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

Кафедра психології

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДРИМКА СІМЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
БАКАЛАВР

за спеціальністю 053 Психологія

КОСТИНИ ЮЛІЇ ВОЛОДИМИРІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри_____
«26» січня 2026 р.

Науковий керівник:
Ткачук Т.Л.,
кандидат психологічних наук,
доцент

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

Т.Л. Ткачук

Підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК Н.В. Волинець

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК С.А. Палій

підпис	ініціали, прізвище

В.Б. Синякова

підпис	ініціали, прізвище

О.Л. Туриніна

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК Д.В. Бур’ян

підпис	ініціали, прізвище

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

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс IV*(бакалаврат)*

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу бакалавра

Костини Юлії Володимирівни

1. Тема роботи: **Психологічна підтримка сімей, що виховують дітей з особливими потребами.**
2. Цільова установка: міський центр соціальних служб м. Києва вихідні дані: матеріали виробничої та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу 12 табл., рис.
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Ткачук Т.Л.		
Розділ 2	Ткачук Т.Л.		
Розділ 3	Ткачук Т.Л.		

5. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретичний аналіз проблем психологічної підтримку сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних характеристик сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

Розділ 3. Корекційно-розвивальний ефект психологічної підтримки сімей, що виховують дитину з особливими потребами.

Висновок

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	**Фактичний**
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи бакалавра.	грудень 2024	грудень 2024
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи бакалавра.	лютий 2025	лютий 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи бакалавра, затвердження його керівником.	квітень 2025	квітень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	травень 2025	травень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	вересень 2025	вересень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час виробничої та переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	жовтень-грудень 2025	жовтень-грудень 2025
7.	Подання кваліфікаційної роботи бакалавра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	січень 2026	січень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи бакалавра на засіданні Екзаменаційної комісії.	лютий 2026	лютий 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	березень 2026	березень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Ткачук Т.Л.)

Завдання прийняла
до виконання
здобувачка _____ (Костина Ю.В.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 96 с., 12 табл., 10 рис., 71 джерел, 4 додатки.

Об'єкт дослідження: процес психологічного супроводу сімей, які виховують дітей із особливими потребами.

Предмет дослідження: особливості організації психологічної підримки сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

Мета: теоретико-емпірично обґрунтувати особливості та сутнісні виміри психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

Гіпотеза дослідження: системний психологічний супровід сімей, що виховують дітей з особливими потребами сприяє оптимізації рівня тривожності й відчуття суб'єктивного благополуччя батьків, покращує батьківсько-дитячі стосунки у родині.

Методи дослідження:

- **теоретичні:** системний аналіз наукової літератури, узагальнення, систематизація;
- **емпіричні:** структуроване інтерв'ю, опитування, тестування (HDRS, STAI, КОСБ-3, опитувальник батьківського ставлення до дитини);
- **статистичні:** описова статистика, кореляційний аналіз (r-Spearman), використання програми SPSS-20.

Практична цінність: результати дослідження можуть бути використані практичними психологами для організації діагностично-корекційної роботи із сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами, а також у навчальному процесі студентів педагогічних спеціальностей.

Ключові слова: психологічний супровід, батьки, діти з особливими потребами, тривожність, суб'єктивне благополуччя, корекційно-розвивальна програма.

Keywords: psychological support, parents, children with special needs, anxiety, subjective well-being, correctional and developmental program.

ЗМІСТ

ВСТУП **7**

РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз проблем психологічної підтримку сімей, що виховують дітей з особливими потребами **14**

1.1. Психологічні характеристики сімей, що виховують дітей з особливими потребами 14

1.2. Напрями здійснення психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами. 30

Висновок до розділу 1 39

РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження психологічних характеристик сімей, що виховують дітей з особливими потребами **40**

2.1. Організаційно-методичні аспекти вимірювання психологічних характеристик батьків дітей із особливими потребами 40

2.2. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження психологічних характеристик батьків дітей із особливими потребами 46

Висновок до розділу 2 65

РОЗДІЛ 3. Корекційно-розвивальний ефект психологічної підтримки сімей, що виховують дитину з особливими потрребами. **66**

3.1. Обгрунтування корекційно-розвивальної програми психологічної підтримки сімей що виховують дітей із особливими потрребами 66

3.2. Оцінка ефективності корекційно-розвивальної програми психологічного супроводу батьків дітей із особливими освітніми потребами 73

Висновок до розділу 3 79

ВИСНОВКИ **81**

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ **87**

ДОДАТКИ **93**

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Народження дитини є важливою подією в житті сім'ї, адже воно змінює її структуру, стосунки між подружжям, розподіл сімейних ролей та якість життя (Варга А.Я., Minuchin S.). Якщо ж дитина має відхилення у психофізичному розвитку, це стає серйозним стресовим фактором для сім'ї. Батьки часто переживають шок від встановленого діагнозу, почуття сорому перед суспільством та почуття провини (Служба освітнього омбудсмена України). Крім того, така дитина потребує підвищеної уваги, значних матеріальних ресурсів для реабілітації та особливого виховання (UNICEF).

Сучасні вітчизняні науковці підкреслюють, що чим більш вираженими є порушення психофізичного розвитку дитини, тим складнішими стають умови функціонування сім'ї, яка її виховує (Андрейко Б. В.). Серед основних проблем таких сімей відзначаються: дефіцит інформації щодо особливостей порушення здоров'я дитини та можливостей корекції й лікування, погіршення стосунків із родичами, соціальна ізоляція, а також порушення взаємин у подружній та батьківській підсистемах (Балашенко І.В.). Дослідження також показують, що батьки часто стикаються з появою психосоматичних захворювань, нерозумінням власних переживань та відчуженням від дитини (Бугера Ю. Ю., Гевчук Н. С.).

У зарубіжній науковій літературі перші дослідження психоемоційного стану батьків, які виховують дітей із особливими потребами, почали з'являтися лише в середині XX століття. Так, М. Стоун одним із перших описав види стресів, що переживають такі сім'ї, виокремивши фінансовий, емоційний та фізичний аспекти (Stone M.). Згодом Е. Шухард запропонувала детальну періодизацію кризових станів, через які проходять батьки після встановлення діагнозу у дитини, наголошуючи на етапності переживань та необхідності психологічної підтримки (Schuchard E.).

У вітчизняній науковій літературі дослідження психологічного стану батьків дітей із особливими потребами фактично були відсутні до 1990-х років. Лише з цього періоду почали з’являтися роботи, що системно аналізували психоемоційні та соціальні проблеми таких сімей. Зокрема, сучасні українські дослідники — С. І. Бабатіна, О. В. Горецька, Л. А. Кислян, Є. А. Клопота, Т. І. Левко, М. І. Мушкевич, К. О. Островська, Н. І. Погорільська, М. І. Радченко, О. І. Романчук, О. В. Царькова, Л. І. Чопик, О. О. Швестко, Д. І. Шульженко та інші — у своїх працях висвітлюють проблеми соціальної ізоляції, порушення внутрішньосімейних стосунків, психосоматичні наслідки для батьків та потребу у психологічній підтримці.

Дослідження сучасних українських науковців підтверджують, що батьки, які виховують дитину з особливими потребами, перебувають у стані хронічного стресу, спричиненого відхиленнями у розвитку дитини (Андрейко Б.В.). Важливим чинником, що визначає їхній емоційний стан, є спосіб повідомлення інформації про діагноз, процес діагностики та ставлення медичних працівників. Як зазначає Балашенко І.В., сильний стрес у батьків часто пов’язаний не стільки з наслідками порушення розвитку, скільки з відсутністю або недостатністю належної підтримки та допомоги. Подібні висновки робить і Прохоренко Л.І., наголошуючи на необхідності системного психологічного супроводу сімей, що виховують дітей із особливими потребами.

Окремо слід наголосити, що з початку повномасштабного російського вторгнення на територію України у лютому 2022 року практично кожна українська сім’я зазнала руйнівного впливу війни. Загибель людей, масовані ракетні обстріли, відсутність безпеки, вимушена міграція, роз’єднаність сімей, руйнування житла, окупація та множинні втрати стали потужними чинниками довготривалого стресу, що значно загострив наявні проблеми сімейного функціонування та спровокував виникнення нових (Прохоренко Л. І.). Дослідники підкреслюють, що війна не лише посилила психологічне

навантаження на батьків, які виховують дітей із особливими потребами, але й створила додаткові бар'єри для отримання належної підтримки та допомоги (Григорчук А. О.).

Науковці відзначають, що батьки, які виховують дитину з особливими потребами, перебувають у стані хронічного стресу, що зумовлений відхиленнями розвитку дитини (Андрейко Б.В.). Психотравмуючі переживання нерідко призводять до виникнення стану глобальної сімейної незадоволеності, підвищеної тривожності, надмірної нервово-психічної напруги та почуття провини, що стає додатковим психічним навантаженням для сімей. Як наголошує Балашенко І.В., значна частина стресових переживань пов'язана не лише з самим діагнозом, а й з відсутністю належної підтримки та допомоги. Подібні висновки робить і Прохоренко Л. І., підкреслюючи, що війна та кризові умови ще більше загострюють ці проблеми, створюючи нові виклики для родин, які виховують дітей із особливими потребами.

Вивчаючи особливості стресу, в якому перебувають сім'ї, що виховують дітей із психофізичними порушеннями, дослідники дійшли висновку, що народження такої дитини часто сприймається батьками як втрата, проживання якої відбувається через процес горювання (Андрейко Б.В.). При цьому проживання цієї втрати не має лінійного характеру, а відбувається спіралеподібно, з можливими поверненнями до попередніх етапів переживань. Як зазначає Прохоренко Л. І., процес горювання може бути обтяжений іншими супутніми втратами — такими як втрата житла, роботи чи розлучення, що значно підсилює психоемоційне навантаження на сім'ю.

Попри численні дослідницькі проекти, присвячені супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами, окремі аспекти цієї проблеми залишаються недостатньо з'ясованими. У більшості наукових праць акцент робиться на наданні психологічної допомоги самій дитині, тоді як батьки та

сімейні стосунки розглядаються переважно як ресурс для її розвитку (Андрейко Б.В.). Водночас, як зазначає Балашенко І.В., зміст і напрями забезпечення психологічної підтримки сімей потребують більш глибокого наукового обґрунтування, адже саме від якості допомоги батькам залежить ефективність соціальної адаптації дитини. Подібну позицію висловлює й Прохоренко Л. І., наголошуючи на необхідності системного підходу до підтримки всієї сім'ї, а не лише окремої дитини.

Актуальність дослідження теоретичних та прикладних аспектів психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами стала підставою для вибору теми моєї кваліфікаційної роботи: «**Психологічна підтримка сімей, що виховують дітей з особливими потребами**».

Мету даного кваліфікаційного дослідження я бачила у теоретико-емпіричному обґрунтуванні специфіки та сутнісних вимірів психологічної підтримки сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

Для досягнення цієї мети виникла потреба вирішити низку завдань:

1. Здійснити аналіз наукової літератури щодо питань організації психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

2. На основі аналізу психодіагностичних засобів, підібрати науково обґрунтовані та достовірні методики для дослідження типових характеристик сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

3. Емпірично вивчити типові ознаки батьків, які виховують дітей з особливими потребами.

4. Розробити й апробувати на практиці ефективність програми удосконалення батьківсько-дитячих стосунків у сім'ях, що виховують дітей з особливими потребами.

Об'єкт дослідження: процес надання психологічної підтримки родинам, які виховують дітей з особливими потребами.

Предмет: особливості організації психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

Аналітичний огляд проблеми дослідження спричинив формулювання **припущення:** системна психологічна підтримка сімей, що виховують дітей з особливими потребами сприятиме оптимізації рівня тривожності та відчуття власного благополуччя батьків, а також покращенню взаємин між батьками та дітьми у сім'ї.

Теоретико-методологічною основою дослідження слугують наукові засади психології, соціальної та спеціальної педагогіки стосовно організації роботи з категоріями населення, які потребують соціального захисту.

Були враховані:

• теоретичні концепції щодо реінтеграції та відновлення ресурсу особистості в складних життєвих умовах;

• дослідження вчених стосовно гуманістичного підходу до абілітації та реабілітації особистості;

• основні теоретичні підходи до надання професійної психологічної допомоги родинам, які виховують дітей з особливими потребами.

Для досягнення визначеної мети та виконання поставлених завдань було задіяно сукупність загальнонаукових та спеціальних психологічних методів дослідження:

• теоретичні методи: системний аналіз наукової літератури з метою визначення рівня опрацьованості проблеми психологічного супроводу дітей з особливими потребами та їхніх батьків; узагальнення, систематизація теоретичних підходів для окреслення міждисциплінарної специфіки психологічної підтримки сімей, що виховують дітей з особливими потребами;

• емпіричні методи: інтерв'ю з чіткою структурою, опитування, тестування із застосуванням стандартизованих методик;

• статистичні методи: розрахунок індивідуальних показників відповідно до ключа методик та середніх значень для виявлення досліджуваних ознак у вибірці; обчислення відсоткових співвідношень та зіставлення психодіагностичних параметрів психологічного профілю батьків дітей з

особливими потребами з подальшою якісною інтерпретацією та концептуальним узагальненням отриманих даних.

Результати психодіагностичного виміру були опрацьовані за допомогою кореляційного аналізу даних (коефіцієнт рангової кореляції r-Spearman). Процедура аналізу досліджуваних параметрів проводилася із використанням програми SPSS-20.

Емпіричне дослідження параметрів стійкості (резильєнтності) респондентів було здійснено із долученням достовірних психодіагностичних **методик**:

1) Рейтингова шкала оцінки депресії М. Гамільтона у формі 17-бального структурованого інтерв'ю;

2) Шкала оцінки ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера–Ю. Ханіна (STAI), яка слугує інформативним інструментом для самооцінки поточного рівня тривожності особи (як стану) та особистісної тривожності (як сталої характеристики індивіда);

3) Методика «Когнітивні аспекти суб'єктивного добробуту (КОСБ-3)»;

4) Опитувальник батьківських установок щодо дитини А. Я. Варги та В. В. Століна.

Базою для емпіричної частини дослідження були визначені ліцей №92 імені Івана Франка та ліцей № 280, у яких навчаються діти з особливими потребами.

Дослідницьку вибірку склали 88 осіб (батьки, які опікуються дітьми з особливими потребами): 40 чоловіків та 48 жінок вікової категорії 25 – 40 років. На етапі апробування програми психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами до вибіркової сукупності було включено 24 особи.

Вибірка була сформована випадковим чином, базуючись на добровільній згоді респондентів долучитися до дослідження. Збір емпіричних відомостей здійснювався засобом індивідуалізованого опитування учасників (загалом 88 осіб).

Практична значущість проведеного дослідження полягає у конкретизації нюансів взаємин між батьками та дітьми у сім'ях, де зростають діти з особливими потребами, а також у визначенні шляхів організації психологічного супроводу таких батьків. Це є невід'ємною складовою професійної діяльності фахівців психологічної служби у закладах загальної середньої освіти (Прохоренко Л. І.). Отримані результати теоретико-емпіричного вивчення можуть бути використані практичними психологами для планування діагностичної та корекційної роботи з сім'ями, які виховують дітей з особливими освітніми потребами (Андрейко Б. В.). Крім того, вони становлять цінність для студентів педагогічних університетів у процесі підготовки до навчальних занять із психології та психокорекції (Бугера Ю. Ю., Гевчук Н. С.).

Достовірність та обґрунтованість результатів забезпечувалися науковою аргументацією вихідних теоретичних засад роботи, впровадженням комплексу методів, що відповідали меті, завданням і об'єкту дослідження, комбінуванням кількісного і якісного аналізу, а також використанням методів математичної статистики.

Структура та обсяг роботи: кваліфікаційна робота включає вступ, три розділи, заключні положення (висновки), перелік опрацьованих джерел та додатки. Загальний обсяг роботи складає 96 сторінок друкованого тексту (основна частина – 80 сторінок). Робота містить 12 табличних матеріалів та 10 ілюстрацій (схем/діаграм). Бібліографічний список складається з 71 найменувань, серед яких 39 джерел подано англійською мовою.

РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз проблем психологічної підтримку сімей, що виховують дітей з особливими потребами

1.1. Психологічні характеристики сімей, що виховують дітей з особливими потребами

Розвиток України та її стратегічний курс на інтеграцію в європейський простір істотно вплинули на формування державної соціальної політики. Пріоритетними напрямами стали захист сім'ї та дітей, забезпечення рівних можливостей і реалізація прав для всіх громадян, особливо для вразливих груп населення, до яких належать сім'ї, що виховують дітей із особливими потребами (Закон України «Про охорону дитинства», Стратегія людського розвитку).

Сім'я відіграє ключову роль у житті кожної дитини, адже саме вона є базовим середовищем для розвитку й виховання. Для дітей із особливими потребами родина стає першим, основним, а інколи й єдиним реабілітаційним середовищем (Прохоренко Л. І.). Як зазначають українські дослідники, поява дитини з відхиленнями у розвитку значною мірою змінює звичний сімейний устрій, зачіпає майже всі сфери життєдіяльності родини та потребує системної підтримки з боку суспільства й держави (Бугера Ю. Ю., Гевчук Н. С., Дідик Н. М.).

Науковці підкреслюють, що успішність адаптації сім'ї до складних життєвих умов, пов'язаних із хворобою чи порушеннями розвитку дитини, значною мірою залежить від ставлення суспільства до дітей з особливими освітніми потребами. Зокрема, у навчально-методичних посібниках, підготовлених Н. В. Ярмолою, Л. В. Коваль-Бардаш та іншими дослідниками, наголошується на важливості соціальної підтримки та інклюзивного середовища для успішної інтеграції таких сімей.

Історичний аналіз свідчить, що ставлення суспільства до дітей із відхиленнями розвитку змінювалося протягом усієї історії людства. В античні часи такі діти нерідко розглядалися як «неповноцінні» й могли бути

знищені або принесені в жертву богам (Аристотель). У період Середньовіччя ставлення залишалося антигуманним: дітей із порушеннями розвитку могли продавати в рабство, а батьків заохочували позбавлятися їх (Foucault M.). Із поширенням християнства відношення стало більш милосердним і терпимим — церква відіграла важливу роль у створенні притулків при монастирях, де люди з відхиленнями отримували їжу та прихисток (Brown P.). Згодом піклування про осіб із особливими потребами поступово перейшло у сферу державних обов'язків, що заклало основу сучасної соціальної політики (Offe C.).

Слід зазначити, що серед слов'янських народів ставлення до дітей з особливостями розвитку було менш жорстким і більш доброзичливим, ніж у багатьох інших культурах (Ярмола Н. А. та ін.). Загалом людство протягом століть пройшло довгий шлях — від повного неприйняття та нехтування людьми з порушеннями розвитку до більш гуманного ставлення до них.

У XX столітті важливим етапом стало створення у 1980 році Міжнародної організації інвалідів, яка поставила за мету привернути увагу світової спільноти до проблем осіб з інвалідністю та відстоювати їхні права (Barnes C.). За її ініціативи була розроблена соціальна модель інвалідності, що визначає інвалідність не як індивідуальну ознаку, а як соціальну проблему, пов'язану з бар'єрами у суспільстві (Oliver M.).

Проблема негативного ставлення суспільства до людей з інвалідністю визначається як один із ключових чинників їхньої соціальної ізоляції та дезадаптації (Barnes C.). Саме соціальна модель інвалідності, розроблена у 1980-х роках за ініціативи міжнародних організацій, передбачає зміну суспільного ставлення до осіб із порушеннями розвитку у напрямі доброзичливості та прийняття їх як рівноправних учасників соціальних відносин (Oliver M.). Поширення цієї моделі стало поштовхом до перегляду термінології, яка використовується для означення дітей з особливостями психофізичного розвитку. У науковій літературі зустрічаються різні терміни

— «діти з вадами розвитку», «діти з відхиленнями», «неповносправні діти», «діти з обмеженими фізичними можливостями», «проблемні діти», «діти з психофізичними порушеннями», «діти з порушеннями розвитку», «аномальні діти», «діти з особливими освітніми потребами», «неповноцінні діти», «діти-інваліди» (Колупаєва А. А., Таранченко О. М). Така термінологічна багатоманітність свідчить про еволюцію суспільних уявлень і поступовий перехід від медичної до соціальної парадигми інвалідності.

Протягом тривалого часу у світовій та вітчизняній науковій літературі найчастіше використовувався термін «інвалід», що походить від латинського invalidus і буквально означає «слабкий», «безсилий», «неповноцінний», «непридатний» (Oliver M.). Чинне українське законодавство та міжнародні правові акти пропонують різні визначення цього поняття, що відображає неоднозначність підходів до осіб з інвалідністю. Як зазначають Козуб І. Г. та Малюга Л. Ю., така термінологічна багатоманітність і різні дефініції свідчать про ставлення держави до інвалідності як до соціальної проблеми, а не лише індивідуальної характеристики (Козуб І. Г. , Малюга Л. Ю.).

