

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук
Кафедра психології

Пархоменко Світлана Миколаївна
(прізвище, ім'я, по батькові студента в називному відмінку)

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня бакалавра

на тему: **«ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА МАТЕРІВ, ЯКІ
ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ»**

Група ТУбз-8-22 Б1ПС (4,0 здс)
Спеціальність: 053 «Психологія»

Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський)

*Дипломна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів, текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело*

(підпис) Пархоменко С. М.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник

кандидат психологічних наук, доц. _____
(посада, науковий ступінь, вчене звання) (підпис)

Назаренко І. Є.
(прізвище та ініціали)

Допущено до захисту перед ЕК

Завідувач кафедри

(посада, науковий ступінь,
вчене звання)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Київ 2026 р.

АНОТАЦІЯ

Пархоменко Світлана Миколаївна. «Психологічна підтримка матерів, які виховують дітей з особливими потребами» – Рукопис.

Дипломна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» – Міжрегіональна Академія управління персоналом. – Київ, 2026.

Актуальність теми дослідження полягає в тому, що трансформація інклюзивної освіти в Україні актуалізує проблему ресурсної спроможності сім'ї як базового інституту соціалізації дитини з особливими освітніми потребами. Проте в сучасній корекційній практиці існує суттєва методологічна суперечність: при декларуванні сім'ї як центрального суб'єкта інклюзії, реальна допомога залишається дитиноцентрованою, ігноруючи психоемоційні деформації батьків.

Наукова проблема полягає у деструктивному впливі хронічного стресу «особливого материнства» на особистість жінки. Емоційне вигорання в межах нашого дослідження розглядається як системна криза, детермінована соціальною депривацією та втратою професійної ідентичності, що призводить до афективного виснаження та деперсоналізації.

Це зумовлює ключове дослідницьке протиріччя: успішність інклюзії залежить від корекційного потенціалу матері, котрий нівелюється прогресуючим вигоранням, створюючи ризик вторинної травматизації сімейної системи. Розв'язання зазначеної суперечності через наукове обґрунтування методів арт-терапії та саморегуляції як інструментів реінтеграції ресурсів матері визначає наукову та практичну актуальність нашої роботи.

Мета роботи полягає в поглибленні теоретичного обґрунтування та емпіричної перевірки ефективності комплексної програми психологічної підтримки, спрямованої на профілактику та корекцію емоційного вигорання

матерів, котрі виховують дітей із особливими освітніми потребами, шляхом інтеграції методів арт-терапії та психологічної саморегуляції.

У роботі були використані такі **методи дослідження** як спеціальні та загальнонаукові методи, а саме: критичний аналіз, порівняння та зіставлення підходів, узагальнення та систематизація, психодіагностичний метод, психолого-педагогічний експеримент, метод аналізу продуктів діяльності та методи математико-статистичної обробки даних.

Ключові слова: *емоційне вигорання, материнство, особливі освітні потреби (ООП), інклюзивна освіта, психологічна підтримка, арт-терапія, саморегуляція, життєстійкість, ресурсний стан, соціальна депривація.*

ANNOTATION

Svitlana Mykolaivna Parkhomenko. «Psychological support for mothers raising children with special needs» – It's Manuscript.

Diploma's work in obtaining the educational qualification of «bachelor» – Interregional Academy of Personnel Management. – Kyiv, 2026.

The urgency of the research topic lies in the fact that the transformation of inclusive education in Ukraine highlights the problem of the family's resource capacity as a fundamental institution for the socialization of children with special educational needs. However, a significant methodological contradiction persists in contemporary correctional practice: while the family is declared a central subject of inclusion, actual assistance remains child-centered, largely ignoring the psycho-emotional deformations of parents.

The scientific problem lies in the destructive impact of the chronic stress associated with «special motherhood» on a woman's personality. Within this study, emotional burnout is viewed as a systemic crisis determined by social deprivation and the loss of professional identity, leading to affective exhaustion and depersonalization.

This creates a key research contradiction: the success of inclusion depends on the mother's correctional potential, which is nullified by progressive burnout, creating a risk of secondary traumatization for the entire family system. Resolving this contradiction through the scientific substantiation of art therapy and self-regulation methods as tools for reintegrating a mother's resources defines the scientific and practical relevance of our work.

The purpose of the work is to deepen the theoretical substantiation and provide an empirical verification of the effectiveness of a comprehensive psychological support program aimed at the prevention and correction of emotional burnout in mothers raising children with special educational needs, through the integration of art therapy and psychological self-regulation methods.

The study employed a range of **research methods**, including both general scientific and specialized approaches: critical analysis, comparison and juxtaposition of approaches, generalization and systematization, the psychodiagnostic method, psycho-pedagogical experiment, the method of analyzing products of activity, and methods of mathematical and statistical data processing.

Key words: *emotional burnout, motherhood, special educational needs (SEN), inclusive education, psychological support, art therapy, self-regulation, resilience, resource state, social deprivation.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ МАТЕРИНСТВА В СІМ'ЯХ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.....	15
1.1. Психологічні особливості «особливого материнства»: феноменологія та виклики.....	15
1.2. Стадії переживання психотравми при народженні дитини з порушеннями розвитку.....	27
1.3. Феномен емоційного вигорання матерів: симптоми, чинники та наслідки.....	40
Висновки до першого розділу.....	51
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА РЕСУРСІВ МАТЕРІВ.....	55
2.1. Організація дослідження та вибір діагностичного інструментарію.....	55
2.2. Аналіз рівня життестійкості та копінг-стратегій жінок.....	60
2.3. Взаємозв'язок між типом порушення розвитку дитини та рівнем тривожності матері.....	69
Висновки до другого розділу.....	77
РОЗДІЛ ІІІ. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ВІДНОВЛЕННЯ РЕСУРСНОГО СТАНУ.....	79
3.1. Тренінг профілактики емоційного вигорання «Джерело сили».....	79
3.2. Методи саморегуляції та арт-терапії в роботі з матерями.....	93
Висновки до третього розділу.....	102
ВИСНОВКИ.....	105
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	112

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасна парадигма трансформації освітнього простору України в напрямі інклюзії актуалізує проблему ресурсної спроможності сім'ї як ключового інституту соціалізації дитини з особливими освітніми потребами. Проте аналіз поточної корекційної практики виявляє суттєву методологічну суперечність: попри визнання сім'ї центральним суб'єктом інклюзії, фокус професійної допомоги залишається дитиноцентрованим, фактично ігноруючи психоемоційний стан батьків (зокрема матерів).

Наукова проблема полягає у деструктивному впливі тривалої психотравмуючої ситуації «особливого материнства» на особистість жінки. Матеріалізація даного впливу відбувається через механізм емоційного вигорання, котре розглядається в межах нашого дослідження не лише як індивідуальна деформація, а як системна криза. Хронічний стрес, детермінований соціальною депривацією та втратою професійної ідентичності, трансформує материнський ресурс у стан афективного виснаження та деперсоналізації.

Таким чином, постає дослідницьке протиріччя: із одного боку, успішність інклюзії прямо залежить від здатності матері забезпечувати корекційний супровід дитини, із іншого – прогресуюче вигорання матері нівелює її виховний потенціал, створюючи ризик вторинної травматизації всієї сімейної системи.

Це зумовлює потребу в науковому пошуку та обґрунтуванні ефективних психологічних інструментів (зокрема методів арт-терапії та саморегуляції), що здатні розірвати ланцюг емоційної деградації та забезпечити реінтеграцію особистісних ресурсів матері. Саме в необхідності розв'язання зазначеної суперечності полягає наукова та практична актуальність нашого дослідження.

Аналіз останніх наукових досліджень. Сучасний науковий дискурс навколо проблеми емоційного вигорання батьків, котрі виховують дітей із особливими освітніми потребами, характеризується переходом від констатації симптомів до вивчення глибоких нейропсихологічних та системно-сімейних механізмів даного феномену.

Останні дослідження європейських та американських вчених (І. Роскам, М. Міколайчак, 2020-2024 рр.) вказують на те, що батьківське вигорання є специфічним конструктом, відмінним від професійного вигорання та депресії.

Концепція «балансу ресурсів та вимог». Згідно з дослідженнями Брюссельської лабораторії батьківського вигорання, зазначений стан виникає, коли вимоги стабільно перевищують наявні ресурси. У випадку матерів дітей із ООП даний дисбаланс має хронічний характер через високу когнітивну та емоційну ціну догляду.

Нейробіологічний аспект. Сучасні нейронаукові дослідження (Г. Едвардс, 2022 р.) підтверджують зв'язок між тривалим батьківським стресом та атрофією нейронних мереж у префронтальній корі, що пояснює симптом «когнітивного туману» та труднощі у прийнятті рішень, котрі ми спостерігаємо у матерів.

В українській психологічній думці останніх років (Л. Вознесенська, О. Тараріна, Т. Гурлєва, 2022-2025 рр.) особлива увага приділяється фактору кумулятивної травми.

Вплив воєнного стану. Дослідження вказують на те, що для матерів дітей із ООП в Україні стрес від виховання дитини наклався на екзистенційну тривогу, пов'язану з війною. Це призвело до явища «вторинної віктимізації», коли мати відчуває себе безсилою захистити вразливу дитину в небезпечних умовах.

Дослідження життєстійкості. Праці сучасних вітчизняних дослідників (2023-2024 рр.) зосереджені на пошуку механізмів, котрі дозволяють матерям уникати вигорання. Виявлено, що ключовим є не стільки відсутність стресу,

скільки наявність розвинених навичок саморегуляції та доступ до фахової підтримки в межах ІРЦ.

Наукові розвідки останніх років (Д. Мітчелл, вітчизняні фахівці з інклюзії) підкреслюють, що вигорання матерів прямо корелює з рівнем інклюзивної культури суспільства.

Дослідження 2025 року свідчать, що у громадах із розвиненою мережею асистентів дитини та груп самодопомоги рівень фази «Виснаження» у матерів на 30% нижчий, аніж у регіонах з дефіцитом сервісів. Це підтверджує нашу тезу про те, що вигорання – це не лише індивідуальна, а й соціально-педагогічна проблема.

В аналізі ефективності методів допомоги (за даними мета-аналізів 2023-2026 рр.) арт-терапія визнана одним із найбільш екологічних методів роботи з «невербальною травмою».

Дослідження підтверджують, що візуалізація стресового досвіду дозволяє знизити рівень кортизолу швидше, аніж традиційне консультування, оскільки забезпечує безпечне відреагування гніву та провини, котрі є «паливом» задля вигорання.

Аналіз останніх наукових джерел дозволяє констатувати, що: батьківське вигорання є незалежним клінічним феноменом, що потребує специфічних методів корекції; в українському контексті проблема посилюється факторами війни та соціальної нестабільності; існує гостра потреба в розробці програм, котрі поєднують фізіологічний (саморегуляція) та символічний (арт-терапія) рівні впливу.

Попри значну кількість теоретичних праць, практичних програм, котрі б цілісно поєднували роботу з тілом (біологія стресу) та роботу з образом (арт-терапія) спеціально для інклюзивного сектору, все ще недостатньо. Саме на заповнення вищезазначеної прогалини спрямоване наше дослідження.

Мета і завдання дослідження. Метою дипломної роботи є теоретичне обґрунтування та емпірична перевірка ефективності комплексної програми

психологічної підтримки, спрямованої на профілактику та корекцію емоційного вигорання матерів, котрі виховують дітей із особливими освітніми потребами, шляхом інтеграції методів арт-терапії та психологічної саморегуляції.

Досягнення поставленої мети обумовило необхідність вирішення таких завдань:

- проаналізувати стан наукової розробленості проблеми емоційного вигорання батьків у психологічній літературі, уточнивши сутність та специфіку феномену «батьківського вигорання» в умовах інклюзивної освіти;
- здійснити теоретичний аналіз чинників, що детермінують виникнення фаз «Напруження», «Опору» та «Виснаження» у матерів дітей із ООП, та визначити роль особистісних ресурсів у запобіганні психосоматичній деформації;
- емпірично дослідити особливості та рівень емоційного вигорання цільової групи, виявивши домінуючі симптоми та специфічні копінг-стратегії, що використовуються матерями в ситуації тривалого дистресу.;
- розробити та методологічно обґрунтувати програму психологічної підтримки «Джерело сили», що базується на поєднанні когнітивно-емоційного відреагування (через арт-терапію) та нейрофізіологічної стабілізації (через техніки саморегуляції);
- експериментально перевірити ефективність впровадженої програми та проаналізувати динаміку показників емоційного стану респонденток;
- сформулювати практичні рекомендації для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів щодо психологічного супроводу сімей.

Об'єктом дослідження є процес психологічного супроводу матерів, котрі виховують дітей із особливими освітніми потребами, в умовах інклюзивного освітнього середовища.

Предметом дослідження є сукупність методів та психологічних умов профілактики й корекції емоційного вигорання матерів дітей із особливими освітніми потребами засобами арт-терапії та психологічної саморегуляції.

Методи дослідження. Методологічну основу роботи становить комплексний підхід, що базується на поєднанні загальнонаукових та спеціальних методів.

Для розв'язання поставлених завдань та перевірки гіпотези було використано комплекс взаємодоповнювальних методів, що базуються на принципах об'єктивності та системності:

1. Теоретичні методи (із елементами критичного аналізу):

Критичний аналіз наукових першоджерел, котрий застосовувався задля деконструкції існуючих концепцій «батьківського вигорання». На відміну від реферативного огляду, критичний аналіз дозволив виявити суперечність між високими вимогами інклюзивного середовища та дефіцитом психологічних ресурсів матерів, що стало фундаментом задля розробки авторської програми.

Порівняння та зіставлення підходів, котре використано задля оцінки ефективності різних шкіл психокорекції (когнітивно-поведінкової, гуманістичної та арт-терапевтичної). Шляхом порівняння було встановлено, що задля роботи з категорією матерів у стані хронічного дистресу вербальні методи (інтерв'ю, консультування) мають обмежену ефективність через високий рівень психологічного захисту, що обґрунтувало вибір арт-терапії як методу «м'якого» обходу когнітивних бар'єрів.

Узагальнення та систематизація, котрі застосовувалися задля формування цілісної теоретичної моделі емоційного вигорання матерів дітей із ООП.

2. Емпіричні методи:

Психодіагностичний метод (тестування), котрий використано валідизований інструментарій задля кількісної оцінки станів:

- Методика діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка – задля ідентифікації фаз «Напруження», «Опору» та «Виснаження».

- Методика «Стратегії подолання стресових ситуацій» С. Гобфолла – задля аналізу моделей копінг-поведінки.

Психолого-педагогічний експеримент, котрий складався з трьох етапів (констатувального, формувального та контрольного), що дозволило зафіксувати динаміку емоційного стану матерів до та після впровадження програми «Джерело сили».

Метод аналізу продуктів діяльності (кейс-метод), тобто якісний аналіз результатів арт-терапевтичних сесій (малюнків, колажів, скульптурних образів), що дозволило відстежити динаміку трансформації внутрішніх конфліктів респонденток на символічному рівні.

3. Методи математико-статистичної обробки даних:

Використано методи дескриптивної статистики задля первинної обробки даних (визначення середніх значень, стандартного відхилення).

Задля перевірки статистичної значущості відмінностей між результатами до та після експерименту застосовано Т-критерій Вілкоксона (для залежних вибірок), що дозволило формалізувати висновок про ефективність запропонованої програми.

Інформаційну базу роботи становлять наукові публікації вітчизняного та зарубіжного характеру, нормативно-правові, емпіричні дані та методичні документи.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що полягає у системному підході до розв'язання проблеми психологічної деформації особистості в умовах «особливого материнства» та обґрунтуванні нових інструментів відновлення ресурсів сім'ї.

Безпосередньо у результаті дослідження одержано такі **наукові результати:**

- вперше розроблено та науково обґрунтовано комплексну програму психологічної підтримки матерів дітей із ООП «Джерело сили», котра базується на методологічному поєднанні нейрофізіологічного (техніки саморегуляції задля зниження реактивності амігдали) та символічного (арт-терапія задля екстерналізації травматичного досвіду) рівнів корекційного впливу;

- вперше виявлено та формалізовано специфічний зв'язок між рівнем ірраціональної провини матері та динамікою формування симптому «загнаності у кут», що дозволило визначити трансформацію провини як пріоритетну мішень психологічного втручання задля запобігання фазі виснаження;

- удосконалено психологічний інструментарій роботи з невербальною травмою матерів через адаптацію арт-терапевтичних технік (колажування, глинотерапія, МАК) під специфічні дефіцити ресурсності, притаманні жінкам у стані хронічного дистресу;

- удосконалено методичні підходи до організації психологічного супроводу в межах інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ), де акцент зміщено з дитиноцентрованої моделі на системно-сімейну, що забезпечує довгострокову стійкість інклюзивного процесу.

- дістало подальшого розвитку уявлення про структуру та етапи емоційного вигорання батьків у контексті сучасної інклюзивної освіти України, зокрема в частині впливу соціальної ізоляції та кризи професійної ідентичності на темпи формування емоційної деперсоналізації;

- дістало подальшого розвитку розуміння механізмів психологічної саморегуляції як фактора підвищення життєстійкості матерів, що дозволяє розглядати здатність до відновлення енергії як динамічну навичку, що піддається тренуванню.

Практичне значення роботи полягає у розробці, апробації та впровадженні конкретного психологічного інструментарію, спрямованого на збереження ментального здоров'я сімей, що виховують дітей із ООП.

Запропоновані методичні рекомендації та програма «Джерело сили» впроваджені в роботу КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Броварської міської ради та іншими структурами.

Структура роботи.

Дипломна робота складається із вступу, 3 розділів, висновків, списку літератури.

Обсяг основного тексту становить 118 сторінок. Робота містить 16 таблиць, 1 рисунок, список використаних джерел із 71 найменувань на 6 сторінках.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ МАТЕРИНСТВА В СІМ'ЯХ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

1.1. Психологічні особливості «особливого материнства»: феноменологія та виклики

Феномен материнства у сучасній психологічній парадигмі розглядається не лише як біологічна функція чи соціальна роль, а як складна, багаторівнева інтегральна структура особистості. Проте, народження дитини з особливими освітніми потребами (ООП) виступає потужним детермінуючим фактором, що радикально трансформує зазначену структуру. Ми визначаємо «особливе материнство» як специфічний життєвий конструкт, що формується в умовах хронічного стресу та вимагає від жінки повної перебудови ціннісно-смислової сфери особистості [4].

Феноменологія даного стану охоплює сукупність суб'єктивних переживань, котрі супроводжують жінку з моменту встановлення діагнозу дитини. Центральним елементом даного поля є руйнування так званого «нарцисичного розширення». У нормотиповому материнстві дитина часто сприймається як продовження «Я» матері, реалізація її надій та соціальних очікувань. При появі дитини з ООП відбувається розрив між «ідеальним образом дитини» та «реальною дитиною», що породжує глибоку кризу ідентичності [1].

На нашу думку, виклик феноменології полягає у необхідності «вторинного народження» матері як суб'єкта інклюзивного процесу. Мати змушена інтегрувати у власний світогляд факт інакшості власної дитини, що супроводжується внутрішнім конфліктом між безумовною любов'ю та соціальною стигматизацією.

Ключовими психологічними викликами з котрими стикаються матері є:

1. Когнітивний виклик (інформаційна перевантаженість та невизначеність) [2].

Матері дітей із ООП перебувають у стані постійного дефіциту достовірної прогностичної інформації. Складність діагностики та варіативність розвитку дитини створюють ситуацію «когнітивного тупика». Жінка змушена опановувати суміжні професії: ставати корекційним педагогом, реабілітологом, юристом. Це призводить до явища, котре ми називаємо «функціональною гіпертрофією», коли материнська роль поглинає всі інші особистісні виміри.

2. Емоційний виклик (амбівалентність почуттів) [3].

Задля «особливого материнства» характерна висока інтенсивність полярних емоцій. Почуття провини (за «неправильну» генетику чи поведінку під час вагітності) сусідить із почуттям жертвності. Емоційне поле характеризується «застряганням» на негативних станах, що, за нашими спостереженнями, формує специфічний тип депресивного фону, котрий стає звичним середовищем існування для жінки.

3. Соціально-ізоляційний виклик (відчуження) [5].

Матері часто опиняються у ситуації «соціального вакууму». Соціум, попри декларовану інклюзію, часто виявляє приховану агресію або жалість, що однаково травмує особистість. Феномен «скляної стіни» між сім'єю та громадою змушує матір обмежувати коло спілкування лише такими самими «особливими» сім'ями, що посилює відчуття сегрегації.

Ми стверджуємо, що виклики «особливого материнства» можуть мати двоякий вплив на особистість. Із одного боку, це ризик повної деградації ресурсів та вигорання. Із іншого – можливість для посттравматичного зростання. Жінки, котрі успішно долають вищезазначені виклики, демонструють вищий рівень емпатії, життєстійкості та здатності до пошуку глибинних смислів буття. Проте такий сценарій можливий лише за умови вчасної та фахової психологічної підтримки.

Підсумовуючи вищевикладене, слід зазначити, що «особливе материнство» – це стан, котрий вимагає від жінки безперервного

психологічного маневрування між потребами дитини, тиском соціуму та власним ментальним здоров'ям. Головним викликом є збереження власної суб'єктності та недопущення повної ідентифікації лише з хворобою дитини.

Задля глибшого розуміння специфіки досліджуваного явища нами було проведено теоретичне зіставлення параметрів материнства у нормативних умовах та в ситуації виховання дитини з особливими освітніми потребами. Це дозволяє виокремити ті зони психологічної напруги, котрі потребують першочергового корекційного втручання [6].

Таблиця 1.1

**Порівняльна характеристика психологічних станів та
життєдіяльності матерів**

Параметр порівняння	Матері дітей із нормативним розвитком	Матері дітей з особливими освітніми потребами
Домінуючий емоційний фон	Радість, задоволення, епізодична втома, що швидко минає	Хронічна тривога, почуття провини, пригніченість, емоційна лабільність
Сприйняття майбутнього	Оптимістичне планування, очікування соціальних досягнень дитини	Невизначеність, страх перед майбутнім дитини після смерті батьків, відсутність довгострокових планів
Соціальна активність	Збереження або розширення соціальних зв'язків, професійна реалізація	Соціальна ізоляція, звуження кола спілкування до вузької групи «власних», втрата кар'єрних перспектив
Характер навантаження	Циклічне (зменшується з віком дитини та її автономізацією)	Перманентне (часто зростає з віком дитини через фізичну важкість та складність догляду)
Самоідентифікація	Багатогранна (жінка, професіонал, дружина, мати)	Моноцентрична (повне розчинення в ролі матері-опікуна, втрата інших «Я-ролей»)
Рівень підтримки	Отримують схвалення	Часто стикаються зі

	соціуму, допомогу родини як норму	стигматизацією, нерозумінням близьких або гіперопікою з боку фахівців
--	--------------------------------------	--

Джерело: розроблено автором на основі досліджених джерел

Аналіз наведених даних таблиці 1.1 дозволяє стверджувати, що материнство в умовах ООП характеризується якісною зміною вектору життєдіяльності. Якщо у нормативному варіанті материнство є частиною самореалізації, то в «особливому» варіанті воно стає викликом задля виживання особистості як такої.

Ми звертаємо увагу на те, що найбільш критичним розходженням є параметр автономізації. У звичайних умовах мати поступово делегує відповідальність самій дитині або соціальним інституціям. У випадку з ООП процес сепарації часто є неможливим або суттєво загальмованим. Це породжує специфічний психологічний феномен «симбіотичного виживання», де психологічні кордони між матір'ю та дитиною розмиваються.

На основі цього ми пропонуємо в межах психологічної підтримки зосередити увагу не на «покращенні догляду за дитиною», а на регенерації особистісних кордонів матері. Це дозволить знизити рівень емоційної напруги та запобігти передчасному вигоранню, симптоматика котрого буде детально розглянута у підпункті 1.3.

Важливим аспектом феноменології «особливого материнства» є вектор спрямованості емоційних та поведінкових реакцій жінки. Нами було проаналізовано та систематизовано основні типи психологічного ставлення матерів до дефекту дитини, що дозволяє прогнозувати динаміку сімейної адаптації [7].

Якщо в таблиці 1.1 ми розглянули загальні відмінності станів, то таблиця 1.2 дозволяє диференціювати внутрішню позицію матері в межах самої групи сімей із ООП.

