**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження.** Проблематика, пов’язана зі стресами, конфліктами і їх наслідками ґрунтовно досліджувалась, як закордонними, так і вітчизняними вченими. Враховуючи різноаспектність вищезазначених проблем, вони досліджувались фізіологами, психологами, управлінцями, економістами тощо. Вивчення природи появи стресу, причин розвитку активно розглядаються з найрізноманітніших аспектів. Причини виникнення, стадії розвитку, наслідки вивчали відомі вчені-психологи, зокрема Дж. Брайт, В. Бодров, М.Борневассер, Н. Водоп’янова, Л. Кітаєв-Смик, Р. Лазарус, А. Леонова, К. Маслач, Г. Сельє та ін.

В полі теми дослідження потрібно вести мову про стрес в контексті сім’ї. Тому доречно звернути увагу на праці й у цій сфері. В цьому напрямку цінними для нас є дослідження Р. Овчарова, В. Дружиніна, Г. Філіпова, Є. Ейдеміллера. Актуалізується потреба у вивчені батьківства по відношенню до дітей, які розвиваються в рамках норми, так і дітей з особливостями розвитку. Тут доречно згадати праці Н. Белопольська, В. Ткачева, Л. Шипіцина, А. Колупаєва.

Є чимало праць у напрямку взаємодії в сім’ях, що виховують дитину з обмеженими можливостями здоров’я, функціональними розладами, психічним відставанням. Серед них дослідження Т. Сак, В. Синьов, Г. Хворова, А. Чуприков. З кожним роком велика увага приділяється соціалізації таких дітей в суспільстві забезпеченню процесів її соціально-психологічної реабілітації та інклюзії. Тут активно проявилися дослідники Н. Синягіна, В. Ткачова. Але, попри це, науковцями практично не піднімається питання про глибинно-психологічні переживання батьками моральної травматизації від усвідомлення статусу здоров’я дитини. Поза увагою науковців залишається постійне перебування таких батьків серед стресорів, що знижують опірність нервової системи у останніх. Бракує наукових досліджень, які б описували особливості батьківства і материнства в сім’ях, де є діти із затримкою психічного розвитку. А саме – досліджень, де б розглядалась і висвітлювалась сторона батьків в контексті надання їм психологічної допомоги. В даному напрямку працювало і працює дуже мало науковців.

В свою чергу проблема стресу в сім’ях, де зростають діти з ментальними порушеннями, набуває все більшої актуальності в силу зростання даної категорії сімей. Соціальна значущість проблеми, її недостатня теоретична та практична розробка зумовили вибір теми дослідження «Психологічна корекція стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку».

**Об'єкт дослідження -** стрес у батьків дітей із затримкою психічного розвитку.

**Предмет дослідження -** психологічна корекція стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку.

**Мета дослідження:** теоретично обгрунтувати, емпірично дослідити та апробувати програму подолання стресу та відновлення ресурсного стану батьків дітей із затримкою психічного розвитку.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати та узагальнити результати теоретичних й емпіричних досліджень, психологічних теорій, особливостей впливу стресу в сімейному середовищі, де є діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР).
2. Методично обґрунтувати організацію та проведення емпіричного дослідження стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку.
3. На основі результатів констатувального експерименту розробити й апробувати програму корекції стресу та розвитку стресостійкості у батьків дітей із затримкою психічного розвитку.
4. Надати практичні рекомендації для психокорекції стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку.

**Теоретико-методологічну основу дослідження становили**: загальні принципи детермінізму, єдності свідомості і діяльності (Л.С. Виготський, П.І. Зінченко, О.М. Леонтьєв, Б.Ф. Ломов, С.Д. Максименко, С.Л. Рубінштейн та ін.); теорія про єдність біологічного й соціального в розвиткові людини (Б. Ананьєв, П. Анохін, М. Бернштейн, Л. Виготський, О. Киричук, Г. Костюк, В. Крутецький, О. Леонтьєв, С. Максименко, В. Рибалко та ін.); концепція соціально-психологічних особливостей соціалізації особистості при порушеннях інтелектуального розвитку (О. Агавелян, В. Бондар, О. Гаврилов, І. Дмитрієва, С. Миронова, Г. Мозгова, В. Синьов, І. Татьянчикова, О. Хохліна та ін.); концепція саморозвитку особистості Г.С. Костюка; концепції розвитку особистості як суб’єкта власної життєдіяльності (К.О. Абульханова-Славська, Г.О. Балл, М.Й. Боришевський, Т.П. Вісковатова, І.В. Данилюк, З.О. Кіреєва, В.О. Моляко, В.Ф. Моргун, В.О. Татенко, Т.М. Титаренко та ін.); формування соціальних умінь і навичок (І. Бех, В. Бондар, Г. Блеч, А. Висоцька, І. Гладченко, І. Дмитрієва, Г. Мерсіянова, В. Синьов, С. Трикоз, О. Чеботарьова, S. Bochner, F. Campbell та ін.); формування соціальних уявлень і розвиток елементарних навичок планування й контролю (Л. Вавіна, О. Гаврилов, Ю. Галецька, Г. Дульнєв, Л. Занков, І. Татьянчикова, О. Хохліна та ін.); соціальна та психологічна адаптація до життя в умовах соціального довкілля (О. Маллєр, М. Пішчек, Л. Шипіцина, G. Cartwright та ін.); основні теоретичні підходи щодо спеціального навчання й виховання, їх вплив на процес розвитку дитини (В. Бондар, Л. Виготський, Т. Власова, І. Єременко, Т. Дегтяренко, Г. Дульнєв, В. Засенко, С. Кульбіда, А. Колупаєва, Л. Прохоренко, О. Романенко, Т. Сак, В. Синьов, М. Супрун, О. Таранченко, О. Хохліна, М. Ярмаченко та ін.), теорія психологічного супроводу дітей із психофізичними порушеннями (В. Кобильченко, Т. Сак, В. Соколов, Г. Соколова та ін.).

**Методи дослідження.** Для забезпечення достовірності положень, висновків і розв’язання окреслених завдань дослідження використано комплекс взаємодоповнюючих методів: – *теоретичні методи:* теоретичний аналіз наукових першоджерел; – *емпіричні методи:* спостереження, бесіда, констатувальний та формувальний експерименти, тестування (стандартизовані методики: оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна); шкала психологічного стресу PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона; методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. Балашової); методика К. Хека і Х. Хесса. Експрес-діагностика імовірності неврозів; опитувальник «Втрати і придбання персональних ресурсів» (ОППР) Н. Водоп'янова, М. Штейн; комплексна оцінка проявлення стресу Ю. Щербатих; опитувальник ставлення до хвороби дитини (В. Каган, І. Журавльова); – *методи математичної статистики*. Обробку експериментально отриманих даних здійснено за допомогою програми IBM SPSS Statistics 21.

**Наукова новизна** дослідження полягає у тому, що:

* *визначено* концептуальні теоретико-методологічні та методичні засади для вивчення проблеми психологічна корекція стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку;
* *встановлено специфіку* взаємовідносин між батьками та дітьми, що мають особливості розвитку;
* *виокремлено взаємозв’язки* між ресурсним вигоранням та переживанням стресу батьками дітей, що мають особливості розвитку;
* *поглиблено уявлення* про особливості виникнення та розвитку стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку;
* *набули подальшого розвитку положення* про ефективність психокорекції стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в уточненні психологічної сутності та змісту проблеми стресу в сім’ях, де є діти із затримкою психічного розвитку; у визначенні особливостей виникнення та розвитку стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку; розробці теоретико-методологічних основ комплексу соціально-психологічних заходів, спрямованих на психокорекцію стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку.

**Практичне значення** **дослідження** полягає у тому, що узагальнений теоретичний матеріал та методи дослідження стресу батьків дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) можуть бути використані практичними психологами, соціальними працівниками, безпосередньо самими батьками.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СТРЕСУ В СІМ’ЯХ, ДЕ Є ДІТИ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ**

* 1. **Стрес як предмет психологічного аналізу**

Дослідження проблеми стресу здійснюється вже не один десяток років. Для позначення психічних станів людини у важких умовах вчені (В. Бодров, Л. Бороздіна, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус, Н. Наєнко, Ю. Олександровський, Г. Сельє, Ч. Спілбергер, М. Франкенхойзер та ін.) використовують різні поняття (психічна напруга, емоційні переживання, емоційне збудження, нервово-психічна напруга, стрес, емоційна напруга, тривога тощо), серед яких найбільш розповсюджене поняття «стрес». Його застосовують для позначення широкого кола не тільки психічних, але й фізіологічних станів людини. Попри значну кількість досліджень, їх автори виходять з різного розуміння феномена стресу. У той же час певне розуміння стресу, його природи та протікання багато в чому визначає подальший напрямок вивчення даного емоційного стану.

Як пише російський психофізіолог Ю. Александров, «стрес став одним з наймодніших медико-психологічних діагнозів. Цей діагноз ставиться людині, коли у неї виникають будь-які проблеми, які призводять до погіршення її психічного і фізичного здоров'я» [30].

Тому доречно говорити не тільки про саме поняття, як таке, а про підходи до розуміння стресу. Найбільш популярна та часто використовувана – теорія Г. Сельє. Вчений пояснив, що стрес – це неспецифічна реакція організму у відповідь на несподівану та напружену ситуацію, це фізіологічна реакція, що мобілізує резерви організму і готує його до фізичної активності типу спротиву, боротьби [27]. Під час стресу виділяються гормони, змінюється режим роботи багатьох органів і систем. У своїх пізніх роботах Г. Селье почав говорити про хороший стрес (еустрес) і поганий стрес (дистрес). Внаслідок останнього вичерпуються захисні сили організму та зменшуються механізми адаптації, організм слабшає, а це стає причиною різних захворювань.