Втілення соціальної моделі інвалідності сприяло поширенню думки про недоречність та дискримінаційність використання терміну «інвалід» і поступовій його заміні більш нейтральними та гуманними поняттями: «дитина з інвалідністю», «дитина з особливими потребами», «дитина з особливостями психофізичного розвитку», «дитина з особливими освітніми потребами» (Oliver M., Barnes C.). Така зміна термінології відображає загальну тенденцію до зміщення акценту з інвалідності чи вад розвитку на саму дитину, її особистість та права (Колупаєва А. А., Таранченко О. М.).

Відповідно до психологічних досліджень та рекомендацій міжнародних організацій, зокрема ООН і ЮНІСЕФ, термінологія, що використовується у науковій літературі, не повинна призводити до стигматизації дітей з особливими потребами. Використання дискримінаційних термінів створює додаткову психотравмуючу ситуацію як

для батьків, так і для самої дитини, оскільки акцент робиться на протиставленні понять «норма» і «патологія» (UNICEF). Саме тому у доповіді Дитячого фонду ООН «Освіта для всіх» застосовується термін «дитина з особливими потребами», що відповідає гуманістичному підходу та соціальній моделі інвалідності (United Nations).

На думку науковців, поняття «діти з особливими потребами» набуло широкого поширення після прийняття Саламанської декларації у червні 1994 року, де було визначено його основне значення. У документі наголошується, що всі діти та молоді люди, чиї потреби зумовлені фізичними чи розумовими порушеннями або труднощами у навчанні, мають право на забезпечення їхніх спеціальних освітніх потреб на певних етапах освітнього процесу (UNESCO). При цьому акцент зроблено саме на освітніх особливих потребах, проте сучасні дослідники підкреслюють, що особливі потреби дітей можуть охоплювати й інші сфери життєдіяльності — соціальну, психологічну, медичну та реабілітаційну (Колупаєва А. А).

Французький учений G. Lefrancois розглядав поняття «особливі потреби» як термін, що може бути застосований до осіб, «чия соціальна, фізична або емоційна особливість потребує спеціальної уваги та послуг з метою розвинути свій потенціал» (Lefrancois G.). Водночас у нормативних актах України існує чітке визначення терміну «дитина з інвалідністю», проте відсутнє однозначне визначення поняття «дитина з особливими потребами» (Закон України «Про охорону дитинства»). Дитина може мати особливі потреби, але при цьому не бути інвалідом, що підкреслює різницю між цими категоріями. Серед науковців також немає єдиного підходу до визначення цього терміну, що свідчить про його багатозначність та потребу подальшого уточнення (Козуб І. Г., Малюга Л. Ю.).

У науковій літературі існують різні підходи до визначення поняття «діти з особливими потребами». Так, ряд дослідників Семигіна Т. Є., Столярик О. Д., Острянко Т. С. трактують його як характеристику

особистості, що має специфічні потреби, пов’язані зі стійким розладом здоров’я, тобто акцент робиться на медичному факторі (Семигіна Т. Є.). Інші науковці Каленська О. А., Кучманич І. М., Колупаєва А. А., Lefrancois G. розглядають цей термін значно ширше — як такий, що охоплює всіх дітей, чиї потреби є специфічними та виходять за межі загальноприйнятих норм (Колупаєва А. А., Lefrancois G.).

До цієї категорії належать не лише діти з інвалідністю чи психофізичними порушеннями (явними або малопомітними), але й діти з соціальними проблемами, обдаровані діти, а передусім — діти як особистості. Саме такий підхід, на нашу думку, найбільш повно відображає сутність поняття «особливі потреби» та дозволяє уникнути стигматизації.

Таким чином, зміна ставлення суспільства до дітей із особливими потребами істотно вплинула на формування понятійного апарату навколо цього питання. Вона також напряму позначається на батьках особливих дітей, які порівняно з минулими десятиліттями сьогодні отримують більше допомоги з боку держави та освітніх інституцій (Колупаєва А. А., Колупаєва А. А.). Водночас процес повного прийняття суспільством дітей із особливими потребами ще не завершений, що відображається у ставленні батьків до власних дітей та у їхніх переживаннях щодо соціальної інтеграції (Barnes , C., Oliver M.).

На думку науковців, соціальна ізоляція, відчуття нерозуміння та відокремленості з боку суспільства, а також неможливість батьків у повній мірі реалізувати свою потребу в соціальних контактах призводять до погіршення психологічного здоров’я сім’ї. Це, у свою чергу, може стати причиною неприйняття батьками власної дитини, проявів агресії щодо неї та навіть відкинення дитини як такої (Семигіна Т. Є., Прохоренко Л. І.). Дослідники наголошують, що саме соціальне середовище та рівень підтримки з боку суспільства й держави є визначальними чинниками успішної адаптації сімей, які виховують дітей з особливими потребами

(Бугера Ю. Ю., Гевчук Н. С., Дідик Н. М.).

Повномасштабна російська агресія, яка розпочалася в Україні у лютому 2024 року, поставила перед жінками низку нових викликів, що суттєво вплинули на їхній психоемоційний стан. По-перше, багато матерів опинилися перед складною дилемою: залишати дітей у зоні бойових дій, наражаючи їх на небезпеку, чи евакуювати у безпечні місця, але при цьому бути роз'єднаними з чоловіками на невизначений час. На тих жінок, які виїхали разом із дітьми, ліг увесь тягар відповідальності за догляд та виконання сімейних функцій, що раніше розподілялися між подружжям (Григорчук А. О.).

По-друге, до загального стресу війни додався феномен «шоку за іншого», який переживають жінки, чиї чоловіки пішли на фронт. Постійна тривога за життя чоловіка супроводжує їх навіть під час догляду за дітьми (Мушкевич М. І.).

По-третє, втрата житла, перебування на окупованих територіях, ракетні обстріли, відсутність можливості задовольнити базові потреби та необхідність адаптації до умов чужої країни стають причиною психотравмуючих переживань, що ускладнюють психоемоційний стан жінки у постнатальний період і можуть призвести до розвитку клінічних патологій (Бабкіна Н. В., WHO).

Важливо зазначити, що післяпологові психогенні розлади можуть спостерігатися не лише у матерів, але й у новонароджених дітей та їхніх батьків. Для подружжя народження дитини є значним стресом, навіть якщо дитина бажана й довгоочікувана, адже поява нового члена сім'ї змінює соціальний статус пари — жінка та чоловік стають мамою і татом. У результаті цього відбувається трансформація особистості: змінюється ставлення до себе та до оточення, що пояснює часті загострення стосунків між подружжям у період вагітності, пологів та першого року життя дитини (Бабкіна Н. В.).

Згідно з результатами наукових досліджень, у чоловіків після пологів дружини можуть виникати депресивні розлади, зумовлені відчуттям власної батьківської некомпетентності, сумнівами у собі як у батькові через недостатньо розвинуті батьківські почуття, ревнощами, зменшенням або відсутністю уваги з боку дружини, а також зростанням відповідальності, зокрема фінансової (Paulson, J. F., Bazemore, S. D., Мушкевич М. І.).

Загалом, народження дитини, особливо первістка, стає для сім'ї кризовим моментом — кризою засвоєння батьківських ролей. Навіть якщо дитина є бажаною, цей період супроводжується істотними змінами у житті пари. По-перше, чоловік і жінка перестають бути лише подружжям, адже на них накладаються нові соціальні ролі — матері та батька, що вимагає виконання додаткових обов'язків і перебудови звичного ритму життя (Бабкіна Н. В.).

По-друге, потреба дитини у постійній увазі з боку матері часто призводить до дистанціювання між подружжям. По-третє, чоловік і дружина вперше стикаються з власними уявленнями та очікуваннями щодо батьківства, які можуть не збігатися з очікуваннями партнера. Крім того, після народження першої дитини подружжя нерідко стикається з реальністю, що не відповідає їхнім попереднім уявленням про батьківство, що породжує непорозуміння, сварки та конфлікти (Мушкевич М. І., Cowan, C. P., Cowan, P. A.).

Навіть якщо новонароджена дитина не є первістком, її поява зумовлює певні зміни у сімейному житті: відбувається перерозподіл обов'язків, виникають можливі ревнощі з боку старших дітей до малюка, що потребує особливої уваги (Cowan, C. P., Cowan, P. A.).

Особливо складною стає ситуація, коли в сім'ї народжується хвора дитина або коли через певний час їй встановлюють діагноз. Для батьків це часто є тяжким потрясінням, адже оголошення діагнозу руйнує їхні мрії та очікування, пов'язані з майбутнім дитини. Як зазначає О. І. Романчук,

«усвідомлення втрати цих мрій призводить багатьох до справжнього емоційного шоку» (Романчук О. І.). При цьому батьки втрачають не лише свої мрії, але й відчуття стабільності та впевненості у майбутньому, що значно ускладнює процес адаптації до нових життєвих умов.

M. Roberts визначив кілька ключових компонентів втрати, яку переживають батьки після встановлення діагнозу дитині: втрата ідеалізованого образу дитини; втрата майбутнього, яке уявлялося для неї; втрата особистих планів на майбутнє; а також нарцисична втрата, що полягає у неможливості сприймати дитину як предмет гордості та підтвердження власної повноцінності й статусу в очах суспільства (Roberts M.).

Переживання втрати є складним і розтягнутим у часі психологічним процесом. Швейцарська психіатр Е. Кюблер-Росс, досліджуючи реакції людей, які дізналися про тяжкий діагноз свій чи близьких, описала п’ять основних емоційних станів, через які проходить людина у процесі горювання: заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття (Kübler-Ross E.). Ця модель допомагає зрозуміти психологічні механізми адаптації батьків до нової реальності та пояснює складність їхнього емоційного стану:

1.**Шок**: є першою стадією переживання втрати, коли батьки стикаються з болючою реальністю встановленого діагнозу. Їх можуть охоплювати сильні емоції — біль, відчай, паніка, страх, що супроводжуються плачем, криком, заціпенінням або відчуттям дереалізації. Це нормальні реакції, які пояснюють неспроможність батьків сприймати велику кількість інформації від лікарів чи навіть забувати почуте (Kübler-Ross E.). Водночас у випадках, коли відхилення розвитку дитини проявлялися поступово і батьки самі почали усвідомлювати проблему, проголошення діагнозу може не викликати шоку, а навпаки приносити певне полегшення, адже з’являється визначеність (Романчук О. І.).

2. **Заперечення**: є другою стадією переживання втрати, коли

батьки демонструють неготовність або неможливість прийняти болючу реальність. На цьому етапі вони можуть повністю або частково заперечувати діагноз дитини, його серйозність чи невтішний прогноз. Як зазначає M. Roberts, заперечення виконує адаптивну функцію, адже «дозволяє діяти, а не зламатися від почуттів відчаю, страху та безнадії» (Roberts M.). Поступово інтенсивність заперечення зменшується, і батьки дедалі більше усвідомлюють реальність. Водночас неприйняття окремих її аспектів може тривати роками, що ускладнює процес психологічної адаптації (Kübler-Ross E., Романчук О. І.).

3. **Гнів**: є третьою стадією переживання втрати, коли батьки ставлять запитання: «Чому саме я? Чому хвора дитина мала народитися саме в мене? Це несправедливо!». Емоції гніву можуть бути спрямовані на лікарів, які повідомили про діагноз або звернули увагу на відхилення у розвитку дитини, а також на партнера чи навіть на самих себе, що супроводжується почуттям провини (Kübler-Ross E.). Такий стан часто призводить до напруження у партнерських стосунках та підвищує загальну емоційну напруженість у сім'ї. На цьому етапі батьки нерідко концентруються виключно на хворобі дитини, не помічаючи її позитивних сторін та тих якостей, які залишаються незачепленими хворобою (Roberts M., Романчук О. І.).

4. **Торг**: є четвер є четвертою стадією переживання втрати, коли батьки намагаються відкласти неминуче та знайти спосіб урятуватися або хоча б поліпшити своє становище. На цьому етапі вони можуть звертатися до різних лікарів у надії, що хтось анулює поставлений діагноз, або шукати допомоги у народних цілителів, екстрасенсів, проводити певні обряди — усе заради того, щоб ще трохи зберегти звичне життя, яке було до проголошення діагнозу (Kübler-Ross E.). Така поведінка є спробою психологічного захисту, що дозволяє батькам відчувати контроль над ситуацією, навіть

якщо він є ілюзорним (Roberts M., Романчук О. І.).).

5. **Депресія**: є п’ятою стадією переживання втрати, коли батьки усвідомлюють, що їхня дитина значно відстає у розвитку та відрізняється від інших дітей. Це зачіпає їхню систему цінностей і може спричиняти глибокі особистісні переживання. Як зазначають І. В. Сухіна, І. І. Іванова та О. Є. Іванашко, чим більш виражені та стійкі порушення розвитку дитини, тим сильнішими є емоційні переживання батьків, особливо якщо вони самі є здоровими та не мають психофізичних відхилень (Сухіна І. В., Іванова І. І., Іванашко О. Є.). На цьому етапі депресивні прояви можуть включати небажання спілкуватися з друзями чи родичами, пригніченість, втрату інтересу до життя, апатію та навіть думки про самогубство (Kübler-Ross E., Roberts M).

Інколи у батьків розвивається повний клінічний синдром депресії, який супроводжується занедбанням рідних і себе, надмірно песимістичним сприйняттям майбутнього, психомоторною загальмованістю. Інша форма прояву «великої депресії» – це патологічні самозвинувачення або крайнє загострення злості, одержимість помстою, ненавистю. Такий стан вимагає психіатричної діагностики та лікування у психотерапевта.

6. **Прийняття, примирення та реорганізація**: на цьому етапі батьки відчувають певне емоційне полегшення, вже здатні об’єктивно сприймати реальність обмежень дитини, говорити про них без болю та переносити увагу на її потенціал і можливості. Саме тут відбувається переоцінка цінностей, формується нова життєва філософія, з’являються інші мрії. Як зазначають Kandel та Merrick, родина перестає бути жертвою і починає адаптуватися через процес структуризації. Mukhlis та колеги підкреслюють, що прийняття змінює стиль виховання і впливає на реалізацію прав дитини у щоденному житті. А дослідження Kyzar, Turnbull, Summers та Gómez показує, що підтримка сім’ї на цьому етапі

прямо корелює з позитивними результатами для всієї родини (Kandel & Merrick, Mukhlis; Kyzar).

Науковці наголошують, що всі описані стадії не йдуть одна за одною у чіткій лінійній послідовності. Переживання відбувається циклічно, і далеко не всі батьки доходять до етапу примирення. Багато сімей можуть застрягати на роки на одній зі стадій, що поступово змінює їхні особистісні риси. У літературі описано емоційний стан, який отримав назву «хронічний смуток» (Olshansky S.).

Його розглядають як природну реакцію батьків на порушення розвитку їхніх дітей, на розчарування та неможливість реалізувати очікування, які вони покладали на дитину. Цей смуток також може бути пов'язаний із співчуттям до самої дитини, її страждань та обмежень (Roos S., Bruce E.J. & Schultz C.L.).

Нерідко у батьків дітей із особливими потребами формується «комплекс жертви», який проявляється у безпорадності, відмові від відповідальності за себе, апатії. Поряд із цим може розвиватися «комплекс знедоленості», що характеризується позицією «розраховувати тільки на себе» та відчуженістю. У психології розвиток таких комплексів розглядається як специфічне емоційне порушення (Сухіна І. В., Іванова І. І., Іванашко О. Є.).

Переживання кризи народження дитини з особливостями розвитку ускладнюється тим, що батьки на довгі роки опиняються в ситуації невизначеного майбутнього. І хоча після початку широкомасштабного російського вторгнення 2024 р. практично кожна українська родина зіткнулася з подібними викликами, сім'ї, де виховуються діти з особливими потребами, змушені долати додаткові труднощі, пов'язані з особливими потребами таких дітей (Григорчук А. О.).

Дослідники виокремлюють кілька криз, які доводиться долати батькам дітей з особливостями розвитку. Перша — криза діагнозу, що супроводжується втратою перспектив і тривогою, пов'язаною з

неможливістю прогнозувати майбутнє (Шевчук В. В., Тесленко М. М., Мушкевич М. І.). Друга — криза цінності, коли батьки переживають розчарування у власних очікуваннях щодо дитини, відчувають внутрішній конфлікт між любов'ю до свого малюка і несприйняттям його таким, яким він є (Майструк Н. О., Лучаківська А. Р.). Третя — криза дійсності, яка охоплює матеріальні труднощі сім'ї, нерозуміння з боку родичів, іноді низький професіоналізм фахівців та негативне ставлення суспільства (Schuchard E., Kandel I., Merrick J.).

Дослідники виокремлюють кілька криз, які доводиться долати батькам дітей з особливостями розвитку. Перша — криза діагнозу, що супроводжується втратою перспектив і тривогою, пов'язаною з неможливістю прогнозувати майбутнє (Шевчук В. В., Тесленко М. М., Мушкевич М. І.). Друга — криза цінності, коли батьки переживають розчарування у власних очікуваннях щодо дитини, відчувають внутрішній конфлікт між любов'ю до свого малюка і несприйняттям його таким, яким він є (Майструк Н. О., Лучаківська А. Р.). Третя — криза дійсності, яка охоплює матеріальні труднощі сім'ї, нерозуміння з боку родичів, іноді низький професіоналізм фахівців та негативне ставлення суспільства (Schuchard E., Kandel I., Merrick J.).

Вивчаючи вплив психологічної травми, яку спричиняє хвороба дитини, дослідники (Тохтамиш О. М., Романчук О. І.) звертають увагу на те, що батько та мати нерідко реагують на відхилення у розвитку дитини по-різному, що проявляється у їхній поведінці. Для жінки народження хворої дитини чи виявлення у неї порушень розвитку стає особливою особистісною кризою. Вона відчуває особисту відповідальність за стан дитини, провину та власну материнську неповноцінність.

Унаслідок цього може порушуватися її сприйняття себе як жінки й дружини, що позначається на партнерських стосунках: вони стають прохолодними, зникає сексуальний потяг до партнера, жінка втрачає свою

привабливість, оскільки перестає доглядати за собою та турбуватися про зовнішній вигляд (Романчук О. І.).

Крім того, догляд за хворою дитиною переважно лягає на плечі матері. Внаслідок цього вона часто змушена відмовитися від професійної самореалізації, адже бракує часу та можливостей для роботи. Така ситуація призводить до соціальної ізоляції, звуження кола спілкування, втрати подруг і зменшення соціальних контактів.

Як зазначають Кочубей Т. І. та Шевченко Н. В., саме обмеження соціальної активності є одним із найпоширеніших наслідків виховання дитини з порушеннями розвитку. Подібні висновки робить і Minuchin S., наголошуючи, що ізоляція матері від соціуму впливає не лише на її психологічний стан, але й на функціонування всієї сімейної системи (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.,Minuchin S.).

Реакції чоловіків на діагноз дитини часто відрізняються від жіночих. Нерідко вони починають уникати контакту з власною дитиною, занурюються в роботу чи інші види діяльності, довше, ніж жінки, заперечують сам факт хвороби або прогноз її перебігу. Додатковою складністю для чоловіків є відчуття власного безсилля та неможливості щось змінити, що стає сильним ударом по їхній соціальній ролі захисника, який має бути сильним і здатним вирішувати проблеми (Тохтамиш О. М.).

Крім того, чоловіки значною мірою орієнтовані на соціальний статус своєї дитини. Відповідно до спостережень M. Seligman, при оголошенні діагнозу вони більше занепокоєні майбутнім дитини: її можливостями щодо розвитку, навчання, праці та досягнення певного соціального статусу (Seligman M.).

Отже, хвороба дитини чи відхилення в її розвитку може переживатися чоловіком як особистісна криза, і процес адаптації до такої ситуації ускладнюється соціальними уявленнями про традиційні гендерні ролі (Тохтамиш О. М.).

Водночас багаторічний досвід психологів, які працюють із батьками дітей з особливими потребами, свідчить, що індивідуальні реакції як чоловіків, так і жінок є унікальними й відмінними в кожному конкретному випадку. Для одних криза, пов'язана з діагнозом дитини, стає серйозною перешкодою, для інших — можливістю для розвитку, самореалізації та особистісного зростання (Seligman M., Darling R. B.).

З плином часу матері й батьки поступово звикають до життєвих труднощів, що їх спіткали. Проте тривалість періоду пристосування, його стійкість та якість життя родини, яка виховує дитину з особливими потребами, значною мірою залежать від того, як батьки інтерпретують кризові моменти, а також від їхніх особистісних рис — здатності до відновлення (резильєнтності), гнучкості, життєстійкості та наявності ефективних стратегій подолання труднощів (Walsh F., Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.). Проведені дослідження показують, що найсуттєвішими внутрішніми факторами, які ускладнюють процес адаптації та спричиняють емоційне виснаження у батьків дітей з порушеннями розвитку, є низький рівень резильєнтності, відсутність навичок саморегуляції та дефіцит соціальної підтримки (Walsh F., Seligman M., Darling R. B.).

