

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,  
остаточна версія



---

/Підпис студента

**ЧУПРІЙ Анна Сергіївна  
ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З  
РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

**Кафедра клінічної психології**

**Науковий керівник**

Єсип Мар'яна Зіновіївна,

доцент кафедри клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

---

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2020

**Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»**

**Факультет наук про здоров'я**

**Кафедра клінічної психології**

**Пояснювальна записка**

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Особливості емоційної сфери матерів дітей з розладами спектру аутизму»

**Виконала: студентка 6 курсу групи ЗПК 18/М  
спеціальності 053 «Психологія»**

Чупрій А.С.

**Керівник: доцент кафедри клінічної психології  
УКУ, кандидат психологічних наук**

Єсип М. З.

**Рецензент: доцент кафедри психології ЛНУ  
імені І. Франка, кандидат психологічних наук**

Гребінь Н.В.

Львів – 2020

**Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»**

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь **магістр**

Спеціальність **053 Психологія**

Освітня програма **Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**В.о. завідувача кафедри**

**Аврамчук О.С.**

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

**З А В Д А Н Н Я**  
**НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**  
**Чупрій Анні Сергіївни**

1. Тема проекту (роботи)

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

*керівник проекту (роботи) Єсип Мар'яна Зіновіївна, доцент кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук ,*

*затверджені Вченою Радою факультету від “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № протоколу \_\_\_\_\_*

2. Строк подання студентом

роботи \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи

*У структуру роботи входить вступ, I, II, розділи, висновки, список використаних джерел, додатки.*

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

*На основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження дослідити емоційну сферу матерів дітей РСА, крізь призму їх емоційних станів. Здійснити теоретичний аналіз емоційної сфери особистості в психологічній науці. Дослідити феномен аутизму. З'ясувати психологічні виклики, що постають у жінок, котрі виховують дітей з особливостями розвитку. Розробити теоретичну модель дослідження. Здійснити підбір групи досліджуваних та підбір психодіагностичних методик емпіричного дослідження*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

*Магістерське наукове дослідження містить обрахунки, щодо, виявлення особливостей емоційної сфери матерів, котрі виховують дітей РСА (теоретична модель магістерського дослідження), за вираженістю наступних аспектів депресії (PHQ-9), тривоги (GAD-7), фобії (IAPT) невміння керувати емоціями, домінування негативних станів, негнучкість, невиразність емоцій, небажання зближуватися з людьми на емоційній основі, самооцінка психічних станів, профіль емоцій, емоційні бар'єри у міжособистісному спілкуванні.*

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка

**Студент**   
**Керівник роботи** \_\_\_\_\_ **Чупрій А.С**  
**Єсип М.З**  
( підпис )

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
Розділ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ.....	6
1.1 Трагування емоційної сфери особистості в психологічній науці.....	6
1.2 Психологічні особливості емоційної сфери материнства.....	10
1.3 Аутизм як феномен специфічних характеристик та симптомів у клінічних дослідженнях.....	15
1.4 Психологічні виклики жінок, котрі виховують дітей з розладом спектру аутизму.....	22
1.5 Теоретична модель магістерського дослідження.....	28
Висновки до розділу I.....	33
Розділ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	34
2.1 Характеристика вибірки та опис психодіагностичного інструментарію дослідження .....	34
2.2 Аналіз та інтерпретація даних емпіричного дослідження.....	41
Висновки до розділу II.....	75
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80
ДОДАТКИ.....	86

## ВСТУП

### Актуальність дослідження

Стрімкі зміни сучасного світу спонукають особистість виражати власні емоції, переживання, почуття та емоційні стани, котрі є складовими елементами емоційної сфери людини, транслюючи їх через інтерперсональне сприйняття дійсності. Це допомагає самовираженості та самореалізації в життєдіяльності особи. Емоції являються головними регуляторами психічного життя людини, оскільки, беруть безпосередню участь в поведінкових алгоритмах взаємодії між людьми. Материнство поєднує в собі калейдоскоп емоцій, що супроводжують жінку в процесі становлення матір'ю, внаслідок гормональних та зовнішніх змін, соціальних вимог суспільства, зміни стилю сімейного буття та викликів подружнього життя. Родина, котра зіткнулася зі встановленням діагнозу РСА, перебуває в постійному стані стресу, який супроводжується різноманітними чинниками (сімейною кризою; переживання сильної інтенсивності негативних станів; відчуття безпорадності та безвиході; почуття сорому та провини; тривожність за майбутнє; страх осуду, знехтування суспільством; виснаження та втома).

Науково обґрунтованим фактом є те, що матір з дитиною мають тісний емоційний зв'язок, котрий вибудовується крізь призму безпечної прив'язаності. Матерям, які виховували дітей і раптово дізнаються про наявність РСА, доволі важко будувати цей зв'язок проявляючи безумовну любов та прийняття дитя таким, яким воно є. Наявність елементів пригніченості, апатичності, суму, депресивних станів невидимо спотворюють материнський стосунок, впливаючи на розвиток дитини та її потенційні можливості. Діти РСА мають низку проблем: комунікації (відсутність мовлення або значні проблеми вираження), соціалізації,

поведінкові особливості, потреби сенсорного насичення та усвідомлення власного тіла.

Таким чином, дослідити емоційну сферу матерів, котрі виховують дітей з РСА є надзвичайно потрібним, оскільки, допоможе покращити цей стосунок виходячи з емоційних станів та реакцій мами. Усвідомлюючи власний стан, піддаючи критиці негативні думки, що викривлюють дійсність через попередній досвід, дозволить жінці знаходити альтернативні шляхи проходження дороги прийняття дитини такою, як вона є. Першочергово вбачаючи особистість, а не діагноз встановлений лікарями. Отже, дослідження емоційних переживань жінок, котрі виховують дітей РСА дозволить краще зрозуміти інтерперсональне сприйняття материнства відповідно до встановлення діагнозу РСА та виявити домінуючі закономірності прояву емоційної сфери мами.

**Об'єкт дослідження.** Емоційна сфера матерів дітей розладу спектру аутизму.

**Предмет дослідження.** Особливості емоційних проявів матерів дітей РСА.

**Гіпотези дослідження:**

1. Припускаємо, що у матерів дітей з РСА є тенденція до домінування негативних емоційних переживань.
2. Ймовірно, що специфічною характеристикою матерів дітей з РСА являється емоційна негнучкість, ригідність.

**Мета:** на основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження дослідити емоційну сферу матерів дітей РСА, крізь призму їх емоційних станів.

У відповідності з цією метою були сформульовані такі **завдання дослідження:**



1. Здійснити теоретичний аналіз емоційної сфери особистості в психологічній науці.
2. Дослідити феномен аутизму.
3. З'ясувати психологічні виклики, що постають у жінок, котрі виховують дітей з особливостями розвитку.
4. Розробити теоретичну модель дослідження.
5. Здійснити підбір групи досліджуваних та підбір психодіагностичних методик емпіричного дослідження.

**Теоретико-методологічну основу дослідження становлять** концептуальні положення вітчизняних та зарубіжних вчених: П. Маклін, Ч.Дарвін, В. Вунт, В. Джемса-Г. Ланге, В.Кеннона - П.Барта, С. Шехтер, М.Арнольд-Р. Лазарус, К. Ізард, Б. Додонов, П. Екмен; К. Вітакер, Ф. Хорварт, В. Міллер, З. Фрейд, Дж. Боулби, Г. Брехман, Д.Віннікотт, А.Захаров, М. Мид, Г. Філіппова, С. Мещерякова, М. Чібісова, Ю.Василькова, Д. Гошовська; Э. Блейлер, Г. Аспергер Л. Каннер, Б. Рімленд, С. Мнухін Н.Ісаєв, В.Каган , Н. Базима, К. Островська.

**Психодіагностичний інструментарій дослідження:**

- базова психологічна оцінка ІАРТ;
- методика «Шкала диференціальних емоцій» К. Ізард ;
- методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком);
- методика діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні (за В.В. Бойком).

**Структура роботи.** Дана магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

# **Розділ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ**

## **1.1 Тракткування емоційної сфери особистості в психологічній науці**

В процесі онтогенезу людина проходить цілий спектр змін: морфофізіологічні особливості організму в процесі зростання та становлення особи; формування психіки, котра передбачає інсталяцію людини, як свідомої суспільної особи з власними емоційними станами, процесами та властивостями; розвиток особистості, що тісно переплетений з процесами соціалізації. В психічному зростанні людини всі ці трансформації відбуваються поступово, однак, діти з РСА мають низку відмінностей в розвитку, що характеризується генетичним фактором, середовищем в якому вони знаходяться, діяльністю та активністю, яка супроводжує їх життя [30]. Певні закономірності розвитку дітей з РСА викликають бурхливі емоційні реакції, хвилюючі переживання, сильну інтенсивність та амбівалентність у матерів, як результат їх емоційна сфера зазнає значного дистресу. Кожна людина проживає та виявляє власні емоційні переживання по-різному, тому важливо зрозуміти механізми трансляції нейронних мереж нашого мозку.

Вчений П. Маклін досліджуючи стадії розвитку мозку в процесі філогенезу виділив трикомпонентну структуру мозку. Базовий, древній мозок, котрий відповідальний за інстинкти, необхідні для виживання. Середній мозок, лімбічна система відповідає за емоції. Неокортекс втілює функції вищої нервової діяльності, дозволяє приймати оптимальні рішення, планувати дії та контролювати імпульси. Таким чином, лімбічна система являється ядром емоційної сфери особистості, що характеризується обробкою, регуляцією та проявом емоцій; формуванням спогадів; являється елементом реакції організму на стрес. Завдяки

мигдалині мозок обробляє емоції та здійснює емоційну оцінку навколишнього середовища, також реакцію організму на боротьбу / втечу [52].

Емоція – особливий клас психічних процесів та станів, пов'язаний з інстинктами, потребами й мотивами, що відображаються у формі безпосереднього тимчасового переживання [44]. Емоційна реакція особистості на подію чи ситуацію включає в себе: фізіологічну реакцію (збудження або гальмування), експресивну реакцію (невербальна комунікація), суб'єктивний досвід (внутрішні переживання). Емоційна сфера особистості представляє спектральність барв, щодо, її складу та походження в наукових працях багатьох вчених. Еволюційна теорія емоцій Ч. Дарвіна передбачає, що поява емоції спричинена адаптацією живих істот до виживання в умовах навколишнього середовища. Емоції є результатом пристосування реакцій організму [11]. Дослідник В. Вунт в асоціативній теорії розкриває погляд на емоції через внутрішні зміни, котрі мають вплив та почуття та перебіг уявлень. Периферична теорія В. Джемса-Г. Ланге пов'язана з фізіологічними реакціями організму, коли емоція являється результатом збудження. Будь-яка емоція, що проявляється в процесі змін в зовнішніх рухах може зникнути, якщо придушити зовнішній прояв емоції. Таламічна теорія В.Кеннона - П.Барта опирається на виникнення емоцій внаслідок специфічної реакції центральної нервової системи. При емоційному збудженні водночас відбувається викид адреналіну, котрий забезпечує мобілізацію організму та сприяє активізації діяльності. Таким чином, коли людина сприймає певну подію, що вмикає якусь емоцію по нейронним мережам імпульс передається до таламуса в якому відбувається поділ: один імпульс надходить в правий відділ півкулі, де утворюється суб'єктивне переживання емоції; а другий до гіпоталамуса, відповідального за вегетативні зміни в організмі. Саме тому, коли людина

відчуває емоцію страху, відбувається усвідомлення небезпеки та збільшення серцебиття [51]. Дослідник С. Шехтер в когнітивно-фізіологічній теорії представляє виникнення емоційних переживань, як фізіологічне збудження та когнітивне усвідомлення ситуації. Важливим є те, що подія викликає збудження та людина оцінює, інтерпретує зміст ситуації на основі реакції організму. Отже, емоційні стани особистості мають два компонента: активацію та висновків людини про причини збудження опираючись на аналіз ситуації в котрій виникла емоція. Пізнавальна теорія емоцій М.Арнольд-Р. Лазаруса визначає детермінанту емоції інтуїтивну оцінку, котра характеризується безпосередністю, миттєвістю [48].

Емоційні реакції особистості, незалежно від змісту мають функцію оцінки чи пізнання. Емоція являється відповіддю на певний синдром (суб'єктивне переживання, фізіологічні порушення, моторні реакції). Науковець К. Ізард вбачав цілий спектр складних процесів, котрі опираються на нейрофізіологічний, нервово-мязовий та феноменологічні аспекти, що утворюють емоцію, як цілісну систему [15]. Фундаментом мотиваційної системи людини являється базові емоції, котрі мають глибоке філогенетичне коріння.

Емоційна сфера особистості являє собою комплекс структурних одиниць пов'язаних з психічними станами, процесами та властивостями, що переживає особа; різноманіття таких понять як емоції, почуття, переживання в процесі життєдіяльності та соціалізації людини. Психічний стан – характеристика особистості, яка показує відносно статичні та перманентні моменти її душевних переживань. Це прояв психічного у вимірі « тут і тепер», котрий має такі різновидності: вплив на особистість (позитивний/негативний); переважні форми психіки (емоційні, вольові, інтелектуальні); час протікання (короткочасні/тривалі); ступінь

усвідомленості. Психічні процеси – види взаємодії внутрішнього та зовнішнього психічного. Компоненти психічних процесів: пізнавальні – відчуття, сприйняття, мислення, пам'ять, увага, уява, мова; емоційні – емоція, почуття; вольові – воля, вольові дії. Психічне відображення включає в себе увесь зміст життєвого процесу та регулює його. Психічні властивості – сталі психічні утворення, що формуються в процесі життєдіяльності, виховання, самовиховання людини в процесі її руху до самої себе. Виражають стійкість психічного факту, його закріпленість та повторюваність в структурі особистості. Це сталі, стійкі душевні якості суб'єкта: темперамент, характер, здібності. Прояв емоцій людини відбувається шляхом вираження швидкості, інтенсивності та тривалості емоцій, що напряду пов'язаний з темпераментом особистості, котрий володіє вродженим стилем реагуванням збудження/гальмування ЦНС [5].

Емоцій можна поділити на такі угруповання: первинні – вродженні компоненти психіки щодо реагування організму до виживання в середовищі існування; вторинні – переживання, котрі базуються на пізнавальному компоненті, усвідомлення себе, духовні потреби та етапи соціалізації; позитивні/негативні; стеничні/астеничні. Б. Додонов у своїх напрацюваннях звернув увагу на взаємозв'язок емоцій виходячи з потреб людини в їх задоволенні виділив такі класи емоції: альтруїстичні (потреба допомагати іншим, бажання приносити радість); комунікативні (процес спілкування, прагнення до емоційної близькості); гностичні (потреба самоствердження, визнання, уваги та захоплення); праксичні (успішна діяльність в роботі, захоплення роботою); пугнічні (інтерес до боротьби, жадоба гострих відчуттів); романтичні (потреба в новизні, прагнення до таємничого та містичного); гностичні (когнітивна гармонія, пізнання); естетичні (жадоба краси, потреба натхнення в прекрасному); гедоністичні (тілесний та духовний комфорт); акизитивні (інтерес накопичувати,

володіти, колекціонувати). Відомий вчений П. Екмен дослідуючи емоції людей зауважив, що еволюційно вони переживаються та відображаються у різних культурах подібно. На основі лицьової експресії виділив базові емоції: гнів, відраза, зневага, страх, здивування, печаль, радість [14].

В сучасному світі переповненому потоком інформації, стрімкого зростання емоції та почуття людей яскраво демонструються іншим, як можливість зберегти своє існування. Аналізуючи класифікації відомих науковців можна підсумувати, що емоції являються реакцією організму на певні подразники, внаслідок діяльності головного мозку особистість інтерпретує події, має певні відчуття, переживання, котрі мовою тіла, жестів, мовлення висловлює іншим. Переживання особистості є формою емоційної чуттєвості до світу. Емоційне реагування в процесі комунікації розширює емоційні прояви через емоційний відгук, емоційний спалах, емоційний вибух (афект). Матері дітей з РСА при постійному стресі демонструють сильні прояви емоцій, бурхливі спалахи гніву, злості на оточуючих внаслідок порушення контролю, бо афективні стани підтримують цикл стресових думок та переживань.

## **1.2 Психологічні особливості емоційної сфери материнства**

Сучасна жінка в шаленому потоці розвитку, конкуренції та кар'єрного зростання проходить шлях до становлення матір'ю через особистісне усвідомлення материнської ідентичності. Материнство розглядають з двох основних позицій жінки: самореалізація в ролі матері (як елемент особистісної сфери жінки, щодо, задоволення своєї ролі, покликанням – К. Вітaker, Ф. Хорварт, В. Міллер) та створення безпечного середовища для розвитку немовляти (педагогічно-психологічні методи виховання, що

базуються на індивідуально-психологічних особливостях мами З. Фрейд, Дж. Боулбі, Г. Брехман, Д.Віннікотт, А.Захаров, М. Мид).

Материнство являється сукупністю еволюційного вдосконалення людства, культурологічних особливостей (звичаї, традиції, установки, щодо, функціонування та сенсу материнства), фізіологічні та психологічні трансформації організму жінки в процесі виношування плоду, народження, догляд та зрощування зрілої особистості. Оскільки, в процесі становлення мамою жінка долає шлях трансформацій, то її емоційна сфера піддається змінам, котрі відбуваються з нею, що створює конфліктність на роботі, період сімейної кризи у стосунках з чоловіком внаслідок не розуміння психологічних проявів материнства [28].

Важливим етапом є перинатальний період, котрий характеризується величезною кількістю змін, коли мама підлаштовується під потреби дитини, що змінює її звичний темп життя [19]. Науковці Бразелтон, Креймер характеризують стан вагітності, як світанок прив'язаності, період репетицій та очікування. Емоційна сфера жінки змінюється, оскільки, відбуваються фізіологічні та гормональні зміни, виявляються у відчутті втоми, тривоги, страху за здоров'я дитини. Тривожні стани, депресивність, хвилювання, роздратованість, виснаження мають бути стабілізовані. Всі ці переживання посилюють емоційні реакції в процесі комунікації з дитиною. Труднощі чи ускладнення при пологах спустошують організм матері емоційною та фізичною втомою, що може перешкоджати формування прив'язаності з дитиною. Як зазначає науковець Дж. Боулбі, прихильність формується, як міцний емоційний контакт матері з дитиною з ранніх стадій вагітності та простягається на усе життя. Комунікація відбувається через взаємовплив емоційних сфер і сенсорних систем мами та дитя. Безпечна прив'язаність створює колыску можливостей в дорослому віці, а саме: позитивну самооцінку, автономність/впевненість, емоційну регуляцію,

вміння будувати стосунки з людьми. Оскільки, прив'язаність є джерелом психологічного благополуччя особистості важливо вивчати емоційні стани матері, котра є першою системою пізнання світу та людей довкола. Крізь призму матері дитина формує власну ідентичність [49].

Материнська ідентичність являється психологічним утворенням жінки в процесі усвідомлення себе матір'ю та відповідальністю, котру вона бере на себе в ролі матері. Усвідомлене материнство залежить від психологічної зрілості особи. Представники гуманістичного напрямку А. Маслоу, Г. Олпорт вважали, що особистість є динамічною в своїх проявах через особистісні риси реалізуючи власний потенціал [21]. Риси зрілої особистості допомагають жінці приймати виклики материнства з гідністю, виховуючи дитя: адекватне сприйняття дійсності, усвідомлення та прийняття досвіду не використовуючи механізми захисту, самопізнання, спонтанність, автономія, прагнення до індивідуалізації, креативність та здатність до абстракції, стресостійкість, відчуття приналежності до суспільства, внутрішні моральні цінності та орієнтири. Фундаментом материнської ідентичності є наступні компоненти: когнітивний, емоційний, ціннісно-смісловий, конативний (поведінковий). Когнітивний компонент характеризується не свідомим та усвідомленим систематичним накопиченням знань, котрі є необхідними для догляду за дитиною та самореалізацією в ролі матері. Емоційний компонент відображає переживання жінки, щодо, материнства: емпатія, рефлексія до дитини; володіння самоконтролем над емоційними проявами в процесі виховання; визнання сильних сторін материнства та точки для зростання. Ціннісно-смісловий компонент транлює систему цінностей, переконань жінки. Конативний компонент демонструє прояви материнства у вигляді поведінкових патернів взаємодії із дитиною; самовдосконалення через здобуття нових знань та навичок; особистісне зростання через розширення



репертуару материнських якостей. Отже, материнська ідентичність відображає цілісність системних орієнтирів жінки, як матері, розширення емоційної сфери, крізь призму піклування про дитя та забезпечення благополучного зростання [10].

