013-304083.
36. Keller T., Ramisch J., Carolan M. Relationships of Children with Autism Spectrum Disorders and their Fathers. *The Qualitative Report*. 2014. Vol. 19, Article 66. P. 1–15.
37. Kulasinghe K., Whittingham K., Mitchell A.E., Boyd R.N. Psychological interventions targeting mental health and the mother-child relationship in autism: Systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2023. Vol. 65, No. 3. P. 329–345. doi: 10.1111/dmcn.15432.
38. Minshew N.J., Williams D.L. The new neurobiology of autism: cortex, connectivity, and neuronal organization. *Archives of Neurology*. 2007. Vol. 64, № 7. P. 945–950. DOI: 10.1001/archneur.64.7.945.
39. Mutschler Collins I., Durrer M., Deraita J. et al. Parents' Perspectives Regarding Support for Raising a Child on the Autism Spectrum in Switzerland: A Mixed-Methods Study. *Journal of Child and Family Studies*. 2025. Vol. 34. P. 1952–1971. doi: 10.1007/s10826-025-03108-w.
40. Parsons D., Cordier R., Vaz S., Lee H.C. Parent-Mediated Intervention Training Delivered Remotely for Children With Autism Spectrum Disorder Living Outside of Urban Areas: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2017. Vol. 19, No. 8. P. e198. doi: 10.2196/jmir.6651.

41. Pierce K., Courchesne E. Evidence for a cerebellar role in reduced exploration and stereotyped behavior in autism. *Biological Psychiatry*. 2001. Vol. 49, No. 8. P. 655–664. doi: 10.1016/s0006-3223(00)01008-8. PMID: 11313033.
42. Richdale A., Schreck K.A. Sleep problems in autism spectrum disorders: Prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Medicine Reviews*. 2009. Vol. 13. P. 403–411. DOI: 10.1016/j.smrv.2009.02.003.
43. Ridderinkhof A., de Bruin E.I., Blom R. et al. Mindfulness-Based Program for Autism Spectrum Disorder: a Qualitative Study of the Experiences of Children and Parents. *Mindfulness*. 2019. Vol. 10. P. 1936–1951. doi: 10.1007/s12671-019-01202-x.
44. Rodrigue J.R., Morgan S.B., Geffken G. Families of autistic children: Psychological functioning of mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1990. Vol. 19, № 4. P. . 371–379
45. Senko T.V. Analiza form zachowan osobowosciowych w interakcjach rodzinnych. *Diagnoza zachowan osobowosciowych. Legnica: PWSZ im. Witelana w Legnicy*, 2015. S. 65–136.
46. Siegel J.M. Why We Sleep. *Scientific American*. 2003. Vol. 289, № 5. P. 92–97.
47. Siu M.T. Epigenetics of Autism Spectrum Disorder. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2017. Vol. 978. P. 63–90. DOI: 10.1007/978-3-319-53889-1_4.
48. Tzischinsky O., Meiri G., Manelis L., et al. Sleep disturbances are associated with specific sensory sensitivities in children with autism. *Molecular Autism*. 2018. Vol. 9. P. 22. DOI: 10.1186/s13229-018-0206-8.
49. Wayne M.M.Y., Cheng H.Y. Genetics and epigenetics of autism: A review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2018. Vol. 72, № 4. P. 228–244. DOI: 10.1111/pcn.12610.
50. World Health Organization. Autism spectrum disorders: Key facts. 15.11.2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

51. Zeidan J., Fombonne E., Scora J. et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*. 2022. Vol. 15, № 5. P. 778–790.

DOI: <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

Додаток А

Шкала депресії, тривожності та стресу DASS-21

Шкала депресії, тривоги та стресу (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21) призначена для вимірювання негативних емоційних станів депресії, тривоги та стресу. Шкала DASS-21 підходить для діагностики та моніторингу результатів в клінічних умовах, а також для скринінгу психічного здоров'я в неклінічних умовах.

Тест

1. Мені було важко розслабитися.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

2. Я відчував сухість у роті.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

3. Я взагалі не міг відчувати жодних позитивних почуттів.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

4. У мене виникли труднощі з диханням (наприклад, надмірно прискорене дихання, задишка за відсутності фізичного навантаження).