З плином часу матері й батьки поступово звикають до життєвих труднощів, що їх спіткали. Проте тривалість періоду пристосування, його стійкість та якість життя родини, яка виховує дитину з особливими потребами, значною мірою залежать від того, як батьки інтерпретують кризові моменти, а також від їхніх особистісних рис — здатності до відновлення (резильєнтності), гнучкості, життєстійкості та наявності ефективних стратегій подолання труднощів (Walsh F., Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Проведені дослідження виявили, що найсуттєвішими внутрішніми факторами, які ускладнюють процес пристосування та спричиняють емоційне виснаження у батьків дітей з порушеннями розвитку, є:

Риси вдачі — надмірний рівень нервовості та швидкої емоційної реакції, нестійкість у почуттях, схильність до занепокоєння, замкненість, небажання чи нездатність сприймати невизначеність (Seligman M., Darling R. B.).

Індивідуальні особливості — переконання, що все залежить від зовнішніх обставин, низька віра у власну спроможність, не надто висока самооцінка, брак поваги до себе, слабко розвинена здатність до відновлення та самоконтролю, надмірне прагнення до успіху, схильність до суперечок, нетерплячість; патологічна зосередженість на сімейному житті (Walsh F.,).

Отже, загальний психологічний профіль сімей, що виховують дітей з особливими потребами, включає підвищене хвилювання, тривожність, недостатню стійкість, мінливість емоційних станів та знижену активність у соціумі. Ці ознаки формують динаміку стосунків у сім'ї та суттєво впливають на поведінку батьків у кризових ситуаціях (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В., Walsh F.).

Дослідження показують кілька типових моделей реагування:

Перебільшення серйозності ситуації — емоційне відсторонення від дитини, почуття розпачу та жалю як до себе, так і до малюка. Для таких батьків страждання стає життєвим сенсом, вони очікують допомоги ззовні, не покладаючись на власні дії (Seligman M., Darling R. B.).

Позиція уникнення — небажання бачити чи свідоме ігнорування труднощів, пов'язаних з доглядом за дитиною. Хоча така позиція може зменшувати психологічний біль, вона не сприяє пошуку шляхів реабілітації (Walsh F.).

Позиція самопожертви — повна підпорядкованість потребам дитини, відмова від власних бажань і ресурсів, що призводить до виснаження та непродуктивної жертовності (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Позиція демонстрації — використання кризової ситуації як способу привернути співчуття та допомогу ззовні, що може перерости у маніпулятивну поведінку (Seligman M., Darling R. B.).

Продуктивна позиція — реалістичне сприйняття виховання дитини з особливими потребами, критична оцінка власних ресурсів та готовність прийняти фахову допомогу (Walsh F.).

Крім того, емоційний клімат у сім'ї та ставлення батьків до дитини значною мірою визначаються стилем виховання. Найчастіше у вихованні дітей з особливостями розвитку домінує гіперопіка, що проявляється у жорсткому контролі, придушенні права дитини на самостійність та автономію (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В., Minuchin S.). Однак можуть проявлятися й інші некоректні форми батьківського піклування: недостатній догляд, байдужість, емоційне відкидання, відсутність послідовності у виховних діях, а також створення «культу хвороби» (Walsh F.,).

Вказані форми виховного впливу не сприяють формуванню психічно зрілої, цілісної особистості з адекватною самоідентифікацією. Найбільш ефективним є такий підхід до виховання дитини з фізичними чи психічними вадами, який включає належну увагу до її бажань, думок і вчинків, підтримку власних рішень та дій, а також готовність сприймати дитину з особливими потребами як повноцінну особистість (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.). Батьки мають надавати критичну, але об'єктивну оцінку розвитку дитини, створювати сприятливі умови для її самореалізації, бути готовими вислухати та спілкуватися з нею. Водночас важливо активно формувати у дитини продуктивні моделі життєстійкості, віру у власні сили та здатність до адаптації (Walsh F., Seligman M., Darling R. B.).

Водночас стресові реакції, які переживають батьки, негативно позначаються на пізнавальному, соціальному та поведінковому розвитку дитини з особливими потребами, руйнуючи її відчуття психологічного благополуччя (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В., Walsh F., Seligman M., Darling R. B.). Науковці

наголошують, що батькам слід прагнути зберігати внутрішній баланс, контролювати власні реакції та вчинки, намагатися не демонструвати дитині емоційні бурхливі переживання чи страхи. Досягнення максимально стабільного психічного стану є необхідною умовою для збереження психічного здоров'я дитини з особливими потребами. Важливу роль у цьому процесі відіграє кваліфікований психологічний супровід сімей, які виховують дітей з порушеннями розвитку (Walsh F., Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

1.2. Напрями здійснення психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

Впровадження в Україні програм навчання дітей з особливими потребами на засадах інклюзії та інтеграції потребує створення належних умов, серед яких особливо важливим є психологічний супровід як самих дітей з різним психофізичним станом, так і їхніх батьків (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Значущість цієї опції підтверджується міжнародним досвідом. Так, у законодавстві Сполучених Штатів Америки, зокрема в Законі «Про освіту дітей з особливими потребами» (*Individuals with Disabilities Education Act — IDEA*), передбачено наявність «Плану індивідуальної підтримки сім'ї» (*Individual Family Support Plan — IFSP*). Це документ, який розробляється батьками спільно з групою фахівців освітнього закладу, і який окреслює спектр послуг та стратегій, необхідних для всебічного розвитку дитини з особливими потребами (Turnbull A. P., Turnbull R.). У ньому фіксуються всі можливі форми допомоги родині, включно з освітніми курсами для батьків, спрямованими на підвищення їхньої компетентності щодо догляду за дитиною з обмеженими можливостями. Згідно з цим законом, ефективність здобуття освіти дітьми з особливими потребами залежить від надання допомоги та підтримки батькам, які відіграють ключову роль у розвитку своїх дітей; основоположним принципом є право батьків брати участь у формуванні IFSP

(Seligman M., Darling R. B.).

Окрім того, у сфері освіти США функціонує низка ресурсів, корисних для батьків та педагогів, зокрема групи підтримки Parent-to-Parent, призначені для родин, де виховуються діти з особливостями психофізичного розвитку, а також спеціалізовані центри, що займаються навчанням та інформуванням батьків (Turnbull A. P., Turnbull R.).

В Україні інклюзивна освіта перебуває на початковому етапі становлення, проте аналіз наукової літератури засвідчує наявність значних здобутків у цій сфері. Зокрема, психологічна служба освітніх установ відіграє вирішальну роль в оптимізації навчання, індивідуального розвитку та соціалізації дітей з особливими потребами, забезпечуючи системну психологічну підтримку всіх учасників освітнього процесу (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Суттєві аспекти організації психологічного супроводу осіб з обмеженими можливостями були закріплені законодавчо в Україні у 2017 році в Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Крім того, Законом України «Про освіту» унормовано психолого-педагогічні складові супроводу як обов'язкову умову успішної інтеграції дитини з особливими освітніми потребами у соціум, а також визначено потребу у соціальному, педагогічному та психологічному патронажі за місцем проживання дитини та її родини (Григорчук А. О.). Хоча у наукових та методичних джерелах досі відсутнє єдине тлумачення поняття «психологічний супровід», він займає важливе місце у діяльності психологічної служби закладів освіти та перебуває в колі наукових інтересів (Walsh F.,).

У наукових та науково-методичних розробках акцент робиться на принципах забезпечення інтегрованого супроводу дитини з особливими потребами в закладах інклюзивного навчання. Такий супровід реалізується зусиллями команди, яка включає як профільних, так і непрофільних спеціалістів, а також батьків (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.). Подібна

міждисциплінарна взаємодія значно розширює можливості надання допомоги дитині з обмеженими ресурсами та її родині, а також сприяє найбільш раціональному використанню циклів роботи фахівців психологічної служби освітніх установ (Walsh F., Turnbull A. P., Turnbull R.).

У сучасних наукових та науково-методичних розробках особливу увагу приділено суб'єктній парадигмі надання психологічної підтримки дітям з особливими потребами та їхнім родинам. Супровід розглядається як специфічна освітня технологія, що ґрунтується на системно-орієнтованому підході до допомоги тим, хто її потребує (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.). Дослідники наголошують на важливості активації внутрішніх ресурсів дітей та їхніх батьків, підкреслюючи, що супровід має бути спрямований на формування орієнтаційного поля, де відповідальність за власні дії несе сам суб'єкт (Walsh F.).

Завдання психологічної служби полягає не у реалізації ідей тих, кого супроводжують, а у наданні підтримки, роз'ясненні та навчанні ефективним алгоритмам дій. Це передбачає допомогу суб'єкту (зокрема дитині з особливими потребами та її батькам) у прийнятті рішень у складних життєвих обставинах, залишаючи простір для свободи та відповідальності щодо вибору шляхів вирішення проблеми (Seligman M., Darling R. B.).

До ключових аспектів системи забезпечення психологічним супроводом дітей з особливими потребами та їхніх батьків у діяльності психологічної служби закладу освіти належать:

- **Психолого-діагностичне обстеження** дітей з особливими потребами, моніторинг змісту та умов їхнього індивідуального розвитку, а також соціального статусу у динаміці психічного розвитку та соціалізації як у шкільному колективі, так і в сім'ї (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).
- **Психокорекційна діяльність**, спрямована на адаптацію та інтеграцію дитини до шкільного середовища, її залучення до освітніх процесів і формування продуктивної життєвої перспективи (Walsh F.).

- **Психологічна підтримка та консультування** дітей, які мають особливі освітні потреби, з метою збереження їхнього психологічного благополуччя (Seligman M., Darling R. B.).
- **Психологічна допомога батькам**, спрямована на створення умов, що стимулюють позитивні зміни у стосунках із дитиною та забезпечують психологічний комфорт для кожного члена родини (Turnbull A. P., Turnbull R.).
- **Психологічне консультування та освітня робота з батьками**, що розширює їхню обізнаність щодо специфіки психічного розвитку дитини та обмежень, які накладаються на процес навчання й виховання у контексті інклюзивного середовища (Walsh F.).
- **Організація оптимального життєздійснення** дітей з особливими потребами у соціокультурному оточенні з урахуванням їхніх психічних і фізичних можливостей та прогнозованих перспектив розвитку (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Отже, підсумовуючи, можна констатувати, що у сучасних наукових парадигмах психології визнається: психологічний супровід є особливим видом надання психологічної допомоги. На відміну від психокорекції, яка передбачає «виправлення недоліків та перебудову», супровід орієнтований на пошук прихованих ресурсів когнітивного, особистісного та соціального розвитку людини, а також на активізацію міжособистісних зв'язків у соціальній спільноті (Walsh F.).

Психологічна підтримка батьків дітей з особливими освітніми потребами займає провідне місце у діяльності психологів освітніх установ і є невід'ємною складовою комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В., Seligman M., Darling R. B.).

Фахівці соціально-психологічної служби (практичні психологи, соціальні педагоги, реабілітологи) сприяють формуванню у батьків навичок стресостійкості, подолання страхів та невпевненості. Психологічне

супроводження сімей, що виховують дітей з особливими потребами, допомагає батькам усвідомити реальні перспективи розвитку своєї дитини, зрозуміти потенційні труднощі когнітивного та особистісного розвитку, які можуть виникати у процесі зростання (Walsh F.).

Водночас батьки мають бути здатними визначити власну роль у процесі психологічного супроводу дитини з особливими потребами на шляху її інтеграції у суспільство. Завдяки підтримці фахівців вони здобувають необхідний досвід і поступово стають менш залежними від спеціалістів у прийнятті рішень щодо майбутнього своєї дитини, враховуючи її ресурсні можливості та відповідальну батьківську позицію в умовах інклюзивного середовища (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В., Seligman M., Darling R. B.).

Забезпечення якісного психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами, та надання їм ефективної допомоги вимагає дотримання низки базових умов.

По-перше, супровід має бути комплексним і цілеспрямованим, поєднуючи психодіагностичний, корекційно-розвитковий, консультативний та просвітницький напрями (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

По-друге, важливим є дотримання принципу суб'єктності та особистісно-орієнтованого чи родино-центрованого підходу, що дозволяє враховувати діагноз дитини, специфіку травматичних факторів та індивідуальний профіль батьків (Walsh F.).

Корекційно-розвитковий процес має бути практично спрямованим, з акцентом на формування навичок та продуктивних поведінкових стратегій, а також опанування батьками нового соціального досвіду (Seligman M., Darling R. B.). Важливим є також професійна спеціалізація та злагоджена робота команди супроводу (психологів, педагогів, асистентів учителя, дефектологів, реабілітологів, логопедів), які повинні мати відповідну підготовку та знання про специфіку розвитку дітей з особливими потребами (Turnbull A. P., Turnbull R.). Нарешті, супровід має бути системним, поєднуючи соціальну та

психологічну допомогу.

Взаємодія батьків та команди супроводу регулюється принципами конфіденційності, добровільності залучення, прийняття, толерантності та гуманізму, індивідуалізованого підходу до кожної родини, а також дотримання норм професійної етики всіма учасниками процесу (Walsh F., Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Аналітичний огляд наукової літератури та практичних розробок психологів-практиків дає змогу визначити найбільш поширені моделі надання психологічної допомоги батькам, які виховують дитину з особливими потребами.

1. **Діагностичний підхід** — спрямований на обстеження емоційного стану батьків, їхніх особистісних рис та аналіз практичного досвіду сім'ї у вирішенні проблемних ситуацій, пов'язаних із доглядом за дитиною з особливими потребами. Висновки, зроблені на основі психодіагностичного вимірювання профілю особистості батьків, можуть стати основою для розробки індивідуальних планів психологічного супроводу та варіативних програм підтримки (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).
2. **Психологічна (корекційно-розвивальна) модель** — реалізується через усвідомлення ключових проблем функціонування родини та ідентифікацію причин дисфункціональної динаміки. На цій основі формується план корекційно-розвивальних втручань, спрямованих на усунення деструктивних явищ: корекцію неадекватних моделей поведінки, подолання бар'єрів у спілкуванні, формування ефективних копінг-стратегій, розвиток соціально-психологічної компетентності та підвищення резильєнтності (Walsh F., Seligman M., Darling R. B.).

Модель надання психологічної допомоги батькам дітей з особливими потребами, що ґрунтується на принципі синергетики, акцентує увагу на системній взаємодії всіх членів родини у сферах саморозвитку. Такий підхід

підкреслює необхідність підтримки не лише окремого члена родини (наприклад, дитини з особливими потребами), а всієї сім'ї у комплексі, що забезпечує гармонізацію внутрішньосімейних стосунків та сприяє розвитку ресурсного потенціалу родини як цілісної системи (Walsh F., Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Психолого-синергетична методика підтримки батьків дітей з особливими потребами ґрунтується на низці ключових засад.

По-перше, прийняття кризового стану батьків розглядається як умова для розкриття мотиваційних резервів особистості.

По-друге, визнається багатовимірність розвитку та наявність альтернативних шляхів його реалізації. Важливим є також розробка методів допомоги, адаптованих до унікальних характеристик кожної сім'ї як мікрогрупи, що передбачає діалог з батьками та їхню активну участь у процесі супроводу; вони виступають не пасивними реципієнтами, а активними суб'єктами взаємодії (Walsh F.).

Методика передбачає постійне використання механізму зворотного зв'язку, що забезпечує корекцію та уточнення програм підтримки. Крім того, нагромадження інноваційних якостей розглядається як фундамент для безперервних змін та здатності сім'ї до самоорганізації, що сприяє підвищенню її адаптивного потенціалу (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В., Seligman M., Darling R. B.).

Загалом, своєчасна психологічна підтримка батьків дітей з особливими потребами сприяє оптимізації розвитку дитини та зменшенню психологічних проблем у самих опікунів (Walsh F.,). Дослідники виокремлюють три послідовні етапи роботи з батьками: інформаційно-освітній, психодіагностичний та корекційно-консультативний (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

На **інформаційно-освітньому етапі** команда супроводу здійснює психологічну просвіту батьків, надаючи відомості про особливості виховання

дитини з особливими потребами, закономірності та перспективи її розвитку, потенційні труднощі соціалізації, а також способи психологічної підтримки. Це реалізується через лекції, «батьківські читання», семінари-практикуми, майстер-класи тощо. Важливим аспектом є роз'яснення переваг та недоліків інклюзивного навчання, формування свідомого ставлення до взаємодії з фахівцями та власною дитиною задля успішної соціальної адаптації (Seligman M., Darling R. B.).

На **психодіагностичному етапі** психологи зосереджуються на вивченні індивідуальних рис як дитини, так і її батьків. На основі діагностики емоційних станів, психологічних характеристик, комунікативних здібностей, рівня резильєнтності та рефлексії, типів реагування на травматичні події, а також особливостей сприйняття дитини з особливими потребами визначається індивідуальна траєкторія розвитку сім'ї та зона найближчого розвитку дитини (Walsh F.).

На **корекційно-консультативному етапі** психологічні інтервенції спрямовуються на допомогу батькам через техніки сімейного консультування та толерантної психокорекції. Це сприяє покращенню емоційного стану батьків, нормалізації процесу адаптації та прийняття факту виховання дитини з особливими потребами (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В., Seligman M., Darling R. B.).

Аналітичний огляд наукових джерел та методичних посібників із питань психологічного консультування сімей, що виховують дітей з особливими потребами, підтверджує наявність трьох блоків завдань у протоколі консультативної допомоги психолога.

1. **Створення оптимальних умов** для адекватного сприйняття батьками інформації, пов'язаної з проблемами розвитку їхньої дитини, а також формування готовності до тривалої роботи з корекційно-розвивального супроводу та виховання дитини з особливими потребами (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

2. **Сприяння переосмисленню рольової поведінки** та стосунків між батьками й дітьми, що допомагає позбутися почуття провини та налагодити здоровий психологічний клімат у родині (Walsh F.).
3. **Формування адекватного стилю виховання** дитини з особливими потребами, покращення взаємин та подолання негативних установок щодо дитини, узгодження її обмежених можливостей із вимогами навчального процесу (Seligman M., Darling R. B.).

Консультації для сімей, що виховують дітей з особливими потребами, мають бути спрямовані на формування проактивної життєвої позиції та установок відповідального батьківства. Консультант повинен навчати батьків ефективному розподілу часу та об'єктивній оцінці власних ресурсів (Seligman M., Darling R. B.).

Водночас слід враховувати специфіку надання консультативної допомоги: вона часто стикається з відсутністю сформованого запиту на підтримку або з негативним ставленням батьків до самої процедури взаємодії з фахівцем. Дослідники пояснюють це бажанням батьків приховувати сімейні обставини, пов'язані з вихованням дитини з особливими потребами, а також проявами негативізму самої дитини (Walsh F.). Такі фактори створюють додаткові перешкоди для об'єктивної оцінки психологом стану дитини та емоційного клімату в родині.

Отже, забезпечення конфіденційності при наданні психологічних послуг сім'ям, що виховують дітей з особливими потребами, є критично важливою умовою оптимізації процесу супроводу. Крім того, у роботі з батьками необхідно враховувати їхню емоційну неготовність до зустрічей із психологом, що може бути зумовлено упередженим ставленням до фахівців або хибними уявленнями про психологічний супровід. Тому важливо проводити додаткові просвітницькі консультації, організовані навколо конкретних тем, запропонованих як самими батьками, так і фахівцем (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Вагоме місце у структурі супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами, посідає багатоаспектна корекційно-розвивальна діяльність. Серед ключових напрямів варто виокремити:

- **Прийняття дитини та корекція усвідомленого ставлення** до ситуацій, пов'язаних із доглядом. Для цього застосовуються методи візуалізації, письмові самозвіти, спільне дозвілля, а також техніки опрацювання агресії з метою її нейтралізації чи переведення у соціально прийнятні рамки. Доцільним є використання тренінгів, казкотерапії, психодрами, соціально-психологічних та рольових ігор (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).
- **Розвиток самоконтролю та саморегуляції** у моменти переживання роздратування та гніву. Ефективними є арт-терапевтичні техніки (ліплення, малювання), а також методи «Я-висловлювань» і «Ти-висловлювань». Для зняття психофізичної напруги застосовуються рухливі ігри та медитативні практики (Walsh F.).
- **Робота зі страхами** передбачає використання музикотерапії, казкотерапії, кольоротерапії, методів малювання з вербальними асоціаціями та технік ідентифікації, що сприяють зниженню тривожності та формуванню адаптивних моделей поведінки (Seligman M., Darling R. B.).
- **Підвищення самооцінки батьків та переоцінка власних можливостей** реалізується через психомалюнки, тренінги, ігри та оповідання, орієнтовані на власне «Я». Індивідуальні заходи психокорекції та розвивальні заняття доцільно комбінувати з груповими формами роботи, що сприяє формуванню мережі взаємопідтримки та зниженню відчуття ізольованості (Шульженко Д. І.).

Висновок до розділу 1

Глибокий аналіз наукових праць та методичних розробок щодо психологічної підтримки сімей, які виховують дітей з особливими потребами, дозволяє сформулювати низку висновків.

1. **Сутність психологічного супроводу** полягає у відновленні функцій, реалізації реабілітаційних заходів та інтеграції в суспільство як самих дітей з особливими потребами, так і їхніх батьків (Seligman M., Darling R. B.).

2. **Турбота про дитину** супроводжується зростаючим нервово-психічним і фізичним навантаженням на всю родину, відчуттям провини, що призводить до зміни усталених рольових патернів, зниження соціально-економічного становища та послаблення соціальних контактів (Walsh F.).