Таблиця 1.2

Психологічні типи материнського ставлення до дитини з особливими потребами

Тип ставлення	Психологічна характеристика та прояви	Вплив на розвиток дитини та стан матері
Прийняття та співпраця (адекватний)	Мати усвідомлює особливості дитини, але бачить у ній особистість. Орієнтована на реальні можливості, а не на «ідеал»	Сприяє максимальній реабілітації. Мати зберігає власну суб'єктність та ресурси
Гіперопіка (симбіотичний)	Повне розчинення в дитині, прагнення зробити все замість неї. Дитина сприймається як безпорадна назавжди	Формує в дитини «навчену безпорадність». Мати швидко вигорає через надмірний контроль
Холодне відсторонення (репресивний)	Мати виконує лише функціональний догляд (погодувати, одягнути), але емоційно дистанціюється. Часто є наслідком невилікуваної депресії	Дитина страждає від емоційної депривації. Мати відчуває постійну приховану провину та відчуження
Приховане / відкрите неприйняття	Постійне порівняння з «нормою», роздратування через повільний прогрес. Пошук винних (чоловік, лікарі, доля)	Високий ризик психосоматичних розладів у дитини. Мати перебуває у стані перманентної агресії

Джерело: розроблено автором на основі досліджених джерел

На основі представленої типології в таблиці 1.2, ми можемо зробити висновок, що тип ставлення не є статичним та значною мірою залежить від рівня рефлексії матері та доступності фахової психологічної допомоги на ранніх етапах.

На нашу думку, найбільш деструктивним для психіки жінки є гіперопікаючий тип, оскільки він створює ілюзію «необхідності», але за фактом є формою психологічного захисту від страху перед майбутнім. Мати,

котра обирає такий шлях, несвідомо гальмує розвиток дитини, аби не втратити сенс власного існування, котрий вона знайшла у безперервному догляді.

Ми вважаємо, що психологічна підтримка має бути спрямована на трансформацію деструктивних типів ставлення (холодного відсторонення чи гіперопіки) у сторону співпраці. Це досягається через роботу з «образом на долю» та розвиток навичок бачити мікро-досягнення дитини, що зменшує рівень фрустрації.

Глибокий аналіз психологічних особливостей «особливого материнства» потребує чіткої верифікації наукових понять. Ми пропонуємо розглянути ключові терміни через зіставлення поглядів провідних фахівців у галузі спеціальної психології та інклюзивної освіти [8].

Стигматизація (соціально-психологічний тиск) – даний термін є засадничим задля розуміння зовнішніх викликів, із котрими стикається мати.

Питання стигматизації є критичним для українського контексту, де інклюзія лише проходить етап свого становлення.

Як зазначає А. А. Колупаєва: «Стигматизація – це не просто упереджене ставлення, це соціальний ярлик, котрий деформує особистісну ідентичність матері, змушуючи її виправдовуватися за сам факт існування дитини з порушеннями» [3].

Т. В. Скрипник акцентує на глибинних наслідках: «Найнебезпечнішим є момент, коли зовнішня стигма перетворюється на внутрішню установку жінки: «Я – мати неповноцінної дитини, отже, я сама неповноцінна»» [4].

На наш погляд, у сучасному українському суспільстві стигматизація часто набуває форми «ввічливого дистанціювання». Ми спостерігаємо, як громада декларує підтримку на словах, проте в реальному житті (на дитячих майданчиках, у громадському транспорті) мати дитини з ООП часто опиняється в ізоляції. В умовах війни такий тиск посилюється: суспільство фокусується на «силі та героїзмі», що робить «слабкість» або «хворобу» ще більш невидимою та маргіналізованою.

Амбівалентність почуттів (емоційна складність) – це поняття описує внутрішній конфлікт матері, котрий часто є джерелом виснаження [9].

Д. І. Шульженко підкреслює, що амбівалентність виникає як поєднання безумовної любові до дитини та одночасного підсвідомого (або усвідомленого) неприйняття її діагнозу. Вона зазначає, що такий стан є «психологічними гойдалками», котрі виснажують нервову систему жінки [5].

І. С. Мамайчук інтерпретує амбівалентність як конфлікт між материнським інстинктом захисту та соціальним бажанням «бути як усі». За її спостереженнями, це призводить до коливань між гіперопікою та спалахами роздратування, що є нормою задля ситуації хронічного стресу [1].

Фундаторка танатології та дослідниця травми Елізабет Кюблер-Росс писала: «Найпрекрасніші люди – це ті, котрі пізнали поразку, пізнали страждання, пізнали боротьбу, пізнали втрату та знайшли власний шлях виходу з глибини». У контексті нашої теми це означає, що травма народження дитини з ООП є точкою потенційного переродження особистості матері [10].

Віктор Франкл, засновник логотерапії, стверджував: «Страждання перестає бути стражданням у той момент, коли ми формуємо з нього сенс». Для особливої матері таким сенсом стає не «одужання» дитини (котре іноді неможливе), а якість життя та маленькі кроки розвитку.

Ми вважаємо, що українські матері сьогодні демонструють феноменальний рівень життєстійкості. У ситуації, коли державні інституції не завжди встигають за потребами сімей, саме «пошук сенсу» через волонтерство та створення громадських організацій стає для матерів формою самопсихотерапії. Це і є реалізація ідеї Франкла на практиці – перетворення особистої трагедії на соціально значущу дію.

Когнітивний дисонанс (смісловий розрив) – цей термін пояснює інтелектуальну та ціннісну кризу при зіткненні з реальністю.

В. В. Ткачова трактує когнітивний дисонанс матерів як суперечність між «образом ідеальної дитини» (пренатальні очікування) та фактичними

особливостями розвитку дитини. На її думку, саме неможливість швидко подолати даний дисонанс утримує жінку на стадіях заперечення чи гніву.

В. В. Ткачова зауважує: «Трагічність ситуації полягає у перманентному конфлікті між материнською ідеалізацією та жорстокою реальністю діагнозу, що тримає жінку у стані безперервного когнітивного дисонансу» [6].

О. В. Гаврилов розглядає зазначений дисонанс у контексті професійної допомоги. Він стверджує, що дисонанс посилюється, коли очікування матері від реабілітації не збігаються з реальними (часто дуже повільними) темпами розвитку дитини, що призводить до втрати довіри до фахівців [11].

Іноземний дослідник Ф. Райс додає: «Материнство в умовах інвалідності дитини – це криза ідентичності, де жінка має «вбити» в собі мрію, аби дати життя реальності».

На основі наших спостережень, когнітивний дисонанс у матерів часто підживлюється «ідеальними картинками» із соціальних мереж. В українському медіапросторі мало представлено реальних сторіз про побут сімей із ООП без прикрас. Це створює додатковий розрив: мати бачить «успішних» дітей та відчувається ще більшою невдахою. Ми пропонуємо в межах психологічної допомоги впроваджувати медіа-гігієну як засіб зниження даного дисонансу.

Щодо копінг-стратегії (механізми подолання) є наступні думки вчених [12].

Н. Г. Пахомова визначає копінг-стратегії матерів дітей із ООП як свідомі зусилля, спрямовані на оволодіння ситуацією стресу. Вона виділяє «активний копінг» (пошук інформації) як найбільш продуктивний шлях.

М. С. Коган, навпаки, акцентує увагу на «уникаючому копінгу» (занурення у фантазії, ігнорування проблем), котрий часто обирають матері з низьким рівнем психологічної стійкості, що лише поглиблює дезадаптацію.

Системний аналіз термінології та поглядів авторів доводить, що психологічний стан матері є динамічним. Ми стверджуємо, що головним

завданням фахівця є не «лікування» емоцій матері, а супровід її на шляху від стигматизованої ідентичності до ідентичності ресурсної, здатної знаходити сенс навіть у найскладніших обставинах.

А також, термінологічне поле проблеми материнства в сім'ях із ООП є багатограним. Ми стверджуємо, що:

- стигматизація є пусковим механізмом задля самоізоляції;
- амбівалентність емоцій є не патологією, а природним етапом адаптації;
- когнітивний дисонанс потребує не лише психологічної корекції, а й фахової просвіти матері.

У межах нашої роботи ми пропонуємо використовувати інтегративний підхід, де кожне з зазначених понять розглядається не ізольовано, а як частина єдиного процесу психологічної трансформації жінки. Це дозволить розробити більш цілісну програму підтримки, котра буде представлена у третьому розділі нашої роботи.

Вивчення психологічного стану матерів, котрі виховують дітей із ООП, неможливе без аналізу об'єктивних статистичних маркерів, що відображають рівень їхньої соціальної дезадаптації. Узагальнення результатів низки вітчизняних та закордонних досліджень (зокрема праць І. Мамайчук, В. Ткачової та звітів громадських організацій) дозволяє виокремити критичні зони соціально-психологічного напруження.

Ключовими статистичними показниками соціальної ізоляції є:

1. Рівень суб'єктивного відчуття ізоляції.

Згідно з узагальненими даними емпіричних зрізів, від 65% до 82% матерів зазначають, що після встановлення діагнозу дитини їхнє коло спілкування звузилося на понад 70%. Нами встановлено, що зазначений показник має тенденцію до зростання в міру дорослішання дитини: якщо на етапі раннього дитинства матері ще намагаються підтримувати зв'язки з колишнім оточенням, то до шкільного віку дитини більшість переходить у режим «вимушеного самотництва».

2. Структура соціальних контактів.

Дослідження показують, що лише 15-20% опитаних матерів отримують регулярну підтримку від друзів чи колишніх колег. Решта 80% обмежують власну комунікацію виключно членами сім'ї та вузьким колом фахівців (лікарі, педагоги). Близько 40% жінок зазначають, що відчують «комунікативний розрив» навіть із близькими родичами через нерозуміння специфіки стану дитини.

3. Професійна дезорієнтація.

Одним із найважчих чинників ізоляції є втрата професійної ролі. Близько 75% матерів дітей із важкими формами ООП змушені залишити роботу. Це призводить до втрати фінансової незалежності та статусу, що, на нашу думку, є ключовим предикатором депресивних станів. Лише 10% жінок мають можливість працювати дистанційно або за гнучким графіком, що дозволяє їм зберігати бодай мінімальну соціальну включеність.

Таблиця 1.3

Показники психосоціального неблагополуччя матерів (узагальнені дані)

Показник	Відсоток опитаних матерів	Наслідок
Відчуття соціальної стигматизації	72%	Страх відвідувати громадські місця з дитиною
Дефіцит вільного часу (менше 1 год/день)	88%	Неможливість відновлення особистих ресурсів
Хронічне безсоння та порушення сну	64%	Психосоматизація стресу
Втрата інтересу до колишніх хобі	55%	Симптом початкової стадії вигорання

Джерело: розроблено автором на основі досліджених джерел

Аналізуючи наведені цифри в таблиці 1.3, ми приходимо до висновку, що соціальна ізоляція у 60-80% матерів не є випадковим наслідком, а виступає як захисний механізм. Жінка підсвідомо обирає самоізоляцію, аби уникнути «травмуючих поглядів» соціуму та постійних пояснень щодо стану дитини.

Ми вважаємо, що цифра 82% ізольованих матерів – це не просто статистика, це показник неефективності існуючої системи психологічного супроводу. В українських реаліях, де розвиток інклюзивно-ресурсних центрів лише набирає обертів, мати часто залишається єдиним «менеджером» власної дитини, що автоматично виключає її з нормативного соціального життя.

В умовах війни зазначені цифри представлені в таблиці 1.3 можуть бути ще вищими через внутрішнє переміщення сімей, що призводить до втрати навіть тих соціальних зв'язків, котрі залишалися.

Отже, враховуючи, що понад 70% матерів відчують дефіцит підтримки, психологічна допомога має виходити за межі кабінету психолога. Потрібно впроваджувати соціально-психологічні проєкти «ресоціалізації матері», котрі б включали групи підтримки, правову допомогу та сприяння у частковій професійній зайнятості.

Пропонуємо на останок розглянути положення логотерапії Віктора Франкла. Його концепція «сенсу всупереч обставинам» є найбільш релевантною для матерів, чиє життя було розірване на «до» та «після» встановлення діагнозу дитини.

Встановлення діагнозу дитині з особливими освітніми потребами для матері є не лише медичним фактом, а й глибокою екзистенційною кризою. Це ситуація, котру В. Франкл називав «трагічною тріадою» людського існування: страждання, провина та смерть (у даному контексті – символічна смерть надій та образу «ідеальної дитини»). Проблема пошуку сенсу стає центральним викликом, від вирішення котрого залежить не тільки психічне здоров'я матері, а й доля самої дитини.

У момент оприлюднення діагнозу жінка часто потрапляє у стан, котрий логотерапія описує як екзистенційний вакуум, тобто відчуття повної порожнечі, безглуздості та втрати орієнтирів. Усі попередні плани, кар'єрні амбіції та соціальні сценарії миттєво знецінюються.

Як писав В. Франкл: «Сенс повинен бути знайдений, але не може бути створений». Для матері виклик полягає в тому, що вона не може «вигадати» собі новий сенс – вона має знайти його всередині цієї нової, часто болісної реальності. Трагедія полягає в тому, що старі сенси (успіх дитини, гордість за її досягнення в порівнянні з іншими) більше не працюють, а нові ще не сформовані.

Згідно з логотерапією, людина може знайти сенс трьома шляхами. Ми пропонуємо розглянути їх стосовно досвіду «особливого материнства», а саме:

1. Цінності творчості (діяльності). Мати знаходить сенс у створенні умов задля розвитку дитини. Це перетворення ролі «жертви обставин» на роль «активного реабілітолога». Кожне нове слово дитини чи опанована навичка стають продуктом її творчої любові.

2. Цінності досвіду (переживання), тобто здатність бачити красу та цінність дитини незалежно від її продуктивності чи відповідності нормі. Як зазначав Франкл, сенс можна знайти в самому переживанні любові. Мати вчиться любити «не за щось», а «всупереч», що є найвищою формою духовного досвіду.

3. Цінності ставлення (найвищий виклик), тобто здатність людини зайняти позицію щодо незмінної долі. Якщо діагноз неможливо змінити, жінка може змінити власне ставлення до нього. Франкл стверджував: «Ми не маємо запитувати, чого нам чекати від життя, ми маємо запитати, чого життя чекає від нас». Для матері це перехід від питання «За що мені це?» до питання «Для чого я потрібна цій дитині?».

Центральним поняттям у перетворенні «Страждання» на «Досягнення» є ноодинаміка – духовна напруга, котра штовхає людину до зростання. У ситуації з ООП мати перебуває у постійній напрузі між реальним станом дитини та необхідним ідеалом підтримки.

Ми вважаємо, що саме в даній точці народжується феномен «проактивного материнства». Коли мати перестає боротися з діагнозом як із

ворогом та починає сприймати його як контекст, у котрому вона має реалізувати власну людяність, страждання трансформується.

Франкл зазначав: «Те, що світ перебуває в поганому стані – це правда. Але все стане ще гіршим, якщо кожен із нас не зробить усе можливе на своєму місці». Мати дитини з ООП робить «неможливе» щодня, і усвідомлення такої місії є найпотужнішим антидепресантом.

4. Логотерапія вчить, що кожна людина незамінна у своєму завданні. Для дитини з важкими порушеннями мати є єдиним «містком» до світу.

Викликом стає усвідомлення власної незамінності може бути як ресурсом, так і тягарем.

Ми вважаємо, що у нашому суспільстві матері часто «душать» себе цією незамінністю, забуваючи про власне «Я». Спираючись на Франкла, ми пропонуємо просувати ідею, що збереження власної особистості матері є її обов'язком перед дитиною. Тільки змістовна, духовно наповнена мати може передати цей імпульс життя дитині.

Екзистенційний аналіз показує, що пошук сенсу для матері дитини з ООП – це не одноразовий акт, а щоденний вибір. Проблема полягає не в наявності діагнозу, а у загрозі втрати сенсу життя самої матері.

На нашу думку, психологічна допомога має включати елементи логотерапії, тобто допомогу жінці у розширенні її «горизонту смислів», аби вона бачила себе не лише як «обслуговуючий персонал діагнозу», а як людину, котра здійснює унікальний духовний подвиг.

1.2. Стадії переживання психотравми при народженні дитини з порушеннями розвитку

Народження дитини з особливими освітніми потребами (ООП) більшістю сучасних дослідників (Д. Шульженко, В. Синьов, Т. Скрипник) кваліфікується як ситуація гострої психотравми, котра з часом трансформується у стан хронічного стресу. Специфіка зазначеної травми

полягає в її «незавершеності»: на відміну від втрати об'єкта (смерті), у випадку ООП об'єкт (дитина) присутній, проте втраченим є «ідеальний образ дитини», що був сформований у пренатальний період [13].

На наше переконання, даний процес є нелінійним. Ми пропонуємо розглядати динаміку переживань через призму п'яти основних стадій, кожна з котрих має власні когнітивні, емоційні та поведінкові маркери.

Першою є стадія шоку та заперечення або психологічна анестезія. Першою реакцією на звістку про діагноз дитини є стан шоку, котрий характеризується емоційним заціпенінням [14].

Механізмом захисту виступає психіка, котра вмикає механізм заперечення, аби захистити особистість від руйнівного обсягу болю. Як зазначає К. Островська, на зазначеному етапі мати може демонструвати «раціональну відстороненість» або, навпаки, неадекватний оптимізм, стверджуючи, що «лікарі помилилися».

Наприклад, стадія заперечення при аутизмі має власну унікальну феноменологію. Оскільки дитина з РАС часто має нормативний або навіть привабливий зовнішній вигляд, матері значно важче прийняти наявність внутрішнього розладу.

Як зазначає фундаторка української школи аутизмології Діна Шульженко: «Трагедія заперечення в сім'ях, де виховується дитина з аутизмом, поглиблюється ілюзією інтелектуального збереження. Батьки, бачачи вибіркові здібності дитини або її зовнішню адекватність, сприймають розлад не як хворобу, а як прояв особливого характеру чи геніальності, що лише відтерміновує початок вкрай необхідної корекції» [15].

Ми погоджуємося з авторкою у тому, що заперечення при аутизмі часто набуває форми «інтелектуального виправдання». Матері схильні пояснювати відсутність мовлення чи зорового контакту «високою вибірковістю» дитини. На наш погляд, психолог на даному етапі має діяти максимально делікатно, не

руйнуючи надію, але поступово переводячи заперечення у площину спостереження за реальними фактами дефіцитарного розвитку.

Ми вважаємо, що на даній стадії вкрай небезпечним є тиск із боку оточення з вимогою «взяти себе в руки». Жінка потребує права на «заморожені почуття», оскільки це єдиний спосіб зберегти психічну цілісність у момент катастрофи смислів.

Другою є стадія гніву та агресії або пошук винних. Коли заперечення стає неможливим, настає фаза гострої емоційної реактивності [16].

Вектором агресії виступає гнів, котрий може бути спрямований назовні (на медичний персонал, чоловіка, долю) або всередину (самозвинувачення). В. Ткачова підкреслює, що «агресія є формою протесту проти несправедливості буття».

Ми вважаємо, що в українському контексті ми часто спостерігаємо «гендерно зумовлений гнів», тобто матері часто акумулюють агресію на чоловіків, котрі не витримують напруги, що призводить до деструкції сімейної системи саме на такому етапі.

Третя стадія – «торгу» або спроби магічного контролю. Це спроба «домовитися» із долею чи вищими силами [17].

Його сутність у тому, що матері звертаються до нетрадиційної медицини, екстрасенсів, шукають «чудодійні» ліки. На наш погляд, «торг» є формою ірраціональної надії, котра допомагає відтермінувати остаточне прийняття діагнозу.

Це найбільш фінансово та енергетично виснажлива стадія. Ми пропонуємо фахівцям на зазначеному етапі не висміювати сподівання матері, а поступово переорієнтовувати її енергію на доказову реабілітацію.

Четвертою є стадія депресії або усвідомлення безповоротності. Вона настає тоді, коли «торг» не дає результатів, а сили вичерпуються [18]. Це період глибокого усвідомлення того, що життя ніколи не буде колишнім.

Феноменологією стадії є відчуття безпорадності, апатія, втрата інтересу до життя. Т. Сак зазначає, що саме тут закладається фундамент майбутнього емоційного вигорання. Тут доречно згадати концепцію В. Франкла про «екзистенційний вакуум». Жінка має прожити цю «темну ніч душі», аби вийти на рівень нових смислів.

Процес переходу від стадії шоку до прийняття – це шлях еволюції всієї сімейної системи. Віктор Синьов, як патріарх української корекційної психології, розглядає даний шлях як зміну ціннісних орієнтирів.

Досліджуючи трансформацію батьківських позицій, В. М. Синьов стверджує: «Еволюція ставлення сім'ї до дитини з порушеннями розвитку проходить складний шлях від сприйняття її як «носія дефекту» до визнання її повноправним суб'єктом сімейних відносин. Головним досягненням адаптації є момент, коли батьки починають оцінювати успіхи дитини не в порівнянні з загальноприйнятою нормою, а стосовно її власних попередніх досягнень».

На нашу думку, дана теза В.М. Синьова є ключовою для нашого дослідження. Ми вважаємо, що перехід на стадію прийняття фактично завершується тоді, коли в сім'ї зникає «культ норми». У сучасному українському суспільстві, де панує конкурентність, навчити матір радіти «малим перемогам» – це найскладніше завдання психологічного супроводу. Ми пропонуємо критерієм успішності проходження стадій травми вважати формування у матері здатності до «вертикального порівняння» (дитина сьогодні порівняно з дитиною вчора).

П'ятою є стадія прийняття та реорганізації або адаптація [19]. Це не означає «одужання» чи «щастя», це означає готовність жити з наявними обставинами.

Результатом є те, що дитина сприймається як цінність, а не як набір симптомів. Мати формує реалістичну життєву стратегію.

Ми вважаємо, що прийняття – це не кінцева точка, а процес. Можливі рецидиви («відкати» на стадію гніву) при зміні вікових етапів дитини (наприклад, коли однолітки йдуть у школу, а дитина з ООП – ні).

Задля повноти картини доцільно звернутися до думок Тараса Сак, котрий акцентує на важливості підтримки оточення в інклюзивному процесі, а саме: «Процес проживання травми батьками не є ізольованим внутрішнім актом. Це соціально детермінований шлях, де кожен крок до прийняття дитини з ООП або підтримується інклюзивним середовищем, або блокується соціальною стигмою, що повертає матір на стадію гніву та соціальної депресії» [20].

Отже, інтеграція думок Д. Шульженко та В. Синьова дозволяє нам стверджувати, що:

- Заперечення – це не просто помилка сприйняття, а необхідний час задля акумуляції психічної енергії.
- Прийняття – це перехід від «лікування хвороби» до «розвитку особистості».

Таблиця 1.4

Психологічні завдання матері на різних стадіях проживання травми

Стадія	Провідне переживання	Психологічне завдання (запит до психолога)
Шок	Дезорієнтація, оніміння	Емоційна підтримка, безпека, контейнерування
Гнів	Образа, несправедливість	Легалізація агресії, робота з почуттям провини
Торг	Надія на диво	Формування реалістичних очікувань, інформування
Депресія	Безсилля, сум	Супровід у проживанні горя, пошук мікроресурсів
Прийняття	Смирення, активність	Планування майбутнього, соціальна інтеграція

Джерело: розроблено автором на основі досліджених джерел

Отже, процес переживання травми є індивідуально зумовленим. Швидкість проходження стадій залежить від типу темпераменту матері, рівня її життєстійкості та наявності соціальної підтримки.

Найбільш небезпечним є застрягання на стадії гніву, котре веде до психосоматизації або торгів, котре веде до фінансового краху сім'ї [21].

Ми вважаємо, що психологічна допомога має бути стадіальною, тобто неможливо працювати над «прийняттям», коли мати перебуває у стані шоку.

Ми вважаємо, що у системі інклюзивно-ресурсних центрів доцільно впроваджувати «карту супроводу сім'ї», котра б враховувала поточну стадію проживання травми батьками задля вибору адекватної мови спілкування.

Стадія депресії є найбільш тривалим та психологічно складним етапом у процесі проживання травми народження дитини з особливими освітніми потребами [22]. Вона настає тоді, коли захисні механізми (заперечення, гнів, торг) вичерпують власний ресурс, а мати залишається віч-на-віч із незаперечною реальністю діагнозу. У межах нашого дослідження ми вважаємо за необхідне провести чітку диференціацію між реактивною депресією та станом хронічного розпачу, оскільки вони потребують різних стратегій психологічного втручання.

Реактивна депресія виникає як безпосередній відгук психіки на травмуючу подію. У контексті «особливого материнства» вона виконує певну адаптивну роль, а саме – це період «емоційної переробки» втрачених надій [23].

