

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

**Кафедра клінічної психології**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему:

**Особливості тривожності матерів, які виховують підлітків з  
розладами аутистичного спектру**

**Виконала:**

студентка 2-го курсу групи ПМ - 201  
спеціальності 053 Психологія  
освітньо-професійна програма Клінічна  
психологія

**Беньковська Юлія Адольфівна**  
(прізвище, ім'я, по батькові)

**Науковий керівник:**

**Д.Мед.Н.**  
(наукова ступінь, вчене звання)

**Полшкова Світлана Геннадіївна**  
(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» червня 2022р.

Зав. кафедри \_\_\_\_\_ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по  
батькові)

**Київ – 2022**

## ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ 1. Теоретичні-методичні засади вивчення особливостей тривожного стану матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру.....	5
1.1. Феномен тривожності.....	5
1.2. Особистість жінки-матері.....	8
1.3. Психологічні особливості матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру.....	12
Висновки до розділу 1.....	15
Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей тривожності матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру .....	17
2.1. Підходи до вивчення тривожності.....	17
2.2. Організація та проведення дослідження особливостей тривожності матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру.....	20
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних .....	23
Висновки до розділу 2 .....	36
Розділ 3. Робота психолога з тривожним станом матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру.....	38
3.1. Підходи до роботи психолога з тривожним станом матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру.....	38
3.2. Групова терапія матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру.....	45
Висновки до розділу 3.....	51
Висновки.....	53
Список використаних джерел.....	55

## ВСТУП

Актуальність: за останні десятиліття збільшилась кількість дітей з розладами аутистичного спектру. За даними ВОЗ на 2020 рік, співвідношення 1:54. Перебіг таких розладів у дітей та підлітків дуже тяжкий і потребує постійної реабілітації. В таких умовах сім'я, що виховує підлітка з розладами аутистичного спектру перебуває в скрутному психологічному, соціальному та фінансовому становищі. Та найголовнішим є те, що один з батьків в більшості випадків, повинен безперервно знаходитись біля підлітка який має аутизм. Зазвичай, цією людиною є матір. Здоров'я, тобто стан психологічного, фізичного та соціального благополуччя матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, має велике значення для успішної реабілітації та соціалізації підлітків, які мають розлади аутистичного спектру.. Жінки, що виховують дітей з особливими потребами перебуває в постійному стресі з початку їх народження і по мірі зростання і надалі. На жаль, стан матерів, які виховують підлітків з хронічними психічними захворюваннями інколи буває вкрай тяжким, тривожність доволі висока, що впливає на самоконтроль на стабільність емоцій. В наслідок чого - апатія, емоційне вигорання чи депресивний стан, не рідкісне явище.

Детальне вивчення психологічного стану таких матерів допоможе більш комплексно підійти не тільки до реабілітації підлітків з розладами аутистичного спектру, а й стане запорукою покращення стану цілої сімейної системи в якій виховуються особи з розладами аутистичного спектру. На сьогодні таке стрімке зростання захворюваності дітей, що стають в подальшому підлітками, на психічні розлади аутистичного спектру, загострює питання якості життя сімей, що займаються їх вихованням та реабілітацією. Крім того відкритими залишаються питання щодо інтеграції, інклюзії таких сімей, та покращення умов їх життя.

Об'єкт: феномен тривожності.

Предмет: особливості тривожності матерів які виховують дітей з розладами аутистичного спектру.

Мета: дослідити особливості тривожності матерів які виховують дітей з розладами аутистичного спектру.

Завдання:

1. Навести теоретико-методичні аналіз тривожності матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру.
2. Організувати та провести емпіричне дослідження.
3. Навести аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.
4. Запропонувати психологічні інтервенцію, що націлена на тривожність матерів, які виховують підлітків з особливими потребами.

Методи:

1. Теоретичний аналіз наукової літератури.
2. Психодіагностичний метод:
  - шкала Спілбергера;
  - п'ятифакторний особистісний опитувальник.
3. Математико-статистична обробка даних:
  - факторний аналіз;
  - кореляційний аналіз;
  - достовірності відмінностей тощо.
4. Метод психологічної інтервенції.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ МАТЕРІВ ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ**

### **1.1. Феномен тривожності**

Одним з перших, хто акцентував увагу на проблемі тривожності був З.Фрейд в 1926р. у монографії “Гальмування, симптоми, тривога”. Вчений виділив стан тривоги та занепокоєння, та сформулював означення тривоги як емоційного стану, що включає в себе переживання, очікування та невизначеність, а також відчуття безпорадності[34].

Дослідники Дж.Браун, У.Кеннон, Х.Ліделла, А.Валлон, П.Жане, Р.Шульц, Ж.Піаже, П.Фресс, П.М.Якобсон, Д.Хебб внесли свій вклад у вивчення проблеми тривожності і опис цього явища. «В загальному вигляді тривожність – це негативне емоційне переживання, пов’язане з передчуттям небезпеки.» , А.М.Прихожан [25].

Деякі дослідники розрізняють тривожність як емоційний стан (ситуативна тривожність), як стійку рису (особистісна тривожність) - особисту психологічну рису, що виражає здатність до інтенсивних переживань, які часто повторюються. О.Ставицька визначає особистісну тривожність як стійку тривожну психічну структуру з відповідними їй сценаріями поведінки, які виражаються в ймовірних реакціях на загрозові ситуації і призводять до підвищення тривоги. Психолог констатує, що тривожність є суб’єктивним відчуттям неблагополуччя особистості [19].

Отже існує поняття “тривожний стан”, яким психологи описують наявність боязкості та підвищеної готовності людини до реакції страху. Вчений Варій М.Й. вважає, що тривожність як риса характеру є головним фактором, що формує нервові та психологічні захворювання. Висока тривожність знижує рівень когнітивної діяльності, затуплює її в важких ситуаціях, наприклад, коли людина перебуває у загрозових ситуаціях, чи планує важливі, але складні для неї стратегії на життя [29].

Існує і інший підхід до вивчення тривожності, яка розглядається як

невротичне утворення, породжене внутрішніми конфліктами (З.Фрейд, К.Роджерс, К.Хорні, В.М.М'ясішев, О.І.Захаров). Вчені називають основою для виникнення тривожності протиріччя, які виникають між можливостями особистості і вимогами, які до неї висувуються і з якими вона по різних причинах не може справитися [33].

В чисельних дослідженнях вчені намагалися визначити як співвідносяться між собою тривожність загальна і окремі форми тривожності. А.М.Прихожан в своїй роботі робить висновок, що часткова тривожність є лише специфічною формою вираження, «прив'язуванням» до конкретних об'єктів загальної тривожності [30]. Вона вважала, тривожність є стійким особистісним утворенням, що характеризується схильністю до переживань нейтральних ситуацій, що містять загрозу самооцінці, інтересам, цінностям. Крім того, не рідко тривожність може бути станом, що має негативне значення. Здебільшого це та тривожність, яка стосується майбутнього: очікуванням неблагополуччя, з передчуттям небезпеки.

Проблема тривожності вивчається багатьма сучасними, вченими-психологами (Л.Берковіц, В.М.Бехтерев, В.К.Вілюнас, Б.І.Додонов, К.Ізард, Є.П.Ільїн, О.Г.Ковальов, К.К.Рубінштейн, Т.С.Кириленко, С.О.Ставицька, Т.Х.Шінгаров, О.Я.Чебикін, П.М.Якобсон та ін.) Такий інтерес до цієї проблеми обумовлений тим, що люди, які мають підвищені тривожність не в змозі функціонувати і жити повноцінне життя [23].

А. Адлер розглядає тривожність як рису характеру, що залишається з людиною все життя, з дитинства до старості. Вчений Ізраїль К. вважав, що тривожність — це стан, що складається з декількох емоцій: страх, злість, провина, соромом, цікавість, вина тощо. Р. Немов розглядав феномен тривожності з точки зору відчуття підвищеного занепокоєння, страху у соціальних ситуаціях, що не зустрічаються людині у повсякденному житті.

М. Кордуелл вводить поняття “тривожні розлади”, та загострює увагу на тому, що тривожність може бути симптомом багатьох розладів психіки. А також висвітлив зміст об'єктивної тривожності, що виникає тоді, коли людина

вважає, що насувається реальна загроза життю. Така тривожність не рідко може зберегти життя в загрозливій ситуації, але в спокійних умовах суттєво знизити якість життя.

В. Долгова, О. Напрієров та Я. Латюшин вважають, що тривожність — це стійка особистісна психологічна особливість, обумовлена слабкістю нервових процесів, які проявляються в емоційному дискомфорті, що пов'язаний з очікуванням неблагополуччя, загрозової небезпеки та переживанням занепокоєння [33].

М. Скворцова називає феномен тривожності — особистісну властивість, яка загострює ірраціональну генералізовану реакцію на невизначену загрозу та робить людину схильною до переживань тривоги в тих випадках, коли більшість людей її не відчують [10].

Г. Лядкова формулює тривожність як мультифакторний психологічний термін, яким характеризують відповідний стан індивіда, в певний момент часу, і з іншого боку стійку властивість будь-якої людини [41].

Підводячи підсумки щодо вивчення феномену тривожності, слід зазначити, що переважна більшість авторів розглядають цей феномен як особистісну якість та властивість людини та її характеру. Інші ж, як стан емоційного дискомфорту, або як комбінацію страху з декількома іншими емоціями. Тому в психології немає одностайної думки про визначення феномену тривожності. Але зрозумілим є те, що надмірна тривожність погіршує функціонування людини і знижує якість її життя.

## 1.2. Особистість жінки-матері

Материнством зацікавились у психології розглядаючи два напрямки: при вивченні ролі матері в формуванні перших особистісних структур (психоаналіз та інші напрямки психології особистості: З. Фрейд, К. Хорні, Е. Еріксон, Дж. Боулбі та ін.), і в практичних дослідженнях, пов'язаних з порушенням психічного розвитку дитини (затримки і порушення психічного розвитку, дитяча психіатрія, соціальна дезадаптація, психологічні проблеми дітей та підлітків: А. Фрейд, М. Кляйн, Д. Віннікотт, М. Маллер та ін.) У сучасній психології в рамках другого напрямку вивчалось материнське ставлення, материнська (батьківська) позиція, дитячо-батьківська взаємодія (В.І. Гарбузов, Е.Г. Ейдемільер, А.С. Співаковська, А.Я. Варга, А.Д. Кошелева, В.І. Перегуда, І.Ю. Ільїна та ін.) [36].

У сучасній психології особистості і психотерапії материнство досліджується в напрямку задоволеності жінки своєю материнською ідентичністю, як частиною особистісної та жіночої ідентифікації. Існує багато аспектів, що формують феномен материнства. Деякі з них вивчає психологія, яка займається пренатальним періодом, вагітністю, пологами та післяпологовим періодом і є самостійною частиною психологічного вивчення материнства. [20].

Інший аспект материнства висвітлений у руслі вивчення материнсько-дитячої взаємодії у дитячій психології. Роль дорослого в розвитку дитини як представника людського роду, прийнята в якості основоположної в культурно-історичному підході, у сучасній психології та лягла в основу виділення взаємодії дитини з дорослим в якості самостійного об'єкта дослідження (М.І. Лісіна, Є.О. Смирнова, Н. Н. Авдєєва, С.Ю. Мещерякова, О.В. Баженова, Л.Л. Баз, Г.В. Скобло, А.Д. Кошелева, В.І. Перегуда, Г.І. Свердлова, І.Ю. Ільїна та ін.)[3].

