НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СТОРОЖУК ОЛЕКСАНДР МИХАЙЛОВИЧ

УДК 159.9:616.896

ДИСЕРТАЦІЯ
ЗАХИСНІ МЕХАНІЗМИ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

053 психологія
05 соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ О.М. Сторожук

Науковий керівник: Сердюк Людмила Захарівна, доктор психологічних наук, професор

Київ, 2025

АНОТАЦІЯ

Сторожук О. М. **Захисні механізми батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра. –** Кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, 2025.

У дисертації представлено теоретичне узагальнення та нове розв'язання проблеми психологічних захисних механізмів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра, що ґрунтується на положеннях психодинамічного підходу, концепції психологічних захистів особистості, теорії копінг-поведінки та сучасних уявленнях про функціонування сімей, які виховують дітей з РАС. Обґрунтовано розуміння батьківського ставлення як складної багатовимірної психологічної системи, що формується в умовах хронічного стресу та опосередковується специфічними механізмами психологічного захисту, які виконують як адаптивну, так і дезадаптивну функцію.

Основною метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення типів захисних механізмів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра, а також визначення їхнього значення для формування стилів взаємодії з дитиною та побудови системи психологічного супроводу сімей. Досягненню цієї мети сприяло розв'язання комплексу завдань, у межах яких: здійснено ґрунтовний теоретико-методологічний аналіз проблеми батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра у сучасних дослідженнях; уточнено зміст поняття батьківського ставлення в умовах виховання аутистичної дитини; проаналізовано психологічні чинники, що зумовлюють формування адаптивних і дезадаптивних форм батьківсько-дитячої взаємодії;

обґрунтовано структуру батьківського ставлення до дітей з РАС та визначено його типологію на основі інтеграції показників психологічних захисних механізмів, особистісних рис та копінг-поведінки батьків; підібрано та апробовано комплекс психодіагностичних методик, адекватних меті й завданням дослідження, що дозволило здійснити багатовимірний аналіз особистісних характеристик батьків, які виховують дітей з РАС; встановлено психологічні предиктори формування дезадаптивних форм ставлення, пов'язаних із запереченням, униканням, регресією, емоційним симбіозом і відторгненням проблеми захворювання дитини; визначено характеристики більш адаптивних типів батьківського ставлення, орієнтованих на прийняття, співпрацю та реабілітаційну активність; на основі результатів теоретико-емпіричного дослідження розроблено та апробовано корекційну програму психологічного супроводу батьків, спрямовану на усвідомлення та модифікацію неадаптивних захисних механізмів, розвиток продуктивних копінг-стратегій і оптимізацію батьківсько-дитячих взаємин, ефективність якої підтверджено результатами повторного діагностичного обстеження та аналізом динаміки психологічних показників.

Наукові пошуки та здобутки висвітлено в трьох розділах дисертаційної роботи**.** У першому розділі – *«Теоретико-методологічні основи дослідження особливостей психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра»* – здійснено аналіз сучасних вітчизняних і зарубіжних підходів до проблеми аутизму, особливостей психічного розвитку дітей з РАС, специфіки функціонування сімейної системи в умовах хронічного стресу. Проаналізовано концепції батьківського ставлення, психологічних захисних механізмів і копінг-поведінки, обґрунтовано їх значення для розуміння адаптаційних і дезадаптаційних процесів у батьків дітей з РАС. Показано, що виховання дитини з розладами аутистичного спектра створює умови тривалого

психоемоційного напруження, у межах якого психологічні захисні механізми виконують функцію стабілізації емоційного стану батьків, але водночас можуть спотворювати сприйняття дитини, її можливостей і потреб. Обґрунтовано необхідність комплексного підходу до вивчення батьківського ставлення з урахуванням несвідомих регуляторів поведінки.

У другому розділі – *«Емпіричне дослідження розвитку психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра»* – обґрунтовано дизайн емпіричної роботи, визначено її мету, завдання та етапи, обгрунтовано методики емпіричного дослідження, для виявлення специфіки батьківського ставлення розроблено авторський опитувальник, який розроблено як інструмент фіксації змістових параметрів ставлення та поведінкових проявів у взаємодії з дитиною, наведено процедурні аспекти його використання та показники надійності, а також описано алгоритм статистичної обробки даних; подано детальний опис контингенту респондентів: у дослідженні взяли участь 93 батьків (середній вік у діапазоні 25–53 роки), з них 90 матерів і 3 батьків; представлено освітній рівень та соціально-демографічні характеристики; окреслено параметри, пов’язані з дітьми: вік дітей 3–16 років, факт наявності діагнозу РАС підтверджено документально, що створює підґрунтя для коректної інтерпретації отриманих закономірностей як у психологічному, так і в прикладному (психокорекційному) вимірах; представлено результати факторного, кореляційного та регресивного аналізів, що дозволило перейти від фрагментарних показників до цілісної типології; виокремлено шість узагальнених факторів батьківського ставлення, які відображають різні вектори взаємодії з дитиною з РАС: «Примусова соціалізація», «Прийняття та піклування», «Співпраця», «Інфантилізація батьків», «Емоційний симбіоз», «Відторгнення хвороби». Показано, що ці виміри не є ізольованими: вони системно пов’язані з певними конфігураціями захистів і копінгів, а також з характеристиками актуальних здібностей (у термінах

WIPPF); на основі поєднання факторних показників і результатів регресійного аналізу встановлено, що дезадаптивні форми ставлення статистично тяжіють до стратегій уникання, заперечення, регресії, а також до патернів емоційного симбіозу або інфантилізації, що обмежує автономізацію дитини та знижує ефективність реабілітаційної взаємодії; виявлено, що адаптивні типи пов'язані зі співпрацею, прийняттям, підтримкою ініціативи дитини та конструктивною реабілітаційною орієнтацією, що відображає більшу узгодженість між емоційним ставленням, поведінковими практиками та усвідомлюваними копінг-зусиллями; доведено, що самозвітні описи батьків не завжди є достатніми для розуміння реального характеру їхнього ставлення: більш глибинні компоненти проявляються через системний аналіз захисних механізмів і копінг-стратегій, які фактично «організують» батьківські реакції у стресогенних умовах виховання дитини з РАС. Отримана типологія створює емпіричну основу для подальшого розділу дисертації, де логічно постає завдання розроблення адресної психокорекційної програми, спрямованої на трансформацію дезадаптивних захисно-копінгових патернів та підтримку більш продуктивних форм батьківського ставлення.

У третьому розділі – *«Типи механізмів психологічного захисту в батьківському ставленні до дітей з розладами аутистичного спектра»* – здійснено перехід від опису феномену та емпірично виявлених закономірностей до побудови й апробації практико-орієнтованої програми психологічної допомоги батькам, спрямованої на трансформацію дезадаптивних захисних і копінгових патернів у системі «батьки — дитина з РАС». У розділі обґрунтовано теоретико-методологічні підвалини корекції: визначено цільові механізми впливу (зниження ригідності психологічних захистів, оптимізація копінг-стратегій, корекція емоційного компонента ставлення до дитини, формування більш реалістичної та співпрацівної позиції батьків); окреслено принципи побудови програми

(структурованість, безпечний терапевтичний простір, ресурсність, поєднання психоедукації з переживальним і поведінковим опрацюванням, поступовість змін і закріплення навичок у повсякденні), а також критерії ефективності як на рівні самозвіту, так і на рівні непрямих індикаторів (динаміка захистів/копінгів як «глибинніших» маркерів ставлення).

Центральним змістом розділу є опис корекційної тренінгової програми для батьків дітей з РАС, поданої як цілісної система занять із чіткою логікою «від емоційної стабілізації та прийняття — до конструктивної взаємодії й реабілітаційної орієнтації». Програма реалізується у груповому форматі й розрахована на 1,5 місяця з періодичністю одна зустріч на тиждень тривалістю 4 години. Її тематичні блоки послідовно охоплюють: формування мотивації до змін і робочого альянсу, нормалізацію переживань батьків; психоедукацію щодо специфіки РАС і механізмів сімейного реагування на діагноз; усвідомлення типових захисних стратегій (заперечення, уникання, регресія, симбіотична фіксація тощо) та їхньої «ціни» для дитини й сімейної системи; розвиток навичок емоційної саморегуляції, зниження тривоги й афективної напруженості; тренування конструктивних копінг-стратегій і розширення репертуару взаємодії з дитиною (співпраця, підтримка автономії, реалістичні вимоги, узгодженість батьківських дій); смислово-ціннісну інтеграцію досвіду та актуалізацію ресурсів (з опрацюванням внутрішньосімейних опор, перспектив і меж відповідальності).

Ефективність програми підтверджено через порівняння показників «до/після» та аналіз статистично значущих зрушень за застосованими методиками (у т.ч. за індикаторами, що відображають баланс сімейних взаємин, особливості реагування на стрес і конфлікт, а також профіль психологічних захистів і копінгів). Саме через таку багаторівневу логіку (емоції → захисти/копінги → взаємодія → сімейна адаптація) у розділі аргументовано практичну цінність розробленої програми та її можливості

для профілактики вторинної сімейної дезадаптації й підтримки розвитку дитини з РАС.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

вперше:

- здійснено цілісне теоретико-емпіричне дослідження психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра як самостійного психологічного феномена, що формується в умовах хронічного сімейного стресу;
- виявлено особливості захисних механізмів розладами аутистичного спектра та зміст психологічних захистів батьківського ставлення до дітей, показано їхню роль у взаємодії з дитиною;
- емпірично встановлено типи батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра залежно від домінуючих механізмів психологічного захисту та особливостей копінг-поведінки;
- визначено специфіку взаємозв’язків між психологічними захистами, копінг-стратегіями та характеристиками батьківського ставлення, що дозволило розкрити психологічні механізми адаптації батьків до ситуації виховання дитини з РАС;
- встановлено взаємозв'язок захисних механізмів з особистісними особливостями батьків, їх роль і значення в ставленні до дитини та особливостей її виховання;
- розроблено та науково обґрунтовано програму психологічної корекції, спрямовану на трансформацію дезадаптивних психологічних захистів батьків і формування більш конструктивного, приймаючого батьківського ставлення до дитини з РАС.

удосконалено:

- наукові уявлення про роль психологічних захистів у структурі батьківського ставлення, зокрема в контексті сімей, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра;

- підходи до психологічного аналізу батьківського ставлення шляхом інтеграції психодинамічного, стресово-копінгового та системного підходів;
- критерії психологічної діагностики особливостей батьківського ставлення до дітей з РАС з урахуванням інтенсивності та спрямованості захисних механізмів.

набули подальшого розвитку:

- положення сімейної та клінічної психології щодо психологічних чинників адаптації батьків до виховання дитини з порушеннями психічного розвитку;
- уявлення про копінг-стратегії батьків дітей з РАС як чинник модифікації психологічних захистів і ресурсу оптимізації батьківсько-дитячих взаємин;
- концептуальні підходи до психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра, у напрямі підвищення психологічної компетентності та емоційної стійкості батьків.

Теоретичне значення дослідження полягає в поглибленні та уточненні наукових уявлень про психологічні захисти як складову регулятивної системи особистості батьків, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра. Результати дослідження доповнюють теорію психологічних захистів, дитячо-батьківських взаємин і адаптаційних процесів в умовах хронічного стресу, розширюючи розуміння їхньої ролі у формуванні стилів батьківського ставлення та виховання.

Практичне значення дослідження полягає у розробці авторського опитувальника вивчення батьківського ставлення до дітей з РАС та комплексної програмиу формування продуктивних копінг-стратегій поведінки батьків, спрямованих на комплексну корекцію проявів хвороби і соціалізацію дітей, а також у можливості використання отриманих результатів у роботі практичних психологів, психотерапевтів, фахівців інклюзивної освіти та центрів психологічної допомоги сім’ям. Результати

дисертаційного дослідження та програма комплексної психологічної корекції можуть бути застосовані для: психологічного супроводу батьків дітей з РАС; формування продуктивних копінг-стратегій поведінки батьків; профілактики ригідних і неадаптивних форм батьківського ставлення; підвищення ефективності корекційно-розвивальної роботи з дитиною, спрямованої на системну корекцію проявів хвороби та соціалізацію дітей.

Ключові слова: *Ключові слова: розлади аутистичного спектра; негативні емоційні стани; невизначеність; психологічні захисні механізми; копінг-стратегії; сімейна система; актуальні здібності; особистісні ресурси; життєстійкість; психічне здоров'я; благополуччя; психологічний супровід; психоедукація; психотерапія.*

ANNOTATION

Storozhuk O. M. **Defense mechanisms of parental attitude toward children with autism spectrum disorders.** – Qualifying scientific work with the rights of a manuscript.

The thesis for the PhD degree in 05 – Social and Behavioural Sciences, specialty 053 – Psychology. – G.S. Kostiuk Institute of Psychology, National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv, 2025.

In the dissertation, a theoretical generalization and a new solution to the problem of psychological defense mechanisms of parental attitude toward children with autism spectrum disorders is presented, which is based on the provisions of the psychodynamic approach, the concept of psychological defenses of personality, the theory of coping behavior, and modern ideas about the functioning of families raising children with ASD. The understanding of parental attitude as a complex multidimensional psychological system is substantiated, which is formed under conditions of chronic stress and is mediated by specific

mechanisms of psychological defense that perform both an adaptive and a maladaptive function.

The main purpose of the study is the theoretical substantiation and empirical study of the types of defense mechanisms of parental attitude toward children with autism spectrum disorders, as well as the determination of their significance for the formation of styles of interaction with the child and the construction of a system of psychological support for families. The achievement of this purpose was facilitated by the solution of a complex of tasks, within which: a thorough theoretical-methodological analysis of the problem of parental attitude toward children with autism spectrum disorders in modern studies was carried out; the content of the concept of parental attitude in the conditions of raising an autistic child was clarified; psychological factors that determine the formation of adaptive and maladaptive forms of parent-child interaction were analyzed; the structure of parental attitude toward children with ASD was substantiated and its typology was determined on the basis of the integration of indicators of psychological defense mechanisms, personality traits, and coping behavior of parents; a complex of psychodiagnostic methods adequate to the purpose and tasks of the study was selected and tested, which made it possible to carry out a multidimensional analysis of personal characteristics of parents raising children with ASD; psychological predictors of the formation of maladaptive forms of attitude associated with denial, avoidance, regression, emotional symbiosis, and rejection of the problem of the child's disease were established; characteristics of more adaptive types of parental attitude oriented toward acceptance, cooperation, and rehabilitation activity were determined; on the basis of the results of the theoretical-empirical study, a correctional program of psychological support for parents was developed and tested, aimed at awareness and modification of maladaptive defense mechanisms, development of productive coping strategies, and optimization of parent-child relationships, the effectiveness of which was

confirmed by the results of repeated diagnostic examination and analysis of the dynamics of psychological indicators.

Scientific searches and achievements are covered in three sections of the dissertation work. In the first section – "Theoretical-methodological foundations of the study of the features of psychological defenses of parental attitude toward children with autism spectrum disorders" – an analysis of modern domestic and foreign approaches to the problem of autism, the features of mental development of children with ASD, the specifics of the functioning of the family system under conditions of chronic stress was carried out. The concepts of parental attitude, psychological defense mechanisms, and coping behavior were analyzed, their significance for understanding adaptive and maladaptive processes in parents of children with ASD was substantiated. It is shown that raising a child with autism spectrum disorders creates conditions of prolonged psycho-emotional tension, within which psychological defense mechanisms perform the function of stabilizing the emotional state of parents, but at the same time can distort the perception of the child, their capabilities, and needs. The necessity of a comprehensive approach to the study of parental attitude taking into account unconscious regulators of behavior is substantiated.

In the second section – "Empirical study of the development of psychological defenses of parental attitude toward children with autism spectrum disorders" – the design of the empirical work is substantiated, its purpose, tasks, and stages are defined, the methods of empirical research are substantiated, to identify the specifics of parental attitude an author's questionnaire was developed, which was developed as a tool for recording the semantic parameters of attitude and behavioral manifestations in interaction with the child, the procedural aspects of its use and reliability indicators are presented, and the algorithm of statistical data processing is also described; a detailed description of the contingent of respondents is presented: 93 parents participated in the study (average age in the range of 25–53 years), of them 90 mothers and 3 fathers; the educational level and

socio-demographic characteristics are presented; parameters related to children are outlined: the age of children is 3–16 years, the fact of the presence of an ASD diagnosis is confirmed документально, which creates a basis for correct interpretation of the obtained regularities both in the psychological and in the applied (psychocorrectional) dimensions; the results of factor, correlational, and regression analyses are presented, which made it possible to move from fragmentary indicators to a holistic typology; six generalized factors of parental attitude are singled out, which reflect different vectors of interaction with a child with ASD: “Forced socialization”, “Acceptance and care”, “Cooperation”, “Infantilization of parents”, “Emotional symbiosis”, “Rejection of the disease”. It is shown that these dimensions are not isolated: they are systemically connected with certain configurations of defenses and copings, as well as with characteristics of actual abilities (in the terms of WIPPF); on the basis of the combination of factor indicators and the results of regression analysis it is established that maladaptive forms of attitude statistically gravitate toward strategies of avoidance, denial, regression, as well as toward patterns of emotional symbiosis or infantilization, which limits the child’s autonomization and reduces the effectiveness of rehabilitation interaction; it is revealed that adaptive types are associated with cooperation, acceptance, support of the child’s initiative, and constructive rehabilitation orientation, which reflects greater coherence between emotional attitude, behavioral practices, and conscious coping efforts; it is proved that parents’ self-report descriptions are not always sufficient for understanding the real character of their attitude: deeper components manifest themselves through a systemic analysis of defense mechanisms and coping strategies, which in fact “organize” parental reactions in stressogenic conditions of raising a child with ASD. The obtained typology creates an empirical basis for the next section of the dissertation, where logically the task arises of developing an address psychocorrectional program aimed at transforming maladaptive defense-coping patterns and supporting more productive forms of parental attitude.

In the third section – “Types of mechanisms of psychological defense in parental attitude toward children with autism spectrum disorders” – a transition from the description of the phenomenon and empirically identified regularities to the construction and testing of a practice-oriented program of psychological help to parents aimed at the transformation of maladaptive defense and coping patterns in the system “parents — child with ASD” was carried out. In the section, the theoretical-methodological foundations of correction are substantiated: the target mechanisms of influence are defined (reduction of the rigidity of psychological defenses, optimization of coping strategies, correction of the emotional component of attitude toward the child, formation of a more realistic and cooperative position of parents); the principles of building the program are outlined (structuredness, safe therapeutic space, resourcefulness, combination of psychoeducation with experiential and behavioral working-through, gradualness of changes and consolidation of skills in everyday life), as well as criteria of effectiveness both at the level of self-report and at the level of indirect indicators (dynamics of defenses/copings as “deeper” markers of attitude).

The central content of the section is the description of a correctional training program for parents of children with ASD, presented as a holistic system of classes with a clear logic “from emotional stabilization and acceptance — to constructive interaction and rehabilitation orientation”. The program is implemented in a group format and is рассчитана for 1.5 months with a frequency of one meeting per week lasting 4 hours. Its thematic blocks consistently cover: formation of motivation for changes and a working alliance, normalization of parents’ experiences; psychoeducation regarding the specifics of ASD and mechanisms of family reaction to the diagnosis; awareness of typical defense strategies (denial, avoidance, regression, symbiotic fixation, etc.) and their “price” for the child and the family system; development of skills of emotional self-regulation, reduction of anxiety and affective напряженности; training of constructive coping strategies and расширение of the repertoire of interaction

with the child (cooperation, support of autonomy, realistic requirements, coherence of parental actions); meaning-value integration of experience and actualization of resources (with working-through of intra-family supports, perspectives, and limits of responsibility).

The effectiveness of the program is confirmed through comparison of indicators “before/after” and analysis of statistically significant shifts according to the applied methods (including according to indicators that reflect the balance of family relationships, features of response to stress and conflict, as well as the profile of psychological defenses and copings). Precisely through such a multilevel logic (emotions → defenses/copings → interaction → family adaptation) the section argues the practical value of the developed program and its possibilities for prevention of secondary family maladaptation and support of the development of a child with ASD.

The scientific novelty of the obtained results consists in the fact that:

for the first time:

- a holistic theoretical-empirical study of psychological defenses of parental attitude toward children with autism spectrum disorders as an independent psychological phenomenon that is formed under conditions of chronic family stress has been carried out;
- features of defense mechanisms of autism spectrum disorders and the content of psychological defenses of parental attitude toward children have been revealed, their role in interaction with the child has been shown;
- types of parental attitude toward children with autism spectrum disorders depending on the dominant mechanisms of psychological defense and features of parents’ coping behavior have been empirically established;
- the specifics of interrelations between psychological defenses, coping strategies, and characteristics of parental attitude have been determined, which made it possible to раскрыть the psychological mechanisms of parents’ adaptation to the situation of raising a child with ASD;

- the interrelation of defense mechanisms with personal features of parents, their role and significance in attitude toward the child and features of their upbringing has been established;
- a program of psychological correction aimed at transforming maladaptive psychological defenses of parents and forming a more constructive, accepting parental attitude toward a child with ASD has been developed and scientifically substantiated.

improved:

- scientific ideas about the role of psychological defenses in the structure of parental attitude, in particular in the context of families raising children with autism spectrum disorders;
- approaches to psychological analysis of parental attitude by integrating psychodynamic, stress-coping, and systemic approaches;
- criteria of psychological diagnostics of the features of parental attitude toward children with ASD taking into account the intensity and direction of defense mechanisms.

further developed:

- state of family and clinical psychology regarding psychological factors of parents' adaptation to raising a child with disturbances of mental development;
- ideas about coping strategies of parents of children with ASD as a factor of modification of psychological defenses and a resource of optimization of parent-child relationships;
- conceptual approaches to psychological support of families raising children with autism spectrum disorders in the direction of increasing psychological competence and emotional stability of parents.

The theoretical significance of the study consists in deepening and уточнення of scientific ideas about psychological defenses as a component of the regulatory system of the personality of parents raising children with autism spectrum disorders. The results of the study supplement the theory of

psychological defenses, child-parent relationships, and adaptation processes under conditions of chronic stress, expanding understanding of their role in the formation of styles of parental attitude and upbringing.

The practical significance of the study consists in the development of an author's questionnaire for studying parental attitude toward children with ASD and a comprehensive program of forming productive coping strategies of parents' behavior aimed at комплексну correction of manifestations of the disease and socialization of children, as well as in the possibility of using the obtained results in the work of practical psychologists, psychotherapists, specialists of inclusive education, and centers of psychological help to families. The results of the dissertation study and the program of comprehensive psychological correction can be applied for: psychological support of parents of children with ASD; formation of productive coping strategies of parents' behavior; prevention of rigid and maladaptive forms of parental attitude; increasing the effectiveness of correctional-developmental work with the child aimed at systemic correction of manifestations of the disease and socialization of children.

Keywords: *autism spectrum disorders; negative emotional states; uncertainty; psychological defense mechanisms; coping strategies; family system; actual abilities; personal resources; resilience; mental health; well-being; psychological support; psychoeducation; psychotherapy.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України:

1. Сторожук О.М. (2018). Теоретичний аналіз проблеми особливостей батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. VI, Психологія обдарованості, Вип. 14*, 403–412. URL: http://www.appsychology.org.ua/data/jrn/v6/i14/49.pdf

2. Сторожук О.М. Клініко-психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектра. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. IX, Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія, Вип. 12*, 550–556. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i12/54.pdf

3. Сторожук О.М. Особливості дитячо-батьківських взаємин у сім'ях, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра . *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. V. Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія, Вип. 19*, 237-245. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v5/i19/22.pdf

Статті у наукових вітчизняних періодичних виданнях, затверджених МОН України, що входять до міжнародних наукометричних баз даних:

4. Сердюк Л.З., Сторожук О.М. (2025). Захисні стратегії батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра. *Habitus. Вип. 73, 358–364.* https://doi.org/10.32782/2663-5208. 2025.73.63

5. Сторожук О.М. (2025). Формування продуктивних копінг-стратегій поведінки батьків дітей з розладами аутистичного спектра. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: збірник наукових праць, № 3 (68), Том 2,* 327–340. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-68-3-2-327-340

6. Сторожук, О. (2022). Особливості психологічних захистів батьків дітей з аутистичними розладами. *Психологічний часопис*, *8*(5), 31–38. https://doi.org/10.31108/1.2022.8.5.3

Публікації в інших виданнях та збірниках матеріалів наукових конференцій

7. Сторожук О. М. (2022). Концепції розуміння психологічних захистів батьків, які мають дітей з розладами аутистичного спектра. *The 10 th International scientific and practical conference "Innovations and prospects of world science"*(May 25-27, 2022) Perfect Publishing, Vancouver, Canada, 639-645.URL: https://sci-conf.com.ua/x-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-innovations-and-prospects-of-world-science-25-27-maya-2022-goda-vankuver-kanada-arhiv/

ЗМІСТ

ВСТУП …… 21

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХИСТІВ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА……. 31

1.1. Сучасні уявлення про захисні механізми особистості: особливості прояву, види та класифікація…… 31

1.2. Клініко-психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектра…….. 43

1.3. Дослідження проблем виховання дітей з розладами аутистичного спектра, формування особливостей і типів батьківського ставлення……. 55

Висновки до І розділу……... 66

РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХИСТІВ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА……..... 72

2.1. Методика та основні етапи організації емпіричного дослідження……. 75

2.2. Обґрунтування методичного інструментарію емпіричного дослідження……. 80

2.3 Визначення типів батьківських ставлень до їх дітей з РАС 86

2.4. Особистісні характеристики батьків, залежно від їх ставлення до їх дітей з РАС…… 99

2.5. Регресійний аналіз для факторів батьківського ставлення до їх дітей з РАС…… 111

Висновки до ІІ розділу..…….. 128

РОЗДІЛ III. ОСОБИСТІСНІ РЕСУРСИ ЯК ЧИННИКИ АДАПТИВНОГО БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДИТИНИ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА …… 134

3.1. Методологічні засади актуалізації та розвитку особистісних ресурсів батьків як факторів адаптивного ставлення до дитини з аутизмом …….……. 134

3.2. Тренінгова програма формування адаптивного батьківського ставлення та подолання дезадаптивних установок щодо дітей з РАС …….. 140

3.3. Структура та зміст тренінгу для батьків дітей з розладами аутистичного спектру «Через біль до розуміння: підтримка батьків дітей з РАС»…… 143

3.4. Результати впровадження тренінгової програми для батьків дітей з розладами аутистичного спектру 158

Висновки до III розділу…… 169

ВИСНОВКИ…….. 172

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….. 175

ДОДАТКИ…….. 196

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних соціокультурних умовах проблема психологічного здоров'я та розвитку дітей із порушеннями психічного розвитку набуває особливої наукової та практичної значущості. Серед таких порушень розлади аутистичного спектра (РАС) займають одне з провідних місць у зв'язку з їх поширеністю, первазивним характером і багатовимірним впливом на психічний розвиток дитини та функціонування сім'ї загалом. РАС характеризуються стійкими труднощами соціальної взаємодії, комунікації, емоційної регуляції та поведінкової адаптації, що зумовлює тривале психоемоційне навантаження на батьків.

Народження та виховання дитини з розладом аутистичного спектра є для батьків потужним і тривалим стресогенним чинником, який впливає на систему сімейних взаємин, трансформує батьківські уявлення, очікування, життєві плани та ідентичність. У цій ситуації батьківське ставлення до дитини формується в умовах хронічного стресу, емоційної напруги та необхідності адаптації до нової реальності, що актуалізує використання різноманітних психологічних захисних механізмів.

Психологічні захисти відіграють важливу роль у збереженні внутрішньої рівноваги особистості, виконуючи адаптивну функцію зниження тривоги та стабілізації емоційного стану. Водночас у ситуації тривалого стресу вони можуть набувати ригідного, дезадаптивного характеру, спотворювати сприйняття реальності, ускладнювати прийняття діагнозу дитини та формування адекватного, приймаючого батьківського ставлення. Наявність таких захистів може зумовлювати емоційне відкидання, гіперопіку, надконтроль або ж уникання взаємодії з дитиною, що негативно впливає як на психологічний стан батьків, так і на розвиток дитини з РАС.

Аналіз сучасних наукових джерел свідчить про значну кількість досліджень, присвячених психологічним захистам особистості, копінг-стратегіям, сімейному стресу та батьківсько-дитячим взаєминам.

Традиційно в психології виділяються три групи захисних психологічних механізмів: *компенсаторні* (гіперкомпенсація, заміщення та ін.); *деструктивні*, які спричинюють деструктивний вплив на особистість і сприяють її дезадаптації (витіснення, реактивні утворення та ін.); *пасивн*і (раціоналізація, ізоляція, проекція та ін). Очевидно, що на основі переважаючих типів захисних механізмів, в поєднанні з певними особистісними якостями батьків, формуються відповідні типи ставлення батьків до захворювання дитини.

Як справедливо зазначають багато авторів (Н. Мак-Вільямс; Г. Келлерман, К. Хорні, А. Фройд, М. Кляйн, Д. Вінікот та ін.), найбільш негативний вплив на формування особистості дитини здійснюють емоційне відкидання та емоційний симбіоз. Проблеми батьківського ставлення у розвитку дітей висвітлювалися в численних дослідженнях, як О. Горецька, Б. Дем'яненко, А. Душка, М. Мушкевич, К. Островська, Г. Радчук, Л. Сердюк, Т. Скрипник, Д. Шульженко, Д. Чорей, та інші. та інші. Вчені переконані, що стиль батьківського ставлення до дитини дуже важливий, бо впливає на формування її особистості. Ці підходи задають методологічну рамку для аналізу сімейних взаємин у випадку РАС, оскільки аутизм не тільки змінює розвиток дитини, а й активує специфічні механізми адаптації/дезадаптації в сімейній системі, впливаючи на стиль виховання, межі, контроль, емоційну чутливість і ресурсність батьків.

Незважаючи на значний інтерес до проблеми психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра, вона все ж залишається недостатньо систематизованою. У науковій літературі бракує цілісних моделей, що поєднували б аналіз захисних механізмів, копінг-поведінки та типів батьківського ставлення, а також емпірично

обґрунтованих програм психологічної корекції, спрямованих на оптимізацію взаємодії батьків із дитиною з РАС.

Виходячи з актуальності зазначеної проблеми, зумовленої необхідністю комплексного теоретичного та емпіричного вивчення психологічних захистів в структурі типу батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра, визначення їхньої типології та взаємозв'язків із копінг-стратегіями, а також розроблення ефективних підходів до психологічної допомоги батькам, було визначено тему дисертаційного дослідження «Захисні механізми батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра».

Ступінь наукової розробленості проблеми

Проблема психологічних захистів особистості була започаткована у психоаналітичній традиції та надалі розвивалася в межах психодинамічних, гуманістичних, когнітивно-поведінкових і системних підходів. У сучасній психології захисні механізми розглядаються як багаторівнева система регуляції психічного функціонування, що опосередковує взаємодію особистості з травматичним або стресогенним досвідом.

У дослідженнях сімей, які виховують дітей з інвалідністю, значна увага приділяється вивченню сімейного стресу, батьківського вигорання, копінг-стратегій та ресурсів адаптації. Водночас психологічні захисти батьків найчастіше аналізуються фрагментарно, без урахування їхнього впливу на структуру батьківського ставлення та особливості взаємодії з дитиною з РАС.

Таким чином, незважаючи на наявність значного теоретичного та емпіричного доробку, проблема психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра потребує подальшого системного осмислення, що й зумовило вибір теми даного дисертаційного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційне дослідження виконувалось у межах планових наукових досліджень лабораторії психології особистості імені П.Р. Чамати «Самодетермінація психологічного благополуччя особистості» (2019-2021 рр.; номер держреєстрації – 0119U002172) та «Психологічні технології сприяння позитивному психічному здоров'ю особистості» (2022-2024 рр.; номер держреєстрації – 0122U000305).

Тема дисертаційного дослідження затверджена вченою радою Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол №13 від 26 грудня 2017 р.).

Об'єкт дослідження — особистісні особливості батьків дітей з розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження — типи механізмів психологічного захисту батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра.

Метою дослідження є виявлення типів захисних механізмів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра та розроблення на цій основі рекомендацій щодо формування продуктивних копінг-стратегій поведінки батьків у системі психологічного супроводу та корекційної роботи з дитиною.

З**авдання дослідження**:

1. Здійснити аналіз та узагальнення основних теоретико-методологічних підходів до розуміння психологічних факторів батьківського ставлення до дітей з розладамми аутистичного спектра, сутності психологічних захистів та особливостей виховання таких дітей.

2. Обґрунтувати методичне забезпечення дослідження особливостей захисних механізмів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра.

3. Виявити основні типи батьківського ставлення до дітей з аутистичними розладами, їх структурні компоненти та зв'язок з особистісними якостями батьків.

4. Розробити програму формування продуктивних копінг-стратегій поведінки батьків, спрямованих на комплексну корекцію проявів хвороби і соціалізацію дітей, та рекомендаціїй щодо психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з РАС.

Методологія дослідження ґрунтується на системному підході, відповідно до якого батьківське ставлення до дитини з розладами аутистичного спектра розглядається як цілісне, багаторівневе психологічне утворення, що формується у взаємодії індивідуально-психологічних, сімейних і соціальних чинників. У межах цього підходу сім'я постає як динамічна система, у якій зміни, пов'язані з наявністю дитини з РАС, зумовлюють трансформацію ролей, взаємин і регулятивних механізмів.

Методологічну та теоретичну основу дослідження складають:

1. Положення психодинамічного та позитивного підходу, у рамках яких психологічні захисти розглядаються як несвідомі механізми регуляції внутрішньої напруги, спрямовані на збереження цілісності «Я» батьків у ситуації травматичного або тривалого стресового досвіду до функціонування особистості (Н. Пезешкіан), оптимального функціонування особистості (Н. Мак-Вільямс; Г. Келлерман, Х.Р. Конт; Р. Лазарус, С. Фолкман; А. Фрейд; Р. Плутчик, М. Селігман; М. Чиксентмігаї та ін.), салютогенезу (А. Антоновські), самодетермінації психологічного здоров'я особистості (Л. Сердюк, О. Чиханцова);

2. Теорії стресу, копінгу та самореалізації особистості, згідно з якими виховання дитини з розладами аутистичного спектра розглядається як хронічна стресова ситуація, що потребує мобілізації психологічних ресурсів та використання різних стратегій подолання (А. Бандура, М. Кляйн,

Л. Карамушка, О. Кокун, О. Купрєєва, А. Маслоу, Р. Мей, Р. Плутчик, К. Ріфф, К. Роджерс, В. Франкл, Е. Фромм, Е. Шостром та ін.);

3. Суб'єктний, гуманістичний та особистісно-орієнтований підходи, у межах яких батьківське ставлення розглядається як потенційний ресурс розвитку як дитини, так і самих батьків, а психологічна допомога спрямовується на підвищення рівня усвідомленості, прийняття та особистісної зрілості (Г. Балл, О. Бондаренко, М. Боришевський, Г. Костюк, С. Максименко, В. Моляко, Ю. Швалб та ін.) та концепція особистісних смислів та життєтворчості (М. Смульсон, Н. Чепелєва та ін.).

5. Положення теорій психологічного благополуччя особистості (Е. Десі, К. Петерсон, Р. Раян, К. Ріфф, М. Селігман, М. Чиксентмігаї та ін.).

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети й вирішення завдань дисертаційного дослідження в роботі було використано комплекс методів дослідження, а саме: *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблем психологічних захистів, батьківського ставлення, копінг-стратегій і психології розладів аутистичного спектра); *емпіричні:* тестування; *методи обробки та інтерпретації емпіричний даних* (описова статистика, кореляційний аналіз для виявлення взаємозв'язків між психологічними захистами, копінг-стратегіями та показниками батьківського ставлення; факторний та регресійний аналіз з метою визначення латентної структури досліджуваних психологічних характеристик; методи порівняльного аналізу для встановлення статистично значущих відмінностей між групами).

У емпіричному дослідженні були використані такі психодіагностичні методики: опитувальник «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчика - Г. Келлермана - Х. Конте (Life Style Index); Вісбаденський опитувальник з позитивної психотерапії та сімейної терапії Н. Пезешкіана (WIPPF) (адаптований Л. Сердюк та С. Отенко); опитувальник «Копінг-

стратегії» Р. Лазаруса; авторський опитувальник на вивчення батьківського ставлення до дітей з РАС.

Експериментальна база дослідження. Дослідницька робота за темою проводилась впродовж 2021-2023 рр на базі медичного центру «Development Clinic». У емпіричному дослідженні взяли участь 93 особи, віком від 25 до 53 років, які є батьками дітей з РАС. Середній вік вибірки – 36 років.

Достовірність і надійність результатів дослідження забезпечується якісним теоретичним аналізом, методологічною базою, обґрунтованістю вихідних теоретичних положень, відповідністю підібраного психодіагностичного інструментарію досліджуваній проблемі, меті, об'єкту, предмету та завданням дослідження. Також поєднанням кількісного та якісного методів аналізу даних, змістовним аналізом чинників та залежностей, отриманих на репрезентативній вибірці досліджуваних.

Статистичну обробку емпіричних даних та графічну візуалізацію результатів дослідження здійснено за допомогою статистичної програми «SPSS» v. 23.0 for Windows.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

вперше:

- здійснено цілісне теоретико-емпіричне дослідження психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра як самостійного психологічного феномена, що формується в умовах хронічного сімейного стресу;
- виявлено особливості захисних механізмів розладами аутистичного спектра та зміст психологічних захистів батьківського ставлення до дітей, показано їхню роль у взаємодії з дитиною;

- емпірично встановлено типи батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра залежно від домінуючих механізмів психологічного захисту та особливостей копінг-поведінки;
- визначено специфіку взаємозв’язків між психологічними захистами, копінг-стратегіями та характеристиками батьківського ставлення, що дозволило розкрити психологічні механізми адаптації батьків до ситуації виховання дитини з РАС;
- встановлено взаємозв'язок захисних механізмів з особистісними особливостями батьків, їх роль і значення в ставленні до дитини та особливостей її виховання;
- розроблено та науково обґрунтовано програму психологічної корекції, спрямовану на трансформацію дезадаптивних психологічних захистів батьків і формування більш конструктивного, приймаючого батьківського ставлення до дитини з РАС.

удосконалено:

- наукові уявлення про роль психологічних захистів у структурі батьківського ставлення, зокрема в контексті сімей, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра;
- підходи до психологічного аналізу батьківського ставлення шляхом інтеграції психодинамічного, стресово-копінгового та системного підходів;
- критерії психологічної діагностики особливостей батьківського ставлення до дітей з РАС з урахуванням інтенсивності та спрямованості захисних механізмів.

набули подальшого розвитку:

- положення сімейної та клінічної психології щодо психологічних чинників адаптації батьків до виховання дитини з порушеннями психічного розвитку;

- уявлення про копінг-стратегії батьків дітей з РАС як чинник модифікації психологічних захистів і ресурсу оптимізації батьківсько-дитячих взаємин;
- концептуальні підходи до психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра, у напрямі підвищення психологічної компетентності та емоційної стійкості батьків.

Теоретичне значення дослідження полягає в поглибленні та уточненні наукових уявлень про психологічні захисти як складову регулятивної системи особистості батьків, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра. Результати дослідження доповнюють теорію психологічних захистів, дитячо-батьківських взаємин і адаптаційних процесів в умовах хронічного стресу, розширюючи розуміння їхньої ролі у формуванні стилів батьківського ставлення та виховання.

Практичне значення дослідження полягає у розробці авторського опитувальника вивчення батьківського ставлення до дітей з РАС та комплексної програмиу формування продуктивних копінг-стратегій поведінки батьків, спрямованих на комплексну корекцію проявів хвороби і соціалізацію дітей, а також у можливості використання отриманих результатів у роботі практичних психологів, психотерапевтів, фахівців інклюзивної освіти та центрів психологічної допомоги сім'ям. Результати дисертаційного дослідження та програма комплексної психологічної корекції можуть бути застосовані для: психологічного супроводу батьків дітей з РАС; формування продуктивних копінг-стратегій поведінки батьків; профілактики ригідних і неадаптивних форм батьківського ставлення; підвищення ефективності корекційно-розвивальної роботи з дитиною, спрямованої на системну корекцію проявів хвороби та соціалізацію дітей.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження доповідались на засіданнях лабораторії психології особистості імені П.Р. Чамати Інституту психології

імені Г.С. Костюка НАПН України (2019-2025 рр.) та на міжнародних й всеукраїнських науково-практичних заходах в Україні: Всеукраїнська наукова конференція «Костюківські читання», присвячена 125-річчю від дня народження Г. С. Костюка (23 квітня 2025 р., Київ); VII Міжнародна науково-практична конференція «Психологічні координати розвитку особистості: реалії і перспективи» (21-22 травня 2025 р., Полтава); XIX науково-практичний семінар «Розвиток і саморозвиток обдарованої особистості в складній життєвій ситуації» (15 травня 2025 р., Київ); VIII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я» (16 листопада 2023 р., м. Київ); The 10 th International scientific and practical conference "Innovations and prospects of world science"(May 25-27, 2022, Vancouver, Canada); Міжнародній науково-практичні конференції «Допомога людині в турбулентних обставинах: досвід міжнародного проєкту» (9 вересня 2021 р., м.Київ). Результати дослідження впроваджено в практику діяльності Медичного центру «Development Clinic» (довідка про впровадження № 6 від 04.02.2025 р.), Центру Позитивної та Транскультуральної Психотерапії «Терра-баланс» (довідка про впровадження № 9 від 11.02.2025 р.).

Публікації. Отриманні результати дисертаційного дослідження повністю опубліковані в 7 наукових працях, серед них: 3 статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, 3 статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, що входять до міжнародних наукометричних баз даних; 1 стаття в інших періодичних виданнях та збірниках матеріалів наукових конференцій (в т. ч. міжнародних).

Особистий внесок здобувача. Дисертація виконана здобувачем самостійно. Усі сформульовані положення та висновки обґрунтовано на основі особистих досліджень автора. У співавторстві опубліковано одну статтю, авторський внесок в якій складає 50%.

У дисертації ідеї та розробки, які належать співавторам зазначених публікацій, не використовувались.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Список використаних джерел містить 187 найменувань, з них 108 – іноземною мовою.

Робота містить 32 таблиці на 24 сторінках, 8 рисунків на 3 сторінках та 12 додатків на 25 сторінках. Основний зміст дисертації викладено на 192 сторінках, загальний обсяг роботи – 220 сторінок.

РОЗДІЛ І
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХИСТІВ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

1.1. Сучасні уявлення про захисні механізми особистості: особливості прояву, види та класифікація

Протягом життя людина стикається з різноманітними ситуаціями і подіями, які можуть мати негативний вплив на її психологічний стан: стресові події, невдачі, внутрішні та зовнішні суперечності, а також неприємні думки й переживання. У таких умовах психіка природно прагне зменшити інтенсивність внутрішнього напруження та зберегти відносну цілісність «Я», що й зумовлює актуалізацію механізмів психологічного захисту.

Зазначимо, що психологічний захист послаблює внутрішній конфлікт і регулює поведінку людини, забезпечуючи швидке зниження переживань тривоги, сорому, провини або безпорадності. Саме завдяки цьому людина легше пристосовується до вимог навколишнього світу, а її психічний стан тимчасово стабілізується. У найбільш широкому розумінні захист – це поняття, яке означає будь-яку реакцію організму з метою збереження себе і своєї цілісності. У випадку зростання потреби та відсутності умов для її задоволення, поведінка людини починає регулюватись механізмами психологічних захистів: вони спрямовані на витіснення зі свідомості всього того, що серйозно загрожує системі цінностей особистості, її самооцінці та уявленню про себе як про «достатньо добру», прийнятну людину.

Аналізуючи наукову літературу стосовно проблеми психологічного захисту, зустрічаємо низку термінів, які відображають різні ракурси опису

цього феномену, зокрема: «психологічний захист», «механізми психологічного захисту» або «захисні механізми», «захисні дії», «стилі психологічного захисту» тощо (Андрушко, 2013; Гошовська, 2015; Злепко, Сергеева, Коваль, & Азархов, 2009; Кирпенко, & Бохонкова, 2017; Сердюк, 2012). Таке термінологічне розмаїття є показовим: воно фіксує, з одного боку, спільний об'єкт дослідження (регуляція внутрішнього напруження), а з іншого — різні теоретичні акценти (динамічні, когнітивні, особистісні, поведінкові). Зокрема, Т. Кирпенко та Ю. Бохонкова (2017) визначають психологічний захист як систему регуляторних механізмів, спрямованих на усунення або мінімізацію негативних, травмуючих особистість переживань (внутрішня тривога, дискомфорт тощо) задля збереження цілісності особистості. Ця дефініція принципово підкреслює саме регулятивну функцію захистів та їх зв'язок із підтриманням стабільності «Я» у ситуаціях загрози.

Разом із тим у сучасній психології не сформовано єдиного підходу до трактування явища «психологічний захист». Як вказується у праці Я. Андрушко (2016), одні дослідники розглядають психологічний захист як переважно непродуктивний, шкідливий спосіб розв'язання внутрішнього або зовнішнього конфлікту (В. Деларю, З. Фройд, Р. Грановська, Ш. Ференці та ін.), інші — пропонують розрізняти патологічні психологічні захисти і нормальні, які виконують профілактичну функцію, є постійно присутніми у повсякденному житті та слугують звичною складовою людської свідомості (Т. Рисинець, А. Гірняк, М. Бонд, О. Тунік, Т. Яценко та ін.). У цьому контексті важливим є висновок про суперечливість психологічного захисту як компонента структури особистості: він одночасно може сприяти стабілізації особистості й, за певних умов, її дезорганізації (Андрушко, 2016). З методологічного погляду це означає, що оцінювання захистів має бути контекстуальним: враховувати інтенсивність стресора, ресурси «Я», сталість/ригідність захисних стратегій та їхній вплив на адаптацію.

Розглядаючи еволюцію уявлень про захисні механізми, доцільно почати

з психоаналітичної традиції, у межах якої ці явища були концептуалізовані як базовий спосіб внутрішньої регуляції. Захисні механізми вперше були описані З. Фройдом у 1894 р. у роботі «Захисні нейропсихози» і відображали боротьбу «Я» проти хворобливих або нестерпних думок і афектів. Згідно з ученим, ці механізми захищають свідомість від протиріч між анімалістичним ідентифікатором та ідеалістичним супер-его, в кінцевому підсумку сприяючи «психічному гомеостазу» (Waqas, Rehman, Malik, Muhammad, Khan, Mahmood, 2015). Як зазначає Б. Дем'яненко (2014), аналізуючи роботи З. Фройда, в ранньому віці Его дитини відносно слабке, щоб протистояти сильним агресивним та сексуальним імпульсам Ід. Для того щоб справлятися з джерелами тривоги, Его формує захисні механізми. Пізніше головним джерелом тривоги стає страх перед Супер-его. Основним механізмом психологічного захисту З. Фройд вважав витіснення. Таким чином, у фройдівській парадигмі захисти постають як переважно несвідомі процеси, що забезпечують збереження психічної рівноваги шляхом «відсікання» неприйнятного змісту від свідомого переживання.