Факторами, що стали причиною стресу – називають «стресорами». Виокремлюють фізіологічні і психологічні стресори. Фізіологічні стресори – надмірне фізичне навантаження, висока або низька температура, больові стимули та ін. Психологічні стресори поділяються на інформаційні та емоційні. Інформаційний стрес виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, коли людина не виконує завдання, не встигає приймати рішення. Емоційний стрес виявляється в ситуаціях загрози, небезпеки, гніву, образи та ін.

Стресова ситуація виникає, коли людина зазнає впливу того чи іншого стресора. При цьому її мозок швидко визначає, що несе із собою даний стресор: загрозу чи користь? Потім випливає стресова реакція — за природою кожного разу та сама, але за силою й тривалістю залежна від стресора, а також від психологічного й фізіологічного стану людини. Стресорами можуть виступити як зовнішні чинники, так і внутрішньо особистісні. Вони здатні вивести з рівноваги фізіологічні та психічні функції людини, що позначається на нервовій системі організму та спричиняє виникнення стресу [41].

Людина щодня потрапляє в різні ситуації, котрі стають стресорами. Загальна сума таких мікро стресорів робить потужний удар на психіку в цілому. При цьому багато досліджень свідчать, що стреси потрібні, оскільки вони підвищують тонус. Але при їх критичній кількості їх дія негативна. Можливості організму – при сильному стресовому впливі швидко виснажуються. Це в свою чергу стає причиною захворювань і може привести, навіть, до смерті. Сильні й тривалі стресогенні впливи викликають стан дистресу. Саме його, прийнято вважати «поганим» стресом.

Існують чотири форми прояву стресу: інтелектуальна, поведінкова, емоційна та фізіологічна.

Коли стрес впливає на інтелектуальні процеси, то це відображається у зниженні рівня показників уваги, функцій пам’яті, інколи починають відкидатися переконливі аргументи, а помилкові мотиви перемагають.

При поведінковій формі стресу відбувається порушення психомоторики, режиму дня, професійної діяльності, соціально-рольових функцій.

Емоційна форма стресу проявляється в реакції дратівливості, гніву, агресії, аж до афективних станів.

Зміна фізіологічних процесів при стресі – це підвищення частоти пульсу чи зміна його регулярності; підвищення артеріального тиску, порушення в роботі шлунково-кишкового тракту; зниження електричного опору шкіри і т.д. [35, с.104].

Класична концепція стресу Г. Сельє говорить про три фази (стадії) його розвитку: 1) стадію тривоги; 2) стадію резистентності; 3) стадію виснаження. В рамках нашої роботи особливо цінним є пояснення третьої стадії. Яка в розумінні Г. Сельє пов’язана із виснаженням «адаптаційної енергії», під якою він розумів не тільки запаси глюкокортикоїдів у корі надниркових залоз, але і щось інше, що поки що не з’ясовано. Як писав Г. Сельє, «... ми до цих пір не знаємо, що саме виснажується, але зрозуміло, що тільки не запаси калорій». «Стадія виснаження» відповідає явищам відчаю, безсилля і фрустрації, які охоплюють людину у безнадійній ситуації [27, с.112].

Тому доречно вести мову не тільки про втрату ресурсів під час стресу, а про вигорання – як таке.

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це стан емоційного безсилля. Людина відчуває себе виснаженою морально, розумово, і фізично. Все важче прокидатися вранці і починати трудову діяльність. Все складніше зосередитися на своїх обов'язках і виконувати їх вчасно та продуктивно. Руйнується звичний уклад життя, псуються стосунки з оточуючими. Відбувається втрата сенсу життя. Можна відмітити, що ознаки стресу і СЕВ доволі схожі. Погіршується сон, високий рівень дратівливості, непорозуміння у відносинах (робочих, сімейних).

При цьому емоційне вигоряння, в його початковій стадії дуже схоже на звичайну нудьгу, тому одразу його відстежити важко.

Феномену емоційного вигорання, як психічного розладу, приділялася увага ще в 1974 році. Вперше термін «bournout» (англ. вигорання, потухання горіння) запропонував Г. Фрейденбергер, для опису деморалізації, розчарування і крайньої втоми, яке він спостерігав у працівників психіатричних закладів. Вчений першим наголосив на серйозності проблеми емоційного виснаження і його впливу на особистість людини. Згодом американські вчені К. Маслач і С. Джексон систематизували описові характеристики даного синдрому і розробили опитувальник для його кількісної оцінки [49, с.7].

Найчастіше синдром емоційного вигорання пов'язують з проблемами на роботі, хоча такий психічний розлад може з'явитися і у звичайних домогосподарок чи молодих мам. Їх об'єднують одні й ті ж ознаки: швидка стомлюваність і втрата інтересу до обов'язків. Як показують статистичні дані, синдром найчастіше вражає тих, хто кожен день має справу з людським фактором.

До прикладу дослідження Г. Фрейденберга проводилися в психічних закладах з відповідним контингентом. Ці дослідження показали вигорання у працівників закладу, яким було важко переключатися від щоденних стресових ситуацій у клініці. Щодня стикаючись з негативом, чужим настроєм або неадекватною поведінкою, особистість відчуває напруження, яке з часом тільки посилюється і переходить в емоційний стрес. Так матерям дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) аналогічним чином постійно приходиться мати справу з емоціями дитини, які часто не вписуються в рамки позитивних чи типових. Тож ці матері регулярно перебувають в полі стресорів. Сюди ж відноситься: одноманітність повторюваних дій; напружений ритм; знецінення щоденної роботи; критика тощо.

Сприяють ресурсному вигоранню також індивідуальні особливості характеру людини котрі проявляються в: бажанні робити все ідеально; схильність приносити в жертву власні інтереси; неадекватної оцінки своїх можливостей і здібностей тощо.

Все це особливо актуально для батьків дітей з особливими ментальними чи фізичними потребами. Такі батьки перевантажують себе роботою, обов’язками, завищеними вимогами до себе, при цьому майже не отримують схвалення і підтримки. Тож їхні ресурси вичерпуються.

Симптомами такого вигорання є:

- постійне відчуття занепокоєння з приводу того «чи дію я правильно»;

- відчуття хронічної втоми та пустоти яка з ним пов’язана;

- роздратування, яке направлене на оточуючих, зокрема членів сім’ї (навіть дітей);

- відношення до щоденних обов’язків, як до важкої необхідності, а не як до того, що може приносити задоволення.

Процес психофізичного вигорання В. Бойко, К. Вальтер, Н. Грішина, Дж. Поулін, Г. Сельє та інші вчені розглядають як механізм психологічного захисту, що спрацьовує у відповідь на стресогенні чинники. Здебільшого вигорання спричинене некерованим довготривалим стресом [27]. При цьому відбувається не просте емоційне вигорання, а фізичне. В такому контексті доречно говорити про ресурсне вигорання.

Ресурсний стан підтримується, коли «дохід» перевищують «витрати», тобто коли особистість має достатньо відпочинку (мова йде про фізичне та психічно-емоційне) і повністю відновлює сили для повноцінного життя. У такому випадку підтримується стан бадьорості, внутрішньої рівноваги та гармонії. Якщо ж баланс між втратою ресурсів і їх відновленням порушено, це призводить до вигорання, [синдрому хронічної втоми](https://happymonday.ua/vygoranie-na-rabote/?utm_source=media&utm_medium=organic&utm_campaign=article&utm_content=vygoranie-na-rabote), депресії.

Ресурсний стан легше підтримати, ніж відновити. Тому важливо вчасно зрозуміти коли особа вже діє в режимі дефіциту, бо ресурсний стан впливає не тільки на ефективність роботи, але й на якість життя загалом.

**1.2. Особливості виникнення та розвитку стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку**

Узагальнюючи наукові тези про стресостійкість можна зрозуміти, що людина має здатність протистояти негативному впливову стресових факторів. Принцип такий – мозок і тіло навчаються справлятися зі стресом. Він залишає у свідомості відбиток, завдяки якому в наступний раз людина будете знати, як поводитися. Цього не відбувається при кожній дрібній неприємності, але, якщо перед особою постане справді складне завдання, мозок і тіло обов'язково витягнуть з неї уроки. Психологи в таких випадках кажуть, що людина отримує щеплення стресом. Це свого роду «вакцинація» для мозку [43]. Іншими словами, дана вакцина це є рівень стресостійкості. Але надмірна кількість стресорів, знижує опір їм настільки, що останній зникає по своїй суті взагалі. При цьому часто виникає паритет зацикленості між стресом та синдромом емоційного вигорання.

При цьому спеціалісти зазначають, більшість великих проблем особистість здатна пережити доволі добре, а увагу слід звертати на менш драматичні стресори. Денна марнота, буденність, дріб’язкові життєві неприємності (погана погода, неуважний сусід, загублені речі, підвищення ціни, навіть прогулянка з дитиною) – викликають хронічний стрес. Люди частіше здатні протистояти різкому і короткочасному стресу. Справжня проблема постає тоді, коли стрес переростає в нескінченний: нелюбима робота, життя з батьками-тиранами, постійні дріб’язкові конфлікти в сім’ї тощо.