Материнство – поняття, що включає в себе: фізіологічні процеси, має історичний розвиток, культурні та індивідуальні особливості. У зарубіжних дослідженнях, здійснюваних в першу чергу в рамках таких підходів, як

соціальне вчення, психоаналіз, теорія об'єктних відносин - мати і дитина розглядаються як складові єдиної діадистичної системи. Тільки в рамках цієї системи набувається статус «матір» і «дитина», і тільки в ній є взаємний розвиток не тільки на рівні окремих елементів, а й цілісний на рівні сімейної системи.

Якщо узагальнювати всі основні напрями досліджень, то можна виявити, що материнство, як психо-соціальне поняття, розглядається і як материнство для забезпечення умов для розвитку дитини і як частина особистості жінки. Слід звернути увагу й на проблему «материнського інстинкту», що розгорілася в другій половині ХХ сторіччя. Деякі дослідники переконані, що материнська прихильність підпорядковується переважно вродженим механізмами, які є наслідком походження людини від тварин (Р.Дж. Геллес, Дж. Боулбі, К. Лоренц, Е. Панов, Р. Шовен, Х. Монтані та ін.) [25].

Здібність матері емоційно переживати прояви від дитини і виражати свої емоції у взаємодії з нею, прагнути брати участь у її емоційному житті розглядається багатьма психологами як її природна особливість. Такої точки зору дотримується Д. Віннікотт, що описав стан матері після пологів, як особливий стан, що дозволяє їй постійно переживати те, що відбувається з дитиною [33].

У працях М. Мід йдеться про те, що материнська турбота і прихильність до дитини настільки глибоко закладені в реальних біологічних умовах зачаття і виношування, пологів і годування грудьми, що тільки складні соціальні установки можуть повністю придушити їх [27].

Іншу крайню соціоцентричну позицію займає Е. Бадінтер. Простеживши історію материнських установок протягом чотирьох століть (з XVII до XX ст.), вона прийшла до висновку, що інстинкту материнства не існує, надзвичайна мінливість почуттів матерів, залежно від їх культури, амбіцій чи установок. Материнська любов - це феномен, який не просто історично змінюється, але в різні часи має різний зміст [8].

Е. Бадінтер простежує три основні ідентичності для жінки: матері, дружини і жінки, що має професійну, або будь-яку іншу реалізацію. Дослідниця вважає, що в різні епохи та чи інша з цих ідентичностей ставала домінуючою. Загострена увага приділяється зв'язку між суспільними потребами і величиною материнської відповідальності з появою дитини [8]. Дослідниця проаналізувала динаміку материнських установок протягом кількох століть у Франції і дійшла висновку, що до кінця XVIII в. материнська любов була справою індивідуального розсуду, випадковим явищем. Здатність жінки народжувати, було звичайною справою для тих часів, цьому не приділяли ніякої уваги і вважали обов'язком кожної жінки.

Як зазначає Годфруа, численні опитування показали, що прихильність матері до свого немовляти частково залежить від досвіду, придбаного раніше, головним чином в дитинстві, але в рівній мірі і від зав'язків, які встановлюються після пологів в результаті її турбот про дитину [36].

Материнство - це одна з соціальних жіночих ролей, тому навіть якщо потреба бути матір'ю і закладена в жіночій природі, суспільні норми і цінності роблять визначальний вплив на прояви материнського відношення. Материнське почуття включає в себе біологічне прагнення до материнства, забарвлене або перетворене інтеріоризованими соціальними нормами.

Поняття «норми материнського відношення» не є сталим, по причині еволюції самого материнства. Негативні прояви щодо материнства могли бути проявлялись в різній степені, не кожній жінці може бути до вподоби цей процес, навіть після народження дитини. Зазвичай такий стан жінки приховували, а якщо і афішували, то таке поведження супроводжувалося почуттям провини самої матері та соціальним засудженням. Тобто вільного виходу таких емоцій фактично не існувало.

Інші дослідники, такі як Т. Флоренського, ідентифікували материнство з - призначення жінки, що обумовлює цей стан не тільки як фізіологічну потребу, а як духовне прагнення [25].

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

Материнська ідентичність являється психологічним утворенням жінки в процесі усвідомлення себе матір'ю та відповідальністю, котру вона бере на себе в ролі матері. Усвідомлене материнство залежить від психологічної зрілості жінки. Представники гуманістичного напрямку А. Маслоу, Г. Олпорт вважали, що особистість є динамічною в своїх проявах через особистісні риси реалізуючи власний потенціал [34].

Всі дослідження батьківського, і зокрема материнського, відношення до емоційного благополуччя дітей показують, що емоційне ставлення матері, її поведінки, способи надання підтримки і т. п. можуть бути різними у різних матерів. Все це змушує припустити, що материнство не повністю забезпечується вродженим механізмом жінки. Різке порушення материнства показує те, що материнський інстинкт не є провідним в поведінці матері. Загострення уваги на інстинкті відволікає увагу від проблем самореалізації жінки. Материнство при такому акценті, являє собою арену боротьби різних ідентичностей, а особистісний вибір стає результатом зіткнення різних інтересів жінки.

### **1.3. Психологічні особливості матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру**

Розлади аутистичного спектра – загальний термін для окремої групи дефектів розвитку, що мають первазивний характер. Порушення виявляються практично у всіх галузях психічної діяльності: когнітивної, афективної, комунікативної, сенсорики та моторики, уваги, пам'яті, мислення, мови та становлять труднощі в діагностиці та лікуванні [39].

Внаслідок народження дитини з розладами аутистичного спектру внутрішньо сімейні відносини, а також контакти з навколишнім соціумом зазнають змін. Причиною є затримка у розвитку дитини з розладами аутистичного спектру, її поведінка, а також постійні фактори стресу та величезне емоційне навантаження, яке відчувають всі члени сім'ї. Багато матерів у ситуації, що склалася, відчувають відчай і безпорадність, які можна охарактеризувати як відчуття психологічної та соціальної депревації.

Нерідко жінки потрапляють в соціальну ізоляцію, чому передують кілька факторів. По-перше, це відбувається через те, що виховання підлітків з розладами аутистичного спектру обмежує час спілкування батьків зі своїми друзями та родиною. Також, матері підлітків з розладами аутистичного мають бажання спілкуватись та дружити з батьками підлітків, що розвиваються нормотипово, але стикаються з тим, що інші батьки не розуміють поведінки їх підлітків та намагалися уникнути спілкування. Це часто приводило до того, що матері залишалися на одинці зі своїми потребами та проблемами.

Крім того відбувається «аутизація» сімей, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, що полягає в тому, що коли особливості в розвитку дитини стають помітними в соціумі, сім'я, щоб приховати їх і не відчувати негативних емоцій, закривається і ще більше піддається соціальній ізоляції.

Виклики, які долає мати на шляху прийняття дитини з неповносправністю продемонстровані в спіралі професорки Е. Шухарт: шок (кошмарний сон,

безпорадність, бажання втекти/прокинутися); заперечення (спростування реальних фактів); пошук (надія на чудо); агресія (страждання спонукає до пошуків винних, розчарування, звинувачення Бога); депресія (усвідомлення неможливості втечі); примирення (вголос озвучується діагноз дитини, миряться з ситуацією); прийняття (зміна цінностей, усвідомлення власної сили); солідарність (прийняття неповносправності відкриває можливості до оздоровлення суспільства) [25].

Серед внутрішньосімейних факторів - наявність у підлітка серйозного хронічного психічного захворювання, яке виражається у порушенні розвитку та комунікації вже саме по собі є великим фактором стресу для матері, для формування її стосунків з підлітком та материнської ідентичності. Тяжкість перебігу розладів аутистичного спектру обумовлена тим, що різко виражена ураження сфери соціальних взаємодій, що істотно ускладнює комунікацію всієї сім'ї. Крім того, під час пубертатного періоду, підліток зазнає значних змін у гормональній системі, що дуже впливає на взаємини, які і без того мають значні проблеми.

Зазвичай мати, постійно контактуючи з підлітком, відчуває велике психоемоційне навантаження. Об'єктивні причини тяжкості становища матері підлітка з розладами аутистичного спектру найчастіше посилюються ще й суб'єктивними негативними переживаннями: «Стрес та тривожність найбільше виявляється саме у матерів аутичних дітей. Вони не тільки відчувають надмірні обмеження особистої свободи і часу через надзалежність своїх дітей, але і мають дуже низьку самооцінку, вважаючи, що недостатньо добре виконують свою материнську роль» [41].

Відомо, що матері підлітків з аутизмом в силу їх поведінкових особливостей (відсутність контакту очей, мутизм, відсутність слідування, емоційна холодність підлітка, сенсорна чутливість) оцінюють себе як «поганих» матерів. Також, слід зазначити, що хронічна депривація потреб, важливих для будь-якої людини, може спровокувати розвиток синдрому емоційного вигорання та бути причиною не тільки постійного занепокоєння, а

й апатії.

Матеріальні проблеми, нестача часу на власні потреби збільшують стрес у матерів підлітків з розладами аутистичного спектру. Крім того, роздуми щодо майбутнього своїх дітей та розуміння власної недовговічності підсилюють тривожний стан.

Матері зазнають дії «кумулятивного (сукупного) стресу» (cumulative stress) – стресової напруги, що виникає в результаті сумарного впливу багатьох стресових факторів виховання та реабілітації підлітків з розладами аутичного спектру [32]. Виховання та реабілітація дітей, а згодом і підлітків є фактором, який впливає на те, як матір сприймають інші проблеми, складнощі, та на впевненість у тому, наскільки вони можуть їх долати. Такий стрес триває постійно, що свідчить про екстремальний рівень психотравми за DSM5 [3].

Таким чином, підвищена тривога матерів за життя та реабілітацію підлітків з розладами аутистичного спектру формує постійний тривожний фон з яким живуть жінки від народження їх дітей. З деякими чинниками доводиться жити постійно, щось вдається реабілітувати. Наявність елементів пригніченості, тривожності, апатичності, суму, депресивних станів невидимо спотворюють материнський зв'язок, впливаючи на розвиток підлітка та його потенційній можливості. Жінки не спроможні повноцінно реалізуватись, сформувати стійку самооцінку, бути соціально успішними і мати повноцінне особисте життя.

## Висновки до розділу 1

Узагальнюючи теоретико-методичні засади вивчення особливостей тривожного стану матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, слід зазначити, що жінки перебувають роками в умовах постійного стресу та нестабільному емоційному стані. Цей стан обумовлений тим, що підлітки с таким діагнозом перебувають в затримці психічного розвитку, мають поведінкові проблеми і комунікативні проблеми.

Провідною ознакою високого рівня тривожності матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру є сприйняття довколишнього світу, як загрози для підлітка з розладами аутистичного спектру. Це відбувається завдяки тому, що в соціумі рідко сприймають поведінку підлітків з розладами аутистичного спектру. Поведінка підлітків зазвичай сприймається як незрозуміла та дивна, люди уникають контакту і не знають як себе поводити. Не рідкі і конфліктні ситуації, не тільки з іншими людьми, а й між мамою і підлітком. Як наслідок, за рахунок особливостей розвитку підлітків з розладами аутистичного спектру, сім'ї «аутизують» та стають соціально ізольованими.

Крім того, висока тривожність не дає матері займатися самореалізацією і суттєво знижує самооцінку. Матір вимушена забезпечувати життя підлітків з розладами аутистичного спектру, бо без супроводу дорослої людини повноцінне функціонування та життя маловірогідне. Таким чином особисті потреби і власне життя відходить на другий плану у таких жінок, що є доволі важким випробуванням.