3. **Психологічний стан батьків** характеризується постійним хвилюванням, яке нерідко супроводжується почуттям провини, депресивними станами, розчаруванням, фрустрацією та гнівом. Такі реакції не слід розглядати як патологію, адже вони є типовими відповідями на тривалі стресові обставини (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

4. **Психологічний супровід** виступає формою цілеспрямованого, багатоаспектного втручання, спрямованого на своєчасне виявлення порушень поведінки та особистісних відхилень у дитини, а також на забезпечення системної допомоги сім'ї (Turnbull A. P., Turnbull R.).

5. **Структура супроводу** охоплює різноманітні моделі та підходи, що корелюють із чинниками травмування, та формує єдину систему допомоги на етапах психодіагностики, психопросвіти, індивідуального консультування та психотерапевтичної роботи (Walsh F.).

6. **Кваліфікована психологічна допомога** сприяє покращенню внутрішньосімейної атмосфери, гармонізації стосунків між членами родини та у системі «батько–дитина», забезпечуючи диференційовану та цільову підтримку дитині (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження психологічних характеристик сімей, що виховують дітей з особливими потребами

2.1. Організаційно-методичні аспекти вимірювання психологічних характеристик сімей, що виховують дітей із особливими потребами

Підсумок теоретичного аналізу наукових поглядів закордонних та вітчизняних фахівців із психології щодо забезпечення психологічної підтримки сімей, які виховують дітей з особливими потребами, дозволив визначити послідовність емпіричного дослідження.

Завданням дослідження було уточнення індивідуального профілю батьків дітей з особливими потребами через психодіагностичне вимірювання їхніх суб’єктивних характеристик, визначення типів ставлення до дитини, а також оцінка потенціалу для оптимізації психологічного супроводу шляхом імплементації корекційно-розвивальної програми (Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Для реалізації цієї цілі вимагалося послідовне виконання запланованих етапів дослідження. Я передбачила такі етапи:

1. Розробка логічної структури емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення особливостей психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами.

2. Етап психодіагностики, метою якого було вимірювання індивідуальних даних батьків дітей з особливими потребами з подальшим аналізом та тлумаченням отриманих результатів.

3. Створення та апробація корекційно-розвивальної програми психологічної підтримки сімей, що виховють дітей з особливими потребами із наступною оцінкою її ефективності.

Ключовою метою етапу психодіагностики у рамках кваліфікаційної роботи я бачила визначення індивідуальних рис батьків дітей з особливими потребами за допомогою апробованих психодіагностичних інструментів.

Головні завдання психодіагностичного етапу дослідження охоплювали наступні аспекти:

1. Добір науково обґрунтованих, стандартизованих психодіагностичних методик, що відповідають меті дослідження.

2. Вимірювання особистісних параметрів батьків дітей з особливими потребами.

3. Аналіз та інтерпретація можливих зв'язків між отриманими показниками досліджуваних аспектів індивідуального профілю респондентів.

Базовими установами для проведення емпіричного дослідження були

обрані ліцей №92 імені Івана Франка та ліцей № 280, де навчаються діти з особливими освітніми потребами.

Дослідницьку вибірку сформували 88 осіб (батьки, які виховують дітей з особливими потребами): 40 чоловіків та 48 жінок віком від 25 до 40 років. Процес формування вибірки з батьків, які виховують дітей з особливими потребами, ускладнювався відсутністю належної мотивації та неготовністю респондентів до контакту з психологом. Тому вибірка була сформована за принципом випадкового відбору, на основі добровільної згоди респондентів на участь у роботі.

Емпіричні дані були зібрані шляхом індивідуального опитування респондентів.

Дослідження проводилося протягом 2025–2026 навчального року в рамках роботи над кваліфікаційним дослідженням.

Як інструментарій психодіагностики були обрані такі методики:

1) Рейтингова шкала депресії М. Гамільтона у 17-бальному варіанті як структуроване інтерв'ю;

2) Шкала оцінки реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера–Ю. Ханіна (STAI), яка є інформативним засобом самооцінки поточного рівня тривожності (реактивна тривожність як стан) та стійкої характеристики особистості (особистісна тривожність);

3) Методика «Когнітивні аспекти суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко) ;

4) Опитувальник батьківського ставлення до дитини А. Я. Варги та В. В. Століна .

Вибір конкретних методик був обґрунтований їхньою діагностичною спроможністю у контексті теми та мети кваліфікаційного проєкту.

Рейтингова шкала депресії Гамільтона (HDRS) була розроблена М. Гамільтоном у 1960 році та є одним із найпоширеніших засобів вивчення кількісних проявів депресивних станів.

За своєю формою шкала HDRS є експрес-методикою для скринінгу; збір інформації щодо показників депресії здійснюється через структуроване інтерв'ю (займає 20–25 хвилин). Непрямим чином шкала депресії Гамільтона також надає досить інформативні дані для оцінки якості життя респондентів.

Для вимірювання проявів депресивного спектру у батьків дітей з особливими потребами мною була застосована 17-бальна версія, де ключові показники депресії (17 пунктів) оцінюються від 0 до 4 балів (9 питань) та від 0 до 2 балів (8 питань).

Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера в адаптації Ю. Ханіна (STAI) — це валідований інструмент, створений Ч. Спілбергером у 1970 році та адаптований Ю. Ханіним у 1978 році.

Методика, застосована у дослідженні, ґрунтується на самооцінці респондентами рівня тривожності у двох вимірах: як **стану** (реактивна тривожність) та як **сталої характеристики особистості** (особистісна тривожність). Автори підкреслюють, що реактивна тривожність є ситуативною відповіддю людини на зовнішні соціально-психологічні стресори. У контексті догляду за дитиною з особливими потребами такими стресорами можуть виступати побоювання негативної оцінки чи агресивної реакції, усвідомлення несприятливого ставлення до себе або до дитини з боку суспільства, а також сприйняття соціальної ситуації як загрози власній самооцінці (Spielberger C. D.).

Показники особистісної тривожності дозволяють оцінити індивідуальні особливості особистості щодо її чутливості до впливу різних стресорів. Як засвідчують дослідження феномену тривожності, рівень особистісної тривожності значною мірою залежить від попереднього досвіду людини та сформованих патернів реагування на складні життєві обставини (Walsh F., Кочубей Т. І., Шевченко Н. В.).

Шкала реактивної та особистісної тривожності (STAI) Спілбергера–Ханіна є одним із найбільш поширених інструментів психодіагностики тривожності. Вона містить 40 пунктів, які поділяються на дві окремі підшкали

для вимірювання різних форм тривожності:

- **Реактивна тривожність (стан)** — оцінюється як ситуативна відповідь людини на зовнішні соціально-психологічні стресори. Респондент обирає одну з чотирьох відповідей за інтенсивністю переживання («зовсім не» – «мабуть так» – «так» – «абсолютно так»).
- **Особистісна тривожність (стала характеристика)** — визначає індивідуальну схильність до переживання тривоги у різних життєвих ситуаціях. Відповіді оцінюються за частотою прояву («майже ніколи» – «іноді» – «часто» – «майже завжди»).

Підсумовування та систематизація відповідей респондентів дозволяють отримати інтегральні показники індексу реактивної та індексу особистісної тривожності, що забезпечує комплексну оцінку як ситуативних станів, так і стійких особистісних характеристик (Spielberger C. D., Ханін Ю. Л.).

Методика **«Когнітивні аспекти суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)»** (О. Калюк, О. Савченко) спрямована на діагностику структурних, зокрема когнітивних, складників суб'єктивного благополуччя особистості. Інструмент складається з 20 тверджень, які респонденти оцінюють за 5-бальною шкалою Лайкерта — від «абсолютно не згоден» (1 бал) до «повністю згоден» (5 балів).

Вибір цієї методики був зумовлений її відповідністю логічній структурі емпіричного дослідження у межах кваліфікаційної роботи. Діагностичний потенціал «КОСБ-3» дозволяє виміряти три незалежні показники когнітивного профілю задоволеності життям:

- **Задоволеність власним життям**;
- **Невдоволеність собою та життєве розчарування**;
- **Задоволеність міжособистісними зв'язками** (Калюк О., Савченко О.,).

Таким чином, методика забезпечує комплексне оцінювання когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя та може бути інтегрована у програму психодіагностики батьків дітей з особливими потребами.

Опитувальник батьківського ставлення (ОБС), розроблений А. Я.

Варгою та В. В. Століним, є діагностичною методикою, призначеною для виявлення думок, емоцій та поведінкових стереотипів батьків щодо власної дитини. Інструмент містить 61 питання, які згруповані у п’ять шкал:

1. **Прийняття/відторгнення дитини** — відображає емоційне ставлення батьків до індивідуальних рис дитини та перспектив її розвитку.
2. **Співпраця** — характеризує соціально бажану модель батьківської позиції, що включає інтерес до справ дитини та надання підтримки.
3. **Симбіоз** — демонструє зменшення міжособистісної дистанції у спілкуванні, прагнення батьків задовольнити всі потреби дитини та захистити її від труднощів.
4. **Авторитарна гіперсоціалізація** — відображає контроль за діяльністю та поведінкою дитини відповідно до соціальних норм, прояви авторитаризму у вихованні.
5. **Інфантилізація/інвалізація дитини** — характеризує сприйняття дитини як такої, що «застрягла» у розвитку або не здатна досягти успіху.

Для визначення загального типу ставлення батьків до дитини розраховується сума балів по всіх шкалах методики з урахуванням відповідей «вірно». Це дозволяє комплексно оцінити емоційно-поведінковий профіль взаємодії батьків із дитиною (Варга А. Я., Столін В. В.).

Отримані результати психодіагностичного вимірювання були піддані системному математичному аналізу. Зокрема, здійснено розрахунки досліджуваних показників відповідно до ключів використаних тестових методик, визначено середні значення та відсоткові співвідношення результатів.

Для встановлення взаємозв’язків між окремими характеристиками було застосовано **непараметричний метод рангової кореляції Спірмена (r-Spearman)**, який дозволяє визначити наявність та напрямок кореляційного зв’язку між двома ознаками або профілями ознак у межах вибірки досліджуваних осіб (Spearman C.).

Таким чином, психодіагностичні дані стали об’єктом ґрунтовного системного математичного опрацювання, що забезпечило комплексну

інтерпретацію отриманих результатів та їх інтеграцію у логіку емпіричного дослідження (Field A.).

2.2. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження психологічних характеристик батьків дітей із особливими потребами

Звіт про аналіз даних психодіагностичного тестування вимагав застосування як кількісних, так і якісних методів обробки отриманої інформації. Процедура опрацювання даних здійснювалася у кілька послідовних етапів:

1. **Елементарний математичний розрахунок** — визначення індивідуальних балів кожного учасника відповідно до ключів тестових методик та обчислення середніх значень для всієї групи респондентів.
2. **Визначення відсоткового співвідношення** — для виявлення значущих параметрів та подальшого зіставлення отриманих величин.
3. **Статистична обробка результатів** — із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (r-Spearman), що дозволяє встановити наявність та напрямок взаємозв'язку між двома характеристиками або їх профілями у межах вибірки (Spearman C., Field A.).

Зведення та впорядкування інтегральних показників, розрахованих за **рейтинговою шкалою депресії М. Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)**, яка базується на 17-бальному структурованому інтерв'ю, показало, що серед респондентів домінують легкі (субклінічні) та помірні рівні депресії. Зокрема, 66% опитаних засвідчили наявність ознак саме такого спектра порушень (Hamilton M.) (Таблиця 2.1.).

Відповідно до клінічного опису депресивних станів легкої та середньої важкості, їхніми типовими ознаками є проблеми з енергетикою (знижений настрій, швидка виснажуваність), байдужість, відчуття внутрішньої порожнечі, смуток, а також уповільнення ходу думок. Такі прояви значно знижують якість життя батьків дітей з особливими потребами та підривають

їхнє суб'єктивне відчуття щастя (Hamilton M., Beck A. T., Alford B. A.).

Таблиця 2.1.

Інтегральні показники репресивності сімей,що вихоют дітей з ОП (HDRS)

Вибіркова сукупність / **Показники**	**Респонденти**(N=88)		
	Зона ризику депресії (8– 12 балів)	Легка та помірна депресія (13– 23 бали)	Виразна та тяжка депресія (24 і більше балів)
Рівень тяжкості депресії	29%	66%	5%

Структура проявів депресії, деталізована за шкалою HDRS у батьків дітей з ОП, відображена у Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Узагальнені показники депресивності сімей, що виховують дітей з особливими потребами (*HDRS*)

№	**Вибіркова сукупність** / **Показники**	**Респонденти(дані у%)**(N=88)			
		Відсутність ознаки	Зона ризику депресивної ознаки	Легка та помірна форми ознаки	Виразна форма ознаки
1	Депресивний настрій	0	34 %	61 %	5 %
2	Почуття провини	18 %	48 %	27 %	7 %
3	Суциїдальні наміри	73 %	18 %	9 %	0
4-6	Безсоння(раннє, середнє,пізнє)	0	34 %	48 %	18 %
7	Зниження активності	9 %	32 %	41 %	27 %
8	Загальмованість	59 %	29 %	7 %	5 %
9	Ажитація	79 %	16 %	5 %	0
10	Психічна тривога	20 %	64 %	16 %	0
11	Соматична тривога	64 %	27 %	9 %	0
12	Соматичні симптоми (шлунково-кишкові)	70 %	16 %	9 %	5 %
13	Загальні соматичні симптоми	66 %	18 %	11 %	5 %

14	Генітальні симптоми	0	0	0	0
15	Іпохондрія	73 %	27 %	0	0
16	Втрата уваги	82 %	18 %(	0	0
17	Критичність ставлення до хвороби	66 %	25 %	9 %	0

Здійснений збір та систематизація даних психодіагностичного тестування дозволили зробити висновок про домінування у батьків, які виховують дітей з особливими потребами, симптомів депресивного спектра. Зокрема, **пригнічений настрій** було зафіксовано у більшості респондентів — 61%, а **зниження активності** спостерігалося у 41% опитаних. Усі ці прояви відповідали легкому або середньому ступеню вираженості депресії, що узгоджується з клінічними критеріями оцінки депресивних станів (Hamilton M., Beck A. T., Alford B. A) (Див. Рис. 2.1.).

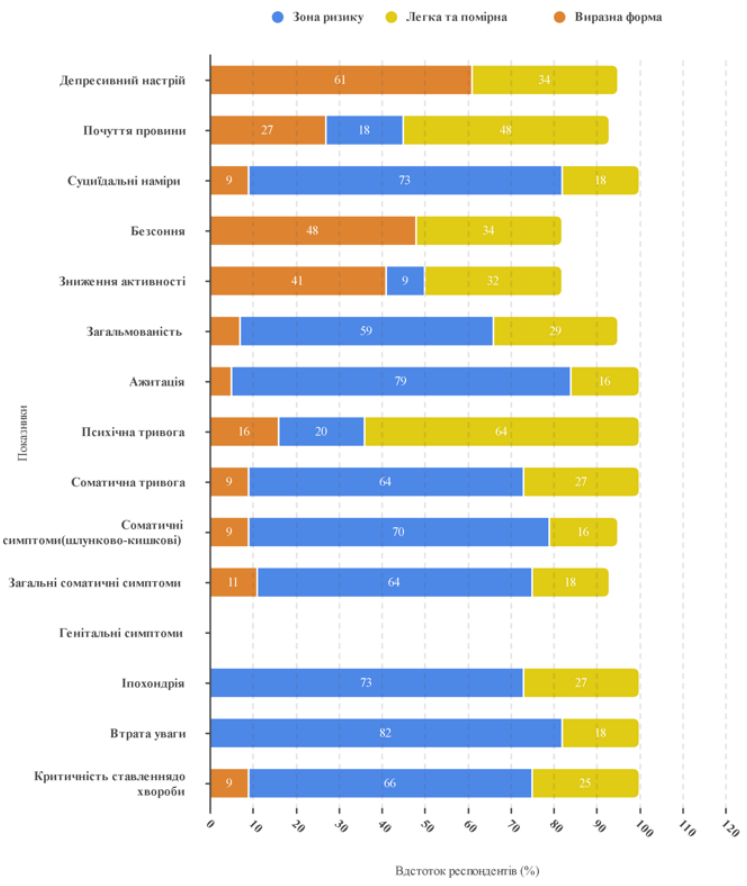


Рис.2.1. Показники депресивності батьків дітей з ОП

Важливість зазначених індикаторів у сукупності ознак депресії

підтверджується положеннями **Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10)**, де депресивний (пригнічений) настрій визначається як ключовий прояв депресивного стану, що супроводжується сльозоточивістю та відчуттям безнадії (WHO). Не менш суттєвим симптомом є **ангедонія** — зниження інтересу чи задоволення від діяльності, яка раніше сприймалася як значуща та плідна, а також скорочення часу, витраченого на активну діяльність, включно з виконанням побутових завдань (Beck A. T., Alford B. A.).

Менш помітними, але потенційно загрозливими ознаками депресії серед батьків, які виховують дітей з особливими потребами, виявилися:

- **Психічне напруження** — 64% респондентів повідомили про дратівливість, підвищене хвилювання через незначні причини, внутрішнє напруження та надмірні тривожні переживання щодо власного добробуту та добробуту дитини.
- **Відчуття вини або самоосуду** — підтверджене у 48% опитаних.
- **Критичне ставлення до власного стану** — актуальне для 25% респондентів.

Таким чином, спектр симптомів охоплює як базові клінічні прояви депресії, так і додаткові психологічні індикатори, що суттєво впливають на якість життя батьків дітей з особливими потребами.

Характерними, проте не надто вираженими у симптоматиці депресивного спектра серед батьків дітей з особливими потребами, є **психофізіологічні маркери**, що належать до соматичного та вегетативного блоків депресивних станів.

Найбільш поширеними проявами депресії легкої та середньої тяжкості у вибірці стали **порушення режиму сну**: раннє безсоння (утруднене засинання), середнє безсоння (нестабільний, переривчастий сон), пізнє безсоння (ранні пробудження), а також денна сонливість. Цей аспект депресивного профілю було зафіксовано у 48% батьків, які доглядають за дітьми з особливими потребами, що вони пов’язують із надмірною увагою до потреб дитини, яка

потребує постійного догляду (Hamilton M.).

Крім того, 11% респондентів із помірною формою депресії відзначили **загальні соматичні ознаки** — відчуття важкості у кінцівках, головний та м'язовий біль, а також загальну втому. Такі прояви відповідають клінічним описам депресивних станів та підтверджують багатовимірність їхньої симптоматики (Beck A. T., Alford B. A.).

Менш вираженими, але такими, що перебувають у зоні ризику, серед батьків дітей з особливими потребами виявилися **порушення сну** (34% опитаних), **порушення психомоторної активності** — у вигляді загальмованості (29%) або ажитації (16%), а також **ознаки соматичного напруження** (сухість у роті, нестача повітря, прискорене серцебиття, надмірне потовиділення тощо), які були зафіксовані у 27% респондентів.

Крім того, **загальні соматичні симптоми** (18% опитаних) та **соматичні прояви депресії, пов'язані з дисфункцією шлунково-кишкового тракту** — зміна апетиту (як у бік зниження, так і підвищення), відчуття важкості у животі, проблеми з травленням (16% респондентів) — також були відзначені як значущі для батьків дітей з особливими потребами.

Водночас слід враховувати, що під час проведення стандартизованого інтерв'ю респонденти можуть приховувати певні факти, особливо ті, що стосуються фізичних проявів депресії. Це може бути зумовлено як технічними обмеженнями методу опитування, так і суб'єктивними чинниками — готовністю чи небажанням обговорювати приватні аспекти життя, рівнем довіри до дослідника та загальною щирістю особистості.

Попри ймовірність похибки у кількісних даних, результати структурованого опитування на основі **рейтингової шкали депресії М. Гамільтона (HDRS)** підтвердили тенденцію до прояву у батьків дітей з особливими потребами симптомів депресивного спектра у формі депресії легкої чи помірної інтенсивності (Hamilton M., Beck A. T., Alford B. A.).

У ході психодіагностичного вимірювання **розбіжності у виявленні**

депресивних симптомів між батьком та матір'ю у сім'ях, де виховуються діти з особливими потребами, не були зафіксовані, тому окремий аналіз показників депресивного спектра між членами родини не здійснювався.

Співзвучними виявилися й результати психодіагностики **реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності** батьків дітей з особливими потребами, отримані за допомогою **Шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI)**. Вибір тривожності як фактора для формування психологічного портрета батьків, які опікуються дітьми з порушеннями розвитку, зумовлений тим, що підвищений рівень тривожності істотно погіршує психоемоційний стан індивіда, сприяє невротизації та соціальній дезадаптації.

Отже, цілком логічним є трактування тривожності як **самостійного чинника ризику**, що може виступати предиктором патологічних змін у психоемоційному функціонуванні особистості (Spielberger C. D., Ханін Ю. Л.).