Водночас подальший розвиток психодинамічних уявлень показав, що захисти виявляються не лише як ситуативні внутрішні операції, а й як відносно стійкі патерни організації характеру та тілесної регуляції напруження. Саме в цьому напрямі фройдівська концепція механізмів психологічного захисту набула подальшого розвитку під керівництвом В. Райха. В. Райх зауважив, що механізми захисту діють на двох рівнях: психологічному та формують особливості характеру (характерологічний панцир за В. Райхом) і тілесному, що формує м'язовий панцир. Роботи В. Райха сприяли розвитку психосоматичного напрямку в медицині та тілесно-орієнтованої терапії (Дем'яненко, 2013:281-282). Отже, перехід від З. Фройда до В. Райха методологічно важливий тим, що переносить фокус із «механізму» як одиничного акту на «панцир» як системну, характерологічну та тілесну організацію захисту, яка підтримує стабільність «Я», але може водночас

фіксувати розвиток і звужувати репертуар адаптації.

У цьому контексті логічним наступним кроком стає проблема класифікації захистів за рівнями зрілості та адаптивності, оскільки різні захисні механізми по-різному пов'язані з реальністю, міжособистісним функціонуванням та психологічним благополуччям. На думку науковця G. Vaillant (1994), всі механізми функціонування «Я» є захисними. Він запропонував ієрархію захисних механізмів, виокремлюючи зрілі (альтруїзм; гумор; придушення імпульсів; негативна антиципація, або очікування гіршого; сублімація), незрілі (проекція власних почуттів назовні; шизоїдне фантазування; іпохондрія; пасивно-агресивна поведінка; компульсивна поведінка), невротичні (інтелектуалізація; репресія або заборона; зсув або перенесення почуттів; невротичне заперечення) і психотичні (ілюзорна проекція; заперечення зовнішньої реальності; викривлення реальності) рівні захистів. Таке ранжування дозволяє розглядати захисти не як «добрі» чи «погані» самі по собі, а як континуум способів регуляції афекту — від відносно конструктивних і соціально інтегрованих до таких, що суттєво порушують контакт із реальністю і взаєминами. K. Cherry (2022) узагальнює поширеність окремих механізмів, визначаючи 20 найтиповіших, серед яких заперечення, проекція, дисоціація та гумор. У такій інтерпретації підкреслюється прикладний аспект: знання найчастіших захистів створює основу для їх ідентифікації у психологічній практиці та для вибору адекватних інтервенцій.

Паралельно з ієрархічними підходами, у психології сформувалися моделі, які прагнули співвіднести захисні механізми з емоційною сферою та закономірностями психічної еволюції. Класичною у дослідженнях психологічних захистів є концепція Р. Плутчика, розроблена у 1979 р. у співавторстві з Г. Келлерманом та Х. Конте (Plutchik, Kellermann, & Conte, 1979). Вона концептуально базується на загальній психоеволюційній теорії емоцій. Р. Плутчик виділяє вісім захисних механізмів, що утворюють сферу психологічного захисту: заперечення, компенсація, раціоналізація, регресія,

заміщення, проекція, гіперкомпенсація, витіснення (Plutchik, 1979). Важливо, що автор підкреслював обмеженість і недостатність спроб побудови теоретичної моделі захисту без розуміння: (1) відношення між специфічними захистами; (2) відношення між специфічними захистами і специфічними емоціями; (3) адаптивного значення цих відношень. Загалом він виділяє три концепції психологічного захисту особистості: 1) всі психологічні захисти частково співпадають один з одним; 2) деякі захисти механізми мають полярні протилежності; 3) деякі захисти зовсім примітивні. Отже, у підході Плутчика акцент робиться на функціональному зв'язку захистів із афектами та на тому, що захисти можуть бути зрозумілими як системні відповіді на емоційні «виклики», а не лише як ізольовані психічні операції.

Єдиної класифікації захисних механізмів не існує: наявні підходи доповнюють один одного, а в практиці найчастіше користуються класифікаціями А. Фройд та Р. Плутчика. Далі подамо визначення механізмів захисту Р. Плутчика у тій логіці, яка дозволяє пов'язати кожен механізм із його регуляторною функцією в умовах напруження: рухова активність – зниження занепокоєння, викликаного забороненим спонуканням, шляхом його прямого або непрямого вираження без розвитку почуття провини; компенсація – спроба виправити або знайти відповідну заміну реальної чи уявної, фізичної або психологічної неспроможності; заперечення – відсутність усвідомлення певних подій, елементів життєвого досвіду або почуттів, хворобливих у разі їх усвідомлення; заміщення – вивільнення прихованих емоцій, зазвичай гніву, на предметах, тварин або людей, які сприймаються як менш небезпечні для індивіда, ніж ті, які дійсно викликали емоції; фантазія – втеча в уяві з метою відходу від реальних проблем або щоб уникнути конфліктів; ідентифікація – несвідоме моделювання відносин і поведінки іншої особи як шлях до підвищення самоцінності; інтелектуалізація – несвідомий контроль над емоціями і мотивами шляхом надмірного покладання на раціональне тлумачення подій; інтроекція – привласнення цінностей, стандартів або рис

характеру інших людей з метою попередження конфліктів або погроз з їхнього боку; ізоляція – сприйняття емоційно травмуючих ситуацій або спогадів про них без почуття тривоги; регресія – повернення у стані стресу до ранніх або більш незрілих паттернів поведінки і задоволення; придушення – виключення зі свідомості сенсу і пов'язаних з ним емоцій, або досвіду і пов'язаних з ним емоцій; сублімація – задоволення витісненого інстинктивного або неприйнятного почуття, особливо сексуального або агресивного, шляхом здійснення соціально схвалюваних альтернатив; анулювання – поведінка або думки, що сприяють символічному попередньому акту або думки, які супроводжуються сильним занепокоєнням або почуттям провини.

Також звернемо увагу на класифікацію А. Фройд, яка розширила теорію свого батька З. Фройда, описавши наступні захисні механізми (Cherry, 2022; Freud, 1993).

1. Зсув/заміщення: зміщена агресія як спосіб виразити гнів на відносно «безпечному» об'єкті (Cherry, 2022).

2. Заперечення як відмова визнавати факти реальності; приклади пов'язані з залежностями або травматичними подіями (Macdonald, Thomas, Sciolla, et al., 2016).

3. Витіснення/репресія як усунення зі свідомості неприємного досвіду, що надалі продовжує опосередковано впливати на поведінку (Corey, 2008).

4. Придушення як свідоміший варіант «відсікання» небажаної інформації.

5. Сублімація як перетворення неприйнятних імпульсів у соціально схвалювані форми активності (Kim, Zeppenfeld, Cohen, 2013; Cherry, 2022).

6. Проекція як приписування власних неприйнятних якостей або почуттів іншим.

7. Інтелектуалізація як спосіб дистанціювання від емоційного аспекту події (Vaillant, 1992).

8. Раціоналізація як логічне пояснення неприйнятної поведінки без контакту зі справжніми її причинами (Corey, 2008).

9. Регресія як повернення до ранніх моделей реагування у стресі (Corey, 2008).

10. Формування реакції як заміна небажаного імпульсу на протилежний (Cherry, 2022).

А. Фройд трактувала ці захисні механізми як «несвідомі ресурси, що використовуються свідомістю людини» для остаточного зменшення внутрішнього стресу (Kim, Zeppenfeld, Cohen, 2013). У цьому твердженні зафіксована ключова ідея: захисти є психологічними «інструментами» зниження напруження, однак ціна такого зниження може полягати у спотворенні реальності та обмеженні усвідомлення.

Актуальні узагальнення в межах прикладної психології також пропонують поділ захистів на примітивні та вищого рівня. Ryan Bailey та Jose Pico виокремлюють: 1) примітивні механізми захисту; 2) захисні механізми вищого рівня (Bailey, & Pico, 2023). До примітивних механізмів захисту належать: відтворююча поведінка; уникнення; конверсія; заперечення; ідентифікація; проекція; регресія; придушення; шизоїдна фантазія; розщеплення. До механізмів захисту вищого рівня належать (Brody, & Costa, 2020): передбачення; компенсація; переміщення; гумор; інтелектуалізація; ізоляція афекту; раціоналізація; формування реакції; сексуальність; сублімація; придушення. Така систематизація є методично корисною, оскільки дозволяє описувати не лише сам механізм, а й його «якість» у контексті адаптації (ступінь гнучкості, реалістичності, інтегрованості в соціальне функціонування).

При аналізі психічних процесів, пов’язаних із психологічним захистом, ми спиралися також на результати досліджень K. Horney та N. McWilliams. K. Horney розглядала захисти як способи невротичної організації досвіду в контексті міжособистісних конфліктів, акцентуючи на таких механізмах, як

«сліпі плями», компартменталізація, раціоналізація, надмірний самоконтроль, «вибіркові правота», невловимість і цинізм (Kelland, 2017). Такий опис є важливим для розуміння «тонких» когнітивно-міжособистісних форм захисту, які не завжди очевидні, але системно підтримують уникнення болісних переживань. У свою чергу, N. McWilliams (2011) у книзі «Psychoanalytic Diagnosis» поділяє захисні механізми на два рівні: первинні (незрілі/примітивні) і вторинні (зрілі/вищого порядку), підкреслюючи, що первинні механізми передбачають специфічну межу між собою та зовнішнім світом, тоді як вторинні включають внутрішні кордони. Як відзначає Д. Тітаренко (2009), незрілий захист зазвичай пов'язаний із довербальною стадією розвитку та слабшим зв'язком з принципом реальності, тоді як зрілі механізми формуються в межах структури «Я–Воно–Над-Я» і можуть виконувати адаптивну функцію.

У сучасній вітчизняній психології також акцентується, що класифікації захистів можуть відрізнятися за кількістю рівнів і критеріями поділу. Д. Тітаренко (2009) підкреслює, що захисні механізми часто поділяють на два—чотири рівні, але єдиного принципу такого поділу немає. М. Фоміна (Фоміна, 2020) відносить до первинних заперечення, примітивну ідеалізацію, примітивну ізоляцію, проекцію, розщеплення Его, соматизацію/конверсію; до вторинних — витіснення, заміщення, уникнення, ідентифікацію, інтелектуалізацію, компенсацію/гіперкомпенсацію, моралізацію, аутоагресію, раціоналізацію, реактивне утворення, регресію, сублімацію тощо. Т. Яценко (1996) виокремлює базисний (особистісний) і ситуативний (периферійний) різновиди психологічного захисту, наголошуючи, що вони взаємопов'язані та не існують один без одного, а домінування внутрішньої детермінованості захистів пов'язане з феноменом емоційної «знедоленості» суб'єкта. Г. Шулдик (2017) пропонує розрізняти захисти за ступенем «обробки» конфлікту, способом викривлення реальності, енергетичною «вартістю» та інфантильністю (залежністю від попередніх стадій розвитку). В. Шевченко та

А. Оганян (2016) описують дві полярні позиції щодо природи захистів: як адаптивного ресурсу самозбереження та як непродуктивного механізму, що обмежує розвиток особистості та її «власну активність».

Окремо заслуговує на увагу підхід, у межах якого захисти розглядаються як динамічні процеси саморегуляції, здатні бути як «успішними», так і «неуспішними». В. Шебанова (2012) визначає механізми психологічного захисту як пристосувальні процеси, що протікають на несвідомому та підсвідомому рівнях і підтримують психологічний гомеостаз. Учена підрозділяє психологічний захист на успішний (припиняє імпульси, що провокують тривогу) та неуспішний (не здатний цього зробити й зумовлює повторюваність тривожних імпульсів). До позитивних наслідків належить збереження стійкості особистості та більш-менш успішна адаптація у відносно «невеликих» конфліктах; до негативних — ускладнення усвідомлення власних омани щодо себе та перешкоджання ефективному розв'язанню проблем.

Зважаючи на те, що захисти часто описують як «швидке» зниження напруження, важливим є логічний перехід до проблематики копінгу — свідомих стратегій подолання стресу, орієнтованих на зміну ситуації або власного ставлення до неї. Саме тут виникає потреба чіткого розмежування: де завершується захист як несвідома регуляція і де починається копінг як цілеспрямована діяльність. Аналіз літературних джерел дозволяє зробити висновок, що значна увага науковців приділяється взаємозв'язкам психологічних захистів та копінг-стратегій. Т. Ткачук встановила зв'язок копінг-поведінки особистості з механізмами психологічного захисту, які забезпечують регулятивну систему стабілізації особистості, спрямовану на зменшення тривоги, що обов'язково виникає у процесі усвідомлення інтрапсихічного конфлікту або перешкоди до самореалізації, тоді як копінг інтерпретується як цілеспрямована поведінка суб'єкта, пов'язана з перспективою та «відкладеним ефектом» (Процик, 2018).

На думку R. Lazarus, психологічний захист є пасивною копінг-

поведінкою. Науковець розрізняв захисні механізми і механізми подолання за часовою та інструментальною спрямованістю, функціонально-цільовою значущістю і модальністю регуляції. При захисті відбувається вирішення актуальної ситуації «тут і тепер», не пов'язаної із майбутніми перспективами. За визначенням R. Lazarus та S. Folkman (1991), копінг – це зусилля індивіда, спрямовані на вирішення проблем, якщо вимоги мають величезне значення для його гарного самопочуття, оскільки ці вимоги активують адаптивні можливості. Таким чином, копінг розглядають як діяльність, спрямовану на підтримку або збереження балансу між вимогами середовища і ресурсами особистості (Lazarus & Folkman, 1991). Як зазначає Т. Рисинець, психологічний захист у цьому співвідношенні є «швидкою допомогою», що забезпечує психологічне виживання (Рисинець, 2012). У такий спосіб вибудовується важлива для дисертаційної логіки лінія: від психоаналітичного розуміння захистів (Фройд) через їх характерологічно-тілесну закріпленість (Райх), до ієрархічних і функціональних класифікацій (Вайянт, Плутчик) і далі — до свідомих стратегій подолання стресу (Лазарус і Фолкман).

У прикладному контексті дослідження батьків, які виховують дітей з РАС, цей перехід є принциповим, оскільки дозволяє аналізувати саморегуляцію не лише як «захист від болю», а й як потенційну систему ресурсів для активного подолання хронічного стресу. Зазначимо, що, за даними аналізу, батьки дітей з аутизмом значно частіше використовують захисні стилі, які виявляються самопринижуючими та неефективними (Сторожук, 2018; 2019). Такі стилі не сприяють конструктивному подоланню стресогенних ситуацій, а ступінь тяжкості розладу у дитини негативно впливає на вибір захисних механізмів батьків, які характеризуються обмеженою адаптивністю. Це узгоджується з загальною логікою теорій захисту: ригідність і переважання примітивних/неадаптивних механізмів у ситуації хронічного стресу знижують ефективність як емоційної регуляції, так і реабілітаційної активності.

Отже, під захисними механізмами ми розуміємо комплекс регулюючих механізмів, спрямованих на уникнення або зменшення негативних, травматичних емоцій або дискомфорту, пов'язаних із внутрішньою тривогою, з метою збереження цілісності особистості. Як зазначає D. Grande (2023), стрес неминучий, і психологічні захисти можуть допомогти людям впоратися зі складними емоціями та виконати важливі завдання: у помірних кількостях вони виконують адаптивну функцію, проте надмірна залежність від захисних механізмів або їх ригідність може спричинити проблеми. Саме тому для емпіричного аналізу в дисертаційному дослідженні важливо не тільки фіксувати наявність захистів, а й оцінювати їхню якість (рівень зрілості), гнучкість та взаємозв'язок із копінг-стратегіями.

На основі вище зазначеного, було виділено три групи захисних психологічних механізмів:

- компенсаторні: гіперкомпенсація, заміщення та ін.;
- деструктивні, які спричинюють деструктивний вплив на особистість і сприяють її дезадаптації: витіснення, реактивні утворення та ін.;
- пасивні: раціоналізація, ізоляція, проекція і ін.

Отже, узагальнюючи концепції захисних механізмів у теоріях багатьох науковців, підкреслимо: психологічні захисти спрямовані на подолання, уникнення та абстрагування від негативної інформації без безпосереднього «травмування» психіки, однак їхній адаптивний потенціал визначається мірою усвідомленості, зв'язку з реальністю, гнучкістю та здатністю не блокувати, а підтримувати більш зрілі копінг-процеси. Досліджено, що рівень напруги та тривоги у батьків стосовно захворювання дитини РАС корелює із їх гіперпрогностичним підходом до хвороби дитини, високим рівнем емоційного відторгнення, несприйнятливістю сім'ї до проявів хвороби, негативною оцінкою характерологічних особливостей дитини та схильністю до використання жорстких та авторитарних методів виховання.

1.2. Клініко-психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектра

Починаючи з XVIII століття, у медичних текстах трапляються описи осіб, які, ймовірно, мали аутизм (хоча сам термін тоді ще не використовувався). У таких описах акцент робився на відсутності мовлення, схильності до ізоляції та «вражаючій» пам'яті. Ці ранні спостереження важливі не лише як історичний факт, а й як свідчення того, що явище, яке нині окреслюється поняттям розладів аутистичного спектра, від самого початку привертало увагу через поєднання комунікативної своєрідності та специфічної когнітивної «нерівномірності» розвитку.

Термін «аутизм» у сучасному розумінні використовується для опису якісних відмінностей у сфері соціальних стосунків і спілкування, а також особливої стереотипності поведінки. У наукову термінологію психіатрії термін «аутизм» (грец. «autos» – сам) було введено Е. Бльойлером (1920), який трактував аутизм як симптом шизофренії та розглядав його як відчуження від реальності з наявністю внутрішнього життя, «особливого світу мрій і фантазій» (Чуприков, & Хворова, 2012; Бурлачук, Лисенко, & Завязкіна, 2021). Важливо підкреслити, що бльойлерівська інтерпретація відображала тогочасну психіатричну парадигму й, відповідно, задавала напрямок тривалих дискусій щодо природи аутизму: чи є він проявом іншого психічного захворювання, чи становить самостійну групу розладів розвитку. Саме ця дискусійність надалі стала одним із чинників формування різних класифікаційних підходів і неоднорідності діагностичних практик.

Нині можна констатувати не лише присутність суперечностей у розумінні природи та сутності аутизму, але й відсутність надійного діагностичного інструментарію, який дозволяв би проводити дослідження розладів аутичного спектра у дітей з урахуванням їх загального розвитку. Додатково, проблемною залишається відсутність чітких критеріїв для

використання різних корекційних методик та системної підтримки сімей, які мають дітей з такими розладами (Скрипник, 2010). У цьому контексті підкреслимо: методологічна складність дослідження РАС полягає в необхідності одночасного врахування вікових норм, загального рівня розвитку, інтелектуальних можливостей, мовленнєвого профілю та сенсорної регуляції дитини, що безпосередньо впливає і на валідність діагностики, і на ефективність втручань.

Під час дослідження аутизму відбулася значна еволюція у розумінні цього явища, його природи та обмежень. Виявлено, що не всі діти з аутизмом уникають соціальної взаємодії: серед них є ті, хто проявляє лише пасивність, або, навпаки, демонструє соціальну активність, але в «дивний» спосіб. Крім того, клінічний образ аутизму варіюється як між різними особами, так і в межах однієї особи — залежно від її інтелектуальних здібностей та віку. Саме тому з'явилося поняття «аутичний спектр», щоб висловити ідею про те, що те саме порушення може проявлятися різними способами (Welsh, Pennington, Grossier, 1991). Такий перехід від «одиничного синдрому» до «спектрального» конструкту має принципове значення: він задає рамку для аналізу РАС як гетерогенної групи станів, у якій клініко-психологічні прояви залежать від поєднання нейророзвиткових чинників, контексту соціалізації та компенсаторних можливостей.

Розлади аутистичного спектра (РАС) діагностуються у дітей, молоді та дорослих, якщо їх поведінка відповідає критеріям, визначеним у Міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10), і настанові з діагностики, статистики і класифікації психічних порушень DSM-4 (четверте видання) і має значний вплив на життєдіяльність. Загальний термін, який використовують в МКХ-10 і DSM-4-TR, — це розлади загального розвитку (РЗР); зараз цей термін використовується як синонім розладу аутистичного спектра (РАС): така поведінка визначається певною групою розладів, з різними причинами і

проявами. Відповідно, сама класифікаційна рамка закладає ідею множинності етіологій та клінічних профілів, що у практиці вимагає особливої уваги до диференціальної діагностики та індивідуалізації допомоги.

Відповідно до DSM-5, критеріями діагностики розладів аутистичного спектра є: цілісні порушення у сфері соціальної комунікації та соціальної взаємодії в різних контекстах, не пов'язані із загальною затримкою розвитку; обмежені, повторювані зразки поведінки, інтересів чи діяльності; симптоми повинні спостерігатися в ранньому дитинстві, але можуть бути непомітні до моменту, коли соціальні очікування почнуть перевищувати обмежені можливості дитини (Довідник діагностичних критеріїв DSM-5, 2023). Таким чином, діагностичний акцент зміщується на якісні порушення соціальної комунікації та наявність повторюваних/обмежених патернів, а також на принцип «виявленості» симптомів у взаємодії з контекстом, де зростають вимоги до соціальної компетентності.

Як зазначає І. Риндер (Сухіна, Риндер, Скрипник, 2017), розлади аутистичного спектра представляють собою порушення розвитку, що виявляються на ранніх етапах та проявляються у проблемній взаємодії та комунікації, стереотипній поведінці та інтересах. Епідеміологічні дані також підкреслюють суспільну значущість проблеми: за даними Центру контролю та попередження захворювань в США, отриманими в 2014 році на основі аналізу 8-річних дітей, одна з 68 дітей отримує діагноз аутизму; показник збільшувався порівняно з 2008 (1 з 88), 2006 (1 з 110), 2002 та 2000 роками (1 з 150) (Center for Disease Control). Окремого аналізу потребує те, що зростання поширеності може відображати як реальне збільшення випадків, так і покращення виявлення, розширення критеріїв та підвищення настороженості фахівців і батьків.

Спостерігаються позитивні тенденції в діагностиці та втручанні в розлади аутистичного спектра. Завдяки дослідженням уже у віці від 6 до 12 місяців можна визначити дітей, які мають високий ризик отримання діагнозу

аутизму у майбутньому; постановка діагнозу можлива вже від 2 до 3,5 років, що є покращенням порівняно з попередніми термінами діагностики у 4–5 років. Спеціалісти наголошують, що раннє втручання є найбільш ефективним. Водночас, незважаючи на відомий успіх раннього втручання, важливо розібратися у причинах його ефективності та дослідити наявні роботи, які підтверджують цю ефективність (Rogers, & Vismara, 2008; Rogers, Vismara, Wagner, McCormick, Young, & Ozonoff, 2014; Rogers, & Dawson, 2010). Логіка тут полягає в тому, що ранні програми можуть впливати не лише на поведінкові прояви, а й на формування базових механізмів соціальної уваги, спільної взаємодії, сенсомоторної регуляції та комунікативної ініціативи, які мають «каскадний» ефект для подальшого розвитку.

Питання етіології та патогенезу РАС також залишається складним і багатовимірним. Дехто з науковців зазначає, що РАС мають генетичну природу і є вродженим порушенням розвитку нейронів головного мозку (Orlova, 2019;). У цьому пояснювальному полі підкреслюється, що нейрони можуть мати занадто високу активність у певних зонах мозку, а отже інформація, яку сприймає дитина, обробляється нетиповим способом: дитині важко цілісно інтегрувати те, що вона бачить і чує, що особливо важливо під час соціальній взаємодії. Така робота головного мозку інтерпретується як підґрунтя специфіки поведінки та розвитку дітей із РАС; при цьому наголошується, що «аутизм неможливо вилікувати», проте з часом можлива адаптація дитини до соціального життя. У практичному вимірі це означає, що цілі допомоги мають бути сформульовані як розвиток компетентностей, підтримка функціональної комунікації, підвищення автономії та якості життя, а не як «усунення» аутизму.

Вивченням специфіки психічного дизонтогенезу аутистичних дітей, пошуком першопричин і логіки аутистичного розвитку займалися (L.Wing, E.Ornitz, B.Hermelin & N.O’Connor, F Volkmar, H.Tager-Flusberg, C.Lord), що дало змогу виявити «первазивний» (наскрізний або спектральний) характер

цього порушення. Більшість науковців вважають, що аутизм позначається на усіх рівнях психічної організації; українські науковці також поділяють цю думку (Багрій Я.Т., Марценківський І.А., Островська К.О., Романчук О.І., Смоляр Г.Г., Тарасун В.В., Хворова Г.М., Чуприков А.П., Шульженко Д.І. та ін). Такий «первазивний» підхід задає важливу рамку для клініко-психологічного аналізу: симптоматика розглядається не як локальний дефіцит (наприклад, тільки мовлення), а як системна зміна способів взаємодії дитини зі світом — у комунікації, грі, сенсорній регуляції, емоційній взаємодії та поведінкових патернах.

Термінологія, пов'язана з аутизмом, є досить різноманітною: аутизм, синдром Асперґера і PDD-NOS часто об'єднують у поняття «захворювання аутистисного спектра» (Myers S.M., Johnson C.P., 2007), іноді — «аутистичні розлади» (Freitag C.M., 2007), а сам аутизм називають синдромом аутизму (синдромом раннього дитячого аутизму, синдромом дитячого, або інфантильного аутизму), раннім дитячим аутизмом або просто дитячим аутизмом (Скрипник, 2010). У літературі можна зустріти терміни «аутизм», «аутистичний розлад», «аутистичний синдром», «аутистичне мислення», «аутистична поведінка», «розлади аутистичного спектра»; їх раніше використовували як синоніми (Бурлачук, Лисенко, & Завязкіна, 2021; Caronna, Milunsky, Tager-Flusberg, 2008). Українські вчені також використовують назви як аутичний, так і аутистичний. Сам факт такої термінологічної багатоваріантності має не лише лінгвістичне, а й діагностично-практичне значення: різні терміни можуть відображати різні класифікаційні підходи, історичні традиції та акценти (клінічні чи психологічні), що ускладнює порівнянність досліджень і стандартизацію допомоги.

Початок системного підходу до вивчення проявів аутизму у дітей прийнято відносити до 30-х – 40-х років, коли аутистичні стани були описані в клініці дитячої шизофренії, психозів і порушень, що мають своїм підґрунтям органічні ураження або недорозвинення центральної нервової

системи (Скрипник, 2010). Так, австрійський педіатр і психіатр Г. Асперґер у своїй лекції з дитячої психології використав термін Е. Бльойлера «аутистичні психопатії» (Asperger, 1938). Л. Каннер описав результати дослідження дітей, які проявили незвичайну подібність своїх поведінкових проявів, і означив виявлені розлади терміном «ранній дитячий аутизм» («інфантильний аутизм»), охарактеризувавши аутизм як особливий стан з порушеннями спілкування, мовлення й моторики (Welsh, Pennington, Grossier, 1991). Важливо, що саме каннерівська традиція започаткувала окреслення «типових» проявів аутизму як комплексу ознак, що стосуються соціальної взаємодії, комунікації та повторюваної поведінки.

Виокремлені Л. Каннером риси клінічної картини аутизму і нині вважають типовими проявами аутистичного спектра (Happé, Ronald, Plomin, 2006). Коли мова йде про ранній дитячий аутизм, то мають на увазі розлад, названий раннім дитячим аутизмом Каннера, або синдромом Каннера (Бурлачук, Лисенко, & Завязкіна, 2021). Л. Каннер вважав, що синдром раннього дитячого аутизму частіше трапляється в дітей, ніж це вважалось раніше, і що його помилково розглядали як розумову відсталість або дитячу шизофренію. Він виділяє п’ять основних критеріїв дитячого аутизму: глибоке порушення контакту з іншими людьми; нав’язливе прагнення до одноманітних форм активності; поглинутість предметами, які крутяться; мутизм або мовлення, не спрямоване на міжособистісне спілкування; високий когнітивний потенціал (Бурлачук, Лисенко, & Завязкіна, 2021). У клініко-психологічному плані ці критерії важливі тим, що поєднують соціально-комунікативну сферу з поведінковою (ритуальність/ одноманітність) і з когнітивними «острівцями» здібностей, що прямо перегукується з концептом нерівномірності розвитку.

На рівні вікової симптоматики К. Островська (2006) зазначає, що найбільш виражені симптоми аутизму проявляються на 2–3 році життя у вигляді порушень комунікації. Переважає характерна вибірковість

сприймання, за якої дитина більше реагує на контактні подразники, а менше — на зорові та слухові; можлива стійка реакція на окремо обраний предмет. У дитини порушується комунікативна поведінка, відзначається недорозвиток соціально-вольових функцій; недорозвиток мозкових структур, що регулюють емоційно-мотиваційну сферу психіки (Островська, 2006). З клініко-психологічної перспективи такі спостереження підкреслюють роль сенсорної та мотиваційної регуляції у формуванні комунікації: труднощі соціального контакту можуть бути пов'язані не лише з «відсутністю інтересу», а й зі специфікою стимулів, чутливістю та способом організації уваги.

Т. Скрипник (2010) подає розгорнуту характеристику мовленнєвого профілю: дитина може не говорити або говорити «сама собі», при цьому не використовує звуки чи жести для спілкування; мовлення стереотипне, часто у формі безпосередньої чи відтермінованої ехолалії; характерні повторювальні вокалізації, скандована вимова, тягуча інтонація, лепет. Також дитина часто не реагує на звернене мовлення і не відгукується на своє ім'я. Ці ознаки важливі як для діагностики, так і для планування втручань: вони підказують, що пріоритетом може бути не лише «розвиток мовлення», а й формування функціональної комунікації (включно з невербальною), спільної уваги та мотивації до соціального обміну.

Інші науковці до ознак аутизму у дітей відносять: незграбність рухів, порушення розуміння соціальних аспектів життя, перевагу взаємодії з предметами над взаємодією з людьми (Л. Каннер); незграбність дрібної моторики, порушення активної взаємодії із середовищем (Asperger, 1944); порушення ходи (Teitelbaum et al., 1996); проблеми зі швидким переключенням уваги (Шульженко, 2009); відхили у харчовій поведінці та ритуали, відмова від їжі (Dominick K.C., Davis N.O., Lainhart J., Tager. – Flusberg. H., Folstein S., 2007); симптоми порушення роботи шлунково-кишкового тракту (Erickson C.A., Stigler K.A., Corkins M.R., Posey D.J.,

Fitzgerald J.F., McDougle C.J., 2005); порушення в реакціях на емоції інших; поведінкові реакції у дискомфорті (дряпати, кричати, кусати, бити, кусати себе); практична відсутність звернення за співчуттям чи допомогою (Скрипник, 2010). Узагальнюючи наведене, бачимо, що РАС охоплюють ширший спектр проявів, ніж лише соціально-комунікативні труднощі: моторні, сенсорні, харчові та соматичні особливості можуть бути не випадковими «супутніми» феноменами, а компонентами загальної нейророзвиткової організації.

Водночас Д. Шульженко (2009) наголошує, що для всіх дітей характерні такі ознаки аутизму: обмеженість і вибірковість контактів із неможливістю активності й ініціативності у спілкуванні; афективна напруженість, тривожність і агресивність у разі змін звичної організації життя; циклічні агресивні збурення і розрядження; імпульсивні агресивні дії; провокаційність і неадекватність дій; безпричинність і невідповідність страхів; страх перед негативною оцінкою; незвичайність пристрастей та інтересів; стереотипність дій, поведінки й аутостимуляції; обмеженість дій і мовлення, автономність мови, вербалізм, вокалізації (Шульженко, 2009: 121-122). Додамо, що на рівні психологічного аналізу цей опис підсилює розуміння РАС як поєднання дефіцитарних і надлишкових/«гіпер» компонентів: поряд із дефіцитом ініціативності у спілкуванні можуть існувати надлишкові повторювані патерни, а поряд із низькою соціальною пластичністю — висока чутливість до змін.

Загальною ознакою психічної організації в разі аутизму є нерівномірність розвитку. За наявності в аутистів високорозвинених здібностей, все ж спостерігають їх неузгодженість з іншими структурними складниками психіки, особливо — функціями соціального інтелекту. Інтереси таких дітей часто мають абстрактний характер, наявна певна «одержимість» ними, тоді як зацікавленість реальним життям знижується; типова також непристосованість у побутових обставинах. Таким чином, для клініко-

психологічної практики принциповим є не лише фіксування «сильних сторін» (окремі здібності), а й аналіз того, як вони інтегруються (або не інтегруються) в повсякденне функціонування та соціальну взаємодію.

Як зазначають І. Риндер та І. Сухіна, визначення рівня інтелектуального розвитку у дітей з аутизмом є складним завданням, оскільки ці діти можуть не виконувати завдання не тому, що не розуміють запитання або не мають відповіді, а через відсутність бажання або нерозуміння, чому це їм потрібно. Також варто відзначити нерівномірність розвитку вербально-інтелектуальної сфери, де невербальні здібності можуть значно перевершувати вербальні. Зазначається, що близько 30% випадків аутизму супроводжується прискоренням розвитку окремих інтелектуальних аспектів (ранній розвиток мовлення, надмірні знання у конкретних галузях, інтерес до символів — літер, цифр, карт) (Сухіна, Риндер, & Скрипник, 2017). Ці уточнення методологічно важливі: вони вказують, що оцінка інтелекту має враховувати мотиваційні особливості, соціальну ситуацію тестування, сенсорні фактори та специфіку інструкцій, інакше існує ризик як недооцінки потенціалу, так і хибних висновків щодо профілю розвитку.

Діти з РАС можуть мати труднощі у взаємовідносинах з однолітками. Частина з них не виявляє інтересу до дітей свого віку; інші — мають проблеми з включенням у гру, інтерпретацією дій інших і адекватним реагуванням. Багато суб’єктів з РАС не розуміють природу соціальних взаємин і свою роль у них; часто відзначаються труднощі емпатії, що призводить до порушення соціальних взаємодій (Данилова, 2016). Таким чином, соціально-комунікативні особливості проявляються не лише у «браку контактів», а й у якісній зміні механізмів соціального розуміння, соціального прогнозування та взаємної регуляції у стосунках.

Емоційні розлади у розвитку аутизму описано в теорії R. Hobson (Houghton, Douglas, West et al., 1999), де аутизм розглядається переважно як афективний розлад з порушенням міжособистісних стосунків: за аутизму не

формується здатність сприймати афективну експресію інших і відповідати на неї (Бурлачук, Лисенко, & Завязкіна, 2021). Водночас когнітивні концепції узагальнені в теорії U. Frith, яка висуває припущення про специфічний дисбаланс інтеграції інформації (порушення «центрального зв'язку»): аутистам складно об'єднувати розрізнену інформацію в єдину картину, хоча можуть бути виражені специфічні здібності (запам'ятовування слів, відтворення безглуздих звукосполук, класифікація за другорядними ознаками тощо) (Бурлачук, Лисенко, & Завязкіна, 2021). У сукупності ці теорії дозволяють глибше описати клініко-психологічний «профіль» РАС: афективна взаємодія та когнітивна інтеграція виступають двома взаємопов'язаними площинами, які можуть по-різному проявлятися залежно від індивідуального розвитку.

І. Риндер та І. Сухіна зазначають, що розлади комунікації та мовлення у дітей з аутизмом є надзвичайно варіативними: від неможливості розвитку функціонального мовлення до здатності вести складні бесіди; при цьому інтерес і позиція співрозмовника можуть не враховуватися. Багато дітей не мають грубих порушень звуковимови, але мають труднощі використання мовлення та/або розуміння значень, інтонації, ритму; щонайменше одна третина осіб з аутизмом може не користуватися мовою взагалі, хоча частина дітей розвиває досить високий рівень мовленнєвих навичок (Сухіна, Риндер, & Скрипник, 2017). Така варіативність зумовлює потребу відмовитися від «єдиного» пояснення мовленнєвих труднощів і натомість оцінювати функціональність комунікації: прагматику, здатність до діалогу, спільної уваги, гнучкість тем і «зчитування» соціального контексту.

На відміну від інших дітей з психофізичними порушеннями і без них, аутистична дитина часто не йде назустріч іншій людині і не радіє пропозиції спільної гри, що впливає на взаємовідносини з дорослими. Як зазначає Т. Скрипник (2010), ставлення дітей з аутизмом до батьків може

бути байдужим: поява і відхід дорослого не зумовлюють реакції, але з часом це може змінитися підвищеною прихильністю, симбіотичною єдністю з ким-небудь із близьких, частіше з матір'ю. У клініко-психологічному плані це важливо для розуміння динаміки прив'язаності: особливості контакту можуть еволюціонувати, а «байдужість» на ранніх етапах не завжди означає відсутність потреби в близькості, а може відображати специфіку сенсорної/емоційної регуляції та взаємної налаштованості.

Окремо підкреслимо, що діти з РАС, крім порушень психоемоційного характеру, нерідко мають порушення фізичного розвитку та супутні захворювання різних систем організму (Островська, 2006; Прядко, 2021; Риндер, 2012; Скрипник, 2013; Шульженко, 2009). Це знову підтверджує первазивний характер порушень і необхідність комплексного мультидисциплінарного супроводу, де клініко-психологічна оцінка узгоджується з медичними даними.

Як зазначає І. Риндер, батьки можуть стикатися з труднощами у встановленні чутливого контакту з немовлям, у якого є проблеми у функціонуванні та менший ступінь інтерактивності, що характерно для дітей із РАС. Немовлята, у яких пізніше діагностовано аутизм, до першого року можуть проявляти менше посмішок, не реагувати на своє ім'я, мати труднощі із зоровим контактом, брак комунікативних вокалізацій, дискомфорт в обіймах, бути надто метушливими або пасивними, мати проблеми зі сном і годуванням, бути чутливими до дотику та шуму (Zwaigenbaum, et al., 2015). Такі ранні ознаки можуть ускладнювати батькам можливість встановлення чутливої взаємодії, необхідної для нормалізації соціального розвитку (Сухіна, Риндер, Скрипник, & 2017). У цьому блоці суттєвим є саме системний зв'язок: ранні сенсомоторні та регуляторні особливості дитини можуть впливати на якість взаємодії з дорослим, а якість взаємодії, у свою чергу, впливає на соціальний розвиток і можливості компенсації.

Далі (у логіці сенсорного розвитку) наголошується, що в перші місяці життя дитина виявляє хаотичну рухову активність, тоді як слухова і зорова увага розвивається вже на другому тижні; протягом першого півроку основною метою є набуття сенсорного досвіду. Однорідне оточення та постійне положення тіла можуть негативно впливати на розвиток, тоді як різноманітне сенсорне середовище сприяє розвитку сенсорики. У випадку аутичних дітей зміна звичних умов може викликати негативну реакцію, але це не означає, що зміни завжди шкідливі: дитина потребує більше часу для адаптації, а різкі зміни можуть створювати відчуття невпевненості. Відповідно, введення нових відчуттів має бути поступовим, з достатнім часом взаємодії з кожним стимулом; водночас важливо вчасно змінювати стимули і запобігати хронічним аутостимуляціям. Іноді для сенсорного пізнання світу доцільно пропонувати «збільшену дозу» сенсорних відчуттів, які дитина і так отримує аутостимуляціями; при цьому аутостимуляція розглядається не лише як спроба засвоїти сенсорну інформацію, а й як форма захисту від нового (Сухіна, Риндер, Скрипник, & 2017). У клініко-психологічній інтерпретації це положення є ключовим: воно дозволяє розуміти поведінкові стереотипії не тільки як «симптом», а і як регуляторну стратегію, що має функцію самозаспокоєння та контролю сенсорного навантаження.

Таким чином, аутизм входить до групи загальних розладів розвитку, що відзначаються якісними аномаліями у соціальній взаємодії та спілкуванні, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним набором інтересів та дій. Ці якісні порушення є характерними для функціонування дітей з РАС у різних ситуаціях.

Отже, підсумовуючи викладене, можна стверджувати, що діти з розладами аутистичного спектра (РАС) мають комплекс клініко-психологічних особливостей, які проявляються у спектральній (гетерогенній) формі та охоплюють соціально-комунікативну дефіцитність, стереотипність і обмеженість інтересів/активностей, сенсорну та

поведінкову ригідність, нерівномірність когнітивного розвитку й труднощі адаптації до змін, а також можливі соматичні та регуляторні ускладнення (Островська, 2006; Прядко, 2021; Риндер, 2012; Скрипник, 2013; Шульженко, 2009). Саме поєднання первазивності порушень і варіативності проявів (Скрипник, 2010; Rogers, & Vismara, 2008; Rogers, Vismara, Wagner, McCormick, Young, & Ozonoff, 2014; Rogers, & Dawson, 2010) обґрунтовує необхідність раннього виявлення, диференційованої діагностики за сучасними критеріями та індивідуалізованого підходу до розвитку, навчання й підтримки сім'ї, що є ключовою умовою підвищення якості життя дітей з РАС і їхніх близьких.

1.3. Дослідження проблем виховання дітей з розладами аутистичного спектра, формування особливостей і типів батьківського ставлення

Актуальність проблеми дитячо-батьківських взаємин залишається незмінно гострою протягом усього розвитку психологічної науки та практики. Вивчення особливостей особистості батьків, які виховують хвору дитину, а також їхніх поведінкових реакцій є надзвичайно важливим як для розуміння закономірностей сімейного функціонування в умовах хронічного стресу, так і для забезпечення ефективності подальшої психокорекційної роботи. Проблематика психічних особливостей батьків дітей з аутизмом набуває дедалі більшої актуальності, що пов'язано, зокрема, з поширенням розладів аутистичного спектра. Народження дитини з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема з аутизмом, змінює практично всі сфери життєдіяльності сім'ї — виховні, емоційні, побутові, духовні, соціальні та сексуальні функції, що об'єктивно формує нові вимоги до адаптаційних ресурсів родини.

Для батьків розвиток розладів аутистичного спектра у дитини часто постає як невідома та виразно стресова ситуація. Нерідко вони не усвідомлюють ґенезу змін у поведінці своєї дитини й намагаються надати їм раціональне пояснення, недооцінюючи значущість своєчасного звернення до фахівців. Це, своєю чергою, може зумовлювати затримки у діагностиці та втручанні, а отже — опосередковано позначатися на ефективності лікування й корекційної допомоги. Встановлення діагнозу нерідко переживається як психотравмуюча подія, що супроводжується кризовими реакціями, зміною життєвих планів і переоцінкою очікувань щодо майбутнього. У цьому контексті проблема взаємин між батьками та хворою дитиною зберігає високу значущість, а вивчення особистісних характеристик батьків дітей із РАС і їхніх поведінкових реакцій стає необхідною умовою подальшої ефективної корекційної роботи з дитиною.

Проблеми батьківського ставлення у розвитку дітей висвітлювалися українськими науковцями, зокрема М. Боришевським (1995), О. Безлюдним (2013), С. Кондратюк, & І. Лінкевич (2016), Г. Циганенко, & Г. Шкуратенюк (2014) та ін. Узагальнюючи їхні підходи, можна зазначити, що стиль батьківського ставлення розглядається як один із ключових чинників формування особистості дитини, оскільки визначає характер емоційного контакту, межі автономії, способи регуляції поведінки й моделі інтерперсональної взаємодії.

Особливості батьківського ставлення до дітей з особливими потребами були предметом аналізу у працях вітчизняних дослідників: О. Галян, & З. Борисенко (2019); О. Горецька (2013); А. Душка (2018); Г. Кукуруза (2013); О. Макаренко, М. Голубєва, І. Джугля (2017); К. Островська (2013); Т. Скрипник (2010; 2013); О. Царькова (2015); Л. Чопик (2022); Д. Шульженко (2009) та ін. На думку авторів, батьківське ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра має специфіку й часто характеризується емоційним спотворенням, зокрема полярністю гіпер- або

гіпоопіки. Важливо підкреслити, що така полярність може виконувати функцію психологічної адаптації сім'ї до невизначеності та хронічного напруження: гіперопіка часто віддзеркалює прагнення контролю та «компенсації» ризиків, тоді як гіпоопіка може бути пов'язана з виснаженням, уникненням або афективним «відстороненням» як захисною реакцією.

Численні дослідження підкреслюють, що стресогенними факторами для батьків дітей з аутизмом є тяжкість симптомів аутизму та рівень інвалідності (Osborne, & Reed, 2009; Rivard, Terroux, Parent-Boursier, & Mercier, 2014), а також коефіцієнт інтелекту (IQ) дитини (Craig et al, 2016). Отже, нижчий рівень когнітивного розвитку й функціональних здібностей дитини може посилювати батьківський стрес через перспективу тривалої залежності дитини та потребу в постійному догляді. Додатковим обтяжувальним чинником є висока поширеність коморбідності: 92% дітей з аутизмом мають психіатричні супутні захворювання, включаючи синдром дефіциту уваги і гіперактивності, тривожний розлад (Helland, & Helland, 2017), а також поведінкові проблеми, включаючи непокору (McStay, Trembath, Dissanayake, 2015). Такі труднощі мають прямий і позитивний вплив на психічну втому у матерів і батьків (Cadman et al, 2012), причому цей вплив зростає з віком дітей, а проблеми часто стають більш помітними у взаємодії з освітнім середовищем, де вони «помічаються» та артикулюються педагогами. У таких умовах батьки можуть переживати підвищений стрес через складність управління проявами коморбідності (Miranda, Mira, Berenguer, Rosello, Baixauli, 2019). Таким чином, психологічний стан батьків формується в полі взаємодії щонайменше трьох груп факторів: клінічної тяжкості та профілю функціонування дитини, наявності супутніх розладів і соціального контексту (очікування, стигма, доступність сервісів).

Як зазначає К. Островська (2013), аутизм вирізняється особливою

складністю соціальних наслідків та проблем адаптації. Симптоми аутизму ускладнюють соціалізацію дитини, засвоєння соціальних ролей, пов'язаних із функціонуванням у дошкільних установах та школі, а також встановленням взаємин з оточуючими людьми. У психологічній перспективі це означає, що на сім'ю покладається не лише завдання догляду, а й потреба постійної медіації між дитиною і соціальним середовищем, що підвищує «невидиме» навантаження на батьків та змінює їхню батьківську позицію.

Наукові розвідки І. Білої, М. Боришевського, М. Мушкевич, Л. Сердюк, Г. Радчук, Т. Яценко й інших акцентують увагу на залежності формування особистості дитини від стилю сімейного виховання, батьківського ставлення до неї та способів сімейного спілкування і взаємодії. Особливості сімей, що мають дітей з розладами аутистичного спектра, розглянуто у працях Л. Козак (2022), К. Островської, М. Химко, Ю. Кудрявцевої (2007), Д. Чорей, О. Романів, Б. Надь (2018), А. Руденок, І. Ільницька (2022) та ін. У цих дослідженнях підкреслюється, що виховання аутистичної дитини вимагає значних психологічних ресурсів, які можуть бути обмежені через втрату внутрішньородинних і позародинних контактів, звуження інтересів поза межами проблеми хвороби дитини, а також через фізіологічне виснаження (безсоння, головний біль, порушення кровообігу). Як наслідок, батьки не завжди знаходять адекватні виховні стратегії, можуть спотворено сприймати індивідуальні особливості дитини та нереалістично оцінювати перспективи її розвитку. Цей блок дозволяє концептуалізувати батьківське ставлення не як статичну «рису», а як динамічну позицію, що формується під впливом хронічного стресу, соціальної ізоляції та дефіциту ресурсів.