Підвищена тривожність у матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру може призводити до значної психоемоційної напруги та погіршувати стан здоров'я. На фоні емоційної нестабільності знижується самоконтроль і якість життя матері суттєво погіршується, зростає незадоволеність, втрачаються особистісні прагнення та сенс життя. За рахунок того, що реабілітація та виховання можуть бути дуже важкими, жінка може себе відчувати недостатньо хорошими матір'ю, що в свою чергу підвищує

тривожність. Існує вірогідність, що жінки, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру можуть не помічати своєї тривожності бо живуть з нею з початку народження дитини.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ МАТЕРІВ ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ**

### **2.1. Підходи до вивчення тривожності**

Розглянемо методики, що використовуються для вимірювання тривожності. Однією з перших методик оцінки індивідуальних відмінностей у тривожності людини, була особова шкала проявів тривоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiet Scale). Найбільш відомі варіанти методики в адаптації Т. А. Немчинова та В. Г Норакідзе, який у 1975 р. доповнив опитувальник шкалою брехні, що дозволяє судити про демонстративність, нещирість у відповідь [23].

Ці опитувальники застосовували при індивідуальному та груповому обстеженні, вони здатні вирішувати як теоретичні, так і практичні завдання та можуть бути включені до інших тестів.

Інтегративний тест тривожності – оригінальна клінічна тестова методика, створена у 2005 році у НППНІ ім. Бехтерева к.п.н. А.П. Бізюком, д.м.н. професором Л.І. Вассерманом та к.м.н. Б.В. Іовлевим для загальної структурної експрес-діагностики тривоги та тривожності, у тому числі у клініці психосоматичних захворювань [33].

Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка. Дає можливість оцінити особливості психічних станів у 4 основних напрямках (тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність) [21].

Одним недоліком багатьох інструментальних методів дослідження є недиференційованість тривоги та тривожності. Тривога і тривожність – різні, але системно пов'язані поняття, аналізувати які слід поєднано у тому, щоб зрозуміти їх особистісний сенс у реальної життєвої ситуації людини. Саме таким чином у комплексній багатовимірній діагностиці порушень психічної адаптації досліджується патогенез формуються психогенний та соціогенний, внутрішньої картини хвороби, тенденцій до саморуйнівної поведінки та ін.

Особливо чітко ці загальні механізми формування клінічної картини хвороби, де тривога – тривожність відіграють суттєву (а нерідко й основну)

роль, що простежуються переважно при невротичних та неврозоподібних розладах соматоформного типу (F4 – МКБ-10) [19].

Термін «тривожність» використовується для визначення комплексу відносно стійких індивідуальних характеристик особистості, що провокують тривожний стан. В теоретичних дослідженнях, діагностичній та експериментальній практиці ґрунтовно закріпилося розмежування поняття тривожності як властивості особистості та як стану [23]. Сформулював це відомий американський психолог дослідник даної проблематики Ч. Д. Спілбергер, що розглядає тривожність як властивість (Т-властивість) особистості розглядається ним як набута поведінкова диспозиція, що обумовлює реагування на об'єктивно безпечні обставини надмірно інтенсивними та вираженими Т-станами.

Ч.Д.Спілбергер розділяє реактивну та індивідуальну тривожність. Така тривожність виникає у будь-якої особистості, що знаходиться в очікуванні неприємностей або складностей. Така тривога мобілізує усі ресурси організму, дозволяючи особистості серйозно та відповідально підійти до вирішення проблем. Ситуація, коли людина демонструє безвідповідальність та недоречність свідчить про низький рівень ситуативної тривожності. Особистісна ж тривожність характеризується стійким почуттям тривоги у найрізноманітніших життєвих ситуаціях, навіть об'єктивно не загрозливих. Особистість із високим рівнем особистісної тривожності постійно відчуває безпідставний страх, невизначене почуття загрози, будь-яка подія сприймається як загрозлива та небезпечна. Схильна до такого стану особистість постійно знаходиться у пригніченому настрої, що закріплюється у процесі становлення особистості і може впливати на формування заниженої самооцінки [41].

Крім наведених вище методик, стан тривоги можна визначити в мультифакторних особистісних опитувальниках, таких як “П’ятифакторний особистісний опитувальник” та “Опитувальник багатостороннього дослідження особистості (ММР1)” і багатфакторний особистісний

опитувальник Р. Кеттлера, що відображає тривожність і емоційну збудливість особистості.

Як бачимо, методик для визначення стану тривожності доволі багато, важливо зазначити, що диференціація тривожності на особистісну (реактивну) та ситуативну по Ч. Д. Спілбергеру суттєво допомагає в дослідженні стану тривожності і дозволяє сформулювати розуміння стану особистості в більш глибокій мірі.

## **2.2. Організація та проведення дослідження особливостей тривожності матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру**

Дослідження було організоване та проведена в онлайн форматі на платформі Google. Респонденти заповнили анкет та пройшли: “Шкала тривоги Спілбергера”, “П’ятифакторний особистісний опитувальник”.

Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблений Ч.Д.Спілбергером та адаптований Ю.Л.Ханіним [10].

Тривожність, як особливість характеру людини, необхідно досліджувати та вимірювати тому, що вона відображає поведінку кожної людини. Кожній особистості характерний певний рівень тривожності, це природньо, оскільки в невеликій кількості вона забезпечує такий важливий стан, як самозбереження. Якщо людина здатна не тільки розуміти на скільки вона тривожна, а й відрефлексувати себе в стані тривожності, це допомагає їй контролювати свій стан і регулювати його.

Крім того, тривожність, як індивідуальна характеристика кожної людини відображає наявність в ситуаціях, що розцінюються людиною як, небезпечні підвищеної тривоги і подальших наслідків. А також, прогнозувати реакцію людини на тривожні ситуації, та відстежувати певні тригерні події, які вважаються особистість загрозованими.

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується емоціями, що суб'єктивно переживаються: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю у часі. Особи, що відносяться до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій та реагувати дуже вираженим станом тривожності. Якщо психологічний тест

відображає у респондента високий показник особистісної тривожності, це дає підстави припускати в нього поява стану тривожності у різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетенції і престижу [10].

Частина методів для вимірювання тривожності оцінює індивідуальну тривожність, або стан тривожності чи реакції особистості на загрозові ситуації. Основною методикою, яка забезпечує диференційний підхід у вимірюванні тривожності як особистісної риси характеру є методика, розроблена Спілбергером Ч.Д. Тому ми обрали саме цю методику для дослідження. А також зіставлення результатів з обох підшкал дає можливість оцінити індивідуальну значущість стресової ситуації для респондентів.

П'ятифакторний особистісний опитувальник або тест Велика п'ятірка (Big five), розроблений американськими психологами Р. Маккрай і П. Коста в 1983-1985 рр. Дослідники вважають, що запропонованих п'ять особистісних факторів темпераменту та характеру (екстраверсія, прив'язаність, самоконтроль, емоційна нестабільність, експресивність) достатньо для об'єктивного опису психологічного портрета – моделі особистості [11].

П'ятифакторний опитувальник складається з протилежних за своїм значенням, стимульних висловлювань, що характеризують поведінку людини. У її основі лежить лексичний підхід, який використовує факторний аналіз словесних описів характеристик людини. Отже, модель велика п'ятірка - модель схильностей особистості людини. Основним статистичним засобом отримання моделі є експлораторний факторний аналіз [11].

Автори вивчали поведінкові кореляції Великої п'ятірки у контексті міжособистісної взаємодії учасників дослідження. Було показано, що Велика п'ятірка може пророкувати як певні форми поведінки, а й реакції партнера зі спілкування. Наприклад, було виявлено, що зі збільшенням нейротизму зростає кількість поглядів партнера на таку людину. Ще відомо особистісні риси партнерів у діаді можуть взаємодіяти між собою. Наприклад, було показано, що задоволеність від спілкування залежить від рівня екстраверсії

(інтроверсії) партнерів таким чином, що вона зростає в міру подібності партнерів за цим параметром (наприклад, обидва схильні до екстраверсії або обидва схильні до інтроверсії). Дещо інший ефект був отриманий у частині прив'язаності: низька прив'язаність обох партнерів передбачає низьку задоволеність обох від спілкування. Проте висока прив'язаність одного з партнерів цілком достатньо загального збільшення задоволеності спілкування. Отже прогностичні можливості цього опитувальника здатні дати матеріал для роздумів щодо особистісних характеристик та рівня тривожності матерів, які виховують підлітків з РАС.

Загальна кількість респондентів 38. В дослідженні приймали участь тільки жінки віком від 32 до 54 років, з яких, дві групи: 14 осіб — матері, що виховують підлітків з РАС; 24 — матері, що виховують норматипових підлітків. За сімейним станом 60% - заміжні, 15% - в цивільному шлюбі, 12,5% - мають стосунки, 10% - розлучені та 2,5% - не мають стосунків. За кількістю дітей: 47,5% - має 2 дітей, 42,5% - має 1 дитину, 7,5% - 3 дітей.

Вік підлітків від 11-17 років. Рівень освіти: 57,5% - вища освіта, 30% - декілька вищих освіт, 10% - наукова ступінь (кандидат чи доктор), 2% - незакінчена вища освіта. Трудова зайнятість: 42,5% - наймані працівники, 40% - працюють на себе, 7,5% - не працюють, 5% - мають періодичний підробіток, 2,5% - навчаються, 2,5% в декретній відпустці. Дохід: 32,5% - 20-35 тис. грн., 32,5% 10-20 тис. грн., 12,5% - 35-50 тис. грн., 12,5% - 50 і вище тис. грн., 2% - до 10 тис. грн., 2%- на даний момент не має доходу.

### 2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних

Аналіз та інтерпретація отриманих під час дослідження даних проходив в декілька етапів за допомогою програми для математичної обробки статистичних даних Jamovi.

Методики “Шкала Спілбергера” та “П’ятифакторний особистісний опитувальник” застосовуються в дослідженні для того, щоб виявити ситуативну та особистісну тривожність матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру.

Першим етапом був аналіз надійності даних за допомогою коефіцієнтів Альфа Кронбаха та Омега Макдональда

Таблиця 2.1.

Аналіз надійності даних за опитувальником тривоги Спілбергера та П’ятифакторним особистісним опитувальником

	Альфа Кронбаха	Омега Макдональда
Шкала тривоги Спілбергера	0.915	0.929
П’ятифакторний особистісний опитувальник	0.631	0.661

Як ми бачимо, по шкалі тривоги Спілбергера показники вищі за 0,75, що свідчить про високий рівень надійності. Щодо П’ятифакторного особистісний опитувальника, то результат виявився нижчий ніж 0,75, тому рівень надійності помірний.

Наступним кроком ми дослідили описові статистики та здійснили перевірку на нормальність розподілів за допомогою критерія Шапіро-Вілка за підгрупами матерів, що виховують та не виховують підлітків з розладами аутистичного спектру. (див. таблицю)

При перевірці на нормальність розподілів було залишено нульову

гіпотезу про нормальність, оскільки Шапіро-Вілка  $p > 0,05$ . За описовими статистиками ми встановили вищі середні значення за ситуативною та особистісною тривожністю у матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, тому припустили, що має місце така відмінність.

Таблиця 2.2.

Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність в тесті Спілбергера за підгрупами матерів, що виховують та не виховують підлітків з розладами аутистичного спектру..