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

5. Мені було важко проявити ініціативу, щоби щось зробити.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

6. Я був схильний надмірно реагувати на ситуації.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

7. Я відчував тремтіння (наприклад, в руках).

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

8. Я відчував, що витрачаю багато нервової енергії.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

9. Мене непокоїли ситуації, в яких я міг би запанікувати і виставити себе дурнем.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

10. Я відчував, що мені нема чого чекати.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

11. Я почувався неспокійним.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

12. Я відчував складнощі в процесі розслаблення.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

13. Я почувався пригніченим і сумним.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

14. Я був нетерпимий до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

15. Я відчував, що був на межі паніки.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

16. Я не міг нічим захопитися.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

17. Я відчував, що я нічого не вартий як особистість.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

18. Я відчував себе досить образливим.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

19. Я усвідомлював роботу свого серця при відсутності фізичного навантаження (наприклад, відчуття прискореного пульсу).

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

20. Я відчував страх без будь-якої вагомої причини.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

21. Я відчував, що життя позбавлене сенсу.

Ніколи

Іноді

Часто

Майже завжди

Інтерпретація результатів

Кожне питання опитувальника можна оцінити балами від 0 (не відноситься до мене взагалі, ні) до 3 (є типовим для мене).

Після підрахунку суми балів за різними шкалами, що оцінюють окремо депресію, тривогу та стрес, вони порівнюються зі стандартами, що дозволяє оцінити рівень показників.

Стандарти тесту DASS-21 для визначення рівнів депресії, тривоги та стресу (у балах)

Рівень показника	Депресія	Тривога	Стрес
Нормальний	0-4	0-3	0-7
Легкий	5-6	4-5	8-9
Помірний	7-10	6-7	10-12
Важкий	11-13	8-9	13-16
Дуже важкий	>14	>10	>17

Додаток Б

Шкала емоційного вигорання В.В. Бойка

Інструкція: Прочитайте міркування та, у разі згоди, відповідайте «Так», а у разі незгоди – «Ні»

Текст опитувальника

1. Організаційні недоліки на роботі постійно змушують мене нервувати, переживати, напружуватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, якісно, повільніше).
5. Теплоота взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою – хорошого чи поганого.
6. Від мене, як професіонала, мало залежить благополуччя партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то якийсь час (години 2-3) мені хочеться побути наодинці, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому або напругу, то намагаюся якнайшвидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати партнерам те, що вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота притуплює емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.
12. Буває, я погано засинаю (сплю) через переживання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами вимагає від мене великої напруги.
14. Робота з людьми приносить все менше задоволення.
15. Я змінив би місце роботи, якби представилася можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу належним чином надати партнеру професійну підтримку, послугу, допомогу.

17. Мені завжди вдається запобігти поганому настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує, якщо щось не ладиться у стосунках з діловим партнером.
19. Я настільки втомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якнайменше.
20. Через брак часу, втоми чи напруги часто приділяю увагу партнеру менше, ніж належить.
21. Іноді звичайнісінькі ситуації спілкування на роботі викликають роздратування.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукало мене уникати людей.
24. При згадці про деяких колег по роботі або партнерів у мене псується настрій.
25. Конфлікти чи розбіжності з колегами забирають багато сил та емоцій.
26. Мені важче встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обстановка на роботі мені здається дуже складною.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, святі з роботою: щось має статися, як би не допустити помилки, чи зможу зробити все, як треба, чи не скоротять тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, я намагаюся обмежити час спілкування з ним чи менше приділяти йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюсь принципу: «Не роби людям добра, не отримаєш зла».
31. Я охоче розповідаю домашнім про свою роботу.
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано позначається на результатах роботи (менше роблю, знижується якість, трапляються конфлікти).
33. Іноді я відчуваю, що треба проявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.
34. Я дуже хвилююся за свою роботу.