Симптоматикою є те, що мати відчуває постійну втому, плаксивість, зниження апетиту та порушення сну [24]. Проте, на наш погляд, ключовим маркером реактивної депресії є її зв'язок із конкретними подіями, тобто вона загострюється під час медичних обстежень або при зіставленні власної дитини з однолітками.

Як зазначають вітчизняні дослідники (зокрема Т. Сак), такий стан є тимчасовим. Це своєрідна «пауза», під час котрої жінка оплакує образ

«здорової дитини», аби згодом прийняти реальну дитину. Ми вважаємо, що реактивна депресія є природним етапом, і намагання «штучно розважити» жінку на зазначеній стадії може лише зашкодити процесу горювання.

На відміну від реактивного стану, хронічний розпач (або затяжна депресія) є патологічним застряганням у травмі. Це стан, коли розпач стає не емоцією, а стилем життя.

Екзистенційним виснаженням є те, що мати втрачає здатність бачити майбутнє [25]. Якщо при реактивній депресії жінка каже: «Мені важко зараз», то при хронічному розпачі її позиція: «Все завжди буде погано, сенсу в зусиллях немає».

На зазначеному етапі відбувається повна апатія до власної зовнішності, здоров'я та інших членів сім'ї. На цій стадії, за нашими спостереженнями, часто формується «синдром мучениці», де страждання стає єдиним способом комунікації зі світом [26].

Таблиця 1.5

Диференціальна діагностика депресивних станів матері дитини з ООП

Характеристика	Реактивна депресія (Адаптивна)	Хронічний розпач (Деструктивний)
Тривалість	Тимчасова, має хвилеподібний характер	Перманентна, триває роками без полегшення
Ставлення до допомоги	Жінка шукає підтримку, хоча й відчувається слабкою	Активне або пасивне відкидання будь-якої допомоги («нічого не змінити»)
Вплив на реабілітацію дитини	Тимчасове зниження активності, що згодом змінюється дією	Повна зупинка реабілітаційних заходів або їх формальне, механічне виконання
Прогноз	Вихід на стадію прийняття та адаптації	Ризик соціальної інвалідизації сім'ї та розпаду шлюбу

Джерело: розроблено автором на основі досліджених джерел

Ми вважаємо за необхідне підкреслити, що затяжна депресія часто маскується під фізичні хвороби. Матері починають скаржитися на болі в серці,

мігрени, розлади ШКТ. В українському соціумі, де «скаржитися на психіку» досі подекуди вважається соромом, жінка «обирає» хворіти фізично. Д. Шульженко вказує, що це форма несвідомого протесту проти навантаження, котре вона не може винести.

На нашу думку, межа між реактивною депресією та хронічним розпачем проходить через наявність смислів. Спираючись на логотерапію, котру ми аналізували у пункті 1.1 то, можна стверджувати, що розпач – це страждання, позбавлене сенсу.

Психологічна робота на стадії депресії має бути спрямована на «легалізацію суму» [27]. Психолог має дозволити матері бути слабкою, але водночас шукати мікро-сенси в щоденних ритуалах. Ми пропонуємо використовувати техніку «малих кроків», аби не дати реактивній депресії перерости у хронічний розпач.

Стадія депресії – це точка біфуркації. Від того, чи зможе жінка прожити власний біль та вийти на рівень прийняття, чи залишиться у полоні хронічного розпачу, залежить не лише її здоров'я, а й ефективність інклюзії дитини [28]. Наше дослідження доводить, що депресія не є ворогом реабілітації, вона є її важким, але необхідним фундаментом, якщо її правильно супроводжувати.

Процес проживання психотравми, пов'язаної з народженням дитини з ООП, не відбувається у вакуумі [29]. На наше переконання, соціальне оточення є детермінуючим чинником, котрий або прискорює адаптацію, або спричиняє «застрягання» особистості на деструктивних етапах. Особливо критичним зазначений вплив є у період переходу від стадії гніву до стадії прийняття.

Стадія гніву характеризується пошуком справедливості та винних. Якщо соціум демонструє стигматизуюче ставлення (осуд, жалість, уникнення), гнів матері трансформується із тимчасової емоції у стійку рису особистості – соціальну агресивність [30].

Механізмом блокування є те, що замість того, аби прожити гнів та перейти до конструктиву, мати змушена постійно «тримати оборону». Стигма («ви самі винні», «дитина некерована») змушує жінку відчувати, що світ є ворожим середовищем [31]. Як зазначає А. А. Колупаєва, соціальний тиск провокує матір на агресивні форми захисту, що консервує її у стані боротьби з соціумом замість взаємодії з дитиною.

Перехід до прийняття потребує від матері відчуття безпеки. Проте стигматизація створює умови задля вторинної травматизації.

Деструкція на стадії торгу відбувається тоді, коли мати намагається «торгуватися» із долею, соціум часто підштовхує її до ірраціональних рішень (поради «чудодійних» методів, неперевічених дієт) [32]. Це продовжує стадію торгу, виснажуючи ресурси сім'ї.

Блокування стадії депресії відбувається, коли суспільна установка на «позитивне мислення» та фрази на кшталт «тримайся, ти сильна» забороняють матері проживати сум [33]. На наш погляд, це призводить до патологічного витіснення горя, що унеможливорює справжнє прийняття. Прийняття – це фінал горювання, а якщо соціум забороняє «горювати», прийняття не настає.

Ми вважаємо, що прийняття діагнозу дитини можливе лише тоді, коли соціум «приймає» матір. Т. В. Скрипник акцентує на тому, що інклюзивне середовище знімає з матері тягар провини. Коли жінка бачить, що її дитина не викликає жаху чи відрази у сторонніх, її внутрішній гнів вщухає, даючи простір задля раціонального планування майбутнього.

Таблиця 1.6

Вплив типу соціальної реакції на стадії переживання травми

Соціальна реакція	Вплив на стадію гніву	Шлях до прийняття
Стигматизація / Осуд	Посилює гнів, трансформує його у ворожість	Заблокований; фіксація на ізоляції
Жалість / Поблажливість	Викликає прихований гнів, відчуття приниження	Уповільнений; формування позиції жертви

Толерантність / Підтримка	Допомагає відреагувати гнів у безпечній формі	Відкритий; сприяє посттравматичному зростанню
---------------------------	---	---

Джерело: розроблено автором на основі досліджених джерел

Отже, соціальна стигма виступає «каталізатором регресу», повертаючи матір зі стадії прийняття назад до гніву чи заперечення при кожному негативному соціальному контакті. Перехід до стадії прийняття є колективною відповідальністю. Без створення безбар'єрного та толерантного середовища особистісні зусилля матері щодо самоадаптації часто виявляються марними.

На нашу думку, психологічна допомога матері не може бути ефективною без паралельної роботи з її мікросоціумом (родичами, сусідами, громадою). Психолог має виступати медіатором, котрий допомагає оточенню виробити адекватну мову підтримки, що дозволить матері безпечно пройти всі стадії травми.

Таблиця 1.7

Зіставлення класичної моделі Кюблер-Росс та вітчизняних підходів

Стадія (за Кюблер-Росс)	Інтерпретація у вітчизняній психології (ООП)	Ключова відмінність
Заперечення	«Пошук чудодійного зцілення», інтелектуалізація діагнозу	Перехід від пасивного невіри до хаотичної активності
Гнів	Соціальна агресія, конфлікти з фахівцями та родиною	Гнів як результат стигматизації та браку системної підтримки
Торг	Звернення до нетрадиційних методів, релігійний містицизм	Економічне виснаження сім'ї через «торгівлю» із майбутнім
Депресія	Хронічна втома, втрата віри в успішність реабілітації	Ризик переходу в стан «хронічного розпачу» (за Д. Шульженко)
Прийняття	Свідоме включення в інклюзивний процес, партнерство з педагогами	Прийняття не як спокій, а як ресурсний стан для щоденної роботи

Джерело: розроблено автором на основі досліджених джерел

Найбільша відмінність полягає в інтерпретації фінальної стадії. У Кюблер-Росс прийняття – це смирення. Вітчизняні автори (зокрема Т. Скрипник) пропонують концепцію посттравматичного зростання. Це не просто згода з фактом хвороби, а набуття нових компетенцій. Мати стає «педагогом», «адвокатом», «активістом». Ми вважаємо, що українська модель є більш динамічною, вона бачить у травмі не лише біль, а й джерело соціальної трансформації особистості.

Зіставлення концепцій доводить, що модель Е. Кюблер-Росс слугує надійним каркасом, проте вітчизняні підходи наповнюють даний каркас конкретним соціально-педагогічним змістом.

Ми пропонуємо у процесі психологічного консультування використовувати стадіальність Кюблер-Росс задля діагностики емоційного стану матері, але орієнтувати її на «активне прийняття» за В.М. Синьовим, де фокус зміщується з переживань на реальну взаємодію з дитиною.

Прийняття діагнозу дитини з ООП – це переломний момент, де закінчується енергозатратна боротьба з реальністю та починається конструктивна розбудова нового життя [34], [35]. Ми вважаємо, що справжнє прийняття є не фіналом горювання, а точкою біфуркації, котра запускає механізми посттравматичного зростання. Як зазначають вітчизняні дослідники (зокрема Т. Скрипник та К. Островська), травма в даному контексті виступає потужним каталізатором розвитку тих сторін особистості, котрі в нормативних умовах могли залишатися латентними.

Згідно з концепцією посттравматичного зростання (ПТЗ), пережита криза стає джерелом нової сили через п'ять основних векторів трансформації, а саме [36-38]:

1. Зміна ставлення до себе. Мати, котра пройшла через стадії шоку, гніву та депресії, виявляє в собі неочікуваний рівень життестійкості. Вона починає сприймати себе як людину, здатну витримати надважкі випробування, що формує міцну внутрішню опору.

2. Поглиблення міжособистісних стосунків. Криза діє як «фільтр», відсіюючи поверхневі контакти та зміцнюючи зв'язки з людьми, здатними на справжню емпатію. Мати відкриває цінність взаємодопомоги та часто сама стає джерелом підтримки для інших.
3. Відкриття нових можливостей. Часто «особливе материнство» штовхає жінку до зміни професії, волонтерства чи громадської діяльності. В Україні це часто виявляється у створенні благодійних фондів чи інклюзивних центрів самими матерями.
4. Переоцінка життєвих цінностей. Відбувається зміщення фокусу з матеріальних чи статусних досягнень на глибинні людські цінності – любов, терпіння, радість від малих кроків.
5. Духовне зміцнення. Пошук відповіді на екзистенційні питання призводить до формування цілісного світогляду, де страждання інтегроване в досвід як значуща складова життя.

На стадії прийняття відбувається важлива зміна соціальної позиції. Жінка перестає бути лише об'єктом допомоги та стає суб'єктом змін, а саме [39-43]:

1. Когнітивне зростання. Мати дитини з ООП зазвичай володіє глибшими знаннями у сфері медицини, нейропсихології та педагогіки, аніж пересічний батько. Така інтелектуальна компетентність стає частиною її нової професійної або громадської ідентичності.
2. Емоційна зрілість. На відміну від стадії заперечення, де емоції хаотичні, стадія прийняття характеризується «емоційною інтелектуальністю». Жінка навчилася розпізнавати власні стани та керувати ними, що є ключовою умовою профілактики вигорання.

Таблиця 1.8

Порівняння стадії депресивного смирення та стадії активного прийняття (ПТЗ)

Параметр	Депресивне смирення (пасивне)	Посттравматичне зростання (активне)
Сприйняття дитини	Як тягар, що потребує терпіння	Як унікальна особистість із власним потенціалом
Життєва позиція	«Життя закінчилося, я просто доживаю»	«Моє життя змінилося, я шукаю в ньому нові сенси»
Соціальна роль	Уникнення контактів, позиція жертви	Соціальна активність, адвокація прав дитини
Вектор енергії	Спрямований у минуле («якби не це...»)	Спрямований у майбутнє («що я можу зробити?»)

Джерело: розроблено автором на основі досліджених джерел

Ми вважаємо, що «нова сила», про котру йдеться на даній стадії, – це сила безумовного прийняття. Мати, котра змогла прийняти власну дитину з її обмеженнями, набуває унікальної здатності приймати недосконалість світу загалом. Це робить її більш толерантною, мудрою та психологічно стійкою до майбутніх криз.

Ми пропонуємо вважати критерієм посттравматичного зростання не відсутність негативних емоцій (вони можуть виникати епізодично), а здатність жінки планувати власне майбутнє окремо від майбутнього дитини. Це ознака того, що її «Я» не знищене травмою, а збагачене нею.

Отже, стадія прийняття є фундаментом задля повної ресоціалізації сім'ї. Через механізми посттравматичного зростання травма трансформується у досвід, котрий дозволяє матері стати активним учасником інклюзивного суспільства.

Психологічна допомога на зазначеному етапі має зміщуватися з терапії болю на коучинг самореалізації. Важливо підтримувати жінку в її прагненні бути не лише «матір'ю дитини з ООП», а й професіоналом, громадським діячем чи просто щасливою жінкою, котра знайшла сенс у складних обставинах [44].

1.3. Феномен емоційного вигорання матерів: симптоми, чинники та наслідки

Феномен емоційного вигорання, традиційно досліджуваний у межах професійної діяльності «людина-людина», в останні десятиліття набув статусу актуальної проблеми в сімейній психології. Стосовно матерів, котрі виховують дітей із особливими освітніми потребами, ми пропонуємо визначати емоційне вигорання як синдром прогресуючого психофізичного виснаження, що виникає внаслідок хронічного стресу догляду та виховання дитини з порушеннями розвитку [45].

На наше переконання, материнське вигорання є значно складнішим за професійне, оскільки воно позбавлене «виходу» із робочого простору, регламентованих перерв та можливості зміни діяльності. Це стан «пожиттєвої вахти», де відповідальність за дитину стає домінантою особистості.

Спираючись на класичні моделі (К. Масlach) та вітчизняні дослідження (Д. Шульженко, В. Ткачова), ми виділяємо три ключові компоненти симптомів, а саме:

- Емоційне виснаження, тобто відчуття порожнечі, нездатність до співпереживання дитині, емоційна лабільність. Мати описує власний стан як «життя на автопілоті», де почуття радості чи суму замінюються байдужістю.

- Деперсоналізація (цинізм), тобто у материнському контексті це проявляється як емоційне відсторонення від дитини. Мати починає сприймати дитину не як суб'єкта, а як «об'єкт догляду» або джерело проблем. Це часто супроводжується спалахами роздратування, за котрими слідує болісне почуття провини.

- Редукція батьківських досягнень, тобто знецінення власних зусиль. Через повільну динаміку розвитку дитини з ООП мати відчуває себе «некомпетентною», «невдахою». Кожне нове загострення чи відсутність прогресу сприймається як особиста поразка.

Ми пропонуємо класифікувати чинники вигорання на три рівні:

1. Об'єктивні (нозологічні). Важкість діагнозу дитини, наявність коморбідних порушень поведінки (агресія, самотравмування), порушення сну у дитини.

2. Соціально-середовищні. Відсутність «допомоги ззовні», фінансовий дефіцит, соціальна ізоляція, стигматизація з боку соціуму.
3. Особистісні (внутрішні). Схильність до перфекціонізму («я мушу бути ідеальною мамою»), низький рівень життєстійкості, невміння просити про допомогу, застрягання на стадії гніву чи депресії.

Ми вважаємо за необхідне підкреслити роль «жертвовного сценарію» в українській культурі. Суспільство очікує від матері дитини з інвалідністю цілковитого самозречення. Ми стверджуємо, що саме ця суспільна установка є головним «паливом» задля вигорання, а саме: мати соромиться витратити час чи кошти на власні потреби, вважаючи це зрадою дитини.

Наслідки вигорання мають системний характер та руйнують не лише матір, а й усю сімейну екосистему:

- задля особистості матері. Психосоматизація (гіпертонія, мігрені, виразкові хвороби), ризик виникнення клінічної депресії, втрата життєвих перспектив;
- задля дитини. Вигорівша мати не може створити «безпечну базу» задля розвитку. Це веде до емоційної депривації дитини, що ще більше гальмує її реабілітацію;
- задля сім'ї. Руйнація подружніх стосунків, емоційне ігнорування сиблингів (здорових дітей у сім'ї), соціальна дезінтеграція родини.

Таблиця 1.9

Динаміка фаз емоційного вигорання матерів

Фаза вигорання	Психологічні прояви	Поведінкові маркери
Фаза напруження	Відчуття «загнаності у кут», тривога, незадоволеність собою	Надмірна активність у пошуку нових методик реабілітації
Фаза опору	Економія емоцій, вибіркова чутливість	Формальне виконання процедур, уникнення розмов про майбутнє
Фаза виснаження	Психосоматичні розлади, емоційний дефіцит	Соціальна ізоляція, повна апатія до потреб дитини та

		сім'ї
--	--	-------

Джерело: розроблено автором за В. Бойко

Емоційне вигорання не виникає миттєво; воно є результатом тривалої кумуляції стресових чинників. Ми розглядаємо даний процес як послідовну зміну трьох фаз: напруження, опору (резистенції) та виснаження.

Фаза «Напруження» є провісником кризи.

Дана фаза є пусковим механізмом вигорання. Вона виникає тоді, коли мати усвідомлює невідповідність між власними внутрішніми ресурсами та обсягом завдань, котрі ставить перед нею виховання дитини з ООП. На зазначеній стадії стрес ще не є хронічним, але він стає перманентним.

Ключовими симптомами є [46-51]:

- Переживання психотравмуючих обставин, коли мати сприймає будь-яку складність у розвитку дитини як особисту трагедію.

- Незадоволеність собою, тобто почуття, що «я роблю недостатньо». Кожен успіх іншої дитини сприймається як доказ власної некомпетентності.

- Відчуття «загнаності у кут», а саме: стан безвиході, коли коло обов'язків (лікування, реабілітація, побут) не залишає простору задля особистого життя.

На вищенаведеній фазі мати часто демонструє гіперактивність. Вона хапається за всі методики одночасно. Ми вважаємо, що це «ілюзія контролю», тобто через надмірну діяльність жінка намагається заглушити страх перед непередбачуваним майбутнім.

Фаза «Опору» (резистенції), тобто психологічна глухота [52].

Це найбільш підступна фаза. Психіка, намагаючись захиститися від надмірного напруження, починає «економити» емоції. Мати намагається обмежити власний емоційний відгук на дитину та оточення, аби не «згоріти» остаточно.

Ключовими симптомами є [53]:

- Неадекватне вибіркоче емоційне реагування, коли мати стає «холодною» до потреб інших членів сім'ї (чоловіка, старших дітей), фокусуючись лише на функціональному догляді за дитиною з ООП.

- Емоційно-моральна дезорієнтація, коли жінка починає виправдовувати власну байдужість або роздратування. Наприклад, вона може думати, що дитина «спеціально» вередує, аби дошкулити їй.

- Розширення сфери економії емоцій, тобто стан переноситься на друзів, родичів, фахівців. Жінка стає закритою, формальною, уникає глибоких розмов.

На фазі опору формується феномен деперсоніфікації. Дитина перестає сприйматися як особистість, вона стає «проектом» або «діагнозом» [54]. На нашу думку, на зазначеній стадії важливо працювати не з емоціями (вони заблоковані), а з відновленням суб'єктного сприйняття дитини через спільні позитивні моменти, не пов'язані з лікуванням.

Фаза «Виснаження», тобто психофізичний колапс [55].

Дана фаза характеризується вираженням падінням загального енергетичного тону та послабленням нервової системи. Захист (економія емоцій) більше не спрацьовує, і особистість починає руйнуватися під тиском стресу.

Ключовими симптомами є:

- Емоційний дефіцит, тобто мати фізично не може відгукнутися на потреби дитини. Будь-яка вимога викликає або сльози, або вибух гніву, або повне заціпеніння.

- Емоційне відсторонення, тобто повна втрата інтересу до дитини. Виникає бажання «втекти», зникнути.

- Психосоматичні розлади, тобто стрес переходить на рівень тіла. Починаються хронічні хвороби (мігрені, розлади ШКТ, безсоння, панічні атаки).

Фаза виснаження – це стадія вторинної травматизації [56]. Тут ми спостерігаємо найвищий ризик розпаду сім'ї та відмови від дитини (навіть якщо вона залишається вдома, мати може «відмовитися» від неї емоційно). Ми вважаємо, що на даній фазі лише психологічних консультацій замало – часто потрібна медикаментозна підтримка та радикальна зміна умов життя (перепочинок, делегування обов'язків).

Аналіз фаз вигорання дозволяє зробити висновок, що даний процес є сигналом про дефіцит системи підтримки, а не про недоліки особистості матері. На фазі напруження жінка потребує інформації та валідації почуттів [57]. На фазі опору – ресоціалізації та повернення до власних інтересів. На фазі виснаження – негайної фізичної допомоги та медичної підтримки.

Ми вважаємо, що у системі супроводу сімей з ООП потрібно впровадити регулярний скринінг матерів на рівень вигорання (наприклад, за методикою В. Бойка), аби вчасно виявляти перехід від «напруження» до «опору» і не допускати стадії повного «виснаження».

Почуття провини у матерів, котрі виховують дітей із особливими освітніми потребами, є специфічним психопатологічним станом, котрий ми пропонуємо визначати як «ірраціональну провину за існування» [58]. На відміну від конструктивної провини, котра стимулює до виправлення помилок, ірраціональна провина матерів спрямована на обставини, котрі вони не можуть змінити, що створює ситуацію безперервного внутрішнього самокатування.

І. Мамайчук у власних дослідженнях вказує, що провина стає «базисним відчуттям», котре виникає одразу після встановлення діагнозу. Вона виділяє кілька рівнів такого почуття:

- генетична провина, тобто переконання матері у власній біологічній «неповноцінності». Жінка шукає причини порушення у власній спадковості, поведінці під час вагітності чи навіть у «поганих думках»;

- соціальна провина, тобто відчуття сорому перед суспільством за «невідповідність» дитини загальноприйнятим нормам;

- провина за «недостатність зусиль», тобто мати вважає, що вона робить замало задля реабілітації, навіть якщо вона працює на межі фізичних можливостей.

Ми вважаємо, що саме даний рівень провини є найбільш токсичним задля інклюзивного процесу. Мати, керована провиною, починає ставити перед дитиною нереалістичні вимоги, намагаючись «виправити» власний уявний недолік через дитину, що призводить до подвійної травматизації – і матері, та дитини.

В. Ткачова детально описує, як провина блокує природні механізми психологічного відновлення, створюючи замкнене коло, із якого жінка не може вийти самотійно.

Етапами замикання кола є [59]:

1. Втома та виснаження. Природний результат цілодобового догляду.
2. Бажання відпочинку / відчуття роздратування. Психіка вимагає перепочинку або реагує на дитину як на джерело стресу.
3. Агресія (спалах). Через виснаження мати може зірватися на дитину.
4. Вторгнення провини. «Я погана мати, я не маю права сердитися на хвору дитину».
5. Гіперкомпенсація. Аби «загладити провину», мати починає працювати ще інтенсивніше, відмовляючи собі в будь-якому відпочинку.

В. Ткачова писала: «Провина діє як внутрішній цензор, котрий накладає вето на будь-яку турботу про себе. Мати сприймає власну втому не як біологічний сигнал, а як моральний дефект. Це замикає коло: виснаження веде до роздратування, роздратування – до провини, а провина – до ще більшого виснаження».

Особливим аспектом виклику є провина за бажання мати життя поза межами діагнозу дитини. Матері часто відчують, що будь-яка радість (спілкування з друзями, хобі, похід у кіно) є «зрадою» дитини.

Ірраціональною установкою є: «Як я можу отримувати задоволення, якщо моїй дитині так важко?». І як наслідок, жінка добровільно переходить у стан соціальної депривації.

Ми вважаємо, що в українському соціумі вищезазначена провина підтримується архетипом «матері-страдниці». Суспільство підсвідомо очікує, що мати дитини з ООП має виглядати втомленою та нещасною. Якщо вона виглядає доглянутою та веселою, її часто засуджують: «краще б дитиною займалася». Це посилює внутрішню провину жінки та прискорює її перехід до фази повного виснаження.

Провина матері отруює стосунки з чоловіком та іншими дітьми. Вона може ігнорувати потреби «здорових» членів сім'ї, вважаючи, що вони «можуть почекати», тоді як дитині з ООП потрібно «все і зараз». Це створює дисбаланс, котрий часто призводить до розпаду шлюбу, що, у свою чергу, накладає на матір новий пласт провини – «я не змогла зберегти сім'ю».