	Підлітки мають РАС	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Пропущені питання	Так	0	0
	Ні	0	0
Середнє значення	Так	52.4	50.9
	Ні	45.4	47.6
Медіан	Так	52.0	50.5
	Ні	44.5	46.5
Середнє квадратичне відхилення	Так	6.43	6.12
	Ні	6.51	6.12
Шапіро-Вілка W	Так	0.975	0.953
	Ні	0.956	0.977
Шапіро-Вілка p	Так	0.936	0.607
	Ні	0.363	0.830

У П'ятифакторному особистісний опитувальнику також розподіл кожної зі шкал нормальний, адже показники вище за 0,05. Привертає увагу велика різниця по шкалі "Емоційної нестабільності", яка у матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру вища.

Таблиця 2.3.

Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність в п'ятифакторному опитувальнику за підгрупами матерів, що виховують та не виховують підлітків з розладами аутистичного спектру.

	Підлітки мають РАС	Екстра-версія	Прив'язаність	Самоконтроль	Емоційна нестатильність	Експресивність
Пропущені питання	Так	0	0	0	0	0
	Ні	0	0	0	0	0
Середнє значення	Так	48.5	56.6	57.1	52.1	54.7
	Ні	44.9	52.3	54.4	46.3	51.7
Медіан	Так	48.5	59.5	58.0	51.5	56.0
	Ні	44.0	52.5	56.0	46.5	53.0
Середнє квадратичне відхилення	Так	5.61	9.30	6.71	11.7	6.27
	Ні	7.63	8.97	9.55	11.0	8.00
Шварц-Вілкс W	Так	0.929	0.886	0.926	0.959	0.954
	Ні	0.957	0.950	0.947	0.919	0.959
Шварц-Вілкс р	Так	0.293	0.071	0.264	0.699	0.624
	Ні	0.388	0.950	0.234	0.056	0.427

Ми припустили, що матері дітей з особливостями розвитку мають вищі показники за п'ятифакторним опитувальником особистості, або ж хоча б мають вищий рівень емоційної нестабільності ніж матері, що виховують норматипових підлітків. За допомогою критерія Стьюдента не було встановлено жодної статистично-достовірної відмінності, проте все ж р-рівні низькі за кожною зі шкал. Найнижчий ( $p = 0.067$ ) встановлено при порівнянні за шкалою Емоційна нестабільність. Отже рівень емоційної нестабільності потенційно вище у матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру. Ці групи потребують досліджень на більшій кількості респондентів для уточнення дійсних відмінностей.

Наявність підлітків з розладами аутистичного спектру додає багато турбот в житті та страху за підлітка та його життя, що похитує емоційну стабільність матері.

Таблиця 2.4.

Перевірка гіпотези про середні між підгрупами матерів, що виховують та не виховують підлітків з розладами аутистичного спектру за шкалами П'ятифакторного особистісного опитувальника

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р- рівень	Альтернативна гіпотеза
Екстраверсія	t-критерій Стьюдента	1.438	36.0	0.080	Мають дитину з особливостями розвитку > не мають
Прив'язаність	t-критерій Стьюдента	1.410	36.0	0.084	Мають дитину з особливостями розвитку > не мають
Самоконтроль	t-критерій Стьюдента	0.914	36.0	0.183	Мають дитину з особливостями

					розвитку > не мають
Емоційна нестабільність	t-критерій Стьюдента	1.535	36.0	0.067	Мають дитину з особливостями розвитку > не мають
Експресивність	t-критерій Стьюдента	1.205	36.0	0.118	Мають дитину з особливостями розвитку > не мають

Між жінками, чия дитина має та не має особливостей розвитку не було встановлено відмінності за шкалою особистісної тривожності, проте було встановлено відмінність за шкалою ситуативної тривожності.

Таблиця 2.5.

Перевірка гіпотез про середні за шкалами ситуативної та особистісної тривожності серед тих, чия дитина має особливості розвитку та чия не має.

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Ситуативна тривожність	t-критерій Стьюдента	3.19	36.0	0.003	Дитина має особливості розвитку $\neq$ не має
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	1.61	36.0	0.117	Дитина має особливості розвитку $\neq$ не має

За коробковими діаграмами можемо відмітити, що ті, у кого дитина має особливості розвитку, мають вищий рівень ситуативної тривожності.

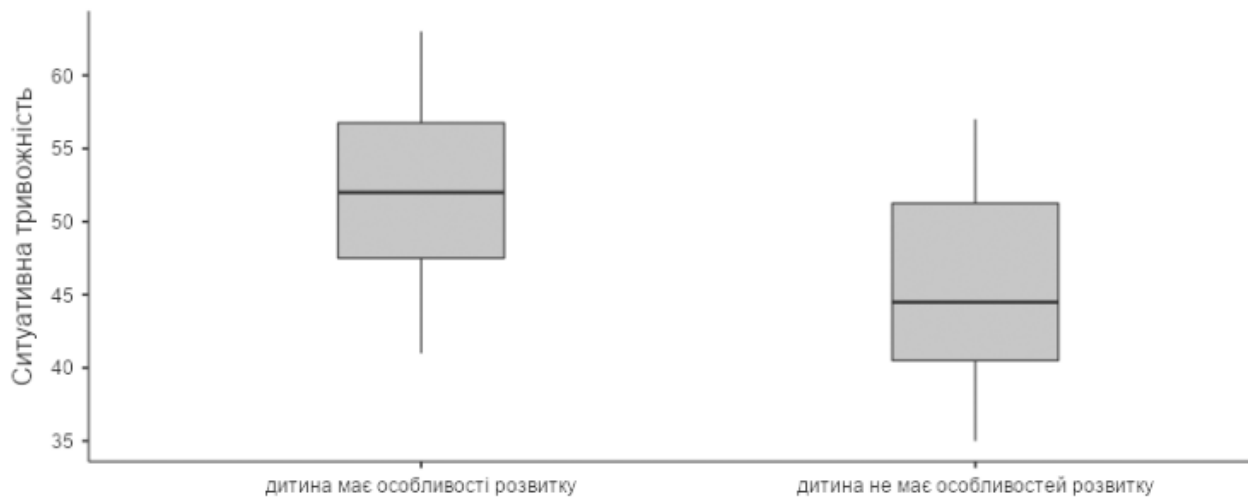


Рис 1. – Коробкові діаграми за шкалою особистісна тривожність в групах тих, чия дитина має особливості розвитку та чия не має.

Напевно жінки звикають жити з такими обставинами тому більш глибокі особистісні характеристики приходять до норми, а от ситуативна тривожність, що поєднана з щоденними випробуваннями та ризиками для життя дитини, лишається підвищеною.

В подальшому ми застосували кореляційний аналіз за критерієм Пірсона з метою встановлення взаємозв'язку шкал тривожності зі шкалами п'ятифакторного особистісного опитувальника.

Таблиця 2.6.

Кореляційні зв'язки між шкалами опитувальника тривожності Спілбергера та П'ятифакторного особистісного опитувальника

		Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Екстраверсія	Прив'язаність	Самоконтроль	Емоційна нестабільність
Особистісна тривожність	коэф. Пірсона	0.755 ***	—				
	p	< .001	—				
Екстраверсія	коэф. Пірсона	0.080	0.072	—			
	p	0.633	0.669	—			

Прив'язаність	коэф. Пірсон						
	а	-0.235	-0.199	0.422 **	—		
	р	0.156	0.231	0.008	—		
Самоконтроль	коэф. Пірсон						
	а	-0.177	-0.343 *	0.145	0.217	—	
	р	0.289	0.035	0.387	0.190	—	
Емоційна нестабільність	коэф. Пірсон						
	а	0.662 ***	0.770 ***	-0.009	-0.085	-0.224	—
	р	< .001	< .001	0.956	0.612	0.176	—
Експресивність	коэф. Пірсон						
	а	0.323 *	0.330 *	0.519 ***	0.255	-0.270	0.252
	р	0.048	0.043	< .001	0.122	0.101	0.126

За результатами кореляційного аналізу було встановлено, що ситуативна тривожність позитивно корелює з емоційною нестабільністю (коэф. Пірсона = 0,662\*\*\*,  $p < 0.001$ ) та експресивністю (коэф. Пірсона = 0,323\*,  $p = 0.035$ ).

Особистісна тривожність також позитивно корелює з емоційною нестабільністю (коэф. Пірсона = 0,770\*\*\*,  $p < 0.001$ ) та експресивністю (коэф. Пірсона = 0,330\*,  $p = 0.043$ ).

Крім того, нагадаємо, що при перевірці гіпотези про середні між двома підгрупами за критерієм Стюдента було встановлено, що у матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, емоційна нестабільність вища ніж у матерів, що виховують норматипових підлітків. Це дозволяє нам відстежити чітку закономірність між ситуативною тривожністю та емоційною нестабільністю.

Особистісна тривожність також негативно корелює зі шкалою самоконтроль. (коэф. Пірсона = - 0,343\*,  $p = 0.035$ ).

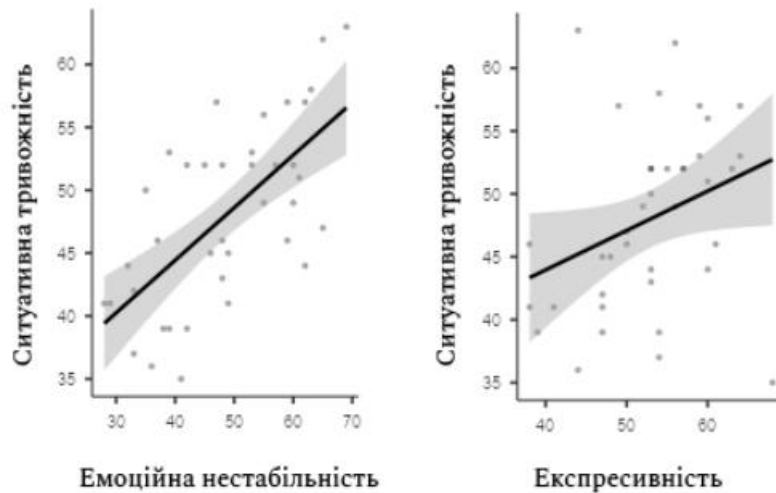


Рис. 2. – Діаграми розсіювання між шкалою ситуативної тривожності та шкалами емоційна нестабільність та експресивність.

Взаємозв'язки між шкалами тривожності та шкалами п'ятифакторного особистісного опитувальника, з якими було встановлено кореляції, візуально представлені нижче.