35. Партнерам по роботі віддаєш уваги та турботи більше, ніж отримуєш від них вдячності.
36. При думці про роботу мені зазвичай стає не по собі: починає колоти в серці, підвищується тиск, з'являється головний біль.
37. У мене хороші (цілком задовільні) відносини з безпосереднім керівником.
38. Я часто радію, бачачи, що моя робота приносить користь людям.
39. Останнім часом (або як завжди) мене переслідують невдачі у роботі.
40. Деякі сторони (факти) моєї роботи викликають глибоке розчарування, спантеличують.
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж звичайно.
42. Я поділяю ділових партнерів (суб'єктів діяльності) гірше, ніж зазвичай.
43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити спілкування з друзями та знайомими.
44. Я зазвичай виявляю інтерес до особи партнера, крім того, що стосується справи.
45. Зазвичай я приходжу на роботу тим, хто відпочив, зі свіжими силами, в хорошому настрої.
46. Я іноді ловлю себе на тому, що працюю з партнерами без душі.
47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш їм чогось поганого.
48. Після спілкування з неприємними партнерами у мене буває погіршення фізичного чи психічного самопочуття.
49. На роботі я відчуваю постійні фізичні або психологічні навантаження.
50. Успіхи в роботі надихають мене.
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається мені безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.
53. Протягом останнього року була скарга (були скарги) на мою адресу з боку партнера (ів).

54. Мені вдається берегти нерви завдяки тому, що багато з того, що відбувається з партнерами, я не приймаю близько до серця.
55. Я часто приношу додому негативні емоції.
56. Я часто працюю через силу.
57. Насамперед я був більш чуйним і уважним до партнерів, ніж тепер.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не витратити нерви, бережи здоров'я.
59. Іноді йду на роботу з тяжким почуттям: як усе набридло, нікого не бачити і не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю нездужання.
61. Контингент партнерів, з яким я працюю, є дуже важким.
62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
63. Якби мені пощастило з роботою, я був би щасливішим.
64. Я в розпачі через те, що на роботі маю серйозні проблеми.
65. Іноді я роблю зі своїми партнерами так, як не хотів би, щоб чинили зі мною.
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на особливе поблажливість, увага.
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил займатися домашніми справами.
68. Зазвичай я кваплю час: скоріше б робочий день скінчився.
69. Стани, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро турбують.
70. Працюючи з людьми, я зазвичай як би ставлю екран, що захищає від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, я часто приймаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно та легко.
74. Мої вимоги до роботи вище, ніж те, чого я досягаю через обставини.
75. Моя кар'єра склалася успішно.
76. Я дуже нервуюся через все, що пов'язане з роботою.
77. Деяких своїх постійних партнерів я не хотів би бачити і чути.

78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.
79. Моя втома на роботі зазвичай мало позначається (ніяк не сказується) у спілкуванні з домашніми та друзями.
80. Якщо випадок надається, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви у спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив інтерес, живе почуття.
83. Робота з людьми погано вплинула на мене, як на професіонала – розлютила, зробила нервовим, притупила емоції.
84. Робота з людьми явно підриває моє здоров'я.

Обробка та інтерпретація даних.

1. Визначте суму балів окремо для кожного з 12 симптомів вигорання. Для цього выпишіть назви чотирьох шкал за кожним із симптомів. Виявивши збіг відповідей з ключем, оцініть кількістю балів, яка вказана поруч із номером питання у графі «Б». Кожна шкала включає сім питань і максимальна кількість балів дорівнює 30.

2. Підрахуйте суму показників симптомів для кожної із трьох фаз формування симптому вигорання. Для цього складіть результати за чотирма шкалами кожної фази окремо.

3. Знайдіть підсумковий показник синдрому емоційного вигорання, підрахувавши суму показників усіх 12 симптомів.

Ключ: Для зручнішого підрахунку показників емоційного вигорання можна скористатися спеціальною формою.