Найбільш схильні до стресу в сім’ї мами, яким доводиться більше контактувати з дітьми. Особливо сюди відносяться мами-домогосподарки. Роль мами в сім’ї є найбільш емоційно навантаженою. Якщо говорити про мам дітей з розладами психічного розвитку, то таке навантаження автоматично зростає в кілька разів. Адже багато навичок дитинні не доступні в силу її відставання від нормотипового розвитку. Тобто в силу того, що «…дитяча відсталість відноситься до числа клінічних форм, які туго піддаються або взагалі не піддаються лікувальній дії» [47, c. 115] здебільшого мова йде тільки про реабілітацію до максимально можливих рамок. Тому виключається можливість повного усунення інтелектуального дефекту, а при важких порушеннях – повноцінної соціально-трудової адаптації та самостійного життя в соціумі такої дитини. В ситуації коли стандартна вербальна комунікація з дитиною практично відсутня, або вона мінімізована, а про свої потреби дитина в основному повідомляє істериками чи криками зростає кількість стресорів. При цьому варто наголосити, що відчуття стресу може бути тривалим, навіть коли стресор припинив свою дію. Це суттєво знижує опірність організму на всіх рівнях.

Ситуації хронічного стресу, психічної напруги негативно впливають на здоров’я, розбалансовують фізіологію та психіку людини. Багато матерів, котрі страждають від хронічної втоми й емоційного виснаження (з’являється сильна дратівливість), ясно не усвідомлюють всієї картини та причин психофізичного вигорання. Починається все з банального зниження інтересу до щоденних обов’язків, порушується рівновага між «вимогою» та «можливостями». В подальшому це призводить до повної відсутності життєво необхідних ресурсів. Відбувається не просто емоційне вигорання а ресурсне, що по своїй суті глибше і багатогранніше поняття.

Згідно ресурсної концепції С. Хобфолла, ресурсами є те, що є цінним для людини та допомагає їй адаптуватися до стресових ситуацій. Сюди відносять зовнішні – соціальні та внутрішні – “душевні” (психологічні). Втрата зовнішніх та/або внутрішніх ресурсів переживається людиною, як суб’єктивне неблагополуччя і стан психологічного стресу [37]. На думку дослідника, психологічний стрес виникає при порушенні балансу між втратою і придбанням персональних ресурсів. Саме ці тези лягли в основу розробленої в рамках дослідження схеми ресурсного вигорання (див. рис. 1.1).

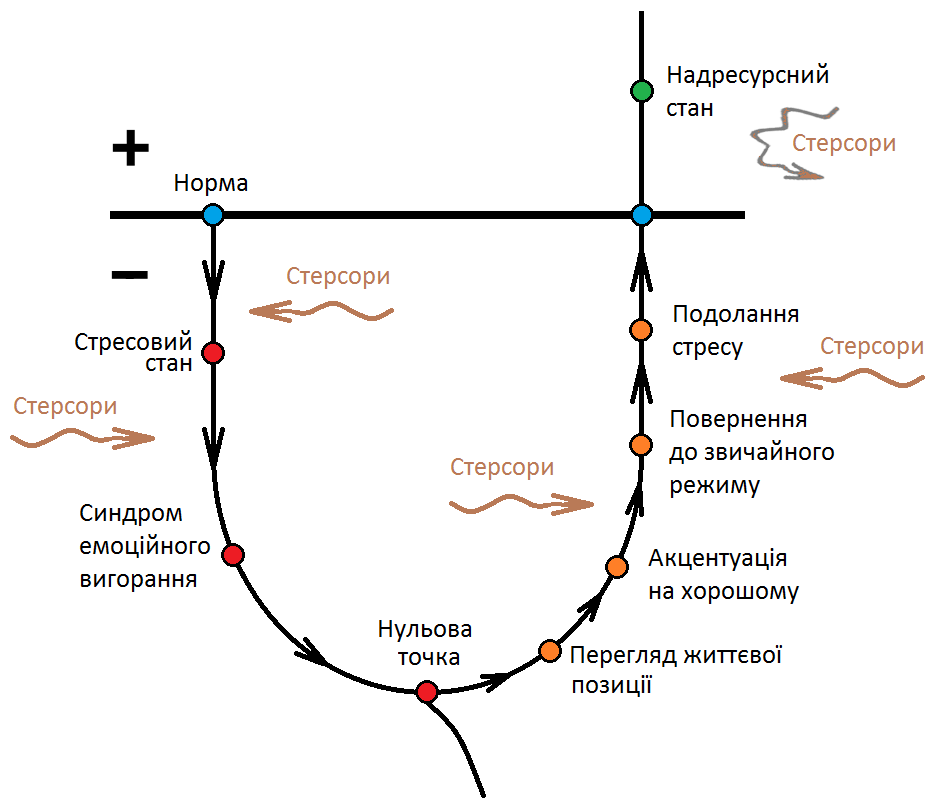


Рис. 1.1. Схема ресурсного вигорання

Є поле діяльності з полюсами «+» і «-». Є серединна норма – точка в котрій перебуває більшість людей. Щодня всім людям приходиться чинити опір стресовим явищам (стресорам). В силу різних індивідуальних обставин цей опір зменшується. В результаті людина опиняється в стресовому стані. Дія стресорів продовжується, а опір практично зникає і результат – синдром емоційного вигорання. За яким слідує нульова точка, в якій відбувається повне ресурсне вигорання, тобто всі показники фізичного, емоційного, психічного характеру на нулі, а їх потенціал вичерпаний. Саме з цієї точки можливі два варіанти розвитку:

А) продовжується падіння і в цьому випадку особистість очікує те саме, що піддослідних мишей Г. Селье (від тривалого стресу миші гинули);

Б) або ж відновлення у стилі «фенікса з попелу» - коли майже нема сил діяти людина акумулює останні резерви і розпочинає процес свого відновлення.

Процес відновлення має кілька етапів і розпочинаються вони із, так би мовити, ввімкнення режиму збереження, умовного уповільнення. В цьому стані звична метушня, устремління, цілі практично знівельовані.

Наступний етап – перегляд своїх життєвих позицій. На якому виникає стійке бажання до змін, хоч сил на їх реалізацію ще бракує.

Третім етапом йде – акцентуація на всьому хорошому, що є в житті. Прийняття ситуації. Тут частіше за все виникають почуття вдячності та пробачення. І з цього моменту починають з’являються сили на зміни.

Далі людина переходить на наступний щебінь – повернення до звичного режиму, але вже з новими поглядами, які активно втілює в своєму житті. Динаміка цих нововведень залежить від психотипу кожної людини індивідуально. Для когось зміни йдуть швидше для когось повільніше.

Після цього розпочинається процес повного відновлення. подолання стресового стану. Етап «перегорнутої сторінки» - особа починає писати «новою ручкою», але зі старим багажем, досвідом, що був на пережитим. В цьому моменті знову виникають чіткі кордони опору стресорам.

Після чого, відбувається повернення до точки «норми», але із зміненими поглядами та активні дії в напрямку внутрішніх та зовнішніх змін свого життя. На цьому етапі в людини є достатньо знань, щоб балансувати між втратою та відновленням ресурсів. І цей процес нагадує мікрохвилю «вверх-вниз» «вверх-вниз». Відбувається це так тому, що всі процеси в навколишньому середовищі чи в людині зокрема не є статичними. Образно кажучи – ми ніколи не стоїмо на місці а рухаємось або в низ або вверх. Тут доречно зауважити, що як і в ресурсній теорії С. Хобфолла процес втрати ресурсів більш інтенсивний, ніж їх набуття.

**1.3. Ресурсне вигорання як результат переживання стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку**

На цьому рух по осі в нашому полі не завершується. Вище йде етап який ми назвали «над ресурсним». Це етап коли людина перебуває в повній гармонії з собою та переповнена ресурсами, настільки, що їй природно хочеться ділитися ними, віддавати тим хто цього потребує. Важливою ознакою цього етапу є вміння не просто чинити опір стресорам, а трансформувати їх у позитив. Таким чином поняття стресорів зникає по своїй сутті. Зникають вони не самі собою, просто суттєво змінилися погляди на них, настільки, що вони перестали взагалі сприйматися стресорами. Це щось схоже на хронічний позитивізм. Але перебувати в такому стані дуже важко, тому так чи інакше, відбуваються коливання.

«Придбання» ресурсів по своєму позитивному впливу не тотожне відсутності «втрат» ресурсів особистості. Перший надає більш мотивуючий вплив для накопичення адаптаційних можливостей в порівнянні з простим – відсутністю ресурсних «втрат». Тобто втратити, а потім набути знову «ресурсний стан» допомагає перебувати в більшому тонусі життя (більше відчуваючи його смак), а також це свого роду має тренувальний ефект для всіх систем організму, що в сукупності й виведе особистість на рівень «надресурсності».

Таке теоретичне узагальнення допоможе бачити ціліснішу картину станів, в яких перебувають батьки дітей із ЗПР. Ціллю психологічної роботи з такими батьками має бути – досягнення позиції «+» та стану «над ресурсності». Адже саме в такому стані мами й татусі можуть ефективно допомагати своїй дитині. І в такому ключі кожен член сім’ї зберігає свою цілісність та особистість у повній гармоній щодо оточуючих їх людей. Зокрема важливий акцент робиться на матерях дітей в силу їх психо-емоційного зв’язку. Основним принципом роботи має стати розуміння «Мама в ресурсі – в ресурсі вся сім’я», «Допоможи мамі і вона краще, якісніше та ефективніше допоможе своїй дитині!».