Проблему ускладнює також якість статистичного обліку. Відповідно до офіційної статистики, у 2017 році дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) нараховувалось 7,5 тис., які стоять на обліку у психіатрів. Проте як зазначається на офіційному сайті ukrinform.ua, реальні цифри —

понад 75 тисяч дітей (https://www.ukrinform.ua/rubric-culture/2542200-v-ukraini-vidsutni-dostovirni-dani-sodo-kilkosti-ditej-z-autizmom.html). Ці показники співвідносять із світовою статистикою — понад 1% дітей (від загальної кількості у державі) мають аутистичний розлад. У матеріалі також підкреслюється, що частина батьків не доходить до психіатрів через стигму; І. Сергієнко, засновник фонду «Дитина з майбутнім», консул «Аутизм Європа», наголошує, що навіть поінформовані про діагноз батьки можуть уникати постановки на облік. Отже, офіційна статистика щодо дитячого аутизму в Україні може бути недійсною. Для теми батьківського ставлення це є принциповим, адже стигматизація та страх «психіатричного обліку» прямо впливають на траєкторію звернення по допомогу, на характер взаємодії з системою охорони здоров'я й освіти, а також на внутрішньосімейні рішення щодо стилю виховання і підтримки.

Як зазначають українські науковці, за частотою РАС займають четверте місце серед різноманітних видів хронічної нервово-психічної патології в дітей. Незважаючи на те, що з часом поведінка осіб із РАС може бути адаптована до життя в суспільстві, ці розлади справляють значний вплив на якість життя, соціальну взаємодію та майбутнє як дітей та дорослих, так і їхніх родин (Бурлачук, Лисенко, & Завязкіна, 2021). Водночас ситуація невизначеності істотно погіршує функціонування сімей: фахівці не завжди виявляють дітей у ранньому віці, а паралельно з цим, зауважується явище гіпердіагностики. Т. Скрипник (2010) підкреслює, що термін «аутизм» став розпливчастим діагностичним ярликом з вкрай невизначеним змістом. Для батьків це означає зростання тривоги, фрагментацію інформаційного поля та потребу приймати рішення в умовах суперечливих висновків спеціалістів.

Історично дискусія про роль сімейного середовища у формуванні аутизму мала різні, іноді полярні, інтерпретації. У 1950-ті роки зацікавленість учених аутизмом у США і деяких країнах Європи зросла

(Donnellan, 1985). Дехто з лікарів розглядав навколишнє середовище як можливий травмувальний чинник виникнення аутизму; іншим чинником проголошувалася відсутність теплого ставлення батьків до дитини. У публікаціях того часу з'явилися терміни «заморожена мати», «холодні інтелектуальні батьки» (Spitz, Walf, 1946; Robertson, Bowlby, 1952; Roudinesco та ін., 1952), а також ідеї про роль психологічних особливостей батьків, раннього психотравмувального досвіду та емоційної депривації (Bettelheim B., 1967). Аналізуючи роботи багатьох авторів, Т. Скрипник (2010) виснує, що аутистичні прояви розглядалися як результат специфічної патології дитячо-батьківських стосунків, як захисна реакція, що розвинулася внаслідок труднощів адаптації дитини до світу дорослих. Водночас у наукових працях підкреслюється, що особистісні особливості матерів і їхнє негативне ставлення до дитини можуть сприяти формуванню, але не є першопричиною розвитку аутизму. Цей історичний екскурс важливий для коректного окреслення сучасної позиції: завдання психолога полягає не в пошуку «винних», а в аналізі реальних механізмів сімейної адаптації, підтримки і відновлення ресурсів.

Таким чином, аутизм є хворобою, що триває все життя і має значний вплив на особистість дитини та її сім'ю. Після виявлення аутизму члени родини можуть переживати шок, тривогу, горювання щодо втрати очікуваного майбутнього, але також — полегшення від узгодження власних спостережень з позицією фахівців. Діагностування та оцінка потреб можуть пояснити, чому дитина відрізняється від однолітків, і відкрити шлях до підтримки у сфері освіти, охорони здоров'я, соціальної допомоги, до волонтерських організацій та контактів з іншими сім'ями з аналогічним досвідом. У системному сенсі це означає, що діагноз може виконувати не лише «медичну», а й організаційно-психологічну функцію — структурувати допомогу і зменшувати невизначеність.

Згідно з сучасними уявленнями про рушійні сили, джерела та умови

розвитку психіки й особистості людини, психічний розвиток дитини опосередковано спілкуванням та взаємодією з дорослим (А. Фройд, А. Бандура). У сім'ї дитина набуває першого досвіду соціальної та емоційної взаємодії. У процесі виховання особливого значення набуває батьківська позиція як багатокомпонентна система: особливості емоційного ставлення до дитини; мотиви, цінності та мета батьківства; стиль взаємодії з дитиною; способи розв'язання проблемних ситуацій; соціальний контроль. Взаємини між батьками та дітьми характеризуються глибоким зв'язком та високим емоційним значенням як для дитини, так і для батьків (Baumrind, 1992). В. Крамченкова (2022) наголошує, що основою дитячо-батьківських відносин є ставлення батьків як комплексна характеристика, що включає систему емоцій і почуттів щодо дитини, знання та уявлення про неї, і реалізується через виховні стратегії. Отже, аналіз батьківського ставлення вимагає одночасного врахування афективного, когнітивного та поведінкового компонентів.

Діти з РАС мають особливий спектр сприйняття людей, подій та світу в цілому. Їхній внутрішній світ формується у взаємодії з родиною, проте на це сприйняття накладаються специфічні викривлення. Дітям з РАС важко змінювати власне сприйняття, оскільки його формування потребує тривалого часу та значних когнітивних витрат. Відповідно, родинам необхідно з дитинства формувати прийнятні взаємовідносини та стереотипи поведінки. За сприятливих умов поступово дитина може розвинути глибокі й міцні зв'язки з батьками, братами та сестрами; у дошкільний період частина дітей помітно змінюється, покращується соціальна адаптація, дитина може краще сприймати звернене мовлення і встановлювати контакти, однак зберігається брак взаємності у стосунках. У деяких випадках соціальний розвиток покращується і в підлітковому та дорослому періодах; невелика кількість дітей здійснює значний прогрес і функціонує істотно краще порівняно з ранніми роками життя. Цей фрагмент підкреслює

важливу для теми виховання тезу: батьківські стратегії і якість взаємодії можуть модифікувати траєкторію адаптації дитини, хоча й не усувають специфіки розвитку.

Велике значення у стабілізації перебігу психічного захворювання, вторинній профілактиці та реабілітації дитини відіграє роль батьків. Якщо батьки не розуміють сутності психічного розладу та хворобливого характеру відхилень у поведінці дитини з порушеннями розвитку і накладають вимоги, які не відповідають її можливостям, це може спричинити формування вторинних психічних порушень і декомпенсацію стану. Для батьків розвиток РАС у дитини є стресовою ситуацією; нерідко вони не усвідомлюють болісного походження змін і намагаються знайти їм раціональне пояснення, що знижує ймовірність своєчасного звернення до спеціаліста, веде до несвоєчасної діагностики та втручання й, як наслідок, знижує ефективність лікування. Постановка діагнозу переживається як психотравмуюча подія. Тому актуальність проблеми дитячо-батьківських взаємин зберігає гостроту, а вивчення особистісних особливостей батьків та їхніх поведінкових реакцій є важливим для подальшої психокорекційної роботи з дитиною.

А. Душка (2018) підкреслює, що народження дитини з РАС належить до значних психотравмуючих, кризових чинників для всієї сім'ї. Наслідки можуть проявлятися у порушенні сімейних взаємин (втеча у роботу або надмірна самопосвята дитині), сімейних конфліктах, негативних думках і переживаннях (крах сподівань, трагічне сприйняття життя), формуванні патологічних виховних стратегій (недооцінювання можливостей або надмірні вимоги, гіперопіка, вседозволеність тощо), порушенні соціального функціонування родини (втрата зв'язків, агресивна налаштованість до світу). Авторка також вказує, що батьківське ставлення значною мірою залежить від глибини порушень у дитини, лікувального процесу та соціально-психологічних наслідків, які впливають на соціалізацію,

самосвідомість, індивідуально-психологічні особливості дитини та соціальний статус родини (Душка, 2018). Таким чином, батьківське ставлення постає як «вузол» взаємодії об'єктивних клінічних чинників і суб'єктивних інтерпретацій, що важливо враховувати в консультативній і корекційній роботі.

Досліджуючи взаємини в сім'ях, де є діти з вадами, М. Мушкевич (2012) виснує, що для таких родин часто притаманні роздратування, бездіяльність, байдужість; батьки сприймають дитину як пасивну, хвору, страждаючу, скривджену, збудливу. Типові реакції на поведінку дитини амбівалентні: жалість і прагнення опікати та контролювати поєднуються з роздратуванням, бажанням покарати або ігнорувати. Переважаючими станами у батьків визначаються депресія, почуття провини, сорому, горя, страждання. Сім'ї стикаються з ізоляцією (зокрема через складність перебування у публічних місцях), батьки проводять багато часу з дитиною, оскільки лише вони «розуміють» її потреби, що призводить до майже постійного перебування разом. Опитування показало, що батьки часто потребують психологічної підтримки (34%), сімейної і соціальної допомоги (15%), інформації щодо навчання та розвитку (29%) та фінансової підтримки (25%) (Мушкевич, 2012). Важливим для аналізу типів батьківського ставлення є й те, що батькам часто складно визначити межу між суворістю і вимогливістю, зокрема в питаннях самообслуговування, де надмірна допомога може підтримувати інфантилізацію, а надмірні вимоги — провокувати дезрегуляцію.

Як справедливо зазначають багато авторів (О. Максименко, О. Соколова та ін.), найбільш негативний вплив на формування особистості дитини мають емоційне відкидання та емоційний симбіоз. У цьому ракурсі закономірним є припущення, що на основі переважаючих типів захисних механізмів у поєднанні з певними особистісними якостями батьків формуються відповідні типи ставлення до захворювання дитини. Отже, проблема батьківського

ставлення потребує аналізу не лише «виховних прийомів», а й внутрішньопсихічних способів регуляції батьківського стресу.

У роботі К. Островської (2015) показано, що високий рівень схильності матерів до симбіозу у стосунках із дитиною з особливими потребами пов'язаний із високим рівнем почуття провини як стану (страх, докори сумління, переживання потреби в каятті, відчуття власної нікчемності тощо), високою концентрацією уваги на вихованні (виховання стає фактично ціллю життя), а також наявністю проблем у сфері емоційного контакту з дитиною. Ці дані уточнюють психологічний механізм гіперопіки: вона може бути не стільки «турботою», скільки формою зняття внутрішньої провини та тривоги через максимальний контроль і постійну включеність.

Додатково К. Глушенко (2021) вказує на ґендерно забарвлені стратегії реагування: чоловіки-батьки під впливом сильного стресу частіше, ніж жінки, використовують відсторонення й уникнення; їхні емоційні проблеми можуть маскуватися прагненням бути стійкими, контролювати емоції, зберігати рівновагу. Відсторонення батька впливає на сім'ю як систему: інші члени можуть переживати гнів, роздратування, самотність, а на матір падає додаткове навантаження, що підвищує ризик дисфункціональної динаміки. Отже, тип батьківського ставлення формується не тільки на індивідуальному рівні, а й у площині сімейної системи розподілу ролей і відповідальності.

Результати дослідження Д. Чорей, О. Романів та Б. Надь (2018) описують типові реакції батьків на особливості поведінки аутистичної дитини: шок, емоційне напруження, нерозуміння, дратівливість, тривожність, злість, виснаження, розпач, емоційна дистанція, депресія, почуття вини тощо. Наслідком важкої поведінки нерідко стає ускладнення прийняття дитини «такою, як вона є». Як зазначають учені (Мушкевич, 2020; Руденок, & Ільницька, 2022; Чорей, Романів, & Надь, 2018), батьки аутистичних дітей мають значно менший емоційний контакт із дітьми: менше уваги до

самостійності думки, менше залучення до розв'язання сімейних проблем, менше зусиль щодо налагодження стосунків; виявлено тенденцію уникати емоційних контактів. Водночас у таких сім'ях виразніше проявляються надмірна опіка, ізоляція дитини від позасімейних впливів, пригнічення агресивності, бажання прискорити фізичний і психічний розвиток, що свідчить про високу зосередженість батьків на проблемах дитини (Чорей, Романів, & Надь, 2018). Ці дані підкреслюють парадоксальну комбінацію: надмірний контроль/опіка може поєднуватися з емоційним дистанціюванням як двома різними способами витримування тривоги.

Зарубіжні дослідження також демонструють системні наслідки догляду за дитиною з РАС: особи, які доглядають за дітьми, часто повідомляють про погіршення психічного здоров'я (тривога, депресія) (Cohrs, & Leslie, 2017; Lai, Goh, Oei, & Sung, 2015), нижчу якість життя та благополуччя й вищий рівень стресу порівняно з батьками дітей з типовим розвитком (Hoffman, Sweeney, Hodge, Lopez-Wagner, & Looney, 2009) та порівняно з тими, хто доглядає за дітьми з іншими порушеннями (Hayes, & Watson, 2013). Показано також, що матері дітей з РАС частіше повідомляють про підвищений психологічний дистрес і тягар догляду (Estes, Olson, Sullivan, Greenson, Winter, Dawson, Munson, 2013), проблеми зі здоров'ям (Fairthorne, De Klerk, & Leonard, 2015), нижчий рівень життєстійкості (Ilias, Cornish, Park, Toran, Golden, 2019) і проблеми в різних сферах сімейного життя, включаючи подружні стосунки. Таким чином, емпіричні дані збігаються у висновку: тип батьківського ставлення формується в умовах хронічного стресу та ризику виснаження, що повинно бути враховано при розробленні програм підтримки батьків.

Аналізуючи взаємовідносини батьків з аутистичними дітьми, доцільно розглянути теорію об'єктних відносин (Дем'яненко, 2013), яка розширила фройдиські ідеї, деталізуючи вплив раннього досвіду на формування стереотипів поведінки у дорослих. Згідно з цим підходом, стиль

життя розвивається на основі ранніх відносин з ключовими фігурами, передусім з матір'ю, що відкриває можливість аналізу повторюваних патернів реагування батьків у ситуаціях фрустрації, провини, страху та безсилля. У цьому контексті позиції М. Кляйн про ранні процеси розщеплення та перехід до депресивного стану, а також введення механізму «проективної ідентифікації» (Дем'яненко, 2013) створюють теоретичний інструментарій для розуміння того, як непереробленi афекти батьків можуть впливати на їхнє сприйняття дитини, приписування їй якостей, а також на вибір стилю взаємодії (контроль/уникнення/симбіоз). Аналізуючи праці Д. Віннікота, Б. Дем'яненко (2013) наголошує: за відсутності «утримуючого середовища» особистісний розвиток може зупинятися, а справжнє відчуття «Я» заміщується адаптивною слухняністю; у терапевтичному контексті аналітик прагне створити підтримуючі відносини, що дозволяють рости та розвиватися. Застосовуючи цю логіку до батьківства в умовах РАС, можна підкреслити: сім'ї потребують не лише інформації про «методи», а й такого соціально-психологічного середовища, що підтримує батьків у витримуванні тривоги, невизначеності та довготривалого навантаження.

Деякі дослідники, вивчаючи захисні механізми, виснують, що батьки дітей з аутизмом достовірно частіше використовують самопринижуючі та неефективні захисні стилі, які не дозволяють конструктивно долати стресогенні ситуації; ступінь тяжкості розладу дитини негативно впливає на вибір захисних механізмів батьків, що характеризуються слабкою адаптивністю (Дем'яненко, 2013). Узгоджено з цим, аналіз стилів сімейного виховання батьків дітей з РАС (Дем'яненко, 2013) показав значущі показники за шкалами «Гіперпротекція», «Ігнорування потреб дитини», «Недостатність вимог» та «Недостатність заборон», що визначено як потураюча гіперпротекція. У контексті аутизму такий стиль можна інтерпретувати як брак дитячо-батьківської співпраці та тенденцію інфантилізації. Також зафіксовано високі значення за шкалами «Проекція

власних небажаних якостей на дитину», «Виховна некомпетентність», «Нерозвиненість батьківських почуттів», що може вказувати на емоційне відкидання, небажання проводити час із дитиною та поверхневий інтерес до її справ. Отже, клініко-психологічні особливості дітей з РАС можуть впливати як на дитячо-батьківські відносини, так і на всю внутрішньосімейну комунікацію, підвищуючи ризики подружньої дезадаптації.

Типи батьківського ставлення до дітей з особливими потребами аналізував А. Мельник (2018), диференціюючи батьківське ставлення на три групи за результатами напівструктурованого інтерв'ю та індивідуальної бесіди. Перша група характеризується вираженим розширенням батьківських почуттів і гіперопікою; уявлення про можливості дитини є неадекватними, а у матері спостерігаються високі рівні тривожності та нервово-психічної напруженості; сімейний режим підпорядковується самопочуттю дитини, соціальні контакти обмежуються. Друга група відзначається холодним спілкуванням, гіпопротекцією та зниженням емоційних контактів; батьки проектують небажані якості на дитину і фіксуються на лікуванні, висуваючи високі вимоги до персоналу, компенсуючи власний психічний дискомфорт через емоційне відштовхування. Третя група змінює стиль життя та світогляд, активно взаємодіє зі спеціалістами, вивчає літературу, долучається до батьківських груп і громадських організацій та підтримує контакти з установами, часто включаючись у волонтерство. З наукової точки зору ця типологія важлива тим, що демонструє різні траєкторії адаптації: від тривожного контролю — через емоційне відсторонення — до активної соціальної інтеграції та пошуку ресурсів.

Вважається, що найбільш поширеними та ефективними методами в лікуванні та корекції дитячого аутизму є прикладний аналіз поведінки, метод альтернативних комунікацій та ряд психофізіологічних апаратних

методик, що базуються на концепції самоорганізації і передбачають багаторівневі перетворення у межах родини аутистичної дитини з метою налагодження механізмів зворотного зв'язку. У зв'язку з цим актуалізується проблема корекції дитячо-батьківських взаємин і побудови продуктивних форм копінг-поведінки батьків, які виховують дітей з РАС (Скрипник, 2010). Тобто ефективність допомоги дитині значною мірою опосередковується тим, наскільки батьківська система здатна витримувати тривале навантаження, зберігати емоційний контакт і водночас формувати стабільні, адекватні вимоги та підтримувальні межі.

Отже, узагальнення наведених підходів і емпіричних результатів дозволяє дійти висновку, що батьківське ставлення у сім'ях, які виховують дітей з розладами аутистичного спектра, формується під впливом комплексної взаємодії клінічної тяжкості та коморбідності дитини, соціального контексту (включно зі стигмою та доступністю допомоги), а також внутрішньопсихічних механізмів регуляції батьківського стресу й сімейно-системної динаміки. У цьому зв'язку дослідження взаємозв'язків між характерними особливостями психологічного захисту батьків і типом їх ставлення є методологічно обґрунтованим, оскільки відкриває можливості прогнозування ймовірних проблем у системі дитячо-батьківських взаємин та вибудовування цілеспрямованої корекційної і психотерапевтичної допомоги. Саме тому у наступних розділах доцільним є вивчення психологічних захистів і типів батьківського ставлення до дітей з РАС та розроблення комплексної психологічної корекції дитячо-батьківських стосунків із застосуванням інтегрованої функціональної діагностики та ефективних механізмів корекційної й психотерапевтичної підтримки.

Висновки до І розділу

1. Узагальнення наукових підходів засвідчує, що психологічний захист є системою регуляторних механізмів, спрямованих на зниження внутрішньої напруги, збереження цілісності «Я» та підтримання психічної рівноваги. Він активізується у ситуаціях фрустрації, загрози самооцінці, конфлікту та невизначеності й може виконувати як адаптивну, так і дезадаптивну функцію залежно від ригідності та інтенсивності використання.

2. Теоретичний розвиток концепції психологічного захисту демонструє послідовність наукових інтерпретацій: від первинних описів у психоаналізі до подальшого розширення у характерологічному та психосоматичному вимірах, ієрархічних класифікацій та психоеволюційних моделей. Окреслені підходи підтверджують відсутність єдиної універсальної класифікації та водночас вказують на продуктивність розгляду захистів у континуумі «примітивні – зрілі», з урахуванням їхнього зв'язку з реальністю та рівнем внутрішньої інтеграції.

3. Аналіз джерел дозволяє обґрунтувати принципові відмінності між захистом і копінгом: захисні механізми переважно неусвідомлені, спрямовані на швидке зниження напруги та можуть спотворювати реальність; копінг-стратегії є свідомими, більш інструментальними та орієнтованими на розв'язання ситуації й перспективу. Водночас їх інтеграція в межах єдиного конструкту саморегуляції є методологічно допустимою при аналізі цілісної відповіді особистості на стресогенні впливи.

4. Розлади аутистичного спектра описуються як група порушень розвитку з ядром у вигляді дефіцитів соціальної комунікації/взаємодії та обмежених, повторюваних патернів поведінки й інтересів. Показано, що аутизм характеризується широкою міжіндивідуальною та внутрішньоіндивідуальною варіативністю проявів, залежною від віку та інтелектуальних можливостей, що зумовлює потребу в спектральному підході до діагностики, оцінки потреб і вибору втручань.

5. Клініко-психологічний профіль дітей з РАС включає порушення комунікації та соціальної взаємодії, особливості мовленнєвого розвитку, стереотипізації, труднощі адаптації до змін, сенсорну гіпер/гіпочутливість, нерівномірність психічного розвитку та специфіку взаємодії з однолітками. Окремо наголошено на значущості ранніх проявів і перспективності раннього втручання, що підкреслює важливість своєчасного виявлення та підтримки сім'ї.

6. Психічний розвиток дитини опосередковується спілкуванням і взаємодією з дорослими, а батьківська позиція виступає системним чинником, що визначає емоційний контакт, межі, стиль взаємодії та виховні стратегії. Для сімей, які виховують дитину з РАС, характерні підвищене хронічне навантаження, втрата соціальних ресурсів і зростання ризику емоційного виснаження, що може ускладнювати формування адекватних виховних стратегій.

7. Виявлено, що батьківський стрес визначається тяжкістю симптомів РАС, рівнем функціонування та коморбідністю, а також соціальним контекстом (зокрема стигмою й обмеженим доступом до сервісів). Батьківське ставлення у цих сім'ях нерідко набуває полярних форм — гіперопіки/симбіозу або гіпоопіки/емоційного дистанціювання, які можуть виконувати захисну функцію для батьків, але водночас створювати ризики для розвитку автономії та адаптації дитини.

8. Залучення теорії об'єктних відносин дозволяє глибше пояснювати повторювані патерни реагування батьків у ситуації тривалого стресу, зокрема через ранні моделі прив'язаності, афективну регуляцію та захисні процеси. Це забезпечує концептуальну основу для розуміння того, як психологічні захисти можуть опосередковувати батьківське ставлення до дитини з РАС.

9. Дані досліджень свідчать, що в батьків дітей з РАС частіше фіксуються менш адаптивні захисні стилі, а також специфічні профілі сімейного виховання (зокрема поєднання гіперпротекції з ігноруванням

потреб або емоційним відкиданням). Це підтверджує доцільність розгляду захистів як психологічного механізму, що впливає на якість дитячо-батьківської взаємодії.

10. Теоретичний аналіз підтверджує, що вивчення взаємозв'язків між психологічними захистами батьків та типами їхнього ставлення до дітей з РАС є науково й практично значущим. Такий підхід створює підґрунтя для прогнозування ризиків у системі дитячо-батьківських взаємин, а також для розроблення комплексної психологічної корекції, спрямованої на підвищення адаптивності сімейного функціонування та підтримку розвитку дитини.

Зміст першого розділу дисертації висвітлено в публікаціях:

1. Сторожук О.М. (2018). Теоретичний аналіз проблеми особливостей батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. VI, Психологія обдарованості, Вип. 14*, 403–412. URL: http://www.appsychology.org.ua/data/jrn/v6/i14/49.pdf

2. Сторожук О.М. Клініко-психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектра. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. IX, Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія, Вип. 12*, 550–556. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i12/54.pdf

3. Сторожук О. М. (2022). Концепції розуміння психологічних захистів батьків, які мають дітей з розладами аутистичного спектра. *The 10 th International scientific and practical conference "Innovations and prospects of world science"*(May 25-27, 2022) Perfect Publishing, Vancouver, Canada, 639-645.URL: https://sci-conf.com.ua/x-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-innovations-and-prospects-of-world-science-25-27-maya-2022-goda-vankuver-kanada-arhiv/

РОЗДІЛ ІІ
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХИСТІВ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

2.1. Методика та основні етапи організації емпіричного дослідження

Виходячи із теоретичного аналізу проблеми дослідження, можемо констатувати, що розвиток розладів аутистичного спектра у дитини є невідомою та напруженою ситуацією для батьків. Часто вони не усвідомлюють природу змін у поведінці своєї дитини, намагаються знайти логічне пояснення, не розуміючи необхідності звернення до фахівця. Це може призвести до несвоєчасної діагностики, втручання лікарів з необхідною кваліфікацією і, в результаті, зменшення ефективності лікування. Прийняття діагнозу може стати для батьків травмуючим переживанням. Актуальність проблеми взаємин між батьками та дітьми залишається надзвичайно актуальною протягом усього розвитку психологічної науки і практики. Вивчення особливостей особистості батьків, які виховують дітей з РАС, та їхніх поведінкових реакцій є надзвичайно важливим для подальшої ефективної роботи з психокорекції дитини.

Важливою складовою методології психології є її принципи, тобто основні вихідні положення теорії, за допомогою яких ми будемо розглядати об’єкт нашого дослідження. Дослідження розвитку психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра базується на принципах *науковості, постійності, оптимізації, системності та адекватності.* Розглянемо детальніше кожен принцип.

Принцип науковості передбачає, що вивчення розвитку психологічних захистів у батьківському ставленні до дітей з розладами

аутистичного спектра повинно базуватися на загальнонауковій методології. Це включає у себе врахування останніх досягнень у психологічних науках, використання науково обґрунтованих методів та методик, а також урахування емпіричних даних щодо психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра та актуальні соціально-економічні умови.

Принцип постійності досягається за умови його постійного здійснення, починаючи з перших етапів розвитку психологічних захистів батьків у ставленні до дітей з розладами аутистичного спектра.

Принцип оптимізації передбачає визначення оптимальних загальних й індивідуальних стратегій розвитку психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра.

Принцип системності наукового знання психологічних захистів батьків дітей з розладами аутистичного спектра як єдність взаємопов'язаних елементів є наслідком та відображенням системних взаємозв'язків, що притаманні власне дійсності. Таким чином, принцип системності ґрунтується на потребі врахування всіх наявних сторін і зв'язків психологічних захистів та використовується для пояснення сутності та походження окремих складових й чинників їх формування.

Принцип адекватності передбачає у процесі дослідження психологічних захистів батьків дітей з розладами аутистичного спектра застосування заходів, адекватних поставленим завданням, індивідуальним особливостям особистості, специфіки її професійної діяльності, віку тощо.

Для перевірки теоретичних положень ми використали комплекс методів, зміст і послідовність яких були зумовлені логікою нашої роботи.

Емпіричне дослідження було проведено у чотири етапи.

І етап. Проведено конструктивний теоретико-методологічний аналіз основи дослідження особливостей психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра, розглянуто деякі

уявлення про захисні механізми особистості, особливості їх прояву, види та класифікації. Визначено клініко-психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектра та розглянуто особливості виховання дітей з РАС. Аналіз матеріалів даного етапу дослідження стали підґрунтям для розроблення концепції дослідження зазначеного феномену.

ІІ етап. Проведено емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення особливостей психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра. На цьому етапі була сформована репрезентативна вибірка досліджуваних та здійснено відбір і апробація психодіагностичного інструментарію.

ІІІ етап. Відповідно до мети та завдань дослідження була визначена система методів, що включає психодіагностику і тестування. При підборі методик і відповідних їм емпіричних показників враховувалися такі вимоги до психодіагностичного інструментарія, як надійність, валідність, об'єктивність, репрезентативність, чіткість і однозначність інструкцій за процедурою діагностики. Тестування за усіма методиками проходило в індивідуальній та груповій формах. Проведено аналіз та узагальнення отриманих результатів дослідження та представлено їхню якісну і кількісну інтерпретацію. Здійснювалася також психологічна інтерпретація виявлених закономірностей. Дослідницькі процедури мали комплексний характер. Різноманіття і взаємодоповнюючий характер методів, які відповідали меті та завданням дослідження, використання методів математичної статистики були призначені для забезпечення наукової обґрунтованості та достовірності результатів.

IV етап. Розроблено програму *комплексної корекційної роботи з батьками дітей з розладами аутистичного спектра* та представлено корекційні методи психолога з питань профілактики та своєчасної інтервенції психологічних захистів та формування адекватного ставлення до хвороби з метою побудови продуктивних форм копінг-поведінки батьків.

Дослідження проводилось протягом 3 років на базі Медичного центру «Development Clinic».

Характеристика вибірки досліджуваних

Щоб сформувати репрезентативність вибірки, ми скористались випадковим вибором, оскільки репрезентативність вибірки досягається випадковістю відбору, коли кожний елемент генеральної сукупності має однакову ймовірність бути відібраним. При оцінюванні репрезентативності вибірки ми враховували у який спосіб вона була отримана (Авраменко, Ткаченко, Попов, 2011).

Варто зауважити, що поділ наших досліджуваних на окремі групи проводився з метою дослідження розвитку захисних механізмів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра. За способом відбору – наша вибірка невипадкова, оскільки ми намагалися дослідити особливості батьківського ставлення до дітей з РАС. Таким чином, для розрахунку розміру досліджуваної вибірки визначено допустимий масштаб похибки вибірки, рівень довірчої ймовірності та очікувану дисперсію. Значення цих параметрів залежать від компромісу між цінністю більш точної інформації та необхідністю збільшення розміру вибірки. Слід наголосити, що розмір вибірки не залежить від розміру сукупності.

Обсяг вибірки, тобто число вибраних для вивчення елементів сукупності, вважається найважливішою властивістю вибірки: від нього прямо або побічно залежить репрезентативність вибірки. Як зазначає І. Гордієнко-Митрофанова, розмір вибірки залежить від кількості параметрів, за якими ми бажаємо досягти репрезентативності (Gordiienko-Mytrofanova, Pidchasov, Sauta, & Kobzieva, 2018). У нашому випадку, ми намагаємось досягти репрезентативності вибірки за наступними параметрами:

- вік батьків;
- сімейний статус та наявність інших дітей в сім'ї;
- вік дитини з РАС;
- вік дитини, в якому вперше було помічено ознаки РАС та реакція батьків;
- вік дитини, коли був встановлений офіційно діагноз РАС.

За способом відбору дана вибірка не є випадковою. Досліджувані є клієнтами медичного центру «Development Clinic». Опитування проводилось індивідуально за допомогою розроблених електронних анкет. Час заповнення визначався індивідуально. Наше дослідження спрямоване на визначення особливостей захисних механізмів батьків дітей з РАС, тому плануючи збір інформації, ми намагалися максимально врахувати умови, які можуть впливати на їх якість.

У дослідженні було задіяно 93 особи, віком від 25 до 53 років, які є батьками дітей з РАС. Середній вік вибірки – 36 років. Більш детальний розподіл вибірки представлено на рисунках 2.1-2.3.

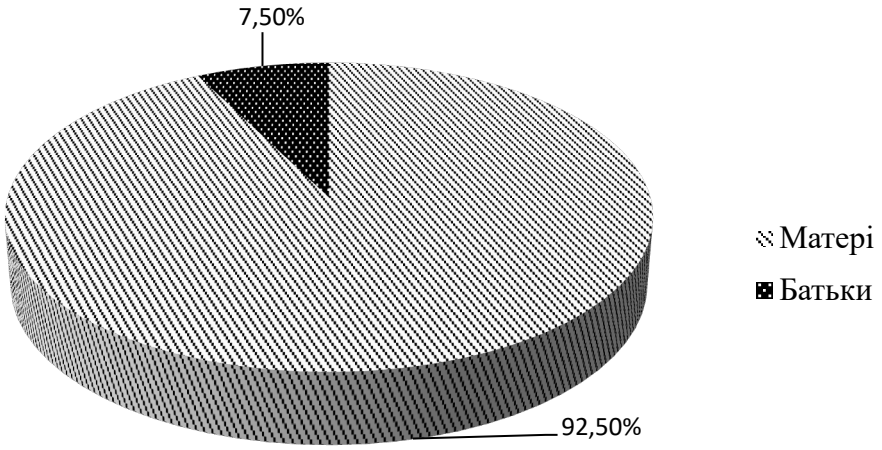


Рис. 2.1. Розподіл вибірки за статтю, %

Нами був зроблений розподіл батьків дітей з РАС, оскільки, зазвичай в Україні, на відміну від США та європейських країн, матері дітей з РАС беруть на себе більшість обов'язків терапевтів і логопедів, часто отримуючи додаткову освіту, а також виступають як адвокати своїх дітей. Вони рідко можуть дозволити собі залишити дитину з кимось і повернутися до роботи. Спеціалісти розрахували, що в середньому такі матері працюють менше годин на тиждень і заробляють на 56% менше, ніж матері дітей без обмежень у здоров'ї, і на 35% менше, ніж матері дітей з іншими порушеннями розвитку (НАІУ, 2020). Як показало наше дослідження лише 7,5% батьків (чоловіків) беруть актину учать у догляді за своєю дитиною з РАС, а переважну частину тягаря виховування дитини з РАС несуть матері.

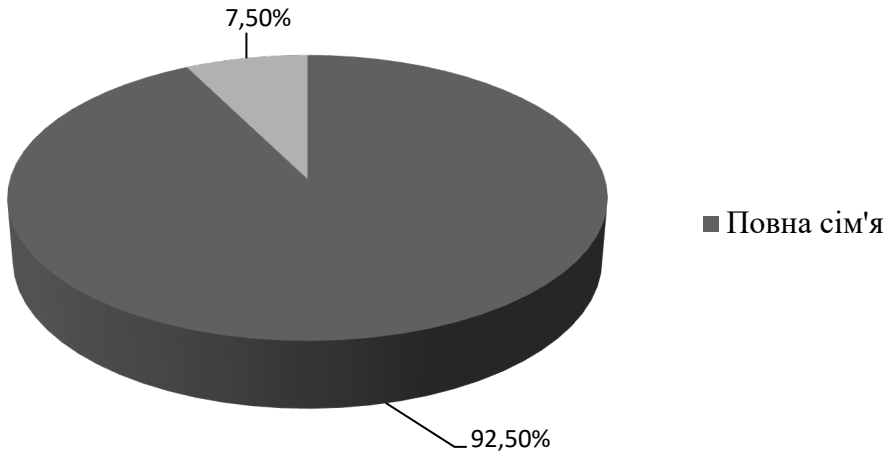


Рис. 2.2. Розподіл вибірки за сімейним статусом, %

Переважна кількість опитаних сімей (92.50%) були повними. Це позитиано, оскільки народження дитини з РАС належить до психотравмуючих, кризових чинників для всієї сім'ї, що може привести до погіршення стосунків між членами родини і, як наслідок, руйнування сім'ї. Проте, серед досліджуваної вибірки цього майже не спостерігається.

Більшість сімей (55.90%) мала одну дитину, а трьох дітей мали лише 5.40% опитаних. В середньому було 1, 5 дітей на сім'ю. З одного боку це відповідає загальній тенденції до зниження народжуваності. Так за даними на 2022 рік коефіцієнт фертильності серед жінок України був 1,53 народжень у середньому на кожну жінку (193-тє місце у світі) (Населення України. Вікіпедія).

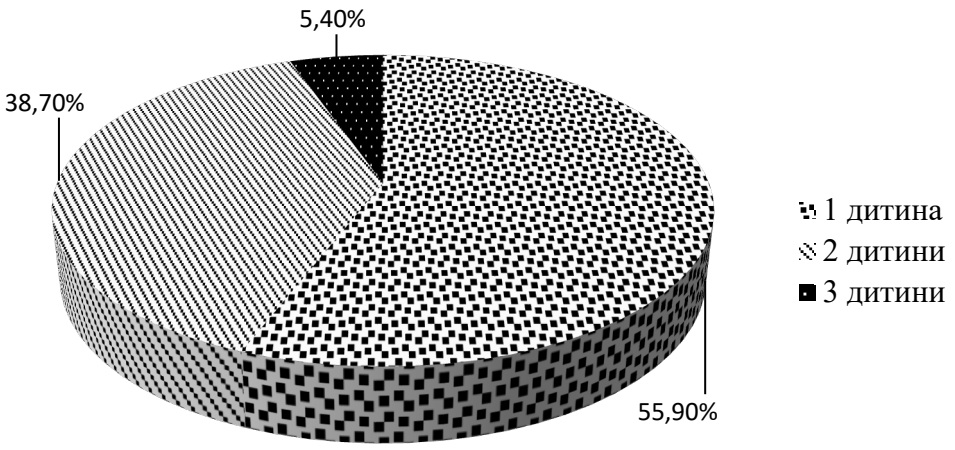


Рис. 2.3. Кількість дітей загалом у сім'ї, %

З іншого, поява у сім'ї дитини з РАС може негативно впливати на бажання батьків народити ще дітей через труднощі догляду за такою дитиною а також острах про наслідуваність захворювання, що погіршує статистику. Тому середня кількість дітей у таких сім'ях нижча ніж в середньому в Україні. Часто аутична дитина є першою і єдиною в сім'ї. Батьки можуть довгий час ігнорувати особливості дитини, лише на третьому році життя, який є критичним для дитини, для них стає зрозумілою вся серйозність ситуації. Батьки, дізнавшись про діагноз дитини, часто відчувають пригніченість і відчувають розгубленість перед закритою нелюдимою дитиною, деякі з батьків приходять до необхідності повної відмови від своїх інтересів в ім'я розвитку та реабілітації дитини, їх турбує думка про погану спадковість.

Так як перші ознаки розладу аутистичного спектру, як правило, проявляються у дітей на ранніх стадіях розвитку (Іванов, 2020) і батьки можуть суттєво допомогти дитині адаптуватися до життя в суспільстві, то нам важливо також було дослідити в якому віці вперше було зафіксовано батьками перші ознаки РАС у дитини. Результати представлено на рис. 2.4.

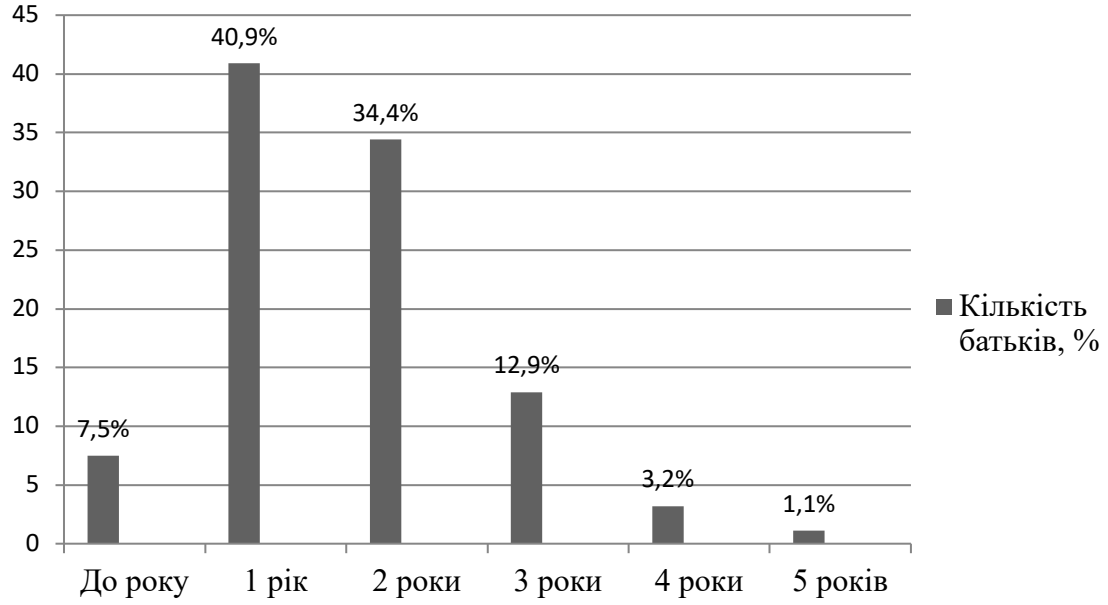


Рис. 2.4. Вік дітей, коли батьки вперше помітили у них ознаки РАС

Таким чином, ознаки РАС у своєї дитини до року помітили 7,5 % батьків, після року – 40,0%, після двох років – 34,4%, після трьох років – 12,9%, після чотирьох років – 3,2% і після п’яти років – 1,1% батьків. Коли сім'я дізнається про діагноз дитини, то кожен з її членів відчуває стрес. Досить часто батьки вважають свою дитину до 5–6-річного віку здоровою і навіть обдарованою, а потім дізнаються про її «нездатність до навчання», що призводить до розвитку хронічного стресу. Зазначається, що серед ранніх проявів аутизму прийнято вважати порушення соціальної взаємодії, відсутність мовлення та зорового контакту, нелюбов до дотиків та незнайомих місць і ситуацій, зациклення на предметах або діях, ігрова послідовність, відсутність інстинкту самозбереження, різка реакція на звуки, повторювані істерики.

Отже, ми вважаємо, враховуючи особливості досліджуваної тематики, що за допомогою вибірки розміром у 93 особи можна отримати повну та достовірну інформацію про особливості генеральної сукупності. Це пояснюється тим, що така вибірка повністю відтворює характеристики генеральної сукупності, яку ми вивчаємо.

2.2. Обґрунтування методичного інструментарію емпіричного дослідження

Для розуміння психічного розвитку дитини з розладами аутистичного спектра, ефективної корекційної роботи з нею, важливо визначити роль і значення кожного фактора, що впливає на процес розвитку захворювання, розкрити динаміку та своєрідність цього розвитку, виявити його потенційні можливості. Зрозуміло, що значна роль і значні можливості у вирішенні цих завдань належать батькам, які виховують дитину. Але, зазвичай, після консультації у лікаря-психіатра, що інформує батьків про хворобу дитини, у їхній оцінці ситуації переважає афективний компонент, значне місце в якій належить механізмам психологічного захисту. На цьому етапі батьки та інші родичі часто відчувають почуття безвиході, катастрофи, відчаю. Психологічний захист характеризується відмовою батьків від конструктивного вирішення проблеми, в той час як від них потребується прояв продуктивної активності.

Для емпіричного дослідження розвитку психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра було використано комплекс взаємодоповнюючих методів дослідження: *теоретичні* – аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація, моделювання; *емпіричні:*

1) опитувальник «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчика - Г. Келлермана - Х. Конте (Life Style Index);

2) Вісбаденський опитувальник з позитивної психотерапії та сімейної терапії Н. Пезешкіана (WIPPF) (адаптований Л. Сердюк та С. Отенко);
3) опитувальник «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса;
4) авторський опитувальник на вивчення батьківського ставлення до дітей з РАС; *методи статистичного аналізу даних* – дисперсійний, регресійний, факторний та кореляційний аналіз.

Дані були оброблені відповідно до визначених завдань дослідження. Ці завдання включали застосування як одновимірних, так і багатовимірних методів статистичного аналізу. Для загальної характеристики вибірок використовувалася описова статистика, така як середні значення і стандартні відхилення, і проводилася перевірка наявності нормального розподілу вихідних значень досліджуваних змінних.

Для оцінювання якості вимірювального інструментарію використовувалися оцінки надійності, розраховані за внутрішньою узгодженістю (коефіцієнт α Кронбаха). Для перевірки гіпотез про зв'язки між змінними використовувався параметричний коефіцієнт кореляції r Пірсона.

Отримані результати емпіричного дослідження обробляли за допомогою комп’ютерної програми для статистичної обробки даних SPSS Statistics 23.0.

Ми доповнювали та порівнювали емпіричні результати, отримані шляхом анкетування та використання психодіагностичних методик, з даними, отриманими за допомогою методів спостереження та опитування у формі бесіди.

Розглянемо детальніше емпіричні методи дослідження.

Для діагностики різних механізмів психологічного захисту нами було використано *опитувальник Плутчика – Келлермана - Конте «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index).* Захисні механізми намагаються звести до мінімуму негативні переживання, що травмують особистість. Ці переживання в основному пов’язані з внутрішніми або зовнішніми

конфліктами, станами тривоги чи дискомфорту. Механізми захисту допомагають зберегти людині стабільність своєї самооцінки, уявлень про себе і про світ.

Опитувальник розроблений на основі психоеволюційної теорії Р. Плутчик та структурної теорії особистості Х. Келлермана. Він дозволяє діагностувати систему механізмів психологічного захисту, виявити як провідні, основні механізми, так і оцінити ступінь напруженості кожного з них. Опитувальник призначений для діагностики механізмів психологічного захисту «Я» та включає 97 затверджень. За допомогою зазначеного інструментарію вимірюються вісім видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проекція, інтелектуалізація (раціоналізація) та регресія. Кожному з цих захисних механізмів відповідають від 10 до 14 тверджень, що описують особистісні реакції людини, що виникають у різних ситуаціях. На основі відповідей будується профіль захисної структури досліджуваного.

Далі розглянемо особистісні ресурси людини, які впливають на успішність соціально-психологічної адаптації особистості, зокрема, взаємини батьків дітей з РАС. Варто наголосити на тому, що особистісні ресурси значною мірою визначаються здатністю до побудови інтегрованої поведінки. Чим вища здатність до інтеграції поведінки, тим більш успішне долання стресогенних ситуацій. Тому для дослідження особистісних ресурсів особистості було використано *Вісбаденський опитувальник позитивної і сімейної психотерапії (WIPPF) Н. Пезешкіана*. Сучасна версія Вісбаденського опитувальника (WIPPF 2.0) адаптована на українській вибірці Л. Сердюк та С. Отенко (Serdiuk, & Otenko, 2021). Вісбаденський опитувальник (WIPPF 2.0) складається із 88 тверджень, що містять чотири варіанти відповідей: повністю погоджуються, частково погоджуються, частково не згодні або повністю не згодні. Для оброблення даних ці твердження конвертуються у відповідні бали: повністю погоджуються – 4

бали, частково погоджуються – 3 бали, 88 частково не згодні – 2 бали, повністю не згодні – 1 бал. Було визначено 27 шкал інвентаризації для оцінювання суб'єктивної значущості для особистості її особистих характеристик у таких трьох сферах: 1) фактичні здібності (вторинні для власної поведінки; первинні щодо себе); 2) прояв конфліктних реакцій у чотирьох сферах балансової моделі; 3) суб'єктивне сприйняття параметрів моделі наслідування. За допомогою цієї методики можна виявити особливості ухвалення рішень позитивного характеру у різних життєвих ситуаціях за допомогою мобілізації внутрішніх резервів особистості. Шкали опитувальника WIPPF розкривають зміст виховання, міжособистісних і внутрішніх конфліктів людини. Показники внутрішньої узгодженості, оцінені за допомогою коефіцієнта α Кронбаха, виявилися цілком прийнятними й дорівнювали за різними шкалами WIPPF від 0,73 до 0,86 (Serdiuk, & Otenko, 2021).