Форма підрахунку показників емоційного вигорання

НАПРУГА													
Переживання психотравмуючих обставин													
№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б
1+	2	13+	3	25+	2	37-	3	49+	10	61+	5	73-	5
Незадоволеність собою													
2-	3	14+	2	26+	2	38-	10	50-	5	62+	5	74+	3

«Загнаність у клітку»													
3+	10	15+	5	27+	2	39+	2	51+	5	63+	1	75-	5
Тривога та депресія													
4+	2	16+	3	28+	5	40+	5	5+	10	64+	2	76+	3
РЕЗИСТЕНЦІЯ													
Неадекватне емоційне виборче реагування													
№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б
6+	10	18-	3	30+	3	42+	5	54+	2				
Емоційно-моральна дезорієнтація													
54+	10	18-	3	30+	3	42+	5	54+	2	66+	2	78-	5
Розширення сфери економії емоцій													
7+	2	19+	10	31-	2	43+	5	55+	3	67+	3	79-	5
Редукція професійних обов'язків													
8+	5	20+	5	32+	2	44-	2	56+	3	68+	3	80+	10
ВИСНАЖЕННЯ													
Емоційний дефіцит													
№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б
9+	3	21+	2	35+	5	45-	5	57+	3	69-	10	81+	2
Емоційна відстороненість													
10+	2	22+	3	34-	2	46+	3	58+	5	70+	5	82+	5
Особистісна відстороненість (деперсоналізація)													
11+	5	23+	3	35+	3	47+	5	59+	5	72+	2	83+	10
Психосоматичні та психовегетативні порушення													
12+	3	24+	2	36+	5	48+	3	60+	2	72+	10	84+	5

Запропонована методика дає докладну картину синдрому емоційного вигорання. Насамперед, треба звернути увагу на окремо взяті симптоми.

Показник виразності кожного симптому коливається в межах від 0 до 30 балів:

- 9 і менше балів – не сформований симптом,
- 10 – 15 балів – симптом, що складається,
- 16 і більше – сформований.

Симптоми з показниками 20 і більше балів відносяться до домінуючим у фазі або у всьому синдромі емоційного вигорання.

Подальший крок в інтерпретації результатів методики осмислення показників фаз – «напруги», «резистенції» і «виснаження». У кожній із них оцінка можлива в межах від 0 до 120 балів. Однак зіставлення балів, отриманих для фаз, не правомірне, бо не свідчить про їхню відносну роль або внесок у синдром.

Справа в тому, що вимірювані в них явища суттєво різні – реакція на зовнішні та внутрішні фактори, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками правомірно судити лише про те, наскільки кожна фаза сформувалася, яка фаза сформувалася більшою чи меншою мірою:

- 36 і менше балів – фаза не сформувалася;
- 37 – 60 балів – фаза у стадії формування;
- 61 і більше балів – сформована фаза.

Додаток В

Методика «САН» (Самопочуття – Активність – Настрій)

Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності і настрою.

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

Інструкція. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент.

Самопочуття добре	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3 2 1 0 1 2 3	Почуваюся слабким
Пасивний	3 2 1 0 1 2 3	Активний
Малорухливий	3 2 1 0 1 2 3	Рухливий
Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
Добрий настрій	3 2 1 0 1 2 3	Поганий настрій
Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Розбитий
Сповнений сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
Повільний	3 2 1 0 1 2 3	Швидкий
Бездіяльний	3 2 1 0 1 2 3	Діяльний
Щасливий	3 2 1 0 1 2 3	Нещасливий
Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий
Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений
Здоровий	3 2 1 0 1 2 3	Хворий
Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Захоплений
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Схвильований
Захоплений	3 2 1 0 1 2 3	Сумовитий
Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Печальний
Відпочивший	3 2 1 0 1 2 3	Стомлений
Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Виснажений
Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений
Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажання працювати
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Стурбований
Оптимістичний	3 2 1 0 1 2 3	Песимістичний
Витривалий	3 2 1 0 1 2 3	Втомлений
Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий

Думати важко	3 2 1 0 1 2 3	Думати легко
Розсіяний	3 2 1 0 1 2 3	Уважний
Сповнений сподівань	3 2 1 0 1 2 3	Розчарований
Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Незадоволений

Обробка та інтерпретація. При обробці ці цифри перекоднуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід ураховувати те, – що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці.