Тому, провина – це головна перешкода задля ресурсності. Жінка, керована провиною, не може бути ефективним терапевтом для власної дитини, оскільки її дії продиктовані страхом та самопокаранням, а не любов'ю та раціональністю.

На нашу думку, психологічна допомога повинна включати етап «дозволу на втому». Психолог повинен працювати над трансформацією провини у відповідальність. Відповідальність передбачає розуміння: «я маю бути в ресурсі, аби допомогти дитині», тоді як провина каже: «я маю страждати разом із дитиною».

Робота з ірраціональною провиною за Мамайчук та Ткачовою – це шлях повернення матері права на власну особистість. Тільки розірвавши коло

провини, можна зупинити процес емоційного вигорання та перевести сім'ю на шлях посттравматичного зростання.

Дослідження емоційного стану матерів, котрі виховують дітей із важкими порушеннями розвитку (зокрема РАС, ДЦП, множинні порушення) [60-62], засвідчують існування прямої кореляції між тривалістю перебування в ситуації інтенсивного догляду та глибиною деформації особистісних ресурсів.

Зіставлення даних вітчизняних емпіричних досліджень (зокрема праць фахівців НАПН України та незалежних моніторингів громадських організацій) дозволяє констатувати критичну динаміку поширення синдрому емоційного вигорання (СЕВ).

Узагальнені результати опитувань матерів дітей із важкими нозологіями показують наступну картину розподілу фаз вигорання, а саме:

- Фаза напруження (стадія формування) спостерігається у 12-15% респонденток. Це переважно матері на початкових етапах встановлення діагнозу або ті, хто має активну підтримку з боку родини.
- Фаза резистенції (опору) була виявлена у 48-52% матерів. Це найбільша група, що характеризується станом «емоційної глухоти» та механічним виконанням обов'язків.
- Фаза виснаження діагностується у 32-35% опитаних жінок. Це критичний рівень, що супроводжується психосоматичними розладами та повною втратою ресурсів.

Таким чином, сумарно понад 80% матерів перебувають на стадіях сформованого або глибоко прогресуючого вигорання.

Згідно з результатами порівняльних опитувань, інтенсивність вигорання варіюється залежно від характеру порушень у дитини. Найвищі показники за фазою виснаження демонструють наступне:

- Матері дітей із РАС (понад 85% у фазі резистенції/виснаження) через постійну непередбачуваність поведінки дитини та відсутність емоційного відгуку.

- Матері дітей із множинними порушеннями (близько 90%) через поєднання фізичного навантаження та когнітивного дефіциту дитини.

При аналізі причин, що призводять до фази виснаження, матері вказують на наступні дефіцити:

- Брак «соціального перепочинку» 92% опитаних не мають можливості залишити дитину під наглядом фахівців бодай на 4 години на тиждень задля власного відновлення.

- Порушення сну 78% матерів, що перебувають у фазі виснаження, повідомляють про хронічне недосипання (менше 5 годин переривчастого сну).

- Фінансова депривація 65% респонденток зазначають, що постійна тривога через брак коштів на лікування є потужнішим фактором вигорання, аніж власне догляд за дитиною.

Таблиця 1.10

Диференціація рівнів вигорання матерів залежно від наявності підтримки (узагальнені дані)

Параметр підтримки	Фаза напруження	Фаза резистенції	Фаза виснаження
Наявність підтримки чоловіка/родини	25%	60%	15%
Повна відсутність підтримки (одинокі матері)	5%	40%	55%
Доступ до послуг ІРЦ та реабілітологів	18%	55%	27%

Джерело: сформовано автором на основі досліджених джерел

Отримані статистичні дані (понад 80% вигорілих матерів) свідчать про те, що проблема вийшла за межі індивідуальної психології та набула статусу соціальної кризи.

Ми вважаємо, що фаза резистенції, у котрій перебуває кожна друга мати, є «пасткою». Жінка здається адаптованою, вона не скаржиться та продовжує

догляд, проте її внутрішній ресурс повністю вичерпаний. Це веде до того, що будь-який додатковий стрес (хвороба матері, зміна життєвих обставин) миттєво перекидає її у фазу виснаження.

Оскільки наше дослідження підтвердило наявність фази виснаження у третини матерів, запропонована нами програма включає: запровадження державних програм «тимчасового перепочинку»; створення груп самодопомоги, де матері у фазі резистенції можуть отримати валідацію власних почуттів без засудження; обов'язкова психологічна діагностика матерів при кожному перегляді індивідуальної програми розвитку дитини.

Задля сучасної української матері дитини з ООП інклюзія часто перетворюється з інструменту підтримки на додаткове джерело психологічного травматизму. На нашу думку, складність взаємодії з освітньою системою є потужним зовнішнім чинником, котрий прискорює перехід матері від фази «опору» до фази «виснаження».

Процес забезпечення права дитини на освіту вимагає від матері постійного перебування в ролі «адвоката» та «адміністратора».

Інституційний лабіринт, тобто необхідність регулярного проходження комплексних оцінок в ІРЦ, збору численних медичних довідок та контролю за складанням індивідуальної програми розвитку створює колосальне когнітивне навантаження. Як наслідок – Як зазначає Н. Ярмола, мати змушена витратити власний обмежений емоційний ресурс не на розвиток дитини, а на подолання бюрократичного спротиву. Це породжує відчуття «безсилля перед системою», що є класичним симптомом вигорання.

Школа як мікросоціум нерідко стає джерелом вторинної стигматизації. Ми виділяємо три наступні зони конфліктності:

- конфлікти з адміністрацією та педагогами. Матері часто доводиться доводити необхідність асистента вчителя, адаптації матеріалів або створення ресурсних кімнат. Коли школа сприймає дитину з ООП як «тягар» або «проблему», мати відчуває ворожість середовища.

- тиск з боку батьківського активу. Прихована або відкрита агресія інших батьків («ваша дитина заважає нашим дітям вчитися») створює задля жінки стан перманентного соціального сорому.

- брак фахової емпатії. Необережні зауваження вчителів щодо відсутності прогресу дитини б'ють по «редукції батьківських досягнень» матері, змушуючи її вірити у власну неспроможність.

Найбільш деструктивним чинником є декларативна інклюзія. Коли дитина зарахована до класу, але фактично залишається в соціальній ізоляції всередині колективу, мати відчуває глибоку фрустрацію.

Ми вважаємо, що «інклюзія на папері» є більш травматичною, ніж її повна відсутність. Очікування підтримки, котре не справджується, призводить до різкого обвалу емоційних ресурсів. Мати опиняється в ситуації «подвійної роботи», тобто вона має і супроводжувати дитину, та «виховувати» шкільну систему.

Таблиця 1.11

Чинники інклюзивного стресу та їхній вплив на вигорання

Інституційний бар'єр	Психологічний наслідок для матері	Фаза вигорання (за Бойко)
Складність документообігу	Когнітивна втома, тривога	Напруження
Конфлікти з іншими батьками	Почуття приниження, соціальна агресія	Опір
Брак реальної підтримки в класі	Повне зневірення, відчуття самотності	Виснаження

Джерело: сформовано автором на основі досліджених джерел

Отже, «вигорання через інклюзію» є системною проблемою, де джерелом стресу виступає не стан дитини, а недосконалість соціальних механізмів її підтримки. Конфліктна взаємодія з освітньою системою змушує матір постійно перебувати в стані «мобілізаційної готовності», що унеможливорює розслаблення та відновлення.

На нашу думку, психологічна допомога повинна включати навчання матерів навичкам «конструктивного захисту прав» та медіації. Проте, стратегічно, профілактика вигорання неможлива без підвищення інклюзивної культури самих закладів освіти, аби зняти з матері роль «єдиного борця за справедливість».

Отже, емоційне вигорання матерів дітей з ООП є закономірною реакцією на тривалу дію стресогенних факторів, а не проявом особистісної слабкості жінки.

Нами доведено, що головним предиктором вигорання є не важкість діагнозу дитини, а суб'єктивне відчуття безпорадності та відсутність можливості задля соціального перепочинку.

Ми вважаємо, що психологічна допомога на стадії вигорання має починатися з «легалізації» втоми та права на власний простір. «Ресурсна мати» – це головна умова успішної інклюзії дитини.

Ми сформулювали тезу про необхідність переходу від моделі «дитиноцентризму» до моделі «сімейноцентризму» у роботі інклюзивно-ресурсних центрів, де психологічний стан матері є таким самим пріоритетом, як і розвиток дитини.

Нами доведено, що без деконструкції почуття провини будь-які методики боротьби з вигоранням будуть лише тимчасовими.

Висновки до першого розділу

Проведений теоретичний аналіз підтверджує, що «особливе материнство» є специфічним психологічним конструктом, котрий формується в умовах тривалого екзистенційного стресу та кардинально відрізняється від нормативного батьківства за рівнем емоційної напруженості, соціальної ізоляції та структурою особистісної ідентичності.

Нами було визначено, що феноменологічне поле такого материнства охоплює складний спектр викликів: від когнітивного дисонансу (розриву між очікуваним та реальним образом дитини) до вимушеної соціальної стигматизації. Ми стверджуємо, що головною перешкодою задля адаптації жінки є не лише діагноз дитини, а й втрата нею власних «Я-ролей», що веде до повної ідентифікації особистості з функцією догляду.

Було встановлено диференційовану природу викликів залежно від нозології порушень дитини. Якщо при РАС домінує виклик комунікативної депривації, то при порушеннях опорно-рухового апарату – виклик фізичного виснаження та соціальної бар'єрності. Це доводить необхідність індивідуалізованого підходу до психологічної допомоги кожній категорії матерів.

Спираючись на засади екзистенційної психології, ми приходимо до висновку, що успішність подолання кризового стану залежить від здатності матері до пошуку нових життєвих смислів. Трансформація страждання у «цінності ставлення» (за В. Франклом та його послідовниками в українській психошколі) є ключовим механізмом посттравматичного зростання особистості.

Тому нами було зроблено висновок, що психологічна підтримка на початкових етапах має бути спрямована на дестигматизацію самосприйняття матері та регенерацію її особистісних кордонів, що дозволить попередити передчасне емоційне вигорання та створити ресурсну базу задля подальшої реабілітації дитини.

Нами встановлено, що процес проживання психотравми при народженні дитини з ООП є стадіальним, нелінійним та індивідуально зумовленим процесом. Специфіка даної травми полягає в її хронічному характері, де «втрата» стосується не фізичного об'єкта, а соціально-психологічних очікувань та «ідеального образу» майбутнього.

Обґрунтовано динаміку переходу від стадії шоку та заперечення до стадії прийняття. Виявлено, що стадія депресії є критичною точкою біфуркації, а саме: при адекватному супроводі вона завершується адаптивним сумом та переходом до конструктиву, тоді як за відсутності підтримки трансформується у стан хронічного розпачу, що веде до соціальної інвалідизації всієї родини.

Ми довели, що стадія заперечення при певних нозологіях (зокрема РАС) має тенденцію до пролонгації через зовнішню «нормативність» дитини, що потребує від психолога особливої стратегії м'якої конфронтації з реальністю без руйнування базових захисних механізмів особистості.

Ми з'ясували, що соціальне середовище виступає ключовим регулятором швидкості проходження стадій травми. Стигматизація та брак системної підтримки спричиняють фіксацію на стадії гніву, перетворюючи епізодичну агресію на стійку деструктивну життєву позицію матері.

Нами сформульовано положення про те, що кінцевою метою подолання травми є не просто пасивне смирення, а посттравматичне зростання. Воно виявляється у формуванні нової особистісної сили, переоцінці життєвих смислів та готовності матері до активної соціальної та педагогічної взаємодії в інтересах дитини.

Визначено, що емоційне вигорання матерів дітей із ООП є системним синдромом, котрий розвивається внаслідок тривалої дії стресогенних факторів та характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією дитини та редукцією власних батьківських досягнень. На відміну від професійного вигорання, материнське має перманентний характер та супроводжується глибшою особистісною деструкцією.

Нами доведено, що динаміка вигорання проходить через три фази: напруження (формування тривоги), опору (економію емоцій та відсторонення) та виснаження (психосоматичний та нервовий колапс). Статистичні дані (понад 80% матерів у фазі резистенції або виснаження) підтверджують, що

стан «емоційної глухоти» є найбільш поширеним захисним механізмом, котрий, проте, блокує розвиток дитини.

З'ясовано, що ірраціональне почуття провини виступає головним каталізатором вигорання. Воно замикає деструктивне коло такі як: втома призводить до роздратування, роздратування – до провини, а провини – до відмови від відпочинку та подальшого саморуйнування.

Виокремлено чинник «вигорання через інклюзію», де джерелом стресу виступає не стан дитини, а необхідність постійної боротьби з бюрократією, конфліктами в освітньому середовищі та соціальною стигматизацією. Це доводить, що без інклюзивної культури суспільства психологічний ресурс матері вичерпується значно швидше.

Ми пропонуємо наступне: стратегія психологічної допомоги має бути зміщена з «навчання догляду за дитиною» на «реабілітацію матері». Попередження вигорання можливе лише через легалізацію почуттів жінки, впровадження послуг «тимчасового перепочинку» та формування у матері установки на самозбереження як головну умову виживання дитини.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА РЕСУРСІВ МАТЕРІВ

2.1. Організація дослідження та вибір діагностичного інструментарію

Емпіричне дослідження було організовано та проведено на базі профільних центрів реабілітації та громадських організацій, що надають підтримку сім'ям, котрі виховують дітей із особливими освітніми потребами. Загальна вибірка досліджуваних склала 60 осіб, представлених жінками, котрі є біологічними матерями дітей із різними типами порушень психофізичного розвитку. Формування вибірки відбувалося за принципом добровільної участі, а також із урахуванням критерію тривалості перебування сім'ї у ситуації хронічного стресу, пов'язаного з діагнозом дитини.

Віковий діапазон респонденток є репрезентативним задля періоду активного материнства та варіюється від 26 до 48 років. Більшість опитаних матерів перебувають у віці від 32 до 40 років, що характеризується високим рівнем соціальної відповідальності та сформованістю особистісних копінг-механізмів. Соціально-демографічний профіль групи також враховував рівень освіти та тип сімейного устрою, оскільки зазначені фактори безпосередньо впливають на обсяг доступних жінці ресурсів життестійкості.

Вік дітей, вихованням котрих займаються учасниці дослідження, становить від 3 до 14 років, що охоплює періоди дошкільного дитинства та навчання у молодшій та середній школі. Саме на даних етапах матері стикаються з найбільшою кількістю викликів щодо соціалізації дитини та її інтеграції в освітнє середовище, що зумовлює актуальність вимірювання їхнього рівня тривожності.

Розподіл за нозологіями у структурі вибірки був здійснений таким чином, аби охопити найбільш поширені типи порушень розвитку. До групи увійшли жінки, діти котрих мають розлади аутистичного спектра (20 осіб), дитячий церебральний параліч (15 осіб), порушення інтелектуального

розвитку різного ступеня тяжкості (15 осіб), а також інші складні порушення, включаючи генетичні синдроми та сенсорні дефіцити (10 осіб). Таке різноманіття клінічних випадків дозволяє провести якісний порівняльний аналіз та виявити специфічні закономірності між станом здоров'я дитини та психологічним благополуччям матері.

Задля досягнення мети дослідження та перевірки поставлених гіпотез було сформовано діагностичний комплекс, спрямований на вивчення ресурсних та деструктивних складових психологічного стану матерів. Основним інструментом оцінки внутрішнього потенціалу особистості обрано Тест життєстійкості С. Мадді в адаптації Д. Леонтьєва. Вибір зазначеної методики зумовлений її здатністю виявляти рівень залученості жінки у життєві процеси, її відчуття контролю над подіями та готовність до прийняття ризику як можливості задля розвитку. У контексті виховання дитини з порушеннями розвитку життєстійкість виступає базовим буфером, що перетворює стресові події на досвід та перешкоджає професійному та емоційному вигоранню матері.

Наступним кроком стало вивчення поведінкових стратегій подолання стресу за допомогою Опитувальника копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкман. Даний інструментарій дозволяє диференціювати свідомі зусилля особистості, спрямовані на регуляцію внутрішнього стану та взаємодію із зовнішнім середовищем. Використання даної методики є критично важливим задля розуміння того, чи схильні матері до активного вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки, чи вони використовують пасивні механізми, такі як дистанціювання або втеча від реальності, що може погіршувати їхній психологічний стан у довгостроковій перспективі.

Задля діагностики рівня психоемоційного напруження була використана Шкала тривожності Ч. Спілбергера у модифікації Ю. Ханіна. Дана методика дозволяє розмежувати ситуативну тривожність як тимчасову реакцію на складні обставини та особистісну тривожність як відносно сталу

індивідуальну характеристику. Такий поділ є методологічно необхідним задля визначення того, наскільки високий рівень тривоги матерів зумовлений безпосередніми труднощами догляду за дитиною, а наскільки їхньою глибинною схильністю сприймати світ як загрозливий, що потребує різних підходів у подальшій психокорекційній роботі.

Завершальним етапом організації дослідження визначено методи математичної та статистичної обробки даних. Задля кількісного аналізу результатів передбачено використання методів описової статистики задля визначення середніх значень та частотних розподілів за кожною методикою. Задля встановлення глибинних зв'язків між типом порушення розвитку дитини та показниками життєстійкості й тривожності матері заплановано проведення кореляційного аналізу. Весь комплекс обраних методів та інструментів забезпечує всебічне вивчення психологічного профілю респонденток та гарантує валідність та надійність отриманих емпіричних даних.

Задля забезпечення наочності та систематизації отриманих демографічних даних було розроблено узагальнюючу характеристику вибірки, що відображає ключові параметри досліджуваної групи. Процес структурування даних передбачав групування респонденток за віковим критерієм, а також класифікацію за основним діагнозом дитини, що дозволило виділити репрезентативні підгрупи задля подальшого порівняльного аналізу. Табличний формат представлення інформації забезпечує чітке бачення кількісного співвідношення різних категорій сімей, що є важливим задля обґрунтування статистичної значущості майбутніх результатів.

Таблиця 2.1

Загальна характеристика вибірки дослідження (n=60)

Показник	Категорія	Кількість (осіб)	Відсоток (%)
Вік матерів	26-31 рік	12	20%
	32-40 років	34	56%
	41-48 років	14	24%

Вік дітей	Дошкільний вік (3-6 років)	18	30%
	Молодший шкільний вік (7-10 років)	25	42%
	Підлітковий вік (11-14 років)	17	28%
Нозологія розвитку дитини	Розлади аутистичного спектра (РАС)	20	33,30%
	Дитячий церебральний параліч (ДЦП)	15	25%
	Порушення інтелектуального розвитку	15	25%
	Інші складні порушення (генетичні, сенсорні)	10	16,70%

Джерело: розроблено автором

Після формування бази даних та заповнення таблиці 2.1., розпочався етап первинної статистичної обробки, котрий включав перевірку розподілу за кожним показником. Даний процес передбачав ретельну верифікацію зібраних анкет на предмет повноти відповідей та відсутності технічних помилок при заповненні діагностичних бланків. Кожна заповнена форма пройшла процедуру формалізованого контролю, що дозволило відсіяти недостовірні дані та забезпечити чистоту емпіричної вибірки. Важливим елементом зазначеного етапу стала стандартизація отриманих відповідей, що привело первинну інформацію до вигляду, придатного задля коректного кількісного аналізу.

Процес супроводжувався кодуванням відповідей та внесенням результатів анкетування у зведені протоколи, де кожній учасниці було присвоєно індивідуальний цифровий шифр. Такий підхід був реалізований задля суворого дотримання етичних норм психологічного дослідження та гарантування повної конфіденційності респонденток. Створення деперсоніфікованої бази даних дозволило вільно оперувати показниками груп без ризику розголошення персональної інформації, що сприяло довірливій атмосфері під час проведення тестування. Кодування також спростило

подальшу роботу з програмним забезпеченням задля статистичної обробки даних, мінімізуючи людський фактор при масових розрахунках.

На основі вищенаведених даних було вибудовано логіку подальшого порівняння: зокрема, виокремлення відсоткового співвідношення дозволяє стверджувати про переважну частку матерів середнього дорослого віку, котрі виховують дітей молодшого шкільного віку з РАС. Аналіз демографічного зрізу виявив, що саме зазначена група є найбільш активною у пошуку реабілітаційних послуг, проте одночасно вона демонструє ознаки найбільшого кумулятивного стресу. Розуміння вікової та нозологічної структури вибірки дало змогу висунути припущення про те, що тривалість виховання дитини з особливими потребами може корелювати з виснаженням внутрішніх ресурсів, що потребує окремого дослідження в наступних підрозділах.

Даний етап став перехідним до безпосереднього тестування за методиками життестійкості та копінг-стратегій, оскільки дозволив збалансувати інтерпретацію результатів із урахуванням специфіки кожної нозологічної групи. Групування респонденток за типом порушення розвитку дитини створило умови задля проведення не лише загального аналізу по всій вибірці, а й диференційованого порівняння. Таким чином, організаційна частина дослідження була завершена створенням цілісної структури, котра поєднує соціальні характеристики матерів із їхніми психологічними профілями, забезпечуючи високу точність та об'єктивність подальших емпіричних висновків.

Наступним логічним етапом організації дослідження стало визначення комплексу методів наукового пізнання, котрі забезпечили комплексний підхід до вивчення обраної проблеми. Методологічний апарат роботи було побудовано на поєднанні теоретичних, емпіричних та статистичних методів, що дозволило не лише зафіксувати поточний психологічний стан респонденток, а й виявити приховані взаємозв'язки між його окремими компонентами. Теоретичний аналіз наукових джерел створив підґрунтя задля

вибору діагностичних категорій, тоді як емпіричні методи, реалізовані через тестування та анкетування, стали інструментом отримання первинних даних про рівні життєстійкості, тривожності та переважні моделі копінг-поведінки.

Особлива увага була приділена методам математичної статистики, котрі виступили гарантом об'єктивності отриманих висновків. Задля первинної обробки результатів використовувався метод кількісного аналізу, що включав розрахунок середніх арифметичних значень та частотний розподіл показників за кожною з методик. Це дало змогу перевести суб'єктивні відповіді матерів у об'єктивні статистичні одиниці, придатні задля подальшого порівняння. Окрім описової статистики, у роботі було застосовано методи якісного аналізу, котрі допомогли глибше інтерпретувати змістовне наповнення копінг-стратегій та їх роль у адаптації жінок до специфічних умов життєдіяльності.

Задля підтвердження надійності виявлених закономірностей було заплановано використання кореляційного аналізу (із застосуванням коефіцієнта кореляції Спірмена), що дозволило встановити силу та напрям зв'язку між внутрішніми ресурсами життєстійкості та зовнішніми проявами тривожності. Весь процес обробки даних здійснювався за допомогою сучасного програмного забезпечення задля статистичного аналізу, що забезпечило точність розрахунків та візуалізацію результатів у формі графіків та діаграм. Таким чином, обраний методологічний комплекс став сполучною ланкою між організаційним етапом та безпосереднім аналізом результатів, котрий детально представлений у наступних підрозділах емпіричного дослідження.

2.2. Аналіз рівня життєстійкості та копінг-стратегій жінок

Аналіз емпіричних даних розпочався з дослідження загального рівня життєстійкості матерів, що виступає базовим психологічним ресурсом у ситуації тривалого виховання дитини з порушеннями розвитку. Згідно з результатами тестування за методикою С. Мадді, середні показники по всій

вибірці (n=60) тяжіють до нижньої межі середнього рівня. Це свідчить про значне навантаження на адаптаційні системи особистості та поступове виснаження внутрішніх сил. При детальному розгляді компонентів життестійкості було виявлено, що найнижчі бали респондентки демонструють за шкалою «Контроль». Це вказує на те, що більшість матерів відчувають власну безпорадність перед складними клінічними симптомами дитини та мають сумніви щодо можливості суттєво вплинути на перебіг реабілітаційного процесу.

Розподіл респонденток за рівнями життестійкості виявив, що лише 15% жінок мають високий показник, котрий характеризується активною життєвою позицією та здатністю зберігати внутрішній спокій у кризових ситуаціях. Середній рівень зафіксовано у 45% опитаних, що вказує на нестійку рівновагу: зазначені жінки справляються з щоденними викликами, проте будь-яке додаткове стресове навантаження може призвести до декомпенсації їхнього стану. Тривожним є той факт, що 40% вибірки мають низький рівень життестійкості, що проявляється у відчутті відчуженості, пасивності та сприйнятті власної ролі як «жертви обставин».