3. Ресурсне вигорання як результат переживання стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку

Вчені приходять до висновку, що з усіх видів стресу найбільш небезпечним є соціальний, викликаний тими або іншими життєвими обставинами. Американський соціолог Р. Хілл котрий увів поняття «сімейний стрес» визначив, що це стан в сім'ї, котрий виникає, як порушення рівноваги між реально існуючими або такими, що сприймаються вимогами до сім'ї (у вигляді загрози, втрати) і можливостями сім'ї впоратися з ними. Зазвичай такий стан викликається дією стресорів, або життєвих подій, що несприятливо впливають на сім'ю і її долю. Стресори можуть впливати на сім'ю в цілому або на її частину (наприклад, на діаду «чоловік – дружина» або «мати – дитина» ), а також на окремих членів сім'ї [38, с. 274]. Тому в контекст проведеного дослідження виокремлено материнську складову, як одну з ключових для формування здорового клімату в сім’ї. При особистому стресі матері – вся сім'я переживає загальну напругу і негативні емоції

Важкі життєві ситуації перевіряють сімейну систему на міцність – в цілому та кожного її члена окремо. Існує особлива якість сім'ї, так зване resilience, яка дозволяє їй формувати і підтримувати стійкі патерни функціонування під впливом стресу. Термін перекладається по-різному: еластичність, здатність сім'ї швидко відновлювати сили у разі невдачі, травми або подій, що швидко змінюються, після перенесеного стресу або стійкість до стресу [23]. Та є ситуації, котрі здатні порушити ці патерни або зруйнувати взагалі.

Так народження дитини з психофізичними відхиленнями може пригнічувати батьків. Такі життєві обставини кардинально змінюючи уклад родини – примиритися з якими не просто. Це в свою чергу негативно позначається на психологічному кліматі сім’ї.

Якщо народження дитини з нормальним розвитком додає позитивних переживань (радість, гордість, ніжність), то народження малюка з відхиленнями у розвитку часто розглядається як життєва катастрофа, непоправна трагедія.

Ситуація ускладнюється комплексом проблем з котрими приходиться зіштовхнутися батькам. В першу чергу це забезпечення відповідних умов життєдіяльності для дитини з психофізичними вадами. В таких умовах емоційна напруга зростає. А згодом перетворюється на більш сталий негативний емоційний стан – постійне емоційне напруження (за І. Лунгул, С. Максименко).

Народження дитини з порушеннями психофізичного розвитку це сильний психотравмуючий фактор. В результаті котрого відбувається дисгармонія сімейних взаємин – «втеча» батьків у роботу або, навпаки, – надмірна самопосвята дитині. Частішають сімейні конфлікти – аж до розлучення. З’являється багато негативних думок і переживань – крах усіх сподівань та планів на майбутнє, трагічне сприйняття життя. Відбувається формування травмуючи виховних стратегій – недооцінювання можливостей дитини чи надмірні вимоги до неї, гіперопіка, вседозволеність тощо. В таких умовах часто порушується соціальне функціонування родини – втрата соціальних зав’язків, агресивне налаштування до навколишнього світу [44, с. 5].

На відміну від людей, які переживають кризові ситуації, що мають тимчасовий характер, родини дітей із психофізичними відхиленнями відчувають «приреченість від катастрофічної події» (Д. Боулбі), її «хронічної екстремальності» (М. Радченко), переживають «хронічну стресову ситуацію» (Г. Кукуруза). В умовах незахищеності та невизначеності життєвих маршрутів такі родини стають однією з найуразливіших соціальних груп.

У цьому контексті особливої актуальності набуває розроблення технологій психологічного впливу на психоемоційний стан батьків [44, с. 6]. Головною причиною безпорадності батьків є нездатність використовувати власні ресурси, налагоджувати продуктивну комунікацію як всередині родини, так і за її межами, планувати своє життя і реалізовувати його, спираючись на обізнаність, настанови, вміння використовувати зовнішні й внутрішні ресурси. Гармонізація та налагодження вище зазначених процесів сприяє здоровій психіці та збільшує опірність стресам. Важливою складовою є психосоціальна робота з сім’єю дитини: вибір оптимальних способів виходу з кризи, згуртування членів сім’ї, організація психологічної підтримки та допомоги.

Варто зазначити, що психологічно здорова людина – це людина, яка поєднує в собі, на перший погляд, непоєднувані речі: широку інтеграцію власного досвіду і свободу від стереотипів, що утворилися внаслідок попереднього досвіду; спонтанність і відповідальність; усвідомлення власної унікальності й достатню соціалізацію; розуміння своїх потреб та проявлення емпатії до оточуючих. Перенести таку теорію в практику життя, де щодня загрожують стрес, дисбаланс, знецінювання, активна або пасивна агресія – не просто [39]. І саме з такими реаліями в їх максимально насиченій формі щодня зіштовхуються батьки «особливих» дітей. Те, що для інших є звичним критерієм існування у таких сім’ях, навіть дрібниці можуть стати справжнім викликом життя. І причин цьому багато. Корінь, яких лежить у специфічній поведінці дітей із затримкою психічного розвитку. Такі діти потребують більше уваги, більше занять, умовно кажучи «більше батьків». Тому на всіх рівнях – батьки таких дітей витрачають більше свого часу, своїх ресурсів і в цілому самих себе. Відповідно потрібні більші джерела поповнення своїх сил, як внутрішніх так і зовнішніх. Батькам дітей із ЗПР потрібно постійно розвивати навички психологічно здорової людини, які проявляються у здатності ефективно долати життєві труднощі. Так би мовити, життєстійкість таких батьків має бути набагато вираженіша ніж середньостатистичних.

Стресорів в сім’ї вистачає. Якісь явно проявлені інші завуальовані. І всі вони так чи інакше ведуть до ресурсного вигорання. Тому для батьків дитини із затримкою психічного розвитку необхідно шукати нові сенси свого батьківства. Саме це буде рятівним кругом від зацикленості дій їхніх стресорів. Крім того, науковцями підмічений безпосередній вплив сімейного чинника на особливості розвитку дитини: що сильніше виявляється сімейне неблагополуччя, то більш вираженими є порушення розвитку дитини.

Канадський психолог Г. Ньюфелд говорить про те, що для благополучного вирощування дитини потрібне ціле «село прив’язаності», тобто розширена сім'я або люди, які допомагають з дитиною. Звичайна «нуклеарная» сім'я нерідко ставить психічне здоров'я батьків, особливо матері, під загрозу. Тому що часто батькам доводиться проводити величезну кількість часу з дітьми, контролюючи і забезпечуючи всі їх процеси, без можливості, як слід відпочити і переключитися [46].

Окрім того, у випадку із затримкою психічного розвитку мова йде швидше за все не просто про виховання чи лікування, а про корекцію. Метою, якої є допомогти дитині оптимізувати роботу когнітивних процесів, розвинути емоційно-вольову сферу і як наслідок бути в рамках вікових показників психічного розвитку. Корекція повинна бути комплексною. А це означає, що навіть в домашніх умовах необхідно продовжувати вплив на певну сферу розвитку дитини. До того ж, основну частину часу дитина проводить вдома і вплив на її поведінку можуть надавати виключно батьки. А це потребує від батьків більше психоемоційних та фізичних затрат ніж у випадках з нормотиповими дітьми.

Надання вчасної та якісної психологічної допомоги таким родинам уможливило б появу в них відчуття захищеності й бачення перспектив у кожного члена родини. Особливого значення ця проблема набуває з огляду на те, що продуктивність розвитку і навчання дитини з психофізичними відхиленнями безпосередньо залежить від якості життєвих функцій родини, позиції батьків, їхньої здатності прийняти свого особливого малюка та домогтися його соціальної адаптації [44, с. 4].

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

В першому розділі було проаналізована та узагальнено досвід багатьох науковців, що досліджували питання стресу, синдрому емоційного вигорання та ресурсів людини (емоційних, психічних, фізичних). В роботі широко розкрито поняття стрес та стресорів. Детальну розібрано аспекти емоційного вигорання –його зовнішні та внутрішні чинники.

Аналізуючи наукову базу досліджень даного напрямку встановлено циклічний зв'язок між стресом та вигоранням: емоційне виснаження призводить до зростання стресу, а стрес призводить до зростання емоційного виснаження. Оскільки вигорання проявляється як в емоційно-психічний сфері, так і у фізичній, то це є ознакою зниження всіх життєвих ресурсів людини.

Таке вигорання особливо актуальне для матерів дітей із затримкою психологічного розвитку. Причини схожі на ті, що відчувають люди на одноманітній роботі. Особливо це гостро проявляється, якщо жінці здається, що її працю ніхто не цінує. Те ж саме іноді відчувають люди, змушені доглядати за важкохворими родичами. В нашому випадку це є дитина із ЗПР. Вони розуміють, що це – їх обов’язок. Але всередині накопичується образа на несправедливий світ і почуття безвихідності.

В роботі акцентовано увагу на ролі ресурсів особистості, їх значимість у розвитку і подоланні стресу. Так ресурсність охарактеризована, як досвід усвідомлення особистістю власних можливостей, який стає потенціалом для надання підтримки іншим, саморозкриття та творчого саморозвитку. Ресурси це те, що є цінним для людини і допомагає адаптуватися до стресових ситуацій або долати стреси життя. Є ресурс нема стресу. Було сформоване авторське розуміння та протікання процесів стресу та ресурсного вигорання. Дані поняття схематично відображення в нашій таблиці.

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНІВ СТРЕСУ, ТРИВОЖНОСТІ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ**

**2.1. Методичне обґрунтування та організація емпіричного дослідження**

Мета дослідження – діагностика батьків дітей із затримкою психічного розвитку та встановлення рівня відновлення свого ресурсного й емоційного станів. Оскільки в групі переважали жінки, вирішено рамки дослідження обмежити материнською складовою, що дозволило отримати більш точні показники. Така однобокість цілком виправдана. Адже чоловіча і жіноча психологія суттєво відрізняються, і стресори на різні статі діють по різному, відповідно для суб’єктів характерні різні форми відновлення ресурсного стану. Те саме стосується і внутрішніх та зовнішніх потреб. Також варто зазначити, що дослідження науковців не одноразово показували про особливо тісний зв'язок матері і дитини. А також те, що стан матері віддзеркалюється дитиною. В сім’ях де є діти з ментальними порушеннями така залежність стає дуже явною.