В своїх дослідженнях Г. Філіппова виокремлює 5 блоків готовності жінки до материнства. Зазначає важливість індивідуальної готовності, що передбачає особистісну зрілості та наявність патернів реалізації материнства через безумовну любов та прийняття, емпатію, емоційну компетентність, впевненість, спонтанність та креативність, пізнання процесів виховання. Наявність стратегій виховання; розподіл ролей та зобов'язань в родині; сформованість усвідомлених батьківських установок для ефективного виховання. Мотиваційна спрямованість усвідомлення цінності та відповідальності за нове життя [42]. Створення материнських компетентній, що передбачають турботу не лише фізичних потреб дитя, але і психологічних потреб вміння співпереживати дитині; зчитувати її емоційні стани та поведінку; вміння проводити спільну ігрову діяльність [38]. Сформованість материнської сфери, крізь призму материнства, як особистісної сфери жінки, включає три блоки (емоційно-потребовий; операційний; ціннісно-смысловий). Авторка зазначає, що в процесі онтогенезу вони засвоюються поетапно: у взаємодії з власною мамою або тими хто виконує її функції; відображаються в сюжетно-рольовій грі через ілюстрацію сценаріїв; комунікація з немовлятами до появи власної дитини; взаємодія з власним чадом [39]. Готовність до материнства С. Мещерякова вбачає в інстинктивному бажанні та поєднання соціальних чинників. Дослідниця акцентує увагу на життєвий досвід спілкування у ранньому дитинстві; інтерсуб'єктивні відчуття до плода; перебіг вагітності; бачення перспектив виховання малюка. Сучасне життя демонструє закономірності сприйняття материнства та його ідеальну роль, тобто, уявлення про

функції та риси материнства. М. Чібісова говорячи про рольовий ідеал опирається на семантичний простір, особливості поведінки, візуалізації бажаних подій, що виражаються через індивідуальні особливості матері. Важливим є світогляд матері, щодо, рольового ідеалу, котрий буде виступати базисним фактором самореалізації жінки [41].

Як зазначає Ю.Василькова, що психологічний портрет жінки-матері характеризується наступними особливостями: відкритість досвіду (здатність до рефлексії інтерпретуючи емоційний та тілесний досвід); вміння знаходитися в моменті тут і тепер; відповідальна свобода; усвідомлення індивідуальності (вміння залишатися собою в різноманітних життєвих умовах); соціальна інтегрованість; духовне зростання [6]. Н. Яремчук виокремлює в психологічній готовності до материнства наступні блоки: ціннісно-мотиваційний (вмотивованість стати матір'ю, ідентифікація цінності дитини); інформаційно-пізнавальний (арсенал знань, щодо, періоду вагітності, процесу народження та стратегії виховання дитини); комунікативний (вміння будувати стосунок та спілкуватися з дитиною); емпатійний (здатність передбачати реакції дитини, співпереживати та співчувати емоційним потребам дитини); афективно-регулятивний (вміння коригувати негативні емоційні переживання та підтримувати позитивні переживання) [45].

На етапах становлення матір'ю жінки репродуктивного віку виношуючи немовля зазнають змін функціонування свідомості, прийняття нової тілесної ідентичності являється позитивним емоційним фундаментом, щодо, усвідомленого материнства вважає Д. Гошовська [7]. В перинатальному періоді жінка відчуває різноманіття емоційних станів та переживань, які володіють різною інтенсивністю вияву емоцій, що залежить від рівня емоційної компетенції майбутньої мами. Гармонійність стосунків з дитиною залежить від рівня засвоєння

компонентів емоційної компетентності, а саме: емоційне самоусвідомлення (дозволяє розпізнавати емоції та ідентифікувати їх у дитини для покращення контакту); вміння керувати емоціями (визначає стресостійкість до розчарувань, вміння контролювати емоційні стани для зменшення вибухів гніву та деструктивної поведінки з дитиною, формує почуття відповідальності); емпатія (забезпечує вміння слухати та чути дитину, толерантність до її точки зору); побудова соціальних стосунків (вміння обговорювати непорозуміння, навички спілкування, ввічливість, щедрість та готовність допомогти) [8].

Особливостями проявів емоційної сфери жінки в процесі становлення матір'ю залежить від індивідуально-психологічних особливостей майбутньої мами, її особистісної зрілості, цінностей та мотивації нової рольової ідентифікації, наявності достатнього рівня компонентів емоційної компетентності, що створюють міцну опору гармонійного зростання дитини та її соціалізацію. Отже, особистість матері являється ядром формування здорової особистості, крізь призму усвідомленого материнства, патернів поведінки, емоційної толерантності та ціннісних орієнтирів духовного зростання.

### **1.3 Аутизм як феномен специфічних характеристик та симптомів у клінічних дослідженнях**

Розлади спектру аутизму – це спектр нейрокогнітивних розладів, котрі характеризуються порушенням функціонування роботи головного мозку, наявністю стереотипної поведінки та відсутністю стимулів до комунікативної активності та соціальної поведінки. Вперше термін «аутизм» ввів Е. Блейлер, як складову частку шизофренічного симптому; Г. Аспергер 1938р. описує «аутистичну психопатію». В 1943р. Л. Каннер

акцентує увагу на аутичному порушенні афективного контакту: аутична відчуженість, самотність; нав'язливе прагнення до стабільності; наполегливість на одноманітності діяльності; чудова механічна пам'ять; відтерміновані ехолалії; гіперчутливість до сенсорних впливів; обмеженість репертуару активності; хороші когнітивні задатки. Аутизм вважається спектральним розладом, оскільки, відрізняється варіативністю клінічних проявів у різних дітей, що об'єднуються за ключовими ознаками аутизму [2,46,50].

Дослідження аутизму вказують на множинність факторів розвитку. Науковці базуючись на сучасних дослідженнях обґрунтовують генетичний фактор мутації на генному рівні нейронних зв'язків, котрі створюють сукупність симптомів РСА [29]. Дослідники Б. Рімленд, С. Мнухін виокремлюють активність стовбуру мозку. Спостерігаються порушення надходження сенсорної інформації на рівні стовбуру мозку, що перевантажує сенсорне сприйняття дитини створюючи дискомфорт та пошуки захисної поведінки. Порушення нейронних зв'язків в лобній корі функціонування мозку, як зазначають Н.Ісаєв, В.Каган спричинює важкість моторного планування та організації власної поведінки [16]. Важливим компонентом є пренатальні фактори в період вагітності: стрес матері; прийом препаратів через інфекційні захворювання; екологічне середовище перебування жінки; вплив токсичних речовин, радіохвиль; труднощі під час пологів (гіпоксія мозку). Дослідження нейроанатомії вказують на те, що є змінена структура мозочка, мигдалевидного тіла, стовбура мозку, лімбічної системи, кіркових зон. Нейрофізіологія підкреслює знижену активність мигдалевидного тіла, яке не активізується при спогляданні іншої людини, створює брак сприйняття соціального зчитування інших. Знижена чутливість акустичних зон

призводить до сповільнення опрацювання звукових надходжень, зокрема, мовних складів, що створює перепони мовленнєвим процесам [47].

Визначальними факторами порушення пізнавальної сфери дітей РСА, як зазначає Н. Базима, є: зниження психічної активності; нерівномірність інтелектуального розвитку; труднощі з концентрацією уваги; відсутність інтересу до навколишнього світу; сприйняття інформації блоками; складності генералізації навичок; порушене формування соціальної та комунікативної поведінки [3]. В своїх наукових напрацюваннях, К. Островська виявила закономірності розумового розвитку дітей РСА відображають нижчі показники, аніж їх біологічний вік [25,26].

Модель психічного стану «Theory of mind» відкриває можливості до сприйняття й аналізу, як власних переживань та намірів, так і переживання інших людей, що дозволяє пояснити та проаналізувати їх поведінку. Дитина РСА має складності з соціальною інтуїцією (здатності до передбачення подій в буденному житті) та адаптивній соціальній поведінці (здатності співпрацювати з іншими людьми, не порушуючи загально прийнятті норми, правила не відчуваючи при цьому стресу) [27].

Клінічними проявами РСА являються: порушення соціальної взаємодії та комунікації; повторююча, стереотипна поведінка; порушення ігрової діяльності та уяви; труднощі з харчовою поведінкою та навиком туалету; супутні проблеми розвитку.

Ключовою ознакою РСА є порушення соціальної взаємодії, котра передбачає: труднощі встановлення контакту з близьким оточенням (відсутність зорового контакту, не відгукується на власне ім'я, відсутність живої міміки або її надмірність); не вміння дитини звертатися з проханням (архаїчний спосіб взаємодії, коли рука дорослого направляється в напрямок бажаного предмету; надмірна самостійність дитини); порушення контакту з ровесниками; специфічні порушення мовлення (регрес мови

після 1,5 р.; порушення експресивного та імпресивного мовлення). В дітей спостерігається порушення семантико-прагматичної сторони мови, яке відображає невміння дитини адекватно використовувати мову для спілкування, проявляється специфічними ознаками: швидкий темп мовлення, невміння слухати співрозмовника, невміння підтримувати бесіду та дотримуватися по черговості, зацикленість на певній темі інтересу та нав'язування її співрозмовнику, не розуміння контексту розмови через конкретність сприйняття розмови, не розуміння дитиною, що можна говорити, а що ні (відсутнє розділення понять свої / чужі люди) [13].

Комунікативна поведінка передбачає використання мовлення в процесі взаємодії з людьми та відбувається за допомогою вербальної й невербальної комунікації. Вербальна комунікація включає в себе: експресивне мовлення (вміння розмовляти, відтворювати); імпресивне мовлення (вміння сприймати та розуміти мову); прагматичну сторону мовлення (характеризує комунікативні здатності використання мови в залежності від типології соціальної взаємодії; усвідомлення, що потрібно відповідати, якщо задали запитання; здатність підтримувати зоровий контакт під час бесіди). Невербальна комунікація включає в себе: вказівний жест; міміку обличчя; кивки головою в знак згоди чи відмови; розуміння соціальних сигналів оточуючих; здатність до підтримки спільної уваги. Комунікація має різноманітні форми, а саме: мова, жестикуляція; мова жестів; малюнки; письмо. Діти з РСА мають суттєві труднощі з міжособистісними взаємодіями, тому важливим є створення умов, котрі розвивають навик спілкування: передача інформації (вміння вітатися та говорити «до побачення», висловлювати прохання про допомогу в соціально бажаній формі, відповідно до потенціалу дитини); обмін емоціями; координація діяльності (дотримання правил гри, по

черговості, фокусування на взаємодії, що припинилася); вміння здійснювати вибір; використання прохань в будь-якому середовищі [17]. Надзвичайно важливим є розвиток комунікативних вмінь дитини, оскільки, це сприяє: почутті безпеки; автономії, незалежності; відчуття приналежності; стимулює соціальний розвиток; покращує якість життя; відбувається інтеграція в суспільне життя [43].

Стереотипна поведінка дитини РСА специфічна у своїх проявах, а саме: ригідність (не гнучкість, зацикленість, що характеризується не здатністю йти на поступки); формування стійких звичок (біг по колу; «човниковий біг» бігання дитини від стінки до стінки; змахування руками, як метелик; перебирання пальчиками перед очима; ходіння на носочках); маніпуляція іграшками без усвідомлення гри (дії монотонні без функціонального призначення; відсутність інтеграції цілісного сприйняття та деталізація до окремих деталей таких, як крутити колесо, а не катати машинку; пересипати конструктор, а не будувати гараж; стереотипне перегортування книг, яке не сприяє читанню); істерики та протест внаслідок втручання дорослого в його простір гри; повторююча поведінка здатна до самостійного підкріплення (отримання задоволення в процесі діяльності через сенсорні канали передачі інформації, наприклад, маніпуляції потоком води). Поведінковий репертуар стереотипів дитини РСА часто має вузьке коло інтересу та не змінюється роками. Важливим сигналом стереотипної поведінки являється те, що така поведінка відбувається щоденно та займає практично весь час дитини [1,18, 32].

Порушення ігрової діяльності та уяви характеризується відсутністю імітативних дій в дитини, що пов'язані з функціонуванням дзеркальних нейронів, передніх лобних структур мозку відповідальними за усвідомлення форм поведінки, використання функцій: планування, контролю, цілеспрямованих дій, здатність узагальнювати соціальний

досвід [9]. Оскільки, є порушення вроджених функцій наслідування дитина РСА потребує проведення імітативного тренінгу навичок, щоб розвивати мовлення та комунікацію. Імітативна поведінка являється поведінкою, що відбувається після нового стимулу. Важливо навчити дитину виконувати будь-які дії після демонстрації дій дорослого. Необхідно змінювати послідовність рухів, оскільки, діти схильні до механічного відтворення, ціллю навчання є здобуття навички повторення різних рухів. Починається навчання імітативної діяльності в спеціально організованому середовищі дорослим в процесі гри (наприклад, годування лялі, розмова по телефону).

Труднощі з харчовою поведінкою дитини тісно переплітаються з такими елементами: складність переходу від перетертої їжі до твердої (довгий період блендерованої їжі, що викликає протест в дитини); малий раціон продуктів (дитина їсть лише обрану їжу та відмовляється від розширення смакових рецепторів, віддає перевагу сухому харчуванню); стійкі харчові звички (певна фірма продуктів, зовнішній вигляд, відмова від сезонних продуктів); в стресових ситуаціях дитина відмовляється від їжі (в садку, в гостях). Дитина зі РСА має труднощі формування навичку туалету, що характеризується: звичкою до памперсу; труднощі переходу від горщика до туалету; у хлопчиків проблеми з зміною пози, коли потрібно сідати на горщик; в дитячому садочку/ на прогулянці дитина не відвідує туалет, терпить через дотримання ритуалу; можливе виникнення страху унітазу при неправильному навчанні; формування залежності від підказки «сходи в туалет». Важливо враховувати особливості дитини РСА під час діагностики, оскільки, інтелектуальний потенціал дитина демонструє гірший, ніж є насправді через особливості сприймання, адаптації. Що може бути результатом встановлення неправильного діагнозу. Спектральність аутизму часто взаємодіє з комбінацією супутніх захворювань:



інтелектуальна неповносправність, епілептичні приступи, мовленнєві порушення; ГРДУ; ОКР; тривожні розлади; розлади сну.

Сучасна реальність життя та стрімкий розвиток технології, котрі впливають на екологію людського буття з кожним роком підвищуються розвиток різного роду мутацій генів. Це спричинює сплески різноманітних захворювань, розладів психічного здоров'я, депривацій поведінкових патернів, зміни усвідомлення цінності життя у соціумі. Одним з нейрокогнітивних розладів являється РСА, котрий є вродженою особливістю функціонування особистості. Надзвичайно важливо знати та помічати маркери цього розладу, оскільки, рання втручання допомагає людині максимально використати свої природні можливості; бути соціалізованим у суспільстві, як частина соціуму [53].

Матері, котрі виховують дитину зі РСА враховуючи особливості дитини та усвідомлюючи її цінність потребують психологічного супроводу подолання стресів у житті родини; створення спеціалізованих умов для розвитку дитини; вчасне діагностування та скерування, щодо, подальших кроків психокорекційних втручань; співпраця з фахівцями по роботі з небажаною, ригідною поведінкою; складання індивідуальної програми розвитку. Жінка часто перебуває в фрустраційних станах, оскільки, перебуває поміж розподілом двох ролей: я мама та я тренер. Я мама, хоче дарувати любов, тепло, грайливість та безпосередність, однак, усвідомлюючи потребу дитини в дисципліні, формування правил та соціально бажаних поведінкових зразків, що несформовані через розлад, потребують додаткових зусиль та навчання. В такі моменти мама змінює налаштування на роль тренера, котрий систематично дотримується протоколів навчання, не дозволяє розслабитися, постійного перебуває в готовності до неочікуваної поведінки та фокусуванням уваги на стратегія корекції. Тренер представляє методи ефективного навчання, завдяки

своєчасним підкріпленням, знанням базових принципів та функцій поведінки. Ця амбівалентність ролей матері спричиняє розгойдування емоційної сфери через проживання різних емоцій, що потребують контролю для продуктивності навчання й покращення самостійного виконання навиків. Кожна дитина має мати задоволені потреби, дитина з РСА має дещо інші потреби, котрі виходять з роботи її центральної нервової системи та проявляються специфічною поведінкою. Оточуючі люди можуть помітити такі прояви: застрягаюча поведінка; нездатність йти на поступки; утворення стійких звичок (стереотипії, ритуали, компульсії); істерики та протести; відсутність функціональної гри; уникнення зорового контакту та не бажання взаємодіяти з іншими.

Отже, діти РСА потребують формування навиків комунікації (вміння здійснювати обмін інформацією; обмін емоціями; координація діяльності); життєві навички (соціально прийнятні форми поведінки в процесі спілкування; навички самообслуговування); самостійність (здобуття вмінь перебувати в соціумі без додаткового супроводу та уміння турбуватись про свої потреби).

#### **1.4 Психологічні виклики жінок, котрі виховують дітей з розладом спектру аутизму**

Народження дитини в родині кардинально змінює сімейний цикл взаємозв'язків, взаєморозуміння та зобов'язань батьків. Відбувається ідентифікація себе з гендерною роллю матері та батька, що сповнює серце щастям та приливом енергії. В процесі онтогенезу мама дитини помічає відхилення розвитку відносно однолітків, що переповнює її емоційну сферу хвилюванням, тривожністю, фрустрацією, розгубленістю, розпачем та розчаруванням очікувань відносно функціонування власного дитя. РСА

мають різноманітні прояви, що на ранніх стадіях розвитку важко піддаються диференційній діагностиці. Відповідно батьки отримують відповіді на свої переживання у період 1,5-5 років дитинства. Це спричинює психологічний дистрес, котрий руйнує звичний спосіб життя та централізує всіх членів родини до дитини з діагнозом. Матері схильні до виникнення тривог та специфічних страхів, щодо, майбутнього дитини; депресивне мислення, румінації; втрачається сенс та перспективність життя; переживання втрати дитини, яка зовні не має відмінностей від інших, але має поведінкові, соціальні та комунікативні труднощі; погіршуються сімейні стосунки через внутрішні переживання та прийняття діагнозу батьками.

На думку О. Федосєєвої, важливими компонентами трансформації батьків є 3 рівні: психологічний, соціальний, соматичний. Психологічний рівень відображається у втраті здорової дитини, що є трагедією, котра підсилює істеричні та апатичні стани батьків, спонукає до змін заради спільного майбутнього. Соціальний рівень базується на звуженні соціальних контактів зі звичним оточенням через глибинні установки батьків відповідно до особливостей дитини (переживання страхів, сорому). Соматичний рівень запускає стресовий механізм жінки, котра усвідомлює розлад дитини та незворотність цього процесу, що активує її соматичні та психічні захворювання. В процесі дорослішання дитини матері скаржаться на проблеми зі здоров'ям: ослаблення імунної системи; вірусні хвороби; серцево-судинні захворювання; порушення функціонування шлунково-кишкового тракту; хронічна втома; емоційне виснаження; присутність депресії, як звичного стану організму [40].

Ставлення батьків до дитини з особливими патернами взаємодії, як зазначає В. Соммерс має 5 стратегій: прийняття дитини та її особливостей (реальне оцінювання потенціалу та можливостей дитини); реакція

заперечення дефекту (внутрішній супротив визнання порушень, далекоглядні плани перспективного освітнього та професійного майбутнього); реакція надмірної опіки, захисту ( пов'язана з емпатією та почуттям провини, що не дозволяє дитині здобувати навички, бо все виконують за неї); приховане неприйняття і відсторонення (внутрішнє усвідомлення дефекту викликає відразу, яка не демонструється ззовні); відкрите неприйняття й відсторонення (визнання власних станів та включення стратегій захисту) [34].

Виклики, котрі долає мати на шляху прийняття дитини з неповносправністю продемонстровані в спіралі професорки Е. Шухарт: шок (кошмарний сон, безпорадність, бажання втекти/прокинутися); заперечення (спростування реальних фактів); пошук (надія на чудо); агресія (страждання спонукає до пошуків винних, розчарування, звинувачення Бога); депресія (усвідомлення не можливості втечі); примирення (вголос озвучується діагноз дитини, миряться з ситуацією); прийняття (змінна цінностей, усвідомлення власної сили); солідарність (прийняття неповносправності відкриває можливості до оздоровлення суспільства) [23]. Родина, котра стикається з проблемами розвитку в індивідуальному порядку проходить дорогу з емоційних переживань, страхів, докорів сумління, інтенсивних страждань та болі, періодів торгів зі світом, адаптації, прийняття, відновлення та інтеграції досвіду заради світлого майбутнього [24]. Т. Богданова виокремлює фазовість протікання усвідомлення факту народження дитини з порушеннями: 1) безпорадність, відчуття неповноцінності себе як людини, сповнення емоційним страхом; 2) спростування поставленого діагнозу та негативізм; 3) прийняття діагнозу та розуміння всіх наслідків, що призводить до виникнення глибокої депресії; 4) свідоме звернення батьків за фаховою допомогою, адекватна оцінка ситуації, крізь призму інтересів дитини. Як зазначає І.

Мамайчук фундаментальними у процесі виховані дитини є ставлення батьків до особливостей розвитку: реалістичний, песимістичний та необґрунтовано оптимістичний тип. В. Ткачева акцентує увагу на типі поведінки батьків: авторитарний, невротичний, психосоматичний тип. Системне бачення батьків відіграє визначальну роль у функціонуванні та соціалізації дитини [36, 37].