Проблему батьківського ставлення до дітей з РАС ми також аналізуємо у контексті копінг-стратегій та захисних механізмів. Вивчаючи копінг-процеси, Р. Лазарус та його колеги розробили методику «Ways of Coping» (Folkman & Lazarus, 1980), яка містить низку предикторів, кожен із яких відображає думку чи дію людей, які перебувають у стресі. У шкалу способів копінг-поведінки покладено різницю між двома загальними типами подолання проблем і негараздів. Перший тип зосереджений на вирішенні проблем, спрямований на вирішення негараздів або на щось, щоб змінити джерело стресу. Другий – на дистресі, який пов'язаний із ситуацією. Важливим є розрізнення копінг-стратегій, спрямованих на вирішення проблем і на емоції.

Опитувальник копінг-стратегій особистості Р. Лазаруса і С. Фолкмана використано для вимірювання копінгу. Він містить опис восьми ситуативно-специфічних стратегій опанування, серед яких: конфронтаційний копінг; пошук соціальної підтримки; планування розв'язання проблеми; самоконтроль; дистанціювання; позитивна

переоцінка; взяття на себе відповідальності; втеча-уникнення. Повністю методика включає 50 тверджень, в яких треба вказати яким чином досліджуваний найчастіше вирішує складні для себе ситуації, та оцінює кожен з варіантів поведінки.

Підраховується загальний бал за кожною шкалою (сума відповідей): «ніколи» – 0 балів; «іноді» – 1 бал; «рідко» – 2 бали; «часто» – 3 бали. Потім аналізується профіль копінг-стратегій за всіма шкалами. Позитивним вважається переважання середнього значення за субшкалами: «Самоконтроль», «Планування вирішення завдання», «Дистанціювання», «Конфронтація», «Прийняття відповідальності», над показниками таких шкал, як «Втеча-уникнення», «Позитивна переоцінка» та «Пошук соціальної підтримки». Отримані за методикою результати оцінюються в залежності від кількості набраних балів як низькі, середні чи високі. Бали від 0 до 6 вказують на адаптивне застосування копінг-стратегії; 7–12 балів свідчать про напруженість копінгу; високий рівень (13–18 балів) може означати дезадаптацію, тобто надмірне напруження даної копінг-стратегії.

За критерієм α Кронбаха отримано такі значення надійності: шкала «конфронтаційний копінг» – 76; шкала «пошук соціальної підтримки» – 72; «шкала» планування розв'язання проблеми – 77; шкала «самоконтроль» – 78; шкала «дистанціювання» – 75; «позитивна переоцінка» – 81; «взяття на себе відповідальності» – 83; «втеча-уникнення» – 79.

Авторський опитувальник на вивчення типів батьківських ставлень дає змогу зрозуміти ставлення до дитини з РАС, яка виховується в родині, тобто, батьком та матір'ю Опитувальник складається з 5 шкал. Шкали «відторгнення дитини»; «прийняття дитини» відображають інтегрально емоційне ставлення до дитини. Шкала «кооперація» – соціально бажаний образ батьківського ставлення, тобто зацікавленість батьків в дитячих справах. Шкала «симбіоз з дитиною» відображає міжособистісні дистанції в спілкуванні з дитиною. Шкала «надмірна соціалізація» відображає форму

і спрямованість контролю за поведінкою дитини. Шкала «інфантилізація дитини» відображає особливості сприймання і розуміння дитини батьками.

При відповіді на запитання опитувальника, батьки обирали один із запропонованих варіантів. Під час підрахунку балів по всім питанням враховувалися відповіді «так». Коефіцієнт α Кронбаха по питаннях для тестового дослідження дорівнював 0,74, що свідчить про досить високий рівень узгодженості питань.

За допомогою вищезазначених методик дослідження розвитку психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра має таку структуру (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Методичне забезпечення дослідження психологічних захистів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра

Методики	Показники
Вісбаденський опитувальник позитивної та сімейної психотерапії Н. Пезешкіана (WIPPF)	Первинні та вторинні здібності: акуратність, охайність, пунктуальність, ввічливість, щирість, старанність, обов'язковість, ощадливість, послух, справедливість, вірність, терпіння, час, контакти, довіра, надія, ніжність, любов, віра.
Опитувальник «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчика – Г. Келлермана – Х. Конте (Life Style Index)	Захисні механізми: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проекція, інтелектуалізація (раціоналізація) та регресія.
Опитувальник копінг-стратегій особистості Р. Лазаруса і С. Фолкмана	Копінг-механізми, копінгстратегії.
Авторський опитувальник на вивчення типів ставлень	Типи ставлення: відторгнення, прийняття, кооперація (співпраця), симбіоз, надмірна соціалізація, інфантилізація.

Отже, наш аналіз, здійснений на основі вибіркового дослідження генеральної сукупності, включає оцінку можливих відхилень середньої частоти. У результаті такої оцінки ми отримали дані про можливі зміни середньої частоти в обраній генеральній сукупності. Таким чином, мета нашого дослідження полягала не лише в тому, щоб отримати набір числових даних, а у тому, щоб на їх основі зробити значущі висновки, які допоможуть краще розуміти природу захисних механізмів батьків. Також результати були отримані за допомогою методу бесіди, яка є одним із основних методів психолого-педагогічних наук, що виступає як елемент методу узагальнення незалежних характеристик.

Для статистичної обробки отриманих в емпіричному дослідженні даних було використане програмне забезпечення IBM SPSS Statistics 23.

2.3. Визначення типів батьківських ставлень до їх дітей з РАС

В межах авторської методики досліджуваним батькам пропонувалося самостійно визначити їх ставлення до своїх дітей. Результати цього опитування представлені на рис. 2.5.

Як видно з рисунка преважна частина батьків (майже 85%) вибрали очевидно позитивні відповіді із запропонованого списку: або прийняття дитини, або кооперація (співпраця з нею). Очевидно такий результат не відповідає реальному ставленню батьків до своїх дітей. Батьки або не забажали відповідати відверто, оскільки ця тема для них емоційно складна, або самі не здатні визначити своє ставлення до своєї дитини, не замислювалися над цією проблемою, не розуміючи, що правильний підхід до виховання дитини з РАС є запорукою її реабілітації до найбільш можливого рівня.

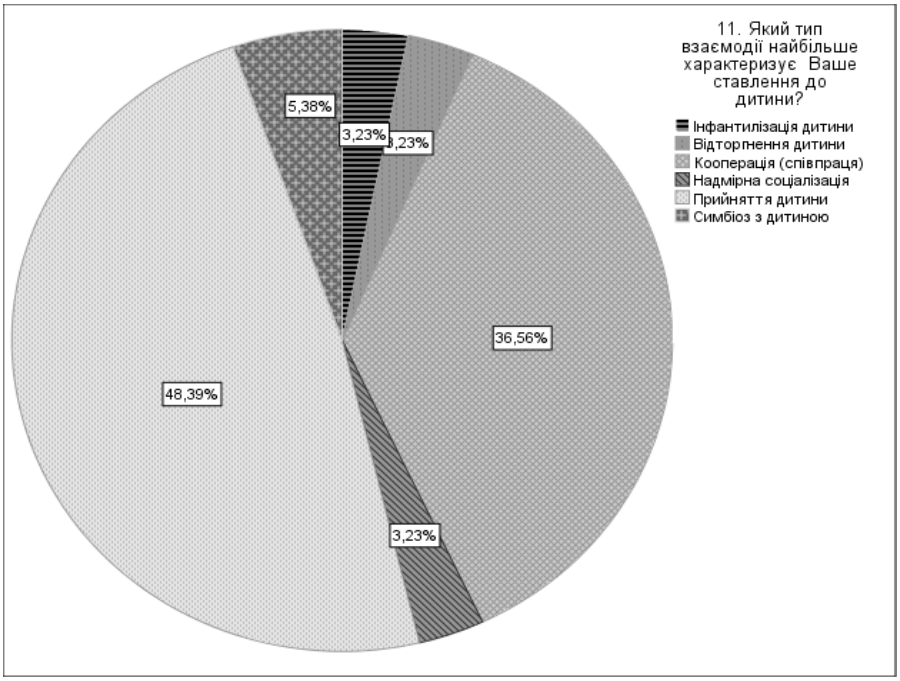


Рис. 2.5 Тип батьківських ставлень до їх дітей з РАС

У роботі (Федоришин, 2015) описані такі види ставлення батьків до їх дітей, які мають відхилення у розвитку загалом, без фокусу на специфічних проблемах:

1. Батьки глибоко, навіть трагічно, переживають неповноцінність дитини, жаліють її, оточують надмірною увагою, опікають, звільняють від навіть від посильних обов’язків. Надмірна опіка позбавляє дитину самостійності, можливості належним чином пристосуватися до складних життєвих умов.

2. Батьки не бажають примиритися з неповноцінністю дитини і тому перебільшують її можливості, не помічають недоліків. В результаті вже в молодшому шкільному віці діти зустрічаються з проблемами оскільки виявляється їх неспроможність у певних сферах, через свої дисфункції вони періодично переживають незадоволення, образу та ін. При такому батьківському ставленні у дітей старшого віку нерідко виникає депривація, розвиваються страхи, депресія, дисфорія.

3. Батьки соромляться неповноцінності своєї дитини, ховають від людей, не відвідують громадських місць, позбавляють її життєвих вражень. Дитина розвивається повільно, зростає сором'язливою, боязкою.

4. Дитина з особливими потребами займає в сім'ї положення «пасинка», її ображають, сміються над нею, підкреслюють її неповноцінність. У такому випадку дитина часто пригнічена, вона вразлива, дратівлива, уперта.

5. Батьки взагалі не звертають уваги на дитину, намагаючись усе виховання перекласти на школу.

Дрозд Л. і Падун В. (2022) також розглядають види батьківського виховання дітей з обмеженими психофізичними можливостями загалом, без опису специфічних особливостей, характерних для дітей з РАС. Це такі види:

Перша група: батьки із вираженим розширенням батьківських почуттів. Характерний для них стиль виховання – гіперопіка. Батьки мають недостатнє та неадекватне уявлення про можливості дитини, у матері гіпертрофоване почуття тривоги та психічної напруги. Стиль поведінки дорослих членів сім'ї характеризується надмірно дбайливим ставленням до дитини, регламентацією життя сім'ї залежно від самопочуття дитини, обмеженням соціальних контактів. Зауважимо, що дитина, яка має РАС, уникає емоційної близькості з батьками, тому останні часто відчувають стрес від того, що не можуть просто обійняти і потримати на руках дитину, тому що не отримують позитивного емоційного відгуку .

Для другої групи характерний стиль холодного спілкування – недостатній захист, гіпопротекція, знижений емоційний контакт батьків з дитиною, проекція на дитину обома батьками або одним із них власних небажаних рис або якостей. Батьки приділяють дуже багато уваги лікуванню своєї дитини, пред'являючи завищені вимоги до медичного персоналу та намагаються компенсувати власний емоційний дискомфорт емоційним відкиданням дитини.

Для третьої групи характерний стиль співробітництва – конструктивна та гнучка форма взаємовідповідальних відносин батьків та дітей у спільній діяльності. Як спосіб життя цей стиль з'являється, коли батьки вірять в успіхи своєї дитини та сильні її сторони, при постійному і послідовному розумінні необхідного рівня допомоги, розвитку самостійності дитини та становлення особливих способів її взаємодії з навколишнім світом.

Четверта група – репресивний стиль сімейного спілкування, що характеризується установкою батьків на авторитарну позицію лідера. Ці відносини проявляються у песимістичному погляді на майбутнє дитини, у постійному обмеженні її прав, у жорстоких батьківських розпорядженнях, недотримання яких карається. У цих сім'ях від дитини вимагають виконання всіх завдань та вправ незалежно від його рухових, психічних та інтелектуальних здібностей. Недотримання цих вимог часто тягне за собою тілесні покарання.

Додатково, описується такий тип ставлення, коли на когнітивному рівні відбувається інфантилізація та відкидання, з іншого боку, на емоційному рівні домінує прийняття дитини. Також суперечливе ставлення може проявлятися в тому, що батьки завищують рівень розвитку дітей з психофізичними проблемами, вони непослідовні у своїх виховних діях, оскільки прагнуть надати дитині автономію, але при цьому продовжують надконтроль над нею.

Складнощі також виникають тому, що знання про розлади аутистичного спектру ще не достатньо поширені у спільноті і навіть серед спеціалістів, таких як вихователі дитячих садків або педагоги у школі. Тому нерідко на батьків дітей з аутизмом чиниться тиск з боку суспільства, їм вказують на знижені темпи соціального розвитку дитини, внаслідок чого батьки намагаються штучно «помістити» дітей у певні вікові рамки, які відповідають паспортному віку дитини, що, безумовно, призводить до

негативних наслідків для сім'ї загалом. Дитина не в змозі впоратися з вимогами, що пред'являються до неї, у неї знижується мотивація розвитку та навчання, а у батьків виникає відчуття власної неспроможності та відчуття безнадійності корекційного впливу. Іншими словами на додаток до тих видів ставлення, які розвиваються у батьків, які виховують очевидно хворих дітей, у батьків, які мають дітей з РАС, можуть виникати свої, специфічні типи батьківського ставлення. Тому ми тут зробимо спробу визначили типів батьківських ставлень до їх дітей з РАС, виходячи з теоретичних поглядів, викладених нами у Розділі 1 та отриманих з експериментальних даних.

Нами вже зазначалося, що копінг-стратегії і захисні механізми базуються на однакових, тотожних процесах (Cramer, 1998). Зазначається, що копінги та захисту схожі тим, що вони (а) захищають індивіда від негативних емоцій та (б) спрямовані на відновлення комфортного рівня психологічного функціонування. На думку N. Haan (1977) копінг-стратегії і захисні механізми мають єдине джерело, але відрізняються полярністю спрямованості – або на продуктивну, або на слабку адаптацію. У ситуації нових для особистості вимог, за яких існуюча відповідь не підходить, виникає копінг-процес. У випадку, коли нові вимоги є непосильними для особистості, копінг-процес може приймати форму захисту. Об’єднання цих механізмів як різних рівнів структури особистості в єдиний конструкт є допустимим у контексті аналізу цілісних механізмів особистості до стресогенних ситуацій (Степаненко, 2021). У роботі (Maricutoiu, Crasovan, 2016) був показаний сильний кореляційний зв’язок між адаптивними механізмами захисту і копінгами, орієнтованими на проблему з одного боку; і між неадаптивними механізмами захисту та копінг-стратегією «уникнення» з іншого.

Проведений нами кореляційний аналіз підтверджує твердження про пов’язаність копінг-стратегій і захисних механізмів. Результати

кореляційного аналізу (використовувалася кореляція Пірсона) представлені у додатку А. Як видно з отриманих даних, існує достатня кількість достовірних кореляційних зв'язків помірної сили між копінг-стратегіями та механізмами захисту. Так конфронтаційний копінг корелює із заміщенням (0,336) і компенсацією (0,277); дистанціювання з регресією (0,312), заміщенням (0,424); самоконтроль як копінг-стратегія – з проекцією (0,387), компенсацією (0,336), гіперкомпенсацією (0,263) і раціоналізацією (0,283); пошук соціальної підтримки – із запереченням (0,270); прийняття відповідальності – з регресією (0,379), заміщенням (0,300), проекцією і компенсацією; втеча-уникнення – із регресією (0,559), заміщенням (0,565), проекцією (0,335) і компенсацією (0,276); планування вирішення проблеми – із раціоналізацією (0,264); лише позитивна переоцінка немає кореляцій із механізмами захисту.

Далі ми розглянули, які захисні механізми та які копінг-стратегії найчастіше використовуються батьками, які виховують дітей з РАС. В таблиці 2.3 надані описові статистики для механізмів захисту.

Таблиця 2.3

Описові статистики для механізмів захисту

	Середнє	Середнєкв.відхіл.
Витіснення	0,343	0,16
Регресія	0,363	0,14
Заміщення	0,285	0,18
Заперечення	0,495	0,17
Проекція	0,623	0,21
Компенсація	0,406	0,20
Гіперкомпенсація	0,347	0,19
Раціоналізація	0,562	0,14

Як видно з даних таблиці найчастіше використовується механізм захисту – проекція, на другому місці за частотою – раціоналізація.

Найменше використовується механізм захисту – заміщення. Всі інші механізми захисту використовуються із приблизно однаковою частотою.

В таблиці 2.4 надані описові статистики для копінг-стратегій.

Таблиця 2.4

Описові статистики для копінг-стратегій

	Середнє	Середнєкв.відхил.
Конфронтаційний копінг	54,30	15,54
Дистанціювання	57,46	17,99
Самоконтроль	64,97	14,34
Пошук соціальної підтримки	68,45	15,45
Прийняття відповідальності	71,32	18,57
Втеча-уникнення	59,72	17,19
Планування вирішення проблеми	74,43	15,21
Позитивна переоцінка	64,92	16,34

Як видно із даних таблиці найчастіше використовуються копінг-стратегії планування вирішення проблеми та прийняття відповідальності, що є добрим знаком, оскільки ці стратегії є адаптивними. Найменше використовуються конфронтаційний копінг, дистанціювання та втеча-уникнення. Це також добре, оскільки дистанціювання та втеча-уникнення є неадаптивними стратегіями, а конфронтаційний копінг хоч і є стратегією, спрямованою на вирішення проблеми, проте часто призводить до конфліктних ситуацій.

Виходячи з вищесказаного, ми об’єднали в одному розгляді використовувані батьками копінг-стратегії і механізми захисту і провели факторний аналіз отриманих даних для визначення типів батьківських ставлень до їх дітей з РАС. Фактори виділялися методом головних компонент з подальшим обертанням еквімакс з нормалізацією Кайзера.

Всього було виділено 6 факторів, які визначають 78% дисперсії.

Фактор 1 має такі складові: копінг-стратегії – дистанціювання (коефіцієнт цієї складової у факторі дорівнює 0.741) і втеча-уникнення (0.679) і механізми захисту – заміщення (0.777) і регресія (0.668). Дистанціювання означає зусилля відокремитися від ситуації і зменшити її значимість, батьки не вважають розлади артистично спектру, які має їх дитина, хворобою, розглядають особливості дитини як певні негативні прояви характеру, з якими можна поратись через батьківське виховання; втеча-уникнення – це прагнення і зусилля, спрямовані на уникнення проблеми, оскільки батьки не розглядають РАС як хворобу, вони не схильні звертатися до спеціалістів, і дитина може пройти реабілітацію і отримати корекційні впливи з боку фахівців. Заміщення – це механізм захисту, при якому негативні емоції переспрямовуються з їх джерела на інший об'єкт, батьки переспрямовують свої негативні емоції з себе на дітей, вважають їх погано вихованими, необов'язковими, грубими у спілкування тощо; а регресія – повернення до дитячої поведінки, батьки як маленькі діти «заплющують очі» і думають, що всі їх проблеми і страхи таким чином зникають. Батьки при взаємодії з дітьми відстороняються від наявних проблем, або вважають їх не складними, вирішуваними, або що хвороба їх дітей – не стільки хвороба, скільки «особливості характеру». Такі батьки схильні вимагати від свої дітей виконання соціальних норм, незважаючи на особливості їх стану і об'єктивну нездатність дітей виконувати такі норми. Цей фактор можна назвати «соціалізація», або, навіть сильніше «*Примусова соціалізація*».

Фактор 2 має такі складові: копінг-стратегії – самоконтроль (0.540) і механізми захисту – проекція (0.750), гіперкомпенсація (0.721) і раціоналізація (0.717). Самоконтроль передбачає зусилля з регулювання власних почуттів і дій, батьки намагаються стати своїм дітям найкращими помічниками, контролюють прояви своїх негативних емоцій щодо дітей,

налагоджують щоденний побут своїх дітей найкращим образом. Проекція – це механізм захисту, при якому відбувається приписування власних негативних почуттів або бажань іншим людям, таким чином батьки звільняються від почуття провини, якщо починають погано думати про своїх дітей або відчувають печаль, депресію через хворобу їх дитини або втому, виснаження через постійне піклування за дитиною. Гіперкомпенсація – це несвідомі чи свідомі спроби відновлення порушеної рівноваги психічних процесів і станів шляхом створення протилежно спрямованої реакції або імпульсу; при цьому досягається певний позитивний результат, це допомагає звільнитися від негативний почуттів і думок. Раціоналізація проявляється у спробах довести, що будь-які вчинки суб'єкта є єдино правильними, цей механізм також допомагає зберігати самоповагу, уникнути почуття провини, і навіть підвищити самооцінку, сказати собі, що людина добре справляється у ситуації, що склалася. Гіперкомпенсація і раціоналізація є більш досконалими (вторинними) механізмами захисту. Такі батьки стають на позиції «що сталося, то сталося», ані вони, ані їх діти не винуваті у хворобі дитини, і тому треба прийняти свою дитину такою, яка вона є і доглянути за неї, допомогти їй, піклуватися про неї. Цей фактор можна назвати «*Прийняття та піклування*».

Фактор 3 має такі складові: копінг-стратегії – конфронтаційний копінг (0.829), планування вирішення проблеми (0.811) і позитивна переоцінка (0.615) і механізми захисту – компенсація (0.166), раціоналізація (0.184), проекція (-0.219). Планування вирішення проблеми – довільні зусилля для зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до проблеми, батьки готові співпрацювати із спеціалістами, виконувати їх завдання, виконувати реабілітаційні вправи з дитиною вдома; конфронтаційний копінг – це агресивні зусилля по зміні ситуації, що передбачають певну ступінь ворожості або готовність до ризику; батьки, які використовують

таку стратегію, можуть конфліктувати із лікарями або психологами, якщо їм здається, що спеціалісти не на достатньому рівні виконують свої обов'язки, реабілітація дитини не відбувається або відбувається надто повільно, застосовуються невірні, з погляду батьків, методи корекції. Позитивна переоцінка – це зусилля для знаходження позитивного значення у ситуації, фокус при цьому - на особистісному зростанні, можливо через духовний, релігійний пошук, батьки можуть дивитись на хворобу як на випробування на їх життєвому шляху. Зауважимо, що механізми захисту у цьому факторі проявлені слабо, а проекція як механізм захисту взагалі відкидається. Такі батьки знаходяться в активній позиції до проблемної ситуації (хвороби їх дитини), вони готові діяти, шукати рішення, щоб допомогти їх дітям, знизити прояви хвороби, віднайти засоби для реабілітації тощо, захисні механізми особливо не потрібні. Цей фактор можна назвати як «фокус на реабілітації дитини», або у більш позитивному і діяльнісному ключі як «*Співпраця*».

Фактор 4 має такі складові: копінг-стратегії - прийняття відповідальності (0.768), пошук соціальної підтримки (0.523), втеча-уникнення (0.508) і механізми захисту – регресія (0.213) і проекція (0.211). Проекція як механізм захисту – це приписування оточуючим різних негативних якостей як основу для їх неприйняття і підвищення власного самоприйняття на цьому тлі. Прийняття відповідальності - прийняття своїх помилок як даності без докорів або виправдань, спроби або виправити помилки або прийняти факт, що вже нічого не виправиш. На фоні використання регресії (перехід на нижчий рівень розвитку) як механізму захисту, тут скоріше можна говорити про позицію «вже нічого не можна виправити»; копінг-стратегія втеча-уникнення додає до такого підходу ще і небажання зустрічатися із проблемною ситуацією обличчям до обличчя, перехід на позицію «якось все вирішиться само». Пошук соціальної підтримки – це зусилля, спрямовані на пошук інформаційної, дієвої або

емоційної підтримки, такі батьки схильні звертатися за допомогою до спеціалістів, рідних, друзів, кого-небудь, аби не брати відповідальність на себе. Їх рішення значною мірою залежить від того, чи мають вони певну підтримку у власних зусиллях, і для пошуку такої підтримки, вони можуть або «перетворюватися» на дітей, або шукати певних емоційних реакцій від інших людей. Цей фактор можна назвати «*Інфантилізація батьків*».

Фактор 5 має такі складові: копінг-стратегії – пошук соціальної підтримки (0.473) та, певною мірою, позитивна переоцінка (0.246, ця складова значно слабша) і механізми захисту – заперечення (0.907) і раціоналізація (0.321, ця складова значно слабша). Заперечення – це механізм захисту, при які людина відмовляється визнавати наявність проблеми або неприємної інформації, щоб уникнути стресу. Такі батьки шукають емоційного зв'язку із своєю дитиною, намагаються віднайти позитивне у новій життєвій ситуації, приміром, любов до дитини, забуваючи про неприємне, принаймні на певний час. Вони ніколи не винять, ані себе, ані дитину і ніби намагаються перебудувати свої життя, сотворивши середовище, повне емоційного комфорту і тепла, емоційної підтримки, тому цей фактор можна назвати «*Емоційний симбіоз*».

Фактор 6 має такі складові: копінг-стратегії – втеча-уникнення (0.233), прийняття відповідальності (0.231), позитивна переоцінка (-0.264) і дистанціювання (-0.240) (два останні коефіцієнти негативні, що означає повну відмову від таких копінг-стратегій) і механізм захисту – витіснення (0.887). Витіснення – це механізм захисту, при якому з пам'яті підсвідомо «видаляються» болісні переживання або емоції, що викликають внутрішній дискомфорт. Такі батьки всіма силами уникають прямого контакту із проблемою, вважають, що нічого виправити неможливо, той і намагатися не потрібно, краще зробити вигляд, що нічого не трапилося. Вони не бачать нічого позитивного у ситуації із хворобою їх дитини і не розуміють, як діяти у ситуації, що склалася. Такі батьки настільки болюче сприймають хворобу

дитини, що намагаються зробити вигляд, що ніби її взагалі нема, їх дитина не може бути хворою. Цей фактор можна «*Відторгнення хвороби*».

Отримані фактори досить близькі за змістом до типів батьківського ставлення, описаних у роботах (Федоришин, 2015; Дрозд, Падун, 2022), проте існують і відмінності через те, що отримані нами фактори описують батьківськи стилі саме тих батьків, які мають дітей з РАС, а не взагалі хворих дітей, а розлади аутистичного спектру мають свої специфічні особливості, відмінні від, приміром розумової відсталості, або соматичних хвороб.

На наступному етапі нашого дослідження значення факторів були розраховані для кожного опитуваного. Для врівноваження значень за шкалами усі шкали були нормовані на 100 відсотків. Для того, щоб фактори можна було порівняти між собою, кожне розраховане факторне значення було поділене на максимальне отримане значення для відповідного фактора. Таким чином було проведене нормування факторів. Далі були розраховані середні та стандартне відхилення для кожного нормованого фактора, результати розрахунку представлені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Середні та стандартне відхилення для типів батьківського ставлення до дітей з РАС

	Кількість	Середнє	Середнекв.відх.
Примусова соціалізація	93	0,52	0,15
Прийняття і піклуванням	93	0,63	0,15
Співпраця	93	0,65	0,14
Інфантилізація батьків	93	0,72	0,14
Емоційний симбіоз	93	0,66	0,15
Відторгнення хвороби	93	0,41	0,25

Тепер для кожного досліджуваного було проведено порівняння факторів, розрахованих для нього, із значенням «середнє значення фактора

+ середньоквадратичне відхилення». Якщо для певного фактора значення фактора перевищувало значення «середнє значення фактора + середньоквадратичне відхилення», то саме цей фактор визначав батьківське ставлення до їх дитини з РАС. У деяких випадках було отримане перевищення за двома факторами, тоді вибирався той фактор, для якого перевищення вище. Отриманий результат показаний на рис. 2.6. Як бачимо, отриманий розрахунковий розподіл суттєво відрізняється від емпіричного розподілу, заснованого на прямих відповідях досліджуваних батьків.

Як видно з рис. 2.5 і 2.6. кількість батьків, які готові співпрацювати з дитиною задля її реабілітації, зменшення проявів хвороби тощо суттєво нижче (30.11% у розрахунку проти 48.39% у прямих відповідях); так само суттєво менше батьків, які приймають свої дітей, розуміють, що дитина хвора і їй потрібна допомога (16,13% проти 36,57%). Кількість батьків, чиє ставлення до їх дітей з РАС не можна назвати адаптивним, зросло.

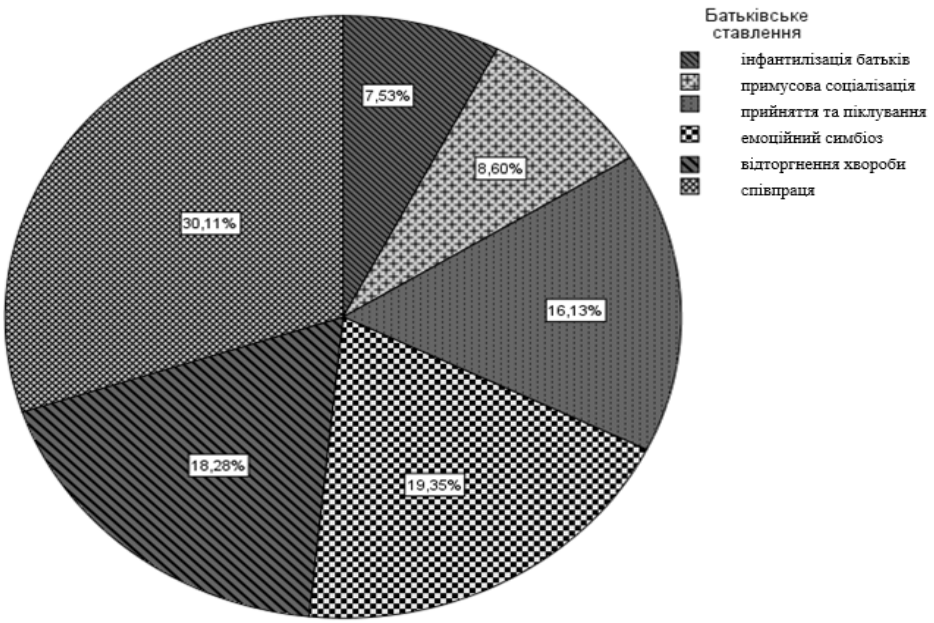


Рис. 2.6 Тип батьківських ставлень до їх дітей з РАС

Не сприймають (відторгають) хворобу дитини 18,28% батьків (проти 3,23% у прямих відповідях); не вірять, що діти хворі, заплющують на неї

очі, ставлячись до своїх дітей як до звичайних, здорових, і накладаючи на них «нормативні» вимоги 8.6% батьків (проти 3,23% у прямих відповідях); емоційний симбіоз, як надмірну емоційну прив'язаність до дитини, без активної роботи над реабілітацією показують 19,35% батьків (проти 5,38% у прямих відповідях); 7,5% батьків самі вдаються до інфантилізації (проти 3,23% у прямих відповідях).

Отриманий нами результат показує, що більшість батьків, які виховують дітей з РАС, мають не адаптивне ставлення до своєї дитини, до її хвороби і не розуміють, як поводитися у ситуації, що склалася. Тому надалі ми спробуємо визначити особистісні характеристики батьків, які підтримують їх адаптивне ставлення до дітей з РАС, або, навпаки, перешкоджають розвиткові адаптивного ставлення.

2.4. Особистісні характеристики батьків, залежно від їх ставлення до їх дітей з РАС

Як було показано вище, нами було виявлено шість факторів – описів батьківського ставлення до дітей, які мають РАС.

У будь якому випадку виховання аутистичної дитини передбачає використання батьками значних психологічних ресурсів, яких може не вистачити. Для визначення особистісних характеристик, які допомагають, або навпаки ускладнюють формування адаптивного батьківського ставлення до їх дітей з РАС, нами був використаний Вісбаденський опитувальник з позитивної психотерапії та сімейної терапії Н. Пезешкіана (WIPPF) (Сердюк, 2022).

З точки зору позитивної психотерапії, однією з найважливіших даностей людської природи є здібності – як вроджені («базові здібності»), так і сформовані в процесі розвитку особистості («актуальні здібності»).

Ці здібності у позитивної психотерапії розподілені на первинні та вторинні. До первинних відносяться емоційні потреби та здібності людини, а до вторинних – когнітивні, пізнавальні. “Первинні” здібності формуються через поведінку батьків та подальше моделювання цієї поведінки самою людино. Такі здібності, як терпіння, довіра, наявність часу, є фундаментальними для розвитку новонародженої дитини, яка потребує тепла, уваги, терпіння та безумовного прийняття для розвитку внутрішньої рівноваги. Вони також допомагають у формуванні взаємовідносин, усвідомленні себе та світу і в адекватному вирішенні конфліктів. Вторинні актуальні здібності, які охоплюють пунктуальність, чемність, ввічливість, відкритість, справедливість, часто виступають як соціальні норми у вирішенні конфліктів і непорозумінь. Вони мають велике значення при навчанні та у ситуації соціальної взаємодії, є основою для самовиховання та у врегулюванні міжособистісних відносин. З транскультурного погляду, первинні здібності (любов, довіра і контактність) вище цінуються у східних культурах, тоді як в західних більше акцентуються на вторинних здібностях (організованість, пунктуальність і охайність).

Пропонована модель балансу є ключовим інструментом для розуміння особистості людини та її повсякденного життя. Ця модель розглядає життя людини в чотирьох основних сферах: 1) біологічно-фізична сфера (фізичне): включає фізичну активність та сприйняття матеріальних об’єктів, ніжність і сексуальність, релаксацію, зовнішній вигляд; 2) раціонально-інтелектуальна сфера (ментальне): охоплює професійні досягнення та здібності, що впливають на роботу, виконання домашніх обов’язків, отримання освіти, тощо; 3) соціально-емоційна сфера (емоційне): включає відносини та стилі контактів з партнерами, родиною, друзями, соціальні зобов’язання; 4) ціннісно-орієнтована сфера (духовне): пов’язана з планами на майбутнє, релігійними чи духовними практиками, метою та сенсом життя, роздумами про життя і смерть переконаннями, ідеями та розвитком уяви. Ця модель

дозволяє виявити, в яких сферах людині може бракувати розвитку, і працювати над відновленням балансу між ними.

Крім того розглядається так звана модель для наслідування, яка є інструментом для аналізу сімейних концепцій, що формують досвід і розвиток особистості. Модель для наслідування включає чотири виміри: 1) вимір “Я”: ставлення людини до самої себе, включаючи самооцінку, впевненість, образ “Я”, а також базову довіру чи недовіру; 2) вимір “Ти”: взаємини людини з іншими, особливо з романтичними партнерами, модель для цих взаємин - поведінка батьків у своїх взаємовідносинах; 3) вимір “Ми”: відображає стосунки людини з її соціальним оточенням, вона так само будується, виходячи із взаємин батьків з різними соціальними групами; 4) вимір “Первісне Ми”: стосується характеристик як відчуття сенс і мети життя, духовність/релігійні погляди та світогляд.

Позитивна терапія визначає можливі конфліктні реакції у чотирьох сферах балансової моделі (тілесні відчуття, прояви діяльності, спілкування з іншими та світоглядні погляди на майбутнє), а також суб’єктивне сприйняття параметрів моделі наслідування (ставлення до мати, батька, інших значимих людей, тощо). Три основні цілі позитивної психотерапії включають: 1) зміцнення позитивних якостей і навичок клієнта, 2) підтримка та розвиток особистісного росту, 3) розв’язання конфліктів та проблем (Сердюк, 2022).

У додатку Б показані кореляції між факторами батьківського ставлення та особистісними характеристиками, описаними у Вісбаденському опитувальнику. Розглянемо отримані результати для кожного фактора.

Фактор «*Примусова соціалізація*». Цей фактор корелює із особистісними характеристиками: охайність (догляд за тілом, одягом, предметами щоденного вжитку), пунктуальність (дотримання часових домовленостей), ввічливість (коректність, шанобливе ставлення до себе та

оточуючих), старанність (готовність протягом тривалого часу вдаватися до напруженої та стомлюючої праці для досягнення певної мети) і з реакціями на конфлікт за типами тіло/відчуття (при конфлікті на перший план виходять тілесні відчуття та інформація з навколишнього середовища) і фантазії/майбутнє (інтуїтивні судження, натхнення, творчість як ірішення проблем, «втеча» у фантазії). Зауважимо, що у Вісбаденському опитувальнику нормативними є середні за шкалою значення, що вказають на розвинену актуальну здібність та адаптивну реакцію, тоді як низькі значення вказають на не достатній розвиток здібності, а високі – не надмірний розвиток, коли чеснота перетворюється на недолік, або активне відчуття недостатності розглядуваної здібності. Тому у таблиці 2.5 показані середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Примусова соціалізація». У додатку В показані всі середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Примусова соціалізація».

Таблиця 2.5

Середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Примусова соціалізація»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
Охайність	8	6	11	8,38	1,847
Пунктуальність	8	6	12	10,50	2,000
Ввічливість	8	7	12	10,00	1,690
Старанність	8	7	11	8,88	1,458
Тіло/відчуття	8	9	12	11,00	1,195
Фантазії/ майбутнє	8	9	12	10,75	1,165

Як видно з таблиці, спостерігається надмірне збільшення за такими показниками: пунктуальність (нав’язлива точність, точність до хвилини); ввічливість (підлабузництво, лицемірство, галантність, надмірно гарні

манери, невміння відмовляти людям); тіло/відчуття (психосоматичні порушення, пасивність, фізична слабкість, «втеча» у своє тіло); фантазії/ майбутнє (занурення у фантазії, спроби вирішати свої проблеми у світі мрій).

Такі риси характеру відповідають схильності використовувати такі копінг-стратегії як дистанціювання та втеча-уникнення та механізм захисту «заміщення», тобто бажання «заплющити очі» на проблему, уникнути і відсторонитися від неї і зробити вигляд, що її не існує; а діти просто не достатньо виховані, тому саме вони так дратують, і від них необхідно вимагати дотримання соціальних норм, правильної поведінки.

Фактор «*Прийняття та піклування*». Цей фактор корелює із майже усіма когнітивними характеристиками особистості: акуратність (любов до порядку, повній відповідності кожній речі своєму місцю), охайність (догляд за тілом, одягом, предметами щоденного користування, чистота та охайність приміщення та навколишнього середовища), пунктуальність (дотримання обумовленого або очікуваного часу), ввічливість (коректність у стосунках з іншими людьми), старанність (готовність протягом тривалого часу вдаватися до напруженої та стомлюючої роботи для досягнення певної мети), обов'язковість (точність, сумлінність, готовність виконати обіцяне), ощадливість (економне ставлення до грошей та речей), слухняність (дотримання прохань, доручень, наказів та вимога подібної поведінки від інших), справедливість (розумне поєднання доцільності та особистих уподобань і схильностей), вірність (наслідування власних норм і концепцій) і з реакціями на конфлікт за типами тіло/відчуття (при конфлікті на перший план виходять тілесні відчуття та інформація з навколишнього середовища) і фантазії/майбутнє (інтуїтивні судження, натхнення, творчість як вирішення проблем, «втеча» у фантазії). У таблиці 2.6 показані середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Прийняття та піклування». У додатку Д показані всі середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Прийняття та піклування».

Таблиця 2.6

Середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Прийняття та піклування»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
Акуратність	15	5	12	9,73	2,052
Охайність	15	4	12	9,47	2,615
Пунктуальність	15	5	12	10,67	2,193
Ввічлівість	15	9	12	9,07	1,033
Завзятість	15	6	12	9,20	2,042
Обов'язковість	15	8	12	10,60	1,056
Ощадливість	15	4	12	7,07	2,344
Слухняність	15	6	12	8,87	1,552
Справедливість	15	8	12	10,20	1,424
Вірність	15	10	12	11,00	,756
Тіло/відчуття	15	5	12	9,60	2,261
Фантазії/майбутнє	15	8	12	10,47	1,302

Хоч деякі кореляції для цього фактора схожі на кореляції для фактора «Примусова соціалізація», проте виходять за нормативні інші показники. Крім пунктуальності (надмірна, невротична точність), надто високими виявилися обов’язковість (скрупульозність, розважливість, прагнення бездоганно виконати будь-яку обіцянку); справедливість (несприйняття несправедливості, відстоювання власних принципів); вірність (непохитність, незаперечність установок та авторитетів, прагнення зберегти те, що є).

Зауважимо, що вірність була надмірно високою серед усіх досліджуваних, що ввійшли до цієї групи, тобто вірність сприймається як найвища чеснота. Підкреслимо, що були виявлені кореляції майже із усіма вторинними (когнітивними) здібностями, але не було виявлено зав’язків із

первинними, емоційними здібностями. Такі риси пояснюють схильність батьків з цієї групи до самоконтролю як копінг-стратегії, коли батьки намагаються стримувати або придушувати власні емоції, щоб максимально зменшити їх вплив на бачення ситуації та вибір способу боротьби з проблемою, концентруючись на найкращому виконанні завдань; також це пояснює використання захисних механізмів гіперкомпенсації (як спроби перебороти власні дійсні або уявні недоліки, досягаючи протилежного значення характеристики) або раціоналізації (віра в те, що будь-які вчинки є єдино правильними, а тому – критиці не підлягають ані ззовні, ані внутрішній критиці, щоб захистити власний образ Я). Ці батьки скоріше схильні подавляти свої негативні думки щодо дітей, ховаючи їх за надмірною турботою, піклуванням. Таке батьківське ставлення небезпечне тим, що може викликати емоційне вигоряння.

Фактор «*Співпраця*». Цей фактор корелює із когнітивною характеристикою «відкритість» (ступінь відкритості власної думки), із емоційними характеристиками: надія (здатність вірити у майбутні можливості для розвитку), ніжність (переживання приємних відчуттів внаслідок задоволення фізіологічних потреб, таких як їжа, дихання, фізичні вправи та інше) і любов (емоційне ставлення, яке, характеризує прийняття іншої людини як особистості незалежно від її якостей або поведінки); з реакцією на конфлікт за типом діяльність (норми діяльності, що включені до власної Я-концепції), та моделлю до наслідування «Пра ми» (ставлення батьків до питань світогляду, релігії, сенсу життя). У таблиці 2.7 показані середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Співпраця». У додатку Е показані всі середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Співпраця».

Таблиця 2.7

Середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Співпраця»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
Відкритість	28	6	12	9,96	1,621
Надія	28	7	12	10,18	1,517
Ніжність/сексуальність	28	6	12	10,39	1,474
Любов	28	7	12	10,21	1,475
Діяльність	28	4	12	9,21	2,283
Пра Ми	28	3	11	7,07	2,308

Перевищення середнього (нормативного) значення спостерігалося для показників надія (надмірний оптимізм, орієнтація на майбутнє); ніжність (прийняття та дарування фізичних контактів); любов («материнська позиція», потурання, потакання будь-якій поведінці). Заважимо, що показник «діяльність» знаходиться в межах норми, тобто вказує, що складні ситуації батьки намагаються вирішувати в активній діяльності, без наміру «забутися» у ній. Це пояснює використання групи копінг-стратегій, спрямованих на активне вирішення проблеми хвороби їх дітей: конфронтаційний копінг або планування вирішення проблеми; також батьки обирають копінг-стратегію, яка вказує на любов до дитини та пошук позитивного у ситуації: позитивна переоцінка. В цілому такий підхід найбільш збалансований, від поєднує тепле ставлення до дитини, щиру любов і активні дії, спрямовані на корекцію станів дитини, її реабілітацію (відвідуванні спеціалістів, активну участь у реабілітаційних програмах, виконання домашніх реабілітаційних вправ із дитиною).

Фактор «*Інфантилізація батьків*». Цей фактор корелює із когнітивними характеристиками: ввічливість (коректне ставлення до інших

або прихована агресія на соціум), старанність (готовність протягом тривалого часу вдаватися до напруженої та стомлюючої роботи для досягнення певної мети), обов’язковість (здатність виконувати обіцяне), справедливість (поведінка, яка керується більш розумними міркуваннями, ніж особистими уподобаннями та схильностями). При конфлікті на перший план виходять тілесні відчуття та інформація з навколишнього середовища) і фантазії/майбутнє (інтуїтивні судження, натхнення, творчість як вирішення проблем, «втеча» у фантазії). У таблиці 2.8 показані середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Інфантилізація батьків». У додатку Є показані всі середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Інфантилізація батьків».

Надмірні значення виявилися лише для показника обов'язковість (надмірна принциповість, скрупульозність, прагнення бездоганно виконати будь-яку обіцянку незалежно від обставин).

Таблиця 2.8

Середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Інфантилізація батьків»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
Ввічлівість	7	9	11	9,86	,690
Старанність	7	7	12	8,86	1,676
Обов'язковість	7	9	11	10,57	,787
Справедливість	7	8	11	9,57	1,134
Тіло/відчуття	7	7	12	8,86	1,864
Фантазії/майбутнє	7	9	11	9,57	,787

Когнітивні характеристики, такі як старанність, обов’язковість, справедливість відповідають схильності таких батьків використовувати

копінг-стратегію прийняття відповідальності (людина визнає свою роль у тому, що відбувається, приймає відповідальність за помилки). Проте схильність до пасивності у складній ситуації або поринання у світ фантазій включають механізм захисту «регресія», тобто батьки ніби перетворюються на дітей. Надмірність обов'язковості вказує на певну знервованість у намаганнях досягти поставлених завдань, невіру у власні сили. Тобто обов'язковість виступає не як актуальна здібність, а як потреба у такій здібності; і саме у цьому місці залучається інша копінг-стратегія - пошук соціальної підтримки, як намір перекласти власні обов'язки на плечі інших (приміром, лікарів).

Фактор «*Емоційний симбіоз*». Цей фактор корелює із когнітивними характеристиками: ввічливість (шанобливе ставлення до себе та оточуючих), слухняність (дотримання прохань, доручень, наказів та вимога подібної поведінки від інших); із емоційними характеристиками: терпіння (здатність чекати, відтерміновувати виконання бажань), контакти (здатність встановлювати та підтримувати контакти з іншими людьми), довіра (здатність приймати себе або інших людей у їхній неповторності, тобто такими, як вони є), надія (це здатність визнавати майбутні можливості для розвитку і, таким чином, робити успіхи цього дня відносними); із реакцією на конфлікт по типу контакти (встановлення взаємодії з іншими для вирішення проблеми) та моделлю до наслідування «Я-мати» (ставлення до матері, мати як особистість, на яку можна і потрібно рівнятись). У таблиці 2.9 показані середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Емоційний симбіоз».

Таблиця 2.9

Середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Емоційний симбіоз»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
Ввічлівість	18	7	12	9,44	1,580
Слухняність	18	6	10	8,11	1,323
Терпіння	18	7	12	9,44	1,338
Контакти	18	7	12	9,67	1,085
Довіра	18	9	12	10,61	,850
Надія	18	7	12	10,28	1,776
Контакти	18	4	12	8,17	2,595
Я мати	18	6	12	9,22	1,927

У додатку Ж показані всі середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Емоційний симбіоз». Надмірні значення були отримані за показниками довіра (що можна інтерпретувати не стільки як актуальну здібність, як виражену потребу) і надія (як «рожеві окуляри», або як виражену потребу сподіватися на найкраще). Зауважимо, що батьки з цієї групи приділяють багато уваги налагодженню соціальних контактів, що проявляється як когнітивна характеристика і реакція на конфлікт. Тому не дивно, що у складній ситуації вони використовують копінг-стратегію – пошук соціальної підтримки. Також такі батьки використовують стратегію позитивної переоцінки ситуації, тобто шукають позитивне у ситуації що слалася, приміром, «неважливо, що моя дитина хвора, все одно я люблю її, і для мене вона найкраща». На рівні норми були характеристики терпіння, яке потрібно мати, щоб доглядати та виховувати дитину з РАС, та ввічливість, тобто коректне, поважливе ставлення до дитини, а образ матері – позитивний. Все це допомагає батькам створювати атмосферу емоційного тепла навколо їх хворої дитини. Проте, такому підходу не вистачає

діяльнісної складової, тому любов і тепло не породжують активних спроб реабілітації дитини, що може призвести до не оптимальної реабілітації.