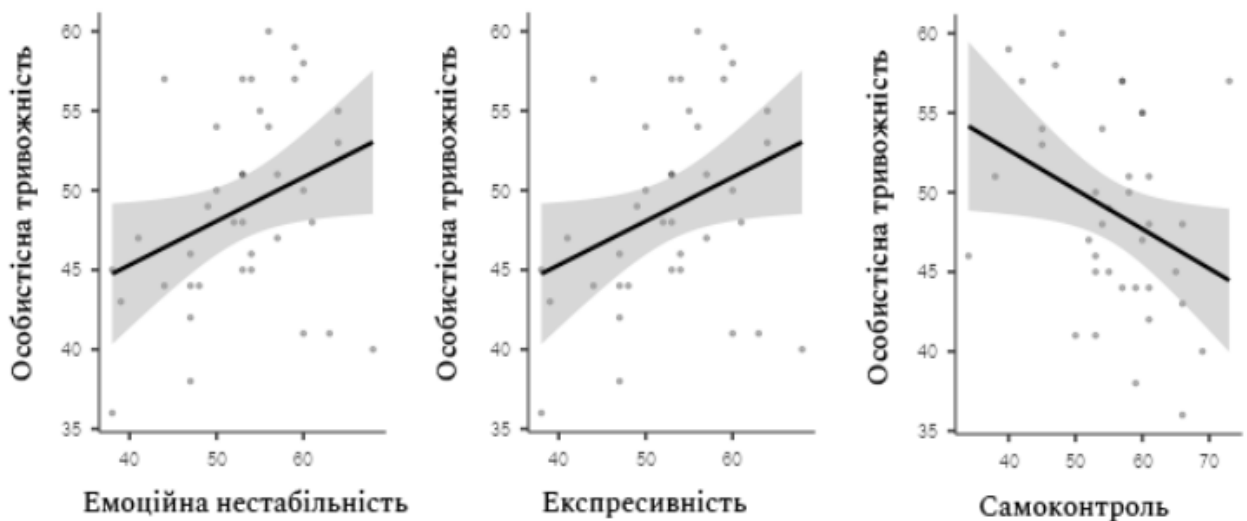


Рис. 3. – Діаграми розсіювання між шкалою Особистісна тривожності та шкалами Емоційна нестабільність, експресивність та самоконтроль.

В подальшому ми дослідили залежність рівня тривожності від демографічних показників та інших відомостей, зібраних під час анкетування досліджуваних.

Порівнюючи між собою досліджуваних, котрі знаходяться в шлюбі та котрі не знаходяться, не було встановлено достовірних відмінностей за рівнями ситуативної та особистісної тривожності.

Таблиця 2.7.

Перевірка гіпотез про середні за шкалами ситуативної та особистісної тривожності серед тих, хто в шлюбі та хто не в шлюбі

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Ситуативна тривожність	t-критерій Стьюдента	0.472	36.0	0.640	в шлюбі $\neq$ не в шлюбі
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	0.920	36.0	0.363	в шлюбі $\neq$ не в шлюбі

Порівнюючи досліджуваних, що мають 1 та двоє і більше дітей, не було встановлено відмінності за ситуативною тривожністю, проте встановлена відмінність за особистісною тривожністю.

Таблиця 2.8.

Перевірка гіпотез про середні за шкалами ситуативної та особистісної тривожності серед тих, хто має одну дитину та від 2 дітей

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Ситуативна тривожність	t-критерій Стьюдента	0.741	36.0	0.463	1 дитина $\neq$ від 2 дітей
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	2.703	36.0	0.010	1 дитина $\neq$ від 2 дітей

За допомогою коробкових діаграм можна відмітити, що ті, хто мають 1 дитину, мають достовірно вищий рівень особистісної тривожності.

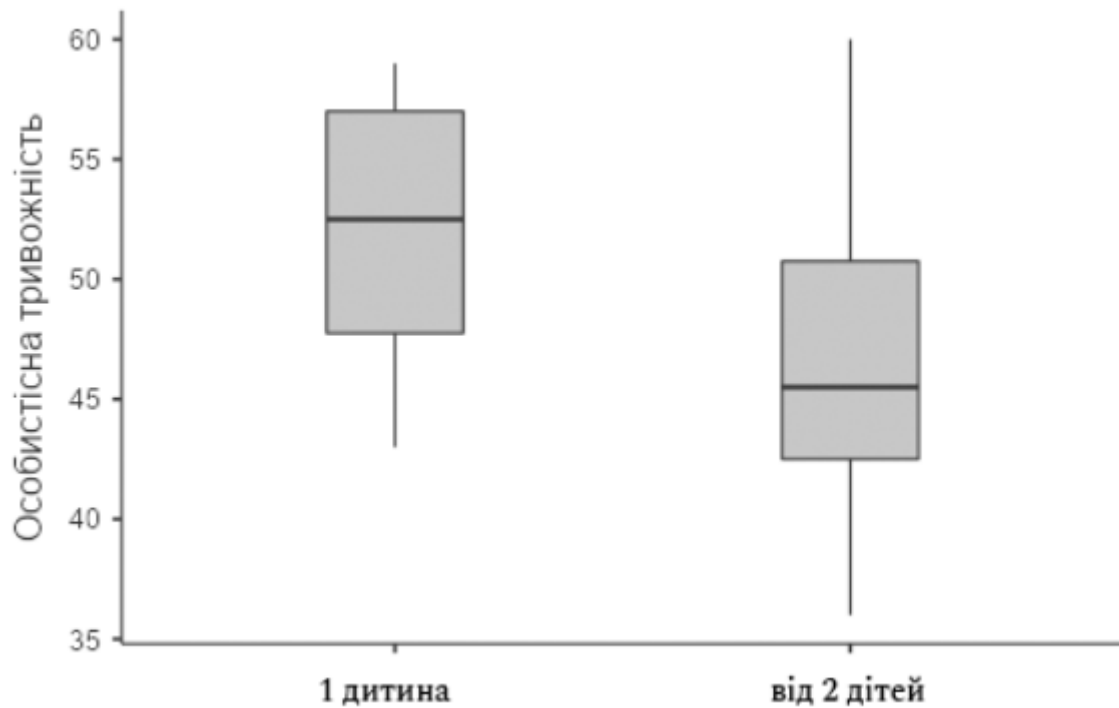


Рис. 4. – Коробкові діаграми за шкалою особистісна тривожність в групах тих, хто має 1 дитину та 2 і більше дітей.

Не було встановлено відмінності між тими, хто має 1 та 2 вищі освіти за шкалами тривожності.

Таблиця 2.9.

Перевірка гіпотез про середні за шкалами ситуативної та особистісної тривожності серед тих, хто має 1 вищу освіту та 2.

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р-рівень	Альтернативна гіпотеза
Ситуативна тривожність	t-критерій Стьюдента	-0.993	36.0	0.327	1 вища $\neq$ 2 вищі освіти
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	-0.384	36.0	0.704	1 вища $\neq$ 2 вищі освіти

Не було встановлено також відмінностей за тривожністю між тими, хто працює на себе та хто працює по найму/не працює.

Таблиця 2.9.

Перевірка гіпотез про середні за шкалами ситуативної та особистісної тривожності серед тих, хто працює на себе та працює по найму/не працює.

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р- рівень	Альтернативна гіпотеза
Ситуативна тривожність	t-критерій Стьюдента	-0.244	36.0	0.808	Працює на себе $\neq$ працює по найму/не працює
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	0.506	36.0	0.616	Працює на себе $\neq$ працює по найму/не працює

Не було встановлено достовірної відмінності за рівнем тривожності між тими, хто має своє житло та хто живе на виїзному житлі чи у родичів.

Таблиця 2.10.

Перевірка гіпотез про середні за шкалами ситуативної та особистісної тривожності серед тих, хто має своє житло та хто живе на виїзному житлі чи у родичів.

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р- рівень	Альтернативна гіпотеза
Ситуативна тривожність	t-критерій Стьюдента	0.918	36.0	0.365	Своє житло $\neq$ на зйомному чи у родичів
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	0.858	36.0	0.397	Своє житло $\neq$ на зйомному чи у родичів

Не було встановлено також статистично-достовірної відмінності між тими, хто має сіблінгів та хто не має.

Таблиця 2.11.

Перевірка гіпотез про середні за шкалами ситуативної та особистісної тривожності серед тих, хто має сіблінгів та хто не має

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Ситуативна тривожність	t-критерій Стьюдента	1.65	36.0	0.107	Є сіблінги $\neq$ немає сіблінгів
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	1.59	36.0	0.121	Є сіблінги $\neq$ немає сіблінгів

Проте р-рівень при перевірці гіпотез про середні виявився достатньо низьким ( $0.107 < p < 0.121$ ), тому можемо припустити, що на більшій вибірці така відмінність могла б бути встановлена. З огляду на коробкові діаграми могло б виявитись, що ті, у кого є сіблінги, мають вищий рівень ситуативної тривожності, ніж ті, у кого немає. Можливо впливає конкурентне середовище, що було у дитини і недостатня кількість батьківської уваги щоб сформувати більш надійний тип прив'язаності як у тих, хто не має сіблінгів.

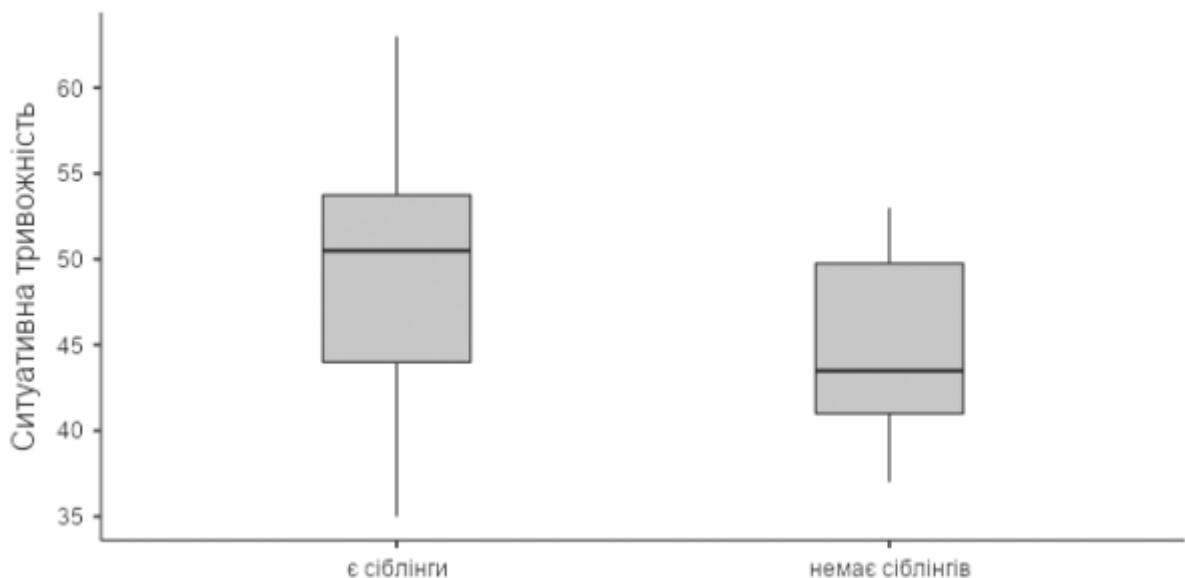


Рис. 5. – Коробкові діаграми за шкалою Ситуативної тривожності серед тих, хто має, та хто не має сіблінгів.

Не було встановлено кореляційних зв'язків віку досліджуваних та їхній дітей з особистісною та ситуативною тривожністю досліджуваних. Не було встановлено також кореляції рівня доходу досліджуваних з тривожністю.

Таблиця 2.12.

Кореляційні зв'язки між віком досліджуваних, їхній дітей, рівнем доходу та

шкалами опитувальника тривожності Спілбергера.

		Вік	Вік дитини	Дохід
Ситуативна тривожність	коэф.			
	Спірмена	0.036	0.005	-0.033
	p	0.831	0.977	0.847
Особистісна тривожність	коэф.			
	Спірмена	0.124	0.126	0.184
	p	0.458	0.451	0.276

Ми дослідили також чи пов'язані між собою наявність чи відсутність дитини з особливостями розвитку з фактом роботи на себе за допомогою критерія хі-квадрат ( $\chi^2 = 0.106$ ,  $p = 0.744$ ), проте такої залежності не було встановлено.

## Висновки до розділу 2

В рамках даного розділу було проведено емпіричне дослідження особливостей тривожності матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру. За обраними методиками отримані данні достовірні та відповідають нормальному розподілу.