Емоційний стрес матері взаємопов'язаний з переживанням емоцій та почуттів відповідно до щоденних буднів, коли поступово відбувається усвідомлення діагнозу й потреб дитини. На першому місці наявна емоція страху, яка підкреслює невідомість майбутнього та знижує толерантність мами до невизначеності умов, стилю життя дитини в перспективі. Почуття сорому і провини наповнює материнське серце та провокує самозвинувачувальне мислення через неповносправність дитини. Відсутність емоційної близькості, самотність, цілодобове перебування з дитиною без можливості відпочинку, нав'язливі думки створюють сприятливе підґрунтя депресії. Інтенсивність гніву, злості, агресії, обурення досягає пікових вершин, що спрямовується на весь світ. Стан смутку, розпачу, розгубленості, роздратування, хвилювання, тривожності підкріплюється розумінням обмежень власної дитини. Міжперсональний стрес виявляється в кризових переживаннях батьків та близького оточення. Інформаційний/інтелектуальний стрес пов'язаний з потребою глибинного пізнання витоків розладу; пошуків ефективної допомоги; ознайомлення з психокорекційними методами роботи. Відчуття фрустрації пов'язане з суперечливими даними про діагноз, що породжує сумніви та відповідальність за прийняття рішення, котрою дорогою йти обираючи раннє втручання. Екзистенційний стрес через народження дитини з особливостями здійснює розхитування мотиваційно-ціннісних орієнтацій, зміну світогляду та самосприйняття себе, як особистості з трансформацією

власної самореалізації, котра відштовхується від нової реальності – потреб дитини [31].

Викликом для матері, котра виховує дитину з РСА є відсутність емоційної близькості. Мозок дитини функціонує таким чином, що відсутня потреба в контакті, це створює труднощі з побудовою прив'язаності та розуміння мамою бажань дитини. Дитина не здатна сприйняти, зрозуміти, зчитати ледь помітні зовнішні прояви емоційних станів, переживань інших людей. Тобто, механізми формування соціальної поведінки через емпатію зазнають порушень. Поведінка дитини, яка уникає зорового контакту з мамою, дивиться крізь неї, не розуміє звертання, демотивує зусилля жінки та будує бар'єри. Через гіпер- або гіпочутливість дитина шукає способи наповнення свого тіла відчуттями, щоб відчутти його. Такі поведінкові патерни викликають розгубленість, страх, відчай мами через розуміння унікальності потреб дитини.

Соціальний та емоційний розвиток порушується через механізм центрального зв'язування, коли дитина не може цілісно сприймати картину світу завдяки зоровому, тактильному, слуховому сприйнятті інформації, а оцінка здійснюється окремими відділами нервової системи. Це є викликом для мами, котра постійно перебуває в мобілізованому, напруженому стані та готовності реагувати за дитину. Супроводжується тривожним усвідомленням, що в надзвичайних ситуаціях дитина немає страху небезпеки та рухається в напрямку, який їй потрібен не враховуючи обставини, що довкола. Відсутність чи затримка мовленнєвих навичок викликає стурбованість, що дитина буде відкинута суспільством та приречена на самотність. Викликом є здобуття вміння протистояти соціуму з відповідями на запитання про маленького мовчуна, коли мама не знає, як буде розвиватися мовлення, однак, являється адвокатом своєї дитини в навколишньому середовищі [33].

Важко впоратися з тим, що дитина проявляє зацікавленість до малої кількості предметів, що супроводжується монотонністю, символічністю використання. Всі старання матері певним чином урізноманітнити гру чи запропонувати нові правила напштовхуються на супротив, істеріку. Така поведінка відштовхує маму від намагань побудови контакту, а також знижує її мотивацію. Вона потребує підтримки, котра є безпечним фундаментом розуміння правильності власної поведінки та старань. Стресом для матері є специфічність дитини з РСА до повторювальної, стереотипної, сенсорної поведінки, яка викликає багато запитань та стигматизації у соціумі. Емоційна сфера мами зазнає амбівалентності: необхідно скоригувати поведінку дитини, водночас, відповідати на зовнішні стимули (запитання) людей. Це провокує розгубленість, роздратування, пригнічення, нестриманість, емоційне спустошення. Матері схильні до виснаження, оскільки, всю енергію, силу, ресурси вкладають у дитину та зовсім забувають піклуватися про власне психологічне та фізичне благополуччя. Такий стан негативно впливає на подружні стосунки, комунікацію з друзями та характеризується обмеженнями соціальних атракцій [20].

Викликом для жінки є осмислення утрудненого фінансового становища родини через додаткові витрати на фахову допомогу дитині та розуміння неможливості повернення до колишнього способу життя, роботи. Такі інсайти змін власного майбутнього створюють крах цінностей та самореалізації в професійній сфері. Апатичні стани та депресогенні дії поступово переоцінюються та спонукають до пошуку можливостей на основі знань, вмінь, навиків, використовуючи переваги дистанційної роботи з вільним графіком виконання. На думку, А. Сагдуллаєва, матеріальне становище, фінансові труднощі є причиною конфліктів на складностей взаємодії в сім'ї.

На життєвий шлях матері, котра виховує дитину з РСА трапляється величезна кількість випробувань. Кожна жінка з гідністю приймає виклики до яких ніхто не готував, немає готових алгоритмів, а лише опираючись на материнську інтуїцію, любов, безумовне прийняття, турботу та бажання виростити щасливе дитя, незважаючи на перепони додає сил та відкриває інтеграційні можливості досвіду. Завдяки індивідуально-психологічним особливостям особистості мами вибудовується модель родинного зростання, усвідомлення цінності життя та отримання насолоди від успіхів дитини виходячи з її потенційних можливостей. Жінка переживає широкий спектр емоційних станів, проходить стадії прийняття неповносправності дитини, долає сімейні кризи, змінює стиль життя. Безумовне прийняття дитини такою, якою вона є допомагає дивитися на особистість крізь призму того, що вона може, а не через встановлений діагноз.

### **1.5 Теоретична модель магістерського дослідження**

Емоційна сфера особистості являється результатом роботи безлічі факторів: структурних одиниць мозку, індивідуального функціонування психічних станів, процесів, властивостей. Таке надзвичайне поєднання дає можливість людині різнобічно розкриватися активізуючи вроджений потенціал та опосередковано, завдяки суспільству набувати нового досвіду. Емоційні переживання володіють широким спектром вираження, що залежить від зовнішніх факторів впливу (навколишнього середовища) та внутрішніх суб'єктивних факторів сприйняття (чуттєвість до ідентифікації власних відчуттів, станів, почуттів).

Жінка в процесі становлення матір'ю переживає значні трансформації зовнішнього вигляду, гормонального вибуху, набуття нової гендерної ролі, зміни пріоритетів у житті. Як результат емоційна сфера зазначає



дистресу, що характеризується емоційними гойданнями на всіх рівнях життєдіяльності. Функціонування емоцій матері тісно переплітається зі такими елементами, як: психологічна готовність (прийняття власної особистості з усіма перевагами та недоліками, котра здатна до безумовного емпатійного прийняття, глибинного розуміння виховного процесу, вміння брати відповідальність, задоволення потреб дитини через особисту трансляцію благополучного стану задоволення); ідентифікація себе з роллю матері (розкриття материнського потенціалу якостей, створення надійної прив'язаності, спрямованість мами на хвилю потреб дитини через зчитування усіх актуалізованих сигналів); сформованість материнських компетенцій (присутність необхідних материнських функцій, навиків піклування, гри відповідно до кожного вікового етапу розвитку, усвідомлення цінності та насолоди від щоденних моментів поруч з дитиною).

Поява в родині дитини сповнює дім блаженством та несамовитою радістю. В процесі зростання дитини матір, котра знаходиться поруч найбільшу частину часу помічає сигнали. Вони запускають механізми тривожності, оскільки, поведінка, специфічне коло інтересів, відсутність наслідування та мовлення, не розуміння звертань близьких, ігнорування однолітків на майданчиках, надмірна самостійність дитина та небажання адаптуватися до умов середовища насторожують маму. В цей момент відбувається інтенсивний пошук різноманітних досліджень, ціллю яких є виявлення особливостей дитини завдяки фаховим спеціалістам. Варіативність часового проміжку діагностування являється дуже індивідуальним та залежить від багатьох факторів (вік, інтенсивність вираженості симптомів, дослідження труднощів соціальної взаємодії, присутність супутніх захворювань, доступність якісної діагностики

кваліфікованими спеціалістами). В пошуках хвилюючих відповідей, щодо, розвитку дитини мама перебуває у фрустраційних станах.

Момент встановленнями лікарями діагнозу дитини підриває ґрунт материнської стабільності, що стає кризовою подією для всієї родини. Шоковість ситуації, заперечення реальності сприяє поділу життя до та після діагнозу. Оскільки, емоційна сфера зазнає значного впливу дистресу, емоційні переживання знаходяться на пікових точках. Складність ситуації полягає в руйнації матері образу здорової дитини, що була поруч стільки років (РСА діагностується у віковому етапі 1,5- 5 років). Це надзвичайний виклик пройти шлях самоусвідомлення себе, крізь призму особливого материнства, оскільки, функціонування дитини буде пронизане симптоматикою розладу відповідно до вираженості спектральності. Дорога кожної жінки являється персональною в основі якої стоять індивідуально-психологічні особливості, родинна підтримка, виховання, країна проживання, рівень підтримки держави, суспільна толерантність та обізнаність. Оскільки, мозок виступає адвокатом психічного здоров'я та збереження життя, відбувається запуск апатично-депресивних станів, як захисної зброї до надмірно сильних емоційних страждань. Це надає матері час відключитися від жахливої реальності, усвідомити власні думки, емоції, поведінку в психологічному супроводі фахівця або близьких людей, що забезпечують мережу прийняття та підтримки. Переживання жінкою, котра виховує дитину з РСА тривожно-депресивних станів дозволяє пізнати особисту межу дна від котрого в подальшому мама буде відштовхуватися та продовжувати жити. Етап самоусвідомлення себе матір'ю дитини РСА являється спусковим механізмом процесу горювання, що супроводжується оплакуванням здорової дитини та поетапною інтеграцією в нові умови життя.

Крок за кроком жінка починає екскурс в РСА, як нової реальності життя. Її очікує багато суперечливої інформації, активні пошуки вузькопрофільних спеціалістів, велика кількість годин роботи над собою та корекційних втручань дитини. Емоційна сфера перебуває у постійному напруженні та готовності діяти, що сприяє розвитку негативно забарвлених станів. Матір стикається з амбівалентністю ролей: я мама та я тренер. Оскільки, при РСА науково доведеними емпіричними даними рекомендованими являються 25-40 годин в тиждень інтенсивних занять, що дозволяє максимальну інтеграцію та самостійність дитини в майбутньому. Як наслідок мама велику кількість часу виступає тренером для дитини, дотримуючись поведінкових стратегій, здобуваючи навички ефективних методів навчання, контролюючи середовище та умови зростання. Це вимагає титанічних емоційних, розумових зусиль мами, що може трансформуватися в негативне сприйняття дійсності. Роль істинної мами часто являється занедбаною, оскільки, жінка не дозволяє собі розслабитися, не дає собі спуску на шляху до світлого майбутнього. Жінка рідко дозволяє собі бути люблячою мамою, котра може підкріпити не бажану поведінку; купити те, що хоче дитина; проявити тепло та лагідність. Матері важливо навчитися отримувати задоволення від ролі матері в щоденних моментах тут і тепер, незважаючи на діагноз.

Життя матері дитини РСА сповнене психологічними викликами: проходження стадій прийняття діагнозу; безумовне прийняття дитини з проблемними моментами нейрокогнітивного й соціального розвитку (складності сприймання, сконцентрованості уваги, вибірковості інтересів, присутність стереотипної поведінки, відсутність емоційного контакту); сукупність стресів, котрі негативно впливають на емоційну та інтелектуальну діяльність людини. Дослідження емоційної сфери матерів РСА є важливим, оскільки, впливає на розвиток дитини.

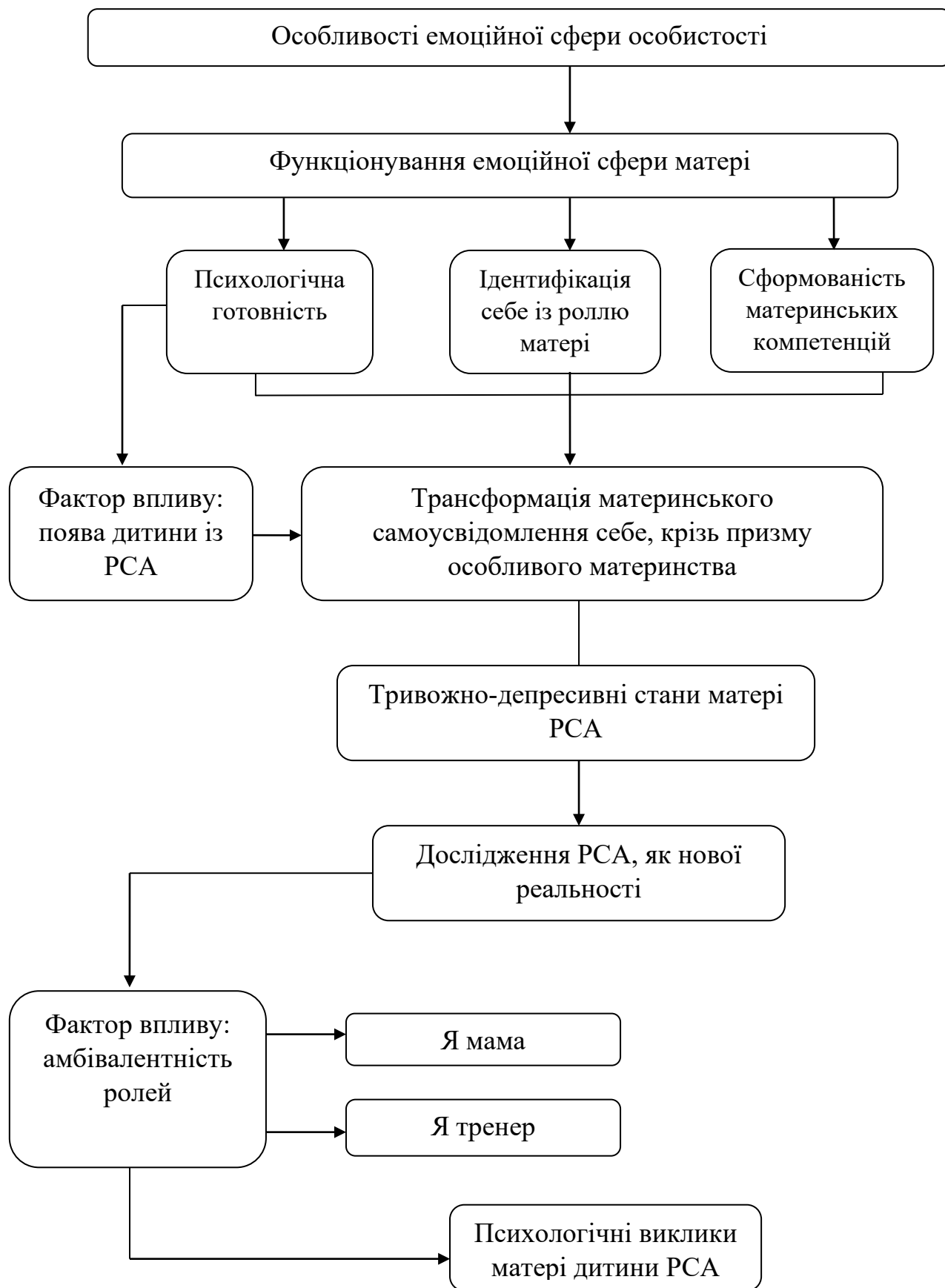


Рис. 1. Теоретична модель магістерського дослідження.

## Висновки до розділу I

Життя людини сповнене різноманітними подіями, ситуаціями, котрі викликають певні реакції організму, внаслідок змін умов навколишнього середовища. Мозок функціонує таким чином, що емоційна сфера особистості демонструє комплекс переживань психічних станів, процесів, властивостей в житті. Існують різноманітні теорії, щодо, походження та класифікацій емоцій. Це означає, що фізіологічне збудження нейронної мережі, виділення гормонів, відчуття суб'єктивних переживань, інтерпретація думок та поведінкові рішення особи відбуваються, крізь призму емоційної регуляції.

Материнська ідентифікація жінки зазнає емоційного гойдання в процесі виношування плоду, пологів, вигодовування, виховання. Важливим являється психологічна зрілість та сформованість материнських компетенцій, що є запорукою щасливого буття мами з дитиною. Встановлення діагнозу сприяє до інтенсивних переживань через крах сподівань; оплакування здорової дитини; самоусвідомлення себе, як особливу маму. Цей шлях сповнений пізнанням РСА та пристосування до його особливостей. Негативні стани мама пов'язані зі страхами, невідомістю та розподілом ролей: я мама, я тренер.

Оскільки, дитина має комунікативні, соціальні, поведінкові труднощі щоденно матір долає протистояння зі стресами: емоційними, міжперсональними, інформаційними/інтелектуальними, екзистенційними. РСА вносить дуже багато коректив у життя родини, бо дитина по життєво відповідно до яскравості вираження симптомів буде відрізнятися від загальних норм, однак, безумовне прийняття мамою дитини такою, як вона є дозволяє розкрити увесь потенціал з успішною соціалізацією та самостійністю.

## Розділ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1 Характеристика вибірки та опис психодіагностичного інструментарію дослідження

Проведення емпіричного дослідження сприяло аналізу емоційної сфери матерів дітей РСА, крізь призму їх емоційних станів. В процесі наукового опитування припускалося, що: у матерів дітей з РСА є тенденція до домінування негативних емоційних переживань; специфічною характеристикою матерів дітей з РСА являється емоційна негнучкість, ригідність.

В дослідженні взяло участь 74 матері, котрі займаються вихованням дітей з РСА віком від 2 до 16 років. Вік респондентів варіювався від 18 до 36 і старші, що впливало на сприйняття материнства під кутом нової реальності встановленого діагнозу. Дослідження проводилося у 2020 році за допомогою Google форми.

В рамках наукової роботи було використано такий психодіагностичний інструментарій дослідження: базова психологічна оцінка ІАРТ; методика «Шкала диференціальних емоцій» К. Ізард; методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком); методика діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні (за В.В. Бойком).

Базова психологічна оцінка ІАРТ, котра в 2012 році була перекладена Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії, що включає в себе скринінгові методики: PHQ-9 (депресії); GAD-7 (тривоги); ІАРТ (соціальної фобії, страху панічних атак та специфічних фобій) [4]. Депресія являється одним з найпоширеніших психічних розладів людини в процесі життєдіяльності, пов'язаної зі зіткненням стресових ситуацій, подій. Характеризується зниженням інтересу (ангедонія), пригніченим настроєм, безнадією, труднощами зі сном, відчуттям втоми, зниження

кількості енергії, змінами харчової поведінки (поганий апетит чи переїдання), негативне оцінка себе (я невдаха), труднощі з концентрацією уваги, сповільненість рухів та мовлення, негативні думки. Опитувальник PHQ-9 містить 9 тверджень, котрі відповідають характеристикам депресивних симптомів, що являються діагностичними критеріями DSM-IV. Респондент може набрати 0-27 балів, оскільки, кожне твердження оцінюється протягом останніх двох тижнів у такій послідовності відповідей: 0 – ніколи; 1 – кілька днів; 2 – більше половини часу; 3 – майже щодня. Відповідно до підрахунків дані інтерпретуються: 1-4 – мінімальна депресія; 5-9 – легка; 10-14 – помірна; 20-27 – вкрай важка депресія.

Опитувальник GAD-7 виявляє симптоматику тривожних розладів. Необхідно обрати оцінку емоційного стану протягом останніх двох тижнів співвідносячи свій стан з запропонованими 7 твердженнями. Респондент може набрати 0-21 балів, оскільки, кожне твердження оцінюється: 0 – ніколи; 1 – кілька днів; 2 – більше половини часу; 3 – майже щодня. Дані опрацьовуються та визначається рівень тривожності: 0-4 – мінімальний; 5-9 – помірний; 10-14 – середній; 15-21 – високий.

Опитувальник IAPT оцінює здатність особистості у різноманітних ситуаціях використовувати стратегії уникнення певних ситуації чи об'єктів. Респондентам необхідно вибрати цифру від 0 до 8, котра відображає ступінь уникнення: 0 – не уникатиму; 2 – дещо уникатиму; 4 – безумовно уникатиму; 6 – помітно уникатиму; 8 – завжди уникатиму. Цифра відобразатиме наскільки сильно особа, котра приймає участь у дослідженні може уникати: соціальних ситуацій через страх бути засоромленою або висміяною; певні ситуації через страх панічних атак або інших тривожних симптомів; певні ситуації через страх окремих об'єктів або видів діяльності. В процесі інтерпретації даних, щодо,

соціальної фобії, страху панічних атак та специфічних фобій акцент ставиться на значимих оцінках, стартуючи від 4 (безумовно унікатиму).

Методика «Шкала диференціальних емоцій» К.Ізарда ґрунтується на теоретичній концепції відомого вченого відповідно до походження емоцій, котрі розподілені на 10 базових емоцій (інтерес, радість, здивування, горе, гнів, презирство, відраза, страх, сором, провина). Ці емоції являються фундаментом емоційної сфери особистості. Методика спрямована на дослідження спектру емоційних переживань людини та елементи емоційної регуляції. Респондент має оцінити 30 монополярних шкал, котрі сформульовані прикметниками, що демонструють різноманіття емоційних виявів. Оцінювання базових емоцій відбувається шляхом оцінки трьох приватних шкал, що розподілені таким чином: I. Інтерес (п. 1-3); II. Радість (п. 4-6); III. Здивування(п. 7- 9); IV. Горе (п. 10-12); V. Гнів (п. 13-15); VI. Відраза (п. 16-18); VII. Презирство (п. 19-21); VIII. Страх (п. 22-24); IX. Сором (п. 25- 27); X. Провина (п. 28-30). Респондентам необхідно визначити міру вираженості кожного емоційного переживання за шкалою: 1 – переживання повністю відсутнє; 2 – виражене трохи; 3 – виражене помірно; 4 – виражене сильно; 5 – виражене в максимальному ступені. Дана методика має усі шкали прямі, що характеризується зростанням оцінок та збільшенням інтенсивності емоційних переживань. Інтерпретація даних здійснюється в 2 етапи. Перший етап складається з підсумування балів по трьох шкалах відповідно до кожної базової емоції. Показники можуть варіюватися від 3 до 15 балів, що відображаються в профілю емоцій у системі координат, де представлені найменування базових емоцій та відображено загальну оцінку по кожній з них. Другий етап характеризується обрахунком емоційних переживань, що об'єднанні в такі угруповання: індекс



позитивних емоцій (ПЕ); індекс гострих негативних емоцій (ГНЕ); індекс тривожно-депресивних емоцій (ТДЕ).