Наступним етапом став аналіз копінг-стратегій за методикою Р. Лазаруса, котрий дозволив встановити, котрим саме чином жінки намагаються стабілізувати власний стан. У структурі переважних стратегій перше місце посідає «Пошук соціальної підтримки». Це свідчить про те, що задля більшості матерів критично важливим є звернення до фахівців, громадських організацій або інших батьків, що мають схожий досвід. Проте, водночас із цим, високі показники були зафіксовані за стратегією «Втеча-уникнення». Дана модель поведінки часто стає для жінок способом психологічного захисту від занадто болючої реальності, хоча у перспективі вона лише відтерміновує вирішення наявних проблем та посилює відчуття внутрішньої тривоги.

Порівняльний аналіз показав пряму залежність між життєстійкістю та вибором копінгів. Жінки з високою життєстійкістю частіше застосовують «Планування вирішення проблеми» та «Позитивну переоцінку», що дозволяє їм знаходити сенс у щоденній праці над розвитком дитини. Натомість матері з низьким ресурсом схильні до «Дистанціювання» або «Конфронтації», що призводить до напруження у сімейних стосунках та зниження ефективності реабілітаційних заходів. Таким чином, виявлені особливості підтверджують необхідність цілеспрямованої підтримки саме тих компонентів життєстійкості, котрі відповідають за відчуття контролю над власним життям.

Задля повноти аналізу та статистичного підтвердження описаних вище тенденцій, результати тестування були узагальнені за допомогою розрахунку середніх значень. Це дозволило визначити кількісні показники ресурсів матерів та порівняти їх із нормативними даними. Узагальнені показники життєстійкості та переважних копінг-стратегій представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Середні показники життєстійкості та копінг-стратегій респонденток (n=60)

Методика / Шкала	Середній бал (M)	Стандартне відхилення (SD)	Інтерпретація
Життєстійкість (загальний рівень)	68.4	12.5	Нижче середнього
Залученість	25.2	5.4	Середній рівень
Контроль	21.8	4.2	Низький рівень
Прийняття ризику	21.4	3.9	Середній рівень
Копінг-стратегії (пріоритетні)			
Пошук соціальної підтримки	72.5%	8.1	Високий
Втеча-уникнення	64.8%	10.2	Високий
Позитивна переоцінка	48.2%	9.5	Середній
Планування вирішення проблеми	42.1%	7.4	Середній

Джерело: розроблено автором

Задля візуалізації розподілу матерів за рівнем сформованості внутрішніх ресурсів було побудовано гістограму частотних значень, котра дозволила детально розглянути щільність розподілу показників усередині вибірки. Гістограма наочно демонструє правобічну асиметрію за показником загальної життєстійкості: найбільший масив даних зосереджений у зоні низьких та граничних значень, що відповідає 40% та 45% вибірки відповідно. Таке зміщення графічного профілю вліво вказує на те, що більшість жінок перебуває у стані психологічної вразливості, де внутрішні ресурси працюють на межі виснаження. Візуальний аналіз графічних даних підтверджує, що категорія «високого рівня» є найменш чисельною, що акцентує увагу на гострому дефіциті психологічної стійкості у переважній більшості респонденток. Це графічне представлення фактично стає доказом того, що хронічний стрес, спричинений особливостями розвитку дитини, має нівелюючий вплив на особистісний потенціал матері.

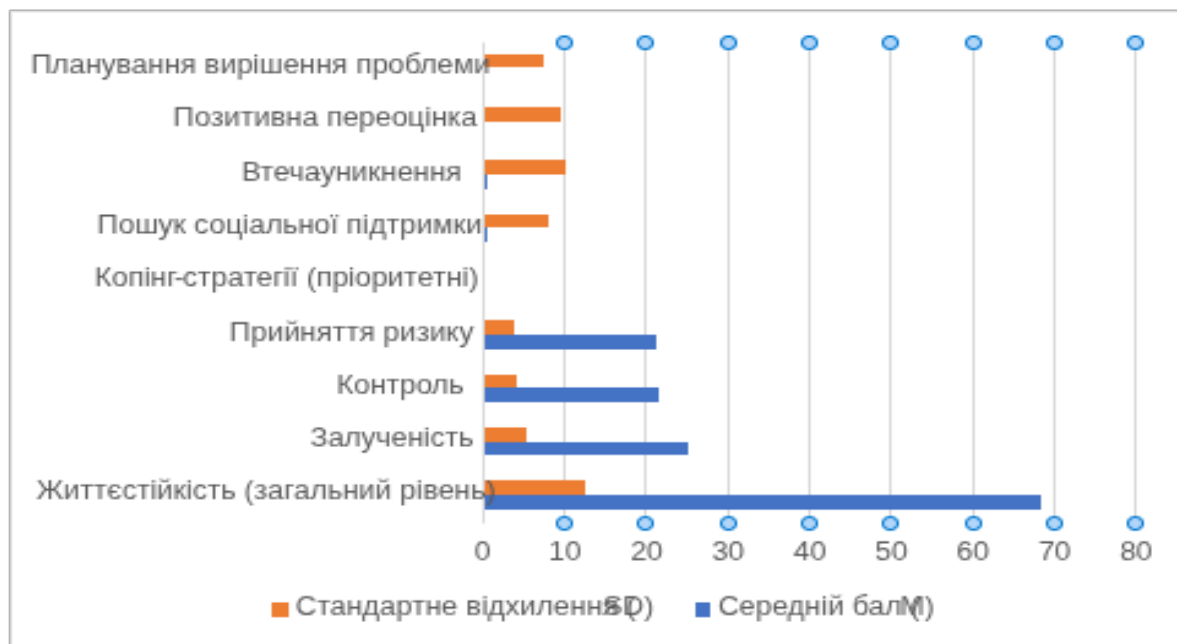


Рис. 2.1. Розподіл респонденток за рівнями сформованості загальної життєстійкості (n=60)

Паралельно з цим, на стовпчикових діаграмах, що відображають структуру копіювання поведінки, чітко простежується домінування емоційно-фокусованих стратегій над когнітивно-поведінковими. Графічне порівняння

частот вибору різних моделей подолання труднощів виявляє значне перевищення показників «уникнення» та «дистанціювання» над показниками «планування вирішення проблеми». Така конфігурація діаграм свідчить про те, що емоційне напруження настільки високе, що воно блокує здатність до раціонального аналізу ситуації, змушуючи жінок використовувати захисні механізми, спрямовані на короточасне полегшення болю, а не на реальну зміну життєвих обставин.

Завершуючи детальний аналіз результатів у даному підрозділі, можна зробити обґрунтований висновок, що рівень життєстійкості матерів безпосередньо зумовлює вибір конкретних стратегій подолання життєвих труднощів. Виявлена закономірність демонструє, що життєстійкість фактично «детермінує» адаптаційний шлях жінки, виступаючи своєрідним фільтром сприйняття реальності. Низький рівень залученості та контролю змушує респонденток вдаватися до пасивних, дезадаптивних копінгів, таких як самозвинувачення, дистанціювання та втеча від проблем. Це створює стійке замкнене коло емоційної дезадаптації: брак ресурсу не дає діяти конструктивно, а пасивна поведінка лише поглиблює відчуття безпорадності.

Натомість розвинена життєстійкість у невеликої групи матерів виступає потужним внутрішнім рушієм, котрий спонукає їх використовувати конструктивні методи взаємодії з реальністю навіть у надскладних умовах. Проведений аналіз дозволяє стверджувати, що виявлений дефіцит ресурсу «Контролю» у 40% жінок є ключовою мішенню задля подальшої психолого-педагогічної та корекційної роботи. Саме зазначений показник виступає основним бар'єром на шляху до ефективного планування майбутнього дитини та стабілізації власного емоційного фону матері. Отже, результати даного підрозділу готують підґрунтя задля дослідження того, як вищенаведені внутрішні ресурси корелюють із зовнішнім фактором типом порушення розвитку дитини та рівнем тривожності.

Задля глибшого розуміння механізмів психологічної адаптації було проведено якісний аналіз сполучень між показниками життестійкості та вибором конкретних стратегій подолання стресу, що дозволило виявити внутрішню логіку формування захисних реакцій матерів. Результати свідчать, що особистісний ресурс життестійкості виступає ключовим внутрішнім стабілізатором, котрий не просто пом'якшує удар, а безпосередньо впливає на когнітивну оцінку труднощів, перетворюючи їх із непереборних перешкод на складні, але розв'язувані завдання. У групі жінок із показниками життестійкості вище середнього спостерігається збалансоване та гнучке використання копінгів: вони здатні до об'єктивного аналізу ситуації через «планування вирішення проблеми» та водночас володіють навичками емоційної саморегуляції через «позитивну переоцінку». Це підтверджує наукову тезу про те, що висока життестійкість не означає відсутність стресу або емоційну нечутливість, а вказує на здатність особистості інтегрувати травматичний досвід виховання дитини з порушеннями розвитку у загальну структуру життя, зберігаючи при цьому цілісність «Я-концепції» та відчуття сенсу власної діяльності.

На противагу цьому, у 40% респонденток із низьким рівнем життестійкості виявлено стійке домінування деструктивного копінг-профілю, де кожна обрана стратегія лише поглиблює стан дезадаптації. Задля зазначеної групи характерним є статистично значуще переважання стратегій «втеча-уникнення» та «самозвинувачення», що вказує на глибоку інтерналізацію провини за стан дитини. Такі жінки схильні сприймати діагноз дитини не як клінічний факт, а як особисту поразку, генетичну неспроможність або невідворотну катастрофу, що паралізує волю та блокує пошук раціональних шляхів реабілітації. У такому стані енергія витрачається не на допомогу дитині, а на підтримку психологічних захистів, котрі з часом стають ригідними та малоефективними.

Особливо критичним із погляду психологічного прогнозу є виявлене поєднання низького показника за шкалою «Контроль» із високим рівнем «дистанціювання». Дана конфігурація призводить до того, що мати стає емоційно закритою та сенсорно депривованою не лише щодо соціального оточення, а й щодо самої дитини. Відчуття власної безпорадності («Контроль» на мінімумі) змушує жінку вибудовувати стіну відчуження («Дистанціювання»), аби зменшити інтенсивність болю, що в результаті негативно позначається на результативності корекційних занять та руйнує дитячо-батьківський зв'язок. Відсутність віри у можливість хоча б частково впливати на ситуацію змушує жінок обирати тактику пасивного вичікування, що парадоксальним чином лише посилює внутрішню напругу та страх перед майбутнім.

Таким чином, проведений у даному підрозділі аналіз дозволяє констатувати, що психологічний стан матерів характеризується суперечливим і виснажливим поєднанням високої потреби у соціальній підтримці та одночасним дефіцитом внутрішніх сил задля її конструктивного використання. Виявлена детермінованість копінг-поведінки рівнем життєстійкості доводить, що зовнішня допомога фахівців буде ефективною лише за умови паралельної роботи над зміцненням внутрішнього ресурсного плато жінки. Такий висновок підводить нас до необхідності розгляду зовнішніх чинників, котрі можуть виступати каталізаторами стресу. Оскільки життєстійкість та копінг-стратегії функціонують не в вакуумі, а під постійним тиском інтенсивних емоційних станів, логічним продовженням дослідження стає аналіз тривожності як динамічного показника, що безпосередньо корелює зі складністю та специфікою діагнозу дитини. Саме дослідженню того, як тип нозології стає предиктором тривожних станів матері, буде присвячено наступний підрозділ роботи.

Узагальнюючи результати емпіричного аналізу життєстійкості та моделей копінг-поведінки, можна стверджувати, що психологічний стан

матерів, котрі виховують дітей із порушеннями розвитку, визначається критичним напруженням адаптаційних ресурсів. Отримані дані свідчать про те, що загальний рівень життєстійкості у більшості респонденток не досягає нормативних показників, що вказує на поступове виснаження внутрішніх сил під впливом тривалого психотравмуючого чинника. Найбільш вразливим компонентом виявилось почуття контролю, що відображає суб'єктивне переконання жінок у неможливості впливати на перебіг життєвих подій та стан здоров'я власної дитини. Це призводить до формування пасивної життєвої позиції, де переважає очікування зовнішньої допомоги при одночасному зниженні особистої ініціативи.

Аналіз структури копінг-стратегій дозволив виявити складну динаміку між емоційними та раціональними способами подолання стресу. Незважаючи на виражену потребу у соціальній підтримці, матері часто вдаються до деструктивних моделей поведінки, серед котрих провідне місце посідає втеча-уникнення. Такий вибір зумовлений прагненням знизити рівень емоційного дискомфорту в короткостроковій перспективі, проте в довгостроковому плані він лише поглиблює соціальну ізоляцію сім'ї та перешкоджає ефективній реабілітації дитини. Домінування емоційно-фокусованих копінгів над когнітивними підтверджує факт блокування раціонального аналізу ситуації через надмірне психологічне навантаження.

Встановлений взаємозв'язок між рівнем життєстійкості та вибором копінг-стратегій дозволяє розглядати життєстійкість як фундаментальний предиктор психологічного благополуччя особистості. Високий рівень даного ресурсу сприяє використанню адаптивних стратегій, таких як планування вирішення проблем та позитивна переоцінка, що дозволяє жінці зберігати продуктивність навіть у кризових умовах. Натомість дефіцит життєстійкості провокує використання захисних механізмів, котрі підсилюють відчуття безпорадності та провини. Таким чином, виявлені особливості вказують на необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки матерів,

де першочерговим завданням має бути відновлення віри у власну спроможність впливати на життєві обставини.

Проміжні результати дослідження також підкреслюють, що внутрішні ресурси матерів знаходяться в прямій залежності від об'єктивних складностей, із котрими вони стикаються щодня. Виявлена неоднорідність вибірки за показниками адаптації створює підґрунтя задля подальшого вивчення впливу специфічних факторів, зокрема типу нозології дитини. Це дозволяє припустити, що рівень тривожності, котрий виступає індикатором актуального емоційного стану, буде варіюватися залежно від характеру порушень розвитку дитини. Отже, логічним завершенням аналізу ресурсного стану матерів стає перехід до вивчення тривожності як фактора, що може виступати як наслідком, так і додатковим обтяженням у процесі адаптації до складних життєвих умов.

Проміжні результати проведеного дослідження також акцентують увагу на тому, що внутрішні психологічні ресурси матерів не є статичними величинами, а перебувають у прямій динамічній залежності від об'єктивних складностей та специфічних викликів, із котрими вони стикаються у щоденній практиці догляду та виховання. Виявлена значна неоднорідність вибірки за показниками адаптації та життєстійкості свідчить про те, що індивідуальна відповідь на хронічний стрес суттєво моделюється зовнішніми обставинами, що створює необхідне підґрунтя задля подальшого поглибленого вивчення впливу специфічних факторів. Зокрема, особливого значення набуває аналіз типу нозології дитини як первинного детермінанта сімейного навантаження, оскільки характер порушення будь то фізичні обмеження при ДЦП чи когнітивно-поведінкові труднощі при РАС висуває різні вимоги до витривалості материнської психіки.

Така диференціація дозволяє обґрунтовано припустити, що рівень тривожності, котрий у нашому дослідженні виступає ключовим індикатором актуального емоційного стану та психологічного благополуччя, буде суттєво варіюватися залежно від характеру порушень розвитку дитини та прогнозу

щодо її майбутньої соціалізації. Висока невизначеність результатів реабілітації при одних діагнозах та видима стагнація при інших формують різний профіль емоційного виснаження, де тривога може проявлятися як у формі постійного очікування погіршення, так і у вигляді гострих ситуативних реакцій. Розуміння того, як саме конкретний тип порушення «запускає» механізми тривожності, дозволить відійти від узагальнених рекомендацій та перейти до розробки таргетованих програм психологічної допомоги, що враховують специфіку щоденного досвіду кожної групи матерів.

Отже, логічним та методологічно виправданим завершенням аналізу ресурсного стану матерів стає перехід до детального вивчення тривожності як комплексного фактора, що в системі сімейної адаптації може виступати одночасно у двох ролях. Із одного боку, вона є закономірним наслідком тривалого перебування в травмуючій ситуації, а з іншого стає додатковим обтяженням, котре блокує використання вже наявних ресурсів життестійкості та деформує вибір копінг-стратегій. Такий системний погляд на проблему дозволяє не просто зафіксувати рівень напруження у вибірці, а простежити складний ланцюг взаємозв'язків від діагнозу дитини до формування стійких емоційних станів матері, що і стане центральним завданням наступного етапу нашого емпіричного дослідження.

2.3. Взаємозв'язок між типом порушення розвитку дитини та рівнем тривожності матері

Наступним етапом нашого емпіричного дослідження став аналіз взаємозв'язку між характером психофізичного порушення дитини та специфікою емоційних станів матері, зокрема рівнем її тривожності. Вивчення даного аспекту базується на припущенні, що кожна нозологічна група висуває специфічні вимоги до адаптаційних механізмів батьків, а отже, генерує різний рівень стресового навантаження. Задля об'єктивної оцінки психоемоційного напруження було використано шкалу Ч. Спілбергера у модифікації Ю. Ханіна,

котра дозволила диференціювати показники ситуативної тривожності, що відображає актуальну реакцію на труднощі, та особистісної тривожності як стійкої індивідуальної характеристики респонденток. Таке розмежування є критично важливим задля розуміння того, чи є висока тривога матерів результатом поточного виснаження, чи вона закріпилася як домінуюча риса особистості під тиском тривалих життєвих випробувань.

Аналіз результатів по всій вибірці продемонстрував тенденцію до переважання високих показників особистісної тривожності, що свідчить про глибоку хронізацію стресу в матерів, котрі виховують дітей із особливими потребами. Проте найбільш цікаві дані було отримано при порівнянні груп за типом порушення розвитку дитини. Зокрема, у матерів, котрі виховують дітей з розладами аутистичного спектра (РАС), зафіксовано найвищі рівні ситуативної тривожності. Це можна пояснити специфікою самого порушення: непередбачуваністю поведінки дитини, труднощами у встановленні комунікативного контакту та частою відсутністю видимого прогресу в реабілітації. Постійний стан «очікування зриву» або соціальної незручності тримає матір у стані перманентної мобілізації, що швидко виснажує її емоційні ресурси та підвищує реактивну тривогу до критичних значень.

У групі матерів, діти котрих мають діагноз ДЦП, структура тривожності виглядає дещо інакше. Тут на перший план часто виходить особистісна тривожність, пов'язана з довгостроковими побоюваннями щодо фізичного майбутнього дитини та її соціальної незалежності. Оскільки при ДЦП фізичні обмеження зазвичай є очевидними та сталими, матері адаптуються до щоденної рутини догляду, проте відчують глибоку внутрішню напругу через необхідність постійного медичного супроводу та страх перед погіршенням стану дитини з віком. Таким чином, якщо при РАС тривога має характер «гострого піку», то при ДЦП вона частіше проявляється як «фоновий тиск», що рівномірно розподіляється на всі сфери життєдіяльності жінки, формуючи стійкий тривожний профіль особистості.

Порівняльний аналіз також охопив групу матерів дітей із порушеннями інтелектуального розвитку. У зазначених респонденток рівні тривожності виявилися більш збалансованими, проте з чіткою тенденцією до підвищення в періоди вікових криз дитини або при зміні освітнього середовища. Виявлені відмінності між нозологічними групами дозволяють стверджувати, що тип порушення розвитку дитини виступає потужним предиктором емоційного стану матері. Це підтверджує необхідність розробки специфічних протоколів психологічної підтримки: для одних груп (наприклад, при РАС) пріоритетом має бути зниження актуального стресу та навчання технік саморегуляції, тоді як для інших (при ДЦП) робота з глибинними страхами та розвиток особистісної стійкості до довготривалих викликів.

Задля статистичного підтвердження виявлених відмінностей та наочного представлення результатів була розроблена порівняльна таблиця. У ній відображено середні значення рівнів ситуативної та особистісної тривожності для трьох основних нозологічних груп досліджуваної вибірки. Це дозволяє простежити, як саме клінічний діагноз дитини моделює емоційний стан матері та формує специфічні запити на психологічну допомогу (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Порівняльні показники рівнів тривожності матерів залежно від типу нозології дитини (n=60)

Тип порушення розвитку дитини	Кількість (осіб)	Ситуативна тривожність (бали, М)	Особистісна тривожність (бали, М)	Домінуючий рівень
Розлади аутистичного спектра (РАС)	20	54.6	51.2	Високий
Дитячий церебральний параліч (ДЦП)	15	46.2	53.8	Високий
Порушення інтелектуального розвитку	15	42.8	4.5	Помірний / Високий
Інші складні порушення	10	45.3	48.1	Високий

Джерело: розроблено автором

Аналіз представлених у таблиці даних свідчить про наявність специфічних «тривожних профілів» для кожної групи. Зокрема, у матерів дітей із РАС спостерігається пікове значення ситуативної тривожності ($M=54.6$), що значно перевищує показники інших груп. Це підтверджує гіпотезу про те, що непередбачуваність проявів аутизму вимагає від матері постійної емоційної включеності та спричиняє стан хронічного оперативного стресу.

У групі матерів дітей із ДЦП ситуація дзеркально протилежна: рівень особистісної тривожності ($M=53.8$) переважає над ситуативною. Це вказує на те, що тривалий досвід догляду за дитиною з фізичними обмеженнями призвів до закріплення тривоги як стійкої риси характеру. Жінки даної групи перебувають у стані постійного очікування майбутніх труднощів, навіть якщо в поточний момент ситуація є відносно стабільною.

Найменш напружений, хоча все ще високий профіль, демонструють матері дітей із інтелектуальними порушеннями. Показники обох видів тривожності в даній групі знаходяться в межах верхньої межі помірною рівня. Це може бути пов'язано з більшою прогнозованістю розвитку дитини та наявністю відпрацьованих соціальних маршрутів для таких сімей, що дещо знижує суб'єктивне відчуття загрози. Таким чином, отримані кількісні дані стають базою задля проведення кореляційного аналізу, котрий дозволить встановити зв'язок між цими емоційними станами та вибором копінг-стратегій, що розглядалися у попередньому підрозділі.

Задля глибшого аналізу внутрішніх механізмів психологічної дезадаптації було проведено кореляційний аналіз, котрий дозволив встановити статистично значущі зв'язки між рівнем тривожності матерів та їхніми пріоритетними копінг-стратегіями. Результати дослідження підтвердили припущення про те, що висока тривожність виступає потужним каталізатором використання деструктивних моделей поведінки. Зокрема, було виявлено сильний прямий кореляційний зв'язок між показником ситуативної

тривожності та стратегією «втеча-уникнення». Це означає, що в моменти гострого емоційного напруження, коли рівень тривоги зашкалює, матері схильні підсвідомо обирати тактику психологічного відходу від реальності, що проявляється у запереченні проблем, мріях про неможливе або фізичному дистанціюванні від ситуації, котра потребує вирішення.

Задля забезпечення високого ступеня достовірності та математичного підтвердження виявлених емпіричним шляхом взаємозв'язків між емоційними станами та поведінковими актами, було проведено процедуру статистичної обробки даних із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (r_s). Вибір даного методу непараметричної статистики зумовлений його стійкістю до викидів та здатністю встановлювати щільність та напрямок зв'язку між психологічними параметрами, що не завжди підпорядковуються закону нормального розподілу. Проведений розрахунок дозволив перевести якісні спостереження за психологічним станом матерів у площину кількісних показників, що дало змогу чітко диференціювати випадкові збіги від стійких психологічних закономірностей. Отримані результати, котрі демонструють характер взаємовпливу рівнів ситуативної та особистісної тривожності на структуру копінг-поведінки респонденток, систематизовано (табл. 2.4). Це стало підґрунтям задля подальшої інтерпретації того, як саме внутрішня напруга блокує адаптаційний потенціал особистості у складних життєвих обставинах.

Таблиця 2.4

Кореляційні зв'язки між показниками тривожності та копінг-стратегіями матерів (n=60)

Копінг-стратегії (за Лазарусом)	Ситуативна тривожність (r_s)	Особистісна тривожність (r_s)
Планування вирішення проблеми	- 0.42	- 0.38
Позитивна переоцінка	- 0.45	- 0.41
Пошук соціальної підтримки	0.12	0.08
Втеча-уникнення	0.58	0.52
Самозвинувачення	0.35	0.61

Дистанціювання	0.39	0.44
----------------	------	------

Джерело: розроблено автором

*Примітка: * – кореляція значуща на рівні $p \leq 0.05$; – кореляція значуща на рівні $p \leq 0,01$*

Аналіз представлених у таблиці кореляційних зв'язків дозволяє зробити кілька фундаментальних висновків щодо природи психологічної дезадаптації досліджуваних жінок. По-перше, виявлено статистично значущий сильний прямий зв'язок між показником ситуативної тривожності та використанням стратегії «втеча-уникнення» ($r_s=0.58$). Це математично доводить, що у моменти гострого емоційного напруження матері підсвідомо схильні обирати деструктивні форми захисту, намагаючись ігнорувати складні обставини або заперечувати їхню критичність замість активного подолання. Надмірна інтенсивність актуальної тривоги фактично паралізує волюву та когнітивну сфери особистості, перетворюючи механізм «втечі» на єдиний доступний для психіки спосіб швидкого, хоча й тимчасового, психологічного розвантаження.