У ході дослідження виявлено суттєво вищий показник ситуативної тривожності у матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, ніж у матерів, що виховують норматипових підлітків. При аналізі особистісної тривожності серед двох груп матерів, то відмінностей не було виявлено, що дозволяє прийти до висновку, що з часом, матері, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру адаптуються і більш глибокі характеристики особистості приходять до норми.

Вдалося встановити двосторонній взаємозв'язок між ситуативною тривожністю та емоційною нестабільністю у матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру. За результатами кореляційного аналізу виявлено, що ситуативна тривожність позитивно корелює з емоційною нестабільністю. Що значить, що жінки можуть давати більш сильну емоційну реакцію в тих ситуаціях, де є суб'єктивна загроза і ситуативна тривожність підвищується. Або навпаки, при емоційна нестабільному стані, може підвищуватись ситуативна тривога.

Крім того, привертає увагу, що значення особистісної тривожності у матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру вища, ніж у матерів, що виховують норматипових підлітків. Проте вибірка недостатня, щоб ця відмінність стала статистично достовірною. Це питання потребує дослідження на більшій вибірці.

При дослідженні кореляційних зв'язків встановлено кореляцію серед тих, хто має одну дитину, у таких матерів особистісна тривожність вища. Також, ті, у кого є сиблінги, мають вищий рівень ситуативної тривожності, ніж ті, у кого немає.

Не було встановлено кореляційних зв'язків при дослідженні особистісної

і ситуативної тривожності з тими хто має одну і вище освіту; має особисте житло, чи винаймає його; перебуває у шлюбі чи самотній, працює на себе, чи є найманим працівником.

## **РОЗДІЛ 3. РОБОТА ПСИХОЛОГА З ТРИВОЖНИМ СТАНОМ МАТЕРІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ**

### **3.1. Підходи до роботи психолога з тривожним станом матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру**

У сучасній психології для роботи з тривожністю психотерапевти використовують різні підходи. Є різні осмислення етимології тривожності, що в свою чергу спонукає використовувати конкретні методики під певні випадки, інколи декілька методик одночасно, що дає більш дієвий ефект.

Аналізуючи наукову літературу можна виділити наступні дискусійні аспекти в обговоренні питань терапевтичних інтервенцій щодо тривожності:

- 1) компоненти стану, які потребують корекції;
- 2) шляхи подолання;
- 3) методи й засоби подолання тривожності [9].

Дослідниця О.Б. Ігумнова у своїй роботі описує компоненти стану, на які слід спрямовувати психокорекційну роботу. Вона вважає, що психологічна робота з негативними проявами психіки націлена на: емоційно-вольову, когнітивно-особистісну, мотиваційно-сміслову, поведінкову, фізіологічну й соціально-психологічну складові конкретного психічного стану, зокрема стану тривожності [4].

Важливо відмітити, що тривожність може бути різною і мати під собою різні причини. Наприклад, жінки, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру нерідко мають не тільки тривожність щодо майбутнього життя їх дітей, а й соціальну тривожність. Не рідкі випадки, коли вся сім'я потрапляє в соціальну ізоляцію за рахунок особливостей поведінки дитини з розладами аутистичного спектру і до підліткового віку ця проблема сама собою не зникає.

Одним з найпоширеніших підходів є когнітивно-поведінкова психотерапія. Когнітивний підхід за основу бере гіпотезу, що психологічні проблеми спричинені нелогічними чи недоцільними думками та

переконаннями людини, а також дисфункційними стереотипами її мислення. Когнітивно-поведінковий психотерапевт діє шляхом зміни проблеми, яку можна вирішити. Поведінковий підхід, заснований на теорії біхевіоризму, передбачає зміну поведінки людини шляхом заохочення та підкріплення бажаних форм поведінки та відсутності підкріплення небажаних форм [45].

Когнітивно-поведінкова психотерапія базується на теорії навчання. Ця теорія передбачає, що людина реагує на будь яку ситуацію і формує свій тип реакції, тобто навчається якось з нею справлятися. Така особливість людського навчання - формує моделі поведінки, які закріплюються і стають постійними. Самі по собі моделі поведінки не завжди є оптимальними чи коректними, що в свою чергу може формувати різного типу розлади поведінки. Когнітивно-поведінкова терапіє спрямована на те, щоб змінити такі моделі поведінки, шляхом корегування і формування нових закріплених реакцій, які будуть більш корисними та конструктивним. Якщо застосовувати цей підхід з тривожністю, то можливо суттєво її знизити, або сформувані нове ставлення. Це досягається шляхом слідування клієнтом певних протоколів.

Головне завдання психолога когнітивно-поведінкової терапії – це робота з думками, з ставленням до ситуації, з корекцією спотворень та помилок мислення, яка, зрештою, призведе до формування більш адаптивних, позитивних, конструктивних та життєстверджуючих стереотипів подальшої поведінки та подолання тривожності у матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру [19].

Когнітивно-поведінкова терапія складається з кількох етапів. На консультаціях у психолога клієнт поетапно, «покроково», вчиться змінювати своє мислення, що призводить його до тривожності. Він поступово розмикає замкнене коло, яке складається зі страху, що його викликає, а також навчається технікам, спрямованим на зниження рівня тривоги. У результаті він долає лякаючі ситуації та якісно змінює своє життя [58].

Когнітивно-поведінкова терапія дозволяє виявити негативні думки, що

викликають тривожність та інші нервові розлади; переглянути спосіб життя та нормалізувати його; надовго зберегти отримані результати і не втратити надалі отримані навички; подолати сором за тривожність; допомагає перестати приховувати від близьких людей наявні проблеми, користуватися підтримкою та з вдячністю приймати допомогу [56].

Цей підхід складається з різноманітних потенційних компонентів:

- контакт;
- навчання соціальних навичок;
- когнітивна реструктуризація;
- тренування вирішування проблем;
- самоконтроль або рефлексія симптомів;
- домашнє завдання;
- тренування релаксації [1].

Це може бути реалізовано шляхом короткої терапії або протягом більш тривалого часу, залежно від клієнта та його проблем. Враховуючи те, що матері які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру доволі часто зіштовхуються з проблемною поведінкою своїх підлітків та самі нерідко напрацьовують різноманітні стереотипні моделі поведінки, когнітивно-поведінкова терапія може бути доволі ефективною.

Психоаналітичний підхід до психологічної корекції тривожності охоплює різні напрями психоаналізу, зберігаючи загальну тенденцію: визначення неусвідомлених причин проблеми, їх опрацювання та оволодіння адаптивними формами поведінки, що створює можливості для особистісного зростання [37].

Методи роботи визначаються відповідно до конкретного напрямку психоаналізу. Так, в класичному психоаналізі З.Фрейда основним є катарсичний метод, який передбачає опрацювання проблеми високого рівня тривожності шляхом вивільнення та відреагування неусвідомлених раніше думок та почуттів. Представники юнгіанського напрямку зосереджують увагу на роботі з уявою, представники неопсихоаналізу – на методі аналізу

життєвого шляху, розглядаючи в якості джерела тривожності стосунки з найближчим оточенням [37].

Психоаналітичний підхід в терапії матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру дозволяє знайти та зрозуміти первинну проблему тривожності та досягти усвідомлення процесів, які відбуваються з ними. Такий підхід виконує роль навчання і перегляду стилів поведінки матерів.

Підхід соціобіхевіоризму базуються на положенні про те, що людина навчається через спостереження за поведінкою інших людей. Таким чином, робота базується на демонстрації клієнту оптимальної моделі поведінки. Наприклад, високотривожна особа, спостерігаючи за поведінкою менш тривожних людей в спеціально організованих умовах корекційної групи, поступово засвоюватиме нові форми реагування. Варто звернути увагу на те, що ця група методів зазнавала критики через нижчу ефективність порівняно з іншими методами [60].

Екзистенційно-гуманістичний підхід розглядає характерологічні порушення як наслідок недостатньої реалізації особою своєї сутності, уникання ситуацій вибору. Основна робота спрямовується на розвиток самоусвідомлення, модифікацію ставлення людини до себе та світу. В цьому підході, на відміну від інших, зниження рівня тривожності не розглядається як кінцева мета роботи. Тривожність розглядається як один з проявів буття, тому психолог зосереджує увагу на способі, яким клієнт користується для її подолання. Дослідження, прояв та прийняття цього феномену є важливими компонентами корекційної роботи в межах екзистенційно-гуманістичного підходу [58].

Гештальт-терапія була розроблена Фріцем Перлзом на основі його раннього досвіду в психоаналізі і наступного вивчення екзистенційної філософії, гештальтпсихології і теорії Вільгельма Райха про фізіологічні корені опору психологічному зміні [60].

В цьому методі основою є визначення фігури та фону та залежності між

ними. Людина, у гештальт терапії, живе за рахунок саморегуляційних процесів та підтримує свій баланс за рахунок усвідомлення своїх потреб, що виникають в середовищі, та задоволення цих потреб. Все інше має вторинне значення. Сам процес усвідомлення дозволяє людині помітити фігуру, яка формується на певному фоні, тобто життєвому процесі. Тому, провідною фігурою життя людини є тривожність, то все інше опосередковано присутнє у житті людини і не дає їй функціонувати та розвиватись.

Для терапії тривожності матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру у гештальт терапії дієвим є використання теорії “Self”. Терапевт підтримує функцію “Personality”, тобто раціоналізує те, що відбувається з клієнтом, а також підтримує функцію “Ego”, тобто вибору в аспекті, чи обирати тривожність як реакцію на ті чи інші обставини, чи піти іншим шляхом.

Останнім часом гештальт-терапевти стали більшою мірою використовувати групову взаємодія і підтримку у роботі з тривожністю. Методики і вправи гештальт-терапії спрямовані на розширення усвідомлення, інтеграцію протиріч, підвищення уваги до того, що відчуває людина, зменшення внутрішнього опору та формування власного вибору.

Тривожні матері, схильні до вагомого впливу соціальних факторів. Отож, ще одним підходом, до терапії тривожності є групова терапія, як середовища для соціальної підтримки. У групі проводиться інтегративна психотерапевтична робота, тому використовують елементи психологічного навчання, поведінкові, сугестивні та психодинамічні інтервенції. Сучасні психотерапевтичні дослідження показують, що психодинамічні прийоми в психотерапії можуть вдало поєднуватися з іншими методиками [36].

При розгляді терапевтичного ефекту групової терапії виділяють різноманітні механізми, або фактори, терапевтичної дії, займають три основні площини: емоційне переживання, саморозуміння і регуляція поведінки. Орієнтуючись на ті чи інші площини при проведенні групової терапії, терапевти можуть загострювати увагу на одній площині, а дві інші

підтримувати у фоновому режимі. В якості основних механізмів терапевтичної дії групової терапії можуть розглядатися: корекція емоційного досвіду, навчання та підтримку.

Групова терапія є психотерапевтичним методом, в якому прицільно використовується групова динаміка, де людські взаємодії проявляються в різних сценаріях.

Основні завдання групового психотерапевта можна сформулювати наступним чином:

- спонукання членів групи до прояву відносин, установок, поведінки, емоційних реакцій і їх обговорення й аналізу, а також до розбору запропонованих тем;
- створення в групі умов для повного розкриття пацієнтами своїх проблем і емоцій в атмосфері взаємного прийняття, безпеки, підтримки та захисту;
- розробка та підтримка в групі певних норм, гнучкість у виборі директивних і недирективних технік впливу [29].