Фактор «*Відторгнення хвороби*». Для цього фактора були виявлені негативні кореляції із моделями для наслідування «Ти» (погляд на взаємини між батьками) та «Пра ми» (ставлення батьків до питань світогляду, релігії, сенсу життя). Додатково, на рівні тенденції виявлені негативні зв'язки з емоційними характеристиками: час (здатність приділяти собі та іншим достатню кількість часу, достатню увагу) і контакти (здатність присвячувати себе іншим людям, навіть якщо вони виявляють інші актуальні здібності, і тому не зважати на схвалення). У таблиці 2.10 показані середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Відторгнення хвороби». У додатку З показані всі середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Відторгнення хвороби».

Негативна кореляція вказує на те, що значення фактора збільшується при зниженні значено показників особистісних характеристик. У батьків, які ставляться до свої дітей за типом «Відторгнення хвороби» виявилися нижче норми показники час (відчуття недостатності часу до себе та інших, стрес через постійну нестачу часу) та При-Ми (світогляд, ставлення до сенсу власного життя та до майбутнього загалом песимістичні, захисні, індиферентні); це ускладняється відторгненням взаємин між батьками та загальною поганою здатністю встановлювати соціальні зв'язки.

Таблиця 2.10

Середні значення для шкал, з якими корелює фактор «Відторгнення хвороби»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
Час	17	4	9	6,76	1,602
Контакти	17	6	10	8,00	1,225
Ти	17	3	12	7,35	2,473
Пра Ми	17	3	12	5,76	2,538

Вони не знаходять нічого хорошого у своєму житті, не здатні переоцінити ситуацію на найкраще і тому використовують стратегію втеча-уникнення і повністю відхиляють стратегію позитивної переоцінки. Через загальний песимістичний фон світовідчуття і потребу якось захиститися від цього, такі батьки активно даються до механізму захисту за типом витіснення, при якому з пам'яті підсвідомо «видаляються» болісні переживання або емоції, що викликають внутрішній дискомфорт, іншими словами вони ніби «забувають» про хворобу своєї дитини.

Таким чином виявлено, що існують зв'язки між особистісними характеристиками батьків, які виховують дітей з РАС, між їх схильністю вибирати ті або інші копінг-стратегії та вдаватися до тих або інших механізмів захистів, і, як результат, виникає те чи інше комплексне ставлення батьків до своїх дітей. Для поглиблення розуміння цього зв'язку проведемо регресійний аналіз для факторів батьківського ставлення до їх дітей з РАС, де залежними змінними будуть виявлені та розраховані фактори, а незалежними – особистісні характеристики, так як вони розуміються у підході позитивної психотерапії.

2.5. Регресійний аналіз для факторів батьківського ставлення до їх дітей з РАС

Регресійний аналіз проводився покроковим методом. Залежними змінними були розраховані на попередньому етапі дослідження фактори, що описують батьківське ставлення до їх дітей з РАС, а незалежними – особистісні характеристики батьків, як вони розуміються у підході позитивної психотерапії і виявлені за допомогою Вісбаденського опитувальника з позитивної психотерапії та сімейної терапії Н. Пезешкіана (WIPPF) (в адаптації Л. Сердюк та С. Отенко). Далі наводимо результати розрахунків.

Фактор «*Примусова соціалізація*». Регресійний аналіз закінчився на 9 кроці. У таблиці 2.11 представлена отримана модель для фактора «Примусова соціалізація» як залежної змінної.

Таблиця 2.11

Модель для фактора «Примусова соціалізація» як залежної змінної

Модель	R	R-квадрат	Скоригов. R-квадрат	Станд. похибка оцінки
9	,669	,448	,388	,12224

Отримані предиктори (незалежні змінні): когнітивні (вторинні) характеристики – відкритість, обов'язковість; емоційні (первинні) характеристики – контакти; реакції на конфлікт - тіло/відчуття, контакти, фантазії/майбутнє; моделі наслідування - Я-батько, Ми. Сила передбачення моделі на середньому рівні. Розглянемо коефіцієнти лінійної моделі. У таблиці 2.12 наведені коефіцієнта для моделі, розрахованої для фактора «Примусова соціалізація».

Таблиця 2.12

Коефіцієнти для моделі, розрахованої для фактора «Примусова соціалізація»

Модель		Нестандартиз. коефіцієнти		Стандартиз. коефіцієнти	t	Значимість
		B	Стандартна похибка	Бета		
9	(Константа)	,020	,136		,14	,885
	Тіло/ відчуття	,026	,006	,393	4,04	,000
	Контакти2	,022	,006	,318	3,52	,001
	Фантазії/ майбутнє	,015	,010	,178	1,60	,113
	Контакти	-,017	,009	-,188	-1,98	,043
	Відкритість	-,017	,009	-,178	-1,99	,041
	Я-батько	-,010	,005	-,203	-2,26	,026
	Обов'язковість	,022	,013	,181	2,02	,048

Найбільші коефіцієнти були для показників реакції на конфлікт за типом тіло/відчуття (реакція фізичного «Я» на конфлікт, різні відчуття від навколишнього середовища та власного тіла) та контакти (взаємини з метою вирішення проблем).

Зауважимо, що вище ми виявили надмірне збільшення показника «тіло/відчуття», що проявляється як психосоматичні порушення, пасивність, фізична слабкість, «втеча» у своє тіло. Трохи нижчими, позитивними були коефіцієнти для показника реакції на конфлікт за типом фантазії/ майбутнє (інтуїтивні судження, «втеча» у фантазії), для когнітивної характеристики «обов'язковість» (внутрішня готовність виконати обіцяне незалежно від обставин) і моделлю наслідування «Ми» (ставлення до навколишнього світу як у батьків). Вище ми виявили надмірне збільшення показника «фантазії/ майбутнє» (занурення у фантазії, спроби вирішати свої проблеми у світі мрій). Також, як показано у таблиці 3 додатку поведінкова характеристика обов'язковість також виявилася надмірною (надмірна принциповість, скрупульозність). Також була виявлена низка негативних коефіцієнтів (тобто фактор збільшується за умови зниження предиктора): поведінкові характеристики «відвертість» (ступінь відкритості власної думки, у даному випадку закритість щодо власних думок і почуттів, несприйняття чужої думки) і «контакти» (здатність встановлювати та підтримувати контакти з іншими людьми, у даному випадку, скоріше, нездатність) і модель для наслідування «Я-батько» (негативне ставлення до батька). Два показники «контакти» виявилися протилежно спрямовані; це вказує на те, що такі батьки здатні встановлювати певні взаємини з іншими людьми, але суто на утилітарному рівні, для вирішення певної конкретної задачі, при цьому не відчуваючи радості від спілкування, не маючи бажання проводити більше часу із дорогими людьми, відчути тепло таких взаємин. Як показано у таблиці 3 додатку модель для наслідування «Я-батько» дещо нижче норми. Це вказує

на холодність, заперечення, індиферентність у взаєминах з батьками, що далі переноситься на стосунки із власними дітьми.

Виходячи з вищесказаного, ставлення батьків для своїх дітей з РАС, яке характеризується фактором «Примусова соціалізація», можна описати таким чином. Такі батьки характеризуються підвищеною вимогливістю до своїх дітей, вимагають виконання обов'язків за будь яких умов із точністю до хвилини; у спілкуванні більше вимагають гарної зовнішньої поведінки без встановлення довірчих, гармонійних стосунків з дитиною. Навпаки, у спілкуванні з дитиною вони самі не є відкритими, а до дитини демонструються відстороненість, індиферентність. У конфліктній ситуації вони демонструють пасивність або втечу у фантазії, у найкращому випадку – вимагають утилітарного підходу до сумісного вирішення проблеми. Такі риси характеру відповідають схильності використовувати такі копінг-стратегії як дистанціювання (зусилля відокремитися від ситуації і зменшити її значимість) та втеча-уникнення (прагнення і зусилля, спрямовані на уникнення проблеми), тобто бажання «заплющити очі» на проблему, зробити вигляд, що її не існує, і що вона якось вирішіться сама собою. Батьки при взаємодії з дітьми відстороняються від наявних проблем, або відкрито заперечують їх існування, або вважають їх не складними, вирішуваними, вважають, що хвороба їх дітей – не стільки хвороба, скільки «особливості характеру», батьки переспрямовують свої негативні емоції з себе на дітей, вважають їх погано вихованими, необов'язковими, грубими у спілкування тощо. Такі батьки схильні вимагати від свої дітей виконання соціальних норм, незважаючи на особливості їх стану. Вони можуть звернутися до спеціаліста за порадою і навіть відвідати кілька реабілітаційний сеансів, але в цілому не схильні серйозно ставитися до хвороби дитини та шукати, а головне старанно застосовувати, методи лікуванні або реабілітації. Саме через таке поверхневе ставлення до власної дитини, небажання зрозуміти причини її невірної поведінки і дійсно

залучитися до процесу психокорекції та реабілітації описуване ставлення не можна назвати адаптивним. Такий підхід несе у собі ризики конфліктів із власною дитиною, а також відкладає і затримує початок лікувальних і реабілітаційних зусиль і призводить до недостатньої наполегливості на шляху до реабілітації.

Фактор «*Прийняття та піклування*». Регресійний аналіз закінчився на 7 кроці. У таблиці 2.13 представлена отримана модель для фактора «Прийняття та піклування» як залежної змінної.

Таблиця 2.13

Модель для фактора «Прийняття та піклування» як залежної змінної

Модель	R	R-квадрат	Скоригов. R-квадрат	Станд. похибка оцінки
7	,793	,629	,599	,09835

Отримані предиктори (незалежні змінні): когнітивні характеристики - акуратність, пунктуальність, справедливість, слухняність; емоційні характеристики - час і контакти; реакції на конфлікт - фантазії/майбутнє. Сила передбачення моделі на достатньому рівні. Розглянемо коефіцієнти лінійної моделі. У таблиці 2.14 наведені коефіцієнта для моделі, розрахованої для фактора «Прийняття та піклування».

Найбільші коефіцієнти були для показників реакції на конфлікт за типом фантазії/ майбутнє (вище ми виявили надмірне збільшення цього показника, що означає надмірну мрійливість, поринання у фантазії замість фокусу на активних діях для переборення ситуації).

Далі йдуть коефіцієнти до показників когнітивних характеристик: слухняність (дотримання прохань, доручень, наказів), справедливість (розумне поєднанням доцільності та особистих уподобань і схильностей), акуратність (любов до порядку, що забезпечує людині стабільність),

пунктуальність (суворе дотримання часових домовленостей) й емоційної характеристики «час» (здатність приділяти собі та іншим достатню кількість часу, достатню увагу).

Таблиця 2.14

Коефіцієнти для моделі, розрахованої для фактора «Прийняття та піклування».

Модель		Нестандартиз. коефіцієнти		Стандартиз. коефіцієнти	t	Значимість
		B	Стандартна похибка	Бета		
7	(Константа)	-,321	,106		-3,03	,003
	Фантазії/ майбутнє	,034	,008	,393	4,41	,000
	Слухняність	,025	,009	,238	2,89	,005
	Час	,018	,005	,232	3,27	,002
	Справедли-вість	,022	,007	,213	3,05	,003
	Акуратність	,012	,006	,165	2,05	,043
	Контакти	-,013	,007	-,150	-1,98	,050
	Пунктуаль-ність	,010	,006	,133	1,99	,043

Як видно з даних таблиці 2.14 у додатку показник «справедливість» є надмірним (жага до справедливості, сувора справедливість); також надмірною є пунктуальність (точність до хвилини). Коефіцієнт до емоційної характеристики «контакти» виявся негативним, що вказує на зниження у таких батьків здатності встановлювати соціальні зв'язки.

Виходячи з вищесказаного, ставлення батьків для своїх дітей з РАС, яке характеризується фактором «Прийняття та піклування», можна описати таким чином. Такі батьки ніби говорять собі: «Так сталося, що моя дитина хвора. У цьому ніхто не винний. Моє завдання – доглядати мою дитину, піклуватися про неї, захищати її від несправедливості світу». Не дивно, що вірність була надмірно високою серед усіх досліджуваних, що ввійшли до цієї групи, вірність сприймається як найвища чеснота. Такі

батьки вважають піклування за дитиною важливим обов'язком, навіть життєвою метою і вони готові докласти надзусиль для досягнення її. Тому для них важливішими копінг-стратегією є самоконтроль, тобто зусилля з регулювання власних почуттів і дій, а механізмом захисту - гіперкомпенсація, тобто спроби відновлення порушеної психічної рівноваги станів шляхом створення протилежно спрямованої реакції (у нашому випадку у вигляді піклування про дитину). Механізм захисту раціоналізація допомагає їм зберігати самоповагу, уникнути почуття провини через хворобу дитини. Вони характеризуються прагненням бездоганно виконати будь-яку обіцянку (у нашому випадку, обіцянку самим собі піклуватися за дитиною) і пунктуальністю, несприйняттям несправедливості, потребою відстоювати власні принципи. Застосовний захисний механізм – проекція – це приписування власних негативних почуттів або бажань іншим людям, тобто відмова собі у слабкостях, поганих думках про свою дитину. Цим батьками не вистачає любові до свої дітей, скоріше вони схильні подавляти свої негативні думки щодо дітей, ховаючи їх за надмірною турботою, піклуванням. Додатково, батьки схильні надмірно поринати у фантазії, мріючи, мабуть, про те, що колись їх дитина стане здоровою, не маючи на це реальних передумов. Тому піклування може зводитись до виконання щоденних побутових обов'язків (годування, одягання…) без фокусу на активному переборені хвороби (відвідування реабілітаційних занять, виконання вправ тощо). Таке батьківське ставлення можна назвати адаптивним, батьки дійсно приділяють багато уваги своїм дітям, допомагаючи їм переборювати негативні стани, але існує ризик того, що батьки не витримають тих обов'язків, які вони добровільно взяли на себе, вигорять, опустять руки. У такому випадку існує ризик розвитку ставлення до дитини за принципом відторгнення або хвороби (вважаймо, що дитина вже не така хвора, далі може справлятися сама) або дитини (ми вже зробили все, що могли).

Фактор «*Співпраця*». Регресійний аналіз закінчився на 7 кроці. У таблиці 2.15 представлена отримана модель для фактора «Співпраця» як залежної змінної.

Таблиця 2.15

Модель для фактора «Співпраця» як залежної змінної

Модель	R	R-квадрат	Скоригов. R-квадрат	Станд. похибка оцінки
7	,643	,414	,365	,10765

Отримані предиктори (незалежні змінні): когнітивні характеристики - відкритість, ощадливість, справедливість; емоційні характеристики - надія і віра/сенс; реакції на конфлікт – діяльність. Сила передбачення моделі на помірному рівні. Розглянемо коефіцієнти лінійної моделі. У таблиці 2.16 наведені коефіцієнта для моделі, розрахованої для фактора «Співпраця».

Таблиця 2.16

Коефіцієнти для моделі, розрахованої для фактора «Співпраця»

Модель		Нестанд. коефіцієнти		Станд. коефіцієнти	t	Значимість
		B	Стандартна похибка	Бета		
7	(Константа)	,187	,110		1,70	,093
	Надія	,030	,008	,382	3,72	,000
	Пра Ми	,014	,005	,249	2,77	,007
	Ощадливість	-,023	,006	-,310	-3,57	,001
	Відкритість	,014	,008	,164	1,94	,046
	Діяльність	,007	,006	,118	1,70	,097
	Віра/сенс	-,012	,007	-,162	-1,97	,048
	Справедливість	,012	,008	,134	1,94	,052

Найбільші коефіцієнти були для емоційної характеристики «надія» (здатність вірити у майбутні можливості для розвитку); зауважимо, що цей показник у респондентів з цієї групи виявився надмірним (як прагення віднайти надію або як надмірний оптимізм, «рожеві окуляри»). Другий за розміром позитивний коефіцієнт був для моделі наслідування «Пра Ми» (питання світогляду, релігії, сенсу життя та погляди на майбутнє). Також

позитивні коефіцієнти були для когнітивних характеристик – відкритість (відкрите висловлювання своєї думки, правдивість, відвертість) і справедливість (поведінка, яка керується більш розумними міркуваннями, ніж особистими уподобаннями та схильностями), а також для реакції на конфлікт за типом діяльність (вирішення проблеми за допомогою певних видів діяльності).

Великий негативний коефіцієнт був виявлений для поведінкової характеристики «ощадливість» (тобто можна говорити про не схильність до економного ставлення до грошей та речей); як видно з таблиці 5 у додатку, цей показник у батьків із таким фактором ставлення до власних дітей з РАС виявився нижчим норми (невміння планувати матеріальні витрати, знецінення грошей, широта натури). Негативний коефіцієнт був виявлений для емоційної характеристики «віра/сенс/релігія» (здатність встановлювати стосунки з незвіданим у собі, у навколишньому світі та з неземним).

Виходячи з вищесказаного, ставлення батьків для своїх дітей з РАС, яке характеризується фактором «Співпраця», можна описати таким чином. Такі батьки дійсно люблять своїх дітей, розуміють складність їх хвороби в при цьому налаштовані на активну протидію хворобі та на реабілітацію дитини. Для цієї цілі їм не шкода ані часу, ані грошей, вони не схильні до фантазування, а спрямовані на реальні вчинки. Вони готові докласти всіх зусиль, навіть агресивних на шляху до реабілітації своєї дитини з РАС (конфронтаційний копінг, планування вирішення проблеми). Позитивна переоцінка як копінг-стратегія вказують на їх любов до дитини та пошук позитивного у ситуації, батьки можуть дивитись на хворобу як на випробування на їх життєвому шляху. Механізми захисту у цьому факторі проявлені слабо, а проекція як механізм захисту взагалі відкидається. Вони відкриті у висловленні свого ставлення й намагаються бути справедливими. В цілому такий підхід є найбільш збалансованим, від об’єднує тепле ставлення до дитини, дійсну любов до неї і активні дії, спрямовані на

корекцію станів дитини, її реабілітацію (відвідування спеціалістів, активна участь у психокорекційних або реабілітаційних програмах, виконання домашніх реабілітаційних вправ із дитиною). Проте ми маємо звернути увагу на підвищений оптимізм таких батьків, «рожеві окуляри», орієнтацію на майбутнє на противагу теперішній ситуації. Якщо ж їх очікування виявляться занадто високими, докладені зусилля для реабілітації їх дитини не відповідатимуть очікуваним результатам, вони можуть впасти у розпач.

Фактор «*Інфантилізація батьків*». Регресійний аналіз закінчився на 8 кроці. У таблиці 2.17 представлена отримана модель для фактора «Інфантилізація» як залежної змінної.

Таблиця 2.17

Модель для фактора «Інфантилізація батьків» як залежної змінної

Модель	R	R-квадрат	Скоригов. R-квадрат	Станд. похибка оцінки
8	,655	,429	,367	,10973

Отримані предиктори (незалежні змінні): когнітивні характеристики – акуратність, охайність, ввічливість (коректність, шанобливе ставлення до себе та оточуючих), старанність; емоційні характеристики - терпіння (здатність чекати, відтерміновувати виконання бажань); реакції на конфлікт - тіло/відчуття і фантазії/майбутнє; модель наслідування «Ми». Сила передбачення моделі на помірному рівні. Розглянемо коефіцієнти лінійної моделі. У таблиці 2.18 наведені коефіцієнти для моделі, розрахованої для фактора «Інфантилізація батьків».

Найбільші позитивні коефіцієнти були для реакцій на конфлікт - фантазії/майбутнє і тіло/відчуття, а також для когнітивної характеристики «ввічливість». Також позитивні коефіцієнти були для моделі для наслідування «Ми» (відкрите, уважне, терпиме, сердечне ставлення до навколишнього світу) і старанність (прагнення успіху, запопадливість).

Таблиця 2.18

Коефіцієнти для моделі, розрахованої для фактора «Інфантилізація батьків»

Модель		Нестанд. коефіцієнти		Станд. коефіцієнти	t	Значимість
		B	Стандартна похибка	Бета		
8	(Константа)	,189	,113		1,62	,109
	Тіло/ відчуття	,021	,006	,364	3,58	,001
	Ввічливість	,025	,009	,290	2,93	,004
	Терпіння	-,013	,007	-,165	-1,91	,044
	Фантазії/ майбутнє	,020	,009	,260	2,37	,020
	Акуратність	-,012	,007	-,183	-1,45	,097
	Старанність	,015	,008	,195	1,90	,052
	Охайність	-,012	,007	-,189	-1,94	,044

При цьому було декілька негативних коефіцієнтів: для когнітивних характеристик – акуратність (безлад, недбалість, схильність до розкидання речей) й охайність (недбалість до власного тіла та предметів щоденного вжитку, неохайність) та для емоційної характеристики «терпіння» (агресивність у бажанні негайно задовольнити потреби).

Виходячи з вищесказаного, ставлення батьків для своїх дітей з РАС, яке характеризується фактором «Інфантилізація батьків», можна описати таким чином. Надмірні значення виявилися у показника обов'язковість як прагнення бездоганно виконати будь-яку обіцянку незалежно від обставин. Цей факт, як і старанність нібито відповідають схильності таких батьків використовувати копінг-стратегію прийняття відповідальності (прийняття своїх помилок як даності без докорів або виправдань, спроби або виправити помилки або прийняти факт, що вже нічого не виправиш). На фоні використання регресії (перехід на нижчий

рівень розвитку) як механізму захисту, тут скоріше можна говорити про позицію «вже нічого не можна виправити», а надмірність показника обов'язковості вказує на знервованість у намаганнях досягти поставлених завдань, тобто на невіру у власні сили, на що накладається схильність до пасивності у складних ситуаціях. Обов'язковість у таких батьків виступає не як актуальна здібність, а як потреба у такій здібності, щоб перебороти власну пасивність; і саме у цьому місці залучається інша копінг-стратегія - пошук соціальної підтримки (зусилля, спрямовані на пошук інформаційної, дієвої або емоційної підтримки), як намір перекласти власні обов'язки на плечі інших (приміром, лікарів, інших членів родини тощо). А щоб отримати таку підтримку, батьки переходять на нижчий рівень розвитку, проявляють риси інфантилизації, такі як безлад, недбалість, схильність до розкидання речей, недбалість до власного тіла та предметів щоденного вжитку, неохайність, агресивність у бажанні негайно задовольнити потреби. Про це також говорить такий механізм захисту як регресія. Таке ставлення не можна назвати адаптивним, оскільки задля того, щоб допомогти своїм дітям, такі батьки мають «подорослішати», знов взяти на себе роль дорослої, відповідальної людини. Успішність реабілітації дітей таких батьків великою мірою залежить від того, чи знайшли батьки когось кому можна передати обов'язки із догляду за дитиною та її реабілітацією.

Фактор «*Емоційний симбіоз*». Регресійний аналіз закінчився на 8 кроці. У таблиці 2.19 представлена отримана модель для фактора «Емоційний симбіоз» як залежної змінної.

Таблиця 2.19

Модель для фактора «Емоційний симбіоз» як залежної змінної

Модель	R	R-квадрат	Скоригов. R-квадрат	Станд. похибка оцінки
8	,591	,350	,288	,12464

Отримані предиктори (незалежні змінні): когнітивні характеристики – охайність, ощадливість, вірність; емоційні характеристики – терпіння, час, контакти, довіра, реакції на конфлікт за типом діяльність. Сила передбачення моделі на помірному рівні. Розглянемо коефіцієнти лінійної моделі. У таблиці 2.20 наведені коефіцієнта для моделі, розрахованої для фактора «Емоційний симбіоз».

Таблиця 2.20

Коефіцієнти для моделі, розрахованої для фактора «Емоційний симбіоз»

Модель		Нестандартиз. коефіцієнти		Стандартиз. коефіцієнти	t	Значимість
		B	Станд. похибка	Бета		
8	(Константа)	,087	,154		,56	,576
	Контакти	,025	,008	,304	3,08	,003
	Терпіння	,014	,008	,175	1,80	,075
	Ощадливість	,014	,007	,175	1,98	,050
	Час	,010	,007	,137	2,07	,043
	Діяльність	,012	,006	,175	1,93	,056
	Довіра	,026	,012	,241	2,18	,031
	Вірність	-,030	,014	-,218	-2,16	,033

Найбільший позитивний коефіцієнт був для емоційної характеристики «контакти» (здатність встановлювати та підтримувати контакти з іншими людьми). Також позитивні коефіцієнти були для емоційних характеристик – довіра (здатність приймати себе або інших людей у їхній неповторності, тобто такими, як вони є), терпіння (здатність чекати, відтерміновувати виконання бажань, а також підтримувати та розвивати в собі та інших ці здібності, незважаючи на сумніви та очікування), час (вміння та бажання приділяти час собі й іншим), когнітивної характеристики «ощадливість» і реакції на конфлікт

за типом діяльність (вид та спосіб діяльності, як вони включені до концепції «я»). Заважимо, що цей фактор включає найбільшу кількість саме емоційних характеристик, тобто батьківське ставлення до свої дітей з РАС є найбільш емоційно забарвленим.

Негативний коефіцієнт був отриманий для когнітивної характеристики «вірність» (постійна зміна ставлення, ніби флюгер на вітру).

Виходячи з вищесказаного, ставлення батьків для своїх дітей з РАС, яке характеризується фактором «Емоційний симбіоз», можна описати таким чином. Батьки з цієї групи приділяють багато уваги налагодженню соціальних контактів, тому не дивно, що у складній ситуації вони використовують копінг-стратегію - пошук соціальної підтримки. Також такі батьки використовують стратегію позитивної переоцінки ситуації, тобто шукають позитивне у ситуації що слалася, приміром, «неважливо, що моя дитина хвора, все одно я люблю її, і для мене вона найкраща». Такі батьки часто використовують механізм захисту «заперечення», відмовляються визнавати наявність проблеми або неприємної інформації, щоб уникнути стресу. Вони ніби намагаються перебудувати своє життя, сотворивши середовище, повне емоційного комфорту і тепла, емоційної підтримки, без жодних проблем; вони шукають довіри і надії, багато уваги приділяють налагодженню соціальних контактів, зокрема із своїми дітьми. Позитивна переоцінка ситуації, терпіння та довіра – все це допомагає батькам створювати атмосферу емоційного тепла навколо їх хворої дитини. Таке батьківське ставлення можна б було назвати достатньо адаптивним, але батьки не завжди здатні підтримувати таке позитивне ставлення до дітей, у випадку, якщо воно будується не на активній протидії хворобі та реабілітаційних зусиллях, а на заперечені негативної інформації. В результаті батьки зриваються, часто змінюють ставлення до ситуації та своїх дітей. Крім того таке емоційне ставлення несе ризики появи гіперопіки, коли діти не мають можливості для розвитку самостійності, особливо в емоційному плані.

Фактор «*Відторгнення хвороби*». Регресійний аналіз закінчився на 8 кроці. У таблиці 2.21 представлена отримана модель для фактора «Відторгнення хвороби» як залежної змінної.

Таблиця 2.21

Модель для фактора «Відторгнення хвороби» як залежної змінної

Модель	R	R-квадрат	Скоригов. R-квадрат	Станд. похибка оцінки
8	,531	,282	,214	,23001

Отримані предиктори (незалежні змінні): когнітивні характеристики – акуратність, пунктуальність, старанність, слухняність; емоційні характеристики – час, контакти; моделі для наслідування «Пра Ми» та «Я інші» (ставлення до інших). Сила передбачення моделі на помірному рівні. Розглянемо коефіцієнти лінійної моделі. У таблиці 2.22 наведені коефіцієнта для моделі, розрахованої для фактора «Відторгнення хвороби».

Таблиця 2.22

Коефіцієнти для моделі, розрахованої для фактора «Відторгнення хвороби»

Модель		Нестанд. коефіцієнти		Станд. коефіцієнти	t	Значимість
		B	Станд.похибка	Бета		
9	(Константа)	,694	,198		3,504	,001
	Пра Ми	-,025	,010	-,237	-2,363	,020
	Контакти	-,034	,015	-,230	-2,211	,030
	Пунктуальність	,022	,013	,182	1,738	,086
	Акуратність	-,035	,013	-,301	-2,633	,010
	Старанність	,032	,016	,218	1,941	,056
	Час	-,028	,013	-,214	-2,162	,033
	Слухняність	,036	,021	,201	1,695	,094

Перш за все кидається в очі велика кількість негативних коефіцієнтів. Негативні коефіцієнти були розраховані для поведінкової характеристики «акуратність» (безлад, недбалість, схильність до розкидання речей та небажання прибирати за собою), для емоційних характеристик – контакти (скромність, невпевненість, напруженість у стосунках з іншими) і час (відчуття навантаження, стресу від недостатності часу; як видно із таблиці 8 у додатку, цей показник нижче норми у батьків із таким фактором ставлення до своїх дітей з РАС), для моделі для наслідування «Пра Ми» (песимістичне, витісняюче, індиферентне ставлення до питань світогляду, сенсу життя та до майбутнього; зауважимо також, що вище було виявлено, що цей показник знижений у батьків із таким фактором ставлення до своїх дітей з РАС). Позитивні коефіцієнти були виявлені для когнітивних характеристик – старанність (готовність протягом тривалого часу вдаватися до напруженої та стомлюючої праці для досягнення певної мети), слухняність (дотримання прохань, доручень, наказів зовнішнього авторитету або вимога подібної поведінки від інших), пунктуальність (дотримання часових домовленостей) і для моделі для наслідування «Я-інші» (як видно із таблиці 8 у додатку, цей показник дещо знижений, що вказує на суперечливе, амбівалентне ставлення до інших, зокрема, до власних дітей).

Виходячи з вищесказаного, ставлення батьків для своїх дітей з РАС, яке характеризується фактором «Відторгнення хвороби», можна описати таким чином. Такі батьки настільки болюче сприймають хворобу дитини, що намагаються зробити вигляд, що ніби її взагалі немає, їх дитина не може бути хворою. Такі батьки всіма силами уникають прямого контакту із проблемою, вважають, що нічого виправити неможливо, то і намагатися не потрібно, краще зробити вигляд, що нічого не трапилося. Вони відчувають невпевненість, напруженість у стосунках з іншими, що ускладняється відторгненням взаємин між батьками та загальною поганою

здатністю встановлювати соціальні зв'язки; вони мають суперечливе, амбівалентне ставлення до інших, зокрема, до власних дітей; також песимістичне, витісняюче, індиферентне ставлення до питань світогляду, сенсу життя та до майбутнього. Вони не бачать нічого позитивного у ситуації із хворобою їх дитини і не розуміють, як діяти у ситуації, що склалася. Через загальний песимістичний фон світовідчуття і потребу якось захиститися від цього, такі батьки активно даються до механізму захисту за типом витіснення, при якому з пам'яті підсвідомо «видаляються» болісні переживання або емоції, що викликають внутрішній дискомфорт, іншими словами, вони нібито забувають про хворобу. Таке батьківське ставлення є повністю дезадаптивним, оскільки такі батьки тільки переживають, сумують, плачуть, майже не намагаючись допомогти дитині, або роблячи це не послідовно. Психокорекція і реабілітація дитини не проводиться взагалі або проводиться на недостатньому рівні.

Проведені нами розрахунки виявили шість факторів батьківського ставлення до своїх дітей з РАС. У кожного ставлення є певні сильні, позитивні сторони, проте є і негативні. Ми розглянули адаптивність цих батьківських ставлень з погляду на схильність і здатність батьків активно вдаватися до завдання реабілітації своїх дітей, їх найкращої соціалізації в міру можливостей дітей, розвитку в них самостійності з метою найефективнішого зменшення хворобливих проявів й найкращої інклюзії дітей у суспільство. Ми виявили, що формування певного батьківського стилю суттєво залежить від характерологічних особливостей батьків.

Висновки до ІІ розділу.

1. Проведене дослідження дозволило комплексно проаналізувати психологічні особливості батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра в контексті копінг-стратегій та механізмів психологічного захисту батьків. Отримані результати підтверджують складний, багатовимірний характер батьківського реагування на ситуацію хронічного стресу, пов'язаного з вихованням дитини з РАС, та свідчать про необхідність розгляду батьківського ставлення не лише як усвідомленої позиції, а як динамічної психологічної структури, що формується під впливом особистісних ресурсів, внутрішніх конфліктів і захисних механізмів.

2. Методологічна організація емпіричного дослідження, побудована на принципах науковості, системності, адекватності та оптимізації, забезпечила відповідність між теоретичною моделлю дослідження та використаним психодіагностичним інструментарієм. Залучення методик, спрямованих на вивчення як усвідомлених копінг-стратегій, так і неусвідомлюваних механізмів психологічного захисту, дало змогу вийти за межі декларативних відповідей і реконструювати реальні типи батьківського ставлення до дітей з РАС. Це є особливо важливим з огляду на високий рівень соціальної бажаності у відповідях батьків, які виховують хвору дитину.

3. Аналіз демографічних характеристик вибірки показав, що переважну більшість досліджуваних становили матері, що відображає реальну нерівномірність розподілу батьківської відповідальності у сім'ях, які виховують дітей з РАС. Така обставина створює додаткове психологічне навантаження на матерів і водночас впливає на формування специфічних моделей адаптації, серед яких домінують як конструктивні, так і дезадаптивні стратегії реагування. Отримані дані свідчать, що батьківське ставлення формується в умовах тривалого напруження, невизначеності

майбутнього та постійної необхідності приймати рішення щодо реабілітації дитини.

4. Результати аналізу самозвітів батьків виявили значний розрив між задекларованим і реальним ставленням до дитини з РАС. Переважання відповідей, що відображають прийняття та співпрацю, не підтвердилося при використанні багатовимірного статистичного аналізу. Це дозволяє стверджувати, що усвідомлений рівень ставлення часто виконує захисну функцію – знижує внутрішню напругу, почуття провини та сорому, водночас не відображаючи реальних труднощів емоційного контакту, амбівалентності почуттів або внутрішнього виснаження батьків.

5. Застосування факторного аналізу дало змогу виокремити шість типів батьківського ставлення до дітей з РАС: 1)примусова соціалізація, 2) прийняття та піклування, 3) співпраця, 4) інфантилізація батьків, 5) емоційний симбіоз, 6) відторгнення хвороби.

Виявлені типи відображають різні варіанти психологічної адаптації батьків до ситуації хвороби дитини – від відносно конструктивних і ресурсних до виражено дезадаптивних. Важливо підкреслити, що жоден із типів не є «чистим» або статичним, а радше являє собою домінантну тенденцію, яка може змінюватися залежно від життєвих обставин, етапів розвитку дитини та наявності психологічної підтримки.

Після розрахунку факторних балів для кожного респондента було встановлено тип ставлення кожного з батьків. Отриманий розподіл суттєво відрізнявся від «самозвітного» та продемонстрував, що значна частина респондентів має недостатньо адаптивні або дезадаптивні форми ставлення.

Інтерпретаційно важливо, що у випадку РАС батьківське ставлення не є «стабільною рисою», а часто виступає динамічною відповіддю на хронічний стрес, де адаптаційні механізми можуть коливатися між турботою, контролем, уникненням, запереченням, симбіозом і виснаженням.

Подальший кореляційний і регресивний аналіз було спрямовано на виявлення характеристик, які підтримують формування певного типу ставлення або підсилюють ризики неадаптивності.

Фактор «Примусова соціалізація». Провідними є копінги дистанціювання та втеча-уникнення і захисти заміщення та регресія. Інтерпретаційно це поєднання вказує на внутрішній конфлікт: зовні – вимогливість, акцент на «нормативності» та дисципліні, але внутрішньо – емоційна відстороненість і психологічна втеча від переживання безсилля й болю. Примусова соціалізація у такому разі може виконувати функцію контролю тривоги: якщо дитина «буде як усі», то зменшиться страх майбутнього. Одночасно уникнення і регресія підвищують ризик відкладення реабілітації, фрагментарної участі у втручаннях та зниження чутливості до реальних можливостей дитини.

Фактор «Прийняття та піклування». Ключові – самоконтроль та захисти проекція, гіперкомпенсація, раціоналізація. Цей профіль можна інтерпретувати як «морально-вольову» модель батьківства: «я маю витримати», «я не маю права на слабкість». Раціоналізація та гіперкомпенсація допомагають утримувати стабільність, але водночас можуть посилювати внутрішню напругу й ризик вигорання. Проекція в такій структурі часто пов’язана з труднощами визнання «заборонених» почуттів (роздратування, злість, безнадія), що можуть приписуватися «обставинам», «системі», «іншим людям». Тобто прийняття може бути реальним, але підтримується ціною високої внутрішньої витрати.

Фактор «Співпраця». Ведучі копінги – конфронтаційний копінг, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка; захисти мають другорядну роль (компенсація; раціоналізація; проекція). Це найбільш конструктивний стиль, що характеризується активністю, включеністю, реалістичною орієнтацією на реабілітацію, готовністю вступати у взаємодію з фахівцями та відстоювати інтереси дитини. Водночас

«конфронтаційність» може означати ризик виснажливої боротьби з системою або з діагнозом. Позитивна переоцінка, якщо стає надмірною, може переходити у «рожеві окуляри», що тимчасово захищає психіку, але інколи заважає приймати обмеження реальності та будувати більш збалансовані очікування.

Фактор «Інфантилізація батьків». Копінги – прийняття відповідальності, пошук соціальної підтримки, втеча-уникнення; захисти – регресія і проекція. Ключова інтерпретація: «відповідальність» тут часто не як здатність діяти, а як переживання провини й обов'язку, що запускає потребу в опорі ззовні. Регресія/інфантилізація відображає виснаження і «зрив» адаптації: батько/мати ніби потребує, щоб про нього/неї подбали, а тому несвідомо прагне перекласти частину тягаря на інших. Це може знижувати послідовність реабілітаційних дій і погіршувати системність допомоги дитині.

Фактор «Емоційний симбіоз». Копінги – пошук соціальної підтримки та слабше позитивна переоцінка; захисти – домінантне заперечення) та слабше раціоналізація. Цей тип описує високий рівень емоційної включеності й тепла, але його психологічна ціна – заперечення частини болючої інформації. Симбіоз може підтримувати контакт і чутливість, але одночасно утруднює сепарацію дитини, розвиток автономності, формування реалістичних цілей реабілітації. Заперечення тут виконує функцію «знеболення», однак здатне приводити до коливань: від ідеалізованої надії до різкого зриву при зіткненні з реальністю.

Фактор «Відторгнення хвороби». Копінги: втеча-уникнення, прийняття відповідальності, негативні внески позитивної переоцінки і дистанціювання. Цей профіль відображає найвищий рівень внутрішнього болю: батьки настільки травматично переживають діагноз, що психіка «вимикає» сам факт хвороби як спосіб виживання. Відсутність позитивної переоцінки та низьке дистанціювання можуть означати, що ситуація не

переробляється ані через смислову інтеграцію, ані через емоційне відмежування – вона лишається «сирою травмою». Наслідок найбільш критичний: уникнення спеціалістів та відкладання втручання.

6. Кореляційний і регресивний аналіз дозволив встановити зв'язок між типами батьківського ставлення та провідними копінг-стратегіями й механізмами психологічного захисту. Так, примусова соціалізація асоціюється з уникненням, дистанціюванням і регресивними формами захисту, що свідчить про спроби контролювати зовнішню поведінку дитини при одночасному униканні глибокого емоційного контакту з проблемою. Тип прийняття та піклування характеризується високим самоконтролем і гіперкомпенсаторними механізмами, що, з одного боку, сприяє стабільності догляду за дитиною, а з іншого – підвищує ризик емоційного вигорання батьків. Співпраця як тип ставлення пов'язана з активними проблемно-орієнтованими копінгами і може розглядатися як найбільш адаптивний стиль, хоча і не позбавлений ризику надмірного оптимізму та виснаження в умовах тривалої боротьби з хворобою.

7. Типи інфантилізації батьків та емоційного симбіозу відображають труднощі сепарації, порушення меж відповідальності та високу залежність від зовнішньої підтримки. У цих випадках психологічна адаптація батьків супроводжується запереченням, регресією або надмірною злитістю з дитиною, що може обмежувати розвиток її автономності. Найбільш дезадаптивним виявився тип відторгнення хвороби, який характеризується інтенсивним уникненням, високою тривожністю та відмовою від систематичної реабілітації, що створює серйозні ризики для психічного розвитку дитини та функціонування сімейної системи в цілому.

6. Адаптивність батьківських ставлень була осмислена через критерій готовності та здатності батьків активно включатися у реабілітацію, підтримувати соціалізацію дитини в межах її можливостей і розвивати автономність як ресурс інклюзії. Отримані дані показують, що формування

батьківського стилю істотно залежить від особистісних характеристик батьків – насамперед типового копінг-профілю та домінантних психологічних захистів. Це дозволяє розглядати виявлені типи ставлення не лише як опис явища, а як практичну мапу ризиків і ресурсів для психологічної допомоги:

- для частини батьків ключовим завданням є зниження уникнення й заперечення та формування реалістичної участі у втручанні;
- для іншої – профілактика вигорання і навчання самопідтримці;
- для стилів симбіозу й інфантилізації – розвиток меж, автономізації та відповідальної співпраці з фахівцями;
- для «співпраці» – підтримка балансу між активністю та прийняттям реальності, щоб уникнути «виснажливої боротьби».

Отже, наступний етап дослідження логічно передбачає проведення цілеспрямованої роботи з батьками, спрямованої на корекцію неадаптивних механізмів і зміцнення ресурсів, що підтримують більш конструктивні, реабілітаційно орієнтовані типи ставлення до дітей з РАС.

Зміст другого розділу дисертації висвітлено в публікаціях:

1. Сердюк Л.З., Сторожук О.М. (2025). Захисні стратегії батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра. *Habitus. Вип. 73, 358–364.* https://doi.org/10.32782/2663-5208. 2025.73.63

2. Сторожук О.М. Особливості дитячо-батьківських взаємин у сім'ях, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра . *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. V. Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія, Вип. 19*, 237-245. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v5/i19/22.pdf

РОЗДІЛ Ш
ОСОБИСТІСНІ РЕСУРСИ ЯК ЧИННИКИ АДАПТИВНОГО БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДИТИНИ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

3.1. Методологічні засади актуалізації та розвитку особистісних ресурсів батьків як факторів адаптивного ставлення до дитини з аутизмом

В розробці тренінгової програми для батьків, чиїм дітям встановлено діагноз розлад аутистичного спектру, ми опирались на результати емпіричного дослідження, в рамках якого було виявлено два дезадаптивні типи батьківського ставлення – «*Примусова соціалізація*» та «*Відкидання діагнозу*». Характерними копінговими стратегіями для цих стилів відповідно є: *дистанціювання* (прагнення відокремитися від ситуації, зменшити її значимість) та *втеча-уникнення* (зусилля спрямовані на уникнення проблеми). Вони підтримуються такими психологічними захистами як *заміщення* та *регресія* (у випадку «Примусової соціалізації») та *витіснення* (у випадку «Відкидання діагнозу»). Дезадаптивність виявляється втому, що вони перешкоджають прийняттю діагнозу, а відповідно, і вчасній діагностиці та залученню дітей до терапевтичної роботи в напрямку покращення їх функціонального стану та сприяння успішній соціалізації.

Предикторами таких неадаптивних типів батьківського ставлення виступають:

- надмірно виражені вторинні актуальні здібності: *охайність, пунктуальність, старанність, ввічливість* (обумовлюють завищені вимоги та очікування як в ставленні до себе, так і до дитини, її вторинних здібностей того ж порядку, неприйняття «нейровідмінності» дитини) *слухняність*

(орієнтація на вимоги авторитету та підвищені очікування такої поведінки з боку дитини);

- дефіцити в сфері первинних здібностей (емоційних потреб): *контакти* (обумовлює здатність/нездатність встановлювати та підтримувати контакт в проблемній ситуації як з дитиною, так і з фахівцями), *час* (обумовлює здатність/нездатність приділяти собі та дитині достатню кількість часу та уваги);

- дефіцит в балансі прямота/ввічливість з домінуванням *ввічливості* (прояв прихованої агресії у вигляді надмірного дотримування гарних манер, невміння відмовляти людям, підвищеної потреби сприйматися іншими людьми добрими, милими, орієнтованими на образ «хорошої» людини).

- дефіцити в сфері моделей наслідування: *«Ти»* (відображає приклади негативних, холодних стосунків з партнером, часті конфлікти та приховані проблеми), *«Я-батько»* (відображає відсутність позитивної моделі стосунків з батьком, яка за змістом включає холодність, індиферентність, відкидання, а отже, нездатність батьків до побудови теплих, підтримуючих стосунків з дитиною та *«Пра Ми»* (відсутність сенсів, песимістичний погляд в майбутнє);

- зміщення актуального конфлікта в сферу *тіла* (найсильніший предиктор, який вказує на можливе ігнорування власних емоційних переживань та тілесних відчуттів, втечу в хворобу) та *фантазій* (предиктор, що обумовлює витіснення проблеми або ж її вирішення лише в уявному плані).

Отже, в обох випадках, ігнорування особливостей дитини, зумовлених специфікою її нейропсихічного статусу, є результатом дії психічних захистів, функція яких - захиститися від неприємних емоційних переживань. А копінг-стратегії як способи адаптації до актуальної життєвої ситуації ускладнюють усвідомлення батьками власного емоційного досвіду, погіршують контакт з нейротиповою дитиною та унеможливлюють

формування здорової прив'язаності, залучення її до ефективних терапевтичних занять. Оскільки вказані дефіцити проявляються в стосунках та впливають на їх ефективність, то найбільш оптимальною формою роботи з ними буде групова робота.

В розробці тренінгової програми, спрямованої на сприяння в прийнятті батьками діагнозу дитини та формування нового погляду на батьківство у випадку нейровідмінної дитини, ми орієнтувалися на сучасні дослідження, які вказують на те, що здатності батьків встановлювати теплі, підтримуючі стосунки з дитиною з РАС, покращенню їх психологічного благополуччя сприяють:

- дозвіл на проживання власних емоцій, пов'язаних з втратою «нормальної» дитини, відмова від почуття провини та сорому за її діагноз (контакт з тілом);
- прийняття стану дитини та переключення на пошук альтернативних рішень (звернення за соціальною підтримкою; планування розв'язання проблеми);
- приділення часу, уваги собі та дитині без надмірного тиску чи навантаження як на себе, так і на неї (первинні емоційні потреби в термінології Позитивної психотерапії – час та терпіння);
- розуміння сенсу позитивного батьківства в побудові стосунків з аутистичною дитиною (позитивна переоцінка, нові цінності та сенси);
- здатність встановлювати контроль над обмеженнями (взяття на себе відповідальності);
- сприйняття вимог батьківства в більш ширшій перспективі, ніж «налаштування» дитини на актуальні вимоги культурного та соціального середовища (позитивна переоцінка, позитивне батьківство, нові сенси);
- тісні стосунки з сім'єю та оточенням, вміння встановлювати контакти (звернення за соціальною підтримкою) (Dykens et al.,2014).

В інших дослідженнях підтверджено, що встановленню позитивних

стосунків сприяють такі первинні здібності як контакти, довіра, надія, ніжність (Serdiuk, & Otenko, 2021).