Індекс позитивних емоцій відображає міру вираженості позитивного емоційного ставлення людини до поточної ситуації, котра пов'язана з зовнішніми факторами впливу, що кардинально змінюють життя. Показники ПЕ являються сумою балів по трьох перших блоках базових емоцій: інтерес, радість, здивування. Інтерес спрямовує особистість до пізнання діяльності (глибинне вивчення актуального стану), підсилює мотивацію до різного роду активностей, що посилює позитивний емоційний стан. Радість підсилюється емоційним збудженням, щодо, задоволення власних потреб та суб'єктивним відчуттям щастя. Радість взаємопов'язана з успіхами в різних сфер життя, що сприяє позитивній атмосфері. Здивування пов'язане з активацією нервової системи через несподівану подію в житті. Дані можуть варіюватися від 9 до 45 балів.

Індекс гострих негативних емоцій характеризує загальний рівень вираженості негативного емоційного ставлення респондента до поточної ситуації. Показники ГНЕ являються сумою балів по чотирьох наступних блоках базових емоцій: горе, гнів, відроза, презирство. Горе транслює сильне емоційне страждання внаслідок оплакування значимої втрати та переживання стадій горювання на шляху до зцілення. Гнів та відроза виникають, як захисні механізми, щоб позбутися ситуацію, котру не можна змінити та не має сил боротися, усвідомлювати її. Презирство характеризується деперсоналізацією, як втрати очікуваного майбутнього. Значення ГНЕ може коливатися в межах від 12 до 60 балів.

Індекс тривожно-депресивних емоцій відображає рівень вираженості відносно стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу емоцій, що характеризується суб'єктивним ставленням та оцінкою до поточної ситуації. Показники ПЕ являються сумою балів по трьох останніх блоків базових емоцій: страх, сором, вина. Страх

ґрунтується на невідомості, щодо, майбутніх прогнозів власного життя, враховуючи непередбачувані обставини. Сором виникає, крізь призму соціально прийнятних форм поведінки та поведінкових особливостей людини, котра не відповідає стандартам суспільства. Провина супроводжує емоційний фон особи через особисту відповідальність, самозвинувачення, наявність нав'язливих негативних переконань та думок. Дані можуть варіюватися від 9 до 45 балів.

Інтерпретуючи емоційні переживання відповідно до визначених груп, використовують таку послідовність обрахунків: 1) ІПЕ міра емоційних переживань: слабка ( $\leq 19$  балів); помірна (20-28 балів); виражена (29-36 балів); сильна ( $> 36$  балів); 2) ІГНЕ міра емоційних переживань: слабка ( $\leq 14$  балів); помірна (15-24 балів); виражена (25-32 балів); сильна ( $> 32$  балів); 3) ІТДЕ міра емоційних переживань: слабка ( $\leq 11$  балів); помірна (12-20 балів); виражена (21-30 балів); сильна ( $> 30$  балів) [22].

Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком) спрямована на визначення деструктивних станів реагування (тривога, фрустрація, агресія) та притаманних респондентам властивостей особистості, а саме: тривожність, фрустрованість, агресивність, ригідність. Опитувальник складається з 40 тверджень, котрі описують різноманітні психічні стани. Респонденту необхідно оцінити свій стан та вибрати відповідну цифру: 2 – опис збігається з вашим станом та стан виникає часто; 1 – цей стан виникає зрідка; 0 – не збігається з вашим станом. Інтерпретація даних здійснюється відповідно до підрахування даних з 4 блоків: I. тривожність(п.1-10); II. фрустрація ( п.11-20); III. агресивність (п.21-30); IV. ригідність (п.31-40).

Шкала тривожності характеризується такими балами тривоги та тривожності: 0-7 – низький рівень, вказує на адекватне сприйняття дійсності, впевненість в собі та своїх можливостей; 8-14 – середній

рівень; 15-20 – високий рівень, вказує на дратівливість, нестриманість, хвилювання, занепокоєння, що на постійні основі може сприяти до розвитку невротичних станів, що негативно впливають на психічне здоров'я людини. Тривожність являється індивідуальною властивістю особистості, що характеризується підвищенням напруження в різноманітних ситуаціях, характерних для загрози життя чи страху. Постійне переживання тривожності знижує ефективність комунікації та діяльності поміж людей.

Шкала фрустрації демонструє такі значимі результати фрустрації та фрустрованості: 0-7 – низький рівень, що являється показником високої самооцінки, притаманна стійкість до невдач, респондент не боїться труднощів та викликів життя; 8-14 – середній рівень; 15-20 – високий рівень, що передбачає низьку самооцінку, уникнення труднощів та страх невдач. Фрустрація супроводжується низкою перешкод, що постають перед матір'ю на шляху до заповітних результатів дитини. Амбівалентність емоційних переживань підсилюють відчуття безнадії, безперспективність майбутнього та страх невдач незважаючи на докладені зусилля, що призводить до нервового виснаження організму та формування незадоволеності всім, як способу життя.

Шкала агресивності демонструє такі бали агресії та агресивності: 0-7 – низький рівень, що відображається в спокої та витриманості особистості; 8-14 – середній рівень; 15-20 – високий рівень, що вказує на прояви агресивності, не вміння стримуватися, труднощі в комунікації з людьми. Агресивність, як властивість особистості передбачає здійснення агресивних дій за допомогою вербальної чи невербальної комунікації. Агресія скерована різного роду нападами на близьке оточення людей, вказує на неприємність, несправедливість зіткнення з певними тригеруючими ситуаціями. Являється демонстративним способом

виявлення власних емоцій, оскільки, присутньою є стратегія уникнення спілкування, крізь призму сильних внутрішніх емоційних переживань.

Шкала ригідності характеризується такими значимими даними ригідності: 0-7 – низький рівень, що вказує на відсутність ригідності, легкість переключення станів; 8-14 – середній рівень; 15-20 – високий рівень, що вказує на складності в змінах життя, здатність застрягати в певних станах. Ригідність має вплив на погіршення комунікативної взаємодії та вміння швидко адаптуватися під життєві обставини, що істотно знижує рівень життя та потенційний можливостей особистості.

Методика діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні (за В.В. Бойком) спрямована на визначення в людини емоційних бар'єрів у процесі формування комунікативних контактів [12]. Дозволяє дослідити емоційні перешкоди, котрі трапляються на шляху міжособистісного простору взаємодії. Респондентам пропонується оцінити 25 тверджень відповідно до власного емоційного стану. Інтерпретація відповідей дозволяє з'ясувати, які саме труднощі виникають у людини в процесі міжособистісного спілкування. Виділяють такі шкали: 1) невміння керувати емоціями, дозувати їх, що негативно сприймається оточуючими та провокує на конфлікти; 2) неадекватне емоційне вираження, котре являється не конгурентним відносно подій довкола; 3) домінування негативних емоцій, котре відображає світ у депресогеному світогляді та песимізмі нездійснених очікувань; 4) не гнучкість, нерозвинутість, не виразність емоцій, що породжує безліч непорозумінь, конфліктів, крізь призму ригідності емоційних проявів й відсутністю вмінь адаптаційного потенціалу людини реагувати та швидкоплинні зміни в середовищі; 5) небажання зближуватися з людьми на емоційній основі, що проявляється під час комунікації з співрозмовником являється відштовхуючим елементом стосунків. Висновки самооцінки можуть варіюватися в межах від 0 до 25 балів, а

саме: 0-2 – погано бачите себе збоку; 3-5 – емоції не заважають вам спілкуватися; 6-8 – присутність не аби яких проблем в повсякденному спілкуванні; 9-12 – свідчать, що щоденні емоції певним чином ускладнюють спілкування з партнерами; 13-25 – емоції яскраво виражено створюють перешкоди при встановленні контактів з людьми, присутність дезорганізуючих реакцій чи станів під час ведення розмов.

## 2.1 Аналіз та інтерпретація даних емпіричного дослідження

У результаті проведення кореляційного аналізу виявлено прямий зв'язок фактору депресії (PHQ-9) поміж індексом тривожно-депресивних емоцій ( $r = 0,410$ ;  $p \leq 0,05$ ); страхом ( $r = 0,407$ ;  $p \leq 0,05$ ); індексом гострих негативних емоцій ( $r = 0,433$ ;  $p \leq 0,05$ ); горе ( $r = 0,565$ ;  $p \leq 0,01$ ); домінуванням негативних емоцій ( $r = 0,646$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Депресія характеризується різноманітністю своїх клінічних симптомів та спектральністю депресивних розладів, що мають значний вплив на усі сфери життя людини, як результат погіршується якість життя особи. Свідченням цього є зв'язок індексу тривожно-депресивних емоцій, що демонструє сукупність відносно стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу емоцій.

Важливим акцентом взаємозв'язків являється суб'єктивний світогляд матерів відносно ситуації, котра пов'язана зі встановленням дитині діагнозу РСА. Індивідуально-психологічні особливості жінки впливають на інтерпретацію стресогенних факторів через специфіку проявів розбалансованої емоційної сфери. Тривожно-депресивний комплекс емоції включає в себе такі блоки: страх, сором, вина. Емоційний стан страху відображає захисний механізм організму абстрагуватися від невизначеності, щодо, майбутнього родини, обумовлений діагнозом

дитини. Це створює перепони через неможливість планувати своє життя, оскільки, немає стабільності проявів поведінкових, комунікативних та соціальних патернів функціонування дитини. Матір, котра ідентифікує себе з особливими потребами розвитку дитини, переживає емоції сорому, як сильної зніяковілості, що спричинена неповносправністю. Жінка повністю сконцентровує свою увагу на ситуації в котрій опинилася, відчуває себе безпорадною, беззахисною та суб'єктивно оцінює можливу стигматизацію суспільства, внаслідок розголосу діагнозу дитини.

Відбувається підкріплення почуття сорому в процесі комунікації з іншими через невербальні сигнали: опускання голови; почервоніння обличчя; пришвидшений пульс та дихання, як результат необхідності відповідати на запитання оточуючих про відмінність дитини від однолітків. Переживання сорому підкріплюється самозвинуваченням матері, щодо, особливостей своєї поведінки та не врахування можливих факторів ризику (в період вагітності, пологів, догляду за дитиною, вакцинацією). Звинувачення себе у діагнозі дитини провокує виникнення нав'язливих депресивних думок, котрі переслідують жінку більшу частину часу, впливаючи на її самопочуття, виконання повсякденних обов'язків та поведінку. Як результат матір опиняється в певному циклі депресогенних симптомів, що мають індивідуальні особливості формування взаємозалежних зв'язків впливу, котрі поступово руйнують її життя.

Емоція провини пов'язана з фрустрацією жінки відповідно до материнських очікувань, щодо, здорової дитини, її майбутнім та зіткненням з реальністю, що переповнена стресами, викликами та зміною стилю життя. Вина підсилюється особистою відповідальністю мами відносно зобов'язань перед дитиною, що співвідноситься з депресивними розладами, як відповідь організму на інтенсивність страждань.

У процесі дослідження виявлено, що депресія відображає прямий зв'язок з індексом гострих негативних емоцій, що передбачають закономірності негативно спрямованого ставлення матерів, котрі виховують дітей з РСА до прийняття ситуації, крізь призму реальності, а не використання коупінг-стратегій. Домінування негативного ставлення включає в себе такі емоції: горе, гнів, відраза, презирство. Життєвою втратою матері являється усвідомлення особливостей розвитку дитини, що пов'язані з встановленням діагнозу, руйнацією звичного функціонування родини. Це спричиняє переживання жінкою горя, як глибокого суму, оплакування втрати здорової дитини, власної ідентичності та проживання стадій горювання. Цей шлях кожна жінка проходить самотійно, опираючись на індивідуальні особливості, попередній досвід та оточення в котрому перебуває.

Емоція гніву спричинює збудження функціонування нейронів головного мозку, внаслідок встановлення дитині діагнозу, що виявляється в агресивному способі реагуванні в процесі комунікації. Цей стан підтримують глибинні переконання про себе та світ довкола, що транслиують дисфункційність схем, котрі сформувалися в процесі життєдіяльності, а в період дистресу активізуються не піддаючись критичному мисленню, запускаючи механізми емоційного реагування. Гнів є фундаментальною емоцією мами для виживання в період неможливості контролювати події власного життя.

Матір проживає психічне напруження негативних станів, що викликає в неї відразу до обставин в котрих вона опинилася. Відраза характеризується уникненням, ціллю якого є не бажання визнання неповностравності дитини. Часто відраза є супутньою емоцією гніву, внаслідок впливу різноманітних стресогенних факторів.

Презирство матері, котра виховує дитину з РСА виявляється в деперсоналізації та соціальному знехтуванні суспільства загалом. Виражається у її вербальній та невербальній комунікації, спостерігається в злій іронії та ненависті, ворожості до будь-чого.

Депресія являється чинником домінування негативних емоцій, як базової перешкоди у здатності матері формувати емоційні контакти в міжособистісному спілкуванні. Переживання депресії, котра характеризується: пригніченим, депресивним настроєм; ангедонією; когнітивними спотворення сприйняття ситуації, крізь призму безперспективності майбуття; пасивністю, зниження всіх видів активності та приємної діяльності; депресивним мисленням та румінацією; песимістичною оцінка моменту тут і тепер та шляхи подолання ситуації; дефіцитом спонукань мотиваційної сфери призводить до життя на автопілоті; порушення емоційної регуляції являються непосильним бар'єром для матері на шляху комунікативних зв'язків (Рис.2.1.)

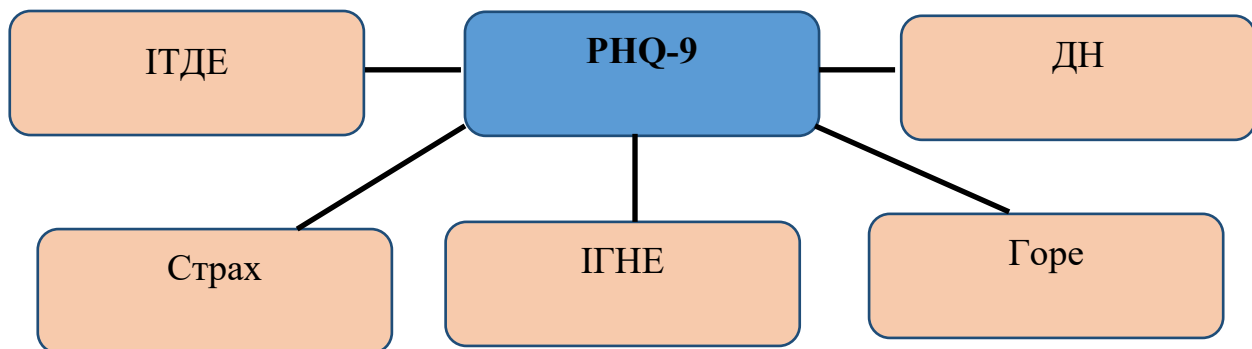


Рис. 2.1. Кореляційна плеяда за фактором «РНQ-9»



У результаті отриманих результатів дослідження було виявлено прямий зв'язок фактору тривожності (GAD-7) поміж індексом гострих негативних емоцій ( $r = 0,505$ ;  $p \leq 0,05$ ); провиною ( $r = 0,494$ ;  $p \leq 0,05$ ); страхом ( $r = 0,455$ ;  $p \leq 0,05$ ); презирством ( $r = 0,419$ ;  $p \leq 0,05$ ); ригідністю ( $r = 0,486$ ;  $p \leq 0,05$ ); тривожністю ( $r = 0,651$ ;  $p \leq 0,01$ ); горем ( $r = 0,601$ ;  $p \leq 0,01$ ); домінуванням негативних емоцій ( $r = 0,624$ ;  $p \leq 0,01$ ); негнучкість, нерозвиненість, невиразність емоцій ( $r = 0,414$ ;  $p \leq 0,05$ ); самооцінка ( $r = 0,683$ ;  $p \leq 0,01$ ); індексом тривожно-депресивних емоцій ( $r = 0,479$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Емоційний стан тривожності у матерів, котрі виховують дітей РСА пов'язаний з дискомфортом, щодо, стресової ситуації встановлення діагнозу та щоденними труднощами в процесі життєдіяльності. Жінки характеризуються підвищеною схильністю до занепокоєння; здатністю інтерпретувати дані життєвих обставин, як небезпечні, що руйнують їхнє життя; активізується тривожний стиль мислення, котрий передбачає переоцінку ризиків та недостатню оцінку власних можливостей справлятися та отримати фахову допомогу, що включає підвищення тривожності. Цей стан обумовлений тривалістю та не толерантністю до невизначеностей, котрі втрутилися в життя родини; відбувається включення глибинних переконань та правил життя; сприйняття реальності, крізь призму когнітивного фільтра катастрофічного мислення, що передбачає здатність створювати невтішні, найгірші прогнози.

Відповідно до результатів позитивних взаємозв'язків було виявлено, що фактор тривожності корелює з індексом гострих негативних емоцій, що віддзеркалюється в суб'єктивній позиції матері, щодо, особливостей функціонування дитини, як зазначалося вище.

Було виявлено прямий взаємозв'язок поміж факторами тривожністю та ригідністю. Дані показники вказують на циклічний перебіг тривожності,

закономірності формування підтримуючих тривожних румінаційних думок, що представляються у емоційній сфері матері. Ригідність характеризується стійкістю проявів емоційних реакцій жінки протягом тривалого періоду часу, як результат захисної поведінки, внаслідок психотравмуючого досвіду усвідомлення неповносправності дитини. Нездатність матері, котра виховує дитину з РСА об'єктивно оцінювати реальність та складності з трансформацією емоційних переживань в адаптивні способи сприйняття й висловлювання емоцій. Це сприяє труднощам у комунікації, оскільки, відбувається фокусування мами на негативному прогнозі майбутнього дитини та всієї родини, що збільшує материнську тривожність та викликає фрустраційні переживання. Ригідність акцентує увагу на здатності до застрягання на пережиті емоційних станів, що потребує здобуття жінкою нового досвіду регулювання емоційної сфери, як результат розширення перспектив майбутнього, враховуючи та приймаючи виклики сьогодення на шляху особистісного зростання.

Тривожність (GAD-7) корелює з тривожністю (К. Ізард), що підкреслює значимість переживання цього стану у матерів, як домінуючого стану переживання негативно забарвлених станів, що пов'язані з очікуванням неприємностей, внаслідок РСА у дитини та супутніми труднощами. Тривожність за К. Ізардом являється похідним станом, що включає в себе такі емоції: страх; гнів; вина; інтерес; збудження. Страх переповнює матір, крізь призму сприйняття реальності, як негативної картину світу, що являється крахом надій та віри в прекрасне та щасливе майбутнє через встановлення діагнозу. Гнів є наслідком переживань сильної інтенсивності страждань, що супроводжується зниженням критичного мислення, придушення вольових процесів пізнання та ситуативною агресивністю у взаємодії з іншими. Вина виникає у матері, як результат усвідомлення

власної поразки, невдачі через неповносправність дитини. Цей стан на підсвідомому рівні провокує агресію на саму себе, різного роду самозвинувачення, що підтримуються на фундаменті депресивного мислення та пригніченого настрою. Інтерес та збудження передбачає у матерів, котрі виховують дітей з РСА до активного дослідження наукового підходу до методів втручання, що викликає амбівалентність через суперечливість даних та необхідністю здійснити вибір для подальшого шляху корекційних занять дитини. Тобто, пізнавальний інтерес до зіткнення з новими поняттями викликає хвилювання, що підтримує цикли тривожності.

Відповідно до отриманих даних, можна підсумувати, що тривожність корелює з факторами домінування негативних емоцій та негнучкістю, нерозвиненістю, невиразністю емоцій, як перешкодами у процесі комунікативних дій. Оскільки, тривожність яскраво помітна оточуючим через особливості вербальної та невербальної взаємодії під час спілкування, активує напруженість через внутрішні переживання матері сумнівів, хвилювань, психологічного дискомфорту усвідомлення позитивних особливих потреб дитини закріплює циклічність тривожних станів у міжособистісному спілкуванні, не дозволяючи мамі здобувати коригуючий досвід змін.

Встановлено, що тривожність корелює з фактором самооцінки. Враховуючи компонент Я-концепції самооцінка, котра в матерів дітей РСА являється нестійким утворенням, як результат стабільно діючих стресогенних факторів. Особистісне судження матерів, щодо, власної цінності супроводжується неадекватною самооцінкою, котра характеризується неправильною оцінкою власного «Я», своїх можливостей та індивідуальних якостей, що відображається у заниженій самооцінці через переживання негативних станів, роботу когнітивних фільтрів,

автоматичних негативних думок, соціальної прийнятності, глибинних переконань та правил життя, використання коупінг-стратегій та наявність підтримуючих циклів, що живлять деструктивну систему зсередини (Рис.2.2).