Перекодування	Повний надій	7	6	5	4	3	2	1	Розчарований
Текст САН	Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований

При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно однакові. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Ключ

Питання на самопочуття 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність -3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрої -5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Градація рівнів за кожною шкалою

Сума балів	Рівень функціонального стану
61–70	Високий рівень
46–60	Помірний рівень (норма)
31–45	Знижений рівень
10–30	Низький / критично знижений рівень

Додаток Г

Результати дослідження за методикою «Шкала депресії, тривожності та стресу DASS» (констатувальний етап)

№ респондента	Депресія	Тривожність	Стрес
1	14	9	14
2	12	15	15
3	14	10	12
4	17	7	11
5	12	13	18
6	12	7	20
7	17	11	15
8	15	5	19
9	11	6	17
10	14	11	13
11	11	12	17
12	11	11	21
13	13	10	15
14	6	9	21
15	7	6	6
16	11	8	18
17	9	9	16
18	13	13	15
19	10	11	16
20	8	5	9
21	17	11	15
22	12	9	17
23	13	8	21
24	8	12	14
25	11	13	13
26	13	13	14
27	9	8	19
28	14	9	17
29	11	11	14
30	11	13	17

Додаток Г

Результати дослідження за методикою «Шкала рівня емоційного вигорання» В. Бойко (констатувальний етап)

Таблиця Г.1 – Результати дослідження симптомів фази «Напруга»

НАПРУГА				
Респондент	Переживання психотравмуючих обставин	Незадоволеність собою	Загнаність у клітку	Тривога та депресія
Респондент 1	9	15	24	25
Респондент 2	24	22	12	12
Респондент 3	12	7	13	8
Респондент 4	25	3	12	10
Респондент 5	12	13	5	20
Респондент 6	13	8	16	18
Респондент 7	5	7	30	15
Респондент 8	4	7	8	15
Респондент 9	20	18	10	15
Респондент 10	22	9	21	3
Респондент 11	12	7	8	10
Респондент 12	16	10	12	17
Респондент 13	15	15	18	7
Респондент 14	10	20	17	23
Респондент 15	24	18	24	12
Респондент 16	25	2	13	5
Респондент 17	23	10	19	5
Респондент 18	19	7	5	10
Респондент 19	10	24	24	23
Респондент 20	25	13	29	23
Респондент 21	21	20	18	10
Респондент 22	12	8	15	5
Респондент 23	17	15	24	12
Респондент 24	17	17	20	15
Респондент 25	3	5	15	15
Респондент 26	18	20	29	3
Респондент 27	8	13	18	8
Респондент 28	13	10	14	22
Респондент 29	15	20	18	28
Респондент 30	0	23	8	8

Таблиця Г.2 – Результати дослідження симптомів фази «Резистенція»

РЕЗИСТЕНЦІЯ				
Респондент	Неадекватне емоційне виборче реагування	Емоційно-моральна дезорієнтація	Розширення сфери економії емоцій	Редукція професійних обов'язків
Респондент 1	20	17	20	5

Респондент 2	20	10	5	10
Респондент 3	18	10	20	17
Респондент 4	20	17	10	17
Респондент 5	10	17	17	5
Респондент 6	8	8	23	12
Респондент 7	13	8	23	20
Респондент 8	3	8	22	12
Респондент 9	10	12	18	10
Респондент 10	23	20	17	13
Респондент 11	3	10	15	20
Респондент 12	13	10	13	17
Респондент 13	18	13	10	25
Респондент 14	15	12	25	15
Респондент 15	18	15	8	21
Респондент 16	0	7	11	19
Респондент 17	13	5	15	20
Респондент 18	18	15	10	20
Респондент 19	18	15	23	30
Респондент 20	13	3	20	23
Респондент 21	8	13	12	15
Респондент 22	16	11	15	18
Респондент 23	3	3	28	18
Респондент 24	15	10	12	10
Респондент 25	5	7	27	12
Респондент 26	15	12	23	11
Респондент 27	3	5	20	23
Респондент 28	3	10	0	20
Респондент 29	21	13	10	20
Респондент 30	15	10	11	7