В процесі дослідження використовувався блок валідних психодіагностичних тестів, підібраних таким чином, щоб доповнювати результати один одного, всебічно розкриваючи психологічні особливості матерів дітей з затримкою психічного розвитку.

Для дослідження були застосовані такі психологічні засоби:

1. Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Ч. Спілбергера Ю. Ханіна).

2. Шкала психологічного стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона.

3. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. Балашової).

4. Методика К. Хека і Х. Хесса. Експрес-діагностика імовірності неврозів.

5. Опитувальник «Втрати і придбання персональних ресурсів» (ОППР) Н. Водоп'янова, М. Штейн.

6. Комплексна оцінка проявлення стресу Ю.В. Щербатих (36).

7. Опитувальник ставлення до хвороби дитини ( В. Каган, І. Журавльова).

Доцільність використання даних методик обумовлена метою та завданнями дослідження.

**Перша методика «Оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Ч. Спілбергера Ю. Ханіна)»** [28].

Данну методику часто використовують, оскільки вона добре себе зарекомендувала в середовищі психологів, довела свою валідність. Відзначається високий рівень інформативності методики стосовно самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розробив тест Ч. Спілберг (США). Адаптував Ю. Ханін. На думку авторів, певний рівень тривожності – природна і обов’язкова особливість активної, діяльної особистості. У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана “корисна” тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї суттєвим компонентом самоконтролю та самовиховання.

Опитувальник вміщує 20 тез котрі відносяться до тривожності, як стану(стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність), і 20 тез на визначення тривожності, як особистої схильності до певного сприйняття умов дійсності – (властивість тривожності).

За результатами будуються дві шкали. Перша – реактивної тривожності, що визначає, як ви себе почуваєте в даний момент. Друга шкала – особистісна тривожність котра виявляє, як ви себе почуваєте зазвичай. Кожне питання має 4 відповіді згідно ступеня інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) – для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) – для шкали особистісної тривожності.

Таким чином шкала реактивної і особистісної тривожності Ч. Спілбергера та Ю. Ханіна є єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан [28].

Якщо психологічний тест виявить у респондента високий рівень особистісної тривожності, то це дасть підставу говорити про наявність у нього стану тривожності в різних ситуаціях [17]. Загалом якщо дуже висока реактивна тривожність то це викликає порушення уваги, іноді порушення тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями [48].

Практична значимість роботи полягає в отриманні нових фактів, які можуть бути використані з метою розробки методів корекції тривожних мам.

Наступна методика – **шкала психологічного стресу PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона** [50]. Опитувальник шкала PSM-25 допомагає визначити, поточний рівень стресу. Методика розроблена у Франції 1991 року та апробована в багатьох країнах. Російськомовний варіант є цілком валідним та відповідає всім вимогам. Його й було використано в дослідженні.

Методика була розроблена для того, щоб усунути наявні недоліки традиційних методів вимірювання стресових станів. Адже непрямі вимірювання стресу дають значну похибку в інтерпретації станів особистості.

Лемур у співавторстві з іншими науковцями розробив опитувальник, який детально досліджує стан людини, котра зазнала стресу. Тобто, Лемур-Тесье-Філліон створили опитувальник, який описує стан людини, що переживає стрес. Питання сформульовані для осіб у віці від 18 до 65 років у відповідності до різних професійних груп. Все це дозволяє вважати методику універсальною. А численні дослідження показали, що PSM володіє достатніми психометричними властивостями [50].

Респонденту пропонується відзначити в 25-позиціях свої стани за останній тиждень з допомогою 8-бальної шкали (від оцінки «ніколи» до оцінки «постійно»). Сума балів є інтегральним показником психічної напруженості (ППН). Існує три рівні ППН: високому рівню стресу відповідає показник більше 155 балів; середньому – показник в діапазоні від 154 до 100 балів. Результати нижче 100 балів свідчить про стан психологічної адаптованості до навантажень.

Наступна методика – **Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. Балашової)** [32].

Тест розроблено для порівняльної діагностики депресивних станів і станів, що наближені до депресії.

Шкала В. Зунга (Цунга) для самооцінки депресії була опублікована в 1965 року у Великобританії і в подальшому отримала міжнародне визнання (переведена 30 мовами). Тест адаптований у Московському відділенні наркології НДІ ім. Бехтерева – Т. Балашовою. І згодом був апробовананий в україському варіанті й підтвердив свою валідність.

Методика розроблена на основі діагностичних критеріїв депресії і результатів опитування пацієнтів з цим розладом. Оцінка тяжкості депресії по ній проводиться на основі самооцінки пацієнта.

Респонденту пропонується 20 тверджень кожному, з яких потрібно виставити оцінку від 1 до 4. Кінцевий результат виводиться за формулою.

Підсумовуючи кількість балів, можна отримати цифру від 20 до 80 балів, що характеризує певний рівень депресії: якщо він становить менше 50 балів, то діагностується «стан депресії», 50-59 балів – «легка депресія ситуативного або генетичного генезу», 60-69 балів – «субдепресивний стан або маскована депресія», менше 70 – «істинний депресивний стан».

Наступна методика – **методика К. Хека і Х. Хесса.**

Тест експрес-діагностики ймовірності неврозу К. Хека і Х. Хесса дозволяє виявити ступінь ймовірності неврозу. Методика розроблена в 1975 році німецькими психологами Куртом Хуком і Хельгою Хесс, як опитувальник скринінгу неврозу. У практиці психодіагностики використовується спрощений варіант методики з 40 питань.

Для визначення ступеня ймовірного неврозу необхідно підрахувати в анкеті кількість ствердних відповідей. Кожна така відповідь дорівнює 1 балу. Цифри від 0 до 23 відповідають низькій невротизації, і свідчать: про емоційну стійкість, про позитивний фон переживань (спокій, оптимізм), ініціативність, наявність почуття власної гідності, соціальної сміливості, легкості при спілкуванні. Кількість балів від 24 і більше показують високу ймовірність неврозу (невротизації), і свідчить про виражену емоційну збудливість, в результаті чого з’являються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, дратівливість, розгубленість). Це показник егоцентричності особистості, наявність труднощів при спілкуванні, соціальні залежності, безініціативності, яка формує переживання, пов’язані з незадоволеністю бажань.

Методика дає лише попередню і узагальнену інформацію. Остаточні висновки можна робити лише після докладного вивчення особистості. Або ж в комплексі тестування більш точними методиками.

Наступна методика – **опитувальник «Втрати і придбання персональних ресурсів» (ОППР) Н. Водоп'янова, М. Штейн** [51, с. 304-305].

Методика діагностує співвідношення і динаміку персональних ресурсів людини за певний заданий часовий проміжок. В контексті пропонованої методики ОППР ресурси розуміються як значущі матеріальні засоби (матеріальний дохід, будинок, транспорт, одяг, об'єктні фетиші) та нематеріальні конструкти (бажання, цілі, система вірування, ідеї, переконання), зовнішні (соціальна підтримка, сім'я, друзі, робота, соціальний статус) і внутрішні – самосприймання і світогляд (самоповага, професійні вміння, оптимізм, самоконтроль, життєві цінності, система вірувань та ін.), стан душевного і фізичного благополуччя, вольові, емоційні і енергетичні характеристики, які необхідні (прямо чи опосередковано) для подолання реальних або передбачуваних стресів життя.

Опитувальник втрат і придбань персональних ресурсів (ОППР) розроблений Н. Водоп'янова і М. Штейн на основі ресурсної концепції психологічного стресу С. Хобфолл. Згідно ресурсної концепції С. Хобфолла, психологічний стрес і ризик захворювань адаптації виникає при порушенні балансу між втратою і придбанням персональних ресурсів. Тож, з допомогою опитувальника проводиться оцінка тимчасового (за останній рік-два) взаємодії втрат і придбань особистісних ресурсів. При цьому можна задати будь-який часовий інтервал життя, від півроку і більше. Опитувальник складається з двох частин. Респондентам дається інструкція оцінити, за 5-бальною школою ступінь напруженості своїх переживань по кожному пункту опитувальника: 1 бал – «нема такого відчуття», 2 бали – «переживання в малому ступені», 3 бали – «переживання середнього ступеня»; 4 бали – «переживання в звичній мірі»; 5 балів – «переживання дуже сильне».

Ресурсні концепції психологічного стресу пов'язують адаптаційні можливості людини і стійкість до стресогенним життєвих обставин з наявністю особистісних (соціально-психологічних) ресурсів. В даному опитувальнику підраховується індекс ресурсності (ІР) як частка від ділення суми балів "придбань" на суму балів "втрат". Тестові норми для опитувальника ОППР Рівень ресурсності - баланс між придбаннями і втратами. В цьому контексті є три рівні ресурсності: низький менше 0,8 балів, середній 0,8-1,2 бали і високий це коли більше 1,2 бали. Чим більше ІР, тим більше збалансовані життєві розчарування і досягнення і вищий адаптаційний потенціал особистості, менша стресова вразливість.