Узагальнені дані щодо рівня тривожності респондентів включених у вибірку наведено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Узагальнені показники ситуативної і особистісної тривожності (STAI)

Вибіркова сукупність / **Показники**	**Респонденти** N=88		
	Низький рівень (менше 30 балів)	Середнійрівень (31 – 45 балів)	Високий рівень (більше 46 балів)
Індекс ситуативної тривожності	11%	32%	57%
Індекс особистісної тривожності	9%	48%	43%

Дані, отримані внаслідок психодіагностичного обстеження рівня тривожності у батьків, які виховують дітей з особливими потребами розвитку, свідчать про домінування **високого показника ситуативної тривожності** (57% опитаних) та **помірного рівня особистісної тривожності** (48% респондентів). Це можна розцінювати як середній ступінь пристосованості до

дії стресових чинників, зокрема тих, що виникають у процесі виховання дітей з особливими потребами.

Порівняння показників ситуативної та особистісної тривожності між батьками різної статі показало, що **матері демонструють значно вищий рівень тривожності**: 75% матерів мають високий індекс ситуативної тривожності порівняно з 35% у чоловіків; щодо особистісної тривожності — 71% проти лише 10% серед чоловіків. Ймовірною причиною цього є вища емоційна чутливість та емпатійність жінок, а також усталені гендерні ролі, які зумовлюють більший обсяг часу, проведеного матерями з дітьми, та глибше занурення у їхні труднощі як на когнітивному, так і на емоційному рівні (Spielberger C. D., Ханін Ю. Л.).

Низький ступінь тривожності виявлено лише у невеликої частини респондентів: низький індекс ситуативної тривожності зафіксовано у 11% батьків, тоді як низький рівень особистісної тривожності — у 9% опитаних, переважно чоловіків. Це підтверджує тенденцію до більшої психологічної вразливості матерів у контексті виховання дітей з особливими потребами(див. табл. 2.3.).

Таблиця 2.4.

Показники ситуативної і особистісної тривожності батьків і матерів дітей з особливими потребами(STAI)

Вибіркова сукупність / **Показники**	**Респонденти(дані у %)**		
	Низький рівень (менше 30 балів)	Середній рівень (31– 45 балів)	Високий рівень (більше 46 балів)
Показники тривожності батьків (N=40)			
Індекс ситуативної тривожності	20%	45%	35%
Індекс особистісної тривожності	20%	70%	10%
Показники тривожності матерів(N=48)			
Індекс ситуативної тривожності	4%	21%	75%
Індекс особистісної тривожності	0	29%	71%

Виявлений феномен може свідчити про специфіку переживання тривожності у чоловіків, що проявляється у стані, який можна охарактеризувати як **«неадекватне умиротворення»**. Такий стан розглядається як варіант прихованої тривожності, що на суб'єктивному рівні маскується під відчуженість, інертність чи навіть байдужість. Однак, як зазначає О. О. Халік, подібні прояви є результатом активності внутрішніх психологічних механізмів, спрямованих на подолання хвилювання, а не його відсутності (Халік О. О.).

Подібний стан може негативно впливати на якість виконання завдань чоловіками, які залучені до процесу виховання дітей з особливими освітніми потребами, оскільки прихована тривожність знижує ефективність їхньої діяльності та ускладнює адаптацію до стресових чинників.

Наочне представлення рівнів ситуативної та особистісної тривожності батьків, які виховують дітей з особливими потребами, наведено на **Рис. 2.3.** (Spielberger C. D., Ханін Ю. Л.).

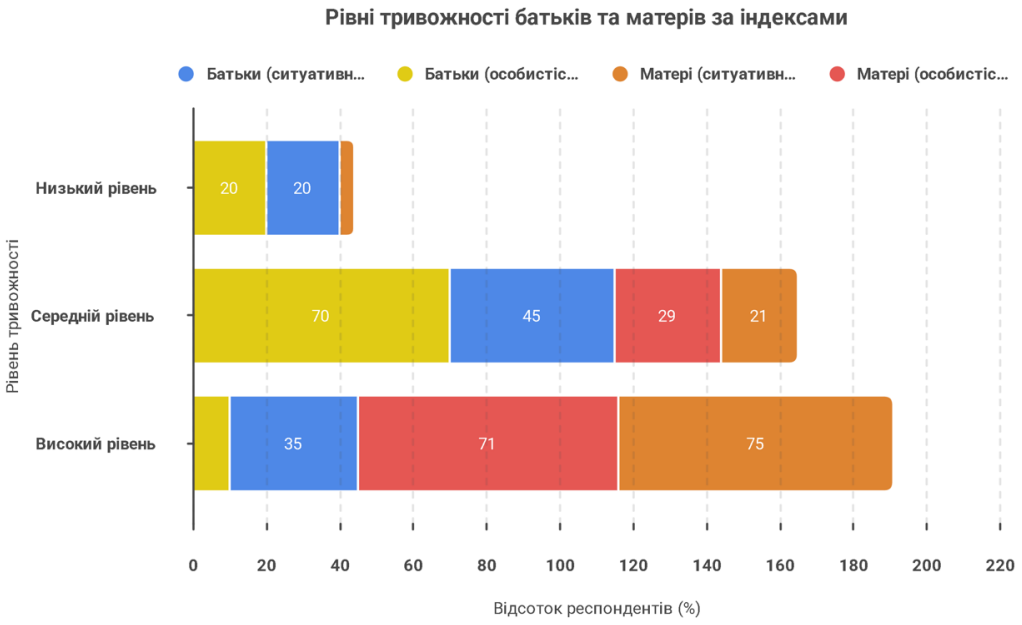


Рис.2.3. Результати дослідження ситуативної особистісної тривожності батьків

У процесі написання магістерської кваліфікаційної роботи було використано психодіагностичний інструмент, призначений для вимірювання

когнітивних складових суб'єктивного благополуччя — тест **«Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)»** (О. Калюк, О. Савченко). Вибір цього інструменту був зумовлений необхідністю отримати більш точні дані щодо психологічного стану батьків, які виховують дітей з особливими потребами, зокрема рівня їхнього усвідомленого суб'єктивного благополуччя.

Суб'єктивне благополуччя, як зазначають дослідники, є «одним із маркерів успішності та умовою соціально-психологічної адаптації індивіда до ситуацій невизначеності та нестабільних соціальних зв'язків» (Калюк О., Савченко О.). У структурі цього феномену виділяють три складові:

1. **Емоційний складник** — відображає ступінь емоційного комфорту та співвідношення частоти позитивних і негативних переживань.
2. **Когнітивний складник** — демонструє оцінку індивідом різних аспектів власного життя та успішність самореалізації у різних сферах діяльності.
3. **Поведінковий складник** — вказує на адаптивну функцію життя, здатність опановувати методи оптимізації існування та активність у досягненні життєво значущих цілей.

Обробка результатів, отриманих у ході анкетування, а також розрахунок відсоткового співвідношення виявлених ознак у дослідженій групі представлені в Таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Показники суб'єктивного благополуччя респондентів (КОСБ-3)

Вибіркова сукупність / **Субшкали**	**Респонденти** (N=88)		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Задоволеність власним життям	64%	27%	9%
Невдоволеність собою та Розчарування вжитті	20%	32%	48%
Задоволеність відносинами з іншими	53%	36%	11%
Загальна задоволеність життям	57%	34%	9%

Аналіз отриманих показників за допоміжних шкал інструменту **«Когнітивні аспекти суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)»** засвідчив домінування серед батьків дітей з особливими потребами низького рівня задоволеності власним існуванням (життєвою ситуацією, житловими умовами). Зокрема, 64% респондентів оцінюють свою діяльність як малопродуктивну та непривабливу, виявляючи вагання на шляху до досягнення успіху. Лише 9% учасників дослідження отримали високі бали за параметром **«Задоволення власним життєвим шляхом»**, оскільки їхні поточні досягнення узгоджуються з особистим баченням ефективності життєвого статусу.

Водночас 48% батьків продемонстрували значний рівень **самокритики та життєвого розчарування**, що проявляється у відчутті внутрішнього напруження, частому стресі через усвідомлення «втраченого часу» та схильності до категоричних суджень. Низький рівень цієї характеристики зафіксовано у 20% опитаних.

Понад половина респондентів (53%) висловили **незадоволеність своїми соціальними зв'язками**, прагнучи розширити або змінити коло спілкування. Взаємодія з оточенням часто викликає у них дискомфорт, що зумовлює тенденцію до опори виключно на власні ресурси. Наочне представлення цих результатів наведено на **Рис. 2.4.** (Калюк О., Савченко О.).

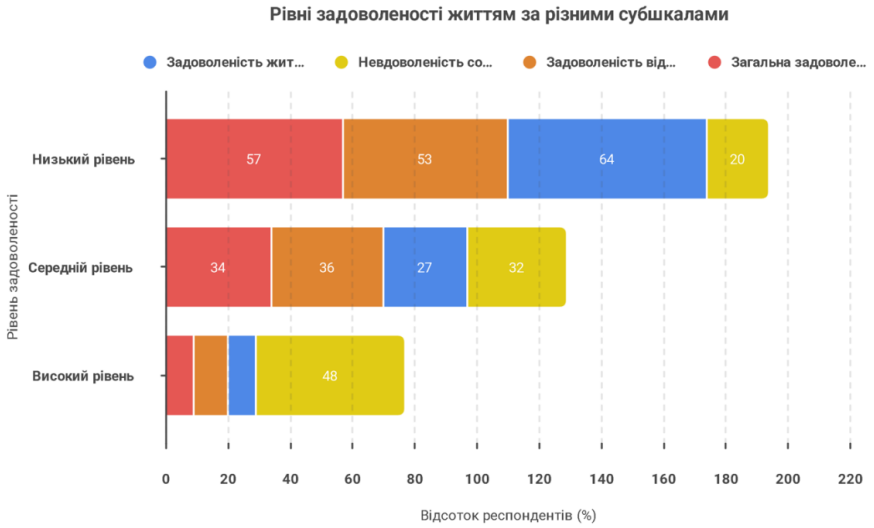


Рис.2.4. Показники суб'єктивного благополуччя сімей, що виховують дітей з особливими потребами

Аналіз загальної міри задоволеності життям показав, що **57% опитаних батьків дітей з особливими потребами** продемонстрували невисокі показники. Вони висловлюють незадоволення власними здобутками, соціальними контактами та життєвими обставинами, що супроводжується втратою віри у власні спроби та сумнівами щодо адекватності допомоги й підтримки з боку інших. Лише **9% респондентів** засвідчили високий рівень життєвої втіхи, оцінюючи своє соціальне оточення як сприятливе та надійне для реалізації особистих прагнень і задумів.

Порівняння оцінок суб'єктивного добробуту між батьками різної статі (див. таблицю 2.6.) показало, що **чоловіки демонструють дещо вищі показники загальної життєвої задоволеності**: 20% опитаних чоловіків мають високий рівень задоволеності, а 60% — середній. Натомість серед матерів, які увійшли до вибірки, **88% заявили про низький рівень загальної задоволеності життям**. Така різниця може бути пояснена гендерними особливостями розподілу сімейних ролей та різним ступенем емоційного залучення у процес виховання дітей з особливими потребами (Diener E., Калюк О., Савченко О.).

Таблиця 2.6.

Показники суб'єктивного благополуччя батьків дітей з особливими потребами (КОСБ-З)

Вибіркова сукупність / **Показники**	**Респонденти(дані у%)**		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Показники суб'єктивного благополуччя батьків(N=40)			
Задоволеність власним життям	35%	45%	20%
Невдоволеність собою та Розчарування в житті	30%	45%	25%
Задоволеність відносинами з іншими	75%	10%	15%
Загальназа доволеність життям	20%	60%	20%

Показники суб'єктивного благополуччя матерів(N= 48)			
Задоволеність власним життям	88%	12%	0
Невдоволеність собою та розчарування вжитті	12%	21%	67%
Задоволеність відносинами з іншими	33%	59%	8%
Загальна задоволеність життям	88%	12%	0

Розглядаючи типовий профіль батьківського суб'єктивного благополуччя (див. Рис. 2.5.), можна відзначити суперечливі конфігурації його формування. Серед чоловіків, включених у вибірку, **45% оцінюють своє життя як задовільне на помірному рівні**, а ще **20% — на високому рівні**. Це свідчить про здатність представників чоловічої статі задовольняти власні потреби відповідно до наявного життєвого потенціалу.

Водночас **70% чоловіків висловлюють незадоволеність собою та відчуття розчарування у бутті**: 45% — з помірною інтенсивністю прояву, а 25% — з високою. Це означає, що у суб'єктивній площині даної групи респондентів існують нагальні проблеми, які вони усвідомлюють, але не спроможні подолати.

Дане спостереження підтверджує тезу, висловлену О. Калюк та О. Савченко, що переживання суб'єктивного благополуччя «розщеплює життя людини на різні сфери з різним рівнем реалізованості» (Калюк О., Савченко О.). Такий підхід дозволяє пояснити суперечливість оцінок: одночасне відчуття задоволеності окремими аспектами життя та розчарування у його цілісності.

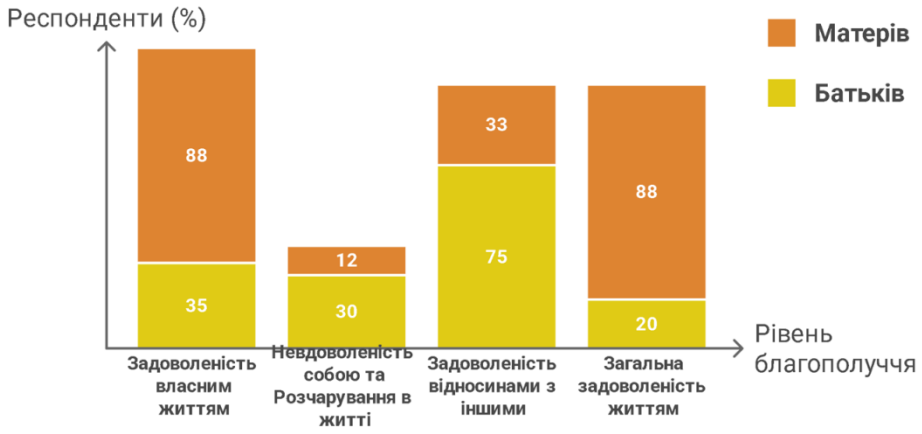


Рис.2.5. Показники суб'єктивного благополуччя батьків і матерів дітей з особливими потребами

Згідно з отриманими результатами, **три чверті чоловіків**, які опікуються дітьми з особливими потребами, висловлюють незадоволеність своїми стосунками з оточенням. Основним чинником цього є обмеження, накладені доглядом за дитиною, що ускладнюють їхню участь у різноманітних соціальних та професійних активностях.

Серед матерів профіль суб'єктивного благополуччя виявився більш збалансованим, проте водночас більш гнітючим: **88% жінок декларують невдоволення власним життям**, а **67% — високий рівень невдоволеності собою**. Автори методики **«КОСБ-3»** пов'язують високі бали за шкалою «Невдоволеність собою, розчарування в житті» з відсутністю віри у власну здатність долати труднощі та з відчуттям виснаження, що може бути спричинене постійними невдачами або нереалізованими очікуваннями (Калюк О., Савченко О.). Це узгоджується з переживаннями матерів, які виховують дітей з особливими потребами, та може призводити до відчуття відстороненості від власного «Я», жертвенності, некоректного самосприйняття або розмитості образу себе.

Стосунки матерів із соціальним оточенням виявилися більш толерантними, ніж у чоловіків: **33% жінок незадоволені контактами з іншими людьми**, тоді як **59% демонструють помірковане ставлення** до

обмежень у спілкуванні.

Особливо вагомим для визначення рис особистісного профілю батьків дітей з особливими потребами є їхнє **ставлення до самої дитини**. Для оцінки цієї характеристики було застосовано **«Опитувальник батьківського ставлення до дитини» А. Я. Варги та В. В. Століна (1989)**. Методика передбачає оцінку пунктів опитувальника за дихотомічною шкалою «правильно – хибно», а результати підраховуються шляхом визначення кількості відповідей «правильно», що дозволяє встановити домінуючий тип батьківського ставлення у профілі респондента (А.Я.Варга та В.В.Століна).

Зведені та структуровані результати вимірювання батьківського ставлення до дитини серед осіб у нашій вибірці наведено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Типи батьківського ставлення до дитини респондентів (А.Я.Варги та В.В.Століна)

Показники / **Тип ставлення**	Загальні показники (у %) (N = 88)	Ранг у профілі вибіркової сукупності
Прийняття(або неприйняття)дитини	27%	II
Кооперація	7%	V
Симбіозіздитиною	14%	IV
Авторитарнаг іперсоціалізація	34%	I
Інфантилізація дитини («Маленький(-а)невдаха»)	18%	III

Огляд даних психодіагностичного дослідження батьківського ставлення до дитини засвідчив значну присутність **авторитарної гіперсоціалізації**: 34% опитаних продемонстрували схильність до батьківського авторитаризму та надмірної вимогливості у стосунках із дитиною з особливими потребами (див. Рис. 2.6). Цей стиль виховання характеризується вимогою безумовного підкорення, встановленням жорстких дисциплінарних рамок із чітко визначеними покараннями. Подібна модель взаємодії полягає у нав’язуванні власної волі дитині, ігноруючи її погляди та потреби, що у підсумку підриває

самовпевненість та автономність дитини (А.Я.Варга та В.В.Столін).

Водночас, **27% батьків** демонструють прийняття своєї дитини з особливими потребами, реально оцінюючи її потенціал та щиро цікавлячись її заняттями, беручи активну участь у них. Частина респондентів (**18%**) розглядають дитину як інфантильну особу, нездатну до ефективного функціонування та соціальної адаптації. У таких випадках батьки можуть реагувати на поведінку дитини нетерплячістю чи роздратуванням, принижувати її почуття власної гідності та обмежувати право на самостійність.

Четверте місце у рейтингу типів батьківського ставлення займає **симбіотичний стиль** (14%), що проявляється у надмірній опіці та прагненні захистити дитину від будь-яких труднощів.

Стурбування викликає низька частка проявів **кооперативного стилю** — лише 7% респондентів обрали саме цей тип ставлення. Водночас саме кооперація вважається найбільш конструктивною моделлю взаємодії, оскільки сприяє позитивному сприйняттю дитини, формуванню довірливих та партнерських стосунків між батьками й дітьми, а також стимулює розвиток ініціативи та самостійності (Bornstein M. H., Bradley R. H.).

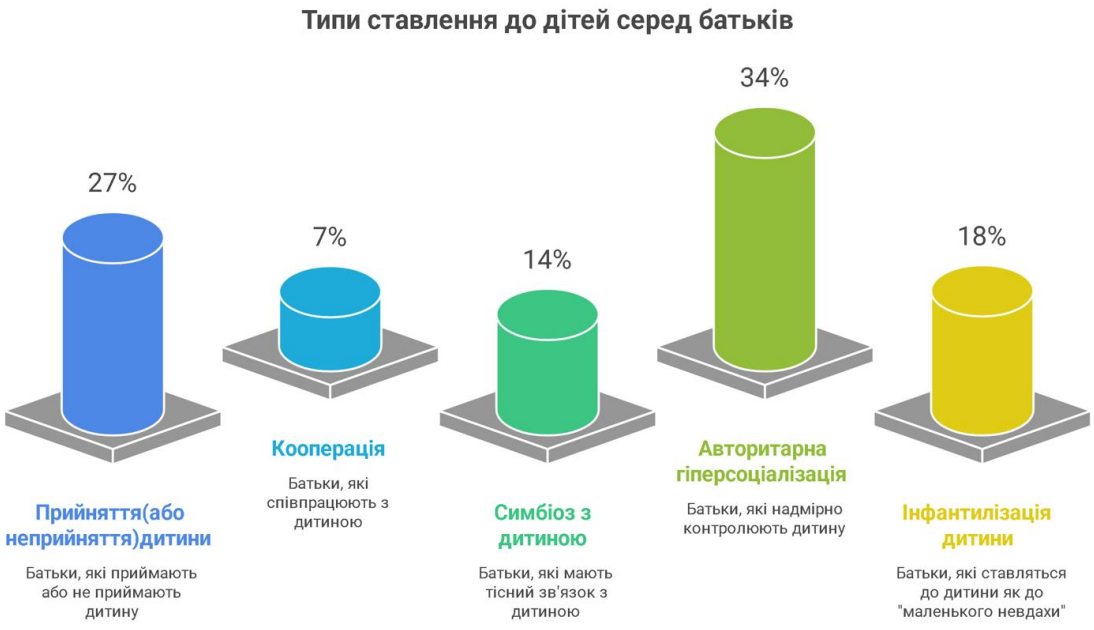


Рис.2.6. Типи ставлення батьків до дітей з особливими потребами

Співставлення досліджуваних показників батьків (чоловіків) і матерів дітей з особливими портребами представлено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Типи ставлення до дитини з особливими потребами батьків і матерів

(А.Я.Варги і В.В.Століна)

Показники / **Тип ставлення**	Позиція батьків (у %) (N = 40)	Позиція матерів (у %) (N = 48)
Прийняття(або неприйняття)дитини	20%	33%
Кооперація	0	12,5%
Симбіоз із дитиною	0	25%
Авторитарна гіперсоціалізація	60%	12,5%
Інфантилізація дитини («Маленький(-а)невдаха»)	20%	17%

Аналітичний огляд отриманих даних дозволив констатувати більш толерантне ставлення до власних дітей з особливими портребами матерів (Рис. 2.7.)