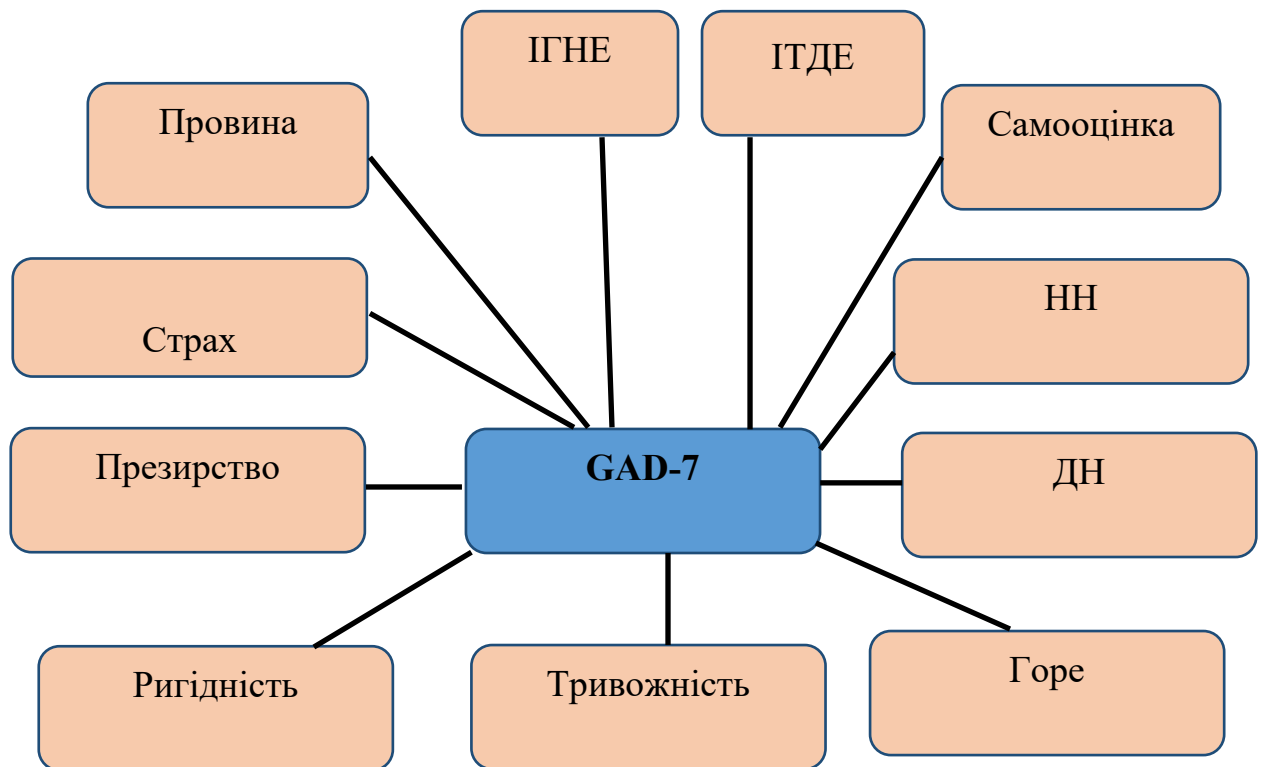


Рис. 2.2. Кореляційна плеяда за фактором «GAD-7»

У результаті отриманих результатів дослідження було виявлено прямий зв'язок фактору фобії (ІАРТ) між негнучкістю, нерозвинутістю, невиразністю емоцій ( $r = 0,417$ ;  $p \leq 0,05$ ); самооцінка ( $r = 0,411$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Матері характеризуються безумовним уникненням соціальних ситуацій, внаслідок можливості зганьбитися; бути засоромленою чи висміяною; почути запитання, відповіді на які у них немає через непередбачуваність розвитку розладу; отримати негативне оцінювання себе чи дитини відповідно до особливостей соціальної, комунікативної та поведінкової взаємодії дитини з соціумом. Соціальна фобія матерів підкріплюється їхньою емоційною негнучкістю, щодо, варіативності комунікативних сценаріїв взаємодії, як результат песимістичного мислення, переживання сильної інтенсивності негативних емоцій та сформованості захисних механізмів уникнення власних страждань, замкнутість всередині свої переживань, що призводить до соціальної ізоляції родини, як частини соціуму та зменшення соціальних впливів. Страх бути осудженою суспільством, як неповноцінною мамою, крізь призму неповносправності дитини; спонукає до утворення нав'язливих думок, що підкріплюють цикли неадекватного сприйняття проблеми, викривлення через когнітивні спотворення реальності, що призводить до заниженої самооцінки мами, як результат зниження якості життя через активність деструктивних схем (Рис.2.3.)



Рис. 2.3. Кореляційна плеяда за фактором «ІАРТ»

Було виявлено прямий взаємозв'язок поміж фактором невмінням керувати емоціями та тривожністю ( $r = 0,406$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Матері, котрі виховують дітей РСА стикаються з безліччю викликів щоденного життя, що сприяє нестійкості емоційної сфери з дистрессами. Особливостями функціонування дитини, неспроможність піклуватися про себе являється основним фактором напруження та готовності організму матері в будь-який момент вирішувати екстремальну ситуацію, пов'язані з ризиками для життя дитини. Це спричиняє порушенню власної емоційної регуляції емоцій в процесах комунікації, що відображається невмінням керувати власними емоційними станами, контролювати їх дозування, як результат емоційного виснаження та втоми. На фоні емоційної нестабільності зростає тривожність, як емоційна збудливість матері через емоційний дискомфорт й прогнозування неблагополучних обставин реальності, котрі можуть зруйнувати її звичний темп життя, що посилює наростання тривоги (Рис.2.4.).

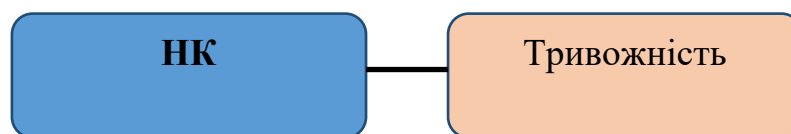


Рис. 2.4. Кореляційна плеяда за фактором «Невміння керувати емоціями»

У результаті отриманих результатів дослідження було виявлено прямий зв'язок фактору домінування негативних станів поміж тривожністю ( $r = 0,399$ ;  $p \leq 0,05$ ); горем ( $r = 0,474$ ;  $p \leq 0,01$ ); ригідністю ( $r = 0,400$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Домінування негативних станів матерів, котрі виховують дітей РСА пов'язана зі зміною функціонування різноманітних життєвих аспектів світогляду жінки, крізь прийняття материнської ідентичності неповносправної дитини. Шлях усвідомлення проходить через закономірні тенденції страждань, болю, злості, гніву, роздратування, розчарування, страху, тривоги, горя, розпачу. Проживання усіх цих станів формує схильність мами до тривожності. Емоційний стан тривожності проявляється у жінки, як результат занепокоєння майбутнім та наявністю когніцій, котрі сфокусовують увагу на песимістичному прогнозі обставин встановлення діагнозу. Ригідність, як зазначалося вище має вплив на міжособистісне спілкування, що спричиняє виплеск негативних емоцій на оточуючих (Рис.2.5.).

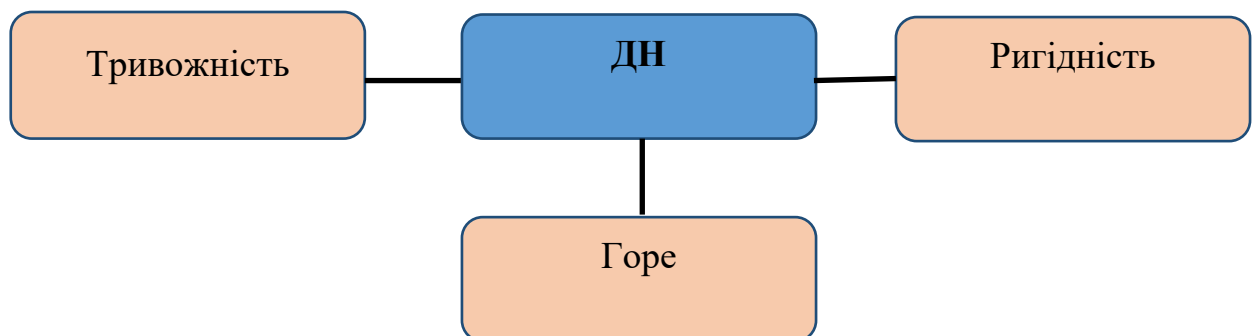


Рис. 2.5. Кореляційна плеяда за фактором «Домінування негативних станів»

Встановлено, що негнучкість, невиразність емоцій корелює з тривожністю ( $r = 0,488$ ;  $p \leq 0,05$ ); горем ( $r = 0,414$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Негнучкість, невиразність емоцій, котра виявляється у матерів дітей РСА пов'язана з глибокими внутрішніми переживаннями особистої драми спричиненої усвідомленням неповносправності дитини, не бажанням ділитися своїми емоційними переживаннями з оточенням, крізь призму проходження стадій горювання та тривожності бути осудженою, як зазначалося вище (Рис.2.6.).



Рис. 2.6. Кореляційна плеяда за фактором «Негнучкість, невиразність емоцій»

У результаті проведення кореляційного аналізу виявлено прямий зв'язок фактору небажання зближуватися з людьми на емоційній основі поміж індексом тривожно-депресивних емоцій ( $r = 0,410$ ;  $p \leq 0,05$ ); відразою ( $r = 0,463$ ;  $p \leq 0,05$ ); страхом ( $r = 0,459$ ;  $p \leq 0,05$ ); соромом ( $r = 0,445$ ;  $p \leq 0,01$ ); індексом гострих негативних емоцій ( $r = 0,427$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Порушення міжособистісної взаємодії відбувається через небажання матері зближуватися з людьми на емоційній основі, оскільки, присутній



внутрішній комунікативний бар'єр, котрий підтримується її нав'язливими думками, глибинними переконаннями та переживанням дистресу (глибока самотність, агресивність, соціальна відчуженість, негнучкість емоцій, зниження активностей, відсутність спонукань, почуття сорому, занижена самооцінка). Зовнішні чинники спричиняють підтримку тривожно-депресивних та негативних станів, що демонструється небажанням спілкуватися, залишатися осторонь, не включаючи емоційну сферу, котра потребує підтримки та розуміння, однак, румінація думок не дозволяє здобути новий досвід та працюють дисфункційні схеми (Рис.2.7.).

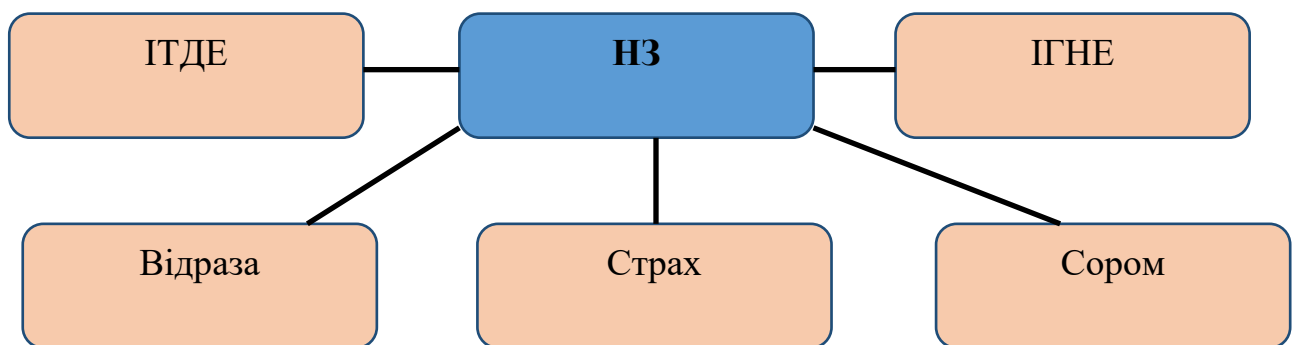


Рис. 2.7. Кореляційна плеяда за фактором «Небажання зближуватися з людьми на емоційній основі»

Було виявлено прямий взаємозв'язок самооцінки поміж фактором соромом ( $r = 0,434$ ;  $p \leq 0,05$ ); страхом ( $r = 0,494$ ;  $p \leq 0,05$ ); презирством ( $r = 0,406$ ;  $p \leq 0,05$ ); ригідністю ( $r = 0,552$ ;  $p \leq 0,05$ ); відразою ( $r = 0,482$ ;  $p \geq 0,05$ ); горем ( $r = 0,506$ ;  $p \leq 0,05$ ); індексом тривожно-депресивних станів ( $r = 0,529$ ;  $p \leq 0,05$ ); індексом гострих негативних станів ( $r = 0,540$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Самооцінка, як компонент Я-концепції в матерів, котрі виховують дітей з РСА під впливом викривленого когнітивного сприйняття реальності та оцінки себе. Характерним через проживання депресивних, пригнічених настроїв являється применшення свої сильних сторін, переваг та гіперболізація недоліків, крізь призму песимістичного мислення, автоматизованого негативного потоку думок, що ставлять під сумнів материнську компетентність.

Самооцінка корелює з ригідністю, оскільки, нездатність своєчасно пристосовуватися до мінливих змін поведінкових, соціальних, комунікативних особливостей дитини спричиняє безліч бар'єрів у всіх сферах життя (Рис.2.8.).

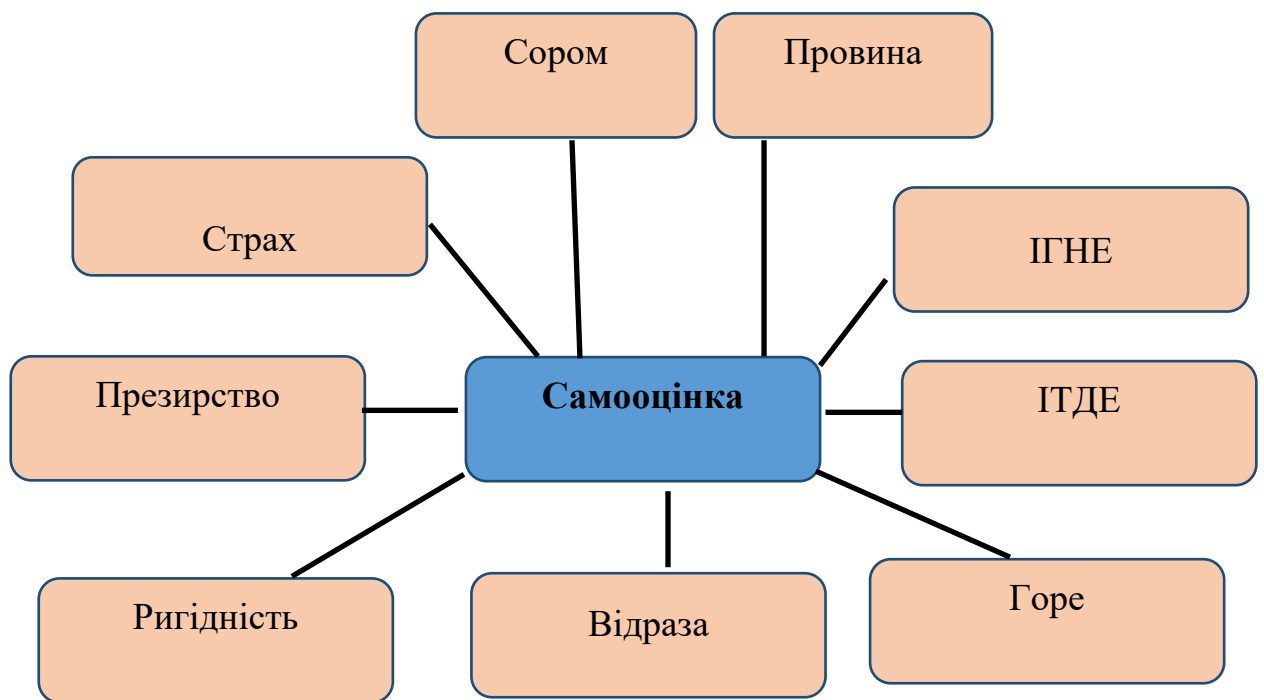


Рис. 2.8. Кореляційна плеяда за фактором «Самооцінка»

Для дослідження факторної структури отриманих результатів та вагомості окремих показників був застосований факторний аналіз з використанням методу головних компонент (обертання осей Varimax).

Рішення про кількість факторів приймалося на основі аналізу точкової діаграми та власних значень, в результаті якого було виділено п'ять латентних факторів, котрі пояснюють 69 % сукупної дисперсії даних (додаток )

Таблиця 2.1.

Факторний аналіз виявлення особливостей емоційної сфери матерів, котрі виховують дітей РСА

Назва фактору	Шкали, котрими сформований фактор	Значення р	Відсоток дисперсії, котрий пояснює фактор
Домінування тривожності	Тривожність	0,731	22,00%
	Індекс гострих негативних емоцій	0,762	
	Індекс тривожно-депресивних емоцій	0,892	
Відсутність позитивних емоцій	Індекс позитивних емоцій	-0,854	10,00%
Емоційна нестриманість	Неадекватне емоційне вираження	-0,834	9,00%
Тривожно-депресивний стан	PHQ-9	0,852	17,00%
	GAD-7	0,786	
	Домінування негативних емоцій	0,827	
Невміння керувати емоціями	Невміння керувати емоціями	0,717	11%
	Агресивність	0,759	

Перший фактор «Домінування тривожності» пояснює 22 % дисперсії та включає в себе: шкалу методики діагностики самооцінки психічних станів, а саме тривожність (0,731); шкали методики диференціальних емоцій такі, як індекс гострих негативних емоцій (0,762) та індекс тривожно-депресивних емоцій (0,892). Крім цих змінних перший фактор пояснює також високий відсоток дисперсії для таких змінних GAD-7 (0,379, 14%), IAPT (0,421, 17,7%), негнучкість, невиразність емоцій (0,476, 22,6%), небажання зближатися з людьми на емоційній основі (0,615, 38%), ригідність (0,452, 20,5%).

Другий фактор «Відсутність позитивних емоцій» сформований шкалою методики диференціальних емоцій, а саме індекс позитивних емоцій (-0,854). Загалом даний фактор пояснює 10 % дисперсії даних. Він також пояснює високий відсоток дисперсії змінних небажання зближатися з людьми на емоційній основі (0,381, 14,5%), фрустрація (0,503, 25,3%).

До третього фактору «Емоційна нестриманість» увійшла шкала неадекватне емоційне вираження (-0,834) методики діагностики емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні, що пояснює 9 % дисперсії даних. Також він пояснює високий відсоток дисперсії змінної негнучкість, невиразність емоцій (0,544, 29,5%).

Четвертий фактор «Тривожно-депресивний стан» пояснює 17 % дисперсії та включає в себе: шкали базової психологічної оцінка IAPT, а саме PHQ-9 депресії (0,852), GAD-7 тривоги (0,786), шкалу домінування негативних емоцій (0,827) методики діагностики емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні. Він також пояснює високий відсоток дисперсії змінної тривожність (0,361, 13%).

П'ятий фактор «Невміння керувати емоціями» (11 % дисперсії даних) складається двох шкал, а саме: шкалою невміння керувати емоціями (0,717) методики діагностики емоційних бар'єрів у міжособистісному

спілкуванні та шкалою агресивності (0,759) методики диференціальних емоцій. Крім цих змінних цей фактор пояснює також високий відсоток дисперсії для змінної ригідність (0,535, 28,6%).

Перший фактор «Домінування тривожності» є свідченням того, що матері, котрі виховують дітей з РСА проявляють схильності до домінування негативних переживань. Присутність тривожності в житті являється результатом встановлення діагнозу дитині, що викликає деструктивні емоційні реакції відповідно до обставин, що характеризується відсутністю толерантності, щодо, подальшого перебігу розвитку дитини. Це підсилює стани занепокоєння внаслідок відсутності у емоційному репертуарі матері критичності сприйняття ситуації, що накладає відбиток проживання стадій прийняття нової реальності. Емоційне гойдання гострих негативних станів у рамках горя, гніву, відрази, презирства створює неблагополучне середовище функціонування матері у повсякденному житті. Як результат відбуваються порушення контактуючих взаємодій з дитиною, котра являється постійним нагадуванням про діагноз, що спостерігається у поведінковому репертуарі. Суб'єктивне переживання горя охоплює великий спектр фокусування на почуттях покинутості, не потрібності, що активує серію нав'язливих, надокучливих думок про власну невдачу, крізь призму неповносправності дитини. Емоція горя, що заповнює пустоти невідомості досягає надзвичайного максимуму потоку страждання. Це може бути впливовим фактором вираження гніву спрямованого на себе чи інших людей, щодо, власної не спроможності змінити ситуацію й виплеск емоцій на оточуюче середовище через відсутність емпатії, розуміння внутрішніх станів пов'язаних з розладом дитини. Відраза та презирство часто спостерігаються у дуеті вираженості матері на всіх людей довкола, що пояснюється ввімкненням бажання ліквідувати небажанні проблемні

ситуації сьогодення. Емоційна сфера перемагає інтелектуальну, що призводить до зневаги, сарказму подій, оточення, котре виступає осередком уваги жінки. Індекс тривожно-депресивних емоцій відіграє значну роль, оскільки, перебування з дитиною 24 на 7 знаходиться під дією стресу через особливості поведінки, комунікації, соціалізації, мовлення, здобуття навиків дитини, що викликають хвилювання перспективності функціонування майбутнього. Руйнація очікувань матері припадає на емоції страху, тривоги, сорому та провини. Це свідчить про запуск депресивних станів, як реакції роботи мозку на кризову подію, що відображається у різних поведінкових стратегіях жінки.