В нашому емпіричному дослідженні були отримані дані, які узгоджуються з попередніми дослідженнями. Зокрема встановлено, що адаптивний стиль ставлення до дитини з РАС «Співпраця» обумовлюється такими предикторами як: *відкритість* (здатність відверто заявляти про свої потреби та переживання), *надія* (здатність вірити у майбутні можливості розвитку своєї дитини), *ніжність* (вміння приймати та дарувати фізичні контакти) і *любов* (прийняття дитини як особистості незалежно від її якостей або поведінки); *діяльність* як реакція на конфліктну ситуацію (сприяє набуттю нових знань, оволодінню необхідними навичками та вміннями побудови контакту з дитиною, планування розв'язання проблеми) та позитивна модель наслідування «*Пра Ми*» (наявність в батьків позитивного ставлення до питань батьківства, світогляду, релігії, сенсу життя).

В процесі створення програми використано сучасні психолого-педагогічні підходи до побудови тренінгових занять, зокрема:

- особливості групової динаміки;
- вимоги до створення безпечного простору групової взаємодії;
- фокус на особистісно орієнтовану роботу та активність учасників;
- забезпечення умов для рефлексії, самопізнання та відкритості до змін (Карпенко, 2015; Купрєєва, 2011).

Створення безпечного простору групової взаємодії реалізовувалося через дотримання наступних основоположних принципів:

1. Дотримання конфіденційності. Особиста інформація, висловлена в межах тренінгу, не може виноситися за його межі. Це правило створює атмосферу довіри, безпеки та відкритості, сприяє глибшому самовираженню батьків й згуртуванню групи, а також підвищує рівень відповідальності кожного учасника.

2. Використання особистісних форм висловлювання. Батьків

заохочували говорити від власного імені, використовуючи фрази на кшталт «Я відчуваю», «Я вважаю», що сприяє глибшому усвідомленню своїх емоцій, переконань і вчинків. Такий підхід допомагає не лише брати відповідальність за себе, а й розвиває повагу до точок зору інших учасників, навіть якщо вони відрізняються.

3. Конструктивний і підтримуючий зворотний зв'язок. Кожному учаснику надається можливість висловити реакцію на ситуацію, поділитися особистими емоціями та думками. Важливо, щоб зворотний зв'язок стосувався конкретної поведінки, а не рис особистості, і був спрямований на поточні події, а не на минуле. Це дозволяє зберігати доброзичливу й ефективну атмосферу взаємопідтримки.

4. Раціональне використання часу. Важливо дотримуватись чітко встановленого розкладу, що сприяє зосередженості, логічному викладу думок, ефективному виконанню завдань та досягненню запланованих результатів.

5. Принцип «тут і тепер». Учасники навчаються бути уважними до того, що відбувається з ними у поточний момент - усвідомлювати свої емоції, поведінку, переживання. Така присутність дозволяє глибше зануритися в процес, слухати інших з повагою й розумінням, а також розширювати власний досвід через актуальну взаємодію.

В основу тренінгової програми сприяння в формуванні адаптивного стилю ставлення до дитини з РАС покладено ряд принципів Позитивної та транскультуральної психотерапії Н.Пезешкіана:

1. Принцип «positum» (з лат. – дане, наявне), що визначає цілісний погляд на людину та оптимістичне сприйняття її природи, врахування всіх її дійсних складових (як сильно розвинутих, так і не розвинутих або ж непроявлених). Дане положення було покладено в основу занять, спрямованих на формування у батьків нового образу дитини з РАС не як «неповноцінної», а як унікальної («нейровідмінної»), котра має свої сильні та слабкі сторони.

2. Принцип надії – передбачає фокусування на потенціалі особистості як джерелі її розвитку, змін і зцілення. З цих позицій внутрішні ресурси особистості – це опора, на яку можна покладатися в складних життєвих обставинах або в кризових ситуаціях. Це ключовий принцип погляду на особистість, що обґрунтовує активний пошук, підкреслення та зміцнення сильних сторін як батьків, так і дітей з діагнозом розлад аутистичного спектру.

3. Принцип балансу відображає ідею гармонійного розвитку особистості через збалансованість в чотирьох сферах життя – тіло, діяльність, контакти, сенси. Психічне напруження або порушення виникає тоді, коли якась із цих сфер надмірно домінує або ж, навпаки, ігнорується (Peseschkian, 1987). В рамках тренінгу для батьків допомога була спрямована на усвідомлення власного «балансу життя» та сприяння в його відновленні.

Основними інструментами психокорекційної роботи були вправи, побудовані на основі використання метафоричних технік. Дослідження засвідчують, що притчі ефективні в діагностиці різних аспектів дитячо-батьківських стосунків. Те, як поводяться батьки, слухаючи притчу, які її деталі обговорюють, – все це дає психологу важливу інформацію про стосунки між батьками і дитиною (Найдонова, Унінець, 2023).

Основними притчами, на які ми опиралися в процесі групової роботи, є ті, які стверджують існуючі норми або ж ставлять під сумнів незмінність існуючих норм (викликають зміни в життєвих установках) (Peseschkian, 2016).

Метафорична форма дозволяє психологу в достатньо безпечній формі донести до батьків актуальні повідомлення (функція посередника), побачити новий зміст у добре відомому (функція дзеркала) та ненав’язливо запропонувати варіанти вирішення проблеми (функція моделі) (Peseschkian, 2016; Krotenko & Naydonova, 2023).

Підбір притч здійснювався з врахуванням психодинамічної стадії, на якій перебувають батьки, залучені до групової роботи, – стадії заперечення батьками реальності проблем в розвитку дитини, виявлених фахівцями. Притчі м'яко допомагають усвідомити реальний стан речей.

3.2. Тренінгова програма формування адаптивного батьківського ставлення та подолання дезадаптивних установок щодо дітей з РАС

Мета і завдання тренінгу для батьків

Мета: сформувати у батьків адаптивний стиль батьківського ставлення шляхом покращення здатності до усвідомлення власних емоційних переживань, пов'язаних з постановкою дитині діагнозу розлад аутистичного спектру, та зміни образу «недосконалої дитини» на образ «нейровідмінної дитини зі своїми сильними та слабкими сторонами».

Завдання тренінгу:

1. На основі наукових уявлень про розлад аутистичного спектру сформувати в батьків цілісний погляд на дитину з нейровідмінностями як на особистість, що має сильні та слабкі сторони («positum»).

2. Допомогти батькам пройти шлях від заперечення до прийняття діагнозу РАС (розлад аутистичного спектру) через сприяння усвідомленню ними болючих емоційних переживань, пов'язаних з досвідом втрати очікуваної «нормальної» дитини та нормалізацію їх почуттів в цій складній життєвій ситуації.

3. Сформувати адаптивні копінг-стратегій батьків через покращення навичок спілкування, вміння виражати власні потреби, емоції (баланс ввічливості та прямоти), просити про підтримку та надавати її в умовах групової взаємодії.

4. Сприяти формуванню позитивного образу «Я-батько/мати» через

пошук нових способів побудови ресурсних стосунків з дитиною та безпечної прив'язаності як умови її психічного розвитку (ніжність, контакт, час, терпіння, довіра).

5. Підсилити почуття надії батьків через пошук індивідуальних шляхів підтримки та сприяння розвитку дитини з РАС на основі врахування сильних сторін як самих дорослих, так і дитини.

6. Допомогти відшукати нові сенси батьківства у випадку дитини з розладом аутистичного спектру (робота з дефіцитами в сфері «Пра Ми»).

Організаційна робота та проведення тренінгу

Підготовка та проведення тренінгу ***«Через біль до розуміння: підтримка батьків дітей з РАС»*** передбачали вибір та впорядкування приміщення, в якому учасники групи мали б можливість комфортно перебувати в тренінговому колі, вільно пересуватися, працювати на одинці та в групах.

Технічні засоби: фліпчарт, екран та проектор для демонстрації матеріалу інформаційних частин тренінгу, комп'ютер, персональні навушники для кожного, ватман, олівці, акварельні, акрилові фарби, кольорові олівці, роздатковий матеріал для роботи з різними техніками, конверти формату А 4, позначені іменами кожного з батьків, персональні бейджі з іменами учасників тренінгу.

Склад групи. До участі в тренінгу на основі принципу добровільності було залучено 25 батьків, чиїм дітям встановлено діагноз розлад аутистичного спектру, і котрі в рамках констатуючого експерименту дослідження засвідчили дезадаптивні типи ставлення до свої дітей – «Примусова соціалізація» та «Відкидання діагнозу».

Попередньо, з кожним з батьків були проведені індивідуальні бесіди, спрямовані на одержання додаткової інформації про їх ставлення до актуальної життєвої ситуації, встановлення довірливих стосунків з

тренером та повідомлення про цілі тренінгової програми, одержання інформації щодо їх очікувань від участі в програмі.

Тренінг відбувався в вечірній час (після 18.00), щоб батьки мали можливість виділити час на участь в ньому, не вносячи корективи в свій робочий графік.

Тривалість тренінгу. Тренінгова програма була розрахована на 1,5 місяця (6 занять), з періодичністю одна зустріч на тиждень по 4 години без перерв.

Втілення програми ґрунтувалася на принципі поступовості: кожен наступний етап логічно продовжував попередній, забезпечуючи цілісність і структурованість психокорекційного процесу. Основний зміст занять включав виконання вправ, що моделювали ситуації з життя батьків, у межах яких учасники могли формувати навички самодопомоги, релевантні для застосування в повсякденному житті. Завершальні елементи кожної сесії були орієнтовані на розвиток умінь саморегуляції та рефлексивного осмислення переживань.

Стан учасників постійно відстежувався тренером за допомогою як вербального зворотного зв’язку, так і проективних методик, технік групової рефлексії («шерінгу»), що дозволяло фіксувати динаміку змін протягом заняття та надавати своєчасну психологічну підтримку батькам. Порівняльний аналіз початкового та фінального емоційного стану учасників на кожному етапі дозволяв ефективно оцінювати їх прогрес.

3.3. Структура та зміст тренінгу для батьків дітей з розладами аутистичного спектру «Через біль до розуміння: підтримка батьків дітей з РАС»

Загальна характеристика змісту тренінгових занять для батьків

1 заняття (4 години) ***Що таке розлад аутистичного спектру (РАС)***

Мета: ознайомити батьків з сучасними науковими поглядами на природу, діагностичні критерії РАС та підходи до втручання, зняти почуття провини за діагноз дитини.

Завдання:

1. Познайомити учасників групи та встановити правила роботи групи.
2. Сформувати науково обґрунтовані знання батьків про особливості розладу аутистичного спектру, його симптоматичні прояви, природу, відокремити стереотипи від фактів.
3. Зменшити почуття розгубленості, безпорадності, ізоляції та провини батьків у зв'язку діагнозом дитини.
4. Розкрити значення ролі батьків в своєчасній діагностиці та втручанні у випадку розладу аутистичного спектру їх дитини.

Таблиця 3.1

Вид активності	**Зміст діяльності**	**Тривалість**
Вступ	Знайомство тренера з учасниками групи, повідомлення мети тренінгу, правил групової роботи, очікуваних результатів. *Рекомендація*: кожен з учасників групи після ознайомлення з правилами її роботи може висловитися з приводу своїх побажань щодо цих правил. Правила записуються на фліпчарті і знаходяться в полі зору учасників протягом всього періоду роботи групи.	20 хв
Знайомство учасників групи	Відбувається знайомство учасників групи: кожен ділиться інформацією про себе та свою життєву ситуацію	40 хв

Вправа ***«Колесо очікувань»***	*Мета:* сприяти усвідомленню батьками своїх очікувань від участі в тренінгу; визначення особистих цілей з метою подальшої оцінки ефективності власної участі в програмі. Батькам пропонується сформулювати свої очікування від роботи в групі та записати їх на аркуші паперу. Пізніше тренер зачитує ці очікування та вкладає їх до персонального конверта кожного з батьків, щоб на останній зустрічі вони могли пригадати їх та дати суб'єктивну оцінку результативності своєї участі в тренінгу.	10 хв
Вправа ***«Що я знаю про аутизм»***	*Мета:* з'ясувати уявлення батьків про розлад аутистичного спектру, сприяти налагодженню взаємодії між учасниками тренінгу. Кожен учасник отримує липкий стікер для нотаток, на якому записує кілька основних тез, які відображають його уявлення про розлад аутистичного спектру. Тренер збирає стікери та розміщує їх на дошці перед учасниками (всі мають можливість прочитати думки кожного учасника групи).	20 хв
Обговорення	*Мета:* активізувати пізнавальну мотивацію батьків, спрямовану на поглиблення власних знань про специфіку розладу аутистичного спектру	15 хв
Інформаційна частина ***«Міфи та правда про розлад аутистичного спектру»***	*Мета:* ознайомити батьків з сучасними науковими поглядами на природу аутизму, особливості його прояву як спектрального розладу та варіант нейровідмінного розвитку дитини. Тренер викладає коротку інформацію про РАС, час-від-часу повертаючись до отриманих від батьків відомостей про цей розлад. При	45 хв

	цьому звертає увагу на ті з них, які узгоджуються з науковим поглядом на РАС, та не критикує ті, які представляють буденні міфічні уявлення про нього.	
Обговорення притчі ***«Про дивне насіння»***	*Мета:* усвідомити необхідність безоціночного прийняття своєї дитини, а також важливу роль батьківських установок і очікувань у формуванні особистості дитини, її самооцінки та переконань.	50 хв
Завершення	Обговорення після вправи, спрямоване на рефлексію власних думок. З чим іду?	40 хв

Заняття 2 (4 години) ***Тема: «Моя історія початку: прожити, усвідомити, рухатися далі»***

Мета: допомогти батькам усвідомити свої емоційні реакції на діагноз та нормалізувати їх почуття.

Завдання:

1. Сприяти усвідомленню батьками спектру емоційних переживань, які виникли після постановки їх дитині діагнозу РАС.
2. Ознайомити батьків з моделями проживання втрати (Е. Кублер-Росс, В. Уордер, модель Тонкінса, модель дуального процесу М.Стробе та Г.Шута).
3. Нормалізувати емоційні переживання батьків як реакцію на діагноз дитини.

Таблиця 3.2

Вид активності	**Зміст діяльності**	**Тривалість**
Вступ	Тепле коло, вітання, налаштування на безпечний простір	10 хв
Інформаційна частина ***«Що таке психологічна втрата»***	*Мета:* нормалізація емоційних переживань батьків через знайомство з основними концепціями переживання досвіду втрати, горювання та стратегій адаптації. Поняття психологічної втрати. Чому батьки можуть переживати діагноз як втрату очікуваної дитини? Моделі переживання втрати.	60 хв

Вправа ***«Моя внутрішня буря»***	*Мета:* усвідомлення спектру емоцій, які виникли після отримання діагнозу. Роздати батькам аркуші з контуром фігури людини або просто великим колом. Запропонувати подумати про момент, коли дізналися про діагноз, і позначити в тілі (кольорами, символами, словами), де і як вони відчували емоції: страх, гнів, смуток, провину, полегшення тощо. *Обговорення у колі:* Що було несподіваним? Що здійснило найсильніший вплив, викликало сильні емоційні переживання?	40 хв
Обговорення в парах чи малих групах	*Мета:* розвиток вміння ділитися власними емоційними переживаннями в колі людей, що пережили схожий емоційний досвід, отримання підтримки та співчуття, нормалізація емоційних переживань. Учасники об'єднуються в малі групи та обмінюються емоційним досвідом.	25 хв
Рефлексивна вправа ***«Мій шлях»***	*Мета:* розвинути навички саморефлексії емоційних переживань та отриманого досвіду, знаходження ресурсів, опор. *Матеріали*: аркуш з лінією часу (від «Ви дізналися про діагноз (запідозрили) до «Зараз»). Учасники отримують завдання: позначити емоційні точки: Що відчував/відчувала? Що було найскладніше? Що підтримало? Чи щось змінилося за цей час?	25 хв
Вправи на стабілізацію	*Мета:* допомогти батькам стабілізуватися після проживання важких емоцій, навчити практикам саморегуляції. *Основні техніки*: практика «Заземлення», дихання по квадрату, музичний супровід (прослуховується білатеральна музика в навушниках).	20 хв

Нормалізація почуттів	Кожне почуття – нормальне: і гнів, і провина, і сум, і сором, і надія. Важливо не залишатися на одинці з ними. Короткий акцент на ресурсах: підтримка, терапія, група, час.	15 хв
Метафорична вправа ***«Лист до себе»***	*Мета:* розвиток в батьків навичок самопідтримки та турботи про себе. Лист до себе в той момент, коли я дізнався (-лася) про діагноз. Дві фігури: «Я тоді» і «я зараз»: щоб я сказав (-ла) собі з минулого? (самопідтримка). Обговорення в колі (добровільно).	20 хв
Завершення. Коло підтримки	На липких стікерах для нотаток кожен з учасників дає відповідь на питання «Що допомагає мені рухатися далі?» (слова, символи, люди, надія). Хто хоче, ділиться в колі.	15 хв
Вправа ***«Теплі слова».*** *Завершення роботи*	*Мета:* надати батькам підтримку в проживанні болючого досвіду. Кожен учасник отримує 1 позитивне послання від ведучого/групи (можна на аркушах, роздруківки з цитатами тощо).	10 хв

Заняття 3. ***Тема: «Бути опорою, не згораючи: ресурс у важкі моменти»***

Мета: Допомогти батькам усвідомити свої джерела підтримки, навчитися вчасно помічати ознаки виснаження й формувати навички саморегуляції через ресурсні техніки.

Завдання:

1. Ознайомити з моделлю балансу в чотирьох сферах життя згідно Позитивної та транскультуральної психотерапії (ППТ).

2. Сприяти в пошуку та усвідомленні батьками зовнішніх та внутрішніх ресурсів, на які вони опиралися в своєму житті та в ситуації зіткнення з діагнозом розлад.

3. Сформувати навички ефективного самоаналізу та пошуку додаткових ресурсів за моделлю балансу.

4. Актуалізувати в учасників тренінгу вміння диференціювати аспекти життєвої ситуації, які вони можуть контролювати, та ті, які не підвладні контролю.

Таблиця 3.3

Вид активності	**Зміст діяльності**	**Тривалість**
Вступ	Вітання. Налаштування на групову роботу.	10 хв
Вправа ***«Моя ресурсна скриня»*** (письмова рефлексія, обговорення)	*Мета:* розвинути в батьків навички саморефлексії власних ресурсів. Учасники згадують і записують, що допомагало їм відновити сили в минулому. Це може бути щось із буденних ритуалів, тілесних практик чи інших дрібничок (прогулянка, заняття спортом, читання книги, розмова, чай, смаколики) чи щось духовне (віра, хобі, мрія). *Хід:* Ведучий роздає батькам шаблон або аркуш із написом: *«Що додає мені сил?»* Учасники заповнюють власний «кошик ресурсів» словами, образами або малюнками. *Обговорення:* Що стало несподіваним? Що давно не використовував(ла)?	50 хв
Інформаційна частина ***«Модель балансу психічної енергії»***	*Мета:* ознайомити батьків з моделлю балансу життєвої енергії в чотирьох сферах згідно ППТ та сприяти усвідомленню необхідності підтримки балансу між внутрішніми та зовнішніми опорами. Ведучий викладає основні положення моделі балансу Позитивної та транскультуральної психотерапії (Додаток И)	50 хв
Вправа ***«Чотири точки опори»***	*Мета:* актуалізувати вміння самоаналізу та усвідомлення власних ресурсів на основі балансної моделі. Візуалізація різних сфер життя як сфер розподілу психічної енергії та джерел підтримки. *Матеріали:* аркуші паперу з зображенням кола з чотирма сегментами:	20 хв

	• Я (тіло, емоції, думки, переконання). • Діяльність (активності, волонтерство, спорт, робота). • Контакти (люди, спільноти, підтримка). • Сенси (віра, цінності, цілі, духовність). *Завдання для батьків*: написати в кожному сегменті відповіді на питання: Що мене тримає зараз? Що можна посилити? *Висновок*: важливо, щоб розподіл активності (психічної енергії) був збалансований, а опори різноманітними (з кожної сфери). Надмірне навантаження на одну точку - ризик виснаження.	
Вправа ***«Сходи ресурсу»***	*Мета:* навчити батьків диференціювати ресурси за сферами та доступністю. *Хід:* батьки отримують аркуш паперу з зображенням сходинок, на яких необхідно вписати доступні власні ресурси. Наприклад: • 1 сходинка - мікроресурси: дихання, кава, 5 хв тиші і тому под. • 2 сходинка - базові потреби: сон, якісна здорова їжа, прогулянка і ін. • 3 сходинка - контакт з іншими: подзвонити, попросити допомогу і ін. • 4 сходинка - глибинне: особиста психотерапія, творчість, духовність, роздуми над цінностями та сенсами. Обговорення у парах: *Що мені легко дати собі, а що - важко, але потрібно?*	40 хв
Вправа ***«Коло впливу»*** (адаптація вправи Ст. Кові «Коло впливу» та «Коло турбот»).	*Мета:* сформувати вміння диференціювати те, що підконтрольне, і те, що за межами впливу, зменшити рівень тривоги та сприяти ефективному розподілу енергії. *Матеріали*: на аркуші паперу зображення двох кіл: • зовнішнє коло «Я не можу впливати» (діагноз РАС, реакція людей і тому под.). • внутрішнє коло «Я можу впливати» (мої знання, навички, дієві техніки релаксації,	30 хв

	пошук підтримки фахівців, родичів, друзів, взаємодія з організаціями, службами і тому под.). *Висновок:* вкладати сили у внутрішнє коло берегти себе.	
Вправа ***«Я - теж важливий(а)»***	*Мета:* сприяти усвідомленню власної цінності та потреб. Ведучий читає фрази, а учасники обирають ті, які відгукуються: • *Я маю право на відпочинок* • *Я можу просити про допомогу* • *Я роблю найкраще, що можу* • *Я не повинен(-на) бути ідеальним батьком/матір'ю* Потім кожен створює свою фразу-підтримку «*Якір ресурсу*".	20 хв
Заключна вправа ***«Лист самому собі»***	*Мета:* закріпити вміння самопідтримки та пошуку ресурсу, підсилити у батьків надію та оптимістичний погляд на можливості турботи про себе в майбутньому. Ведучий звертається до батьків: «Уявіть, що ви пишете собі листа у той день, коли буде дуже важко. Що б ви хотіли почути?» Листи залишаються в персональних конвертах учасників, а по закінчення всього курсу занять повертаються батькам, щоб вони могли їх зачитати собі вдома.	20 хв

Заняття 4. ***Тема: «Бачити дитину, а не діагноз»***

Мета: сприяти формуванню в батьків розуміння концепції нейрорізноманіття та переосмисленню діагнозу як особливості розвитку, а не "дефекту", що дозволить бачити за РАС унікальну, живу й цінну дитину зі своїми сильними сторонами, потребами та потенціалом.

Завдання:

1. Ознайомити батьків з концепцією нейрорізноманіття та сформувати уявлення про те, що розлад аутистичного спектру - це не хвороба, а індивідуальний варіант розвитку нервової системи, з який необхідно врахувувати при підтримці, навчанні та спілкуванні з дитиною.
2. Сформувати в батьків образ індивідуальності дитини, який включає уявлення про її потреби, вподобання, сильні сторони та умови, в яких вона найкраще розкривається.
3. Переналаштувати фокус батьків зі слабо розвинутих сторін («недоліків») на унікальність дитини.

Таблиця 3.4

Вид активності	**Зміст діяльності**	**Тривалість**
Вступ	Тепле коло, вітання, налаштування на безпечний простір.	10 хв
Вправа ***«Який я сьогодні фрукт або ж ягода».***	*Мета:* встановити контакт зі своїми емоціями, тілом. Ведучий пропонує батькам вибрати фрукт або ягоду, який характеризує їх емоційний стан сьогодні. Учасники коротко обговорюють образи з викладом аргументації власного вибору та акцентом на емоційних переживаннях чи рисах власної особистості.	15 хв
Притча ***«Притча про розуміння»*** (Додаток Ї)	*Мета:* сформувати установку в батьків на розуміння індивідуальності власних дітей, усвідомлення необхідності встановлення більш тісних стосунків з дітьми.	5 хв
Обговорення притчі	*Питання для обговорення:* Як ви можете описати своє спілкування з дитиною? Уявіть якийсь образ, що характеризує ваше спілкування. Пригадайте і опишіть типову ситуацію вашого спілкування з дитиною. Що допомагає вам у спілкуванні? Що стоїть на заваді?	45 хв

Психоедукація на тему: ***«Нейрорізноманіття: кожна дитина унікальна»***	*Мета:* сформувати уявлення батьків про те, що РАС – це не хвороба, а прояв різноманітності розвитку нервовий системи, яку необхідно враховувати в при виборі способів взаємодії з дитиною в процесі соціалізації. Ведучий коротко викладає суть концепції нейрорізноманіття (Додаток И).	45 хв
Вправа ***«Намалюй свою дитину»***	*Мета:* Допомогти батькам символічно відобразити особливості своєї дитини, активізувати позитивне бачення її сильних сторін, інтересів, способів заспокоєння та створити емоційно насичене уявлення про неї. *Хід вправи:* • Налаштування**:** батьків запрошують зручно розміститися в кімнаті за вподобаним столом, де є всі необхідні для малювання засоби; місце, глибоко вдихнути і подумки уявити свою дитину (звучить спокійна релаксаційна музика). • Ведучий пропонує уявити свою дитину і задуматися над тим: якою вона є; з чим вона асоціюється (котик, річка, квітка, вітер чи щось інше); як проявляється її енергія, поведінка, ритм, темп. • Підкреслюється, що не має значення, які здібності до малювання мають батьки, головне – в свій спосіб передати власні асоціації, риси дитини. Малювання символічного образу дитини.	50 хв
Рефлексія та обговорення малюнків	Питання для стимулювання рефлексії та розповіді про свою дитину висвітлюються або ж записуються на дошці: • Чому ви вибрали такий образ? Що в ньому нагадує вам вашу дитину? • Що любить ваша дитина? • Як вона поводиться в різних ситуаціях? • Що її втішає, заспокоює? • В чому її особлива сила? • Що допомагає їй розквітати?	50 хв

Підведення підсумків	Ведучий звертає увагу батьків на те, що цей символічний образ дитини може стати ресурсом в важкі моменти – коли складно зрозуміти дитину, коли втома, тривога чи роздратування заважають бачити її красу та унікальність. Роботи батьків можна запропонувати залишити в їх персональному конверті або ж, за бажанням, забрати з собою в цей же ж день. *Приклад метафоричного образу дитини*: «Я зобразила свою дитину у вигляді кактуса. Мій син не любить дотиків, але має дуже гарні ніжні квіти. Йому добре, коли в кімнаті грає тиха спокійна музика, в цей час він любить будувати вежі з дерев'яного конструктора. А ще, він дуже уважний! Помічає такі деталі, дрібниці, які мені просто не вдається зауважити».	20 хв

Заняття 5. ***Тема: «Прив'язаність та її роль в психічному розвитку дитини з РАС»***

Мета: Допомогти батькам зрозуміти значення безпечної прив'язаності для розвитку дитини з аутизмом, усвідомити свій вплив на психоемоційне благополуччя дитини та отримати практичні інструменти для формування стабільного зв'язку з нею.

Завдання:

1. Ознайомити батьків з концепцією прив'язаності, значенням надійної прив'язаності в розвитку особистості дитини, розкритті її потенціалу.

2. Сформувати позитивну модель «Я-батько/мати» як основу розвитку надійної безпечної прив'язаності з дитиною.

3. Допомогти батькам побачити дитину через призму розуміння, прийняття та підтримки, а не крізь діагноз.

4. Стимулювати рефлексію батьків щодо власних ресурсів, які забезпечуватимуть втілення цієї моделі в стосунках з їх дітьми.

Таблиця 3.5

Вид активності	Зміст діяльності	Тривалість
Вступна частина *Вправа* ***«Асоціація з прив'язаністю»***	*Мета*: налаштування на тему, створення атмосфери довіри. *Хід:* учасники відповідають одним словом або фразою на запитання: «З чим у вас асоціюється прив'язаність?» Записують на стікерах, ведучий наклеює їх на дошці. Обговорення.	25 хв
Психоедукація: ***«Прив'язаність – теплі та безпечні стосунки дитини з батьками»***	*Мета:* розкрити роль прив'язаності в розвитку дитини з РАС. Основні аспекти: 1. Як прив'язаність допомагає дитині почуватися в безпеці. 2. Особливості прив'язаності у дітей з РАС: • повільніше формуються сигнали прив'язаності; • можуть не так виглядати, як у нейротипових дітей; • дитина має потребу у зв'язку не менше, а іноді більше; 3. Як наявність або відсутність безпечної прив'язаності впливає на емоційну регуляцію; навички комунікації; здатність до навчання; зниження тривоги. (Додаток И).	60 хв
Вправа ***«Малюнок мого зв'язку з дитиною»***	*Мета:* допомогти батькам усвідомити свою роль у формуванні прив'язаності, побачити дитину як партнера в стосунках *Хід:* батькам пропонується намалювати метафору їх стосунків із дитиною (наприклад, міст, коріння і дерево, струмок і берег тощо). *Питання для обговорення* після малювання: 1. Що є силою у вашому зв'язку? 2. Де ви відчуваєте віддаленість? 3. Що хочете посилити?	50 хв
Вправа ***«Маяк»***	*Мета:* через метафору сформувати образ батька/матері, що дає відчуття безпеки і прийняття своїй дитини (безпечна прив'язаність).	50 хв

	Хід: ведучий пропонує батькам уявити себе в якості високого потужного морського ліхтаря (маяка), що стоїть в тихій гавані. Його світло світиться і в день і вночі. Дитина – це мандрівник, який випливає з порту, досліджує світ, чомусь навчається, блукає, втомлюється, а потім з цим досвідом повертається в гавань. *Запитання до батьків:* Як ваша дитина подає сигнали, що потребує вас? Як показує свою зацікавленість вами? Що свідчить про її спокій, коли вона побачила світло «Маяка» і повернулася в гавань? *Обговорення в групі:* Які сигнали прив'язаності подає моя дитина? Як я на них відповідаю? Що мене вразило? Що спробую змінити в спілкуванні з дитиною? Який ресурс мені потрібен як батькові/матері? Батькам пропонується 5 хв на день просто побути з дитиною поруч без вимог, інструкцій чи навчання.	
Вправа ***«Карта підтримки моєї дитини»***	*Мета:* актуалізація внутрішніх ресурсів батьків, необхідних для побудови теплих підтримуючих стосунків з дитиною, формування у неї безпечної прив'язаності. *Хід:* батькам роздають аркуші паперу, на яких вони дають відповіді на питання: • 3 речі, які заспокоюють мою дитину. • 2 сильні сторони дитини. • Спосіб взаємодії, який працює найкраще, щоб вона відчула безпеку та спокій.	40 хв
Домашнє завдання ***«Діалог через дотик»*** *(за бажанням):*	*Мета:* розвивати навички побудови контакту з дитиною з врахуванням її сенсорних особливостей, уподобань. *Суть:* щоденна практика ненав'язливого тілесного контакту з дитиною (масаж пальчиків, тримання за руку, доторк через гру), щоб активувати сприйняття "я з тобою — і ти в безпеці".	15 хв

Заняття 6. Тема: ***«Нові сенси батьківства: шлях прийняття та зростання»***

Мета: сформувати та інтегрувати позитивний, приймаючий образ батьківської ідентичності (образу «Я – батько/мати»), заснований на концепції «достатньо хорошого батьківства», з метою розвитку конструктивного ставлення до себе у батьківській ролі.

Завдання:

1. Актуалізувати та поглибити усвідомлення індивідуально значущих смислів батьківства як особистісного ресурсу, що забезпечує емоційне залучення, суб'єктивне відчуття значущості власної батьківської ролі та внутрішню мотивацію до підтримки дитини з нейровідмінностями.

2. Сприяти розвитку навичок саморефлексії та самопідтримки, а також зміцнення надії стосовно власних ресурсів в подоланні труднощів, пов'язаних з вихованням дитини з розладом аутистичного спектру.

3. Стимулювати прийняття ідеї «позитивного батьківства» як сенсоутворювального компонента у взаємодії з дитиною з РАС, що включає емоційне прийняття, підтримку, розвиток потенціалу дитини та власне зростання як особистості.

Таблиця 3.6

Вид активності	**Зміст діяльності**	**Тривалість**
Вступна частина *Вправа* ***«З чим я прийшов(ла) сьогодні?»***	*Мета:* створити атмосферу підтримки, налаштувати на рефлексію, згадати, який шлях уже пройдено. Питання учасникам для рефлексії: • З чим я прийшов(ла) сьогодні? • Які зміни в мені відбулися з початку нашої роботи (тренінгу)?	30 хв
Вправа ***«Мій шлях – не ідеальний, але мій»*** *(продовження практики «Мій*	*Мета:* сприяти формуванню позитивного образу «Я-батько/мати», переконання в тому, що добре бути «достатньо хорошим(ю) батьком/матір'ю» і на цій основі допомогти батькам прийняти «позитивне батьківство» в якості сенсу.	70 хв

шлях з Заняття № 2)	*Хід:* Батькам повертаються аркуші з результатами їх роботи на Занятті 2 і пропонується заповнити продовження лінії життя у форматі «дороги». Питання для рефлексії: • Де я зараз?; • Який можливий мій наступний крок? Обговорення: *«Що для мене було найважчим? Що мене тримає досі? Чому я ще тут?»*	
Міні-лекція та обговорення: ***«Нові сенси батьківства»***	*Мета:* стимулювати пошук нових сенсів батьківства аутистичної дитини (сфера «Пра Ми») через приклади цінностей та сенсів батьків, які пройшли шлях прийняття діагнозу дитини. Провідні ідеї: • Прийняття нейровідмінності дитини - не поразка, а інше батьківство. • Відмова від досконалості - турбота про зв'язок. • Батьківство – не про те, щоб виправити дитину, а про спільне зростання. • Цінності, що можуть стати опорою: надія, прийняття, контакт, розвиток, любов. Обговорення: Які з цих ідей Вам відгукуються?	50 хв
*Вправа «**Дерево сенсів»***	*Мета:* сформувати особисте бачення сенсів батьківства як ресурсу, а не тягаря. *Хід:* На аркуші паперу батьки малюють дерево з такими частинами: • **Коріння** - що мені допомогло пройти цей шлях? • **Стовбур** - що я хочу зберегти як основу свого батьківства? • **Гілки** - чого я хочу навчитися, що розвинути? • **Плоди** - що я вже отримав/ла як особистість на цьому шляху?	50 хв

Заключне коло: ***«Слова до себе як батька/матері»***	*Мета:* закріпити навички самопідтримки та надію щодо власних можливостей рухатися вперед та зростати як особистість. *Хід:* учасникам пропонується завершити фразу: «Я ціную себе як батька/матір, тому що…» Тренер повертає учасникам тренінгу їх персональні конверти з матеріалами, на яких містяться результати їх рефлексій та напрацювань.	

3.4. Результати впровадження тренінгової програми для батьків дітей з розладами аутистичного спектру

Формувальний експеримент було організовано з метою перевірки дієвості розробленої тренінгової програми для батьків дітей з розладами аутистичного спектру.

Результати констатуючого експерименту показали, що предикторами дезадаптивних типів ставлення до дитини з аутизмом виступають дисбаланс між надмірно вираженими вторинними актуальними здібностями (охайність, пунктуальність, старанність, ввічливість, слухняність) та дефіцити у сфері первинних здібностей (контакти, час, баланс прямоти та ввічливості). Надмірність вираження вторинних здібностей батьків обумовлює завищені очікування до дитини, неприйняття її індивідуальних особливостей, пов’язаних з діагнозом, фіксацію на відповідності соціальним нормам. Дефіцити в первинних здібностях ускладнюють встановлення емоційного контакту, позбавляють батьків гнучкості у взаємодії з дитиною та фахівцям.

Зважаючи на вище вказане, зміни у мірі вираженості актуальних здібностей, а також зміщення актуального конфлікта (постановка дитині

діагнозу РАС) зі сфери фантазій та тіла в сферу діяльності і контактів, присвоєння нових адаптивних концепцій в сферах наслідування «Ти», «Я-батько», «Пра-Ми» можуть виступати найбільш показовими індикаторами ефективності тренінгової програми. Повторна діагностика міри вираженості цих показників виступає не лише процедурою контролю результатів, але й науково обґрунтованим способом підтвердження ефективності програми, спрямованої на корекцію дезадаптивних форм батьківського ставлення.

Таким чином, ***основна гіпотеза*** полягала в тому, що участь батьків дітей з РАС в тренінговій програмі зумовить статистично значущі позитивні зміни в показниках актуальних здібностей та моделей наслідування (предикторах дезадаптивного ставлення до дитини з аутизмом) у порівнянні з вихідними показниками (*pre-test*). Зміни проявляться в наступних вибраних показниках:

- зниженні мирі вираженості вторинних актуальних здібностей (охайність, пунктуальність, старанність, слухняність, вірність, ввічливість);
- підвищенні міри вираженості первинних здібностей (контакти, довіра, час), та вторинної здібності (відкритість);
- зсуві способів конфлікта зі сфер тіла та фантазії у бік діяльності та контактів;
- зростання показників моделей наслідування (позитивне ставлення) в сферах «Ти», «Я-батько», «Пра-Ми», що відповідають більш адаптивному стилю ставлення до дитини з діагнозом РАС.

Для батьків з типом ставлення «Примусова соціалізація» очікується: зниження ввічливості та вірності, підвищення відкритості та контактності (первинна здібність контакти); послаблення реакцій конфлікта в сферах тіло/відчуття та фантазія/майбутнє; зростання показників в бік позитивного ставлення в сферах *«Ти»*, *«Я-батько»*, *«Пра Ми»*.

Для батьків з типом ставлення «Відкидання діагнозу» очікується

зниження надмірної *вірності* та *довіри* до нормативних меж, підвищення контактності та показників конфлікта в сферах *контактів* і *діяльності*, а також зростання позитивного ставлення в сферах *«Ти»* та *«Пра Ми»*.

Операціоналізація перевірки висунутої гіпотези забезпечувалася через:

- дизайн ***pre–post*** у межах кожної групи: було залучено 25 батьків, в яких було виявлено дезадаптивні типи ставлення до дитини – «*Примусова соціалізація*» (8 учасників програми) та «*Відкидання діагнозу*» (17 учасників програми). Вони були поділені на дві групи (12 та 13 осіб), кожна з яких займалася окремо.
- Інструмент: Вісбаденський опитувальник позитивної і сімейної психотерапії WIPPF (шкали актуальних здібностей, конфлікта, моделей наслідування).
- Критерій: **критерій Вілкоксона** для пов'язаних вибірок; рівень значущості $\mathbf{p \leq 0{,}01}$.

Нульова гіпотеза (H_0): після участі у тренінгу відмінності між pre- та post-вимірюваннями відсутні або не досягають статистичної значущості ($p > 0{,}01$) за жодною з цільових шкал.

У додатку Й наведені результати опитування батьків за методикою WIPPF Н. Пезешкіана (Вісбаденський опитувальник позитивної і сімейної психотерапії) до їх участі в тренінговій програмі (в таблиці Й.1 для батьків з типом ставлення *«Примусова соціалізація»,* в таблиці Й.2 – *«Відкидання діагнозу»*).

Як видно з таблиць, у батьків зі ставлення за типом *«Примусова соціалізація»* спостерігалась:

– надмірність у вираженні таких вторинних актуальних здібностей як *пунктуальність* (схильність до перебільшення її значення та пов'язані з цим ригідність та тривожність), *ввічливість* (зовнішня коректність при

внутрішній байдужості чи прихованій агресії, уникання відкритого вираження власних емоцій і думок) та, відповідно, низький рівень відкритості (нещирість, замкнутість, брехня, уникнення пояснень), *обов'язковість* (надмірна принциповість, скрупульозність), *вірність* (ригідність, упертість, незаперечність установок та авторитетів, безмежне прагнення зберегти існуюче);

– дефіцит первинної актуальної здібності *контакти* (сором'язливість, боязкість, невпевненість, напруженість у стосунках);

– у реакції на конфлікт за типом тіло/відчуття (психосоматичні порушення, пасивність) і фантазії/майбутнє (втеча у фантазії, надмірна мрійливість);

– дефіцити в моделях наслідування «Я-батько» та «Пра-Ми», які відповідно проявляються як холодність, заперечення, індиферентність у стосунках з дитиною, іншими близькими людьми, а також загальне песимістичне, захисне ставлення до питань світогляду, сенсу життя та до власного майбутнього.

У батьків із ставлення за типом «*Відкидання діагнозу*» виявлено:

– надмірний рівень *пунктуальності* та *вірності*;

– надмірність в вираженості *довіри* (наївність або, навпаки, бажання мати довіру хоч до чого-небудь на фоні відсутності цього відчуття) та дефіцити первинних актуальних здібностей *час* (наявність відчуття постійного навантаження, стресу через нестачу часу) і *контакти*;

– дефіцити в моделях наслідування «Я-батько» та «Пра-Ми».

Отримані результати показують, що попри наявність певних відмінностей в особистісних характеристиках батьків з різними варіантами дезадаптивного ставлення до дитини з РАС, спільними для них є ригідність, впертість, надмірна сором'язливість, невпевненість, замкнутість, емоційна холодність та індиферентність. Ці риси ускладнюють прийняття діагнозу дитини, розуміння її потреб, налагодження близьких довірливих стосунків з

нею, ефективну комунікацію з фахівцями, а відтак, знижують готовність до активних дій в напрямку покращення функціонального стану дитини та сприяння її інтеграції в соціум.

Саме на виправлення цих недоліків була спрямована запропонована нами програма формувального експерименту.

Після завершення формувального експерименту (через 2 тижні), його учасникам знову було запропоновано дати відповіді на питання Вісбаденського опитувальника позитивної і сімейної психотерапії Н. Пезешкіана (WIPPF). Отримані результати представлені в Додатку К (таблиця К.1 результати учасників з типом батьківського ставлення «*Примусова соціалізація*», таблиця К.2 – з типом батьківського ставлення «*Відкидання діагнозу*»).

З метою виявлення статистичної значимості відмінностей в показниках особистісних характеристик, які підлягали корекції та формуванню в рамках апробованої програми, та перевірки ефективності тренінгу, нами було застосовано *критерій Вілкоксона* (використовується у випадку малих вибірок, обсягом менше 25 учасників).

За низкою характеристик були встановлені статистично достовірні відмінності в мірі вираженості до та після проведення формувального експерименту ($p \leq 0.01$). Результати розрахунку критерію Вілкоксона за всіма показниками для батьків, які мали тип ставлення «Примусова соціалізація», показані у таблиці Л.1 додатку Л. У таблиці 3.7 показаний розрахунок за критерієм Вілкоксона тільки для тих показників, для яких були виявлені статистично значимі відмінності ($p \leq 0.01$).

Таблиця 3.7

Відмінності в показниках актуальних здібностей, способу конфлікту та моделей наслідування батьків з типом ставлення «Примусова соціалізація» (критерій Вілкоксона)

Особистісні характеристики (шкали опитувальника WIPPF)	Z	Асимптотична значимість (2-двобічна)
Ввічливість	-2,613	.007
Відкритість	-2,642	.006
Вірність	-2,558	.010
Контакти	-2,556	.010
Тіло/відчуття	-2,559	.009
Фантазії/майбутнє	-2,556	.010
Я батько	-2,592	.009
Я інші	-2,595	.009
Пра Ми	-2,631	.006

В таблиці 3.8 та рисунку 3.1 подано середні значення особистісних характеристик батьків з типом ставлення «Примусова соціалізація», стосовно яких виявлено статистично достовірні відмінності до та після проведення формувального експерименту.

Як видно з даних таблиці, участь в програмі сприяла появі статистично достовірних змін в сфері ставлень «Я-інші» («Ми» вимір у ставленні до інших: час, терпіння для інших, важливість контактів з іншими), однак не виявлено таких змін для одного з предикторів адаптивного батьківського ставлення «Ти».

Таблиця 3.8

Середні значення показників актуальних здібностей, способу конфлікту та моделей наслідування батьків з типом ставлення «Примусова соціалізація» до та після тренінгу

Особистісні характеристики (шкали опитувальника WIPPF)	Кількість	Середнє до експерименту	Середнє після експерименту
Ввічливість	8	10,00	8,50
Відкритість	8	5,50	7,50
Вірність	8	10,63	8,63
Контакти	8	5,88	8,39
Тіло/відчуття	8	11,00	10,10
Фантазії/майбутнє	8	10,75	10,05
Я батько	8	5,75	6,88
Я інші	8	5,13	7,02
Пра Ми	8	6,38	7,42

Таким чином, можна констатувати зміни в ряді особистісних характеристик батьків з типом ставлення «Примусова соціалізація», які є предикторами адаптивного ставлення до дитини з діагнозом РАС. Зокрема, знизилися показники таких актуальних здібностей як *ввічливість* та *вірність* (вона відсутня в списку предикторів), підвищилися показники відкритості, а також первинної здібності *контакти* (вони увійшли в нормативний діапазон значень).

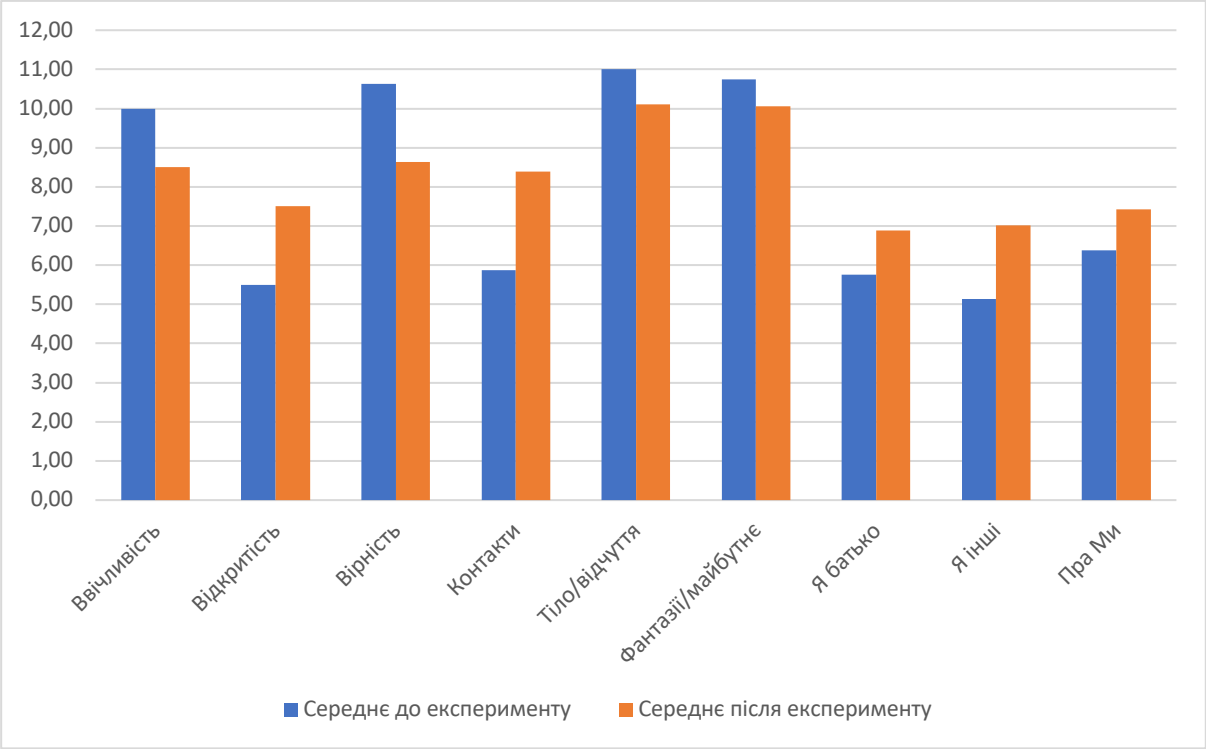


Рис.3.1. Середні значення вибраних показників батьків з типом ставлення «Примусова соціалізація» до та після тренінгу

Послабилися реакції на конфлікт за типами «тіло/відчуття» та «фантазії/майбутнє», однак вони ще знаходяться в зоні дезадаптивних варіантів прояву. В сферах основних моделей наслідування, що відображають ставлення до батьківства, інших людей, майбутнього та сенсів життя виявлено зростання показників, які відображають адаптивний варіант батьківського ставлення до дитини з РАС.