Наступна методика – **комплексна оцінка проявлення стресу Ю. Щербатих** [15]. Комплексна оцінка стресу доволі широке поняття. Адже, як зазначає сам автор у своїй книзі «Психология стресса и методы коррекции»[15] психологічний стрес може проявлятися у змінах різних функціональних систем організму, а інтенсивність порушень може варіювати від невеликої зміни емоційного настрою до таких серйозних захворювань, як виразка шлунку або інфаркт міокарда. В свою чергу в психології прийнято поділяти прояви стресу на поведінкові, інтелектуальні, емоційні та фізіологічні (до фізіологічних проявів умовно відносять також біохімічні і гормональні процеси). Тож керуючись таким підходом науковець в основу свого тесту поклав визначення стресу, саме по вище зазначеним чотирьом категоріям – поведінкові, інтелектуальні, емоційні та фізіологічні прояви стресу. Відповідно до цих категорії респондент отримує матеріал з 4 блоків. В кожному блоці по 12 ознак. Респонденту необхідно в кожному відмітити ті прояви, що він визначив у себе.

Обробка і інтерпретація результатів здійснюється до кількості набраних балів. Як для кожного блоку є різними. А загальна максимальна сума за всім списком теоретично може досягати 66.

Показник від 0 до 5 балів вважається хорошим - означає, що в даний момент життя значимий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникає у відповідь на сильні стресорні фактори, котрі не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібне застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу – виснаження запасів адаптаційної енергії.

Завершальним методом дослідження є **«Опитувальник ставлення до хвороби дитини» ( В. Каган, І. Журавльова)** [36]***.***

У своїй роботі ми робимо акцент на мамах. При цьому так чи інакше стан мами впливає на стан дитини. Тож, на нашу думку доречно провести це опитування, адже в сукупності з іншими тестами він показує чи стрес мами відображається на ставленні до дитини та її діагнозу.

Окрім того, вибір даного опитувальника обумовлений тим, що він може використовуватися в індивідуальній і сімейній діагностиці відношення дорослих членів сім'ї до хвороби дитини, оцінки ефективності сімейної психотерапії, в консультативній роботі, а також у науково-практичній роботі для вивчення ставлення до хвороби дитини в залежності від захворювання, типу лікування (амбулаторне, стаціонарне, напівстаціонарне, санаторне), культурного рівня сім'ї, якості сімейних відносин, мало- і багатодітності сім'ї і т.д. Може бути корисний при вивченні формування здорового способу життя, формування і особливостей психосоматичних відносин. Вище перераховані параметри вважаємо особливо актуальними для сімей, де є діти ментальними порушеннями.

Опитувальник для діагностики ставлення до хвороби дитини складається з 40 пунктів-тверджень, згода з якими оцінюється по 6-бальній шкалі. З метою балансування опитувальника, що підвищує достовірність результатів: твердження подано у вигляді емоційно-позитивних і емоційно-негативних суджень; формулюються в 1 і 3 особі; виражають одну й ту саму ознаку через негативні і позитивні відповіді.

Своє відношення до тверджень респондент визначає через шкалу: -3 абсолютно не згоден; -2 не згоден; -1 скоріше згоден, ніж не згоден; +1 скоріше згоден, ніж не згоден; +2 згоден; повністю згоден. Інтерпритація результатів здійснюється згідно 4 шкал: інтернальність (І), тривога (Т), нозогнозія (Н):, контроль активності (А). Загальна напруженість (О) розраховується як сумарний показник по всьому опитувальнику в цілому.

Шкала інтернальності (І). Високі показники по ній описують екстернальний батьківський контроль хвороби дитини – причини хвороби сприймаються як щось, що не залежить від батьків, що вони не можуть контролювати і чим не можуть керувати. Низькі показники описують інтернальний контроль, при якому батьки сприймають себе як відповідальних за хворобу дитини.

Шкала тривоги (Т). Описує тривожні реакції на хворобу дитини. Чим більший показник, тим більш виражена тривога. Помірне заперечення тривоги характеризує відносно нейтральне ставлення до хвороби дитини. Крайні ступеня заперечення тривоги розходяться з конвенціональними стереотипами ставлення до дітей і вказують найчастіше на витіснення тривоги.

Шкала нозогнозії (Н). Високі показники описують перебільшення батьками тяжкості хвороби дитини (гіпернозогнозія). Низькі показники – описують применшення батьками тяжкості хвороби дитини (гіпонозогнозія і анозогнозія).

Шкала контролю активності (А). Високі показники описують тенденцію батьків встановлювати на час хвороби максимальні обмеження активності дитини («спокій лікує»). Низькі показники – тенденцію недооцінки дотримання необхідних обмежень активності.

Шкала загальної напруженості (О). Високі показники характеризують напружений ставлення до захворювання дитини.

Практичне значення проведеного дослідження полягає в отриманні нових фактів, які можуть бути використані з метою розробки методів корекції тривожності у мам.

**2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження**

Опираючись на теоретичні положення теми дослідження психологічна корекція стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку, було використано ряд описаних методик.

Зіставляючи сукупність різних факторів та чинників з’ясовано, що в сім’ї де є діти з психічними відставанням – батьки, зокрема мами постійно перебувають під впливом сильних стресорів. Більшість таких мам живуть в стані хронічного стресу, часто впадають в депресії та схильні до ресурсного вигорання.

Тому вони, потребують більшої уваги, бо більш піддані стресорам в своєму житті. Для перевірки висунутої тези проведено тестування групи мам «особливих» дітей та нормотипових (див. рис. 2.1).

Рис. 2.1. Порівняльна таблиця тестування матерів дітей із ЗПР та нормотипових

Отримані результати підтвердили висунуте положення. Порівнюючи групи матерів дітей із ЗПР та нормотипових видно, що стан перших потребує негайної уваги й допомоги. Натомість у нормотипових мам проявлена висока схильність до неврозів і це єдиний показник з високими результатами, всі інші в зоні норми.

Окрім того за результатами опитування 87% учасниці відзначили взаємозв’язок свого настрою з поведінкою дитини. І особливо це дуже явно в сім’ях де є особливі діти. Адже тут мова часто йде не просто про дрібні капризи, а реальні масштабні істерики, неспокійний, надмірно збуджений стан.

Процес тестування розпочинався з оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Ч. Спілберга Ю. Ханіна). Вимірювання тривоги, як особистої якості особливо важливе, оскільки ця якість багато в чому обумовлює поведінку суб’єкта. Тривожність за індивідуального оптимального рівня дозволяє особистості адаптуватися, однак, за високого рівня тривожності адаптаційний процес залежить від здатності особистості до заповнення внутрішніх ресурсів. Тому кількісні виміри тривожності вважаємо актуальними в рамках нашого дослідження.

Тестування за першим тестом – Ч. Спілберга Ю. Ханіна, передбачало визначити тривожність за двома шкалам. Так, першою є реактивна тривожність. Тобто – тривожність в момент проходження тестування. Середній бал за цією шкалою склав 46,1 бали, котрий свідчить про високий рівень тривожності і прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами тощо. При цьому ні в кого з протестованих не проявлена наднизька тривожність (див. рис. 2.2).

Рис. 2.2. Ситуативна шкала (методика Ч. Спілберга Ю. Ханіна)

Друга шкала – це особиста тривожність, стан в якому особа перебуває зазвичай. 51% опитаних знаходяться на третьому найвищому рівні, що прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоційними і невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями (див. рис. 2.3).

Рис. 2.3. Особиста шкала (методика Ч. Спілберга Ю. Ханіна)

В результаті проведеного дослідження за методикою самооцінки емоційних станів Ч. Спілберга, Ю. Ханіна отримано наступні результати. Тільки 6% протестованих мають низький рівень тривожності. Для них характерна завищено-об’єктивна самооцінка, значна впевненість у собі, також низький рівень ситуативної тривожності зумовлює високий рівень розвитку навичок саморегуляції.

Утім 44% мають середній рівень тривожності. Хоча такі показники знаходяться в межах відносної норми вони тяжіють до третього рівня і можуть бути розцінені, як негативні, оскільки «особистісна тривожність» використовується у якості стійкої характеристики особистості, як її властивість, що відображає потенційну схильність розцінювати різні ситуації, як погрозливі. Постійні переживання тривоги фіксуються та стають особистісною якістю – тривожністю. Водночас аж 51% опитаних демонструють високий рівень тривожності. Ці особи більшою мірою, ніж інші схильні до прояву нервозності, глибокого переживання невдач, невпевненості у своїх силах, необ’єктивної самооцінки, та вигорання. Такий показник свідчить, також про те, що для даної групи протестованих більш широкий спектр життєвих ситуацій сприймається, як стресовий. Особливо це стосується тих ситуацій, котрі стосуються оцінки престижу і компетенції особистості – в даному випадку говориться про «компетенцію мами».

Отримані результати чітко підтверджують висунуте припущення про «особливу» потребу в психологічному супроводі матерів дітей із затримкою психічного розвитку. А також зумовлює в майбутньому необхідність у психологічній корекції цього негативного психоемоційного стану. Тому, що ці матері відносяться до особистостей, більш схильних переживати занепокоєння, тривогу, нервове напруження в стресовій ситуації. Тобто, безпосередньо в стресовій ситуації, коли зовнішнє середовище сприймається матір’ю агресивно, вона схильна до прояву негативних поведінкових реакцій, негативних переживань. В такому випадку знижується її захисна реакція та рівень самоконтролю, в свою чергу це не дозволяє діяти ефективно і приймати адекватні рішення.

Крім традиційних вимірів тривожності, як особистісної риси останнім часом намітилася тенденція до виявлення прихованої, або явної причини цієї тривожності, котра реалізується у виді конкретних страхів (об’єктів тривоги). Як з’ясувалося, у кожної людини є індивідуальна ієрархічна структура страхів особистості, що визначає, на які впливи в першу чергу в людини розвивається психологічний стрес [34]. Тому наступна методика, за якою здійснювалась оцінка стану мам була – шкала психологічного стресу PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона. Середній бал відповідей становить 106,2 бали. Такі показники свідчать про середній рівень стресу. 54% протестованих отримали результат в межах цих балів (див. рис. 2.4).