Основні принципи проведення груп по Каплану :

- ❖ Група як джерело отримання підтримки та навчання. Всі нові групи відрізняються тим, що деяким учасникам доволі важко інтегруватись та відчути себе безпечно, рівень тривоги перед невідомими учасниками і процесами доволі високий. Кожен учасник формує нову роль, він не тільки розповідає, чи репрезентує себе, а й займає роль спостерігача, при цьому зіштовхуючись зі своїми емоціями та розумінням того, що відбувається. Терапевт може з одного боку відпустити процес згуртованості на самоплин, з іншого боку допомогти деяким учасникам включаючи їх більше в динамічні процеси. Для цього використовуються вправи для кращого знайомства групою. Крім того, зворотній зв'язок дає зрозуміти терапевту, чи всім безпечно в просторі, що сформувався і якщо ну, то терапевт визначає, що саме ускладнює це формування.

- ❖ Група як можливість усвідомлення свого досвіду в рамках принципу "тут і зараз". Коли терапевт працює з учасником групи, то інші учасники можуть давати зворотній зв'язок і ділитися своїми почуттями чи думками, що суттєво збільшує простір для проживання чи реагування на ті чи інші ситуації. Така робота дозволяє клієнту помітити те, що раніше ним не помічалось і можливо змінити своє ставлення до подій чи відчуттів, які він озвучує.
- ❖ Група як динамічний процес. Як було вже сказано, гештальт-групи створюють фон для індивідуальної роботи. З часом, коли члени групи почнуть фокусувати увагу на своїх переживаннях під час заняття, групові проблеми можуть вийти на перший план. Джозеф Зінкер є одним з тих гештальттерапевтів, хто використовував групові ефекти, постійно впливають на учасників. Він вважав, що члени групи можуть навчитися питати один одного про те, що вони хочуть або до чого прагнуть, отримувати зворотний зв'язок, дозволяти міжособистісні конфлікти, а також надавати підтримку, допомогу і заряджати один одного енергією, не відчуваючи при цьому настільки сильну залежність від керівника [31].

### **3.2. Групова терапія матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру**

Існує велика кількість різних методик для роботи з тривожністю, але в рамках даної роботи, ми обрали групову терапію з поєднанням гештальт терапії та вправ для подолання тривожності.

У гештальт терапії існує погляд на переживання тривожності, як на припинене збудження. Довготривала тривожність, задає труднощі в роботі або сімейному житті. Вона фоново вимотує та виснажує, що зупиняє збудження, яке спонукає до дії. Тобто бажання, почуття чи сподівання не досягають свідомості переживань, а залишають за розумінням. Так, довга фрустрація в зоні самореалізації та саморозуміння, може призводити до зростання тривожності. Тривожність зростає і тоді, коли увага спрямована або в минуле, або в майбутнє [10].

У групах фігурою звичайно є те почуття, яке переважає над усіма іншими почуттями та думками. В запропонованій групі основною фігурою є тривожність, в той час інші компоненти нашого життя відходять на другий план, тобто витісняються у фон.

Також були виділені цілі групової терапії, які полягають у розкриття, аналізі, усвідомлення й переробці проблем матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, корекціях тривожних установок, емоційних і поведінкових стереотипів на основі аналізу та використання міжособистісної взаємодії.

З свого боку групова терапія повинна допомогти клієнту:

- побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи;
- придбати навички більш щирого, глибокого і вільного спілкування (соціалізація);
- подолати некоректні форми поведінки, в тому числі пов'язані з униканням суб'єктивно складних ситуацій;

- розвивати форми поведінки, пов'язані із співпрацею, взаємодопомогою, відповідальністю;
- закріпити нові форми поведінки, зокрема, ті, які будуть сприяти адекватній адаптації та функціонуванню в реальному житті у взаємодії з підлітками, які мають розлади аутистичного спектру;
- формування ефективної саморегуляції [29].

При проведенні групової терапії на зустрічах були враховані такі фази групової динаміки: в початковій фазі відбувається налагодження контакту між всіма членами групи, шляхом знайомства та формування очікувань від групи, що суттєво знизить тривогу перед невідомістю. Наступна фаза забезпечує формування структури групи та групової культури, створенням групових правил, цілей, цінностей, створенням кращої атмосфери, взаємодопомоги та взаємопідтримки. Наступна фаза є фазою активної і цілеспрямованої праці психотерапевтичної групи над тривожністю. Вже сформована доброзичливість, відвертість, щирість, безпека в представленні себе іншим створюють необхідні умови для власне психотерапевтичного процесу в групі. А також допоможуть зрозуміти, що члени групи не одні в своїй тривожності і навіть запозичити досвід, чи ідеї інших учасників групи [18].

Цілі і завдання запропонованої групової терапії орієнтовані на особистісні зміни матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру. Мета групової терапії визначаються як розкриття, аналіз, усвідомлення і переробка проблем матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, їх тривожності та її корекції, а також міжособистісної взаємодії групи. Враховуючи чотири площини очікуваних змін (когнітивну, емоційну і поведінкову та соціальну).

Зазвичай члени групової терапії роблять емоційні відгуки на переживання інших, а це в свою чергу полегшує страждання та біль [31].

Крім того, матері, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, та взагалі їх сім'ї, ведуть доволі закриті і відокремлене життя. Це

відбувається тому, що соціум не сприймає особливості підлітків і відбувається «аутизація» сімей. Наявність спілкування матерів з схожими проблемами не тільки дозволяє розширити коло спілкування, а й соціалізує, в певній мірі.

За характеристиками цільова аудиторія для групової терапії – це гомогенна жіноча група матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру. Враховуючи кількість жінок, які приймають участь в дослідженні, то буде сформовано 2 терапевтичні групи.

Організація та проведення терапевтичної групи:

- Заплановано 5 зустрічей групи;
- Група – структурована, щотижнева;
- Кількість учасників однієї групи від 5-9 чоловік (це обумовлено тим, що ведуча групи проводить її одна);
- Група може бути проведена як онлайн (платформа Zoom), так і оф-лайн (оренда кабінетів для проведення групової терапії);
- Часові рамки групи для такої кількості учасників – 3 години, з яких I частина (1 година 20 хвилин) – «шерінг», перерва (20 хвилин) це обумовлено фізіологічними потребами організму та тим, що об'єм уваги людини, II частина (1 година 20 хвилин) – вправа та завершення групи;
- Група оплачується символічно - 200 грн (одна зустріч).

Методики, які використовуються для ведення групи: гештальт терапія та різні психотерапевтичні вправи для зниження тривожного стану, вправи для налагодження контакту між групою, що також знижує тривожність всередині групи.

1 зустріч. Знайомство.

I частина – «шерінг» (на першій зустрічі учасницям буде запропоновано розповісти про себе для того, щоб ближче познайомитись з групою).

Перерва.

II частина – формування правил групи, тобто група в колі обговорює те, що можна і що заборонено в рамках групи. Збір очікувань від групи – кожен

учасник говорить, чого хотілось би досягти в рамках групи з заявленою темою.  
За 15 хв до кінця прощання та коротке обговорення поточного стану.

2 зустріч. Робота над тривожністю.

I частина – «шерінг» (кожен учасник групи розповідає в якому стані зараз знаходиться і як пройшов тиждень).

Перерва.

II частина - вправа на зняття тривоги за К. Шрайнером.

Кожному з учасників запропоновано взяти листок та ручку та дати відповідь на наступні запитання, чи виконати деякі вказівки:

1. Згадайте, що ви відчуваєте, перебуваючи у тривожному стані та опишіть.
2. Згадайте момент максимальної тривожності. Дайте відповідь на питання: «Навіщо, заради чого я так тривожусь? Що дає мені ця тривожність?».
3. Дайте відповідь на питання «Що я маю зробити, щоб почувати себе краще?».
4. На кілька хвилин пориньте в ще більшу тривожність. Відчуйте, скільки енергії вона забирає.
5. Дайте відповідь на питання: «Чи потрібна мені ця тривожність? Чи дає вона мені користь тут і зараз. Чи хочу я позбутися її?».
6. Дайте відповідь на питання «Ви усвідомлюєте, що тривожність, яка охоплює Вас, занурює Вас у безсилля і відчай?» [16].

Після цього, кожен з присутніх зачитує відповіді і група зазначає відповіді по питаннях, які найчастіше зустрічаються. Після чого відбувається обговорення цих пунктів, та стратегії дій в тих, чи інших випадках, що дозволить кожному з учасників не тільки висловитись, а й почути дещо нове для себе.

За 15 хв до кінця прощання та коротке обговорення поточного стану.

3 зустріч. Робота над тривожністю.

I частина – «шерінг» (кожен учасник групи розповідає в якому стані

зараз знаходиться і як пройшов тиждень).

Перерва.

II частина - вправа на зменшення тривожності щодо виховання підлітків з розладами аутистичного спектру.

Група самостійно розділяється на мікрогрупи 2-3 учасника, кожен з учасників один одному по 10/15 хвилин розповідає про свої тривоги щодо виховання та майбутнього дітей з особливими потребами. Потім всі повертаються в терапевтичне коло, ті учасники, які слухали, розказують основні моменти з розповіді ще 30 хвилин. Далі психотерапевт записує всі моменти на дошці і відмічає кількість людей, що турбується про одні і те саме. Таким чином, визначається рейтинг і основні причини тривожності.

Терапевт дає домашнє завдання на наступну зустріч, щоб кожен з учасників групи міг запропонувати якийсь план або ідею, для вирішення зазначених причин тривоги.

За 15 хв до кінця прощання та коротке обговорення поточного стану.

4 зустріч. Робота над тривожністю.

I частина – «шерінг» (кожен учасник групи розповідає в якому стані зараз знаходиться і як пройшов тиждень).

Перерва.

II частина

Враховуючи домашнє завдання, яке учасники отримали на 3 зустрічі, учасники групи в колі обговорюють свої варіанти рішення причин тривожності від най тривожніших ситуацій чи станів. Учасники групи мають змогу не тільки розповісти про свої рішення, а й почути відповіді інших, що допоможе подивитись на деякі рішення з іншої сторони. Відбувається «мозковий штурм» за мацерацією ведучого групи.

За 15 хв до кінця прощання та коротке обговорення поточного стану.

5 зустріч. Завершальна зустріч.

I частина - «шерінг» (кожен учасник групи розповідає в якому стані зараз знаходиться і як пройшов тиждень).

Перерва.

II частина – відбувається підсумки 4х зустрічей, зворотній зв'язок, чи були задоволені очікування від групи, кожен учасник ділиться тим, з чим завершає групу і що цінного відбулося за цей період з ним.

За підсумками групи та збором інформації про те, які динамічні процеси відбувалися, ведучий групи аналізує свою роботу і вправи, для подальшого покращення своєї роботи. Відмічає, чи була група корисною та підтримуючою, чи навчились або дізнались учасники групи щось нове для себе. Зазначає, чи потрібно додавати щось нове та більш дієве. За потреби бере супервізію і більш досвідчених колег.

### Висновки до розділу 3

В цьому розділі було розглянуто підходи до терапевтичної інтервенції тривожності матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру. Серед всього різноманіття методик, для роботи з тривожністю, слід відмітити, що кожен підхід націлений і краще терапевтує певну частину прояву тривожності. Когнітивно-поведінкова терапія націлена на поведінкові прояви тривожності, психоаналітичний підхід забезпечує усвідомлення первопричин, гештальт терапія формує функцію вибору та розуміння тривожності. Групова терапія допомагає подолати соціальну депривацію матерів, яка спровокована в тому числі і їх підвищеною ситуативною тривожністю.