Таблиця Г.3 – Результати дослідження симптомів фази «Виснаження»

ВИСНАЖЕННЯ				
Респондент	Емоційний дефіцит	Емоційна відстороненість	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	Психосоматичні та психовегетативні порушення
Респондент 1	27	11	23	11
Респондент 2	7	22	15	5
Респондент 3	13	11	18	15
Респондент 4	15	15	28	9
Респондент 5	28	11	20	12
Респондент 6	10	5	13	10
Респондент 7	6	5	25	5
Респондент 8	5	12	25	15
Респондент 9	14	14	23	18
Респондент 10	15	12	20	27
Респондент 11	21	18	23	20
Респондент 12	5	12	15	22
Респондент 13	8	15	30	15

Респондент 14	14	14	22	18
Респондент 15	20	11	15	13
Респондент 16	20	16	10	20
Респондент 17	15	12	20	21
Респондент 18	20	15	17	18
Респондент 19	20	7	15	10
Респондент 20	18	9	20	15
Респондент 21	17	12	13	22
Респондент 22	3	13	28	7
Респондент 23	17	18	15	15
Респондент 24	12	11	18	17
Респондент 25	19	16	5	8
Респондент 26	30	16	20	12
Респондент 27	12	11	13	13
Респондент 28	20	15	13	22
Респондент 29	17	12	20	18
Респондент 30	13	12	7	15

Таблиця Г.4 – Результати дослідження за фазами

Респондент	Напруга (сумарно)	Резистенція (сумарно)	Виснаження (сумарно)
Респондент 1	73	62	72
Респондент 2	70	45	49
Респондент 3	40	65	57
Респондент 4	50	64	67
Респондент 5	50	49	71
Респондент 6	55	51	38
Респондент 7	57	64	41
Респондент 8	34	45	57
Респондент 9	63	50	69
Респондент 10	55	73	74
Респондент 11	37	48	82
Респондент 12	55	53	54
Респондент 13	55	66	68
Респондент 14	70	67	68
Респондент 15	78	62	59
Респондент 16	45	37	66
Респондент 17	57	53	68
Респондент 18	41	63	70
Респондент 19	81	86	52
Респондент 20	90	59	62
Респондент 21	69	48	64
Респондент 22	40	60	51
Респондент 23	68	52	65
Респондент 24	69	47	58
Респондент 25	38	51	48
Респондент 26	70	61	78
Респондент 27	47	51	49
Респондент 28	59	33	70

Респондент 29	81	64	67
Респондент 30	39	43	47

Додаток Д

Результати дослідження за методикою «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої)» (констатувальний етап)

№ респондента	Самопочуття	Активність	Настрої
1	42	35	45
2	39	37	37
3	43	32	49
4	47	32	34
5	38	42	44
6	38	44	52
7	47	37	37
8	43	43	39
9	37	39	42
10	42	34	39
11	37	39	34
12	37	45	42
13	41	37	36
14	30	45	44
15	31	24	37
16	37	42	49
17	34	38	38
18	41	36	40
19	35	38	46
20	32	28	35
21	47	36	43
22	38	39	48
23	40	45	33
24	32	35	42
25	37	33	43
26	40	35	45
27	34	42	35
28	41	39	35
29	36	35	44
30	38	40	43

Додаток Е

Результати дослідження за методикою «Шкала депресії, тривожності та стресу DASS» (контрольний етап)

№ респондента	Депресія	Тривожність	Стрес
1	7	7	9
2	9	3	9
3	5	8	6
4	6	2	9
5	6	7	9
6	3	10	6
7	8	3	13
8	8	4	9
9	7	6	5
10	6	4	10
11	3	2	6
12	6	6	10
13	6	3	11
14	5	6	6
15	6	3	11
16	8	9	9
17	12	4	10
18	7	5	13
19	7	7	8
20	7	3	6
21	2	6	6
22	7	8	6
23	7	2	8
24	13	6	9
25	6	6	9
26	8	7	10
27	7	3	8
28	4	3	12
29	10	6	8
30	9	6	15