Другий фактор «Відсутність позитивних емоцій» демонструє те, що матері дітей РСА володіють нижчим рівнем таких позитивних емоцій, як: інтерес, радість, здивування. Це означає, що внаслідок діагностування розладу, проходження усвідомлення ситуації та вироблення адаптивних стратегій взаємодії з дитиною та суспільством варіюється приглушенням цих емоцій. Жінка супроводжується концентрацією уваги на внутрішніх переживаннях негативного спрямування, що являються перешкодами до позитивного сприйняття реальності. Усі сили та можливості скеровуються на допомогу дитині сприяючи поступовому емоційному, нервовому виснаженні організму, що спостерігається у здатності меншою мірою фокусуватися на позитивних емоціях. В процесі примирення з новою реальністю життя з розладом, поступово відновлюються вміння радіти життю, помічати позитивні моменти, отримувати насолоду від діяльності, материнської ролі з власною дитиною. Відбувається трансформація свідомості, крізь призму цінностей та пріоритетів життя.

Третій фактор «Емоційна нестриманість» відображає здатність матерів мати меншу кількість неадекватно виражених емоційних переживань. Оскільки, дитина налаштована на емоційну сферу матері, відчуває її стани,

переживає їх по своєму та це відображається в її поведінці, комунікативній взаємодії не найкращим чином, котрий помітний для оточення та потребує корекції. Здобуваючи нові знання відповідно до потреб дитини жінка навчається контролювати власні емоційні вияви, що дозволяє їй краще будувати контакт фундаментального потенціалу. Цей шлях відбувається маленькими кроками від вибуховості, нестриманості, емоційних зривів на очікування до дитини з переорієнтацією вмінь ефективно проявляти власні емоційні переживання.

Четвертий фактор «Тривожно-депресивний стан» вказує на наявність у матерів, котрі виховують дітей РСА присутньої симптоматики депресії. Потрапляючи в складні умови (встановлення діагнозу, стресу від особливостей розладу, труднощі побудови контакту з власною дитиною, проходження сімейної кризи, зіткнення з стигматизацією суспільства) жінка проходить випробування, що мають значний вплив на її емоційне функціонування. Виклики життя провокують криву емоцій, що залежить від різноманітних факторів. Як результат стан матері являється дуже не стабільним утворенням, що схильне до уникнення сильного душевного болю, втечею в когнітивні викривлення, поглинання в хмару нав'язливих думок більшу частину дня. Їх особливістю є показники відчуття втоми, зниження енергії, оскільки, мама часто забуває дбати про власні потреби ставлячи в пріоритетність розвиток дитини. Цей накопичувальний процес особистого занедбання призводить до депресивних станів, бо резервуар енергії має здатність закінчуватися, якщо його не поновлюють, а лише черпають сили. Шкала GAD-7 базується на тривожних проявах мам, як зазналося вище, однак, демонструє специфіку надмірного хвилювання за виконання багатьох справ, складностей відновлення ресурсів за допомогою розслаблення, підвищенням дратівливості. Це означає, що жінка зважає на себе велику кількість завдань переживаючи за майбутнє

дитини. Відбувається централізація усіх членів родини довкола вирішення проблеми розладу, що сприяє поглибленню тривоги через невизначення перспектив. Мама на шляху прийняття переповнена тривожністю збільшує контроль над життям дитини, забуваючи про її дитячі потреби, а дивиться, крізь призму ліквідації наслідків розладу та швидкого повернення до вікових норм. Тривожні дії, думки, поведінка матері віддзеркалюються у взаємодії з дитиною призводячи до погіршення стосунків, підкріплюються негативні стани через відсутність результатів, що демотивує жінку та скеровує в напрямку проживання депресії. Перебування організму в хронічному стресі та очікуванні майбутніх тривог призводить до домінування негативних емоцій, як емоційного тла щоденності.

П'ятий фактор «Невміння керувати емоціями» являється показником, що мами дітей РСА мають складності з вираженням емоцій у міжособистісному спілкуванні. Це свідчить про сконцентрованість на власних переживаннях, потребою бути почутою та прийнятою без будь-яких обмежень та заперечень. Якщо оточуючі не задовольняють її, то відбуваються виплески прихованого потоку емоцій, як вказує фактор агресивності по відношенню до інших людей. Агресія являється бунтом несправедливості та небажанням продовжувати комунікативні атракції через відсутність емпатії. Відбувається поступове зниження кола спілкування, відсутність коригуючого досвіду конструктивного спілкування обох сторін. Виявлення зацікавленості співрозмовником, вихід поза межі особистісних переживань, розпитування про актуальні проблеми, успіхи сприяє розширенню комунікативних можливостей матері. Це дозволяє покращувати власну емоційну компетентність та відкриває горизонти ресурсу в процесі живого, активного, розуміючого, підтримуючого спілкування.



В процесі емпіричного дослідження цінними показниками являються присутність шкал, котрі пояснюються більше, ніж одним фактором. Це створює можливості глибинного пізнання формування моделей досліджуваних явищ. В результаті опрацювання даних ІАРТ зумовлюється впливом фактора 1 «Домінування тривожності» та фактора 3 «Емоційна нестриманість». Це означає, що ймовірність прояву шкали ІАРТ в респондентів при одночасному впливі цих факторів становитиме 34%. Можна зробити висновок, що на процес взаємодії соціальних ситуацій, панічних атак, певних страхів матері схильні спрямовувати активність в напрямку до уникнення через перебування у негативних тривожних станів. Така поведінкова стратегія пов'язана з невмінням впоратися з актуальними хвилюючими станами та ефективно взаємодіяти з іншими людьми. Пригнічений настрій сприяє відстороненості від спілкування, бажання побути наодинці не привертаючи увагу до деталізації емоційного стану мами. Вона не готова ділитися сокровенними переживаннями, щодо, неповносправності дитини передбачаючи та боячись осуду, відчуття сорому за власну невдачу – народження проблемної дитини.

При інтерпретації даних можна помітити, що негнучкість, невиразність емоцій виявляється під впливом фактора 1 «Домінування тривожності» та фактором 3 «Емоційна нестриманість». Це свідчить про те, що ймовірність прояву шкали негнучкості, невиразності емоцій в респондентів при одночасному впливі цих факторів становитиме 52%. Оскільки, матері схильні до перебування у тривожних станах відповідно до діагнозу дитини, що передбачає важко прогнозованість можливостей у подальшому, бо спрацьовує нейронна мережа порушень. Жінка фокусується на тому, що не виконує, не робить, не говорить, не розуміє, не сприймає, забуваючи, знецінюючи маленькі успіхи дитини, тобто, спостерігається тунельне світосприйняття реальності. В момент зіткнення

двох факторів ймовірність негнучкості, ригідності емоцій матері, котра займається вихованням дитини з РСА проявиться у життєдіяльності на високому рівні функціонування. Це означає, що концентрація уваги на проживанні емоційних станів, відсутності здатності до адаптації відповідно до швидкоплинних умов середовища займатиме значну частину буття матері, що буде служити розмежуванням актів комунікації, як з дитиною, так і з іншими людьми.

В результаті опрацювання даних небажання зближатися з людьми на емоційній основі зумовлюється впливом фактора 1 «Домінування тривожності» та фактором 2 «Відсутність позитивних емоцій». Це означає, що ймовірність прояву даної шкали в респондентів при одночасному впливі цих факторів становитиме високий показник 52%. Сукупність тривожних переживань, що характеризуються накопичувальною системою зібранням внутрішніх скарбів горювання. А саме: щоденне спотикання на акти непорозуміння, звинувачення, бачення та оцінка особливостей власної дитини, фінансові складності, руйнація цінностей та мотивації, переважання негативного емоційного фону провокує маму до ухиляння спілкуватися з людьми. Це потребує вільного часу, затрати енергії, сміливості та відвертості розмовляти про сімейні труднощі, визнання складностей долати з виклики життя, тому мама йде простішим шляхом вирішення обмеження комунікації. Це допомагає їй не розпилятися на навколишній світ, а фокусуватися на потребах дитини. Також підґрунтям такої поведінки являється закріплення негативного досвіду розкриття наболілих душевних переживань людям, котрі проявляли не розуміння, не важливість, надуманість проблеми, наведення некоректних прикладів пояснення розуміння ситуації, не толерантне ставлення до способу прояву емоцій. Небажання зближатися з людьми на емоційній основі при активній фазі впливовості двох факторів

демонструватиме високий рівень матерів до емоційного уникнення та зменшення комунікативних атракцій в процесі життєдіяльності. Це забезпечує спокій власної емоційної сфери в котру ніхто не буде втручатися та надавати поради, як діяти не відчувши на власному досвіді гіркоту внутрішнього дисбалансу.

Можна помітити, що така шкала, як ригідність зумовлюється впливом фактора 1 «Домінування тривожності» та фактора 5 «Невміння керувати емоціями». Це означає, що ймовірність прояву шкали ригідності в респондентів при одночасному впливі цих факторів становитиме 49 %. Можна підвести підсумок, що високий рівень ригідності в процесі життєдіяльності мам буде активний при наявності тривожних станів скерованих на переживання ідентифікуючої реальності власних емоцій, думок, поведінки, як складових компонентів сьогодення з коливанням колиски сумнівів відповідно до щасливої перспективи майбутнього, котре протистоїть ригідності сприйняття дійсності. Виховуючи дитину з РСА перевтілення свідомості, процесів мислення відбувається поетапно, як результат здатності мозку впоратися зі встановленням діагнозу та введенням нових відповідних коректив життя. Ці етапи можуть ускладнюватися ригідністю, котра проявлятиметься у більшості випадків матерів при специфічних особливостях одночасної дії фактора 1 та 5.

За допомогою «Шкали диференційних емоцій К. Ізарда» було виявлено профіль домінуючий емоцій у матерів, котрі виховують дітей РСА. Найвищий середній показник (8,9) отримала емоція інтерес.

Інтерес, як інтелектуальна емоція, котра пов'язана з когнітивною діяльністю роботи мозку та свідомою оцінкою міжособистісних стосунків. Являється мотиваційним компонентом потреби матері у пізнанні, здобування нових компетенції та знань, щодо, особливостей функціонування дитини. Припускаю, що емоція інтересу відображає

високий показник, оскільки, може мати захисний компенсаторний характер. Це виявляється в поведінкових патернах матері, коли активність вмикає процеси мислення, як розумові операції взаємодії мозку та можливість впоратися з нестерпним болем страждання. Активна діяльність матері створює захисну оболонку, котра дозволяє жінці фокусуватися на діяльності чи вирішення актуальних проблем, тим самим, блокуючи емоційну сферу. Тобто матір не реагує на ситуацію, котра відбувається в реальності, крізь призму відключення емоцій, певною емоційною замороженістю, холодністю.

Однаковий середній показник (6) отримали емоції страх та гнів, як демонстрація негативного забарвлення щоденних труднощів, що супроводжують жінку на шляху прийняття неповносправності власної дитини та характеризуються індивідуальною характеристикою проживання стадій горювання, внаслідок усвідомлення позитивних особливостей взаємодії дитини через комунікативні, соціальні та поведінкові патерни розладу.

Найнижчий середній показник (5,4) спостерігається у презирстві, як особливий вияв ворожості до суспільства загалом, пов'язане з початком стадій прийняття та розбудовою соціальної підтримки з родинами, котрі вже мають досвід проходження цього шляху й являються міцним фундаментом для подальшої дороги трансформацій ціннісних орієнтирів родини.



Рис. 2.9.«Профіль емоцій 1»

Відповідно до інтерпретації індексів найвищі показники займають індекс позитивних емоцій та індекс негативних емоцій, що може бути пов'язаний з перебуванням матерів на різних стадіях прийняття діагнозу.

Молоді матері з маленькими дітьми на початкових стадіях характеризуються депресогенним мисленням, апатичними станами та сприйняттям реальності, крізь фільтр когнітивного спотворення чорно-білого мислення. Матері, котрі виховують дітей, як у вибірці дослідження 7-16 років, також відрізняються особистісною зрілістю (вікові характеристики 36 та старші) та глибинними ціннісно-мотиваційними умовами зростання.

Індекс позитивних емоцій демонструє вміст позитивного спрямування емоційних стосунків відповідно до критичної події, встановлення дитині діагнозу РСА. Включає в себе 3 базові емоції: інтерес, радість, здивування, котрі являються фундаментом скерування родини в активацію сімейних резервуарів. Це створює можливості матері акумулювати власні позитивні стани, котрі будуть поширюватись на усіх членів родини, тим самим забезпечуючи зростання та щасливе життя.

Дитина з РСА має труднощі сприйняття навколишнього середовища та функціонування в соціумі, однак, володіє чутливістю до емоційних переживань матері, що спостерігаються на поведінкових стратегіях в процесі комунікації. Оскільки, дитина зчитує врівноважений, радісний, допитливий стан матері, її нейронна мережа передає сигнали про безпечне середовище прийняття, розуміння та уваги, що дозволяє збалансувати випадки небажаної поведінки.

Гармонійний внутрішній стан матері відкриває світ можливостей дитини, крізь призму фокусування на перевагах, досягненнях, аніж неспроможності певного виду діяльності. Жінка, котра знаходиться в контакті з власними емоційними стани, котрі наповнюють її енергією демонструє вміння щиро виявляти здивування, щодо, щоденних активностей дитини, сконцентровуючи увагу на деталізації її успішності. Вона підбадьорює дитину емоційними реакціями, похвалою та приємними спільними іграми, заняттями, котрі є базисом емоційного розвитку особистості та отримання досвіду задоволення актуальних потреб. Дитина з РСА збагачується емоціями, котрі наповнюють її життя різноманітним новизни, що сприяє покращенню соціальної взаємодії з навколишнім середовищем, крізь призму міцного контакту з мамою.

Індекс гострих негативних емоцій демонструє песимістичне, негативно забарвлене емоційне ставлення до критичної події, встановлення дитині

діагнозу РСА. Включає в себе 4 базові емоції: горе, гнів, відраза, презирство, що являються причиною сконцентрованості родини на песимістичних прогнозах відповідно до спільного майбутнього.

Тригер, котрий виступає спусковим механізмом негативних переживань мами провокує гнів на довколишній світ у вигляді обурення; негативних висловлювань, щодо, несправедливості; ввімкнення дисфункційних схем, що закривають світобачення перспектив майбутнього, руйнування ідеальної картини сімейного щастя; імпульсивної діяльності (крики, ситуативний вияв агресії, спалахи люті через неможливість стримати емоції всередині себе).

Гнів руйнує соціальні контакти, оскільки, мама категорично заперечує присутність у дитини певних особливостей, що ускладнює процес горювання й затримує стадії прийняття діагнозу. Внутрішні переживання жінки супроводжуються емоційними гойданнями страждань, котрі розривають серце на дрібні шматочки розчарування.

Горе, як фрустраційна емоція включає в себе сумування матері за втратою здорової дитини, котра була до певного вікового етапу, поки не встановили діагноз. Інтенсивність емоційних переживань горя поступово накопичується та досягає пікових станів, що являються основоположниками прийняття особливостей розвитку дитини. Шлях трансформацій від заперечення до прийняття сповнений широким асортиментом, саме негативно спрямованих емоційних станів.

Таким чином, матері, котрі виховують дітей з РСА значний період власного життя перебувають у яскраво виражених негативних емоційних переживаннях, що відображаються у стилі формування стосунку. Дитина зчитує емоційний фон мами, котрий концентрується на її неспроможності, не вмінні, не розумінні висунутих вимог, щодо, нормалізації загальносприйнятливих норм соціуму. Ці стани утворюють стресогенні умови

життя дитини, що демонструється у її особливостях розвитку та поведінкових патернів небажаної поведінки, що підкріплюють циклічність негативних переживань матері та дитя. Цей тісний зв'язок має значний вплив на формування родинної атмосфери загалом та планування стратегій виходу з кризової ситуації.

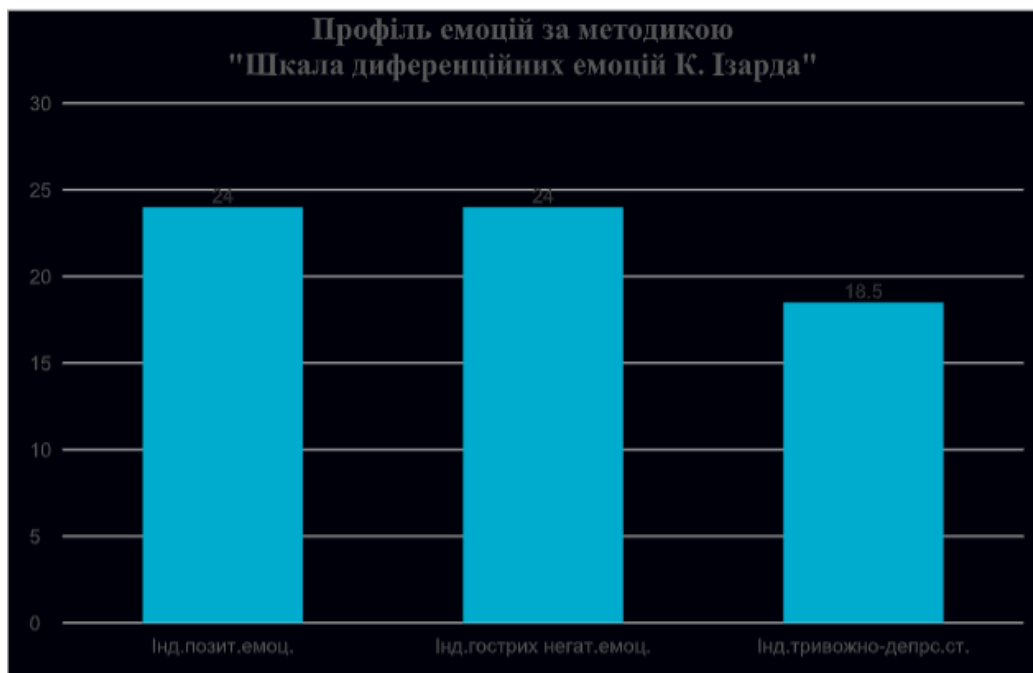


Рис.2.10. «Профіль емоцій 2»

Найвищий показник у бар'єрах міжособистісного спілкування у матерів, виявився за небажанням зближуватися з людьми на емоційній основі. Це свідчить про те, що жінка внаслідок переживання трепетних внутрішніх емоційних переживань не схильна обмірковувати та виплескувати оточенню власні емоції. Це потребує сміливості, створення співрозмовниками відчуття безпеки та безумовного прийняття усіх переживань мами. Оскільки, оточення являється середовищем з низьким рівнем інформування про РСА, а також присутньою стигматизацією, не обґрунтованими міфами та узагальненими думками, що є перешкодою у



формуванні матері конструктивних відносин на фундаменті емпатії й прийнятті. Зближення жінки на емоційній основі з людьми ускладнюється полярністю активних емоцій та викликів щоденності материнства, крізь призму нової реальності РСА та дійсністю пересічного незнайомця, котрий не усвідомлює складності постійного супроводу поруч з дитиною, котра потребує піклування. Також, домінуючим показником перешкоди в спілкуванні виступає шкала негнучкості, нерозвинутості, невиразності емоцій матері відповідно до співрозмовників. Оскільки, жінка, котра займається вихованням дитини РСА проявляє схильності до зациклення емоційних переживань всередині себе, то при спілкуванні з іншими спостерігається інтернальний локус контролю. Постійне фокусування на власних почуттях; уникнення розмов про емоційні стани, успіхи дитини; відсутність інтересу до співрозмовника являється бар'єром у міжособистісному спілкуванні. Це призводить до поступового руйнування соціальної активності родини та етапу соціальної ізоляції, крізь призму небажання пристосовуватися до нових обставин життя та ділитися здобутим досвідом новизни розладу.

Низькій показник спостерігається в бар'єрах невміння керувати емоціями, дозувати їх, являється свідченням того, що матері навчилися стримувати власні стани. Контроль пов'язаний з проживанням негативних станів через встановлений діагноз та чутливість дитини до зчитування та розуміння стану мами, як домінуючого фактору впливу на всебічний розвиток навичок функціонування.