Рис. 2.4. Показники тестування за шкалою PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона

41% протестованих продемонстрували низький рівень стресу, тобто – стан психологічної адаптації до поточних навантажень та ресурсного балансу. Проте 5% перебувають на рівні високого стресу – в стані дезадаптації, психічного дискомфорту.

Стресові життєві ситуації можуть дуже негативно впливати на фізичне та психологічне здоров’я людини. Хронічна втома часто супроводжується станом безмірного збудження, тривоги та депресії. Тож для визначення субдепресії застосовують шкалу зниженого настрою, заснована на опитувальнику В. Зунга та адаптована Т. Балашовою. Тестування по даній методиці допомогло отримати більш точні показники.

Тестування пройшло 35 матерів. Нормативні дані, вказують, що середня величина індексу зниження настрою дорівнює 56,2 бали. Весь обсяг шкальних оцінок поділяється на чотири діапазони:

діапазон 1 – нижче 50 балів – особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою;

діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою;

діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою;

діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдепресія або депресія).

Таким чином, результати кожного респондента відповідають одному з чотирьох діапазонів зниження настрою.

Відповідно отримано такі результати: 34% опитаних не мають в момент дослідження зниженого настрою. 20% – мають незначне, але чітко виражене зниження настрою і показують легку депресію. 31% опитаних перебувають у субдепресивному стані та маскованої депресії. 14% в діапазоні глибокого зниження настрою, що свідчить про явно депресивний стан (див. рис. 2.5).

Рис. 2.5. Показники тестування за методикою В. Зунга

Тож, опираючись на емпіричне дослідження, можна прийти до висновку, що більшість опитаних схильні до депресивного стану або вже перебувають в цьому стані. На етапі депресії у людини вже проявляються фізіологічні проблеми. Так перебіг депресії пов'язаний з низьким рівнем серотоніну в мозку людини. Депресію лікують медикаментозними та психологічними методами. Серед психологічних методів застосовують психотерапію. Психологічні методи здебільшого орієнтовані на розкриття суті і причин виникнення проблем людини у минулому або концентруються на поточному, а не минулому досвіді.

Депресія проявляється у поганому настрої, низькій самооцінці, песимізмі, апатії, млявості, швидкій втомлюваності, всіляких нездужаннях, постійній невдоволеності, покинутості, безрадісності, відчутті нещасливої, безнадії, безпомічності, нікчемності, непотрібності, пригніченості, тужливості, тривалому смутку та небажанні жити. Сукупність вище перерахованих ознак є також свідченням хронічних неврозів.

Тому в комплексі з вище перерахованими методиками ми також провели експрес-тест визначення ймовірності неврозу – методика К. Хека і Х. Хесса. При оброці результатів підраховується кількість ствердних відповідей. Середня кількість балів 23,4. 62% опитаних показують низький рівень неврозу. Але варто зауважити, що майже всі відповіді знаходяться на межі 24 балів, а 38% переступили за цю межу. Відповідно це дозволяє зробити висновок про виражений невроз у протестованих осіб (див. рис. 2.6).

Рис. 2.6. Показники тестування за методикою К. Хека і Х. Хесса

Щоб достеменно зрозуміти, на якому рівні ресурсності знаходяться мами, проведено тест втрати і надбання персональних ресурсів (ОППР) (автор Н. Водопянова, М. Штейн) Опитувальник ОППР – діагностує співвідношення і динаміку персональних ресурсів людини за певний заданий часовий проміжок.

Інтерпретація ІР може бути проведена відповідно до рівнів «ресурсності». Для вивчення кореляційних зв'язків з іншими показниками стресостійкості можуть бути використані показники «втрати ресурсів» і «придбання ресурсів», відповідно дорівнюють сумі балів по першій і другій частині опитувальника.

У дослідженні на вибірці 29 осіб було виявлено, що величини «втрат» і «надбань» знаходяться приблизно в однакових межах, по 3% опитаних мають або надто низький рівень, або зависокий. Більшість протестованих мам – 93 % відмічають середній рівень «втрат» і «придбань», що свідчить про певну гармонію між їхніми втратами і придбаннями (див. рис. 2.7).

Рис. 2.7. Показники тесту втрати і придбання персональних ресурсів Н. Водопянова, М. Штейн

Отриманні данні вважаємо коректо розглядати тільки в сукупності інших тестів, що дозволить провести кореляцію «втрат»-«придбань» ресурсів та загальних показників вигорання. Ресурси це те, що є цінним для людини і допомагає адаптуватися до стресових ситуацій або долати стреси життя.

А наскільки ж проявленим є стрес в мам дітей із ЗПР досліджено методикою – комплексна оцінка проявлення стресу Ю. Щербатих.За нею оцінювали інтелектуальні ознаки, поведінкові, емоційні та фізіологічні симптоми стресу. В основу методики покладено самоспостереження людини за собою, тобто її самостійне виявлення в самої себе тих чи інших ознак стресу. Так 97% опитаних відмітили у себе різного ступеня ознаки стресу.

Загалом результати тесту аналізуються за п’ятьма шкалами.

1) Показники від 0 до 5 балів вважаються хорошими – означають, що на даний момент життя який-небудь стрес відсутній. І в цій категорії у нас тільки 3% мам.

2) Показник від 6 до 12 балів, означає, що особа відчуває помірний стрес, який можна компенсувати за допомогою раціонального використання часу, систематичного відпочинку та знаходження оптимального варіанту вирішення проблеми, що виникла. До цієї шкали ввійшло12% мам.

3) Показники 13 до 24 балів свідчать, про достатньо виражене напруження емоційних та фізіологічних систем організму, що виникли як відповідь на сильний стресорний фактор, котрий не вдалося компенсувати. В цьому випадку вже є потреба у застосуванні спеціальних методів подолання стресу. 15% протестованих набрали відповідні бали.

4) Показник від 25 до 40 свідчить про стан сильного стресу, для успішного подолання якого необхідний психологічний супровід. Така величина стресу говорить про те, що організм вже на грані своїх можливостей протистояння стресу. 24% опитаних мам відмітили у себе ознаки сильного стресу.

5) Найбільша кількість опитаних – 45% опинилися в групі з показниками вище 40. Це той відсоток мам, котрі за нашою теорією знаходяться вже в «нульовій точці» і потребують нагальної допомоги. Тобто у них простежується перехід до третьої стадії стресу. І це є найбільш небезпечна та загрозлива стадія, котра активно проявляється вже не тільки на психо-емоційному рівні, а також фізичному (див. рис. 2.8).

Рис. 2.8. Показники комплексної оцінки проявлення стресу Ю. Щербатих

І останнім в досліджені є «Опитувальник ставлення до хвороби дитини» (В. Каган, І. Журавльова). Адже спрямованість психологічної допомоги має здійснюватися через формування адекватних установок батьків, враховуючи стадії сприйняття дитини з ментальними порушеннями. Даний тест допомагає виявити наскільки батьки готові примиритися з діагнозом дитини. Що в свою чергу прямо відображає їх внутрішній потенціал та готовність протистояти зовнішнім негативним впливам, різноманітним стресорам. Кожен прояв психоемоційного стану відповідає певній з психологічних стадій сприйняття дитини з ментальними порушеннями. Однак, незалежно від стадії, внутрішня нестабільність батьків породжує дезадаптивні способи подолання стресу, кожного члена сім’ї, зокрема і самої дитини.

Тому для визначення основних стратегій допомоги сім’ї необхідно враховувати якісні характеристики особистісних змін батьків, ту фазу кризи, на якій у цей момент знаходиться сім’я. Тож саме в цьому контексті важливо розуміти, яким є ставлення до хвороби дитини. Саме це й досліджувалося даної методикою.

Обробка та інтерпретація даних опитувальника здійснюється в межах 5 шкал, кожну з яких слід розглядати індивідуально.

По першій шкалі ми отримали середні показники, котрі тяжіють більше нижньої лінії. Дані можуть інтерпретуватися таким чином, що в протестованих проявлені як екстернальний так і інтернальний тип, при чому останній переважає. Тобто така людина вважає, що відбуваються з ним події залежать насамперед від особистісних якостей (компетентності, цілеспрямованості, рівня здібностей тощо) і є закономірними наслідками його власної діяльності. Матері беруть більше відповідальності за стан дитини пов’язуючи його на пряму зі своїми внутрішніми якостями (див. рис. 2.9).

Рис. 2.9. Показник за шкалою інтернальності в опитувальнику «Ставлення до хвороби дитини» В. Каган, І. Журавльова

Результати другої шкали – тривоги показують помірне заперечення тривоги, що характеризує відносно нейтральне ставлення до хвороби дитини. Але є чітка тенденція росту показників в сторону підвищеної тривожності (див. рис. 2.10).

Рис. 2.10. Показники за шкалою тривожності в опитувальнику «Ставлення до хвороби дитини» В. Каган, І. Журавльова

По третій шкалі – нозогнозії можна простежити перебільшення чи применшення матерями хвороби дитини. За отриманими даними у більшості матерів не відзначено адекватне сприймання стану дитини без перебільшень чи применшень (див. рис. 2.11).