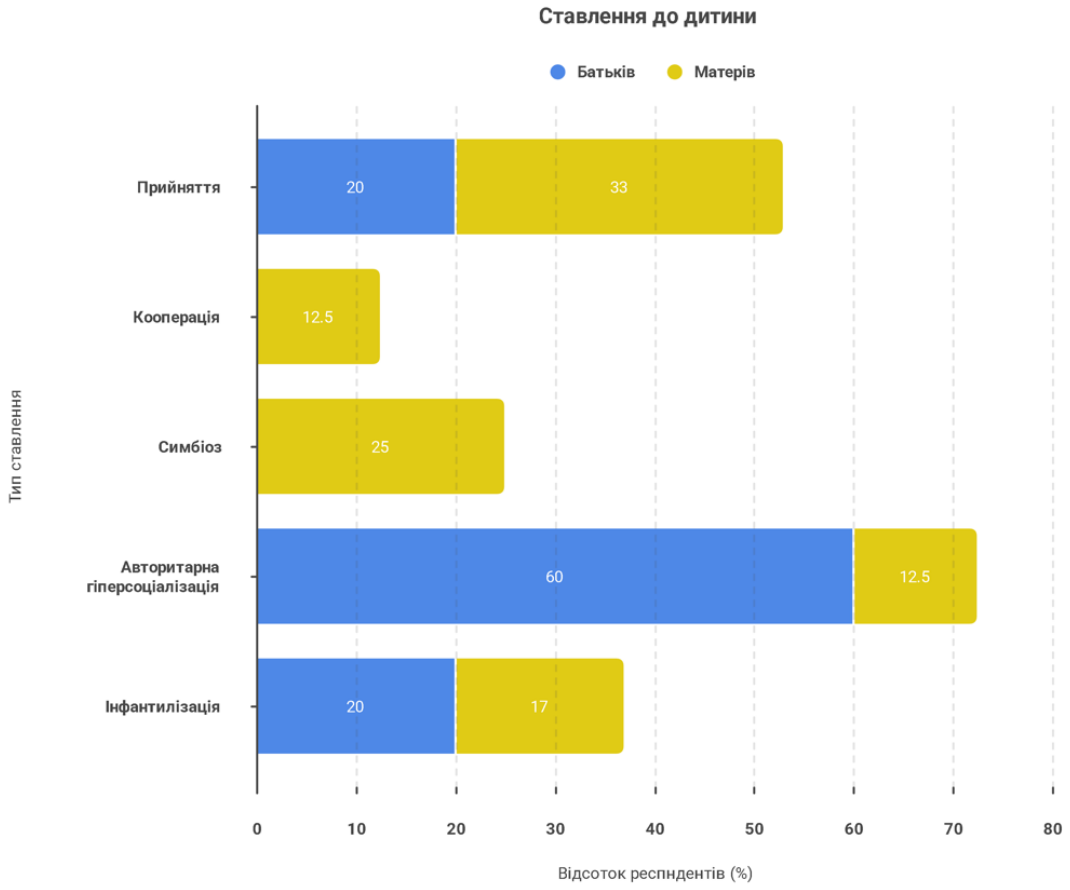


Рис.2.7. Типів ставлення до дітей з особливими потребами батьків і матерів

Згідно з результатами опитування, **матері дітей з особливими потребами демонструють вищий ступінь прийняття дитини** (33% проти 20% у батьків). Серед матерів вибірки **25% виявляють симбіотичний зв'язок** із дитиною, а **12,5% практикують кооперативний стиль взаємодії**, високо оцінюючи здобутки дітей та активно сприяючи їхньому інтелектуальному й особистісному розвитку.

Натомість чоловіки у досліджуваній групі не продемонстрували ознак симбіозу чи кооперації у ставленні до дітей з особливими потребами. Їхня рольова модель у сім'ї здебільшого виражається у рисах **авторитарної гіперсоціалізації** (60% батьків проти 12,5% матерів).

Інфантилізація дитини з особливими потребами притаманна як батькам, так і матерям приблизно в однаковій мірі: 20% чоловіків та 17% жінок схильні поблажливо ставитися до своїх дітей, надмірно концентруючись на їхньому захворюванні та висловлюючи скептицизм щодо майбутніх перспектив. Такий стиль взаємодії може обмежувати розвиток автономності та формування позитивного образу «Я» у дитини (А.Я.Варга та В.В.Столін, Bornstein M. H., Bradley R. H.).

Наступний етап обробки результатів психодіагностичного дослідження передбачав визначення **статистично значущих взаємозв'язків** між типами батьківського ставлення до дітей з особливими потребами та індивідуальними характеристиками суб'єктивного профілю батьків — рівнем депресивності, тривожності та показниками суб'єктивного благополуччя.

З огляду на особливості розподілу значень (випадкові величини з негаусовим характером розподілу), для вирішення цього завдання було застосовано **непараметричний кореляційний коефіцієнт Спірмена (*rs*)**. Метод Ч. Спірмена дозволяє підтвердити наявність та визначити напрямок (прямий або обернений) кореляційного зв'язку між двома профілями ознак (Spearman C.).

Аналіз досліджуваних параметрів здійснювався за допомогою

програмного забезпечення **SPSS-20**, що забезпечує коректність статистичних розрахунків та інтерпретацію отриманих результатів у межах психологічного дослідження (Field A.).

Отримані результати кореляційного аналізу досліджуваних параметрів представлено у Таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Показники коефіцієнтів кореляції(r_s) Спірмена для структурних компонентів особистісного профілю батьків дітей з ОП

Субшкали аналізу	Ріеньскладності депресивного профілю	Індексситуативної тривожності	Індекс особистісної тривожності	Індекс суб'єктивного благополуччя	Задоволеність власнимжиттям	Невдоволеність собою	Задоволеність відносинамиз іншими
Ставлення до дитини за типом прийняття	-0,64*	-0,68*	0,24*	0,72*	0,59**	-0,42**	0,48
Ставлення до дитини за типом кооперації	-0,54*	-0,62**	0,52*	0,67**	0, 52**	-0,52**	0, 58*
Ставлення до дитини за типом симбіозу	0,62*	0, 72*	0, 32*	-0,49**	-0,53*	0,32	-0, 62**
Ставлення до дитини за типом авторитарної гіперсоціалізації	0,42**	0,66*	0,43*	0, 62*	-0,67**	0,53**	-0, 64*
Ставлення до дитини за типом інфантилізації	0,82*	0, 72*	0,47*	-0,68*	-0,57	0,38*	0,34

Примітка: *статистично значущі зв'язки позначено* для $p \leq 0,05$;**для $p \leq 0,01$*

У межах кореляційного аналізу було враховано лише зв'язки відносно високої статистичної значущості ($p \leq 0,05$ та $p \leq 0,01$) та помірної сили (не менше $r_s = 0,62$). Загалом результати підтвердили існування статистично значущих взаємозв'язків між типами батьківського ставлення до дітей з особливими потребами та емоційним фоном і показниками суб'єктивного благополуччя батьків.

- **Емоційне прийняття дитини**: виявлено обернений кореляційний зв’язок із показниками депресивності (r_s = –0,64; p ≤ 0,05) та ситуативної тривожності (r_s = –0,68; p ≤ 0,05), а також позитивну кореляцію із суб’єктивним благополуччям (r_s = 0,72; p ≤ 0,01). Це свідчить про можливість зниження депресивних і тривожних проявів на фоні прийняття особливостей дитини.
- **Кооперація**: зафіксовано обернений кореляційний зв’язок із депресивним профілем (r_s = –0,54; p ≤ 0,01) та ситуативною тривожністю (r_s = –0,62; p ≤ 0,05), а також позитивну кореляцію із суб’єктивним благополуччям (r_s = 0,67; p ≤ 0,05).
- **Симбіоз та інфантилізація**: ці стилі взаємодії асоціюються з підвищенням депресивних проявів (r_s = 0,62 та rs = 0,82; p ≤ 0,01 відповідно) та зростанням ситуативної тривожності (r_s = 0,72; p ≤ 0,01). Водночас простежується обернений кореляційний зв’язок із суб’єктивним благополуччям (r_s = –0,68; p ≤ 0,01) та задоволеністю соціальними контактами (r_s = –0,62; p ≤ 0,01).
- **Авторитарна гіперсоціалізація**: характеризується підвищенням ситуативної тривожності (r_s = 0,66; p ≤ 0,01) та суперечливим зв’язком із суб’єктивним благополуччям. Зокрема, зафіксовано обернену кореляцію із задоволеністю життям (r_s = –0,67; p ≤ 0,05) та соціальними відносинами (rs = –0,64; p ≤ 0,01).

Таким чином, результати психодіагностичного вимірювання підтверджують нагальну потребу у **психологічному супроводі батьків дітей з особливими потребами**, особливо тих, хто демонструє авторитарну гіперсоціалізацію, симбіотичні стосунки чи інфантилізацію дитини.

Висновок до розділу 2

Логічна структура психодіагностичної складової емпіричної частини кваліфікаційної роботи була розроблена з метою точнішого визначення **характерологічного портрета батьків**, які опікуються дітьми з особливими потребами, із застосуванням апробованих психодіагностичних методик.

Дослідницька вибірка включала **88 осіб** (44 чоловіки та 44 жінки віком від 25 до 40 років), підібраних випадковим чином на основі добровільної згоди на участь. Емпіричні матеріали здобувалися шляхом індивідуального опитування.

Для психологічної діагностики було використано такі інструменти:

- **Рейтингова шкала депресії М. Гамільтона (HDRS)** (Hamilton M.);
- **Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI)** (Spielberger C. D., Ханін Ю. Л.);
- **Методика «Когнітивні аспекти суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)»** (Калюк О., Савченко О.);
- **Опитувальник батьківського ставлення до дитини** (А.Я.Варга та В.В.Столін).

На основі аналізу зібраних даних психодіагностичного етапу було встановлено:

- **Домінування легких (субдепресивних) та помірних форм депресії**: 66% учасників продемонстрували симптоми депресивного спектра, серед яких найбільш поширеними є пригнічений настрій (61%) та зниження життєвої активності (41%).
- **Високий рівень ситуативної тривожності** (57%) та **середній рівень особистісної тривожності** (48%).
- **Низький рівень задоволеності життям** у 64% респондентів; 48% демонструють високий ступінь невдоволення собою, а 53% — незадоволеність соціальними зв'язками, прагнучи їх змінити чи розширити.

- **Домінування авторитарної гіперсоціалізації** у батьківському ставленні (34%), тоді як **кооперативний стиль** виявився найменш поширеним (7%).

РОЗДІЛ 3. Корекційно-розвивальний ефект психологічної підтримки сімей, що виховують дитину з особливими потрребами.

3.1. Обгрунтування корекційно-розвивальної програми психологічної підтримки сімей що виховують дітей із особливими потрребами

Напрацювання, отримані в результаті теоретичного аналізу та емпіричних даних психодіагностичного дослідження особистісних рис батьків, які виховують дітей з особливими потребами, стали підґрунтям для створення **корекційно-розвивальної програми**, спрямованої на вдосконалення психологічної підтримки цієї соціальної групи.

Місія корекційно-розвивального етапу кваліфікаційної роботи полягала у формуванні та апробації програми психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами. Основний акцент було зроблено на **покращенні дитячо-батьківських взаємин** у сімейному колі, що відповідає сучасним підходам до психологічної допомоги та розвитку сімейної системи (Minuchin S., Bornstein M. H., Bradley R. H.).

Завдання корекційно-розвивального етапу емпіричного дослідження охоплювали кілька ключових напрямів:

1. **Розробка програми психологічної підтримки сімей**, що виховують дітей з особливими потребами. Програма інтегрувала освітні та корекційно-розвивальні заходи, які реалізуються практичним психологом закладу освіти, з метою зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності, відновлення суб’єктивного психологічного благополуччя та оптимізації ставлення батьків до дитини.

2. **Апробація програми психологічного супроводу** у межах інклюзивного освітнього середовища, що дозволило перевірити її ефективність у реальних умовах функціонування шкільної системи.
3. **Оцінка результативності програми** на основі повторного діагностування (контрольного психодіагностичного виміру), що забезпечило можливість порівняння змін у психологічному стані батьків та якості їхніх взаємин із дітьми.

Основною базою для проведення корекційно-розвивального етапу було визначено **Київську школу № 25 імені В. Г. Бєлінського**, у класах якої навчалися діти з особливими потребами. Це забезпечило практичну апробацію програми в умовах інклюзивної освіти, що відповідає сучасним міжнародним підходам до психологічної підтримки сімей (Minuchin S., Bornstein M. H., Bradley R. H.).

До складу вибірки на етапі корекційно-розвивального дослідження увійшли 24 особи віком від 25 до 30 років, які виховують дітей молодшого шкільного віку (7–8 років) з особливими потребами. Критерії відбору учасників були наступними:

• Соціальна активність, комунікабельність батьків, а також їхня добровільна згода на участь у корекційно-розвивальному дослідженні;

• Об'єктивні показники, що слугували підставою для залучення до програми психологічної підтримки за результатами попередньої діагностики: високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, занижений рівень усвідомленого суб'єктивного благополуччя та виявлення неадаптивного типу ставлення до дитини з особливми потребами у процесі взаємодії.

До групи влилися 20 матусь та 4 татусів дітей з особливими потребами. З огляду на нерівномірний розподіл респондентів за гендерною ознакою, сформована спільнота аналізувалася як єдине ціле, без врахування цієї відмінності.

Корекційно-розвивальний формат психологічної підтримки сімей, що

виховують дітей з особливими потребами, став підґрунтям для формування низки гіпотез, які визначали спрямованість емпіричного дослідження:

1. **Врахування індивідуальних рис особистісного профілю** та цілеспрямоване впровадження програми оптимізації психологічного супроводу сімей матиме позитивний вплив на стабілізацію емоційного стану респондентів, зокрема сприятиме зниженню рівня тривожності.
2. **Надання систематизованої та багатоаспектної психологічної допомоги** сім'ям, що виховують дітей з особливими потребами, сприятиме покращенню показників суб'єктивного благополуччя батьків.
3. **Реалізація комплексної корекційно-розвивальної програми** психологічного супроводу підвищить адаптивність ставлення учасників експериментальної групи до власної дитини, що, своєю чергою, оптимізує взаємини у сімейному колі.

Ці гіпотези узгоджуються з сучасними підходами до психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, де акцент робиться на інтеграції емоційної підтримки, розвитку адаптивних копінг-стратегій та формуванні партнерських взаємин між батьками й дітьми (Minuchin S., Bornstein M. H., Bradley R. H.).

Розробка програми психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами, ґрунтувалася на ідеї, що ключовими факторами протистояння стресовим впливам та відновлення емоційної рівноваги й усвідомленого благополуччя батьків є комплекс взаємопов'язаних ресурсів:

- **Індивідуальні ресурси батьків**, які визначаються їхніми особистісними якостями та життєвими досягненнями. До них належать критичність мислення, толерантність, емпатія, стресостійкість, самоповага, відчуття власної ефективності, а також розвинені навички відповідального батьківства та адаптивної поведінки.
- **Внутрішньосімейні ресурси**, що охоплюють соціально-психологічний клімат у родині, продуктивні стосунки між її членами, позитивне

взаємосприйняття та взаємне прийняття.

- **Зовнішні соціально-психологічні ресурси підтримки**, зокрема психологічний супровід, який мінімізує дію негативних стресорів та сприяє оптимальній адаптації батьків до життєвих викликів, особливо пов'язаних із доглядом за дитиною з особливими потребами.

Такий підхід відповідає сучасним концепціям психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей з особливими освітніми потребами, де акцент робиться на інтеграції внутрішніх і зовнішніх ресурсів для забезпечення стійкості та адаптації (Walsh F., Minuchin S.).

Інтеграція зазначених ресурсів в єдину систему є необхідною умовою для забезпечення **оптимального психологічного супроводу сімей**, що виховують дітей з особливими потребами. Такий підхід відображає комплекс функцій, необхідних для реалізації ефективної програми підтримки (див. Додаток А).

Формування програми оптимізації психологічної допомоги здійснювалося з урахуванням **стратегічних засад організації психологічного супроводу в освітніх закладах** (див. Додаток Б). Це відповідає сучасним концепціям інклюзивної освіти та системної психологічної підтримки, де ключовим є поєднання індивідуальних, сімейних та соціальних ресурсів для забезпечення стійкості та адаптації батьків (Walsh F., Minuchin S.).

Структура програми психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами, була побудована відповідно до усталеного алгоритму та включала три основні модулі:

1. **Інформаційно-просвітницький (едукаційний) модуль.** Реалізовувався у форматі психологічного лекторію для батьків, що виховують дітей з особливими потребами. Його метою було висвітлення ключових закономірностей розвитку дитини, роз'яснення аспектів батьківсько-дитячих взаємин, а також механізмів реабілітації та абілітації в умовах інклюзивної освіти. До роботи лекторію залучалися фахівці різних

галузей — психологи, педагоги, медичні працівники, дефектологи, реабілітологи та представники ювенальної поліції.

2. **Модуль корекційно-розвивального тренінгу (групова робота).** Його завданням було знаходження практичних шляхів покращення батьківсько-дитячих стосунків у сім'ї, формування адаптивних моделей поведінки та усвідомлення внутрішніх ресурсів стійкості батьків. На цьому етапі також здійснювався індивідуальний психологічний супровід (очний або дистанційний — через телефон, Zoom-конференції, форуми тощо) у рамках функціонування шкільного **«Консультативного центру для батьків»**.
3. **Модуль рефлексії.** Передбачав оцінку ефективності набутого досвіду учасниками тренінгу через самоаналіз, ведення щоденників самоспостереження та закріплення отриманих навичок у реальному житті.

Така тримодульна структура відповідає сучасним підходам до організації психологічної допомоги сім'ям у системі інклюзивної освіти, де поєднуються освітні, корекційні та рефлексивні практики (Walsh F., Minuchin S.).

Вибір тренінгу як форми корекційно-розвивальної роботи був обґрунтований визнанням переваг **групової діяльності** (див. Додаток В). Такий формат надає сім'ям, що виховують дітей з особливими потребами, можливість активного обміну досвідом із людьми, які стикаються з подібними викликами у побудові батьківсько-дитячих взаємин.

Тренінг є одним із найбільш ефективних методів психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей з особливими потребами. У процесі групової роботи батьки набувають навичок **збереження та укріплення психічного здоров'я**, освоюють техніки **саморегуляції психіки** та **активації особистісних резервів**, що сприяє підвищенню впевненості у виконанні батьківських функцій. Такий підхід відповідає сучасним концепціям

психокорекційної практики, де групова взаємодія розглядається як ресурс для розвитку адаптивних стратегій та формування стійкості (Yalom I. D., Leszcz M., Corey G., Corey M. S., Corey C.).

Мета та завдання освітньо-кваліфікаційного дослідження зумовили розробку двох ключових напрямів корекційно-розвивальної роботи з батьками дітей з особливими освітніми потребами:

1. **Активізація особистісних ресурсів батьків.** Цей напрям спрямований на підтримку або відновлення позитивного образу «Я», стимулювання особистісного зростання та збагачення суб'єктивного досвіду благополуччя. Такий підхід відповідає сучасним концепціям психологічної допомоги, де акцент робиться на розвитку внутрішніх ресурсів стійкості та формуванні адаптивних копінг-стратегій (Walsh F.).
2. **Оптимізація сімейних взаємин та формування адаптивного ставлення до дитини.** Реалізація цього напряму передбачає пошук шляхів покращення батьківсько-дитячих стосунків, розвиток партнерської взаємодії та формування конструктивних моделей поведінки у сімейному колі. Це узгоджується з системним підходом до сімейної терапії, де взаємини розглядаються як ключовий чинник розвитку та адаптації (Minuchin S.).

У корекційно-розвивальній та консультативній роботі з сім'ями, що виховують дітей з особливими потребами, практичні психологи наголошують на доцільності використання комплексу технік, які забезпечують багатовимірний вплив на емоційний стан та когнітивні процеси батьків:

- **Когнітивні методики модифікації (реструктуризації)** автоматичних дисфункціональних думок. Вони спрямовані на розвиток позитивного мислення, декатастрофізацію проблемних ситуацій та формування адаптивних наративів. Основою цього напряму є практика когнітивно-поведінкової терапії, розроблена А. Беком (Beck A. T.).
- **Техніки емоційної адаптації та контролю емоційних станів.** Вони

включають вправи з музично-медитативної практики, емоційно-фокусовані методики схема-терапії та позитивної психотерапії, що сприяють регуляції інтенсивності емоційних переживань (Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E., Peseschkian N.).

- **Релаксаційні техніки та методи системної десенсибілізації.** Використовуються для зниження напруги, тривожності та пригніченого стану. До них належать дихальні вправи («Квадрат», «Кульбабка»), техніки постукування («Метелик»), а також вправи «Безпечне місце» та «Приємні спогади» (Wolpe J.).

Створена програма корекційно-розвивального тренінгу для колективної роботи з батьками дітей з особливими освітніми потребами (див. табл. 3.1) базувалася на численних дослідженнях і практичних розробках у сфері психотерапії та психологічної підтримки.

Тренінг тривав 10 тижнів (тривалість 2,5 місяця), протягом яких було проведено 10 занять (по 2,5 години кожне) з періодичністю раз на тиждень.