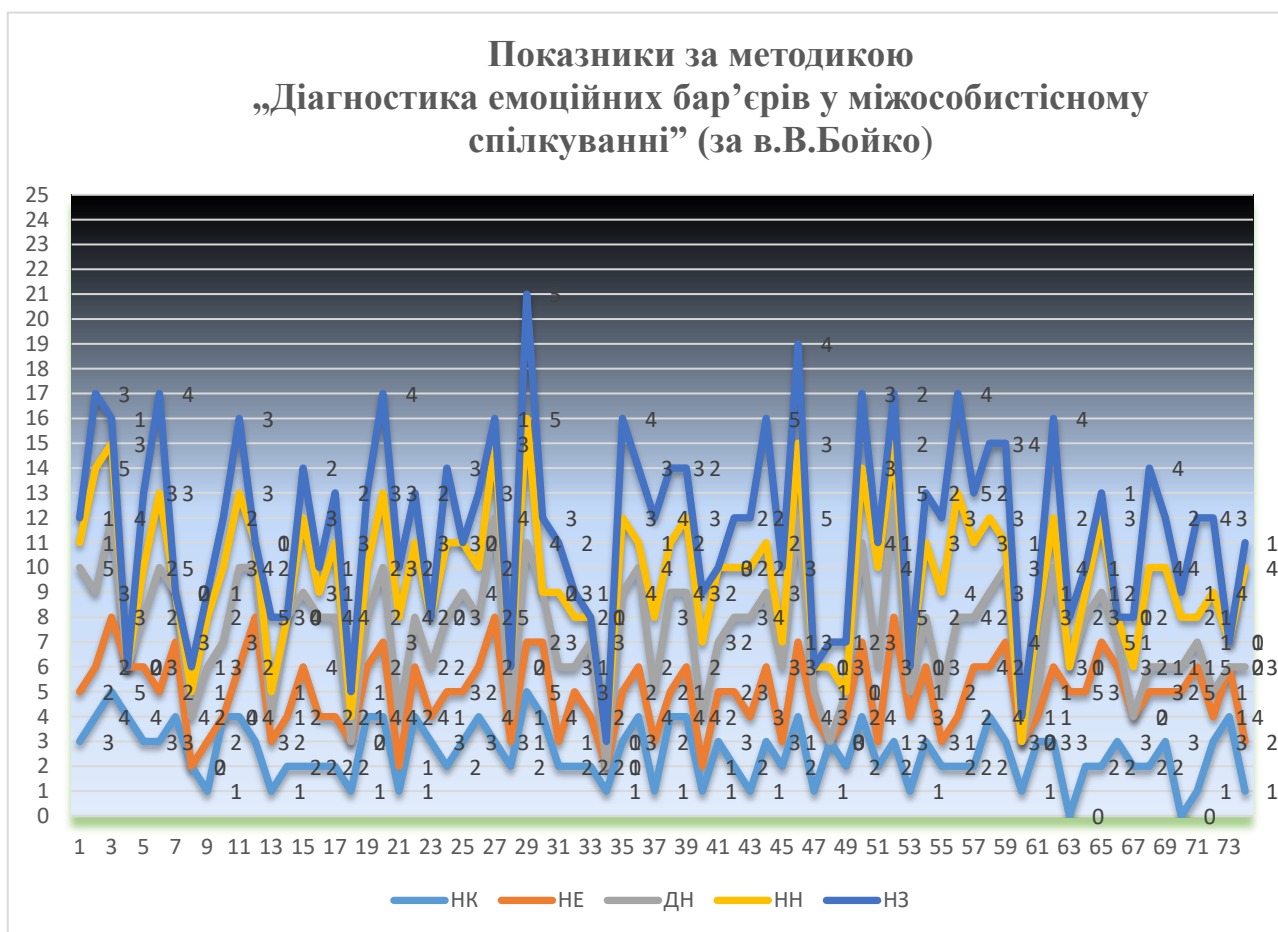


Рис.2.11 «Емоційні бар’єри у міжособистісному спілкуванні»

За результатами базової психологічної оцінки ІАРТ значимими являються показники РНҚ-9, що відображають присутність в матерів депресії. Жінка переживає кризову ситуацію діагностики розладу в дитини, як втрату здорової дитини з гіркотою оплакування усіх сподівань. Усвідомлення індивідуальних потреб дитини, крізь призму особливостей функціонування мозку спричиняє апатичні, пригнічені стани. РСА являється спектральним розладом, котрий пронизує життєдіяльність особистості протягом всього життя. Це ускладнює матері процес безумовного прийняття дитини її особливостей та провокує емоційну сферу жінки до переживання негативно забарвлених станів. Високі

показники має симптоматику відчуття втоми, зниження потоку енергії, оскільки, мама постійного перебуває у стані готовності до вирішення будь-яких ситуацій, що сприяє нервовому й емоційному виснаженню. Стан дистресу організму демонструється у песимістичному налаштуванні до світу, формування неадекватного сприйняття себе (активація деструктивних форм поведінки), складнощами підтримувати близькі соціальні контакти через розбалансоване сприйняття реальності на емоційному фоні.

Показники тривоги GAD-7 акцентовані на підвищеній дратівливості, хвилювання, занепокоєння відповідно до внутрішніх переживань зневіри, внаслідок діагностування розладу. Матері стикаються зі складнощами розслаблення, що відображається взаємозв'язками мультизадачності жінки, котра виконує роль мами та тренера. Тривога спричинена високим рівнем відповідальності прийняття рішень, щодо, майбутнього дитини в процесі визначення правильності вибору корекційних втручань; застосування медикаментозного лікування; вибору поведінкових стратегій опираючись на специфіку та потреб власної дитини. Протистояння поміж зовнішніми проявами розладу, що спостерігаються щоденними складнощами співпраці та внутрішніми тривогами матері призводять до емоційного вигорання, збільшення інтенсивності хвилювання, різний тип виконання справ.

Низькі показники фобії ІАРТ свідчать про те, що матері дітей РСА схильні до коупінг стратегій уникнення, тільки в соціальних ситуаціях, де суспільство може вказати на їхні недоліки. Соціальний осуд, викликаний не розумінням особливостей комунікативних, поведінкових стереотипів дитини спричинює внутрішній дискомфорт матері, котра старається уникати соціальних ситуацій, тим самим, збалансовуючи власні емоційні переживання. Захищаючи себе та дитину від коментарів суспільства,

уникаючи ситуацій взаємодії (походи на дитячі майданчики, паркові прогулянки, відвідування супермаркетів, кінотеатрів, дитячих садочків чи інклюзивного навчання) призводить до формування деструктивних стосунків з дитиною, котра не володіє навиками самостійності, не може ввійти в складову частину соціуму та потурбуватися про себе.

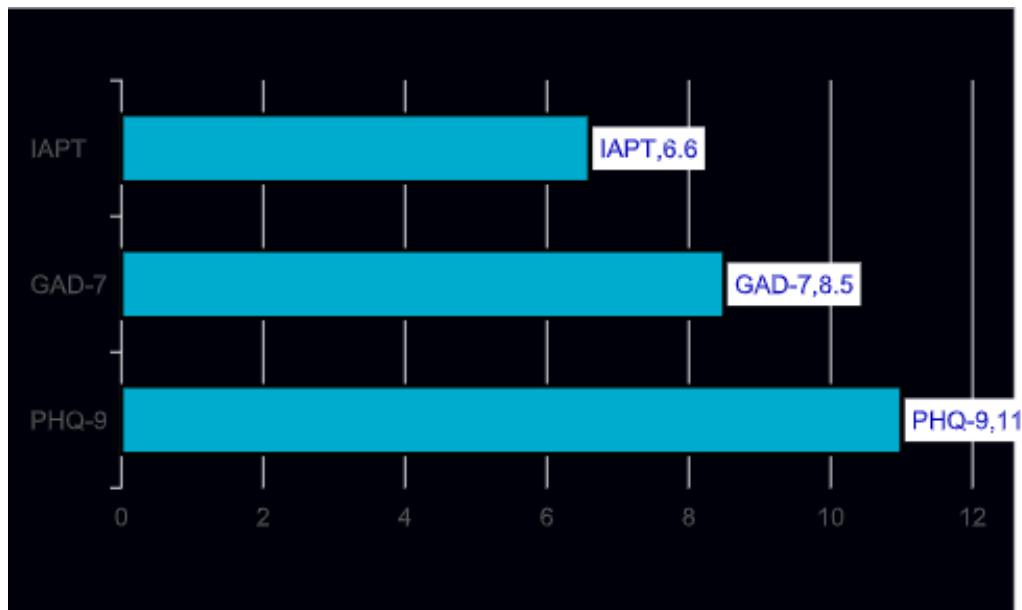


Рис.2.12. «Базової психологічної оцінки IAPT»

Фрустрація та ригідність, як психічні стани мають найвищі показники. Переживання матері, котрі пов'язані з фруструючою ситуацією, як встановлення діагнозу РСА спричинює внутрішню конфліктну реальність між очікуванням, щодо, майбутнього власної дитини та зіткненням з неприємною дійсністю – розладом, котрий впливає на всі сфери її життя. Відбувається суперечність поміж позитивних й негативних оцінок критичної ситуації, переживання незадоволення, емоційної збудливості. Фрустрація одночасно вмикає у матері 2 механізми: присутність надзвичайно потужної мотивації рухатися вперед, досягати цілей

(спрямованість на досягнення успіху та швидких результатів дитини відповідно до вікових норм однолітків) та наявністю перешкод, котрі створюють бар'єри розвитку (виклики нейронного функціонування мозку, відсутність чи затримка мовлення, відмінності процесів сприйняття, знижена концентрація пам'яті, розірваність та фрагментованість мислення, поведінкові проблеми та істерики, труднощі з формуванням функціонально значимих навиків). Амбівалентність емоційних коливань підвищують рівень фрустрації у матері, котра виховує дитину з РСА. Фрустрація підкріплює нав'язливі думки, щодо, невдачі ідеального материнства, розчарування, розпач, тривогу, відчай, як домінуючі емоційні переживання.

Ригідність та негнучкість матері перешкоджає пристосовуватися до життєвих обставин в умовах реальності проблем нейрокогнітивного розвитку, коли існують видимі потреби змінити світогляд, ціннісні орієнтири, заради покращення якості власного життя та дитини. Встановлення діагнозу створює спектр емоційних переживань жінки, котрі являються перепорою на шляху трансформацій та характеризуються здатністю зациклюватися на конкретних емоціях, що блокують роботу мозку для адекватної оцінки ситуації. Здатність жінки впадати в застрягаючі стани ускладнює формування ефективних стосунків комунікації з дитиною, оскільки, РСА характеризується специфікою взаємодії. Крізь призму розладу людині притаманні велика кількість поведінкових компонентів, що потребують швидкого реагування інших в моменті тут і тепер. Якщо мама демонструє негнучкість, зацикленість, інертність на внутрішніх переживаннях, тим самим, відтермінуючи зростання дитини. Оскільки, відсутність навиків пристосування віддаляє процес соціалізації, бо в дитини відсутні навички комунікації, а матір демонструє ригідність емоцій, що притаманні дитині через діагноз.

Відповідно розвиток ускладнюється в результаті відсутності здобування нового досвіду, що засмучує маму та вмикає тривожні переживання.

Тривожність виявляється у здатності матері до інтенсивних переживань тривоги, щодо, майбутнього дитини. Жінки схильні гіперболізувати труднощі, відповідно до мовленнєвої затримки чи відсутності мовлення, котрі потребують введення дитині альтернативних способів комунікації (жестів, карточок PECS), що викликає тривогу в батьків. Тривожність посилюється, оскільки, взаємодія має істотні відмінності від однолітків, збільшуючи страхи відповідно до самостійності дитини в подальшому та її прийняття суспільством. Хвилювання спровоковані невизначеністю майбуття підтримують внутрішнє напруження сумнівів, розпачу, дратівливості, що призводить до внутрішнього конфлікту, внаслідок довготривалої дії тригеруючих факторів щоденного життя матері дитини РСА, котра переживає стан фрустрації, як основної дії тривоги.

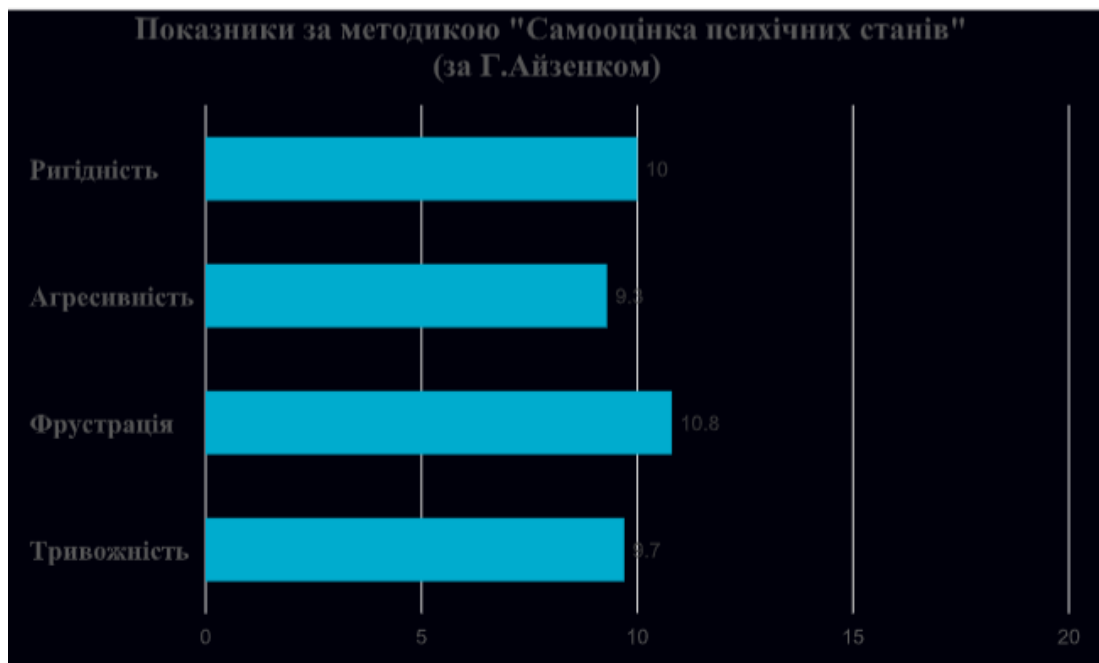


Рис.2.13. « Самооцінка психічних станів »

В ході емпіричної частини дослідження опираючись на кореляційний та факторний аналіз отриманих результатів гіпотези, що були висунуті знайшли своє підтвердження. Таким чином, гіпотеза про те, що у матерів дітей з РСА є тенденція до домінування негативних емоційних переживань підтвердилася, оскільки, опрацювання різних шкал під всебічними кутами спрямування розглянуло емоційну сферу. Вона зазнає значних трансформацій базуючись від початку озвучення діагнозу до прийняття розладу, крізь призму нової реальності. Особливістю домінування негативних переживань являється виснаження та втома в процесі виховання дитини з РСА. Гіпотеза, що специфічною характеристикою матерів дітей з РСА являється емоційна негнучкість, ригідність підтвердилася. Здатність жінки впадати в застрягаючі стани відповідно до неповносправності супроводжується бажанням віддалити момент усвідомлення змін. Це призводить до погіршення ідентифікації власних емоційних переживань, що створює бар'єри у конструктивному оцінюванні реальності.

## **Висновки до розділу II**

Отримані результати дослідження встановили активні емоційні стани матерів, котрі виховують дітей з РСА, як тривожно-депресивні переживання з включенням домінування гострих негативних емоцій, тривожності, фрустрації, ригідності, агресивності. Це ускладнюється невмінням жінки контролювати власні стани, небажання зближуватися з людьми на емоційній основі базуючись на особистому досвіді активації соціального неприйняття та замкнутість, оплакування втрати здорової дитини, як результат встановлення невтішного діагнозу.

Чинником домінування негативних емоцій, як фундаменту особливої материнської ідентичності, котра вимагає внутрішньої роботи над собою,

усвідомлення нової реальності з врахуванням потреб дитини, моральної та фінансової підтримки родини на шляху спіралі прийняття РСА у своєму бутті. Емоційна сфера сигналізує організму про тривогу, невизначеність; страхи постійної прив'язаності до дитини через відсутність значимих навиків та затримки розвитку; агресію, гнів, презирство відповідно до не прийняття, відчуття гострої несправедливості світу, що викликає досаду, розчарування, розпач сфокусованих у материнському серці.

Ригідність, як специфічна особливість матерів дітей РСА проявляється у концентрації уваги на застрягаючих негативних переживаннях, що являються компенсаторною дією роботи мозку, щоб зберегти психічне здоров'я під впливом проживання дистресу встановлення діагнозу. Схильність до зациклення на події, котра раптово ввірвалася у життя та перевернула світогляд є фактор пізнього діагностування. Мама тривалий час не підозрює проблеми розвитку, а коли б'є на спалах, то прийняття дійсності становить довгий індивідуальний шлях наповнений тривожно-депресивними станами, як бачимо по результатах опрацьованих даних.

Факторний аналіз свідчить демонструє п'ять латентних факторів, котрі пояснюють 69 % сукупної дисперсії даних, а саме по значимих шкалах: тривожність, індекс гострих негативних емоцій, індекс тривожно-депресивних емоцій, індекс позитивних емоцій, неадекватне емоційне вираження, PHQ-9, GAD-7, домінування негативних емоцій, невміння керувати емоціями, агресивність. Крім цих змінних високий відсоток дисперсії притаманний для змінних: ІАРТ, негнучкість, невиразність емоцій, небажання зближатися з людьми на емоційній основі, ригідність, фрустрація. Своє відображення значимих взаємозв'язків також підтверджує кореляційний аналіз даних.



## ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати проведення дослідження емоційної сфери матерів, котрі виховують дітей з РСА можна сформулювати наступні висновки. Емоційна сфера особистості являється комплексом діяльності нейронного сполучення мозку, що спрямована на інтеграцію суб'єктивних переживань, що відображається у міжособистісному спілкуванні та впливають на якість життя. Процес ідентифікації жінки себе з гендерною роллю матері супроводжується безліччю трансформацій на рівні змін психофізіологічних особливостей, що спостерігаються в переоцінюванні ціннісно-мотиваційних перспектив майбутнього з появою дитини.

Материнські емоції сповнюють життя яскравими барвами життя, однак, існує фактор впливу, що не залежить від діяльності жінки, а закладається на генетичному рівні та в процесі онтогенезу проявляється. Це критична подія в реальності жінки, коли дитині встановлюють діагноз РСА. Саме це впливає до схильності жінок впадати в тривожно-депресивні стани, як показують дані емпіричного дослідження.

На основі кореляційного та факторного аналізу було виявлено симптоми депресії, котра демонструє високі бали у матерів. Внаслідок неповносправності дитини апатичні, пригнічені стани підкріплюються нав'язливими думками, що мають домінуючий фактор впливу на негативні емоційні переживання: тривога, страх, хвилювання, горе, гнів, провина, сором, відраза, презирство, агресія, фрустрація. Зосередженість матерів на діагнозі вмикає захисні поведінкові стратегії позбавлення страждань, що сприяє тривалому перебуванню в тривожно-депресивних станах та характеризуються ригідністю сприйняття реальності, займає значні показники по відповідним шкалах дослідження. Внутрішні переживання втрати очікувань відповідало до власних уявлень разом з приходом діагнозу виявляють ослаблені, не пропрацьовано сценарії

батьківської родини. Це ускладнює комунікацію матері у внутрісімейному оточенні та має наслідки при міжособистісному спілкуванні, коли відсутність позитивних емоцій, сформований досвід не прийняття відкриває двері до емоційної холодності з елементами свідомого небажання взаємодіяти з іншими людьми. Емоційна сфера переживає кризові моменти власного становлення концентруючись на ліквідації розладу дитини й супроводжуючих негативних станів.

Результати дослідження матерів, котрі виховують дітей з РСА вказують на високий рівень тенденцій до домінування негативних емоційних переживань. Це підтверджується відповідними даними кореляційного та факторного аналізу, що дозволяє інтерпретувати жіночі стани, як несприятливий емоційний фон для психічного здоров'я. Оскільки, постійне знаходження в фруструючих емоціях позбавлених позитивних вражень, відчуттів задоволеності, радості життя призводить до поглиблення уже наявних тривожно-депресивних переживань провокованих встановленням діагнозу. Здатність матері застрягати в різного роду переживаннях, ситуаціях, що виокремлюється низькою адаптаційною здатністю реагувати на швидкоплинну зміну реальності, потреб дитини викликає негнучкість. Це підтверджується даними з опрацювання шкал під різними спрямуваннями, що являється ознакою правдивості другої гіпотези дослідження про специфічну характеристику матерів дітей з РСА, як емоційна негнучкість, ригідність.

На основі опрацювання теоретичної та емпіричної частини дослідження було встановлено важливість уваги до емоційної сфери матері, як важливого чинника впливу на становлення маленької особистості, котра потребує допомоги через порушення розладу. Цю допомогу надають різні кваліфіковані фахівці, однак, саме материнська любов, прийняття та внутрішня емоційна гармонія створює передумови психологічного благополуччя дитини. Надзвичайно важливим буде продовження наукової

роботи у рамках дослідження ефективних втручань в емоційну сферу матерів, котрі виховують дітей РСА. Ґрунтуючись на вже отриманих даних, щодо, домінування негативних переживань та ригідності сфокусувати власні сили на розробці психокорекційного втручання в життя жінки у вигляді наукової праці, що матиме важливе практичне значення на життя матерів РСА. Воно має бути побудоване на емпатійності розуміння всіх тонкощів переживання трансформації материнської ідентичності, крізь призму особливого материнства.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес; [ пер. с англ. Юлия Даре ]. – 5-е изд. – М.: Теревинф, 2019. – 272 с.
2. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Франческа Аппе. – Москва: теревинф, 2012. – 50с.
3. Базима Н. В. Формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку : автореф. дис. канд. пед. наук / Н. В. Базима.- К., 2014.- 21 с.
4. Базова психологічна оцінка ІАРТ [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://i-cbt.org.ua/biblioteka/>.
5. Большой толковый психологический словарь Т.1(А-О); Пер с англ. / Реберт Артур. – ООО «Издательство АСТ»; «Издательство Вече», 2001.– 592 с.
6. Василькова Ю. В. Соціальна педагогіка / Ю. В. Василькова, Т. В. Василькова. – М.: Академия, 2000. – 440 с.
7. Гошовська, Д. (2015). Фемінінна самоакцептація: основні базові постулати. Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія», 2 (2), 135–140.
8. Гошовська Д. Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу / Д. Т. Гошовська.- Луцьк, 2011.-. 265 с.
9. Гринспер С. На ты с аутизмом: использование методики FLOOR TIME для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспер, С. Уидер. – Москва: Теревинф, 2012. – 512 с.