Додаток Ж

Результати дослідження за методикою «Шкала рівня емоційного вигорання» В. Бойко (контрольний етап)

Таблиця Ж.1 – Результати дослідження симптомів фази «Напруга»

НАПРУГА				
Респондент	Переживання психотравмуючих обставин	Незадоволеність собою	Загнаність у клітку	Тривога та депресія
Респондент 1	7	12	20	20
Респондент 2	20	18	10	10
Респондент 3	10	7	10	8
Респондент 4	18	3	10	8
Респондент 5	9	11	5	16
Респондент 6	10	7	13	15
Респондент 7	4	6	25	14
Респондент 8	4	6	8	12
Респондент 9	15	15	8	12
Респондент 10	18	8	18	3
Респондент 11	10	6	6	10
Респондент 12	14	8	10	14
Респондент 13	12	12	15	6
Респондент 14	8	16	12	18
Респондент 15	19	14	20	10
Респондент 16	20	2	12	5
Респондент 17	17	8	16	4
Респондент 18	14	6	4	8
Респондент 19	8	20	18	20
Респондент 20	20	10	22	20
Респондент 21	18	16	15	10
Респондент 22	10	7	12	5
Респондент 23	13	11	18	10
Респондент 24	14	15	15	12
Респондент 25	3	5	10	10
Респондент 26	15	16	26	2
Респондент 27	7	12	15	6
Респондент 28	11	7	12	17
Респондент 29	13	15	15	20
Респондент 30	0	20	7	5

Таблиця Ж.1 – Результати дослідження симптомів фази «Резистенція»

РЕЗИСТЕНЦІЯ				
Респондент	Неадекватне емоційне виборче реагування	Емоційно-моральна дезорієнтація	Розширення сфери економії емоцій	Редукція професійних обов'язків
Респондент 1	18	15	18	4

Респондент 2	18	9	4	9
Респондент 3	17	9	18	15
Респондент 4	17	15	8	15
Респондент 5	8	15	16	4
Респондент 6	6	7	20	10
Респондент 7	11	7	21	18
Респондент 8	2	6	19	10
Респондент 9	9	10	17	9
Респондент 10	20	18	15	12
Респондент 11	3	8	14	18
Респондент 12	11	9	11	15
Респондент 13	15	12	9	20
Респондент 14	14	10	22	13
Респондент 15	17	13	6	19
Респондент 16	0	6	10	17
Респондент 17	11	4	13	18
Респондент 18	16	13	9	18
Респондент 19	15	12	21	26
Респондент 20	10	2	18	20
Респондент 21	7	11	10	12
Респондент 22	14	10	13	16
Респондент 23	3	2	23	15
Респондент 24	13	8	10	9
Респондент 25	4	5	22	10
Респондент 26	13	10	20	9
Респондент 27	2	3	18	20
Респондент 28	2	9	0	18
Респондент 29	18	11	9	18
Респондент 30	13	8	9	6

Таблиця Ж.1 – Результати дослідження симптомів фази «Виснаження»

ВИСНАЖЕННЯ				
Респондент	Емоційний дефіцит	Емоційна відстороненість	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	Психосоматичні та психовегетативні порушення
Респондент 1	22	9	18	8
Респондент 2	5	18	13	4
Респондент 3	10	9	15	11
Респондент 4	13	11	20	6
Респондент 5	22	8	17	9
Респондент 6	8	4	10	7
Респондент 7	6	4	20	4
Респондент 8	4	10	20	9
Респондент 9	10	12	18	12
Респондент 10	12	9	17	20
Респондент 11	18	13	20	15
Респондент 12	4	10	13	18
Респондент 13	6	11	25	12

Респондент 14	11	10	17	13
Респондент 15	17	9	13	10
Респондент 16	16	12	8	18
Респондент 17	12	10	15	17
Респондент 18	16	11	13	14
Респондент 19	15	5	12	8
Респондент 20	14	7	14	13
Респондент 21	13	10	11	19
Респондент 22	2	11	25	5
Респондент 23	14	14	13	13
Респондент 24	10	9	15	13
Респондент 25	14	13	3	6
Респондент 26	25	12	17	10
Респондент 27	9	9	10	11
Респондент 28	17	12	12	18
Респондент 29	15	10	15	15
Респондент 30	10	10	5	11