Таблиця 3.1.

Програма корекційно-розвивального тренінгу оптимізації батьківсько-дитячих стосунків у родині, що виховує дитину з особливими потребмами

Назви змістових модулів і тем
Змістовий модуль І «Вікно усвіт дитини з ОП» **Мета**:інформування учасників тренінгу про закономірності та особливості психічного розвитку дитини з ОП, про відмінності внутрішнього світу дитини і дорослого; осмислення власного досвіду взаємодії з власною дитиною
Тема1.Труднощі особистісного становлення дитини з вадами розвитку
Тема2.Розуміння як основа взаємодіїі з дитиною з особливимипотребами. Усвідомлене формування образу дитини з ОП
Усього годин за модулем:5
Змістовий модуль ІІ «Пізнай себе» **Мета:** ознайомлення батьків дітей з ОП з власними особистісними ресурсами, відновлення позитивного образу «Я» у площині відповідального батьківства. Осмислення механізмів самодетермінації, вивільнення ресурсів самоздійснення
Тема1.Толерантність до стрес-факторів у батьківсько-дитячих стосунках
Тема2.Ресурси індивідуального самоконтролю і саморегуляції

Тема3.Прийоми опанування стресових станів
Тема4.Гнучкість поведінкових сценаріїв як умова психологічного благополуччя
Усього годин за модулем:10
Змістовий модуль ІІІ «Неможу, нехочу,чи не розумію?» **Мета:** формування нового досвіду батьківсько-дитячих стосунків, осмислення ефективних сценаріїв адаптивного ставлення батьків до дитини з ОП
Тема1.Типи ставлення батьків до дитини з ОП. Робота із сімейними світлинами
Тема2.Помилкові очікування як джерело конфліктів у батьківсько-дитячих стосунках Навички емоційної та поведінкової саморегуляції у складних життєвих ситуаціях.
Тема3.Діалог чи монолог? Вербалізація і розширення життєвих цілей у взаємодії з дитиною з ОП
Тема4.Рефлексія конструктивних навичок в взаємодії батьків із дитиною з ОП
Усього годин за модулем:10
Усього годин тренінгу:25

3.2. Оцінка ефективності корекційно-розвивальної програми психологічного супроводу батьків дітей із особливими освітніми потребами

Після завершення корекційно-розвивального тренінгу, на стадії післятренінгового моніторингу, було проведено оцінку результативності програми психологічної підтримки батьків, які виховують дітей з особливими потребами. З цією метою здійснено **повторне тестування — контрольне психодіагностичне вимірювання**, що дозволило порівняти зміни у психологічному стані респондентів та їхньому ставленні до дітей.

Для повторного вимірювання було використано такі інструменти:

1. **Шкала особистісної та ситуативної тривожності** (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), розроблена Ч. Спілбергером та Ю. Ханіним (Spielberger C. D., Ханін Ю. Л.).
2. **Методика «Когнітивні аспекти суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)**, створена О. Калюком та О. Савченко (Калюк О., Савченко О.).
3. **Опитувальник батьківського ставлення до дитини**, розроблений А. Я. Варгою та В. В. Століним (Варга А. Я., Столін В. В.).

Таким чином, повторне психодіагностичне вимірювання дозволило

здійснити комплексну оцінку ефективності програми та визначити її вплив на рівень тривожності, суб'єктивне благополуччя та адаптивність батьківського ставлення.

Аналіз даних повторного вимірювання рівня тривожності батьків дітей з особливими потребами, проведений із застосуванням **Шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна**, засвідчив помітні позитивні зміни у досліджуваних параметрах (див. табл. 3.2).

Зокрема, частка батьків із високим рівнем ситуативної тривожності після участі у програмі психологічного супроводу скоротилася на **41%**. Водночас кількість респондентів із середнім рівнем ситуативної тривожності зросла на **24%** (див. рис. 3.1). Отримані результати підтверджують ефективність програми у зниженні інтенсивності тривожних проявів та оптимізації емоційного стану батьків, що узгоджується з даними попередніх досліджень щодо застосування когнітивно-поведінкових та групових психокорекційних методів у роботі з сім'ями (Spielberger C. D., Yalom I. D., Leszcz M.).

Таблиця 3.2.

Динаміка показників ситуативної і особистісної тривожності респондентів до і після тренінгу (за методикою Ч.Спілбергера – Ю.Ханіна)

Рівень виявлення / **Субшкали**	**Низький рівень**		**Середній рівень**		**Високий рівень**	
	до	**після**	**до**	**після**	**до**	**після**
	Кількість респондентів у%(N=24)					
Індекс ситуативної тривожності	8 %	25 %	34 %	58 %	58 %	17 %
Індекс особистісної тривожності	8 %	8 %	50 %	67 %	42 %	25 %

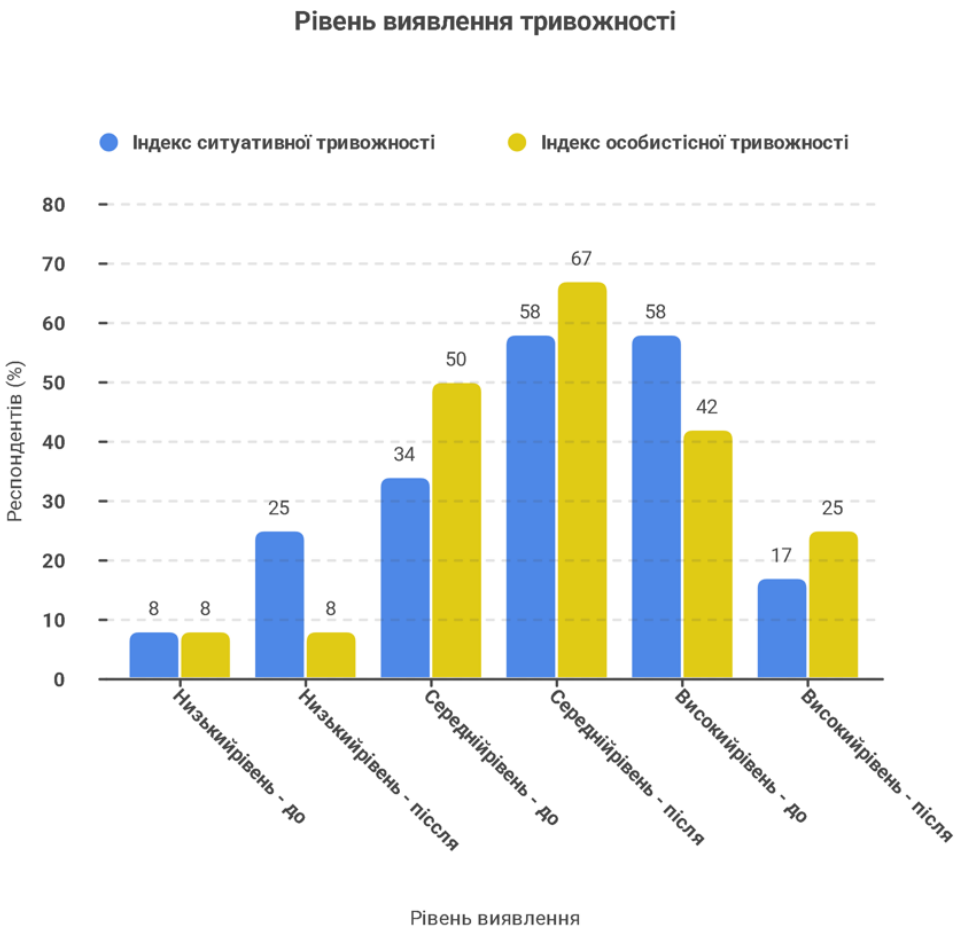


Рис.3.1. Динаміка індексу тривожності батьків дітей з ОП

Аналіз повторного вимірювання рівня **індивідуальної тривожності** серед батьків дітей, які потребують особливої освітньої підтримки, засвідчив позитивну динаміку. Зокрема, було зафіксовано 17-відсоткове зниження частки респондентів із високим рівнем тривожності, що супроводжувалося зростанням кількості учасників із середнім рівнем цього показника.

Отримані результати свідчать, що належна фахова допомога родинам позитивно впливає на **стабілізацію емоційних реакцій на стресові чинники**. Опанування батьками навичок самоконтролю та саморегуляції сприяє інтеграції ефективних механізмів подолання тривоги й хвилювання у складних життєвих обставинах.

Схожі тенденції було виявлено під час фінального збору даних у батьків, які брали участь у програмі психологічного патронажу, зокрема при аналізі показників їхнього **суб'єктивного благополуччя** (див. табл. 3.3). Це

підтверджує ефективність комплексного психологічного супроводу, що поєднує когнітивні, емоційні та поведінкові техніки (Beck A. T., Walsh F.).

Таблиця 3.3.

Динаміка показників когнітивної складової суб'єктивного благополуччя респондентів до і після тренінгу(за методикою КОСБ-3)

Рівень виявлення / Субшкали	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	до	після	до	після	до	після
	Кількість респондентів у %(N=24)					
Загальна задоволеність життям	66 %	34 %	34 %	58 %	0	8 %
Задоволеність власним життям	67 %	25 %	25 %	67 %	8 %	8 %
Невдоволеність собою та розчарування в житті	8 %	42 %	25 %	50 %	67 %	8 %
Задоволеність відносинами зіншими	58 %	25 %	17 %	58 %	25 %	17 %

Оцінка та зіставлення даних, отриманих на етапі початкового (констатуючого) вимірювання, із результатами контрольного зрізу засвідчили **зростання загального рівня задоволеності життям** серед батьків дітей з особливими потребами. Це проявилося у скороченні частки респондентів із низьким рівнем задоволеності (на **32%**), при одночасному зростанні кількості осіб із середнім рівнем (на **24%**) та високим рівнем цього показника (на **8%**) (див. рис. 3.3).

Схожу динаміку було зафіксовано й за всіма субшкалами тесту **КОСБ-3**. Зокрема, спостерігається зниження частки респондентів із низькою життєвою задоволеністю (на **42%**), невдоволених взаємодією з оточенням (на **33%**) та незадоволених собою (на **42%**). Водночас середні значення по вибірці зросли, що дозволяє висловити припущення: у разі забезпечення більш тривалого та системного психологічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами, **суб'єктивне відчуття благополуччя цієї соціальної групи може стати ще більш очевидним**.

Отримані результати узгоджуються з сучасними концепціями психологічної допомоги, де системна підтримка та довготривала робота з родинами розглядаються як ключові чинники підвищення рівня життєвої задоволеності та психологічної стійкості (Walsh F., Ryff C. D.).

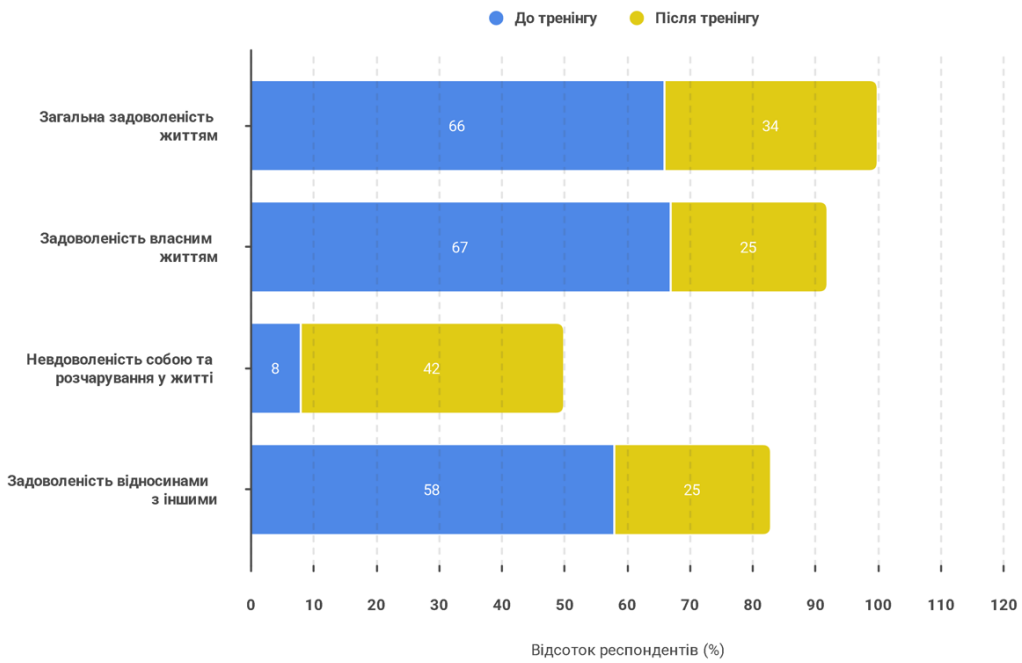


Рис.3.3. Динаміка загальної задоволеності життям батьків дітей з ОП

Паралельно з покращенням внутрішніх станів батьків дітей з особливими потребами, контрольне вимірювання зафіксувало й сприятливі зрушення у їхніх ставленнях (див. Таблицю 3.4.).

Таблиця 3.4.

Динаміка батьківського ставлення до дитини респондентів до і після тренінгу (А. Я. Варги і В. В. Століна)

Показники / **Тип ставлення**	Загальні показники констатувальний зріз (у%)(N=24)	Загальні показники контрольний зріз (у%)(N=24)
Прийняття дитини	8%	34%
Кооперація	0	25%
Симбіоз із дитиною	17%	8%
Авторитарна гіперсоціалізація	41%	25%
Інфантилізація дитини («Маленький(-а)невдаха»)	34%	8%

У системі взаємин між батьками та дітьми з особливими потребами було

зафіксовано позитивні зміни. Зокрема, кількість батьків, які демонструють **прийняття своєї дитини** та ставляться з розумінням до її специфічних рис, об'єктивно оцінюючи потенціал для формування особистості й соціальної адаптації, зросла на **26%**.

Крім того, на **25%** підвищилася готовність батьків до **співпраці у взаємодії з дитиною**, що проявляється у здатності до ведення діалогу та конструктивного планування спільних занять (див. рис. 3.4). Ця динаміка підтверджує ефективність програми психологічного супроводу, яка сприяє розвитку адаптивних моделей батьківського ставлення та оптимізації сімейних взаємин.

Отримані результати узгоджуються з сучасними підходами до сімейної психології, де акцент робиться на формуванні партнерських відносин між батьками та дітьми, а також на розвитку прийняття та співпраці як ключових чинників сімейної адаптації (Minuchin S., Bornstein M. H., Bradley R. H.).

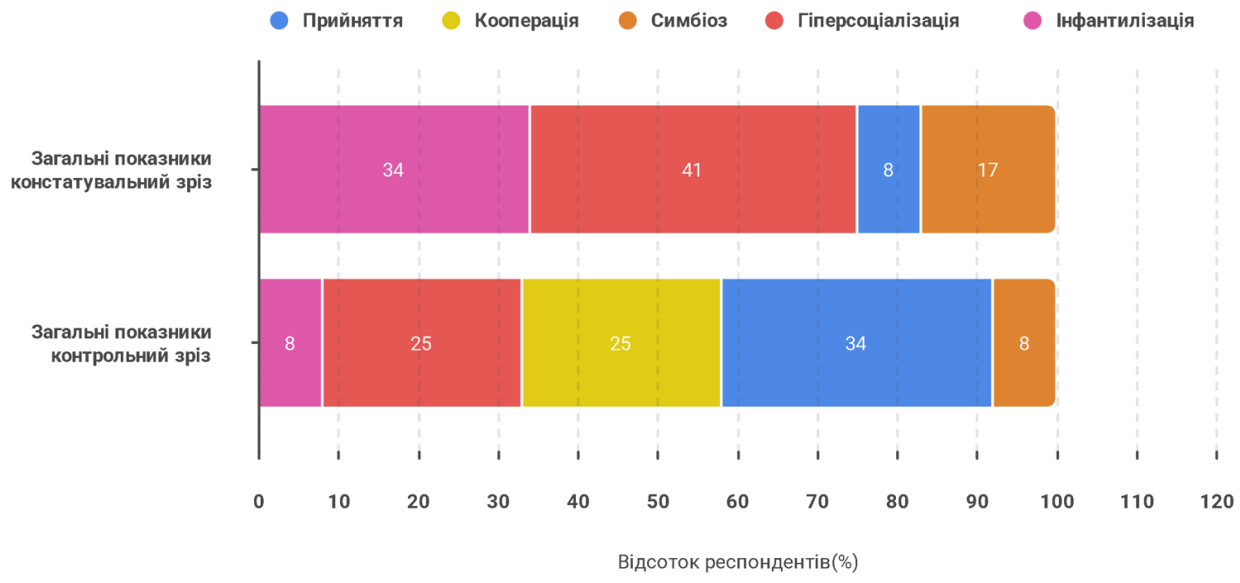


Рис.3.4. Динаміка ставлення батьків до дітей з особливими потребами

Моніторинг контрольного зрізу засвідчив зниження частоти використання низки неадаптивних моделей батьківського ставлення до дітей з особливими потребами розвитку. Зокрема, **авторитарна гіперсоціалізація** зменшилася у 16% респондентів, **інфантилізація дитини** — у 26%, а

симбіотичні зв’язки стали менш вираженими у 9% опитаних.

Цю динаміку можна інтерпретувати як поступовий рух батьків до опанування сучасних моделей батьківської поведінки, що передбачають відмову від застарілих установок, закріплених поглядів та комунікативних бар’єрів, які ускладнюють адекватний діалог із дитиною з особливими потребами.

Таким чином, розроблений план психологічної підтримки сімей, що виховують дітей з особливими потребами, можна визнати **дієвим**: початкові гіпотези знайшли підтвердження, а поставлені цілі емпіричного етапу дослідження — досягнуті. Це узгоджується з сучасними концепціями сімейної терапії та психологічної допомоги, які акцентують увагу на трансформації дисфункціональних моделей взаємодії у напрямі розвитку адаптивних і партнерських відносин (Minuchin S., Walsh F.).

Висновок до розділу 3

Спираючись на результати аналізу теоретичних джерел, дані психодіагностики особистісних рис батьків дітей з особливими потребами, а також на вивчення динаміки взаємин у таких сім’ях, було створено та апробовано **програму корекційно-розвивального психологічного супроводу**. Її головною метою стало **поліпшення якості батьківсько-дитячих взаємин**, що передбачало розвиток адаптивних моделей поведінки, формування конструктивних стратегій взаємодії та підвищення рівня психологічної стійкості батьків.

Розроблена програма узгоджується з сучасними концепціями сімейної терапії та психологічної підтримки, які акцентують увагу на інтеграції індивідуальних і сімейних ресурсів для забезпечення ефективної адаптації та розвитку (Minuchin S., Walsh F.).

У процесі розробки програми корекційно-розвивального психологічного супроводу мною було визначено низку ключових цілей, які відображають її

багатовимірний характер:

- **Збільшення обізнаності батьків дітей з особливими потребами** щодо психологічних аспектів розвитку та виховання. Цей компонент має інформаційно-просвітницьку спрямованість і реалізується через лекційні та освітні заходи, що забезпечують формування базових знань та підвищення психологічної компетентності (Bornstein M. H., Bradley R. H.).
- **Корекція негативних емоційних станів батьків.** Програма спрямована на зниження рівня тривожності та покращення відчуття особистого благополуччя, що відповідає сучасним підходам когнітивно-поведінкової терапії та психоемоційної підтримки (Beck A. T.).
- **Сприяння вдосконаленню моделей взаємодії між батьками та дітьми.** Розвивальний аспект програми полягає у формуванні конструктивних стратегій спілкування, розвитку партнерських відносин та оптимізації сімейних взаємин, що узгоджується з системним підходом до сімейної терапії (Minuchin S.).

З огляду на поставлені цілі програми мною було організовано комплекс заходів, спрямованих на багатовимірну підтримку сімей, що виховують дітей з особливими потребами. До них належали:

- **Психологічні лекції** для батьків із залученням фахівців різних профілів (психологів, педагогів, медичних працівників, дефектологів, реабілітологів), які входять до команди підтримки дитини в умовах інклюзивної освіти.
- **Спеціальний тренінг**, спрямований на покращення сімейних стосунків та корекцію емоційних станів батьків.
- **Індивідуальні консультації** у рамках консультативного пункту для сімей, що виховують дітей з особливими потребами, які проводилися як очно, так і дистанційно.

Усі ці заходи були спрямовані на активізацію внутрішніх ресурсів

батьків та вироблення більш гнучких і адаптивних способів взаємодії з дітьми.

Контрольне обстеження після завершення тренінгу (повторне вимірювання) ключових параметрів — рівня тривожності, суб'єктивного відчуття благополуччя та стилів батьківського ставлення — засвідчило позитивні зміни. Це підтверджує **успішність та дієвість програми психологічного супроводу**, що узгоджується з сучасними підходами до сімейної терапії та інклюзивної психологічної практики (Walsh F., Minuchin S.).