10. Даниленко Н.В. Методи дослідження готовності до материнства / Н.В.Даниленко // Вісник ХНПУ ім. Г.С.Сковороди. Психологія. – Харків, 2005. – Вип. 15, ч 1. – С.46-54.
11. Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных / Ч. Дарвин . – СПб.: Питер, 2001. – 384 с.
12. Діагностика емоційних бар'єрів в міжособистісному спілкуванні (В. В. Бойко) [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://um.co.ua/10/10-2/10-22250.html>.
13. Доленко О.В. Аутизм в дошкольном детстве откровенный разговор (в помощь родителям). – Запорожье: ООО «Типография «Печатный мир», 2009. – 140 с.
14. Экман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь / П.Экман. – СПб.: Питер, 2011. – 334 с.
15. Изард К. Психология эмоций / К.Изард. – СПб.: Питер, 2011. – 461 с.
16. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста / Д. Н. Исаев – СПб.: Спецлит, 2001. – 463 с. – (Учебник для вузов).
17. Коэн Ш. Жизнь с аутизмом. – М.: Институт общегуманитарных Исследований, 2008. – 240 с.
18. Колдуэлл Ф. Интенсивное взаимодействие и сенсорная интеграция в работе с людьми с тяжелыми формами аутизма / Ф. Колдуэлл, Д. Хорвуд. – Москва: теревинф, 2019. – 128 с.
19. Кулешова, К. В. (2011). Эмоциональные состояния беременных женщин. Психология и психотехника, 11, 64–73.
20. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.

21. Маслоу А. Самоактуализация / А. Маслоу // Психология личности: тексты: сборник / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. – М.: МГУ, 1982. – 237с.
22. Методика «Шкала дифференціальних емоцій» [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://studfile.net/preview/3904415/page:5/>.
23. Милтон С. Обычные семьи, особые дети. Системный подход к помощи детям с нарушениями развития / Селигман Милтон. – Москва: Теревинф, 2007. – 368 с.
24. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод, пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. - 239 с.
25. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги [навчальний посібник] / К. О. Островська. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.
26. Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом / К. О. Островська: Монографія. –Львів : Тріадаплюс, 2012. – 520 с.
27. Очерки детской психиатрии: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей / Под ред. профессора Станислава Табачникова и Ванды Фримонт // НейроNEWS. – 2012. – 300 с.
28. Проскурняк О.П. Материнство: феномен психології та об'єкт виховання: навч.-метод. посібник / О.П. Проскурняк. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2011. – 112 с.

29. Ранній дитячий аутизм: Навчально-методичний посібник. Видання друге: перероблене і доповнене / А. П. Чуприков, М. І. Винник, Я. ТБагрій. – Івано-Франківськ.: Видавництво Івано - Франківської державної медичної академії. – 2005. – 48 с.
30. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. – Львів: Колесо, 2009. – 168 с.
31. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві. – Львів: Літопис 2008. – 334с.
32. Семенович А. В. Введение в нейропсихологию детского возраста: / А. В. Семенович. – Москва: Генезис, 2019. – 319 с.
33. Скрипник Т. Дослідження батьківських концепцій аутизму / Скрипник Т., Скрипник Д. // Дефектологія.-2011.- № 4.- С. 10-13.
34. Скрипник Т. Психологічна допомога дітям з аутизмом та їхнім батькам: навчально-методичний посібник / Т. Скрипник ; упорядн. Т.Шаповал – Київ : « Вид. група « Шкільний світ», 2016 – 160 с.
35. Тест «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: [https://studopedia.ru/15\\_21500\\_test-samootsinka-psihichnih-staniv-g-ayzenka.html](https://studopedia.ru/15_21500_test-samootsinka-psihichnih-staniv-g-ayzenka.html).
36. Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование / В.В. Ткачева. – М.: Книголюб, 2007. – 144 с.
37. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. – М.: АСТ; Астрель, 2007. – 318 с.
38. Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. – М., 2002. –229с.
39. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г Филиппова // Вопросы психологии. –4. Филиппова Г.Г.

Материнство: сравнительно- психологический подход / Г.Г. Филиппова // Психологический журнал. – 1999. - Т. 20, № 5. - С. 81-88.

40. Федосеева О.А. Проблемы родителей, имеющих ребенка с ограниченными возможностями / О.А. Федосеева // Молодой ученый. – 2013. – №9. – С. 344-346.

41. Чибисова М. Ю. Феномен материнства и его отражение в самосознании современной молодой женщины : дисс. ...канд.психол. наук: спец. 19.00.13 – психология развития, акмеология / М. Ю. Чибисова. – М., 2003. – 272 с.

42. Шмілик, Н. А., Спринська, З. (2015). Материнство як базова життєва цінність у мотиваційно-смісловій сфері жінки. Цінності сучасної молоді: психологічний аспект, [Монографія], Дрогобич: РВВ ДДПУ ім. Івана Франка, 126–156.

43. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА / Роберт Шрамм. – Москва: Рама Паблицинг, 2016. – 208 с.

44. Юридична психологія. Словник: Довідкове видання / Кол.авт.: Д.О. Александров, В.Г.Андросюк, Л.І. Казміренко та ін.; За заг.ред. Л.І. Казміренко, Є.М. Моїсеєва. – Вид.2-е, уточ. та доп. – К.: КНТ,2008. – 224 с.

45. Яремчук Н.В. Психологічні особливості готовності молоді жінки до майбутнього материнства / Н.В.Яремчук // Вісник після дипломної освіти: зб. наук. пр. / [редкол. В.В.Олійник (голов. ред.) та ін.]. – К., 2008. –Вип. 7.– С.234-239.

46. Autism Spectrum Disorder [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-asd/index.shtml#part\\_1454](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-asd/index.shtml#part_1454)



47. DiCicco-Bloom E., Lord C., Zwaigenbaum L., Courchesne E., Dager S.R., Schmitz C., Schultz R.T., Crawley J., Young L.J. The Developmental Neurobiology of Autism Spectrum Disorder // The Journal of Neuroscience. – 2006. – 26 (26). – P. 6897-6906. [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16807320/>.
48. Emotion and behaviour [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://www.britannica.com/science/human-nervous-system/Emotion-and-behaviour#ref942117>.
49. Individual-Difference Features Of Attachment Theory [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://www.britannica.com/science/attachment-theory/Individual-difference-features-of-attachment-theory>.
50. Leo Kanner [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://www.britannica.com/science/human-nervous-system/Emotion-and-behaviour#ref942117>.
51. The Experience of Emotion [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://opentextbc.ca/introductiontopsychology/chapter/10-1-the-experience-of-emotion/>
52. The Developmental Neurobiology of Autism Spectrum Disorder Emanuel DiCicco-Bloom, Catherine Lord, Lonnie Zwaigenbaum, Eric Courchesne, Stephen R. Dager, Christoph Schmitz, Robert T. Schultz, Jacqueline Crawley, and Larry J. Young The Journal of Neuroscien, June 28, 2006, 26(26):6897-6906 [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://www.jneurosci.org/content/26/26/6897.abstract>.
53. What Is Autism? There is no one type of autism, but many. [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://www.autismspeaks.org/what-autism>.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Базова психологічна оцінка ІАРТ

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ  
www.i-cbt.org.ua



## Базова психологічна оцінка ІАРТ

PHQ-9	Протягом <b>останніх двох тижнів</b> (або протягом іншого узгодженого проміжку часу) як часто вас турбували будь-які з наступних проблем?	ніколи	кілька днів	більше половини часу	майже щодня
1.	Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригнічення чи безнадія	0	1	2	3
3.	Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість	0	1	2	3
4.	Відчуття втоми або зниження енергії	0	1	2	3
5.	Поганий апетит або переїдання	0	1	2	3
6.	Негативне відчуття щодо себе — що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину	0	1	2	3
7.	Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора	0	1	2	3
8.	Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність.	0	1	2	3
9.	Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду	0	1	2	3
PHQ-9 загальна кількість балів =					

GAD-7	Протягом <b>останніх двох тижнів</b> (або протягом іншого узгодженого проміжку часу) як часто вас турбували будь-які з наступних проблем?	ніколи	кілька днів	більше половини часу	майже щодня
1.	Роздратованість, хвилювання або відчуття, що ви «на межі»	0	1	2	3
2.	Постійне хвилювання, «переживання», яке ви не в змозі зупинити або контролювати	0	1	2	3
3.	Надмірні переживання за різні справи	0	1	2	3
4.	Важко розслабитись	0	1	2	3
5.	Ви настільки неспокійні, що навіть важко сидіти на одному місці	0	1	2	3
6.	Підвищена дратівливість	0	1	2	3
7.	Страх, ніби має статись щось жахливе	0	1	2	3
GAD-7 загальна кількість балів =					

ІАРТ шкала фобії								
Виберіть цифру зі шкали, поданої нижче, яка відображає наскільки сильно ви б уникали кожної з ситуацій або об'єктів, перерахованих нижче. Відповідну цифру поставте у клітинці, навпроти ситуації								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Не уникаю		Деяко уникаю		Безумовно уникаю		Помітно уникаю		Завжди уникаю
1.	Соціальні ситуації через страх бути засоромленим або висміяним							
2.	Певні ситуації через страх панічних атак або інших тривожних симптомів (таких, як втрата контролю над сечовим міхуром, блювання або запаморочення)							
3.	Певні ситуації через страх окремих об'єктів або видів діяльності (наприклад, тварин, висоти, побачити кров, перебування в замкнутому просторі, водіння або переліт і т.п.).							

## Додаток Б

### Методика діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні (за В.В. Бойком).

*Інструкція:* вам потрібно прочитати судження та дати відповідь " так " чи " ні "

1. Наприкінці робочого дня, зазвичай, на моєму обличчі помітно втому.
2. Буває так, що під час першого знайомства емоції заважають мені презентувати себе з позитивного боку (хвилююся, замикаюся або, навпаки, багато говорю, збуджуюся, веду себе неприродньо).
3. У спілкуванні мені часто не вистачає емоційності, виразності.
4. Напевно, я здаюся оточуючим занадто суворим.
5. Я взагалі проти того, щоб зображати ввічливість, якщо тобі цього не хочеться.
6. Я зазвичай умію приховати від співрозмовників спалахи гніву.
7. Часто при спілкуванні я продовжую думати про свої справи.
8. Буває, що я намагаюся висловити партнеру емоційну підтримку (увагу, співчуття, співпереживання), але він цього не відчуває і не сприймає.
9. Часто у моїх очах чи виразі обличчя проглядається стурбованість.
10. У спілкуванні я намагаюся приховувати свої симпатії до співрозмовників.
11. Усі мої переживання зазвичай написані на моєму обличчі.
12. Якщо я захоплююся розмовою, то міміка мого обличчя стає надто виразною й експресивною.

13. Напевно, я дещо емоційно стриманий і "замкнений".
14. Я дуже часто знаходжуся в стані нервового напруження.
15. Зазвичай я відчуваю дискомфорт, коли потрібно тиснути руку при спілкуванні.
16. Інколи близькі люди зауважують мені: розслаб м'язи обличчя, не криви вуста, не наморщуй лоба і т. д.
17. Коли я розмовляю, то занадто жестикулюю.
18. У новій ситуації мені завжди важко бути розслабленим, природнім.
19. Напевно, моє обличчя часто виражає сум чи стурбованість, хоча на душі спокійно.
20. Мені важко дивитися в очі при спілкуванні з малознайомими людьми.
21. Якщо я хочу, то мені завжди вдається приховати свою неприязнь до поганої людини.
22. Мені часто буває весело без особливої причини.
23. Мені дуже легко зробити за власним бажанням чи на прохання різні вирази обличчя: смуток, радість, переляк, відчай і т. д.
24. Мені говорили, що мій погляд важко витримати.
25. Мені щось заважає висловити теплоту, симпатію людині, навіть у тих випадках, коли я відчуваю це почуття до неї.

## Додаток В

### Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком)

*Інструкція:* уважно прочитайте опис різних психічних станів та оцініть власний стан, де: 2 - опис збігається з вашим станом та виникає часто; 1 - цей стан виникає зрідка; 0 - опис не збігається з вашим станом.

### Опис станів

#### Блок 1

1. Не почуваю впевненості в собі.
2. Часто через дрібниці червонію.
3. Мій сон не спокійний.
4. Легко впадаю в зневіру.
5. Турбуюся тільки про уявлювані неприємності.
6. Мене лякають труднощі.
7. Люблю копатися у своїх недоліках.
8. Мене легко переконати.
9. Я недовірливий.
10. Я важко переносю час очікування.

## Блок 2

11. Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, з яких усе-таки можна знайти вихід.
12. Неприємності мене сильно засмучують.
13. Під час великих неприємностей я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.
14. Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.
15. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною.
16. Я нерідко почуваюсь беззахисним.
17. Іноді в мене буває стан розпачу.
18. Я почуваю розгубленість перед труднощами.
19. У важкі хвилини життя іноді поводжуся як дитина, хочу щоб пожаліли.
20. Вважаю недоліки свого характеру непоправними.

## Блок 3

21. Залишаю за собою останнє слово .
22. Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.
23. Мене легко розсердити.
24. Люблю робити зауваження іншим.
25. Хочу бути авторитетом для інших.
26. Не задовольняюся малим, хочу найбільшого.
27. Коли розгніваюся, погано себе стримую.

28. Волю краще керувати, ніж підкорятися.

29. У мене різка, грубувата жестикуляція.

30. Я мстивий.

#### Блок 4

31. Мені важко змінювати звички.

32. Нелегко переключати увагу.

33. Дуже насторожено ставлюся до всього нового.

34. мене важко переконати.

35. Нерідко в мене не виходить з голови думка, якої слід було б позбутися.

36. Нелегко зближаюся з людьми.

37. Мене засмучують навіть незначні порушення плану.

38. Нерідко я виявляю впертість.

39. Неохоче йду на ризик.

40. Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

## Додаток Г

**Методика «Шкала диференціальних емоцій» К . Ізард**

*Інструкція:* перед вами список прикметників, які характеризують відтінки різних емоційних переживань людини. Оцініть, наскільки кожне з перерахованих переживань властиво вам в даний момент часу від 1 до 5, де: 1 - переживання повністю відсутнє; 2 - переживання виражене трохи; 3 - переживання виражене помірно; 4 - переживання виражене сильно; 5 - переживання виражене в максимальному ступені

<b>1</b>	1	Уважний Сконцентрований Зібраний	12345
	2		12345
	3		12345
<b>2</b>	4	Стан насолоди Щасливий Радісний	12345
	5		12345
	6		12345
<b>3</b>	7	Здивований Вражений Шокований	12345
	8		12345
	9		12345
<b>4</b>	10	Похмурий Сумний Зломлений	12345
	11		12345
	12		12345
<b>5</b>	13	Оскаженілий Гнівний Лютий	12345
	14		12345
	15		12345
<b>6</b>	16	Відчуваю неприязнь Відчуваю відразу Відчуваю огиду	12345
	17		12345
	18		12345
<b>7</b>	19	Презирливий Зневажливий Гордовитий	12345
	20		12345
	21		12345



<b>8</b>	22	Зляканий	12345
	23	Боязливий	12345
	24	Стан паніки	12345
<b>9</b>	25	Сором'язливий	12345
	26	Боязкий	12345
	27	Конфузливий	12345
<b>10</b>	28	Стан жалю	12345
	29	Винуватий	12345
	30	Стан розкаяння	12345

Індекс позитивних емоцій \_\_\_\_\_

Індекс гострих негативних емоцій \_\_\_\_\_

Індекс тривожно–депресивних проявів \_\_\_\_\_

Додаток Д

**Результати кореляційного аналізу даних емоційної сфери матерів дітей з РСА**

	PHQ-9	GAD-7	IAPT	НК	НЕ	ДН	НН	НЗ	Самооцінка
PHQ-9	1								
GAD-7	0,794974	1							
IAPT	0,268476	0,298747	1						
НК	0,265006	0,390551	0,197693	1					
НЕ	-0,01231	0,125575	0,006133	-0,12307	1				
ДН	0,646874	0,624808	0,258618	0,343754	0,091255	1			
НН	0,398394	0,414389	0,417261	0,197518	-0,18504	0,277423	1		
НЗ	0,396286	0,360308	0,282116	0,227706	0,065215	0,350371	0,405967	1	
ЗАГ.	0,607544	0,683061	0,411143	0,545551	0,269955	0,743153	0,586115	0,714954	1
Тривожність	0,594502	0,651632	0,366624	0,4067	0,165145	0,399975	0,488117	0,604269	0,708009
Фрустрація	0,246901	0,348238	0,216561	0,171644	0,006527	0,240955	0,218899	0,310532	0,334031
Агресивність	0,243313	0,273579	0,059933	0,317727	0,132429	0,351268	0,128353	0,110041	0,375211
Ригідність	0,387576	0,486203	0,265234	0,38479	0,097218	0,400093	0,361114	0,366638	0,552277
Інтерес	0,041516	0,028657	0,04788	-0,07359	-0,06874	0,003631	-0,20072	-0,20158	-0,17165
Радість	-0,39624	-0,34213	-0,09456	-0,1307	-0,01586	-0,19462	-0,17538	-0,32027	-0,2779
Здивування	0,152504	0,15373	0,228776	0,11122	-0,10616	0,10475	0,212129	0,157422	0,189006
Горе	0,565675	0,601384	0,281043	0,300944	0,063316	0,474103	0,414315	0,371448	0,560353
Гнів	0,257175	0,366952	0,122322	0,220687	0,144569	0,19605	0,213417	0,28744	0,348171
Бідраза	0,350496	0,385981	0,222387	0,251853	0,064848	0,320591	0,338771	0,463855	0,482692
Презирство	0,342467	0,419521	0,161995	0,345511	0,184487	0,271957	0,32529	0,329584	0,478201
Страх	0,40738	0,455783	0,286179	0,298949	0,185603	0,243265	0,323644	0,459435	0,494578
Сором	0,300475	0,331635	0,220261	0,202596	0,182984	0,21753	0,242669	0,445306	0,434337
Провина	0,391306	0,494756	0,182439	0,334033	0,212008	0,23211	0,377758	0,350625	0,500018
ІПЕ	-0,12926	-0,10591	0,061319	-0,05566	-0,07815	-0,05933	-0,0889	-0,18763	-0,1408
ІГНЕ	0,433327	0,505174	0,239208	0,30968	0,132964	0,368538	0,372232	0,427355	0,54002
ІТДЕ	0,410232	0,479608	0,257121	0,311312	0,216235	0,255672	0,352307	0,463542	0,529867

Додаток Е

**Результати факторного аналізу даних емоційної сфери матерів дітей**

**РСА**

Рис. Е.1. Графік кам'яного осипу

Таблиця Е.1

Власні значення факторів

	Eigenvalue	% Total	Cumulative	Cumulative
1	5,628680	37,52453	5,62868	37,52453
2	1,361982	9,07988	6,99066	46,60442
3	1,278569	8,52380	8,26923	55,12821
4	1,107531	7,38354	9,37676	62,51176
5	1,000860	6,67240	10,37762	69,18416

Таблиця Е.2

## Факторні навантаження

	Домінування тривожності 1	Відсутність позитивних емоцій 2	Емоційна нестриманість 3	Тривожно-депресивний 4	Невміння керувати емоціями
PHQ-9	0,276977	0,116577	0,098396	<b>0,852895</b>	0,081548
GAD-7	<b>0,379225</b>	0,101687	0,022118	<b>0,786032</b>	0,203266
IAPT	<b>0,421182</b>	0,033346	<b>0,403400</b>	0,251555	-0,076212
Невміння керувати емоціями	0,224790	-0,072419	0,268960	0,160104	<b>0,717081</b>
Неадекватне емоційне вираження	0,250517	0,081972	<b>-0,834966</b>	0,093963	-0,093418
Домінування негативних емоцій	0,111033	0,047547	0,002363	<b>0,829047</b>	0,262634
Негнучкість, невиразність емоцій	<b>0,476751</b>	0,215622	<b>0,544328</b>	0,265874	-0,010506
Небажання зближатися з людьми на емоційній основі	<b>0,615485</b>	<b>0,381560</b>	0,137770	0,221263	-0,048986
Тривожність	<b>0,731630</b>	0,256372	0,045627	<b>0,361488</b>	0,244116
Фрустрація	0,268974	<b>0,503615</b>	0,137527	0,153029	0,160938
Агресивність	0,016987	0,246251	-0,170204	0,193789	<b>0,759357</b>
Ригідність	<b>0,452689</b>	0,292054	0,030185	0,230438	<b>0,535431</b>
Індекс позитивних емоцій	0,083803	<b>-0,854314</b>	0,106986	-0,017446	-0,084258
Індекс гострих негативних емоцій	<b>0,762807</b>	-0,094643	-0,079188	0,229564	0,267365
Індекс тривожно-депресивних емоцій	<b>0,892352</b>	-0,057174	-0,118294	0,133354	0,172752
Expl.Var	3,327689	1,438716	1,340275	2,565520	1,705424
Prp.Totl	0,221846	0,095914	0,089352	0,171035	0,113695