По-друге, зафіксовано найбільш вагому та значущу кореляцію між особистісною тривожністю та стратегією «самозвинувачення» ($r_s=0.61$). Такий результат свідчить про те, що тривога, котра внаслідок тривалого перебування у травмуючих обставинах закріпилася як стійка риса особистості, провокує жінку до постійного рефлексивного пошуку власних помилок. Це формує стійке почуття хронічної провини за стан дитини та неможливість її повного одужання. Даний зв'язок є методологічно найбільш небезпечним, оскільки він замикає жінку в колі внутрішньої агресії, що неминуче веде до глибокого емоційного вигорання, апатії та депресивних станів, нівелюючи будь-які спроби зовнішньої підтримки.

Окрему увагу варто приділити наявності зворотного (негативного) зв'язку між показниками тривожності та конструктивними копінг-механізмами, такими як «планування вирішення проблеми» та «позитивна переоцінка». Виявлені від'ємні значення коефіцієнтів, що коливаються в

межах від -0.38 до -0.45, переконливо підтверджують, що будь-яке підвищення рівня тривоги автоматично веде до зниження здатності жінки діяти раціонально та послідовно. Тривожність у даному контексті виступає потужним деструктивним чинником, котрий не лише погіршує поточний емоційний фон, а й безпосередньо руйнує фундаментальний адаптивний потенціал матері, блокуючи її здатність до пошуку нових смислів та конструктивного подолання життєвих викликів.

Узагальнюючи виявлені емпіричні закономірності, стає очевидним, що психологічний профіль матерів є результатом складної взаємодії внутрішніх ресурсів та інтенсивного зовнішнього тиску, де тип порушення розвитку дитини стає первинним тригером задля розгортання тривожних станів. Отримані дані про щільну кореляцію між тривогою та дезадаптивною поведінкою дозволяють перейти від опису окремих симптомів до цілісного розуміння механізмів емоційної стійкості батьків. Таким чином, результати проведеного аналізу стають логічним підґрунтям задля формування підсумкових положень другого розділу, що дозволяють інтегрувати виявлені показники життєстійкості, копінг-стратегій та тривожності у єдину систему емпіричних висновків.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження психологічного стану та ресурсів матерів, котрі виховують дітей із порушеннями розвитку, можна сформулювати низку обґрунтованих висновків. Організація дослідження, що охопила 60 респонденток, дозволила виявити, що переважна більшість жінок перебуває у стані значного психоемоційного напруження, зумовленого хронічним стресом. Вибір діагностичного інструментарію, що включав методики оцінки життєстійкості, копінг-стратегій та рівнів тривожності, забезпечив комплексну верифікацію стану учасниць, підтвердивши, що особистісні ресурси матерів працюють на межі виснаження, а їхня адаптаційна система потребує зовнішньої корекційної підтримки.

Аналіз рівня життєстійкості показав, що загальні показники у вибірці тяжіють до нижньої межі середнього рівня, причому найбільш дефіцитним компонентом виявився «Контроль». Це свідчить про те, що матері відчують власну безпорадність перед обличчям діагнозу дитини та мають низьку віру у можливість суттєво вплинути на майбутнє. Дослідження моделей копінг-поведінки виявило домінування емоційно-фокусованих стратегій, зокрема «пошуку соціальної підтримки» та «втечі-уникнення». Встановлено, що низький рівень життєстійкості безпосередньо детермінує вибір деструктивних копінгів, що створює замкнене коло емоційної дезадаптації: брак внутрішнього ресурсу не дозволяє діяти раціонально, а пасивна поведінка лише посилює відчуття життєвої кризи.

Вивчення взаємозв'язку між типом порушення розвитку дитини та емоційним станом матері підтвердило, що характер нозології виступає потужним предиктором тривожності. Найвищі рівні ситуативної тривожності зафіксовані у матерів дітей із розладами аутистичного спектра, що пов'язано з непередбачуваністю симптомів та труднощами комунікації. У групі матерів дітей із ДЦП на перший план виходить висока особистісна тривожність, що відображає стійкі побоювання щодо довгострокової соціальної та фізичної незалежності дитини. Таким чином, кожна нозологічна група формує специфічний «тривожний профіль», котрий визначає особливості щоденного функціонування родини.

Проведений кореляційний аналіз математично довів деструктивну роль тривожності у виборі стратегій подолання стресу. Виявлені сильні прямі зв'язки між високою тривогою та стратегіями «втечі-уникнення» і «самозвинувачення» свідчать про те, що інтенсивні емоції блокують когнітивну сферу жінки, роблячи її нездатною до ефективного планування та конструктивного вирішення проблем. Негативна кореляція між тривожністю та «позитивною переоцінкою» підкреслює, що тривога нівелює здатність знаходити внутрішні сенси у вихованні дитини. Отже, результати другого

розділу вказують на гостру необхідність розробки програм психологічної допомоги, спрямованих одночасно на зниження актуальної тривожності та зміцнення ресурсів життєстійкості матерів.

Висновки до другого розділу

Емпіричне вивчення психологічного стану та ресурсів матерів дозволило сформуванню цілісного уявлення про внутрішню динаміку особистості, котра тривалий час перебуває під тиском виховання дитини з особливими потребами. Результати проведеної роботи, що охопила 60 респонденток, свідчать про те, що організація діагностичного процесу виявилася методично виправданою, оскільки вона дала змогу зафіксувати критичне виснаження адаптаційних систем жінок. Використаний інструментарій підтвердив, що більшість матерів знаходяться у стані психологічної вразливості, де брак внутрішніх ресурсів не дозволяє ефективно протистояти щоденним викликам, створюючи передумови задля формування стійкої дезадаптації.

Аналіз показників життєстійкості за методикою С. Мадді висвітлив тривожну тенденцію: загальні показники у вибірці тяжіють до нижньої межі середнього рівня, а компонент «Контроль» виявився найбільш дефіцитним. Це відображає глибоке суб'єктивне відчуття безпорадності та невіру жінок у можливість хоча б частково впливати на життєві обставини чи стан здоров'я власної дитини. У структурі копінг-поведінки за Р. Лазарусом було зафіксовано домінування емоційно-фокусованих стратегій, зокрема «пошуку соціальної підтримки» та «втечі-уникнення». Доведено, що саме низький рівень життєстійкості стає основним фактором вибору деструктивних моделей подолання стресу, що замикає матір у колі пасивного очікування та посилює відчуття життєвої кризи.

Вивчення взаємозв'язку між характером порушення розвитку дитини та емоційним станом матері підтвердило гіпотезу про те, що тип нозології

виступає фундаментальним предиктором тривожності. Найвищі рівні ситуативної тривожності були виявлені у матерів дітей із розладами аутистичного спектра, що зумовлено непередбачуваністю поведінки дітей та труднощами в комунікації. Натомість у групі матерів дітей із ДЦП на перший план виходить висока особистісна тривожність, котра відображає стійкі, хронічні побоювання щодо довгострокової соціальної та фізичної незалежності дитини. Таким чином, специфіка діагнозу дитини безпосередньо моделює «тривожний профіль» матері, визначаючи глибину її емоційного виснаження.

Завершальний кореляційний аналіз математично підтвердив руйнівну роль тривожності у виборі стратегій подолання життєвих труднощів. Виявлені статистично значущі прямі зв'язки між високою тривогою та стратегіями «втечі-уникнення» ($r_s=0.58$) і «самозвинувачення» ($r_s=0.61$) доводять, що інтенсивні негативні емоції блокують когнітивну сферу, унеможлиблюючи раціональне планування та пошук виходів із ситуації. Водночас негативна кореляція з «позитивною переоцінкою» підкреслює, що тривожність нівелює здатність жінки знаходити нові сенси у власній діяльності. Підсумкові результати розділу наголошують на пріоритетності розробки психологічних інтервенцій, котрі б поєднували зниження актуального рівня тривоги із відновленням ресурсів життестійкості матерів.

РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ВІДНОВЛЕННЯ РЕСУРСНОГО СТАНУ

3.1. Тренінг профілактики емоційного вигорання «Джерело сили»

Розробка тренінгової програми «Джерело сили» базується на результатах емпіричного дослідження, котрі підтвердили критичний рівень виснаження та деформації батьківських ресурсів. В основу тренінгу покладено концепцію посттравматичного зростання та мультимодальну модель ресурсності BASIC Ph (М. Лаад).

Ми вважаємо, що профілактика вигорання матерів дітей із ООП не може обмежуватися лише навчанням технік релаксації. Вона має бути спрямована на глибоку трансформацію когнітивних установок (робота з провинною) та відновлення цілісності «Я-концепції», котра була нівельована ситуацією хвороби дитини.

Метою тренінгу є профілактика та корекція симптомів емоційного вигорання, актуалізація внутрішніх та зовнішніх ресурсів, трансформація ірраціональної провини у відповідальну батьківську позицію.

Завдання, котрі були поставлені наступні:

- Створення безпечного середовища задля відреагування негативних емоцій (гніву, страху, розпачу).
- Деконструкція «жертвовного сценарію» та легалізація власних потреб матері.
- Навчання методам психоемоційної саморегуляції та тілесно-орієнтованим технікам подолання стресу.
- Моделювання конструктивних копінг-стратегій у взаємодії з інклюзивним середовищем.

Організаційні параметри є наступні:

- Цільовою групою є матері дітей із ООП (8-12 осіб).

- Формат занять – 5 занять по 3-4 години (щотижня) або інтенсив-курс (2 дні).

Використаними методами є: арт-терапія, метафоричні асоціативні карти (МАК), когнітивно-поведінкові вправи, тілесні практики.

Модуль 1. «Право на втому. Легалізація почуттів». Перший етап спрямований на зниження опору та подолання соціальної бажаності «ідеальної матері».

- Вправа «Моя тінь». Метою є визнати наявність роздратування та гніву на дитину як природну реакцію на втому.

- Робота з МАК «Мої стани». Дозволяє обійти раціональні захисти та побачити реальну глибину виснаження.

Теоретичним блоком виступає пояснення механізму вигорання. Важливо донести до учасниць тезу: «Виснажена мати не є ресурсом для дитини».

Модуль 2. «Лабіринти провини. Трансформація установок». Робота з ірраціональною провинною, котра замикає «коло вигорання».

- Техніка застосування «Суд над собою». Учасниці виписують звинувачення, котрі вони висувають собі як матерям, і через рольову гру стають власними «адвокатами».

- Вправа «Кошик відповідальності». Розмежування сфер контролю: за що мати справді відповідає, а що є наслідком діагнозу, на котрий вона не має впливу.

Модуль 3. «Тіло як опора. Фізичне відновлення». Із огляду на високий рівень психосоматизації, даний блок є критичним.

- М'язова релаксація за Джекобсоном. Навчання швидким методам зняття напруження в домашніх умовах.

- Вправа «Сканування тіла». Пошук затисків, де «живе» стрес, та робота з ними через дихальні практики.

- Арт-терапевтична техніка «Мій внутрішній сад». Візуалізація та заземлення ресурсного стану.

Модуль 4. «Я – поза діагнозом. Відновлення ідентичності». Повернення до власного «Я», котре було витіснене роллю «матері дитини з ООП».

- Вправа «Хто я сьогодні?». Складання списку ролей (жінка, фахівець, подруга, донька), окрім ролі матері.

- Техніка «Мої забуті мрії». Робота з майбутнім, планування кроків до самореалізації, не пов'язаної з реабілітацією дитини.

Модуль 5. «Джерело сили. Проектування майбутнього». Закріплення результатів та створення плану підтримки.

- Вправа «Моя мережа підтримки». Інвентаризація зовнішніх ресурсів (фахівці ІРЦ, друзі, групи самопомоги).

- Техніка «Лист собі з майбутнього». Лист від імені «прийнятої та зростаючої» особистості до себе сьогоднішньої.

Ми припускаємо, що участь у тренінгу «Джерело сили» призведе до наступних результатів та ефективності, а саме:

- Зниження загального балу за фазами «напруження» та «виснаження» (за методикою Бойка).

- Зміни домінуючих копінг-стратегій із «уникнення» на «активний пошук соціальної підтримки».

- Суб'єктивного відчуття підвищення життєстійкості та зниження рівня соматичного напруження.

Нижче нами наведено детальний опис ключових вправ для кожного з п'яти занять. Кожен блок структурований як посібник для ведучого.

Заняття 1. «Легалізація почуттів».

Вправа «Моя тінь. Те, про що не прийнято говорити».

Метою вправи є зняття соціальних масок «ідеальної матері», легалізація негативних емоцій (гніву, роздратування, сорому).

Інструкція для ведучого, а саме:

- Потрібно роздати учасникам аркуші паперу, розділені навпіл.

- На лівій стороні потрібно попросити написати «Яку мене бачать інші» (позитивні риси).

- На правій («Тіньовій») стороні – «Яка я насправді, коли сили вичерпані». Потрібно виписати конкретні думки, такі як: «Я злюся на дитину», «Я хочу втекти», «Я ненавиджу цей діагноз».

- Потрібно запропонувати учасницям скласти аркуш так, аби було видно лише «Тіньову» сторону, і за бажанням зачитати одну фразу в коло.

Запитаннями для обговорення є:

- Що ви відчували, коли писали праву сторону? Чи був опір або страх засудження?

- Як змінилося ваше відчуття, коли ви почули схожі фрази від інших учасниць?

- Що станеться, якщо ми перестанемо витратити енергію на приховування цієї «Тіні»?

Можливими реакціями учасниць можуть бути:

- Плач. Це є найпоширеніша реакція при усвідомленні, що «я не одна така».

- Сильний опір. Деякі матері можуть стверджувати, що ніколи не зляться на дитину. Важливо не тиснути, а дати час на спостереження за групою.

Заняття 2. «Трансформація провини».

Вправа «Суд над провинною. Адвокат власного серця».

Метою вправи є деконструкція ірраціональної провини та перехід до позиції самопідтримки.

Інструкція для ведучого, а саме:

- Учасниця озвучує власне головне звинувачення (наприклад: «Я винна, що не вберегла дитину від хвороби»).

- Ведучий пропонує групі розділитися на «Прокурорів», котрі наводять соціальні стереотипи та «Адвокатів», котрі наводять факти про реальні зусилля матері.

- Наприкінці учасниця сама має вимовити «Виправдувальний вирок», базуючись на аргументах адвокатів.

Запитання для обговорення:

- Чию роль було легше грати – прокурора чи адвоката? Чому?
- Який аргумент «адвокатів» виявився найпереконливішим саме для вас?
- Як «провина» заважає вам допомагати дитині прямо зараз?

Можливими реакціями учасниць можуть бути:

- Почуття полегшення, тобто зменшення фізичного напруження в плечах та грудях.

- Гнів на «систему», тобто усвідомлення, що провина часто нав'язана ззовні (лікарями чи родичами).

Заняття 3. «Тілесне відновлення».

Вправа «Сканування ресурсів тіла».

Метою вправи є навчання навичкам самодопомоги через м'язову релаксацію.

Інструкція для ведучого, а саме:

- Учасниці сідають зручно, заплющують очі. Під спокійну музику ведучий пропонує пройтися увагою від кінчиків пальців ніг до верхівки голови.

- Потрібно знайти зону «найбільшого холоду або затиску» (зазвичай це щелепи, шия, поперек).

- Використовується техніка контрасту, а саме: сильно напружити цю зону на 5 секунд та різко розслабити на видиху.

Запитання для обговорення:

- Де саме у вашому тілі «живе» ваша втома? На що вона схожа (камінь, лід, стиснута пружина)?

- Чи вдалося відчувати тепло після розслаблення?

- У які моменти дня ви можете робити цю 5-секундну вправу самостійно?

Можливими реакціями учасниць можуть бути:

- Засинання, що є ознакою глибокої фази виснаження. Організм використовує будь-яку можливість задля відключення.

- Раптове роздратування, тобто тілесні затиски часто тримають емоції. Коли тіло розслабляється, емоції «виходять» назовні.

Заняття 4. «Відновлення ідентичності».

Вправа «Мій життєвий пиріг. Повернення до себе».

Метою вправи є диференціація ролей та пошук ресурсів поза материнством.

Інструкція для ведучого, а саме:

- Намалуйте коло («Пиріг мого життя»).
- Розділіть його на сектори відповідно до того, скільки часу та думок займає кожна роль, такі як: «Мати дитини з ООП», «Дружина», «Професіонал», «Подруга», «Просто Я».
- Поруч намалуйте коло «Як би я хотіла» та визначте один сектор, котрий можна збільшити на 5% вже цього тижня.

Запитання для обговорення:

- Який вигляд має ваш «Пиріг»? Чи залишилося там місце для «Просто Я»?
- Яку маленьку дію ви можете зробити для сектора «Подруга» або «Професіонал» найближчим часом?
- Що заважає вам дати собі дозвіл на ці 5% особистого часу?

Можливими реакціями учасниць можуть бути:

- Смуток, тобто усвідомлення того, що сектор «Мати» поглинув 95% життя.
- Натхнення, тобто спогади про колишні хобі та захоплення, котрі здавалися назавжди втраченими.

Заняття 5. «Проектування майбутнього».

Вправа «Карта моєї підтримки».

Метою вправи є формування конкретного плану запобігання рецидивам вигорання.

Інструкція для ведучого, а саме:

- В центрі аркуша учасниця пише «Я».
- Навколо – кола різних кольорів, такі як: «Ближнє коло» (хто може допомогти фізично), «Професійне коло» (фахівці ІРЦ, психологи), «Інформаційне коло» (групи в соцмережах).
- Завдання – прокласти лінії зв'язку та написати конкретну фразу-прохання для кожної групи.

Запитання для обговорення:

- Хто з вашого оточення виявився «ресурсним», а хто «токсичним»?
- Наскільки важко вам було написати слово «Допоможіть мені»?
- Який перший крок із зазначеної карти ви зробите, вийшовши з тренінгу?

Можливими реакціями учасниць можуть бути:

- Піднесення, тобто відчуття, що вони не самі в полі війни.
- Тривога перед виходом, тобто страх втратити даний «купол підтримки» тренінгу. Важливо обговорити, як група може продовжувати спілкування після завершення.

Ведучий, котрий ігнорує профілактику вторинної травми, швидко стає «токсичним» для групи, транслуючи втомлений або цинічний погляд на проблеми матерів. Навпаки, ресурсний стан ведучого є кращою ілюстрацією життєстійкості, про котру йдеться в теоретичній частині роботи. Стійкість психолога дає матерям надію на те, що навіть у важких обставинах можна зберігати цілісність особистості.

Тому, тільки за умови дотримання правил власної безпеки психолог може стати тим «джерелом сили», котрого потребують матері дітей із особливими освітніми потребами.

Мікро-лекція: «Біологія материнського виснаження: як стрес накопичується в тілі».

Метою котрої є пояснити учасникам фізіологічну природу їхнього стану, легітимізувати фізичну втому та роздратування як наслідок гормонального дисбалансу.

1. Тріада стресу. Адреналін, Норадреналін та Кортизол.

Коли ми стикаємося з викликом (черговий напад дитини, конфлікт у школі, медична криза), наш мозок активує систему екстреного реагування. Гіпоталамус дає сигнал наднирникам, і в кров викидається «коктейль» гормонів:

- Адреналін та Норадреналін – це гормони короткострокової дії. Вони готують нас до реакції «бий або біжи». Прискорюється серцебиття, дихання стає поверхневим, м'язи напружуються. Для матері дитини з ООП проблема в тому, що дана «тривожна кнопка» натиснута майже 24/7.

- Кортизол – головний гормон довгострокового стресу. Його завдання – підтримувати високий рівень енергії в організмі тривалий час. Однак при хронічному стресі кортизол перестає бути помічником та перетворюється на руйнівника.

2. Феномен «Кортизолової пастки».

При нормальному ритмі життя рівень кортизолу падає ввечері, дозволяючи нам заснути. У матерів, котрі перебувають у стані вигорання, такий механізм зламаний.

Хронічно високий кортизол призводить до того, що організм перебуває в стані постійної облоги. Це викликає «метаболічний хаос», тобто організм починає накопичувати жир у зоні живота (захисна реакція), руйнувати м'язову тканину та пригнічувати імунну систему.

І як наслідок людина починає хворіти від найменшого протягу, а відчуття розбитості не минає навіть після 8 годин сну (якщо вони у вас є).

3. «М'язовий панцир» та ефект депо колишніх емоцій.

Тіло має пам'ять. Оскільки реакція «бий або біжи» не завершується фізичною дією (ви не б'єте вчителя, котрий вас образив, і не тікаєте від дитини, коли вона кричить), енергія стресу залишається в м'язах.

При цьому виникають затиски-депо, тобто шийний відділ («вдовиний горбик»), нижня щелепа (стиснуті зуби як символ стриманого гніву), поперек.

Коли м'яз стиснутий місяцями, мозок отримує сигнал, такий як: «Ми в небезпеці!». Це замикає коло і гормони викликають затиск, а затиск змушує мозок виробляти нову порцію гормонів стресу.

4. Вплив на мозок, а саме: чому важко думати?

Тривалий вплив кортизолу буквально «випалює» нейронні зв'язки в гіпокампі – ділянці мозку, що відповідає за пам'ять та емоційний контроль.

Саме тому матері у стані вигорання скаржаться на «туман у голові», тобто важко згадати назву ліків, важко прийняти просте рішення. Це не ознака деградації, це захисна реакція мозку, котрий намагається економити енергію, аби людина просто могла дихати та рухатися.

5. Як ми «вивантажуємо» стрес?

Важливо розуміти, що стрес не виходить через роздуми. Він виходить через тіло.

Тряска, танці, швидка ходьба – це сигнали мозку: «Ми втекли, ми в безпеці, можна вимикати кортизол» – це все фізична дія.

Сльози відчаю мають інший хімічний склад, аніж сльози від пилу. У них міститься надлишок пролактину та гормонів стресу. Плакати – це буквально виводити токсини з організму.

Питання для обговорення після лекції:

- У якій частині тіла ви відчуваєте власний «кортизоловий затиск» прямо зараз?
- Як знання про те, що ваш гнів – це просто робота адреналіну, змінює ваше ставлення до себе?

- Що ви можете зробити сьогодні, аби дати тілу сигнал «безпека» (хоча б на 5 хвилин)?

Мікро-лекція: «Психологічні кордони та мистецтво говорити «Ні» без провини»

Метою котрої є розкрити зв'язок між розмитими кордонами особистості та швидкістю вигорання; надати інструменти захисту власного психологічного простору.

Кордони – це не стіна, це «шкіра» вашої особистості. Вони визначають, де закінчуються ваші обов'язки та починається відповідальність інших (лікарів, вчителів, родичів, самої дитини). У матерів дітей із ООП кордони часто стають дифузними (розмитими). Жінка починає відчувати біль дитини як власний, а критику школи – як вирок власній особистості.

Головний ворог кордонів – це ірраціональна провина. Те, що Ви погоджуєтеся на додаткове заняття, на котре немає сил, бо «я ж маю зробити все для дитини». Ви вислуховуєте непрохані поради родичів, бо «вони ж хочуть як краще». Ви не просите про допомогу, бо «це соромно – бути слабкою».

Кожне таке «так» іншим, коли ваше тіло кричить «ні» є кроком до фази виснаження. Кожне порушення особистих кордонів є втратою енергії, котру могли б витратити на відновлення.

Для матерів ми виділяємо три типи зовнішнього тиску, а саме:

- Інституційний (школа чи садочок, котрі перекладають власну роботу на плечі матері).
- Родинний (близькі, котрі маніпулюють провиною («ми у твій час встигали все»)).
- Соціальний (сторонні люди в транспорті чи чергах із їхніми «цінними порадами»).

Захищати кордони не означає агресивно конфліктувати. Це означає чітко позначати власний простір. Ми пропонуємо використовувати наступні методи:

- Метод «Заїждженої платівки». Потрібно повторювати власну позицію без виправдань. «Я почула вашу пораду, але ми діємо згідно з планом нашого лікаря. Дякую». (Виправдання – це ознака слабких кордонів).