ВИСНОВКИ

Огляд теоретичних положень та узагальнення наукових здобутків у сфері організації психологічної підтримки батьків дітей з особливими потребами дозволяє зробити такі висновки:

- **Проблема кваліфікованої підтримки сімей** активно обговорюється у науковому середовищі, особливо в контексті розвитку інклюзивної освіти в Україні, де психологічний супровід розглядається як необхідна умова ефективної інтеграції дітей з особливими потребами (Островська К. О.).
- **Психологи доводять**, що прийняття особливого статусу дитини, зумовленого вадами розвитку, нерідко супроводжується відкритим або прихованим небажанням її сприймати, що призводить до деформації моделі взаємин «батьки – дитина» (Варга А. Я., Столін В. В.).
- **Батьки дітей з особливими потребами** часто демонструють низьку задоволеність власною батьківською роллю, підкреслюючи знижену самоефективність та відчуття безпорадності. Це робить психологічний супровід життєво важливим компонентом для створення комфортного середовища для дитини та належного функціонування всієї родини (Walsh F.).

Таким чином, психологічна підтримка батьків дітей з особливими потребами є не лише допоміжним інструментом, а й **ключовим чинником**

забезпечення стабільності сімейної системи та успішної соціальної адаптації дитини.

Емпірична частина кваліфікаційного дослідження була спрямована на **уточнення особистісного профілю батьків дітей з особливими потребами** шляхом психодіагностичного вимірювання їхніх суб'єктивних характеристик та установок щодо дитини. Додатково ставилося завдання оцінити потенціал для вдосконалення психологічного супроводу через впровадження авторської корекційно-розвивальної програми.

Для досягнення поставленої мети було визначено послідовність етапів дослідження:

- **Розробка логічної структури емпіричного вивчення** особливостей психологічного функціонування сімей, що виховують дітей з особливими потребами.
- **Проведення психодіагностичного вимірювання** особистісних рис батьків із подальшим аналізом та інтерпретацією отриманих даних.
- **Створення та апробація програми корекційно-розвивального психологічного супроводу**, спрямованої на оптимізацію батьківсько-дитячих взаємин.
- **Оцінка результативності програми** на основі контрольного зрізу, що дозволило визначити її ефективність у зниженні тривожності, покращенні суб'єктивного благополуччя та трансформації моделей батьківського ставлення.

Таким чином, емпірична частина дослідження забезпечила комплексне вивчення психологічних характеристик батьків дітей з особливими потребами та дала змогу апробувати програму, яка підтвердила свою дієвість у практичному застосуванні.

Досліджувана група (88 осіб: батьки, що виховують дітей з особливими потребами: 40 чоловіків та 48 жінок віком від 25 до 40 років) була сформована методом випадкового відбору на основі добровільної згоди респондентів на

участь у дослідженні. Емпіричні відомості були зібрані шляхом індивідуального опитування всіх 88 респондентів.

На основі аналізу та узагальнення результатів психодіагностики вважаємо за доцільне констатувати наступне:

- Серед респондентів домінує легкий (субдепресивний) та помірний рівень депресії: у 66% опитаних зафіксовано ознаки депресивного спектру. У структурі депресії батьків дітей з особливими потребами переважають пригнічений настрій (виявлено у 61% респондентів) та зниження активності (у 41% респондентів) на рівні легкої або помірної вираженості.
- Спостерігається переважання високого рівня ситуативної тривожності (у 57% респондентів) та середнього рівня особистісної тривожності (у 48% батьків цієї соціальної групи).
- Серед батьків дітей з особливими потребами поширений низький рівень задоволення власним життям (у 64% респондентів). 48% учасників дослідження відчувають високий ступінь невдоволеності собою та життєвим розчаруванням, 53% опитаних незадоволені своїми соціальними взаєминами, висловлюють бажання розширити чи змінити коло спілкування, відчуваючи дискомфорт при контакті з іншими та покладаючись виключно на власні ресурси.
- Аналіз батьківського ставлення до дитини показав перевагу авторитарної гіперсоціалізації (34% респондентів схильні до авторитарних методів виховання та надмірної вимогливості у стосунках із дитиною з особливими потребами). Найменш вираженим виявився тип кооперації (лише у 7% респондентів цей тип батьківського ставлення до дитини з ОП є домінуючим).

Зіставлення досліджуваних особистісних характеристик матерів та батьків (чоловіків) дає змогу стверджувати:

- Матері, включені до дослідження, демонструють вищий рівень тривожності: високий показник індексу ситуативної тривожності зафіксовано

у 75% матерів проти 35% у чоловіків, а особистісної тривожності — у 71% проти 10% серед представників чоловічої статі.

- Чоловіки, які опікуються дітьми з особливими потребами, характеризуються відносно вищим рівнем суб'єктивного задоволення життям: 20% чоловіків демонструють високий рівень загальної життєвої задоволеності, а 60% – середній. Натомість серед матерів, що стали вибіркою, 88% вказали на низький рівень загальної життєвої задоволеності.
- Матері дітей з особливими потребами демонструють дещо вищий рівень прийняття дитини (33% проти 20% у чоловіків), 25% матерів у вибірці проявляють симбіотичні стосунки з дитиною, а 12,5% матерів у взаємодії зі своїми дітьми з особливими потребами дотримуються кооперативного стилю, цінуючи їхні здобутки та активно сприяючи інтелектуальному і особистісному розвитку. Водночас чоловіки у вибірці переважно схиляються до авторитарної гіперсоціалізації у ставленні до дітей з особливими потребами (зафіксовано у 60% батьків проти 12,5% серед матерів).

Результати кореляційного аналізу, проведеного з використанням непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена (r_s)), підтверджують наявність статистично значущих зв'язків між типом батьківського ставлення до дитини з особливими потребами та емоційним фоном і показниками суб'єктивного благополуччя батьків, які опікуються дітьми з ОП, на високому та достатньому рівнях значущості ($\leq 0{,}05$ і $p \leq 0{,}01$).

Коли дивишся на результати теоретичних оглядів і практичних досліджень, стає очевидним: тема психологічної підтримки батьків дітей з особливими потребами давно перестала бути маргінальною. Вона активно обговорюється у контексті розвитку інклюзивної освіти в Україні, де науковці наголошують на необхідності системної допомоги родинам (Островська К. О.). Психологи підкреслюють, що прийняття особливого статусу дитини часто супроводжується внутрішнім опором — від відкритого заперечення до прихованого небажання визнавати її відмінності. Це призводить до

спотворення моделі взаємин «батьки – дитина» (Варга А. Я., Столін В. В.). І тут стає зрозуміло: без кваліфікованої підтримки батьки залишаються сам-на-сам із відчуттям низької самоефективності та безпорадності. Саме тому психологічний супровід розглядається як життєво важливий інструмент — він допомагає створити більш комфортне середовище для дитини та стабілізувати функціонування всієї родини (Walsh F.).

Програма мала три чіткі напрями, і вони працювали як різні «точки входу» для підтримки батьків. Перший — це **підвищення психологічної обізнаності**, реалізоване через лекції та освітні зустрічі. Тут батьки отримували знання про особливості розвитку дітей з ОП, що відповідає підходам, описаним у дослідженнях про інклюзивну освіту (Островська К. О.). Другий — **корекція деструктивних емоційних станів**, спрямована на зниження тривожності та покращення відчуття благополуччя. Це перегукується з ідеями когнітивно-поведінкової терапії, де робота з емоціями й думками допомагає стабілізувати внутрішній стан (Beck A. T.). Третій — **стимулювання конструктивних взаємин «батьки – дитина»**, що реалізовувалося через тренінг із десяти сесій. Саме групова робота і рефлексія учасників створювали простір для нових моделей взаємодії, що узгоджується з підходами сімейної терапії (Minuchin S.).

А коли ми провели контрольне обстеження після завершення тренінгу, результати були очевидні: рівень тривожності знизився, суб’єктивне благополуччя зросло, а ставлення до дітей стало більш прийнятним і конструктивним. Це підтверджує, що програма справді працює і може бути використана як ефективний інструмент психологічного супроводу сімей, які виховують дітей з особливими потребами.

Загалом, на підставі результатів теоретико-емпіричного кваліфікаційного дослідження вважаю підтвердженою гіпотезу про те, що системна психологічна підтримка батьків дітей з особливими освітніми потребами сприяє зниженню рівня тривожності та покращенню суб'єктивного

благополуччя батьків, а також позитивно впливає на якість батьківсько-дитячих стосунків у родині. Мета дослідження досягнута, завдання виконані.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрейко Б. В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків : дис. … канд. психол. наук: 19.00.08 – Спеціальна психологія / НПУ ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2018. 248 с.
2. Аристотель. Політика / пер. з давньогр. Київ : Основи, 2000.
3. Бабкіна Н. В. Психоемоційний стан жінок у постнатальний період в умовах війни. Психологія і суспільство. 2022.
4. Балашенко І. В. Соціальна ізоляція як фактор ризику посилення дезадаптації сімей особливої дитини під час пандемії COVID-19. Věda a perspektivy. 2021. № 3. С. 45–56.
5. Бугера Ю. Ю., Гевчук Н. С., Дідик Н. М. Методи і форми соціально-реабілітаційної роботи з батьками, які виховують дитину з особливими освітніми потребами. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2021. Вип. 17. С. 25–35.
6. Варга А. Я. Сімейна психотерапія. Київ : Основи, 2001. 312 с.
7. Варга А. Я., Столін В. В. Опросник родительского отношения. Москва: Изд-во МГУ, 1989.
8. Григорчук А. О. Психологічна допомога сім’ям, які виховують дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни. Актуальні питання корекційної освіти. 2023. Вип. 19. С. 33–41.
9. Закон України «Про охорону дитинства» від 26 квітня 2001 р. № 2402-III.
10. Іванашко О., Вірна Ж., Сіпко Л. Психологічні індикатори емоційної безпеки батьків дітей з особливими освітніми потребами. Психологічні перспективи. 2022. Вип. 39. С. 153–165.
11. Каленська О. А., Кучманич І. М. Психолого-педагогічні аспекти роботи з дітьми з особливими освітніми потребами. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2018.

12. Калюк О., Савченко О. Когнітивні аспекти суб'єктивного благополуччя: методика КОСБ-3. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019.
13. Козуб І. Г. Соціально-правові аспекти визначення інвалідності в Україні. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2019. Вип. 57. С. 112–116.
14. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи. Київ: ІСПП НАПН України, 2020.
15. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами: навч.-метод. посібник у 9 книгах. Київ : ІСПП НАПН України, 2020.
16. Кочубей Т. І., Шевченко Н. В. Психологія сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами. Київ : Либідь, 2015.
17. Малюга Л. Ю. Правове регулювання соціального захисту осіб з інвалідністю в Україні. Право та інновації. 2020. № 3. С. 45–52.
18. Мілютіна К. Л., Іванова О. О. Вплив батьківського ставлення до дітей із розладами аутистичного спектру на перспективу інклюзивного навчання. Науковий вісник Херсонського держ. університету. Серія: Психологічні науки. 2017. Вип. 5(1). С. 98–102.
19. Мушкевич М. І. Психологічні наслідки війни для жінок та матерів. Науковий вісник ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. 2022.
20. Островська К. О. Психологічний супровід сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2017.
21. Прохоренко Л. І. Психологічний супровід дітей з особливими потребами та їхніх родин в умовах кризових викликів. Наукова доповідь НАПН України. Київ, 2021.
22. Романчук О. І. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві. Львів, 2008. 334 с.

23. Романчук О. І. Психологічна підтримка сімей, які виховують дітей з порушеннями розвитку. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2017.
24. Семигіна Т. Є. Соціальна робота з людьми з інвалідністю: сучасні виклики. Київ : Академія, 2019.
25. Служба освітнього омбудсмена України. Психологічний стан батьків та його вплив на розвиток дитини. Київ, 2023. 45 с.
26. Стратегія людського розвитку : схвалена Кабінетом Міністрів України, 2021.
27. Сухіна І. Емоційне вигорання батьків дітей з особливими освітніми потребами: реалії та шляхи подолання. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2020. Вип. 17. С. 220–235.
28. Сухіна І. Особливості психологічного супроводу родин, в яких виховуються діти з порушенням інтелектуального розвитку. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2018. Вип. 14. С. 281–287.
29. Сухіна І. В., Іванова І. І., Іванашко О. Є. Психологічні особливості батьків дітей з особливими освітніми потребами. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2019.
30. Халік О. О. Психологія тривожності: когнітивні та емоційні аспекти. Київ: Каравела, 2018.
31. Ханін Ю. Л. Измерение тревожности по шкале Спилбергера. Ленинград: Наука, 1987.
32. Шульженко Д. І. Психологічний супровід сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами. Київ : Науковий світ, 2019.
33. Barnes C. Disabled People in Britain and Discrimination: A Case for Anti-Discrimination Legislation. London : C. Hurst & Co., 1991.
34. Beck A. T., Alford B. A. Depression: Causes and Treatment. Philadelphia : Univ. of Pennsylvania Press, 2009.
35. Bornstein M. H., Bradley R. H. Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development. New York : Routledge, 2014.

36. Brown P. The Body and Society: Men, Women, and Sexual Renunciation in Early Christianity. New York : Columbia Univ. Press, 1988.
37. Bruce E. J., Schultz C. L. Chronic Sorrow: A Living Loss. New York : Routledge, 2001.
38. Corey G., Corey M. S., Corey C. Groups: Process and Practice. Boston : Cengage Learning, 2018.
39. Cowan C. P., Cowan P. A. When Partners Become Parents: The Big Life Change for Couples. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 2000.
40. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. American Psychologist. 2000. Vol. 55(1). P. 34–43.
41. Field A. Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. London : SAGE Publications, 2013.
42. Foucault M. Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason. Paris : Plon, 1961.
43. Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. 1960. Vol. 23(1). P. 56–62.
44. Kandel I., Merrick J. The birth of a child with disability: Coping by parents and siblings. The Scientific World Journal. 2007. Vol. 7. P. 179–190. DOI: 10.1100/tsw.2007.52.
45. Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York : Macmillan, 1969.
46. Kyzar K., Turnbull A., Summers J., Gómez V. The relationship of family support to family outcomes: A synthesis of key findings from research on families of children with disabilities. Research & Practice for Persons with Severe Disabilities. 2012. Vol. 37(1). P. 31–44.
47. Lefrancois G. Psychology for Teaching. Belmont : Wadsworth Publishing, 1991.
48. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, MA : Harvard Univ. Press, 1974.

49. Mukhlis A., et al. Parental acceptance and its impact on the rights and daily life of children with disabilities. International Journal of Early Childhood Special Education. 2023. Vol. 15(2). P. 45–58.
50. Offe C. Modernity and the State: East, West. Cambridge : Polity Press, 1993.
51. Oliver M. The Politics of Disablement. London : Macmillan, 1990.
52. Olshansky S. Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child. Social Casework. 1962. Vol. 43(4). P. 190–193.
53. Paulson J. F., Bazemore S. D. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. JAMA. 2010. Vol. 303(19). P. 1961–1969.
54. Peseschkian N. Positive Psychotherapy: Theory and Practice. New York : Routledge, 2016.
55. Roberts M. Parents of Children with Disabilities: Coping and Adaptation. New York : Free Press, 1984.
56. Roos S. Chronic sorrow: A living loss. New York : Brunner-Routledge, 2002.
57. Schuchard E. Stages of parental crisis in families with disabled children. Child Care Quarterly. 1975. Vol. 4(1). P. 23–34.
58. Seligman M. The family with a handicapped child: Understanding and intervention. New York : Grune & Stratton, 1979.
59. Seligman M., Darling R. B. Ordinary Families, Special Children: A Systems Approach to Childhood Disability. New York : Guilford Press, 2007.
60. Spearman C. The proof and measurement of association between two things. American Journal of Psychology. 1904. Vol. 15(1). P. 72–101.
61. Spielberger C. D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1983.
62. Stone M. Emotional stress in families with handicapped children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1962. Vol. 3(2). P. 95–108.
63. Turnbull A. P., Turnbull R. Families, Professionals, and Exceptionality: Collaborating for Empowerment. Upper Saddle River, NJ : Pearson, 2006.

64. UNICEF. Parenting a child with disabilities: Support and resources. New York : UNICEF, 2020. URL: https://www.unicef.org
65. United Nations. Education for All Global Monitoring Report. Paris : UNESCO Publishing, 2015.
66. Walsh F. Family resilience: Strengths forged through adversity. In Walsh F. (Ed.), Normal family processes: Growing diversity and complexity. New York : Guilford Press, 2003. P. 399–423.
67. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford, CA : Stanford Univ. Press, 1958.
68. World Health Organization. Mental health and psychosocial support in emergencies. Geneva : WHO, 2023.
69. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva : WHO, 1992.
70. Yalom I. D., Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York : Basic Books, 2005.
71. Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York : Guilford Press, 2003.

ДОДАТКИ

Додаток А

Функції психологічно госупроводу батьків дітей з ОП

Реалізація психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими потребами передбачає реалізацію таких функцій:

1) інформаційної, тобто поглиблення знань, які є важливими для розвитку їхньої дитини, її підготовки до навчальної діяльності;
2) консультативної, що полягає в наданні консультацій і порад батькам для подальшого розв'язання ситуацій та задач різної складності, надання рекомендацій стосовно залучення дитини до освітнього процесу;
3) корекційної, що полягає в коригуванні внутрішнього стану батьків, способів взаємодії із своєю дитиною;
4) комунікативної – це встановлення доброзичливих відносин між суб'єктами психологічного супроводу, включення батьків до активного діалогу;
5) превентивної, що ґрунтується на попередженні складних життєвих ситуацій у системі сімейного виховання дітей з особливими освітніми потребами, негативних проявів емоційного вигорання батьків, формування здатності у батьків опиратися негативним проявам суспільства щодо людей з інвалідністю, керувати власною поведінкою у процесі конфлікту;
6) прогностичної, що передбачає зміни у розвитку дитини з особливими освітніми потребами, наслідків цієї програми, життєдіяльності родини;
7) організаційної, що полягає у координації діяльності всіх суб'єктів психологічного супроводу, розкритті потенціалу батьків стосовно розвитку їхньої дитини.

Усі зазначені функції доповнюють одна одну і постають як цілісна система психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з особливими

потребами.

Додаток Б

Стратегічні принципи організації

Психологічної служби у закладах освіти

Найбільш вивіреними принципами психолого-педагогічного супроводу особистості як суб'єкта навчально-виховного процесу є такі:

- *принцип індивідуального підходу* на основі розуміння і визнання індивідуальності людини як цінності, врахування потенційнихресурсів, індивідуальних нахилів і інтересів усіх суб'єктів освітнього процесу;
- *принцип професійної взаємодії і співпраці* (відкритого соціального партнерства) психолога зі всіма суб'єктами освітнього простору (батьками, психологами, педагогами, іншими фахівцями);
- *принцип системності*: єдність і взаємодоповнюваність психологічних і педагогічних методів у цілісній системі психолого-педагогічного супроводу особистості у освітніх закладах; комплексний і системний підхід до діагностики, профілактики і корекції;
- *принцип цілеспрямованого впливу*: усвідомлене застосування специфічних методів і прийомів впливу на поведінку людини, що потребують високого професіоналізму та технологічної мобільності;
- *принцип компетентності*: володіння необхідними знаннями та уміннямипсихологічноїдопомогиособистості,високавідповідальність спеціалістів за результати діагностично-корекційної роботи;
- *принцип конфіденційності*: анонімність у роботі та необхідність дозованого надання інформації фахівцям різного профілю, батькам, дітям;
- *принцип рефлексивного релятивізму*, що фіксує принципову неможливість означення точних параметрів особистісних конструктів і декларує реальну безкінечність ресурсів само змінення особистості у

конкретних вимірах часо-просторового континууму.

Додаток В

Принципи корекційно-розвивальної групової роботи

- *Принцип реалістичності*: створене тренінгове середовище дозволяє із урахуванням значущих деталей опрацьовувати проблемні ситуації;
- *принцип діалогізації процесу*: організація спілкування на засадах партнерства, довірливих, рівноправних стосунків між учасниками групи;
- *принцип активності*: учасники тренінгу мають бути рівною мірою долучені до активної роботи, що детермінує результативність особистісного зростання суб'єктів;
- *принцип дослідницької (творчої) позиції*: креативне середовище тренінгу спрямовує учасників до самоаналізу, дослідження особливостей і закономірностей міжособистісного спілкування, отримання нового досвіду діалогічного партнерства і пошуку варіантів розв'язання проблем у змодельованих ситуаціях;
- *принцип об'єктивації поведінки*, що передбачає переведення учасників тренінгу із імпульсивного, неусвідомлюваного рівня регуляції діяльності і вчинків на усвідомлений, що у вимірах когнітивного аргументування дозволяє гнучко застосовувати ефективні стратегії поведінки адекватно до особливостей ситуації та потенційних можливостей особистості;
- *принцип конфіденційності і довіри*, що зумовлює неприпустимість винесення особистісних історій кожного за межі групи; міру щирості у обговоренні персонального досвіду кожний член групи встановлює

сам, що дозволяє йому відмовитися від участі в дискусії щодо певних питань;

- *принцип незасудження та прийняття*, що передбачає встановлення довірливо-ділового стилю спілкування, толерантності у ставленні до іншої людини;
- *принцип зворотного зв'язку*, що зумовлює висловлювання кожним членом групи відкритої, аргументованої конструктивно-доброзичливої коректної оцінки щодо успішності виконання поставлених задач, емоційта поведінки учасників корекційно-розвивальної роботи.