Таблиця Ж.4 – Результати дослідження за фазами

Респондент	Напруга (сумарно)	Резистенція (сумарно)	Виснаження (сумарно)
Респондент 1	59	55	57
Респондент 2	58	40	40
Респондент 3	35	59	45
Респондент 4	39	55	50
Респондент 5	41	43	56
Респондент 6	45	43	29
Респондент 7	49	57	34
Респондент 8	30	37	43
Респондент 9	50	45	52
Респондент 10	47	65	58
Респондент 11	32	43	66
Респондент 12	46	46	45
Респондент 13	45	56	54
Респондент 14	54	59	51
Респондент 15	63	55	49
Респондент 16	39	33	54
Респондент 17	45	46	54
Респондент 18	32	56	54
Респондент 19	66	74	40
Респондент 20	72	50	48
Респондент 21	59	40	53
Респондент 22	34	53	43
Респондент 23	52	43	54
Респондент 24	56	40	47
Респондент 25	28	41	36
Респондент 26	59	52	64
Респондент 27	40	43	39
Респондент 28	47	29	59

Респондент 29	63	56	55
Респондент 30	32	36	36

Додаток 3

Порівняння результатів респондентів за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» (В. Бойко) на констатувальному та на контрольному етапах експерименту

Фаза	Симптом	Констатувальний етап						Контрольний етап					
		Показник виразності симптома						Показник виразності симптома					
		не сформований		у стадії формування		сформований		не сформований		у стадії формування		сформований	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Напруга	Переживання психотравмуючих обставин	6	20	10	33,3	14	46,7	9	30	13	43,3	8	26,7
	Незадоволеність собою	11	36,7	9	30	10	33,3	14	46,7	10	33,3	6	20
	«Загнаність у клітку»	5	16,7	9	30	16	53,3	6	20	15	50	9	30
	Тривога та депресія	9	30	12	40	9	30	11	36,7	12	40	7	23,3
Резистенція	Неадекватне емоційне виборче реагування	9	30	10	33,3	11	36,7	11	36,7	11	36,7	8	26,6
	Емоційно-моральна дезорієнтація	9	30	17	56,7	4	13,3	16	53,4	13	43,3	1	3,3
	Розширення сфери економії емоцій	3	10	12	40	15	50	8	26,7	8	26,7	14	46,6
	Редукція професійних обов'язків	3	10	10	33,3	17	56,7	7	23,3	10	33,3	13	43,4
Виснаження	Емоційний дефіцит	6	20	10	33,3	14	46,7	8	26,7	14	46,6	8	26,7

	Емоційна відстороненість	4	13,3	20	66,7	6	20	11	36,7	18	60	1	3,3
	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	2	6,7	10	33,3	18	60	3	10	15	50	12	40
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	5	16,7	13	43,3	12	40	10	33,3	14	46,7	6	20

Додаток II

Результати дослідження за методикою «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої)» (контрольний етап)

№ респондента	Самопочуття	Активність	Настрої
1	51	53	58
2	64	57	58
3	54	49	53
4	49	51	58
5	59	51	58
6	48	45	53
7	56	54	66
8	45	54	59
9	48	53	51
10	55	51	60
11	58	45	52
12	55	50	60
13	54	51	62
14	53	48	52
15	47	52	61
16	51	55	59
17	52	62	61
18	60	53	66
19	56	54	55
20	46	52	53
21	56	43	52
22	53	52	52
23	51	53	56
24	58	65	58
25	60	52	58
26	59	54	61
27	50	52	57
28	53	47	64
29	56	58	55
30	59	56	70



Звіт подібності

метадані

Назва організації
Melitopol State Pedagogical University named after V.Khmelnyskyi
Заголовок
Шкаріна_магістерська робота
Автор Науковий керівник / Експерт
ШкарінаОлександр Непша
підрозділ
Melitopol State Pedagogical University named after V.Khmelnyskyi

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



17252
Кількість слів



134972
Кількість символів