Таким чином, терапія тривожності фокусуються на трьох частинах самосвідомості: когнітивній, емоційній та поведінковій. Це дозволяє корегувати стан тривожності і покращити якість життя жінок. Поєднання різних методик може дати кращий ефект і дозволяє націлено працювати зі станом тривожності. Важливо фокусуватись на одній із трьох частин самосвідомості, а дві інші підтримувати у фоновому режимі. Це може забезпечити комплексний терапевтичний ефект і покращити загальний психічний стан жінок.

Для терапевтичної інтервенції матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, ми запропонували групову гештальт терапію. Основний фокус цієї групової терапії спрямований на емоційний стан матерів, але когнітивна та поведінкова складова теж задієні. В рамках цієї групи жінки зможуть не тільки отримати емоційну підтримку та навчитися новим рішенням, знизити соціальну депривацію за рахунок того, що група складається із учасниць зі схожими переживаннями та проблемами і спілкування буде відбуватися фактично на одні і ті самі теми. Також, цілком можливе встановлення соціальних контактів та формування дружніх відносин між сім'ями, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру в майбутньому, через спілкування матерів на терапевтичній групі. Що надасть

подальшу підтримкою один одного, сформує коло спілкування людей зі схожими життєвими ситуаціями.

## ВИСНОВКИ

В ході проведення дослідження було виконано всі поставлені завдання. На основі опрацювання теоретичної частини дослідження було встановлено важливість емоційного стану матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, як важливого чинника впливу на їх нервову систему, психічну нестабільність, когнітивну сферу, самооцінку, реалізацію та якість життя. Тривожність матерів, пов'язана не тільки з розладами аутистичного спектру їх підлітків, а і з тим, на скільки соціально адаптованими та реабілітованими вони є. Крім того соціальне середовище сприймається, як загрозове і не дружлюбне. Жінки перебувають роками в стані тривожності, до чогось їм вдається адаптуватись, а деякі виклики супроводжують їх безперестанно.

Було організовано та проведено емпіричне дослідження тривожності серед двох груп матерів, одні з яких виховують норматипових підлітків, а інші виховують підлітків з розладами аутистичного спектру. Під час дослідження виявлено, що у матерів, що виховують підлітків з розладами аутистичного спектру ситуативна тривожність та емоційна нестабільність мають двосторонній зв'язок. Тобто емоційна нестабільність провокує ситуативну тривожність і навпаки. Крім того, привертає увагу, що значення особистісної тривожності у матерів які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру вища, ніж у матерів, що виховують норматипових підлітків. При дослідженні кореляційних зав'язків встановлено кореляцію серед тих, хто має одну дитину, у таких матерів особистісна тривожність вища. Також, ті, у кого є сиблінги, мають вищий рівень ситуативної тривожності, ніж ті, у кого немає.

Для терапевтичної інтервенції матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру, ми запропонували групову гештальт терапію. В рамках цієї групи жінки зможуть не тільки отримати емоційну підтримку та навчитися новим рішенням, а й соціалізуватись і "видихнути" за рахунок того, що група гомогенна та складається із учасниць зі схожими переживаннями та проблемами.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що підвищена тривожність у матерів, що виховують підлітків з особливостями може призводити до значної психоемоційної напруги та погіршувати стан здоров'я. Такий стан суттєво погіршує життя не тільки матері, а підлітків з особливими потребами, та взагалі сім'ї. Ця тема потребує детального дослідження після психологічних інтервенцій, з урахуванням гострої необхідності більш чітко розуміти становище матерів, які виховують підлітків з розладами аутистичного спектру щоб забезпечити якісний психологічний супровід і врахувати дієвість запропонованої інтервенції.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г.С. Практическая психология. – М.: Академ. проект, 2010.- 256 с.
2. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес; [ пер. с англ. Юлия Даре ]. – 5-е изд. – М.: Теревинф, 2012. – 50 с.
3. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. М.: теревинф, 2012. – 50с
4. Берн Э. Игры в которые играют люди. М., 2002. – 413с.
5. Бион У.Р. Научение через опыт переживания. М., 2005. - 128с.
6. Брайт Д., Джонс Ф. Стресс. Теории, исследования, мифы. — СПб., 2003. — 352 с.
7. Берн Э. Транзактный анализ и психотерапия. - СПб., 1994. – 356с.
8. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание – М.:Прогресс, 1986. – 422с.
9. Буль П. І. Основи психотерапії. Львів, 1974. – 416с.
10. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблем тривожності особистості. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка / Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2015. С. 473–484.
11. Гошовська Д. Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу / Д. Т. Гошовська.- Луцьк, 2011. - 265 с.
12. Гринспер С. На ты с аутизмом: использование методики FLOOR TIME для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспер, С. Уидер. – Москва., 2012. – 512 с.
13. Ігумнова О.Б. Напрями психокорекції негативних психічних станів матерів / О.Б. Ігумнова // Наукові записки Національного університету “Острозька академія”. Серія : Психологія і педагогіка. — 2014. — Вип. 30. — С. 64-68.
14. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. СПб.: Питер, 2002. – 343с.
15. Каткова Т. Соціально-педагогічний супровід проблемних родин:

система роботи. Соціальний педагог. К. 2011. – 214с.

16. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. М., 1994. – 358с.
17. Коен Ш. Жизнь с аутизмом. – М.: Институт общегуманитарных Исследований, 2008. – 240 с.
18. Косевска А. Групповая психотерапия. М., 1990. С. 346-356.
19. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушение и патологии психики. СПб., 2002. – 234с.
20. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод, пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. - 239 с.
21. Маслоу А. Самоактуализация. Тексты / под ред. Ю.Ю. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. Москва: Изд-во Моск. Ун-та, 1982. 324 с.
22. Милтон С. Обычные семьи, особые дети. Системный подход к помощи детям с нарушениями развития / Селигман Милтон. – Москва: Теревинф, 2007. – 368 с.
23. Мэй Р. Смысл тревоги / Р.Мэй. – М.: Класс, 2001. – 384 с.
24. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод, пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. - 239 с.
25. Проскурняк О.П. Материнство: феномен психології та об'єкт виховання: навч.-метод. посібник / О.П. Проскурняк. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2011. – 112 с.
26. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги [навчальний посібник] / К. О. Островська. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.
27. Проскурняк О.П. Материнство: феномен психології та об'єкт виховання: навч.-метод. посібник / О.П. Проскурняк. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2011. – 112 с.
28. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.,

1995. - 529 с.

29. Роджерс К. Групповая психотерапия. М., 1993. - 332с.
30. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. – Львів: Колесо, 2009. – 168 с.
31. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика СПб., 2003. - 289с.
32. Скрипник Т. Психологічна допомога дітям з аутизмом та їхнім батькам: навчально-методичний посібник / Т. Скрипник ; упорядн. Т. Шаповал – Київ : « Вид. група « Шкільний світ», 2016 – 160 с
33. Стрілецька І. І. Особистісна тривожність як складний полідетермінований психічний процес. Інсайт : зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених / ред. кол. І. В. Шапошникова, О. Є. Блинова та ін.]. Херсон : ПП Вишемирський В. С., 2016. Вип. 13. С. 299–301.
34. Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии. М., 2007. – 144 с.
35. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. – М.: АСТ; Астрель, 2007. – 318 с.
36. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 240
37. Фрейд З. Торможение, симптом и тревога. / Психоаналитическая хрестоматия. Классические труды (ред. Ромашкевич М. В.) – М.: 2005. – С. 15 – 79.
38. Фрейджер Р. Личность. Теории, упражнения, эксперименты / Р. Фрейджер, Дж. Фейдимен. – СПб. : Прайм – ЕВРОЗНАК, 2006. – 704 с.
39. Шапарь В.Б. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів. Харків : Прапор. 2009. - 670 с.
40. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА / Роберт Шрамм. – Москва: Рама Пабблишинг, 2016. – 208 с.
41. Ясточкіна І. А. Психологічні чинники виникнення та корекція особистої тривожності у ранньому юнацькому віці: автореф. дис. канд. психол.

наук : 19.00.07 / І. А. Ясточкіна ; НПУ ім. М. П. Драгоманова. – Київ, 2011. – 23 с.

42. Ялом И. Групповя психотерапия. М., 2007. - 769с.

43. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика. - К. : Вища школа, 2006. – 382 с.

44. Albrecht, T. L. and Goldsmith, D. J. (2003), 'Social support, social networks and health', in T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller and R. Parrott (eds), *Handbook of Health Communication*, Mahwah: Lawrence Erlbaum, P. 263–284.

45. Berg J.S., Brunetti-Pierri N., Peters S.U. Speech delay and autism spectrum behaviors are frequently associated with duplication of Williams-Beuren syndrome region // *Genet. Med.* 2007. Vol. 9. № 7. P. 427 – 441.

46. Boyd B.A. Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism // *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities.* 2002. Vol. 17(4). P. 208–215.

47. Dale E., Jahoda A., Knott F. Mothers' attributions following their child's diagnosis of autistic spectrum disorder: Exploring links with maternal levels of stress, depression, and expectations about their child's future // *Autism* 2006. P. 463–479.

48. Dumas J.E., Wolf L.C., Fisman S.N., Culligan A. Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, down syndrome, behavior disorders, and normal development // *Exceptionality.* 1991. P. 97–110.

49. Marcus L.M., Kuncze L.J., Schopler, E. Working with families. In F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (3rd edition). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. 2005. P. 1055–1086.

50. Martınez-Pedraza F.D.L., Carter A. S. Autism spectrum disorders in young children // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2009. Vol. 18(3). P. 645–663.

51. Meirsschaut M. Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mother's experiences and cognitions / M. Meirsschaut, H. Roeyers, P. Warreyn // *Research in Autism Spectrum Disorder*. – 2010. – Volume 4. – Issue 4.
52. Tway R., Connolly P.M., Novak J.M. Coping strategies used by parents of children with autism // *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2007. Vol. 19(5). P. 251–260.
53. Scorgie K., Wilgosh L., McDonald L. (1998). Parents' experiences managing life when a child has a disability // *International Journal of Special Education*/ 1998. Vol. 13. P. 102–110.
54. Stainton T., Besser H. The positive impact of children with an intellectual disability on the family // *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 1998. Vol. 65 23(1). P. 56–69.
55. Sivberg B. Coping strategies and parental attitudes. A comparison of Parents with Children with Autistic Spectrum Disorders and Parents with non-autistic Children / B. Sivberg // *International Journal of Circumpolar Health*. – 2002. – 61 Suppl. 2. – P. 36-50.
56. Nagamitsu S., Mitsuishi T., Kisa T., Komori H. CSF beta-endorphin levels in patients with infantile autism // *Autism Dev Disord*. 1997. № 27 (2). P. 155 – 163.
57. Piven J., Gayle J., Fink B., Landa R., Wzorek M.M., Folstein S. A Family history study of neuropsychiatric disorders in the adult siblings of autistic individual // *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*. 1990. P. 27-29.
58. [http://www.er.ucu.edu.ua:8080/bitstream/handle/1/2273/Chuprii\\_Osoblyvosti%20emotsiinoi%20sfery.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.er.ucu.edu.ua:8080/bitstream/handle/1/2273/Chuprii_Osoblyvosti%20emotsiinoi%20sfery.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
59. <https://core.ac.uk/download/pdf/153586782.pdf>
60. <https://pedagogy.lnu.edu.ua/wpcontent/uploads/2016/09/Ostrowska2h.pdf>