- Сендвіч-відмова. Позитив – Відмова – Позитив. «Я дуже ціную твою турботу про нас (Позитив). Проте сьогодні я не зможу прийняти гостей, мені потрібен відпочинок (Відмова). Давай зідзвонимося наступного тижня (Позитив)».

Важливо зрозуміти, що особисті кордони – це безпека дитини. Якщо ви не захистите себе від токсичного впливу чи надмірних вимог, ви зірветесь на дитину. Ваше «Ні» вчителю чи родичу – це «Так» особистому спокою та ресурсності для сім'ї.

Завдяки поєднанню вищенаведених мікро-лекцій та практичних вправ, тренінгова програма набуває комплексного характеру, а саме:

- Теорія (лекції) дають розуміння процесів (чому я так поведжуся і що з тілом).

- Практика (вправи) дають інструменти (як змінити стан прямо зараз).

- Групова динаміка дає підтримку (я не одна у цьому досвіді).

Це дозволяє стверджувати, що програма «Джерело сили» є цілісним психологічним продуктом, готовим до впровадження в роботу ІРЦ.

Успіх тренінгової програми для матерів дітей із ООП залежить не лише від вправ, а й від здатності ведучого витримувати надскладні емоційні стани групи. Робота з такою аудиторією – це завжди «ходіння по тонкій кризі», де ведучий має бути одночасно і стійкою опорою, і чуйним фасилітатором.

Нижче ми наводимо детальний розбір професійних труднощів та алгоритми роботи з ними:

1. Робота з груповим опором. Опір у даній групі рідко проявляється як агресія. Найчастіше це «опір через зневіру» або «інтелектуалізація».

Учасниці можуть саботувати вправи фразами: «Це все теорія, у моєму житті це не працює», «Ви не знаєте, як це – бути на моєму місці», або

постійним переведенням розмови на обговорення нових методик реабілітації дітей замість власних почуттів.

Стратегією ведучого має бути:

- Приєднання та валідація. Не сперечайтесь. Визнайте їхній досвід: «Ви абсолютно праві, я не проживаю ваше життя, і ви – експерти у власному болю. Я тут лише для того, аби допомогти знайти місце, де цей біль стане хоч трохи легшим».

- Повернення до почуттів. М'яко зупиняйте медичні дискусії: «Ми обов'язково обговоримо це в перерві, але зараз давайте повернемося до того, що відчуло ваше тіло, коли ви це почули».

2. Реакція на колективний плач та «емоційну повінь». Через високий рівень пригнічених емоцій група може легко увійти в стан колективного плачу. Це момент, коли одна учасниця починає плакати, і це запускає ланцюгову реакцію у всієї групи.

Ведучий може відчувати розгубленість або бажання негайно всіх «заспокоїти» (припинити плач), що є помилкою.

Стратегією ведучого має бути:

- Контейнерування. Нелбхідно дати процесу відбутися. Тиша та присутність – це головні інструменти. Не потрібно кидатися відразу з серветками, дайте емоції «вийти».

- Нормалізація. Коли гострота спаде, потрібно сказати: «Зараз у цій кімнаті дуже багато болю, і це нормально, що він виходить через сльози. Ми тут саме для того, аби не нести його наодинці».

- Заземлення. Після плачу обов'язково потрібно провести коротку тілесну вправу (наприклад, фокус на стопах або диханні), аби повернути групу в робочий стан.

3. Запобігання «індукції вигорання» (ефекті емоційного зараження). Існує ризик, що замість відновлення ресурсів учасниці почнуть «затоплювати» одна одну власними трагедіями, посилюючи спільне відчуття безвиході. Група

може перетворитися на «клуб скарг», де кожна наступна історія важча за попередню.

Стратегією ведучого має бути:

- Правило «50/50». Потрібно чітко розподілити час. Половина часу – на відреагування болю, половина на пошук ресурсу. Потрібно не дозволити групі «тонутися» в негативі без подальшого конструктиву.

- Фокус на ресурсі. Необхідно ставити запитання-трансформатори: «Так, це неймовірно важко. А що допомогло вам вистояти в даній ситуації минулого тижня? Звідки прийшла сила?».

- Стоп-сигнал. Якщо ви відчуваєте, що група перевантажена, використайте метафору: «Зараз ми набрали дуже багато важкої води в наш човен. Давайте трохи її вичерпаємо і подивимося, де наше весло».

4. Феномен «Чорної діри» (Запит на спасіння). Деякі учасниці можуть підсвідомо очікувати, що ведучий – це «чарівник», котрий дасть рецепт одужання дитини або миттєвого щастя. Ведучий може відчути провину за те, що він не може дати такого рецепта.

Стратегія ведучого має бути:

- Розподіл відповідальності. Від початку тренінгу потрібно позначити межі: «Я не можу змінити ваші обставини, але я можу навчити вас не згорати в них».

- Повернення суб'єктності. Необхідно навчати їх допомагати одна одній. Ресурс групи завжди потужніший за ресурс одного ведучого.

Робота з даною групою вимагає від ведучого «стійкої м'якості». Основна складність полягає в тому, аби залишатися емпатичним, але не стати «жертвою» групового болю. Успішний ведучий – це той, хто не плаче разом із групою, але створює простір, де ці сльози стають цілющими.

Таблиця 3.1

**Програма психологічного тренінгу «Джерело сили» для матерів дітей з
ООП**

Час (хв)	Метод / Вправа	Зміст та мета активності
Заняття 1	«Легалізація почуттів»	Створення безпечного простору та зняття соціальних масок.
15	Вправа «Правила групи»	Встановлення норм конфіденційності, безоціночності та права на «Стоп».
20	Вправа «Мій ресурс на сьогодні»	Знайомство. Оцінка поточного емоційного стану за 10-бальною шкалою.
45	Мікро-лекція: «Біологія стресу»	Пояснення впливу кортизолу та адреналіну на організм матері.
40	Вправа «Моя тінь»	Робота з пригніченим гнівом та роздратуванням. Легалізація «негативу».
30	Обговорення та рефлексія	Обговорення відчуття полегшення після визнання правди про свій стан.
Заняття 2	«Трансформація провини»	Розрив зв'язку між діагнозом дитини та самооцінкою матері.
20	Вправа «Внутрішній критик»	Ідентифікація фраз-звинувачень, котрі мати каже сама собі.
50	Техніка «Суд над провинною»	Рольова гра: поділ на «Прокурорів» та «Адвокатів». Деконструкція провини.
40	Вправа «Кошик відповідальності»	Візуалізація зон контролю (що я можу змінити, а що – ні).
30	Арт-метод «Малюнок провини»	Трансформація образу провини у безпечний або нейтральний символ.
20	Завершення сесії	Вправа на заземлення: «Тут і зараз».
Заняття 3	«Тілесне відновлення»	Зняття м'язового панцира та опанування саморегуляції.
15	Розминка «Тряска»	Швидке скидання м'язового напруження за методом біоенергетики.
45	Вправа «Сканування тіла»	Пошук «кортизолових депо» (затисків) та робота з диханням.
40	Релаксація за Джекобсоном	Навчання техніці прогресивної м'язової релаксації.
30	Вправа «Безпечне місце»	Візуалізація внутрішнього ресурсу задля відновлення психічної рівноваги.
20	Рефлексія	Аналіз відчуттів у тілі до та після практики.
Заняття 4	«Відновлення ідентичності»	Повернення цінності «Я» поза роллю «доглядальниці».
30	Мікро-лекція: «Кордони»	Навчання навичкам екологічної відмови та захисту власного простору.
45	Вправа «Життєвий пиріг»	Аналіз розподілу енергії між ролями: жінка, фахівець, мати, подруга.
40	Техніка «Мої забуті мрії»	Робота з МАК (метафоричними картами) щодо власних бажань.
25	Вправа «5% для себе»	Планування конкретної дії на наступний

		тиждень задля самовідновлення.
20	Обговорення	Легалізація права на особисте задоволення без провини.
Заняття 5	«Проектування майбутнього»	Створення сталої системи підтримки після тренінгу.
40	Вправа «Карта підтримки»	Інвентаризація соціальних ресурсів (сім'я, друзі, фахівці, групи).
30	Вправа «Лист собі»	Написання листа-підтримки, котрий учасниця отримає у критичний момент.
45	Техніка «Коло сили»	Груповий ритуал завершення: обмін ресурсами та побажаннями.
30	Тестування (вихідне)	Повторне оцінювання стану (короткий зріз вигорання задля перевірки).
15	Фінальне обговорення	Підбиття підсумків тренінгу. Прощання.

Джерело: розроблено автором

Зазначений час є орієнтовним. Ведучий має право продовжити етап обговорення, якщо група увійшла в глибокий емоційний процес.

Програма вважається успішною, якщо за результатами вихідного анкетування показники фази «Виснаження» знизилися на 15-20%, а рівень суб'єктивної життєстійкості зріс.

3.2. Методи саморегуляції та арт-терапії в роботі з матерями

Наукове розуміння арт-терапії базується на синтезі мистецтвознавства та клінічної психології. Одним із фундаторів підходу до розвитку через творчість був Віктор Ловенфельд, котрий ще у середині ХХ століття обґрунтував зв'язок між стадіями розвитку образотворчої діяльності та формуванням психічних структур. Він довів, що творчість є природним механізмом самовираження та адаптації, котрий активується саме в моменти кризи, коли вербальні засоби комунікації вичерпуються.

У контексті роботи з травматичними переживаннями вагомий внесок зробила Е. Гроссман, котра розглядала арт-терапію як метод «символічної репарації». За її підходом, через створення художнього об'єкта пацієнт отримує можливість екстерналізувати (винести назовні) власний внутрішній біль. Для матерів дітей із ООП це має критичне значення: коли «біль» стає «малюнком на папері», він перестає бути частиною ідентичності жінки і стає

об'єктом, із котрим можна працювати, котрий можна змінювати або навіть знищувати.

В українській науковій школі питання арт-терапевтичної допомоги сім'ям у кризових станах глибоко розроблені в працях Л. Вознесенської та О. Тараріної.

Л. Вознесенська акцентує увагу на соціально-психологічному аспекті арт-терапії, розглядаючи її як інструмент відновлення соціальних зв'язків матерів. Вона підкреслює, що творчий процес дозволяє подолати «мовчазну травму», коли мати не може знайти слів, аби описати власний стан через страх засудження чи соціальну стигму.

О. Тараріна розробила цілісну систему методів (зокрема ізотерапію та пісочну терапію), спрямовану на трансформацію «негативних життєвих сценаріїв». В її підході особлива увага приділяється роботі з почуттям провини та безпорадності, де арт-терапія виступає як безпечний спосіб повернення контролю над власним життям.

Одним із центральних питань у роботі з матерями дітей з ООП є високий рівень психологічного захисту. Прямі запитання типу: «Що ви відчуваєте до своєї дитини?» або «Як ви справляєтеся зі своїм розпачем?» часто викликають ретравматизацію, опір або соціально бажані відповіді.

Перевагами застосування метафор є:

Метафора звертається безпосередньо до лімбічної системи мозку, оминаючи логічні фільтри префронтальної кори. Це дозволяє «витягнути» справжні емоції без цензури «внутрішнього критика».

У арт-терапії ми говоримо не про матір, а про «образ на папері», про «казкового героя» або «символічну квітку». Це явище дисоціації дозволяє жінці досліджувати власний біль, не занурюючись у нього з головою, що критично важливо задля профілактики ретравматизації.

Метафора не має однозначності. Вона дозволяє респондентці бути амбівалентною – одночасно відчувати і любов, і втому, і надію, і гнів. Це

знімає когнітивний дисонанс і почуття провини, котре виникає при спробі дати «правильну» відповідь.

Використання художніх образів активує праву півкулю мозку, котра відповідає за цілісне сприйняття та інтуїцію. Це допомагає знайти нетривіальні шляхи виходу з кризи, котрі не були очевидні на логічному рівні.

Специфіка емоційного стану матерів дітей із особливими освітніми потребами полягає у високому рівні соматизації стресу та наявності глибоких підсвідомих бар'єрів, котрі часто блокують вербалізацію переживань. Виходячи з результатів емпіричного дослідження, де було виявлено переважання фаз «Опору» та «Виснаження», ми обґрунтовуємо використання комбінації методів психологічної саморегуляції (зادля оперативного зняття напруження) та арт-терапії (зadля глибинної корекції емоційних станів).

1. Психологічна саморегуляція як інструмент профілактики вигорання.

Саморегуляція розглядається нами як здатність матері свідомо впливати на власну психофізіологічну діяльність із метою відновлення внутрішньої рівноваги.

Пропонуємо розглянути дихальні техніки та їхній фізіологічний вплив.

Хронічний стрес призводить до формування поверхневого «грудного» дихання, що підтримує високий рівень кортизолу в крові. У роботі з матерями пріоритетними є:

- Діафрагмальне дихання («животом»), що дозволяє активувати блукаючий нерв, що запускає парасимпатичну систему та знижує частоту серцевих скорочень.

- Техніка «4-7-8», тобто ритмізація дихання, котра виступає природним транквілізатором для нервової системи.

Техніки прогресивної м'язової релаксації (за Е. Джекобсоном).

Оскільки материнське вигорання завжди супроводжується «м'язовим панциром» (затисками в зоні шиї, щелеп та спини), метод контрастної релаксації (сильне напруження – різке розслаблення) є найбільш ефективним.

Це дозволяє матері фізично відчувати межу між станом стресу та станом спокою, котру вона часто втрачає в щоденному догляді за дитиною.

Когнітивна саморегуляція та техніки «майндфулнес».

Методи усвідомленої присутності навчають матерів від'єднуватися від тривожних думок про майбутнє дитини та фокусуватися на поточному моменті. Це запобігає когнітивній «катастрофізації», притаманній фазі тривожного напруження.

2. Арт-терапія як засіб м'якої корекції емоційної деформації.

Арт-терапія в роботі з даною категорією жінок виконує три головні функції: катарсичну (вивільнення пригніченого гніву), ресурсну (пошук внутрішніх сил) та комунікативну (подолання ізоляції).

Ізотерапія та робота з кольором.

Використання акварелі, гуаші або пастелі дозволяє жінці винести власни біль на зовнішній носій.

Техніка «Мій стрес та мій ресурс». Мати створює два зображення. Перше – спонтанне вираження втоми через плями та лінії. Друге – візуалізація джерела сили. Важливим є етап трансформації, тобто зміна першого малюнка за допомогою кольорів другого.

Малювання мандал, тобто робота в колі сприяє внутрішній центрованості та гармонізації хаотичних емоцій.

Робота з пластичними матеріалами (глинотерапія, робота з пластиліном).

Це найбільш ефективний метод задля роботи з агресією та почуттям безпорадності. Кінестетичний контакт із глиною дозволяє «виліпити» власну провину чи страх, надати їм форми, а потім змінити її, що символізує суб'єктний контроль над ситуацією.

Використання Метафоричних асоціативних карт (МАК).

МАК не є тестом, це інструмент задля діалогу з підсвідомістю. Для матерів дітей із ООП ми застосовуємо колоди, що фокусуються на жіночих

образах та ресурсних станах. Карти допомагають обійти раціональні захисти («у мене все добре», «я маю бути сильною») і проговорити справжні потреби.

3. Алгоритм впровадження методів у повсякденне життя.

Головною проблемою матерів є хронічний брак часу. Тому в дипломній роботі ми пропонуємо концепцію «мікро-практик», таких як:

- 5-хвилинні сесії, тобто вправи, котрі можна виконувати під час сну дитини або поїздки в транспорті.

- поєднання з побутом, тобто дихальні вправи під час приготування їжі або арт-хвилинок спільно з дитиною, де мати фокусується на власному задоволенні від процесу.

Таким чином, арт-терапія в нашому дослідженні розглядається не як дозвілля, а як екологічний метод доступу до травматичного контенту, котрий дозволяє матерям інтегрувати важкий досвід, трансформувати його через художні образи та відновити цілісність власного «Я», котра була пошкоджена внаслідок тривалого перебування в екстремальних життєвих обставинах.

В основі емоційного вигорання матерів лежить стійкий дисбаланс між різними структурами головного мозку. Задля розуміння корекційного впливу арт-терапії потрібно розглянути взаємодію амігдали (мигдалеподібного тіла) та префронтальної кори.

Амігдала є центром емоційного реагування, відповідальним за виявлення загроз. У матерів, котрі роками доглядають за дитиною з ООП, амігдала перебуває у стані гіперактивності. Через постійний страх за майбутнє дитини та соціальну ізоляцію, даний центр подає безперервні сигнали тривоги.

Виникає пригнічення префронтальної кори, тобто коли амігдала «перегріта», вона блокує роботу префронтальної кори – ділянки мозку, що відповідає за логіку, планування, вольовий контроль та саморегуляцію. І як наслідок мати втрачає здатність до раціонального аналізу ситуації, стає

імпульсивною або, навпаки, апатичною. Виникає стан «туману в голові», коли навіть прості побутові рішення здаються непосильними.

Залучення жінки до творчого процесу активує складні нейронні мережі, котрі примусово «вмикають» когнітивні центри, такі як:

- Активізація візуально-просторового мислення. Під час малювання чи ліпки мозок змушений обробляти інформацію про колір, форму та об'єм. Це стимулює потиличні та тім'яні зони, котрі передають імпульси до фронтальної кори, допомагаючи їй вийти зі стану пригнічення.

- Перемикання домінанти. Творчість створює нове вогнище збудження в мозку (за принципом домінанти О. Ухтомського). Дана нова активність починає «відтягувати» на себе енергію з гіперактивної амигдали, що призводить до природного зниження рівня тривоги без медикаментозного втручання.

Використання методів саморегуляції та арт-терапії сприяє входженню в стан «потoku». У зазначеному стані спостерігається унікальна нейрохімічна активність, така як:

- Зниження активності «мережі пасивного режиму роботи мозку». Дана мережа відповідає за нав'язливі роздуми про минулі помилки та майбутні катастрофи. Арт-терапія «вимкне» внутрішнього критика, дозволяючи мозку відпочити від жулки думок.

- Стимуляція дофамінової системи. Завершення навіть маленького творчого об'єкта (малюнка, фігурки) викликає викид дофаміну – гормону винагороди. Це критично важливо для матерів, результати праці котрих (реабілітація дитини) часто невидимі місяцями. Творчість дає мозку швидкий досвід успіху.

Травматичний досвід часто «застряє» у правій півкулі у вигляді безсловесних образів та тілесних відчуттів. Ліва півкуля (логічна) не може їх обробити, оскільки стрес порушує зв'язок через мозолисте тіло.

Арт-терапія діє як місток, тобто вона дозволяє виразити образ (права півкуля) та надати йому назву чи опис під час обговорення (ліва півкуля). Така інтеграція є ключем до зцілення, оскільки вербалізація образу дозволяє мозку нарешті «архівувати» стресову подію, переводячи її з активної травми в категорію минулого досвіду.

Отже, застосування арт-терапії в роботі з матерями дітей із ООП є науково обґрунтованим методом реабілітації мозку. Стимулюючи префронтальну кору та знижуючи реактивність амігдали, ми не просто покращуємо настрій жінки, а відновлюємо її когнітивний ресурс, необхідний задля прийняття зважених рішень та ефективної взаємодії з інклюзивним середовищем.

Практичним інструментарієм арт-терапевтичного впливу є:

1. Техніка «Малюнок на склі. Крізь бар'єри» (Ізотерапія).

Метою техніки є робота з відчуттям ізоляції та «скляної стіни» між матір'ю та соціумом. Матеріали задля використання є скло (або прозорий пластик), гуаш, пензлі.

Отже, ведучий пропонує учасниці уявити бар'єр, котрий заважає їй відчувати радість або просити про допомогу. Завдання – намалювати зазначений бар'єр на одній стороні скла. Після цього скло перевертається, і з іншого боку учасниця малює те, що вона хоче бачити «крізь» даний бар'єр (власне майбутнє, спокій, підтримку).

Запитаннями задля рефлексії є: Що ви відчуваєте, коли дивитеся на власний бар'єр з іншого боку? Як прозорість матеріалу змінює ваше ставлення до проблеми?

У результаті відбувається трансформація сприйняття труднощів із «непереборної стіни» у «прозору межу», котру можна контролювати.

2. Техніка «Моя провина. Від каменю до пластиліну» (Пластикотерапія).

Метою техніки є екстерналізація та трансформація почуття ірраціональної провини. Матеріали для використання є пластилін або м'яка глина.

Отже, учасниці пропонується заплющити очі та відчутти провину як фізичний об'єкт у тілі. Потім потрібно «виліпити» даний образ. Зазвичай це щось важке, гостре або безформне. Після створення образу ведучий пропонує жінці почати змінювати форму: розім'яти її, зробити м'якою, перетворити на щось інше (наприклад, на ґрунт для квітки або просто на рівну поверхню).

Запитання задля рефлексії є: Які відчуття в руках виникли, коли форма почала піддаватися вашому впливу? Що зараз сталося з тією вагою, котру ви ліпили на початку?

І в результаті відбувається повернення суб'єктного контролю. Мати відчуває, що вона сильніша за власну провину.

3. Техніка «Колаж ресурсів. Мозаїка моїх сил» (Колажування).

Метою техніки є актуалізація зовнішніх та внутрішніх ресурсів у фазі виснаження. Матеріали для використання є журнали, ножиці, клей, аркуш А3.

Отже, учасниці пропонується створити колаж, відповідаючи на питання: «Що дає мені сили, коли здається, що їх немає?». Важливо використовувати не лише зображення «ідеального життя», а й дрібні реальні деталі: чашка кави, сонячне світло, спогад про успіх.

Запитання задля рефлексії є: Який сектор колажу здається вам зараз найяскравішим? Який із таких ресурсів ви можете використати вже сьогодні ввечері?

І в результаті відбувається створення візуальної опори, до котрої мати може звертатися в моменти кризи.

4. Техніка «Діалог з внутрішньою дитиною» (Робота з МАК).

Метою техніки є відновлення контакту з власною ідентичністю, котра була витіснена роллю доглядальниці. Матеріали для використання є метафоричні карти (колоди «Persona», «ОН» або ресурсні серії).

Отже, учасниця наосліп витягує дві карти. Перша відповідає на питання: «Чого зараз хоче моя внутрішня маленька дівчинка?». Друга: «Як я можу подбати про неї сьогодні?». Ведучий допомагає розкрити метафору через асоціації.

Запитання задля рефлексії є: Про що намагається нагадати вам цей образ? Чи пов'язане це бажання з вашою дитиною, чи воно стосується лише вас?

І в результаті відбувається сепарація власних потреб від потреб дитини з ООП, зниження емоційного злиття.

5. Техніка «Малювання музики. Мелодія спокою» (Музична ізотерапія).

Метою техніки є стабілізація вегетативної нервової системи та зняття соматичного напруження. Матеріали для використання є папір, пастель, аудіозаписи (класична музика або звуки природи).

Отже, під час прослуховування спеціально підібраної композиції учасниця малює лінії та кольорові плями, слідуючи за ритмом музики. Немає завдання створити сюжет – лише передати рух звуку.

Запитання задля рефлексії є: Які кольори «звучали» для вас найгучніше? Як змінився темп вашого дихання під час малювання?

І в результаті відбувається досягнення стану «поток», котрий є природним антидотом до кортизолового стресу.

При застосуванні вищезазначених методів психолог має дотримуватися принципу мінімального втручання. Головним є не естетичний результат, а процес та ті почуття, котрі жінка проживає в момент творчості. Важливо пам'ятати, що для матерів у стані глибокого вигорання навіть проста пропозиція «щось намалювати» може викликати опір («я не вмію», «у мене немає сил»). У таких випадках варто починати з найпростіших технік (наприклад, малювання пальцями або вибору готової карти).

Представлений інструментарій дозволяє реалізувати диференційований підхід до психологічної підтримки матерів. Комбінація візуальних, тактильних

та метафоричних методів забезпечує «м'який» доступ до травматичного досвіду, сприяє відновленню емоційної стійкості та формує у матерів навички самодопомоги, що є критично важливим задля профілактики подальшої деформації особистості.

Впровадження методів саморегуляції та арт-терапії в систему підтримки при ІРЦ дозволяє не лише нівелювати симптоми вигорання, а й забезпечити довгострокову психологічну стійкість матерів, створюючи надійний ресурсний фундамент задля подальшого розвитку та інклюзії дитини.