Результати розрахунку за критерієм Вілкоксона за всіма показниками для батьків, які мали тип ставлення «Відкидання діагнозу», показані у таблиці Л.2 додатку Л. У таблиці 3.9 показаний розрахунок за критерієм Вілкоксона тільки для тих показників, для яких були виявлені статистично значимі відмінності ($p \leq 0.01$).

Таблиця 3.9

Відмінності в показниках актуальних здібностей, способу конфлікту та моделей наслідування батьків з типом ставлення «Відкидання діагнозу» (критерій Вілкоксона)

Особистісні характеристики (шкали опитувальника WIPPF)	Z	Асимптотична значимість (2-двобічна)
Вірність	-2,949	.003
Контакти	-3,640	.000
Довіра	-2,949	.003
Діяльність	-3,191	.001
Контакти (сфера)	-3,235	.000
Я інші	-2,879	.004
Пра Ми	-3,320	.000

У таблиці 3.10 та на рисунку 3.2. показані середні значення вибраних показників батьків, які мали тип ставлення «Відкидання діагнозу», до та після проведення формувального експерименту.

Таблиця 3.10

Середні значення показників актуальних здібностей, способу конфлікту та моделей наслідування батьків з типом ставлення «Відкидання діагнозу» до та після тренінгу

Особистісні характеристики (шкали опитувальника WIPPF)	Кількість	Середнє до експерименту	Середнє після експерименту
1. Вірність	17	9,41	9,41
2. Контакти	17	5,00	7,10
3. Довіра	17	10,29	9,22
4. Діяльність	17	7,41	9,55
5. Контакти (сфера)	17	7,29	9,57
24. Я інші	17	6,47	8,33
6. Пра Ми	17	5,76	7,46

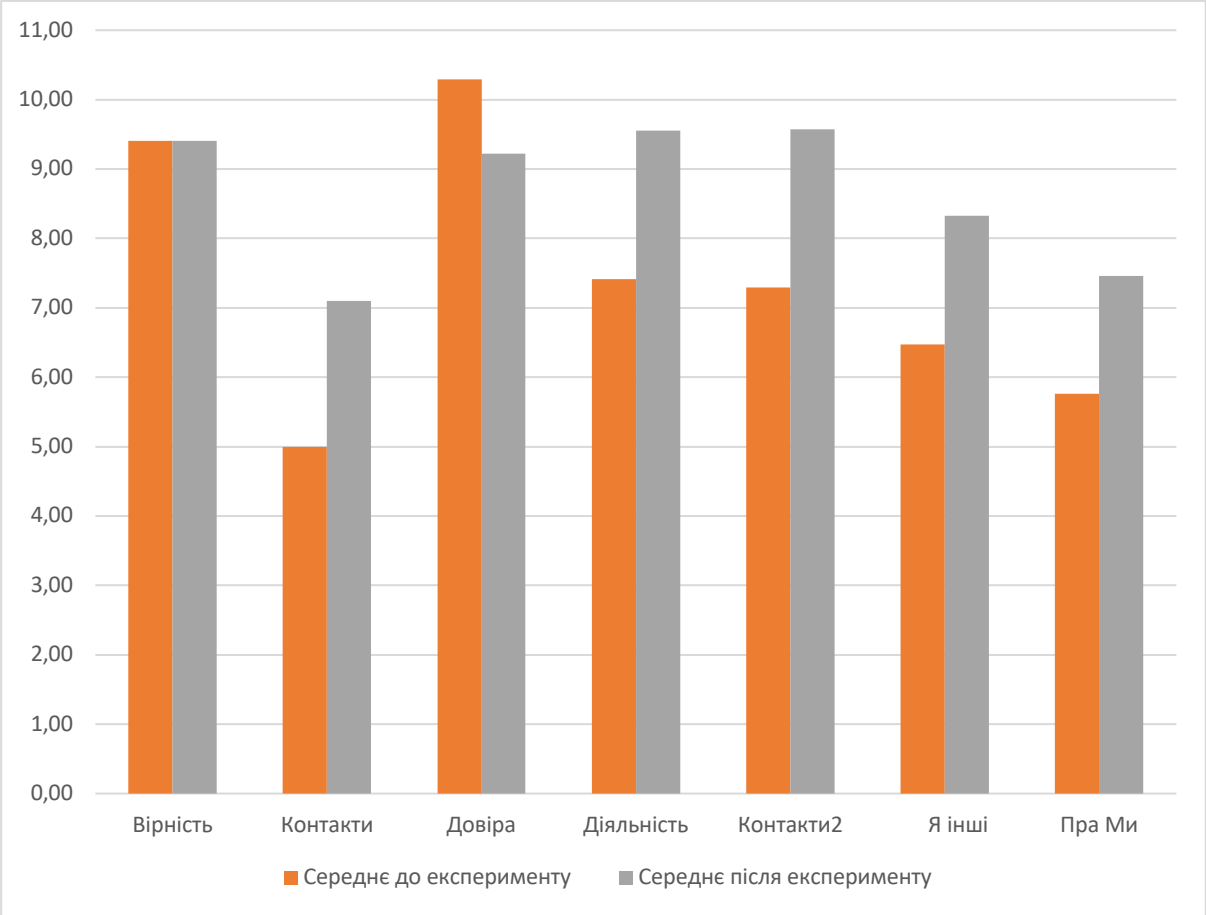


Рис. 3.2. Середні значення вибраних показників батьків з типом ставлення «Відкидання діагнозу» до та після тренінгу

Як бачимо, у батьків, які ставляться до своїх дітей РАС за типом «Відкидання діагнозу» в нормативний діапазон значень увійшли вторинна актуальна здібність *вірність* (знизилася), первинні актуальні здібності *довіра* (зафіксоване зниження показників) та *контакти* (рівень вираженості зріс). Важливою тенденцією, що свідчить про поступове вироблення адаптивного стилю ставлення до дитини є збільшення показників реакції на конфлікт в сфері «діяльності» і «контактів» без виходу за межі нормативного діапазону. Також є статистично достовірні відмінності, що засвідчують позитивні зміни в ставленні до інших людей, в світогляді та поглядах на майбутнє.

Отримані статистичні дані дають підстави стверджувати про появу адаптивних тенденцій в ставленні батьків до своєї дитини у зв’язку з

особливостями, зумовленими діагнозом РАС. Вони зокрема проявляються зменшенні ригідності, впертості та жорстокого дотримування прийнятих установок на користь більш гнучкої позиції, що передбачає прийняття інших точок зору, варіантів та способі дій залежно від умов актуальної ситуації. Зміни показника *вірність* з надмірного рівня до нормативного вказує на зниження ригідності, упертості, надмірної фіксації на дотриманні прийнятих установок. Ціла низка змін свідчить про покращення здатності батьків взаємодіяти з іншими людьми, зокрема своїм дітьми та фахівцями, встановлювати з ними теплі, дружні, довірчі стосунки. Так, підвищення рівня вираженості первинної актуальної здібності *контакти* вказує на покращення здатності встановлювати та підтримувати контакти з іншими людьми, зменшення сором'язливості, невпевненості або напруженості у спілкуванні; зростання *відкритості* та зменшення *ввічливості* свідчить про послаблення ключового конфлікту та збалансованість цих вторинних здібностей, розвиток здатності відкрито і коректно висловлювати власну думку з приводу тих чи інших питань. Це, в свою чергу, зменшує емоційну напругу батьків, зумовлену фрустрацією важливих потреб та необхідністю стримування власних агресивних імпульсів. Зниження надмірної вираженості *довіри* до нормативного рівня може вказувати на появу здатності до реалістичного бачення життєвої ситуації, відмови від уникнення як стратегії захисту від болючих переживань, наївної віри в те, що все само собою зміниться або ж хтось прийде і вирішить проблеми, пов’язані з діагнозом дитини. Разом з тим, оптимальні показники довіри – це запорука довіри до себе, свого досвіду, а отже, до своєї дитини.

Покращення ставлення до батьків та інших близьких людей також сприяє налагодженню позитивних, теплих стосунків. Зниження кількості реакцій на конфлікт за типами «тіло/відчуття» та «фантазії/майбутнє» та зростання реакцій за типами «діяльність» і «контакти» вказує на зменшення пасивності батьків у складній життєвій ситуації, відмову, до певної міри, від

поринання у світ фантазій, безплідних мрій на користь активній діяльнісній позиції, а також на бажання взаємодіяти з іншими людьми заради вирішення проблеми. Така активна діяльнісна позиція підтримується більш оптимістичним поглядом на майбутнє.

Таким чином, висунута нами основна гіпотеза підтвердилася, за винятком аспекту покращення ставлення в сфері «Ти». Це дає підстави рекомендувати апробовану корекційну програму до використання в якості інструменту формування в батьків адаптивного типу ставлення до дитини, який базується на визнанні наявності у неї труднощів, пов'язаних з діагнозом розлад аутистичного спектру, усвідомленні необхідності спеціалізованої допомоги різних фахівців. Завдяки цьому батькам стало легше налагоджувати емоційний контакт з дітьми, краще розуміти їхні потреби та відмінності від нормотипових ровесників, підвищило рівень уваги, чуйності та доброзичливості до своїх дітей.

Такі зміни є запорукою конструктивної співпраці з фахівцями, залучення дітей до програм реабілітації та їх кращій інтеграції у соціальне середовище.

Висновки до III розділу

Розроблена корекційна тренінгова програма для батьків, чиїм дітям встановлено діагноз розлад аутистичного спектру, спрямована на формування адаптивного стилю ставлення до дитини через прийняття діагнозу, розвиток емоційного контакту з дитиною та побудову її нового образу як особистості, що має свої сильні та слабкі сторони *(positum)*.

Концептуальною основою тренінгу виступили принципи Позитивної та транскультуральної психотерапії: *positum* (прийняття унікальності дитини), принцип *надії* (опора на внутрішні ресурси) та принцип *балансу* (гармонізація життя у різних сферах).

Організація групової роботи ґрунтувалася на дотриманні конфіденційності, принципі «тут і тепер», конструктивного зворотного зв'язку та забезпеченні умов для рефлексії, що створювала безпечний простір для змін.

Критеріями ефективності програми були: зниження вираженості показників дезадаптивних форм ставлення до дитини з аутизмом («Примусова соціалізація» та «Відкидання діагнозу»), зокрема, покращення здатності батьків до емоційної регуляції, відкритості, контактності; формування позитивного ставлення сфері «Я-батько/мати», більш оптимістичного бачення майбутнього та нових сенсів батьківства («Пра-Ми»).

Результати формувального експерименту підтвердили статистично значущі позитивні зміни ($p \leq 0,01$, критерій Вілкоксона) у показниках батьків з обома дезадаптивними типами ставлення до дитини. Так, у батьків з типом «Примусова соціалізація» зафіксовано зниження надмірної ввічливості та вірності, підвищення відкритості та контактності, послаблення реакцій конфліктної ситуації в сферах «тіло/відчуття» та «фантазії/майбутнє»; зростання показників в моделях наслідування «Я-батько», «Я-інші», «Пра-Ми». У батьків з типом «Відкидання діагнозу» виявлено зниження надмірної вірності та довіри до нормативних меж, підвищення показників конфліктних реакцій в сферах «контакти» та «діяльність»; позитивні зміни в сферах «Я-батько», «Я-інші», «Пра-Ми».

В цілому, участь в програмі сприяла зменшенню ригідності, емоційної холодності та індиферентності батьків як проявів деазадаптивного типу ставлення до дитини, розвитку більшої гнучкості, відкритості та здатності до теплих довірливих стосунків з дитиною та фахівцями, що створює кращі умови для її реабілітації та успішної інтеграції в соціальне середовище.

Зміст третього розділу дисертації висвітлено в публікаціях:

1. Сторожук, О. (2022). Особливості психологічних захистів батьків дітей з аутистичними розладами. *Психологічний часопис*, *8*(5), 31–38. https://doi.org/10.31108/1.2022.8.5.3

2. Сторожук О.М. (2025). Формування продуктивних копінг-стратегій поведінки батьків дітей з розладами аутистичного спектра. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: збірник наукових праць, № 3 (68), Том 2,* 327–340. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-68-3-2-327-340

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів, отриманих у дисертаційному дослідженні, дозволило сформулювати такі підсумкові висновки:

1. Визначено теоретичні передумови вивчення дитячо-батьківських взаємин у сім'ях, що виховують дітей з РАС. На основі аналізу сучасних наукових підходів обґрунтовано розуміння батьківського ставлення як складної психологічної системи, що включає емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти і формується в умовах хронічного стресу, спричиненого особливостями психічного розвитку дитини. Показано, що аутизм дитини є не лише клінічним діагнозом, а й системоутворювальним чинником, який трансформує функціонування всієї сімейної системи та актуалізує специфічні адаптаційні й дезадаптаційні механізми у батьків.

2. Обґрунтовано теоретико-методологічні засади емпіричного дослідження психологічних особливостей батьківського ставлення до дітей з РАС. Визначено принципи побудови дослідження (науковості, системності, оптимізації, адекватності та постійності), на основі яких сформовано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяє досліджувати як усвідомлювані, так і неусвідомлювані аспекти батьківської позиції. Доведено доцільність інтеграції методів вивчення копінг-стратегій, механізмів психологічного захисту та типів батьківського ставлення для отримання цілісної картини психологічного функціонування батьків.

3. Охарактеризовано соціально-демографічні особливості вибірки батьків, які виховують дітей з розладами аутистичного спектра. Встановлено, що основну частину вибірки становлять матері, що підтверджує тенденцію до нерівномірного розподілу батьківської відповідальності в сім'ях, які виховують дітей з порушеннями розвитку. Отримані дані дозволили обґрунтувати репрезентативність вибірки та забезпечити коректність подальших емпіричних узагальнень.

4. Проаналізовано особливості самозвітного ставлення батьків до дітей з РАС. Виявлено, що переважна більшість досліджуваних декларує прийняття та співпрацю з дитиною, однак ці результати не відображають реальної структури батьківського ставлення. Встановлено, що соціально бажані відповіді, захисні механізми заперечення та обмежена рефлексія власних переживань зумовлюють спотворення самозвітних оцінок, що підтверджує необхідність використання непрямих методів психологічної діагностики.

5. На основі факторного аналізу емпіричних даних виявлено шість типів батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра: примусова соціалізація, прийняття та піклування, співпраця, інфантилізація батьків, емоційний симбіоз та відторгнення хвороби. Встановлено, що розрахунковий розподіл типів батьківського ставлення суттєво відрізняється від емпіричного розподілу, отриманого за допомогою прямих відповідей, і характеризується значною часткою частково або повністю дезадаптивних стилів.

6. Визначено психологічні чинники, що зумовлюють формування та підтримання різних типів батьківського ставлення. Доведено, що адаптивні типи ставлення пов'язані з активними копінг-стратегіями, орієнтованими на вирішення проблеми, планування та позитивну переоцінку, тоді як неадаптивні стилі асоціюються з уникненням, регресією, запереченням, дистанціюванням і використанням неефективних захисних механізмів. Показано, що особистісні характеристики батьків відіграють провідну роль у формуванні стилю взаємодії з дитиною з РАС.

7. Проаналізовано адаптивність батьківського ставлення з точки зору готовності та здатності батьків включатися в процес реабілітації дитини, сприяти її соціалізації та розвитку автономії. Встановлено, що адаптивні стилі батьківського ставлення створюють психологічні умови для ефективної інклюзії дитини в суспільство, тоді як дезадаптивні стилі

підвищують ризик вторинних психологічних порушень і знижують ефективність корекційних та реабілітаційних заходів.

8. Результати дослідження підтверджують необхідність комплексного, індивідуалізованого та міждисциплінарного підходу до психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з РАС.

Розроблено та запроваджено програму психологічної корекції батьківського ставлення у сім'ях, що виховують дітей з РАС. Корекційна програма спрямована на підвищення психологічної адаптивності батьків, розвиток усвідомлення власних емоційних реакцій на хворобу дитини, зниження рівня батьківського стресу, корекцію дезадаптивних копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту, а також формування більш конструктивних і реалістичних форм батьківсько-дитячої взаємодії. Засобами позитивної психотерапії та психодинамічного підходу програма орієнтована на розвиток прийняття дитини, співпраці з нею, відповідального піклування, збереження психологічних ресурсів батьків і їх активного включення у процес реабілітації дитини.

Апробація програми психологічної корекції батьківського ставлення показала її ефективність та досягнення поставленої мети її впровадження, що сприяло зниженню проявів дезадаптивних типів батьківського ставлення (інфантилізація, емоційний симбіоз, відторгнення хвороби), актуалізації більш адаптивних форм взаємодії з дитиною (прийняття, співпраця, реалістичне піклування), а також розвитку зрілих копінг-стратегій і психологічних ресурсів батьків.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні динаміки батьківського ставлення на різних етапах онтогенезу дитини з РАС, аналізі гендерних і культурних відмінностей у переживанні батьківства, а також у розробці та апробації психокорекційних програм, спрямованих на підвищення адаптивності сімейного функціонування та якості життя сімей, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко, В. П., Ткаченко, В. П., & Попов, О. В. (2011). Формування репрезентативних вибірок для статистичних досліджень. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил, 2*(28), 87-90.
2. Андрушко, Я. (2013). Теоретико-психологічний аналіз проблеми механізмів захисту особистості. *Освіта регіону, 2*, 152-157. URL: https://social-science.uu.edu.ua/article/1053
3. Андрушко, Я. С. (2016). *Психологічні захисти в структурі професійної ідентичності майбутнього працівника органів внутрішніх справ: монографія*. Львів: ЛьвДУВС.
4. Боришевський, М. (1995). Сімейне виховання як гарант морального становлення особистості. *Початкова школа, 4,* 4-9.
5. Боришевський, М. Й. (1996). Психологічні механізми розвитку особистості. *Педагогіка і психологія, 3,* 26-32.
6. Бурлачук, Л. Ф., Лисенко, І. П., & Завязкіна, Н. В. (2021). Методологічні підходи визначення розладів аутистичного спектра в історичному контексті та на сучасному етапі. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права, 6*, 76-81. DOI: https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2021.6.12
7. Галян, О. І., & Борисенко, З. Т. (2019). Психологічні аспекти супроводу батьків дітей з особливими освітніми потребами. *Теорія і практика сучасної психології, 2*(2), 44-49. URL: http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2019/part_2/11.pdf
8. Гладун, Т. О. (2018). Розвиток соціальної компетентності батьків, які виховують дитину з розладами спектру аутизму: можливості кіномистецтва. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки, 1,* 56-62.

9. Глушенко, К. О. (2021). Психологічні труднощі батьків при народженні дитини із порушенням розвитку. 68-70. URL: https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/36913/Hlushenko_68-70.pdf?sequence=1

10. Горецька, О. В. (2013). Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами. *Освіта регіону, 2*(32), 289-295.

11. Гошовська, О. (2015). Сутнісна специфіка й диференціація психозахисних механізмів особистості. *Науковий вісник Мукачівського державного університету, Серія «Педагогіка та психологія», 2*(2), 155-160. URL: https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/87954.pdf

12. Дем'яненко, Б. Т. (2013). Механізми психологічного захисту та копінг-стратегії в теорії і практиці корекційної та психотерапевтичної допомоги. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, *24*, 282-288. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2013_24_62

13. Дем'яненко, Б. Т., & Гупіна Ю. В. (2014). Вивчення механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій у підлітків з розумовою відсталістю. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 28*, 269-272. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2014_28_58

14. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації (2023). Пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунової, Л. Засєкіної, О. Плевачук. Львів: Галицька Видавнича Спілка.

15. Дрозд Л.В., Падун В.С. (2022). Моделі та стилі виховання дітей з обмеженими психофізичними можливостями в сім'ї. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки». № 14-15,* 497-501.

16. Дурманенко, Є. (2021). Соціальна робота з дітьми з розладами аутистичного спек-тра. *Humanitas, 1,* 15-21.

17. Душка, А. Л. (2018). *Дитина з розладами аутистичного спектра*. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру».

18. Єсип, М. (2017). Відеоінтерактивний тренінг на допомогу сім'ям з дітьми з розладом спектру аутизму (РСА): психологічний погляд. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 6*(1), 191-196.

19. Злепко, С., Сергеева, В., Коваль, Л., & Азархов, О. (2009). Типологія захисних механізмів психічної адаптації та схильність до психічних розладів. *Медична інформатика та інженерія, 4,* 32-38.

20. Іванов, Р. (2020). Що таке аутизм. https://neuroflex.ua/blog/what-is-autism-spectrum-disorder/

21. Карпенко Є. (2015). *Основи психотренінгу.* Дрогобич.

22. Кирпенко, Т. М. (2010). Теоретичний аналіз проблеми дослідження механізмів психологічного захисту підлітків. *Актуальні проблеми психології: Етнічна психологія. Історична психологія. Психолінгвістика*, *9*(5), 156-161.

23. Кові С.Р. (2012). *7 звичок надзвичайно ефективних людей. Потужні інструменти розвитку особистості*. Харків. Видавництво КСД.

24. Козак, Л. (2022). Сімейне виховання дітей з розладами аутичного спектру в умовах інклюзивного навчання. II Всеукраїнська міждисциплінарна науково-практична конференція *«Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат»* (20.10.2022 р.)

25. Кондратюк, С. М., Лінкевич, І. В. (2016). Сімейне виховання як важлива умова формування особистості дитини. *Науковий вісник Херсонського державного університету, 2*(1), 75-78.

26. Крамченкова, В. (2022). Батьківське ставлення як чинник «Я-концепції» підлітка. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. Вип. 66. 109-126. https://doi.org/10.34142/23129387.2022.66.07

27. Кукуруза, Г. В. (2013). *Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку : монографія*. Харків : Точка.

28. Купрєєва, О. І. (2011). Соціально-психологічий тренінг як технологія психологічного супроводу процесу адаптації студентів-першокурсників. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами, 8*, 158-167

29. Макаренко, О. М., Голубєва, М. О., & Джугля, І. О. (2017). Психологічні особливості батьківського ставлення до дітей із особливими потребами. *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал*, *1*(2), 107-110.

30. Мельник А.П. Типи батьківського ставлення до дітей з особливими потребами. *Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології*. Луцьк, 2018. С. 178-180.

31. Мушкевич, М. І. (2012). Типи батьківського ставлення у сім'ях, які виховують проблемних дітей. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету,* *2*(105), 21-24. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/1332/3/Mushkev.pdf

32. НАІУ. Діти із РАС та їх батьки — всі вони потребують підтримки. 2020 https://naiu.org.ua/dity-iz-ras-ta-yih-batky-vsi-vony-potrebuyut-pidtrymky/

33. Найдьонова Г., Унінець І. (2023). Притчі як транскультуральний інструмент для роботи психолога із запитами батьків дітей з аномаліями розвитку. *The Global Psychotherapist, 3(1),* 93-97. DOI: 10.52982/lkj186

34. Населення України. Вікіпедія. https://uk.wikipedia.org/wiki/Населення_України

35. Никоненко І.О. *Особистісні чинники формування копінг-стратегій лікарів-хірургів* : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2017. 200 с.

36. Островська, К. О. (2005). Психологічні особливості ставлення матерів до їхніх здорових дітей та дітей з обмеженими можливостями. *Науковий*

часопис. Спеціальна психологія. 213-220. URL: https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/16471/Ostrovska.pdf;jsessionid=666C6B6D1E664FD5F920C920A8C0FDD4?sequence=1

37. Островська, К. О. (2006). *Аутизм: проблеми психологічної допомоги*. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.

38. Островська, К. О. (2013). *Психологічні основи формування соціальних компетенцій дітей з аутистичними порушеннями.* Автореф. дисертації на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.08 – спеціальна психологія. Київ: Національний педагогічний університет імені М.П.Драгоманова, Міністерство освіти і науки України.

39. Островська, К., Химко, М., & Кудрявцева, Ю. (2007). *Особливості абілітації дітей з аутизмом та їх родин.* Львів: «Тріада плюс».

40. Пасічняк Р. (2024). Невизначена втрата в контексті емоційного досвіду батьків дітей з розладами аутистичного спектру. *Психологічний часопис, 10(4),* 7-18/ DOI.org/10.31108/1.2024.10.4.1.

41. Пітик, О. М. (2017). Інтрапсихічна адаптація в пацієнтів із непсихотичними психічними розладами, хворих на гіпотиреоз. *Клінічна та експериментальна патологія.* Т. 16, № 3(2), 67. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kep_2017_16_3%282%29__58

42. Процик, Л. С. (2018). *Особливості реалізації механізмів психологічного захисту інтелектуально обдарованими підлітками*. Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. психол. наук. 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. Київ. Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, Міністерство освіти і науки України.

43. Прядко, М. І. (2021). *Корекція психомоторного розвитку дітей з розладами аутистичного спектру засобами фізичного виховання*: дис. … канд. пед. наук, 13.00.03 – корекційна педагогіка, Київ: Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова.

44. Рибак, О. А. (2015). Теоретичний аналіз проблеми виховання дитини в сім'ї батьків з інвалідністю. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 29,* 78-83.

45. Рибченко, Л. К. (2014). Психологічна та соціальна адаптація дітей з аутизмом. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 26*, 387-392

46. Риндер І. Д. (2012). Модель психомоторного розвитку дітей з розладами аутичного спектра. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, Т.1, № 3.* С. 247–257

47. Рисинець, Т. П. (2012). Етимологія категорій «механізми психологічного захисту» та «копінг-стратегії». *Вісник НТУУ«КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка*, *1*(34), 119-123. URL: https://ela.kpi.ua/handle/123456789/8461

48. Сердюк Л.З. (2022). Вісбаденський опитувальник позитивної терапії і сімейної терапії (WIPPF 2.0) Н. Пезешкіана для діагностики внутрішніх ресурсів особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія, № 3-4 (27),* 130-141. https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.13

49. Сердюк Л.З., Сторожук О.М. (2025). Захисні стратегії батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра. *Habitus. Вип. 73, 358–364.* https://doi.org/10.32782/2663-5208. 2025.73.63

50. Сердюк, Л. З. (2012). *Психологія мотивації учіння майбутніх фахівців: системно-синергетичний підхід:* монографія. Київ: Університет «Україна».

51. Скрипник, Т. В. (2010). *Феноменологія аутизму*: Монографія. Київ: Видавництво «Фенікс». URL: https://core.ac.uk/download/pdf/32308393.pdf

52. Скрипник, Т. В. (2013). Концепція навчання та розвитку дітей із розладами аутичного спектра. *Дефектологія науково-методичний журнал, 2*(66), 7-11.

53. Степаненко, Л. В (2021). Порівняльний аналіз копінг-захисних механізмів психологів у різних стресових ситуаціях. *Науковий вісник Ужгородського національного університету, 4,* 17-21. DOI https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.3

54. Столярик, О., Семигіна, Т. (2022). *Соціальна робота із сім'ями, які виховують дітей з аутизмом*: інтервенція з розвитку сильних сторін : Монографія. Таллінн: Teadmus. URL: https://www.researchgate.net/publication/363691319_Socialna_robota_iz_sim'ami_aki_vihovuut_ditej_z_autizmom_intervencia_z_rozvitku_silnih_storin

55. Сторожук О. М. (2022). Концепції розуміння психологічних захистів батьків, які мають дітей з розладами аутистичного спектра. *The 10 th International scientific and practical conference "Innovations and prospects of world science"*(May 25-27, 2022) Perfect Publishing, Vancouver, Canada, 639-645.URL: https://sci-conf.com.ua/x-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-innovations-and-prospects-of-world-science-25-27-maya-2022-goda-vankuver-kanada-arhiv/.

56. Сторожук О.М. Особливості дитячо-батьківських взаємин у сім'ях, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра . *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. V. Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія, Вип. 19*, 237-245. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v5/i19/22.pdf

57. Сторожук О.М. (2018). Теоретичний аналіз проблеми особливостей батьківського ставлення до дітей з розладами аутистичного спектра. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. VI, Психологія обдарованості, Вип. 14*, 403–412. URL: http://www.appsychology.org.ua/data/jrn/v6/i14/49.pdf

58. Сторожук О.М. (2025). Формування продуктивних копінг-стратегій поведінки батьків дітей з розладами аутистичного спектра. *Теоретичні і*

прикладні проблеми психології та соціальної роботи: збірник наукових праць, № 3 (68), Том 2, 327–340. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-68-3-2-327-340

59. Сторожук О.М. Клініко-психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектра. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. IX, Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія, Вип. 12*, 550–556. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i12/54.pdf

60. Сторожук, О. (2022). Особливості психологічних захистів батьків дітей з аутистичними розладами. *Психологічний часопис*, *8*(5), 31–38. https://doi.org/10.31108/1.2022.8.5.3

61. Сухіна, І. В. (2014). Родинно-орієнтований підхід у контексті комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, 5,* 182–192.

62. Сухіна, І., Риндер, І., & Скрипник, Т. (2017). *Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом:* посібник. Київ-Чернівці: «Букрек».URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/26146/1/T_Skrypnyk_PMRVDA_KSPKIO.pdf

63. Танасієнко, О. В. (2018). Аутизм, сім'я, суспільство: роздуми напередодні одногоблагодійного проекту. *Сімейна політика в Україні: проблеми і перспективи розвитку*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України.

64. Тітаренко, Д. С. (2009). Захисні механізми психіки людини. *Електронний репозитарій Національного університету цивільного захисту України* URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/2561

65. Федоришин Г.М. (2015). Народження дитини з відхиленнями в розвитку як ненормативна криза сім'ї. *Молодий вчений, №5 (20),* Частина 4, 91–94.

66. Фоміна, М. (2020). Механізми психологічного захисту студентів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки,* 6, 129–133. DOI https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-19

67. Царькова, О. В. (2015). Психологічний клімат у родині як основний чинник становлення особистості дитини з психофізіологічними вадами. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Том X. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. Вип. 27,* 607–616.

68. Циганенко, Г., & Шкуратенюк, Г. (2014). Стилі батьківського ставлення: що може стати бар'єром у розвитку особистості дитини молодшого шкільного віку? *Вісник Інституту розвитку дитини, 33*, 153–161. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vird_2014_33_26

69. Чиханцова О. А. (2021). *Психологія становлення життєстійкості особистості.* Дис. … доктора психологічних наук. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Київ.

70. Чопик, Л. (2022). Особливості формування батьківських позицій щодо прийняття дитини з особливостями психофізичного розвитку. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія», 2,* 36-41. DOI https://doi.org/10.32782/academ-ped.psyh-2022-2.06

71. Чорей, Д. В., Романів, О. П., & Надь, Б. Я. (2018). Особливості психоемоційної сфери батьків, що виховують дитину з розладами аутистичного спектру. Матеріали учасників конференції. *Україна. Здоров'я нації, 3*/1 (51), 64-65.

72. Чуприков А. П., Хворова Г. М. *Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога.* Львів, 2012. 184 с.

73. Шебанова В.І. (2012). Проблематика механізмів психологічного захисту. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки,* 37, 246-249.

74. Шевченко, В. & Оганян, А. (2016). Взаємозв'язок захисних механізмів психіки та форм агресивної поведінки. *Науковий вісник мну імені В.О. Сухомлинського. Психологічні науки,* 1(16), 235-239. http://mdu.edu.ua/wp-content/uploads/psihol-visnik-16-2015-43.pdf

75. Шулдик, Г.О. (2017). Механізми психологічних захистів у студентів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки».* Випуск 2, Т.2. 127-131. https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/7466/1/ShuldikGO%20.pdf

76. Шульженко Д.І. *Основи психологічної корекції дітей з аутистичними порушеннями : монографія.* Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009.

77. Яблуновська, Л. С. (2019). Понятійний апарат аналізу формування системи соціальної роботи з дітьми-аутистами. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Соціальна робота, 2,* 247-251.

78. Яценко, Т. С. (1996). *Психологічні основи групової психокорекції:* навч. посібник. Київ: Либідь.

79. Яценко, Т.С. (2004). *Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання*: навчальний посібник. Київ: Вища школа.

80. Abbate-Daga G, Amianto F, Delsedime N, De-Bacco C, Fassino S. (2013). *Resistance to treatment and change in anorexia nervosa [corrected]: a clinical overview*. BMC Psychiatry.

81. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

82. Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

83. Asperger H. Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. Archw fir Psychiatrie und Neruenkrankheiten. 1944. No. 117. P. 76–136.

84. Bailey R, Pico J. Defense Mechanisms. [Updated 2023 May 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559106/

85. Bailey, D. B., Golden, R. N., Roberts, J., & Ford, A. (2007). Maternal depression and developmental disability: Research critique. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*(4), 321–329. https://doi.org/10.1002/mrdd.20172

86. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

87. Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.

88. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition, 21*(1), 37–46. https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8

89. Bauman, M. L., & Kemper, T. L. (Eds.). (2005). *The neurobiology of autism* (2nd ed.). Johns Hopkins University Press.

90. Baumrind, D. (1992). Parenting styles and adolescent development. *Encyclopedia of adolescence.* V. 2. N. Y., 746-758.

91. Benson, P. R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*(5), 685–695. https://doi.org/10.1007/s10803-006-0112-3

92. Benson, P.R., & Karlof, K.L. (2009). Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*(2), 350–362. https://doi.org/10.1007/s10803-008-0632-0

93. Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self.* The Free Press, New York.

94. Boss, P. (2007). Ambiguous Loss Theory: Challenges for Scholars and Practitioners. Family Relations, 56(2), 105–111. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00444.

95. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. London: Hogarth Press.

96. Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York: Basic Books.

97. Brody S, Costa RM. (2020). Rationalization is a suboptimal defense mechanism associated with clinical and forensic problems. *Behav Brain Sci,* Apr 15;43:e31. https://doi.org/10.1017/S0140525X19002073

98. Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., … Glaser, K. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(9), 879–888. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.06.017

99. Cherry, K. (2022). How Defense Mechanisms Help You Cope With Anxiety. *Verywell mind.* https://www.verywellmind.com/defense-mechanisms-2795960#citation-8

100. Cohrs, A. C., & Leslie, D. L. (2017). Depression in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder: A claims-based analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*, 1416–1422. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3063-7

101. Corey, G. (2008). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. (8th ed.). USA: Brooks/Cole.

102. Courchesne, E., Pierce, K., Schumann, C. M., Redcay, E., Buckwalter, J. A., Kennedy, D. P., & Morgan, J. (2007). Mapping early brain development in autism. *Neuron*, *56*(2), 399-413.

103. Craig F., Operto F.F., De Giacomo A., Margari L., Frolli A., Conson M., Ivagnes S., Monaco M., Margari F. Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. Psychiatry Res. 2016;242:121–129. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.016.

104. Cramer, P. (1991). The development of defense mechanisms: Theory, research, and assessment. *Journal of Personality, 59*(3), 597–618. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00254.x

105. Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality, 66*(6), 919–946. https://doi.org/10.1111/1467-6494.00037

106. Cramer, P. (2015). Understanding defense mechanisms. *Psychodyn Psychiatry*, 43(4), 523-552. doi:10.1521/pdps.2015.43.4.523

107. Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*(3), 266–280. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x

108. Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., … Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics, 125*(1), e17–e23. https://doi.org/10.1542/peds.2009-0958

109. Di Salvo, M. (2024). Genetic Research on Autism: From the "Autism Gene" to the "Genetic Susceptibility Base". *Autism Research between Psychology and Neuroscience: From Leo Kanner to New Frontiers*, 241-261. Cham: Springer Nature Switzerland.

110. Donnellan, A. M. (1985). Classic readings in autism. New York, NY: Teachers College Press.

111. Dykens, E.M., Fisher, M.H., Taylor, J.L., Lambert, W., Miodrag, N. (2014). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. *Pediatrics, 134(2),* 454-463. https://doi: 10.1542/peds.2013-3164.

112. Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain & Development, 35*(2), 133–138. https://doi.org/10.1016/j.braindev.2012.10.004

113. Fairthorne, J., de Klerk, N., & Leonard, H. (2015). Health of mothers of children with intellectual disability or autism spectrum disorder: A review. *Journal of Autism and Developmental Disorders,3* DOI: https://doi.org/10.18103/mra.v0i3.204

114. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-231. Doi:10.2307/2136617

115. Freud, A. (1993) (reprinted). *The Ego and the mechanisms of Defence.* London: Karnac Books.

116. Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma* (2nd ed.). Oxford: Wiley.

117. Gordiienko-Mytrofanova, I., Pidchasov, Ye., Sauta, S., & Kobzieva, I. (2018). The Problem of Sample Representativeness For Conducting Experimental and Broad Psychological Research. *Psycholinguistics*, *23*(1), 11-46. https://doi.org/10.5281/zenodo.1212360

118. Grande, D. (2023). Defense Mechanisms: Definition, Types, & Examples. *Choosing Therapy*. https://www.choosingtherapy.com/defense-mechanisms/

119. Haan, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization.* New York: Academic Press.

120. Hair, J. F., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Black, W. C. (2019). Multivariate Data Analysis (8th ed.). England: Pearson Prentice.

121. Happé, F. (1994). *Autism: An introduction to psychological theory.* London: Psychology Press. DOI: https://doi.org/10.4324/9780203014226

122. Happé, F., Ronald, A., & Plomin, R. (2006). Time to give up on a single explanation for autism. *Nature Neuroscience, 9*(10), 1218–1220. https://doi.org/10.1038/nn1770

123. Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation, 107*(3), 222–232. https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2

124. Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*(3), 327–336. https://doi.org/10.1023/A:1010799320795

125. Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(3), 629–642. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y

126. Helland, W. A., & Helland, T. (2017). Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment. *Research in Developmental Disabilities, 70,* 33-39. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.08.009

127. Hertz-Picciotto, I., & Delwiche, L. (2009). The rise in autism and the role of age at diagnosis. *Epidemiology*, *20*(1), 84-90.

128. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513–524. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513

129. Hobson, R. P. (1995). *Autism and the Development of Mind*. London: Routledge. DOIhttps://doi.org/10.4324/9780203765272

130. Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24*(3), 178–187. https://doi.org/10.1177/1088357609338715

131. Ilias, K., Cornish, K., Park, M. S. A., Toran, H., & Golden, K. J. (2019). Risk and Resilience Among Mothers and Fathers of Primary School Age Children With ASD in Malaysia: A Qualitative Constructive Grounded Theory Approach. *Front. Psychol,* 9:2275. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02275.

132. Ivanova, V. (2024). The possibilities of Positive Psychotherapy to help children with autism (ASD) and their families. *The Global Psychotherapist, Vol. 4(2),* 129-132. DOI: 10.52982/lkj240

133. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*, 217–250.

134. Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*(3), 247–277. https://doi.org/10.1007/s10567-012-0119-6

135. Kelland, M. (2017). *Personality Theory.* OER Commons. Retrieved October 22, 2023, from https://oercommons.org/authoring/22859-personality-theory.

136. Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. (2014). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor & Francis.

137. Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis, 27*, 99–110.

138. Knapp, M., Romeo, R., & Beecham, J. (2009). Economic cost of autism in the UK. *Autism,13*(3), 3173-36.

139. Krotenko, V., & Naydonova, G. (2023). Metaphor in psychological counselling for ukrainians with children with abnormal development, who fled from war. The global psychotherapist, Jan. 2023, 3(1), 106–115, ,https://doi.org/10.36690/2674-52162022-3-106.

140. Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. Routledge.

141. Lai W.W., Goh T.J., Oei T.P.S., Sung M. (2015). Coping and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD) *J. Autism Dev. Disord., 45*, 2582–2593. doi: 10.1007/s10803-015-2430-9.

142. Lai, W.W., Goh, T.J., Oei, T.P., & Sung, M. (2015). Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*, 2582–2593. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2430-9

143. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991). The Concept of Coping. In: Monat, A. and Lazarus, R.S., Eds., Stress and Coping: An Anthology, Columbia University Press, New York, 189-206.

144. Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet, 392*(10146), 508–520. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2

145. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (2002). *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

146. Macdonald K, Thomas ML, Sciolla AF, et al. Minimization of childhood maltreatment is common and consequential: Results from a large, multinational sample using the childhood trauma questionnaire. PLoS ONE. 2016;11(1):e0146058. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146058

147. Maricutoiu L.P. Crasovan D.I. (2016). Coping and defence mechanisms: What are we assessing? *International Journal of Psychology, 51 (2),* 83-92. DOI: 10.1002/ijop.12113

148. McStay, R. L., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2015). Stress and family quality of life in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*, 3101–3113. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2471-0

149. McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process, Second Edition*. New York, NY: The Guilford Press.

150. Meadan, H., Halle, J. W., & Ebata, A. T. (2010). Families with children who have autismspectrum disorders: Stress and support. *Exceptional Children, 77*(1), 7-36.

151. Miranda, A., Mira, A., Berenguer, C., Rosello, B., & Baixauli, I. (2019). Parenting Stress in Mothers of Children With Autism Without Intellectual Disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies. *Front. Psychol. 10,* 464. doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00464

152. Modabbernia, A., Velthorst, E., & Reichenberg, A. (2017). Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular autism*, *8*, 1-16.

153. Mundy, P., & Neal, A. R. (2000). Neural Plasticity, Joint Attention, and a Transactional Social-Orienting Model of Autism. *International Review of Research in Mental Retardation, 23,* 139-168.

154. O'Brien, M. (2007). Ambiguous loss in families of children with autism spectrum disorders. Family relations, 56(2), 135-146.

155. Orlova, N. (2019). Розуміння генетичної природи деяких психічних розладів. Синдром делеції 1q21.1 хромосоми. Скорочений огляд. *Психосоматична медицина та загальна практика*, *4*(4), e0404217. https://doi.org/10.26766/pmgp.v4i3-4.217

156. Osborne, L. A., & Reed, P. (2009). The relationship between parenting stress and behavior problems of children with autism spectrum disorders. *Exceptional Children, 76*(1), 54–73. https://doi.org/10.1177/001440290907600103

157. Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32*(7), 1081–1105. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00351.x

158. Parekh MA, Majeed H, Khan TR, Khan AB, Khalid S, Khwaja NM, Khalid R, Khan MA, Rizqui IM, Jehan I. Ego defense mechanisms in Pakistani medical students: a cross sectional analysis. BMC Psychiatry.

159. Peseschkian, N. (1987). *Positive psychotherapy: Theory and practice of a new method*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-71518-4

160. Peseschkian, N. (2016). Oriental Stories as Techniques in Positive Psychotherapy. AuthorHouseUK. 202 p.

161. Peseschkian, N., & Tritt, K. (1998). *Wiesbaden Inventory for Positive and Family Psychotherapy (WIPPF).* Wiesbaden: Medical University Press.

162. Pisula, E., & Kossakowska, Z. (2010). Sense of coherence and coping with stress among mothers and fathers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(12), 1485–1494. https://doi.org/10.1007/s10803-010-1001-3

163. Plutchik, R., Kellermann, H., & Conte, H. R. (1979). A structural theory of ego defences and emotions. Isard C. E. (ed.) Emotions in personality and psychopathology. (pp. 229-257). N. Y.: Plenum.

164. Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*, 1609–1620. https://doi.org/10.1007/s10803-013-2028-z

165. Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1609–1620. https://doi.org/10.1007/s10803-013-2028-z

166. Robertson, J. and Bowlby, J. (1952) Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier de la Centre International de l'Enfance, 2,* 131-142.

167. Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement.* New York: Guilford.

168. Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*, 8-38. DOI: https://doi.org/10.1080/15374410701817808

169. Rogers, S. J., Vismara, L., Wagner, A. L., McCormick, C., Young, G., Ozonoff, S. (2014). Autism treatment in the first year of life: a pilot study of infant start, a parent-implemented intervention for symptomatic infants. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 2981-2995. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-014-2202-y.

170. Rubenstein, J. L. R., & Merzenich, M. M. (2003). Model of autism: increased ratio of excitation/inhibition in key neural systems. *Genes, Brain and Behavior*, *2*(5), 255-267.

171. Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 8*(2), 139–161. https://doi.org/10.1007/BF01537863

172. Rutter, M. (2005). Incidence of autism spectrum disorders: Changes over time and their meaning. *Acta Paediatrica, 94*(1), 2–15. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01779.x

173. Serdiuk, L. & Otenko, S. (2021). The Ukrainian-Language Adaptation for Wiesbaden Inventory for Positive Psychotherapy and Family Therapy (WIPPF). *The Global Psychotherapist, 1*(1), 11-14.

174. Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Seltzer, M. M. (2012). Social support and well-being at mid-life among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(9), 1818–1826. https://doi.org/10.1007/s10803-011-1420-9

175. Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 2*, 313–342.

176. Stroebe, M. S., & Schut, H. (2008). The dual process model of coping with bereavement: Overview and update. *Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement*, *11*(1), 4-10.

177. Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 44-50. https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.44

178. Volkmar, F. R., & McPartland, J. C. (2014). *From Kanner to DSM-5: Autism as an evolving diagnostic concept*. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 193–212. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153710

179. Volkmar, F. R., & Wiesner, L. A. (2009). *A practical guide to autism*. Hoboken, NJ: Wiley.

180. Wang, G. Z., Belgard, T. G., Mao, D., Chen, L., Berto, S., Preuss, T. M., ... & Konopka, G. (2015). Correspondence between resting-state activity and brain gene expression. *Neuron*, *88*(4), 659-666.

181. Waqas A, Rehman A, Malik A, Muhammad U, Khan S, Mahmood N. (2015). Association of ego defense mechanisms with academic performance, anxiety and depression in medical students: A mixed methods study. *Cureus,* 7(9), e337. doi:10.7759/cureus.337

182. Weiss, J. A., & Lunsky, Y. (2011). The brief family distress scale: A measure of crisis in caregivers of individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child and Family Studies, 20*(4), 521–528. https://doi.org/10.1007/s10826-010-9419-y

183. Welsh, M. C., Pennington, B. F., & Grossier, P. B. (1991). A normative-developmental study of executive function. *Developmental Neuropsychology, 7*, 131-149.

184. Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine, 11*(1), 115–129. https://doi.org/10.1017/S0033291700053332

185. Winnicott, D. W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. International Universities Press.

186. Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer publishing Company.

187. Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Kasari, C., Carter, A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Smith Roley, S., Wagner, S., Fein, D., Pierce, K., Buie, T., Davis, P. A., Newschaffer, C., Robins, D., Wetherby, A., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R. L., … Natowicz, M. R. (2015). Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics, 136*(1), 60-81. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667E

ДОДАТКИ

Додаток А

Кореляційний аналіз копінг-стратегій та механізмів захисту, батьками дітей з РАС

	Витіснення	**Регресія**	**Заміщення**	**Заперечення**	**Проекція**	**Компенсація**	**Гіперкомпенсація**	**Раціоналізація**
Конфронтаційний копінг	,105	,186	**,336****	-,021	,043	**,277****	,076	,071
Дистанціювання	-,024	**,312****	**,424****	,118	,133	,229*	,162	,085
Самоконтроль	,020	,254*	,226*	,007	**,387****	**,336****	**,263****	**,283****
Пошук соціальної підтримки	,047	-,035	-,001	**,270****	-,157	-,064	-,167	,069
Прийняття відповідальності	,222*	**,379****	**,300****	,031	,238*	,210*	,170	,059
Втеча-уникнення	,248*	**,559****	**,565****	-,067	**,335****	**,276****	,215*	-,121
Планування вирішення проблеми	,065	-,103	-,064	,143	-,113	,064	,021	**,264****
Позитивна переоцінка	-,083	-,059	-,143	,203	-,122	-,009	-,048	,082

Додаток Б

Кореляційний аналіз між факторами батьківського ставлення та особистісними характеристиками, описаними у WIPPF

	Примусова соціалізація	Прийняття і піклування	Співпраця	Інфантилізація батьків	Емоційний симбіоз	Відторгнення хвороби
1.Акуратність	,221*	**,521****	,011	,165	,082	-,119
2.Охайність	**,276****	**,522****	,067	,095	,103	-,073
3.Пунктуальність	**,311****	**,496****	,013	,245*	,036	,195
4.Ввічлівість	**,277****	**,452****	,064	**,341****	**,274****	,055
5.Відкритість	-,025	,261*	**,273****	,057	,178	-,129
6.Старанність	**,304****	**,433****	,080	**,321****	,088	,089
7.Обов'язковість	,199	**,499****	,143	**,279****	,080	,009
8.Ощадливість	,146	**,370****	-,220*	,096	,119	-,090
9.Слухняність	,054	**,478****	,007	,145	**,289****	-,003
10.Справедливість	,195	**,395****	,205*	**,322****	,062	,058
11.Вірність	,151	**,317****	,074	,137	,020	-,099
12.Терпіння	,011	,225*	,197	-,043	**,295****	-,097
13.Час	-,085	,106	,124	-,093	,257*	-,226*
14.Контакти	-,156	-,022	,166	-,117	**,419****	-,227*
15.Довіра	-,061	,093	,120	,065	**,366****	-,029
16.Надія	,030	,239*	**,445****	,059	**,305****	-,113
17.Ніжність/ сексуальність	,079	,131	**,275****	,028	,167	-,167
18.Любов	-,256*	-,176	**,304****	-,184	,213*	-,142
19.Віра/сенс/ релігія	,090	,195	,053	-,004	,067	,032
20.Тіло/відчуття	**,503****	**,412****	,038	**,502****	-,103	,196
21.Діяльність/ професія	,106	,169	**,310****	,156	,131	-,058
22.Контакти	,199	,022	-,022	,127	**,275****	-,032
23.Фантазії/майбутнє	**,434****	**,640****	,073	**,434****	-,029	,119
24.Я-мати	-,019	-,045	,206*	,046	**,279****	-,182
24.Я-батько	-,184	-,036	,167	-,070	,025	-,098
24.Я-інші	,036	,027	,017	,011	,052	,193
25.Ти	-,170	-,010	,191	-,119	,116	**-,265***
26.Ми	-,023	-,044	,210*	,031	,252*	-,164
27.Пра Ми	-,100	,100	**,302****	-,031	,128	**-,290****

**. Кореляція значима на рівні 0,01 (двобічна).

Додаток В

Середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Примусова соціалізація»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середнекв. відх.
1. Акуратність	8	6	12	9,25	2,121
2. Охайність	8	6	11	8,38	1,847
3. Пунктуальність	8	6	12	10,50	2,000
4. Ввічливість	8	7	12	10,00	1,690
5. Відкритість	8	6	12	9,50	1,927
6. Старанність	8	7	11	8,88	1,458
7. Обов'язковість	8	8	12	10,25	1,282
8. Ощадливість	8	5	10	7,25	2,315
9. Слухняність	8	5	10	8,00	1,690
10.Справедливість	8	8	12	10,13	1,356
11.Вірність	8	9	11	10,63	,744
12.Терпіння	8	6	11	8,38	1,847
13.Час	8	6	9	7,37	1,188
14.Контакти	8	6	10	7,88	1,642
15.Довіра	8	6	12	9,63	2,066
16.Надія	8	7	12	9,75	2,188
17.Ніжність/сексуальність	8	8	12	10,00	1,309
18.Любов	8	6	12	8,63	1,996
19.Віра/сенс/релігія	8	6	11	8,50	2,000
20.Тіло/відчуття	8	9	12	11,00	1,195
21.Діяльність	8	5	12	8,00	2,330
22.Контакти2	8	5	10	8,38	1,923
23.Фантазії/майбутнє	8	9	12	10,75	1,165
24.Я мати	8	5	12	8,88	2,850
25.Я батько	8	3	9	6,75	2,252
24. Я інші	8	3	12	5,13	2,949
26.Ти	8	6	10	7,63	1,768
26 .Ми	8	7	11	9,75	1,389
27.Пра Ми	8	4	9	6,38	1,768

Додаток Д

Середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Прийняття та піклування»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
1. Акуратність	15	5	12	9,73	2,052
2. Охайність	15	4	12	9,47	2,615
3. Пунктуальність	15	5	12	10,67	2,193
4. Ввічливість	15	9	12	10,07	1,033
5. Відкритість	15	8	12	10,40	1,454
6. Старанність	15	6	12	9,20	2,042
7. Обов'язковість	15	8	12	10,60	1,056
8. Ощадливість	15	4	12	7,07	2,344
9. Слухняність	15	6	12	8,87	1,552
10.Справедливість	15	8	12	10,20	1,424
11.Вірність	15	10	12	11,00	,756
12.Терпіння	15	6	12	9,60	1,920
13.Час	15	4	12	8,07	2,520
14.Контакти	15	6	12	9,27	2,187
15.Довіра	15	9	12	10,60	1,242
16.Надія	15	9	12	10,80	1,082
17.Ніжність/сексуальність	15	8	12	10,73	1,163
18.Любов	15	6	12	9,47	1,727
19.Віра/сенс/релігія	15	7	12	8,93	1,335
20.Тіло/відчуття	15	5	12	9,60	2,261
21.Діяльність	15	6	12	8,87	2,295
22.Контакти2	15	5	12	8,07	2,052
23.Фантазії/майбутнє	15	8	12	10,47	1,302
24.Я мати	15	3	12	8,47	3,021
25.Я батько	15	3	12	7,33	3,811
24. Я інші	15	3	12	5,40	2,694
26.Ти	15	3	12	8,00	2,928
26 .Ми	15	4	12	8,53	2,825
27.Пра Ми	15	3	12	6,67	2,870

Додаток Е

Середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Співпраця»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
1. Акуратність	28	3	12	8,21	2,331
2. Охайність	28	4	10	7,04	1,621
3. Пунктуальність	28	5	12	9,00	1,866
4. Ввічливість	28	6	12	9,11	1,397
5. Відкритість	28	6	12	9,96	1,621
6. Старанність	28	5	12	8,14	1,880
7. Обов'язковість	28	7	12	10,18	1,362
8. Ощадливість	28	3	9	5,57	1,731
9. Слухняність	28	4	10	7,43	1,643
10.Справедливість	28	6	12	9,61	1,707
11.Вірність	28	8	12	10,46	1,105
12.Терпіння	28	3	12	8,96	1,915
13.Час	28	3	12	7,61	2,266
14.Контакти	28	5	12	8,61	1,685
15.Довіра	28	8	12	10,04	1,105
16.Надія	28	7	12	10,18	1,517
17.Ніжність/сексуальність	28	6	12	10,39	1,474
18.Любов	28	7	12	10,21	1,475
19.Віра/сенс/релігія	28	4	11	7,79	1,792
20.Тіло/відчуття	28	4	12	8,64	2,147
21.Діяльність	28	4	12	9,21	2,283
22.Контакти2	28	3	10	6,50	1,895
23.Фантазії/майбутнє	28	5	12	9,11	1,931
24.Я мати	28	4	12	8,54	2,333
25.Я батько	28	3	12	8,04	2,975
24. Я інші	28	3	12	5,54	3,061
26.Ти	28	4	12	8,79	2,283
26 .Ми	28	4	12	9,18	2,056
27.Пра Ми	28	3	11	7,07	2,308

Додаток Є

Середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Інфантилізація батьків»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
1. Акуратність	7	7	11	8,86	1,345
2. Охайність	7	6	9	7,29	1,113
3. Пунктуальність	7	8	12	9,71	1,704
4. Ввічливість	7	9	11	9,86	,690
5. Відкритість	7	6	11	8,71	1,704
6. Старанність	7	7	12	8,86	1,676
7. Обов'язковість	7	9	11	10,57	,787
8. Ощадливість	7	4	9	6,57	1,718
9. Слухняність	7	7	9	7,71	,951
10.Справедливість	7	8	11	9,57	1,134
11.Вірність	7	9	11	10,29	,756
12.Терпіння	7	6	10	7,86	1,345
13.Час	7	5	12	7,86	2,116
14.Контакти	7	4	12	7,71	2,498
15.Довіра	7	6	12	9,43	1,988
16.Надія	7	5	12	9,14	2,410
17.Ніжність/сексуальність	7	6	12	10,14	2,268
18.Любов	7	8	12	9,71	1,380
19.Віра/сенс/релігія	7	6	10	7,71	1,380
20.Тіло/відчуття	7	7	12	8,86	1,864
21.Діяльність	7	7	12	8,71	1,799
22.Контакти2	7	5	12	7,29	2,289
23.Фантазії/майбутнє	7	9	11	9,57	,787
24.Я мати	7	5	12	9,43	2,878
25.Я батько	7	4	12	7,86	3,024
24. Я інші	7	3	12	5,14	3,761
26.Ти	7	4	11	8,29	2,628
26 .Ми	7	6	11	8,86	1,676
27.Пра Ми	7	6	11	7,29	1,799

Таблиця Ж

Середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Емоційний симбіоз»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
1. Акуратність	18	5	12	8,50	1,917
2. Охайність	18	5	12	7,78	2,102
3. Пунктуальність	18	5	11	8,33	1,910
4. Ввічливість	18	7	12	9,44	1,580
5. Відкритість	18	7	12	10,06	1,305
6. Старанність	18	6	12	8,56	1,688
7. Обов'язковість	18	7	12	10,22	1,517
8. Ощадливість	18	4	9	6,28	1,364
9. Слухняність	18	6	10	8,11	1,323
10.Справедливість	18	7	11	9,61	1,243
11.Вірність	18	7	12	10,11	1,278
12.Терпіння	18	7	12	9,44	1,338
13.Час	18	6	11	8,50	1,465
14.Контакти	18	7	12	9,67	1,085
15.Довіра	18	9	12	10,61	,850
16.Надія	18	7	12	10,28	1,776
17.Ніжність/сексуальність	18	6	12	9,89	1,605
18.Любов	18	9	12	10,61	1,037
19.Віра/сенс/релігія	18	3	10	7,94	1,798
20.Тіло/відчуття	18	3	12	7,33	2,657
21.Діяльність	18	5	12	9,28	2,270
22.Контакти2	18	4	12	8,17	2,595
23.Фантазії/майбутнє	18	5	12	8,78	1,896
24.Я мати	18	6	12	9,22	1,927
25.Я батько	18	3	12	7,44	3,222
24. Я інші	18	3	12	6,22	2,798
26.Ти	18	3	12	8,67	3,395
26 .Ми	18	7	12	10,00	1,715
27.Пра Ми	18	3	12	7,56	2,770

Додаток 3

Середні значення за Вісбаденським опитувальником для фактора «Відторгнення хвороби»

	Кількість	Мін	Макс.	Середнє	Середньокв. відх.
1. Акуратність	17	3	12	8,18	2,628
2. Охайність	17	3	12	7,18	2,721
3. Пунктуальність	17	5	12	9,59	2,373
4. Ввічливість	17	5	12	9,41	2,265
5. Відкритість	17	6	12	9,24	1,821
6. Старанність	17	6	12	9,00	1,581
7. Обов'язковість	17	8	12	10,47	1,231
8. Ощадливість	17	4	9	6,53	1,505
9. Слухняність	17	7	9	7,94	,827
10.Справедливість	17	7	12	9,94	1,676
11.Вірність	17	8	12	10,41	1,228
12.Терпіння	17	6	12	8,82	1,879
13.Час	17	4	9	6,76	1,602
14.Контакти	17	6	10	8,00	1,225
15.Довіра	17	8	12	10,29	1,448
16.Надія	17	6	12	9,47	1,625
17.Ніжність/сексуальність	17	6	12	9,24	2,137
18.Любов	17	7	12	9,12	1,996
19.Віра/сенс/релігія	17	4	12	7,82	2,099
20.Тіло/відчуття	17	4	12	8,94	2,304
21.Діяльність	17	6	12	9,41	2,093
22.Контакти2	17	3	12	7,29	2,339
23.Фантазії/майбутнє	17	6	12	9,47	2,035
24.Я мати	17	3	12	7,94	2,384
25.Я батько	17	3	12	7,06	2,861
24. Я інші	17	3	12	6,47	2,875
26.Ти	17	3	12	7,35	2,473
26 .Ми	17	4	11	8,18	2,270
27.Пра Ми	17	3	12	5,76	2,538

Додаток И

Інформаційна частина тренінгу

«Через біль до розуміння: підтримка батьків дітей з РАС»

Заняття 1

Тема: Що таке розлад аутистичного спектру (РАС)

Сьогодні в усьому світі аутизм класифікується як розлад нервово-психічного розвитку, і описується в двох провідних міжнародних діагностичних системах:

- **DSM-5** (Американська психіатрична асоціація).
- **МКХ-11** (Всесвітня організація охорони здоров'я).

Обидві системи узгоджуються в тому, що аутизм - це спектр, тобто набір симптомів, які можуть мати різну інтенсивність і поєднуватися у різний спосіб. Саме тому йдеться про «розлад аутистичного спектру» (РАС), а не про одну єдину форму аутизму.

В діагностиці РАС названі системи (DSM-5 і МКХ-1) спираються на дві групи критеріїв:

1. **Стійкі труднощі у соціальній комунікації та соціальній взаємодії**, наприклад:
- труднощі у встановленні та підтримці соціальних зв'язків;
- порушене розуміння соціальних норм і невербальної комунікації (жестів, міміки, погляду);
- труднощі в адаптації поведінки до контексту взаємодії (наприклад, не здатність враховувати емоції інших).
2. **Обмежені, повторювані шаблони поведінки, інтересів або діяльності**, зокрема:
- стереотипні рухи або мова (ехолалія, «обертання» рук);
- надмірна прив’язаність до рутини або ритуалів;
- надмірно вузьке коло або інтенсивні інтереси;
- сенсорна чутливість (підвищена або знижена реакція на звуки, світло, дотик тощо).

Розладу аутистичного спектру притаманні такі *характеристики*:

- симптоми проявляються в ранньому дитинстві (часто до 3 років);
- вони суттєво впливають на повсякденне функціонування дитини;
- часто можуть поєднуватися з іншими станами (наприклад, розладом дефіциту уваги та гіперактивності, тривожністю, розладами мовлення або інтелектуального розвитку).

Якщо в попередньому виданні МКХ-10 даний розлад розвитку ділився на підтипи (дитячий аутизм, синдром Аспергера, класичний аутизм тощо), то в МКХ-11 присутня єдина категорія: 6А02 «Розлад аутистичного спектру». При цьому до уваги беруться такі критерії:

- наявність чи відсутність інтелектуальних порушень;
- наявність чи відсутність мовленнєвих труднощів.

Такий підхід дає можливість більш точно описати індивідуальні особливості кожної дитини, а не «вкладати» її в жорстку категорію.

Таким чином, говорячи про аутизм, варто акцентувати на наступних аспектах:

1. Це не хвороба, а розлад, тобто інший спосіб сприйняття і обробки інформації (нейровідмінний) (Табл.1 Додатку И).
2. Особи, яким діагностовано розлад аутистичного спектру не «менш нормальні» - вони просто по-іншому сприймають світ і взаємодіють з ним.
3. Аутизм не лікується, не «проходить», не «переростає», але з підтримкою, прийняттям і адекватним втручанням особа з таким розладом може розвинути свій потенціал та навички для успішної адаптації та інтеграції в соціальному середовищі.

Відмінності між хворобою та розладом

Ознака	**Хвороба**	**Розлад**
Визначення	Медичний стан з відомою причиною, прогнозом розвитку та лікування.	Стан, що порушує функціонування, але не завжди має чітко встановлену причину.
Причина	Зазвичай має чітко встановлені біологічні чи інфекційні причини.	Комплекс причин: біо-психо-соціальних.
Лікування	Можна вилікувати повністю або ж частково.	Корегується, підтримується.
Перспективи виліковування корекції	Сприймається як щось тимчасове, що піддається лікуванню, або ж переведенню в стан ремісї.	Стан на все життя або ж на тривалий період часу.
Приклад	Пневмонія, діабет.	Розлад аутистичного спектру, розлад дефіциту уваги та гіперактивності.

Розвитку здібностей дитини з розладом аутистичного спектру та важливих з точки зору її інтеграції в суспільство навичок сприяють:

1. Рання діагностика та втручання.
2. Індивідуальний підхід до вибору методів та методик раннього втручання, виходячи з характерних для даної конкретної особи проявів розладу аутистичного спектру (не існує єдиного протоколу втручання).
3. Комплексна робота зі сприяння в розвитку нейровідмінної дитини, що передбачає залучення сім'ї (батьків, родичів), команди фахівців різного профілю, які спеціалізуються в роботі з дітьми з РАС (нейропсихологи, ерготерапевти, музикотерапевти, психологи, логопеди, поведінкові терапевти, вихователі дитячих дошкільних закладів, вчителі, спеціальні педагоги тощо).
4. Створення сприятливих умов для розвитку комунікації (наприклад, використання альтернативних способів комунікації: планшетів, карток PECS тощо), самостійності, емоційного благополуччя (сенсорні кімнати, можливість використання заспокійливих іграшок, предметів та ін.).

Причини аутизму

Серед сучасних теорій походження розладів аутистичного спектру, кожна з яких має свої слабкі сторони можна назвати:

1. **Генетична теорія** (Geschwind & State, 2015; Di Salvo, 2024). На основі дослідження близнюків, геномних аналізів було встановлено, що РАС має сильну генетичну складову – варіації у великій кількості генів, відповідальних за розвиток мозку, нейронні зв'язки та синаптичну передачу нервових імпульсів.
2. **Нейробіологічна теорія** (Courchesne et al., 2007; Rubenstein & Merzenich, 2003). На основі результатів МРТ дослідження було встановлено атипове формування нейронних мереж, атипову мієлінізацію, порушення балансу між процесами збудження та гальмування в синапсах.
3. **Середовищна теорія** (Modabbernia et al.,2017; Hertz-Picciotto & Delwiche, 2009). Йдеться про те, що деякі пренатальні або перинатальні впливи (інфекції, вік батьків, вплив токсинів) можуть підвищити ризик РАС, особливо у взаємодії з генетичною схильністю.

Отже, сучасна наука схиляється до **мультифакторної моделі** походження розладу аутистичного спектру, котра включає поєднання генетичних, нейробіологічних та середовищних чинників. З цієї перспективи РАС розглядається не як хвороба чи проблема виховання, а як особливість нейророзвитку, що виникла внаслідок складної взаємодії генетичних, біологічних та середовищних факторів. Це інша модель розвитку, яка супроводжує людину від раннього дитинства і протягом всього життя.

Що допомагає батькам справлятися з викликами виховання аутистичної дитини?

Внутрішні ресурси:

- самоприйняття і позитивне ставлення до себе;
- віра в себе і свої можливості;
- світогляд, наявність сенсів та цінностей, орієнтація на майбутнє;
- навички саморегуляції;
- емоційна стабільність.

Соціальна підтримка:

- підтримка подружжя;
- розуміння з боку родини й друзів;
- участь у групах підтримки;
- співпраця з фахівцями.

Заняття 2

Тема: Моя історія початку: прожити, усвідомити, рухатися далі

У випадку діагнозу РАС в дитини йдеться про втрачений образ очікуваної дитини - це психологічна втрата, що викликає глибокі емоційні реакції (Пасічняк, 2024). Знання моделей проживання втрати допоможе батькам нормалізувати свій досвід, розуміти, що з ними відбувається, і рухатись до прийняття нової реальності та індивідуальності власної дитини.

Модель Е.Кублер-Росс (5 стадій горювання)

Одна з найвідоміших моделей проходження етапів переживання психологічних втрат, запропонована американською дослідницею Елізабет Кублер-Росс, спочатку застосовувалася для людей з термінальними захворюваннями (Kübler-Ross, 1973). Сьогодні з її перспективи розглядаються емоційні переживання батьків, котрі стикнулися з фактом, що їх дитині встановлено інвалідність. Основними стадіями переживання втрати «нормальної» дитини згідно цієї моделі є:

1. Заперечення - «Цього не може бути», «Може, це помилка».
2. Гнів - «Чому саме з нами?», «Хто винен у цьому?».
3. Торг - «А раптом усе зміниться, якщо ми…», «Можливо, він(вона) переросте?».
4. Депресія - смуток, втрата надії, апатія.
5. Прийняття - поступове визнання реальності та адаптація.

В проживанні втрати можливі індивідуальні варіації: інша послідовність, повернення до попередньої стадії, накладання емоційних переживань з різних стадій.

Модель В. Уордена (чотири завдання горювання)

З позицій даної моделі переживання втрати - це активний процес адаптації, а не пасивне проходження етапів (Worden, 2018). Це означає, що завдяки переживанню певних емоцій та роботи з ними, змін в ролях, звичках та самоідентичності особистості відбувається поступове пристосування до нової життєвої ситуації. Ця адаптація відбувається завдяки вирішенню наступних завдань:

1. Прийняти реальність втрати.
2. Пропрацювати біль втрати.
3. Адаптуватися до середовища, у якому немає «втраченої» реальності (наприклад, очікуваної "нормотипової" дитини).
4. Знайти нове місце для втрати у своєму житті та рухатись далі.

Модель Тонкіна (продовження зв'язку)

Прихильники даної моделі вважають, що втрата змінює людину, але зв'язок з тим, що було важливим (позитивне батьківство, бачення сенсу в підтримці власної дитини, її захисті, можливість ділитися власним досвідом з батьками, чиїм дітям встановлено розлад аутистичного спектру і тому под.), може залишитись у зміненій, прийнятній формі і таким чином полегшити інтеграцію ідентичності батьків (Klass, Silverman & Nickman, 2014). Підходить батькам, які шукають нове бачення своєї батьківської ролі.

Модель дуального процесу М.Стробе та Г.Шута

Модель підкреслює важливість перемикання між двома видами роботи з горем (переживанням втрати): орієнтацією на втрату (горювання, смуток, біль, самоаналіз) та орієнтацією на відновлення (практичні справи, плани, адаптація). Така динаміка дозволяє не «застрягти» в одній емоції і водночас не уникати болю (Stroebe, & Schut, 2008).

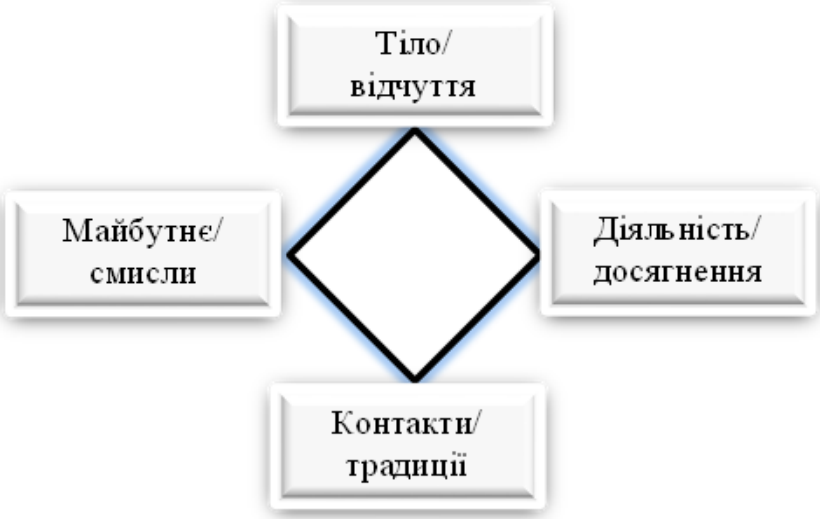
Заняття 3

Тема: «Бути опорою, не згораючи: ресурс у важкі моменти»

У Позитивній психотерапії (Н. Пезешкіан) психічне життя людини розглядається через чотири основні сфери (або «виміри») — **тіло**, **діяльність**, **контакти**, **сенси**. Кожна з них охоплює певні аспекти внутрішнього й зовнішнього життя людини і при цьому представляє один з елементів цілісності особистості.

Нижче — коротка конкретизація кожної сфери:

1. **Тіло (соматична сфера)** - це все, що пов'язане з фізичним станом і тілесним досвідом. Прикладами, що ілюструють прояви індивіда в цій сфері є: фізичне здоров'я та хвороби; харчування, сон, гігієна; тілесні реакції на стрес (напр., головний біль, м'язове напруження); задоволення від руху, спорту, тілесних контактів; сприйняття власного тіла (образ тіла).
2. **Діяльність (сфера досягнень/успіху)** - включає все, що стосується роботи, навчання, обов'язків, організації часу. Наприклад, професійна діяльність, навчання, побутова праця, турбота про дім, досягнення цілей, амбіції, планування, розклад, дисципліна, особисті навички й розвиток.
3. **Контакти (соціальна сфера)** - це світ взаємин з родиною, друзями, суспільством загалом, а саме: родинні стосунки, партнерство, дружба, підтримка, конфлікти, взаємодія з колегами, сусідами, довіра, співчуття, співпраця, потреба в належності або самотності.
4. **Сенси (Фантазії/майбутнє/релігія/цінності) -** найглибша сфера, що стосується світогляду, цінностей, питань «навіщо?». Прикладами проявів особистості в цій сфері є: життєві смисли, цілі, місія, віра, духовність, релігія, уявлення про добро і зло, мораль, екзистенційні переживання (страх смерті, пошук себе), уява, мрії, очікування від життя.



Модель балансу в ППТ

Заняття 4

Тема: Бачити дитину, а не діагноз

«Нейрорізноманіття: кожна дитина унікальна»

Нейрорізноманіття - це уявлення про те, що мозок кожної людини своєрідний, він розвивається під постійним впливом взаємодіючих соціальних факторів, генетики та психологічного досвіду самої особистості. Хтось швидко орієнтується в нових соціальних ситуаціях, хтось - надзвичайно уважний до деталей.

Діти з розладами аутистичного спектра (РАС) також мають свій, унікальний спосіб сприйняття світу. І це не «несправність», а інший варіант норми, який потребує розуміння і підтримки.

Коли ми враховуємо ці особливості, дитина отримує можливість розкривати свій потенціал. Наприклад:

1. Хлопчик, мовлення якого розвивалося значно повільніше, ніж в ровесників, згодом чудово навчився спілкуватися через малювання, а потім зацікавився літерами і це стало «містком» до роботи над розвитком мовлення.
2. Дівчинка, яка уникала гучних компаній, змогла налагодити стосунки в маленькій групі через спільну гру з улюбленими іграшками. Врахування її темпу сприяло налагодженню комунікації як з батьками, так і з фахівцями, і це стало ключиком до створення сприятливих умов для подальших інтервенцій.
3. Підліток, який мав труднощі у спілкуванні, виявив великий інтерес до програмування, і саме ця галузь діяльності стала для нього способом вираження і самореалізації.

Коли батьки сприймають свою дитину не як «помилку» або «проект для виправлення», а як *особистість* зі своїми сильними *розвинутими* та *слабкими* сторонами, між ними вибудовується міцний зв'язок. Така *емоційна безпека* — основа для розвитку, навчання й адаптації до світу.

Не обов'язково бігти вперед і намагатися охопити все й одразу (*час та терпіння*). Мозок дитини росте й змінюється, і підтримка батьків - любов, прийняття та спокійне середовище - часто має значно більший вплив, ніж десятки інтервенцій без урахування потреб самої дитини.

Пам'ятайте: визнання нейрорізноманіття - це не про те, щоб знизити очікування, а про те, щоб шукати індивідуальні шляхи до розвитку, враховуючи сильні сторони, а не тільки виклики (*принцип надії*).

Заняття 5

Тема: Прив'язаність та її роль в психічному розвитку дитини з РАС

Прив'язаність - це глибокий емоційний зв'язок між дитиною та її близькими, який формується з перших місяців життя. Для дітей з розладом аутистичного спектру (РАС) цей зв'язок може формуватися по-іншому, але він залишається критично важливим.

Чому це важливо?

Навіть якщо дитина з аутизмом не шукає фізичного контакту, не дивиться в очі або рідко посміхається у відповідь, вона все одно здатна до прив'язаності. Безпечна прив'язаність допомагає дитині краще справлятися з тривогою, встановлювати контакт з іншими, вчитися новому та відчувати себе захищеною.

Що сприяє формуванню прив'язаності?

Найголовніше - стабільна, уважна, чуйна присутність дорослого у житті дитини. Це може проявлятися у простих щоденних діях:

Приклад 1: Дитина уникає зорового контакту, але щоразу, коли ви сідаєте поруч і спокійно озвучуєте, що відбувається («Зараз ми будемо їсти», «Я поруч»), вона з часом починає реагувати спокійніше. Це вже елемент формування безпечної прив'язаності.

Приклад 2: Дитина не любить обіймів, але їй подобається, коли ви гладите її по спині або тримаєте за руку під час переходу в нове місце. Це її спосіб шукати опори в дорослому.

Приклад 3: Коли дитина збуджена чи має істерики, ви залишаєтесь поруч, не сварите, а говорите: "Я тут. Я бачу, що тобі важко. Я з тобою". Навіть якщо дитина не відповідає словами, вона відчуває вашу підтримку.

Пам'ятайте: Для дитини з РАС важливо не стільки, як ви проявляєте любов, а наскільки стабільно і послідовно ви це робите. Навіть якщо вона не показує відкритої радості, вона глибоко відчуває вашу турботу.

Дослідження показують, що в налагодженні контакту з аутистичними дітьми вагому роль відіграють такі здібності як «*терпіння*» та «*час*». Вони є ключем до побудови стосунків з дитиною та способом демонстрації її прийняття, підтримки та захисту (Ivanova, 2024).

Заняття 6

Тема: Нові сенси батьківства: шлях прийняття та зростання

«Неможливо бути ідеальним батьком, але можливо бути "достатньо хорошим" – саме це і потрібно дитині».

Дональд Віннікотт

Що таке сенси батьківства?

Сенси батьківства – це індивідуально значущі уявлення про мету, цінність і значення своєї ролі як батька чи матері. Вони формуються через власний досвід, виховання, культурні моделі та актуальні події в житті родини (Klass, Silverman & Nickman, 2014). Для батьків дитини з розладом аутистичного спектру (РАС) пошук сенсу може бути непростим. Часто первинна реакція включає біль, втрату очікувань, страх, почуття провини або сорому. Але саме *переосмислення* і *нове осмислення* батьківства дозволяє перетворити його на ресурс, а не тягар.

Втрата і трансформація очікувань

Постановка дитині діагнозу РАС може сприйматися батьками як втрата «нормальної» дитини. Це справжня внутрішня криза, яка потребує часу на проживання. У психології цей процес часто порівнюють з моделлю проживання втрати (Boss, 2007; O'Brien, 2007). Прийняття не означає відмову від прагнень. Це - зміна фокусу: ми починаємо бачити дитину не через призму діагнозу, а як особистість із унікальними особливостями, потребами і потенціалом.

Батьківство як ресурс

Ресурсне батьківство - це здатність:

- черпати енергію зі зв'язку з дитиною;
- приймати себе в ролі «достатньо хорошого» батька/матері;
- дозволити собі недосконалість;
- бачити в батьківстві джерело розвитку, зростання, змін;
- відчувати власну цінність незалежно від результатів дитини.

Це не ідеалізація, а *реалістичне* прийняття обставин і пошук нових смислів.

Позитивне батьківство - це не про «все дозволено»

Позитивне батьківство не означає потурання або відсутність вимог. Йдеться про:

- емпатійний контакт із дитиною;
- визнання її особистості;
- підтримку без надмірного тиску;
- свідоме виховання, що базується на розумінні нейрорізноманіття.

Цей підхід дозволяє батькам самостійно віднаходити сенс своєї ролі, навіть у складних умовах.

Відновлення сенсів через турботу про себе

Батьківство стає ресурсом лише тоді, коли батько чи мати не забуває про себе. Час для себе, реалістичні очікування, здатність просити про підтримку і приймати її - усе це є частиною здорового, стійкого батьківства.

«*Тільки наповнені батьки можуть наповнити дитину».*

Надія як базова умова трансформації

Надія - це не заперечення труднощів, а віра у можливість змін, розвитку, зростання - як дитини, так і себе. Саме вона лежить в основі зміни мислення: від «я не справляюсь» до «я зростаю разом із моєю дитиною».

Завершення

Пошук сенсів батьківства - це шлях. І як будь-який шлях, він починається з першого кроку: визнати свою втому, свої емоції, свої помилки - і все одно залишатися з любов'ю до дитини та себе.

Батьківство дитини з РАС - це виклик, але також і унікальна можливість розвитку, переосмислення і глибокого людського зростання.

Історія родини з досвідом прийняття РАС

Почувши про діагноз моєї довгоочікуваної дівчинки, я ніби замерзла… Думала, що цього не може бути… Це не з нами… Але стереотипні дії донечки, небажання гратися в ігри з предметами, відповідно до їх призначення, з ляльками, засмучували мене. Я не відчувала контакту з нею, не знала, як зацікавити її ними. Все було, як вода в суху землю. Я хотіла це змінити, щоб бути разом з дитиною, розуміти її, навіть якщо для цього потрібен спосіб, яким я не володію.

Саме це спонукало мене звернутися до спеціалістів. Я спостерігала за тим, як вони встановлюють контакт з моєю дитиною, як граються з нею, як вона при цьому навчається, а потім наслідувала їх.

У мене були зриви… В такі моменти я ненавиділа себе і не могла дивитися на дитину… Але знову і знову поверталася до девізу, який мені постійно повторювала наша ерготерапевт: «Всі люди різні! Найважливіше – побачити сильні сторони дитини і опиратися на них в побудові стосунків з нею!». Коли мені хотілося, щоб вона відповідала якимось стандартам, я знову згадувала цей девіз…

У нас і зараз бувають складні моменти. Боляче бачити, як їй важко буває висловити свою думку чи розпізнати емоції, як їй складно даються соціальні ситуації, як вона не встигає за програмою, як гостро реагує на неочікувані події. Але майже завжди я знаходила спосіб заспокоїти її й себе. Хоч іноді, зізнаюся, накриває. Це частина нашої реальності.

Я читаю багато історій в групах підтримки, бачу, як інші сім'ї живуть з аутизмом щодня - з ранку до ночі, без пауз. І є теми, які досі дуже болять.

Мене особливо зачіпають історії, коли дитина не може говорити. Коли її спілкування обмежене окремими звуками чи словами. Я все ще намагаюся зрозуміти: це через фізичну неспроможність чи інше сприйняття комунікації? Читаю, шукаю відповіді - їх багато, але остаточного розуміння немає. І немає чітких рішень, як розвивати мовлення в таких випадках.

Ми досі не знаємо, як працює аутичний мозок. І це залишає дуже мало орієнтирів для дії. Але я роблю те, що можу. Поступово, по краплі - читаю, досліджую, ділюсь досвідом з іншими матерями та батьками. Складаю своє розуміння, що таке аутизм. І дуже хочу, щоб цей світ став більш приймаючим, трохи менш байдужим, щоб було більше тепла. І менше болю (*автор дослідження отримав згоду матері на публікацію її розповіді без вказівки імені*).

Додаток Ї

Притча про дивне насіння

Одного разу садівник отримав у подарунок насіння. У мішечку були насінини яблунь, груш, черешень - він добре знав, як їх садити і доглядати. Але одне насіння було зовсім не схоже на інші - тверде, незвичне, навіть без етикетки. Садівник спершу подумав, що це якась помилка. Та все ж посадив його, як і решту.

Минув час. Яблуні й груші цвіли, давали плоди, росли так, як очікував садівник. А дивне насіння довго не проростало. Садівник почав сумніватися: «Може, з ним щось не так? Може, я зробив щось неправильно?»

Але потім він вирішив: «Я не знаю, що це за насіння, але я дав йому землю, світло, воду - я дам йому також час і спокій».

Минуло ще багато днів - і нарешті з'явився паросток. Він ріс повільно, його листя було інакшим, стебло - химерно зігнутим. Інші дерева не розуміли його. Але садівник продовжував піклуватися. І згодом рослина виросла у надзвичайну квітку, якої не було в жодному іншому саду - вона світилася вночі і приваблювала метеликів, які не літали до звичних дерев.

Тоді садівник зрозумів: йому дісталося не неправильне насіння - а унікальне. І йому просто треба було не намагатися зробити з нього яблуню, а допомогти йому стати тим, ким воно є.

Коментар:

Ця притча про те, що кожна дитина, навіть якщо вона розвивається не за типовим сценарієм, має свій шлях, свою красу й свою цінність. Наше завдання - не змінити її сутність, а створити умови, в яких вона зможе розквітнути.

«Притча про розуміння» (Кротенко, Найдонова, 2023).

Одного разу до мудреця з далекого села прийшли молоді люди.

- Мудрецю, - сказали вони, - ми чули, що ти даєш усім мудрі поради, вказуєш правильний шлях, відкриваєш істину. Будь ласка, допоможи і нам! У нашому селі старше покоління перестало нас розуміти, а нам дуже важко з цим жити. Що ж нам робити?

Мудрець подивився на них і запитав:

- А якою мовою ви розмовляєте?

Все молоде покоління розмовляє тарабарською.

- А старші мешканці?

Молодь подумала і зізналася:

- Ми їх не питали. - Тому їх можна було тільки слухати, але не розуміти!

Коментар: притча має на меті простимулювати роздуми батьків про важливість врахування різних здібностей, способів поведінки того, з ким ти намагаєшся налагодити контакт. Установка на індивідуальність дитини – ключ до відкриття нових адекватних способів спілкування з нею.

Додаток Й

Таблиця Й.1

Результати за WIPPF до початку формувального експерименту для учасників з типом батьківського ставлення «Примусова соціалізація»

	Кількість	Середнє	Середньокв.відх.
28.Акуратність	8	9,25	2,121
29.Охайність	8	8,38	1,847
30.Пунктуальність	8	10,50	2,000
31.Ввічливість	8	10,00	1,690
32.Відкритість	8	5,50	1,927
33.Старанність	8	8,88	1,458
34.Обов’язковість	8	10,25	1,282
35.Ощадливість	8	7,25	2,315
36.Слухняність	8	8,00	1,690
37.Справедливість	8	9,13	1,356
38.Вірність	8	10,63	,744
39.Терпіння	8	8,38	1,847
40.Час	8	7,37	1,188
41.Контакти	8	5,88	1,642
42.Довіра	8	9,63	2,066
43.Надія	8	9,75	2,188
44.Ніжність/сексуальність	8	9,00	1,309
45.Любов	8	8,63	1,996
46.Віра/сенс/релігія	8	8,50	2,000
47.Тіло/відчуття	8	11,00	1,195
48.Діяльність	8	8,00	2,330
49.Контакти (сфера)	8	8,38	1,923
50.Фантазії/майбутнє	8	10,75	1,165
51.Я мати	8	8,88	2,850
52.Я батько	8	5,75	2,252
24. Я інші	8	5,13	2,949
53.Ти	8	7,63	1,768
54.Ми	8	10,75	1,389
55.Пра Ми	8	6,38	1,768

Таблиця Й.2

Результати за WIPPF до початку формувального експерименту учасників з типом батьківського ставлення «Відкидання діагнозу»

	Кількість	Середнє	Середньокв.відх.
1. Акуратність	17	8,18	2,628
2. Охайність	17	7,18	2,721
3. Пунктуальність	17	10,09	2,373
4. Ввічливість	17	9,41	2,265
5. Відкритість	17	9,24	1,821
6. Старанність	17	9,00	1,581
7. Обов'язковість	17	10,47	1,231
8. Ощадливість	17	6,53	1,505
9. Слухняність	17	7,94	,827
10.Справедливість	17	9,94	1,676
11.Вірність	17	9,41	1,228
12.Терпіння	17	8,82	1,879
13.Час	17	5,76	1,602
14.Контакти	17	5,00	1,225
15.Довіра	17	10,29	1,448
16.Надія	17	9,47	1,625
17.Ніжність/сексуальність	17	9,24	2,137
18.Любов	17	9,12	1,996
19.Віра/сенс/релігія	17	7,82	2,099
20.Тіло/відчуття	17	8,94	2,304
21.Діяльність	17	7,41	2,093
22.Контакт (сфера)	17	7,29	2,339
23.Фантазії/майбутнє	17	9,47	2,035
24.Я мати	17	7,94	2,384
25.Я батько	17	7,06	2,861
24. Я інші	17	6,47	2,875
26.Ти	17	7,35	2,473
27.Ми	17	8,18	2,270
28.Пра Ми	17	5,76	2,538

Додаток К

Таблиця К.1

Результати за WIPPF після завершення формувального експерименту учасників з типом батьківського ставлення «Примусова соціалізація»

	Кількість	Середнє	Середньокв.відх.
1. Акуратність	8	9,05	2,121
2. Охайність	8	8,44	1,847
3. Пунктуальність	8	10,20	2,000
4. Ввічливість	8	8,50	1,690
5. Відкритість	8	7,50	1,927
6. Старанність	8	8,67	1,458
7. Обов'язковість	8	10,03	1,282
8. Ощадливість	8	7,75	2,315
9. Слухняність	8	8,11	1,690
10.Справедливість	8	9,03	1,356
11.Вірність	8	8,63	,744
12.Терпіння	8	10,07	1,847
13.Час	8	7,37	1,188
14.Контакти	8	8,39	1,642
15.Довіра	8	9,55	2,066
16.Надія	8	9,75	2,188
17.Ніжність/сексуальність	8	9,00	1,309
18.Любов	8	8,63	1,996
19.Віра/сенс/релігія	8	8,50	2,000
20.Тіло/відчуття	8	10,10	1,195
21.Діяльність	8	8,00	2,330
22.Контакти (сфера)	8	8,38	1,923
23.Фантазії/майбутнє	8	10,05	1,165
24.Я мати	8	8,88	2,850
25.Я батько	8	6,88	2,252
24. Я інші	8	7,02	2,949
26.Ти	8	7,63	1,768
27.Ми	8	10,65	1,389
28.Пра Ми	8	7,42	1,768

Таблиця К.2

Результати за WIPPF після завершення формувального експерименту учасників з типом батьківського ставлення «Відкидання діагнозу»

	Кількість	Середнє	Середньокв.відх.
1. Акуратність	17	8,23	2,628
2. Охайність	17	7,38	2,721
3. Пунктуальність	17	10,01	2,373
4. Ввічливість	17	9,40	2,265
5. Відкритість	17	9,28	1,821
6. Старанність	17	9,10	1,581
7. Обов'язковість	17	10,01	1,231
8. Ощадливість	17	7,13	1,505
9. Слухняність	17	7,90	,827
10.Справедливість	17	9,74	1,676
11.Вірність	17	9,41	1,228
12.Терпіння	17	8,76	1,879
13.Час	17	6,00	1,602
14.Контакти	17	7,10	1,225
15.Довіра	17	9,22	1,448
16.Надія	17	9,42	1,625
17.Ніжність/сексуальність	17	9,16	2,137
18.Любов	17	9,07	1,996
19.Віра/сенс/релігія	17	8,03	2,099
20.Тіло/відчуття	17	8,84	2,304
21.Діяльність	17	9,55	2,093
22.Контакти (сфера)	17	9,57	2,339
23.Фантазії/майбутнє	17	9,27	2,035
24.Я мати	17	7,95	2,384
25.Я батько	17	8,16	2,861
24. Я інші	17	8,33	2,875
26.Ти	17	7,31	2,473
27.Ми	17	8,19	2,270
28.Пра Ми	17	7,46	2,538

Додаток Л

Таблиця Л.1

Розрахунок за критерієм Вілкоксона для показників батьків з типом ставлення «Примусова соціалізація»

Різниця між показниками до і після проведення формувального експерименту	Z	Асимптотична значимість (2-двобічна)
1. Акуратність	-1,552	.121
2. Охайність	-1,534	.126
3. Пунктуальність	-1,524	.128
4. Ввічливість	-2,613	.007
5. Відкритість	-2,642	.006
6. Старанність	-,631	.528
7. Обов'язковість	-1,076	.160
8. Ощадливість	-1,555	.120
9. Слухняність	-1,392	.217
10.Справедливість	-,957	.339
11.Вірність	-2,558	.010
12.Терпіння	-1,521	.112
13.Час	-1,552	.121
14.Контакти	-2,556	.010
15.Довіра	-1,524	.128
16.Надія	-1,113	.135
17.Ніжність/сексуальність	-,742	.458
18.Любов	-,631	.528
19.Віра/сенс/релігія	-2,006	.055
20.Тіло/відчуття	-2,559	.009
21.Діяльність	-1,392	.157
22.Контакти (сфера)	-,957	.339
23.Фантазії/майбутнє	-2,556	.010
24.Я мати	-1,521	.121
25.Я батько	-2,592	.009
24. Я інші	-2,595	.009
26.Ти	-1,546	.124
27.Ми	-1,519	.162
28.Пра Ми	-2,631	.006

Таблиця Л.2

Розрахунок за критерієм Вілкоксона для показників батьків з типом ставлення «Відкидання діагнозу»

Різниця між показниками до і після проведення формувального експерименту	Z	Асимптотична значимість (2-двобічна)
1. Акуратність	-1,049	.255
2. Охайність	-1,160	.246
3. Пунктуальність	-,754	.451
4. Ввічливість	-,032	.975
5. Відкритість	-,320	.749
6. Старанність	-,640	.566
7. Обов'язковість	-1,191	.250
8. Ощадливість	-1,250	.201
9. Слухняність	-1,417	.158
10.Справедливість	-1,636	.112
11.Вірність	-2,949	.003
12.Терпіння	-1,060	.289
13.Час	-1,045	.257
14.Контакти	-3,640	.000
15.Довіра	-2,949	.003
16.Надія	-,052	.935
17.Ніжність/сексуальність	-,320	.749
18.Любов	-2,040	.067
19.Віра/сенс/релігія	-1,185	.263
20.Тіло/відчуття	-1,450	.147
21.Діяльність	-3,191	.001
22.Контакти (сфера переобки)	-3,235	.000
23.Фантазії/майбутнє	-2,343	.019
24.Я мати	-1,060	.289
25.Я батько	-2,109	.103
24. Я інші	-2,879	.004
26.Ти	-,757	.451
27.Ми	-,051	.921
28.Пра Ми	-3,320	.000