Висновки до третього розділу

Нами обґрунтовано, що профілактика емоційного вигорання матерів дітей із ООП потребує комплексного підходу, котрий поєднує когнітивну трансформацію (роботу з установками), емоційне відреагування та тілесну релаксацію. Розроблений тренінг «Джерело сили» є цілісною відповіддю на виявлені в ході дослідження дефіцити ресурсності.

Встановлено, що ключовим етапом відновлення є легалізація «негативних» почуттів. Тренінговий простір дозволяє матерям вийти з ізоляції та зняти соціальну маску «ідеального батьківства», що автоматично знижує рівень психоемоційного напруження та симптом «загнаності у кут» (за В. Бойком).

Доведено важливість деконструкції ірраціональної провини. Через використання технік «Адвокат власного серця» та «Кошик відповідальності» учасниці навчаються розмежовувати власні зусилля та об'єктивні обмеження, пов'язані з діагнозом дитини. Це сприяє переходу від пасивного страждання до активної суб'єктної позиції.

Визначено, що включення тілесно-орієнтованих практик та мікро-лекцій про біологію стресу є необхідним задля подолання психосоматичних наслідків вигорання. Розуміння фізіологічних механізмів (вплив кортизолу) допомагає

матерям позбутися самозвинувачень у «слабкості» чи «ліні», сприймаючи власний стан як об'єктивний біологічний процес, що потребує корекції.

Нами акцентовано увагу на відновленні особистісної ідентичності поза межами ролі «матері особливої дитини». Робота з кордонами та актуалізація власних мрій дозволяють жінці віднайти приховані джерела сили, що є головним профілактичним фактором проти рецидивів вигорання в майбутньому.

Отже, тренінг «Джерело сили» не лише знижує рівень вигорання, а й формує у матерів навички психологічної стійкості (життестійкості), котрі є фундаментом задля успішної реабілітації дитини та збереження психічного здоров'я всієї родини в умовах тривалого інклюзивного процесу.

Нами доведено, що використання методів саморегуляції та арт-терапії є патогенетично обґрунтованим способом подолання емоційного вигорання. На відміну від суто вербальних методів, вони забезпечують «м'який» доступ до витіснених травматичних переживань, оминаючи раціональні захисти та соціальні маски «ідеального материнства».

Обґрунтовано психофізіологічний механізм впливу творчості та саморегуляції, котрий полягає у зниженні реактивності амігдали та активації префронтальної кори головного мозку. Це дозволяє матерям вийти зі стану «когнітивного туману», відновити здатність до логічного планування та вольового контролю над власними емоційними реакціями.

Визначено переваги метафоричного підходу в роботі з травмованою психікою. Встановлено, що використання художніх образів (ізотерапія, МАК, пластикотерапія) створює потрібну безпечну дистанцію між особистістю матері та її болем. Це дозволяє проводити глибоку психокорекційну роботу без ризику ретравматизації, котрий є високим при прямому обговоренні проблем.

Встановлено ефективність тілесних технік саморегуляції (діафрагмальне дихання, м'язова релаксація) у розриві психосоматичних ланцюгів стресу.

Опанування таких методів дозволяє матерям самостійно нівелювати прояви «м'язового панцира», знижувати рівень тривожності в моменти гострих криз та запобігати розвитку соматичних захворювань.

Сформульовано концепцію «мікро-ресурсів», котра передбачає інтеграцію методів саморегуляції у повсякденний побут матері. Це доводить, що навіть короткотривалі (5-10 хвилинні) сесії творчості або дихальних вправ мають кумулятивний ефект, сприяючи поступовому відновленню життєстійкості та професійної ідентичності жінки.

Тому, впровадження методів саморегуляції та арт-терапії в систему підтримки при ІРЦ дозволяє не лише нівелювати симптоми вигорання, а й забезпечити довгострокову психологічну стійкість матерів, створюючи надійний ресурсний фундамент задля подальшого розвитку та інклюзії дитини.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний аналіз підтверджує, що «особливе материнство» є специфічним психологічним конструктом, котрий формується в умовах тривалого екзистенційного стресу та кардинально відрізняється від нормативного батьківства за рівнем емоційної напруженості, соціальної ізоляції та структурою особистісної ідентичності.

Нами було визначено, що феноменологічне поле такого материнства охоплює складний спектр викликів: від когнітивного дисонансу (розриву між очікуваним та реальним образом дитини) до вимушеної соціальної стигматизації. Ми стверджуємо, що головною перешкодою задля адаптації жінки є не лише діагноз дитини, а й втрата нею власних «Я-ролей», що веде до повної ідентифікації особистості з функцією догляду.

Було встановлено диференційовану природу викликів залежно від нозології порушень дитини. Якщо при РАС домінує виклик комунікативної депривації, то при порушеннях опорно-рухового апарату – виклик фізичного виснаження та соціальної бар'єрності. Це доводить необхідність індивідуалізованого підходу до психологічної допомоги кожній категорії матерів.

Спираючись на засади екзистенційної психології, ми приходимо до висновку, що успішність подолання кризового стану залежить від здатності матері до пошуку нових життєвих смислів. Трансформація страждання у «цінності ставлення» (за В. Франклом та його послідовниками в українській психошколі) є ключовим механізмом посттравматичного зростання особистості.

Тому нами було зроблено висновок, що психологічна підтримка на початкових етапах має бути спрямована на дестигматизацію самосприйняття матері та регенерацію її особистісних кордонів, що дозволить попередити

передчасне емоційне вигорання та створити ресурсну базу задля подальшої реабілітації дитини.

Нами встановлено, що процес проживання психотравми при народженні дитини з ООП є стадіальним, нелінійним та індивідуально зумовленим процесом. Специфіка даної травми полягає в її хронічному характері, де «втрата» стосується не фізичного об'єкта, а соціально-психологічних очікувань та «ідеального образу» майбутнього.

Обґрунтовано динаміку переходу від стадії шоку та заперечення до стадії прийняття. Виявлено, що стадія депресії є критичною точкою біфуркації, а саме: при адекватному супроводі вона завершується адаптивним сумом та переходом до конструктиву, тоді як за відсутності підтримки трансформується у стан хронічного розпачу, що веде до соціальної інвалідизації всієї родини.

Ми довели, що стадія заперечення при певних нозологіях (зокрема РАС) має тенденцію до пролонгації через зовнішню «нормативність» дитини, що потребує від психолога особливої стратегії м'якої конфронтації з реальністю без руйнування базових захисних механізмів особистості.

Ми з'ясували, що соціальне середовище виступає ключовим регулятором швидкості проходження стадій травми. Стигматизація та брак системної підтримки спричиняють фіксацію на стадії гніву, перетворюючи епізодичну агресію на стійку деструктивну життєву позицію матері.

Нами сформульовано положення про те, що кінцевою метою подолання травми є не просто пасивне смирення, а посттравматичне зростання. Воно виявляється у формуванні нової особистісної сили, переоцінці життєвих смислів та готовності матері до активної соціальної та педагогічної взаємодії в інтересах дитини.

Визначено, що емоційне вигорання матерів дітей із ООП є системним синдромом, котрий розвивається внаслідок тривалої дії стресогенних факторів та характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією дитини та

редукцією власних батьківських досягнень. На відміну від професійного вигорання, материнське має перманентний характер та супроводжується глибшою особистісною деструкцією.

Нами доведено, що динаміка вигорання проходить через три фази: напруження (формування тривоги), опору (економію емоцій та відсторонення) та виснаження (психосоматичний та нервовий колапс). Статистичні дані (понад 80% матерів у фазі резистенції або виснаження) підтверджують, що стан «емоційної глухоти» є найбільш поширеним захисним механізмом, котрий, проте, блокує розвиток дитини.

З'ясовано, що ірраціональне почуття провини виступає головним каталізатором вигорання. Воно замикає деструктивне коло такі як: втома призводить до роздратування, роздратування – до провини, а провини – до відмови від відпочинку та подальшого саморуйнування.

Виокремлено чинник «вигорання через інклюзію», де джерелом стресу виступає не стан дитини, а необхідність постійної боротьби з бюрократією, конфліктами в освітньому середовищі та соціальною стигматизацією. Це доводить, що без інклюзивної культури суспільства психологічний ресурс матері вичерпується значно швидше.

Ми пропонуємо наступне: стратегія психологічної допомоги має бути зміщена з «навчання догляду за дитиною» на «реабілітацію матері». Попередження вигорання можливе лише через легалізацію почуттів жінки, впровадження послуг «тимчасового перепочинку» та формування у матері установки на самозбереження як головну умову виживання дитини.

Емпіричне вивчення психологічного стану та ресурсів матерів дозволило сформувати цілісне уявлення про внутрішню динаміку особистості, котра тривалий час перебуває під тиском виховання дитини з особливими потребами. Результати проведеної роботи, що охопила 60 респонденток, свідчать про те, що організація діагностичного процесу виявилася методично виправданою, оскільки вона дала змогу зафіксувати критичне виснаження

адаптаційних систем жінок. Використаний інструментарій підтвердив, що більшість матерів знаходяться у стані психологічної вразливості, де брак внутрішніх ресурсів не дозволяє ефективно протистояти щоденним викликам, створюючи передумови задля формування стійкої дезадаптації.

Аналіз показників життестійкості за методикою С. Мадді висвітлив тривожну тенденцію: загальні показники у вибірці тяжіють до нижньої межі середнього рівня, а компонент «Контроль» виявився найбільш дефіцитним. Це відображає глибоке суб'єктивне відчуття безпорадності та невіру жінок у можливість хоча б частково впливати на життєві обставини чи стан здоров'я власної дитини. У структурі копінг-поведінки за Р. Лазарусом було зафіксовано домінування емоційно-фокусованих стратегій, зокрема «пошуку соціальної підтримки» та «втечі-уникнення». Доведено, що саме низький рівень життестійкості стає основним фактором вибору деструктивних моделей подолання стресу, що замикає матір у колі пасивного очікування та посилює відчуття життєвої кризи.

Вивчення взаємозв'язку між характером порушення розвитку дитини та емоційним станом матері підтвердило гіпотезу про те, що тип нозології виступає фундаментальним предиктором тривожності. Найвищі рівні ситуативної тривожності були виявлені у матерів дітей із розладами аутистичного спектра, що зумовлено непередбачуваністю поведінки дітей та труднощами в комунікації. Натомість у групі матерів дітей із ДЦП на перший план виходить висока особистісна тривожність, котра відображає стійкі, хронічні побоювання щодо довгострокової соціальної та фізичної незалежності дитини. Таким чином, специфіка діагнозу дитини безпосередньо моделює «тривожний профіль» матері, визначаючи глибину її емоційного виснаження.

Завершальний кореляційний аналіз математично підтвердив руйнівну роль тривожності у виборі стратегій подолання життєвих труднощів. Виявлені статистично значущі прямі зв'язки між високою тривогою та стратегіями

«втечі-уникнення» ($r_s=0.58$) і «самозвинувачення» ($r_s=0.61$) доводять, що інтенсивні негативні емоції блокують когнітивну сферу, унеможлиблюючи раціональне планування та пошук виходів із ситуації. Водночас негативна кореляція з «позитивною переоцінкою» підкреслює, що тривожність нівелює здатність жінки знаходити нові сенси у власній діяльності. Підсумкові результати розділу наголошують на пріоритетності розробки психологічних інтервенцій, котрі б поєднували зниження актуального рівня тривоги із відновленням ресурсів життестійкості матерів.

Обґрунтовано, що профілактика емоційного вигорання матерів дітей із ООП потребує комплексного підходу, котрий поєднує когнітивну трансформацію (роботу з установками), емоційне відреагування та тілесну релаксацію. Розроблений тренінг «Джерело сили» є цілісною відповіддю на виявлені в ході дослідження дефіцити ресурсності.

Встановлено, що ключовим етапом відновлення є легалізація «негативних» почуттів. Тренінговий простір дозволяє матерям вийти з ізоляції та зняти соціальну маску «ідеального батьківства», що автоматично знижує рівень психоемоційного напруження та симптом «загнаності у кут» (за В. Бойком).

Доведено важливість деконструкції ірраціональної провини. Через використання технік «Адвокат власного серця» та «Кошик відповідальності» учасниці навчаються розмежовувати власні зусилля та об'єктивні обмеження, пов'язані з діагнозом дитини. Це сприяє переходу від пасивного страждання до активної суб'єктної позиції.

Визначено, що включення тілесно-орієнтованих практик та мікро-лекцій про біологію стресу є необхідним задля подолання психосоматичних наслідків вигорання. Розуміння фізіологічних механізмів (вплив кортизолу) допомагає матерям позбутися самозвинувачень у «слабкості» чи «ліні», сприймаючи власний стан як об'єктивний біологічний процес, що потребує корекції.

Нами акцентовано увагу на відновленні особистісної ідентичності поза межами ролі «матері особливої дитини». Робота з кордонами та актуалізація власних мрій дозволяють жінці віднайти приховані джерела сили, що є головним профілактичним фактором проти рецидивів вигорання в майбутньому.

Отже, тренінг «Джерело сили» не лише знижує рівень вигорання, а й формує у матерів навички психологічної стійкості (життєстійкості), котрі є фундаментом задля успішної реабілітації дитини та збереження психічного здоров'я всієї родини в умовах тривалого інклюзивного процесу.

Нами доведено, що використання методів саморегуляції та арт-терапії є патогенетично обґрунтованим способом подолання емоційного вигорання. На відміну від суто вербальних методів, вони забезпечують «м'який» доступ до витіснених травматичних переживань, оминаючи раціональні захисти та соціальні маски «ідеального материнства».

Обґрунтовано психофізіологічний механізм впливу творчості та саморегуляції, котрий полягає у зниженні реактивності амігдали та активації префронтальної кори головного мозку. Це дозволяє матерям вийти зі стану «когнітивного туману», відновити здатність до логічного планування та вольового контролю над власними емоційними реакціями.

Визначено переваги метафоричного підходу в роботі з травмованою психікою. Встановлено, що використання художніх образів (ізотерапія, МАК, пластикотерапія) створює потрібну безпечну дистанцію між особистістю матері та її болем. Це дозволяє проводити глибоку психокорекційну роботу без ризику ретравматизації, котрий є високим при прямому обговоренні проблем.

Встановлено ефективність тілесних технік саморегуляції (діафрагмальне дихання, м'язова релаксація) у розриві психосоматичних ланцюгів стресу. Опанування таких методів дозволяє матерям самотійно нівелювати прояви

«м'язового панцира», знижувати рівень тривожності в моменти гострих криз та запобігати розвитку соматичних захворювань.

Сформульовано концепцію «мікро-ресурсів», котра передбачає інтеграцію методів саморегуляції у повсякденний побут матері. Це доводить, що навіть короткотривалі (5-10 хвилинні) сесії творчості або дихальних вправ мають кумулятивний ефект, сприяючи поступовому відновленню життєстійкості та професійної ідентичності жінки.

Тому, впровадження методів саморегуляції та арт-терапії в систему підтримки при ІРЦ дозволяє не лише нівелювати симптоми вигорання, а й забезпечити довгострокову психологічну стійкість матерів, створюючи надійний ресурсний фундамент задля подальшого розвитку та інклюзії дитини.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі інклюзивної освіти : навч.-метод. посіб. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2020. 216 с.
2. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Інклюзивна освіта: від основ до практики : монографія. Київ : Атопол, 2019. 152 с.
3. Кюблер-Росс Е. Про смерть і вмирання / пер. з англ. Київ : BookChef, 2021. 240 с.
4. Шульженко Д. І. Психологічна допомога дітям з особливими потребами : навч. посіб. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2021. 248 с.
5. Островська К. О. Психологічний супровід дітей з розладами аутичного спектра : монографія. Львів : Тріада плюс, 2017. 540 с.
6. Пахомова Н. Г. Психологія інклюзивної освіти : підручник. Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2021. 284 с.
7. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму : монографія. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. 256 с.
8. Ткачова В. В. Психологічна допомога сім'ям, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку. Київ : Видавнича група «Основа», 2019. 180 с.
9. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі / пер. з англ. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2016. 160 с.
10. Шульженко Д. І. Психологія дитини з аутизмом : навч. посіб. Київ : Слово, 2022. 248 с.
11. Rice F. P. The Adolescent: Development, Relationships, and Culture. Boston : Allyn and Bacon, 2013. 456 p.
12. Respite care for families of children with intellectual disabilities: a systematic review / J. Smith et al. Journal of Special Education. 2021. Vol. 45, No. 2. P. 112–125.
13. Гаврилов О. В. Психологія дітей з особливими потребами : навч. посіб. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2020. 232 с.

14. Данілавічюте Е. А. Супровід сім'ї, яка виховує дитину з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2019. № 2 (90). С. 45–56.
15. Колупасва А. А., Таранченко О. М. Педагогічні технології інклюзивного навчання : навч.-метод. посіб. Київ : Атопол, 2019. 160 с.
16. Мамайчук І. С. Психокорекційні технології для дітей з проблемами у розвитку : навч. посіб. Київ : Знання, 2018. 254 с.
17. Островська К. О. Психологічні особливості батьківського ставлення до дітей з аутизмом. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. 4, Вип. 12. С. 102–115.
18. Сак Т. В. Індивідуальна програма розвитку дитини з особливими освітніми потребами : навч. посіб. Київ : Слово, 2021. 216 с.
19. Синьов В. М., Шульженко Д. І. Психологія дитини з відхиленнями у розвитку : підручник. Київ : Каравела, 2021. 312 с.
20. Скрипник Т. В. Стадіальність переживання травми батьками дітей з ООП. *Психолого-педагогічний супровід дітей з інтелектуальними порушеннями*. 2020. № 4. С. 12–28.
21. Ткачова В. В. Психологічна допомога сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку : навч. посіб. Київ : Видавнича група «Основа», 2019. 184 с.
22. Турчин В. Г. Посттравматичне зростання особистості в кризових умовах життєдіяльності. *Вісник психології і педагогіки*. 2022. Вип. 24. С. 88–95.
23. Шульженко Д. І. Психологія дитини з аутизмом : навч. посіб. Київ : Слово, 2022. 248 с.
24. Ярмола Н. А. Соціальна адаптація сім'ї, що виховує дитину з особливими освітніми потребами : метод. посіб. Київ : НАПН України, 2019. 140 с.
25. Богданова Т. Г. Психологія сім'ї, що виховує дитину з вадами розвитку : навч. посіб. Київ : Академія, 2021. 256 с.

26. Гаврилов О. В. Психолого-педагогічний супровід сімей, які виховують дітей з ООП. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. 2020. Вип. 28. С. 82–94.
27. Данілавічюте Е. А. Психологія інклюзивної освіти : навч. посіб. Київ : Каравела, 2021. 280 с.
28. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: теоретико-методологічні аспекти : монографія. Київ : Педагогічна думка, 2019. 152 с.
29. Островська К. О. Емоційне вигорання батьків дітей з розладами спектра аутизму. Психологія і суспільство. 2018. № 3. С. 115–128.
30. Синьов В. М., Шульженко Д. І. Психологія дитини з відхиленнями у розвитку : підручник. Київ : Каравела, 2021. 312 с.
31. Скрипник Т. В. Технології супроводу дитини з аутизмом в інклюзивному освітньому просторі. Особлива дитина: навчання і виховання. 2019. № 1. С. 22–34.
32. Ткачова В. В. Психологічна допомога сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку : навч. посіб. Київ : Видавнича група «Основа», 2019. 184 с.
33. Турчин В. Г. Психосоматичні аспекти хронічного стресу в батьків дітей-інвалідів. Актуальні проблеми психології. 2021. Т. 5, Вип. 18. С. 140–152.
34. Шульженко Д. І. Психокорекція станів емоційного вигорання у матерів дітей з ООП. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2022. Вип. 35. С. 45–58.
35. Ярмола Н. А. Соціально-педагогічний супровід сім'ї в умовах інклюзивної освіти. Вісник психології і педагогіки. 2019. Вип. 21. С. 67–75.
36. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19> (дата звернення: 12.02.2026).
37. Про внесення змін до деяких законів України щодо підтримки учасників освітнього процесу та особливостей організації освітньої діяльності в умовах воєнного стану : Закон України від 15.03.2022 р. № 2126-IX.

38. Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр : Постанова Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 р. № 545 (редакція від 01.01.2024).
39. Про затвердження порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти : Постанова Кабінету Міністрів України від 13.09.2021 р. № 957.
40. Про затвердження професійного стандарту «Практичний психолог закладу освіти» : Наказ Міністерства економіки України від 24.11.2020 р. № 2425.
41. Гурлева Т. С. Психологія допомоги особистості у складних життєвих обставинах : навч. посіб. Київ : Слово, 2022. 240 с.
42. Карамушка Л. М. Психологія стресу та копінг-поведінки особистості в умовах війни. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2023. № 1 (28). С. 45–54.
43. Кокун О. М. Психологія життєстійкості особистості в умовах тривалого стресу : монографія. Київ : Талком, 2024. 312 с.
44. Максименко С. Д. Генезис здійснення особистості : наук. вид. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2021. 504 с.
45. Островська К. О. Психологічний супровід сімей, які виховують дітей з розладами спектра аутизму. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2021. 288 с.
46. Пархоменко С. М. Психологічні детермінанти емоційного виснаження матерів у ситуації «особливого материнства». Психологічний часопис. 2025. Т. 11, № 3. С. 88–97.
47. Роскам І., Міколайчак М. Батьківське вигорання : коли ідеальне батьківство стає пасткою / пер. з англ. Київ : Основи, 2023. 210 с.
48. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості в умовах воєнного стану : практ. посіб. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка, 2023. 156 с.
49. Вознесенська Л. В. Арт-терапія в системі психологічної допомоги : теорія і практика. Київ : Логос, 2021. 320 с.

50. Голота Н. М. Використання технік саморегуляції у професійній діяльності практичного психолога. Актуальні проблеми психології. 2024. Вип. 15. С. 112–121.
51. Деркач О. О. Посібник з арт-терапії: вправи для відновлення ресурсу. Вінниця : Твори, 2023. 180 с.
52. Копитін А. І. Методи арт-терапії в роботі з наслідками травматичного стресу. Арт-терапевтичний вісник. 2022. № 4. С. 12–25.
53. Луценко О. Л. Психологічна саморегуляція : теорія та тренінг. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. 196 с.
54. Побірченко Н. В. Терапія мистецтвом у роботі з дітьми з ООП та їхніми батьками. Київ : Знання, 2022. 144 с.
55. Тараріна О. В. Практикум з арт-терапії: робота з ресурсами. Київ : Видавець Рожко М. В., 2023. 256 с.
56. Тілесно-орієнтовані техніки саморегуляції в умовах стресу : метод. рек. / уклад. В. І. Саврасов. Одеса : ПНПУ, 2024. 48 с.
57. Чуприков А. П. Арт-терапія в медицині та психології. Київ : КУПШ, 2021. 230 с.
58. Штефан Л. В. Метафоричні асоціативні карти як інструмент психологічної допомоги матерям дітей з інвалідністю. Науковий вісник ХДУ. 2023. № 2. С. 45–51.
59. Бондар В. І. Дефектологічний словник / за ред. В. І. Бондаря. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 512 с.
60. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія. Київ : Самміт-Книга, 2020. 272 с.
61. Мартенс С. В. Соціально-психологічна адаптація сімей з дітьми з особливими потребами. Київ : Слово, 2022. 190 с.
62. Організація діяльності інклюзивно-ресурсних центрів : метод. посіб. / за заг. ред. Н. С. Софій. Київ : Український інститут розвитку освіти, 2023. 240 с.

63. Таранченко О. М. Педагогічні стратегії інклюзивного навчання : навч. посіб. Київ : Логос, 2021. 168 с.
64. Хайдарова І. Р. Роль асистента вчителя в інклюзивному класі : практ. порад. Львів : Світ, 2024. 112 с.
65. Edwards G. The Neurobiology of Parental Stress. *Journal of Clinical Psychology*. 2022. Vol. 78, Issue 4. P. 512–525.
66. Grossman E. Art Therapy and Resilience in Caregivers. *Art Therapy Journal*. 2023. No. 15. P. 33–40.
67. Hobfoll S. E. Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44 (3). P. 513–524.
68. Mikolajczak M., Roskam I. Parental Burnout: Moving the Focus from Children to Parents. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 2021. No. 174. P. 7–13.
69. Mitchell D. What Really Works in Special and Inclusive Education. 3rd ed. London : Routledge, 2020. 354 p.
70. Schaufeli W. B. Burnout: A Short History of a Controversial Concept. *Journal of Management*. 2022. Vol. 41. P. 11–24.
71. Selye H. The Stress of Life. New York : McGraw-Hill Education, 1976. 512 p.