Рис. 2.11. Показники за шкалою нозогнозії в опитувальнику «Ставлення до хвороби дитини» В. Каган, І. Журавльова

По четвертій шкалі – контролю активності – у 40 % протестованих показники занижені. Котрі можуть інтерпретуватися, такими, що свідчать про недооцінювання матерями стану свої дітей. З огляду на те, що мова йде не про звичайну хворобу, як застуда і т.д., а про затримку психічного розвитку ми припускаємо, що ці матері подавлюють чи не дозволяють собі проявляти істинні емоції до дитини, а проявляють більш суворе відношення. Завдяки цьому відбувається ніби самозаспокоєння – «моя дитина як всі інші», або ж «якщо я буду сувора і більш вимоглива, то моя дитина стане здоровою, як і всі». Окрім того, оскільки, стан дитини розцінюється, як хвороба, що дуже розтягнута в часі і в таких умовах встановити максимальні обмеження активності дитини не вбачається можливим (див. рис. 2.12).

Рис. 2.12. Показники за шкалою контролю в опитувальнику «Ставлення до хвороби дитини» В. Каган, І. Журавльова

П’ята шкала – визначає загальну напруженість. Для цієї шкали підсумовуються всі вище отриманні бали. Схематично ми це показали на графіку (див. рис. 2.13).

Рис. 2.13. Показники за шкалою загальної напруги в опитувальнику «Ставлення до хвороби дитини» В. Каган, І. Журавльова

Кожна шкала позначена своїм принтом, а їх сума по п’ятій шкалі напруження відображається суцільною лінією. На графіку видно, що по трьом шкалам ми мали середні показники, а по четвертій – занижені (див. рис. 2.14).

Рис. 2.14. Показники за шкалою загальної напруги в опитувальнику «Ставлення до хвороби дитини» В. Каган, І. Журавльова (варіант 2)

Аналізуючи результати по п’ятій шкалі бачимо, що 9% протестованих (в діапазоні від -59 до -30) проявляють тенденцію до явно занижених показників, що свідчить про їхню примиренність з діагнозом дитини і відсутністю напруженого ставлення до захворювання дитини (точніше її психічного стану). Сюди ж можна віднести й інші 18%, але категоричність, яких є не так виражена. При цьому вони свідчать, що ці матері не відчувають хронічного дискомфорту у зв’язку зі станом дитини.

Найбільше респондентів – 26% перебувають в пограничному стані між прийняттям та неприйняттям діагнозу своєї дитини, а відповідно напруження викликаний цим має хвилеподібний характер. Їхні показники можна характеризувати, як помірно високі. І 2% матерів проявляють чітке неприйняття стану своєї дитини, воно у них викликає виключно напруження. Такі матері не можуть знайти втішні моменти, котрі б хоч якось компенсували їх стресовий стан, що відбиває їхню складну життєву ситуацію.

Дані отримані в ході опитування допомогли простежити зв’язок між стресом і ставленням до стану дитини (її діагнозу). Так 28% мам, які за всіма попередніми тестами показували високий рівень тривожності, стресовості те саме продемонстрували у цьому тесті.

Для визначення взаємозв’язку між шкалами методик нами було проведено кореляційний аналіз. Відповідно до результатів опитування було проведено підрахунок показників за 12 шкалами 7 тестів. Отримані показники приведені до єдиного масштабу значень, які було сформовано попарно, та для кожної пари була обчислена кореляція за методом Пірсона. Для реалізації поставленої мети було застосовано програмне забезпечення SPSS.

Інтерпретація результатів відбувалася в межах: 0,2 – дуже низька кореляція; 0,35 – низька; 0,6 – середня; 0,8 – висока; > 0,9 – дуже висока. Результати наведені в табл. 2.2. Цифра перед назвою шкали означає номер тесту, до якого відноситься дана шкала.

Таблиця 2.2

Узaгaльнeні рeзультaти корeляційного aнaлізу

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Шкала 1 | Шкала 2 | | R |
| 5. Придбання та втрат персональних ресурсів | 1. Ситуативна тривожність | | -0,50 |
| 5. Придбання та втрат персональних ресурсів | 6. Комплексна оцінка проявлення стресу | | -0,43 |
| 7.Тревога | 7.Контроль активності | | 0,43 |
| 1. Особиста тривожність | 7.Нозогнозія | | 0,46 |
| 7.Тревога | 7.Нозогнозія | | 0,47 | |
| 1. Ситуативна тривожність | 2. Шкала стресу | | 0,50 | |
| 3. Шкала депресивні стани | 7.Нозогнозія | | 0,51 | |
| 2. Шкала стресу | 7.Нозогнозія | | 0,55 | |
| 1. Ситуативна тривожність | 4 Шкала неврозу | | 0,58 | |
| 1. Ситуативна тривожність | 6. Комплексна оцінка проявлення стресу | | 0,59 | |
| 6. Комплексна оцінка проявлений стресу | 7.Нозогнозия | | 0,59 | |
| 7.Контроль активності | 7. Шкала загальної напруги | | 0,61 | |
| 1. Ситуативна тривожність | 1. Особиста тривожність | | 0,65 | |
| 7.Нозогнозия | 7. Шкала загальної напруги | | 0,70 | |
| 3. Шкала депресивні стани | 6. Комплексна оцінка прояву стрес | | 0,74 | |
| 1. Особиста тривожність | 6. Комплексна оцінка прояву стресу | | 0,76 | |
| 4 Шкала неврозу | 6. Комплексна оцінка прояву стресу | | 0,78 | |
| 7.Тревога | 7. Шкала загальної напруги | | 0,82 | |
| 1. Особиста тривожність | 3. Шкала депресивні стани | | 0,83 | |
| 1. Особиста тривожність | | 2. Шкала стресу | 0,83 |
| 2. Шкала стресу | | 6. Комплексна оцінка прояву стресу. | 0,85 |
| 3. Шкала депресивні стани | | 4. Шкала неврозу | 0,86 |
| 2. Шкала стресу | | 4. Шкала неврозу | 0,87 |
| 2. Шкала стресу | | 3. Шкала депресивні стани | 0,89 |
| 1. Особиста тривожність | | 4 Шкала неврозу | 0,92 |

Найбільш значимі кореляції були проінтерпретовані наступним чином. Шкала «Ситуативна тривожність» прямо корелює зі шкалами «Стресу» (R=0,50), «Неврозу» (R=0,58), «Комплексна оцінка проявлення стресу» (R=0,59) та «Особистісна тривожність» (R=0,65). Загалом показники свідчать про помірну (середню) кореляцію. Це привело до висновків, що оскільки «Ситуативна тривожність» відображає стан суб’єкта в даний момент часу, то і її кореляція зі шкалами це результат сили реакції суб’єкта. Тобто суб’єктивно пережиті емоції в одному випадку можуть викликати активну тривогу, а в інших прямо привести до стресу й навіть неврозу. Що можна трактувати, як емоційну нестійкість людини та її схильність легко впадати в емоційні стани, що динамічно розвиваються від позитивного до крайнє негативного.

Шкала «Особиста тривожність» прямо корелює зі шкалами «Нозогнозія» (R=0,46), «Комплексна оцінка прояву стресу» (R=0,76), «Шкала депресії (В.Зунга)» (R=0,83), «Стресу» (R=0,83) та «Неврозу» (R=0,92). Останній показник свідчить про високу кореляцію. Сильний зв'язок тривоги та неврозу можна пояснити тим, що прослідковується низька адаптація до різних складних життєвих ситуацій, які поступово накопичуючи свою інтенсивність від тривоги переростають в стрес, а далі в його крайню форму – невроз.

Ще одна шкала де проявленні важливі в нашому дослідженні кореляційні зв’язки – «Шкала стресу», вона прямо корелює з «Нозогнозія» (R=0,55), шкала «Шкала неврозу» (R=0,87), та «Шкала депресивні стани (R=0,92). В останній проявлена, дуже висока кореляція. Котра свідчить, що стресові стани досліджуваних в подальшому переростають в депресивні.

Депресивність та тривожність (реактивна, ситуативна), про які ми згадали вище говорять про те, що досліджувані матері не розуміють самі себе. Вони не мають навика зазирати всередину себе, керувати емоціями та працювати над своїм внутрішнім світом. В них нема часу розібратися з хаосом думок. Тут важливо зазначити, що так само, як і в комп’ютері, час від часу потрібно упорядковувати файли, так само періодично потрібно гармонізувати свою свідомість, та знімати емоційне навантаження.

Простежено наявність оберненого зв’язку між шкалами «Придбання та втрати персональних ресурсів», «Ситуативна тривожність» (R = -0,50) та «Комплексна оцінка проявлення стресу» (R = -0,43). Це обумовлено тим, що високий рівень придбання чи втрати персональних ресурсів реалізується меншою чи більшою тривогою та її тривалістю. Більше тривоги – менше ресурсів, суб’єкт здатний акумулювати або ж відбувається чіткий перерозподіл на пріоритетне і не пріоритетне використання ресурсів. Сигнальний механізм тривоги, що підживлюється страхом, є основою інстинкту самозбереження котрий відповідає за безпеку. Тривога мобілізує організм: вкидає адреналін і норадреналін у кров, накачує кров'ю м'язи, заповнює легені повітрям, збільшує артеріальний тиск. Змушує спочатку бігти, а потім думати, при цьому вимикає все непотрібне, зокрема деякі ділянки мозку людини.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

В другому розділі подано короткий опис психодіагностичних інструментів та аргументовано їх використання. Тести підібрані таким чином, щоб доповнювати результати один одного, всебічно розкриваючи психологічні особливості досліджуваних та ілюструючи рівень їх стресостійкості. Психологічне дослідження проводилося серед матерів, у яких діти з ЗПР, РАС та іншими ментальними порушеннями. Даний блок складався із 7 методик.

Негативний стан матерів відбивається на психічних станах всіх членів родини, особливо матері та дитини, спотворюючи модель їх взаємовідносин, порушуючи соціальну поведінку матері та ускладнюючи адекватну соціалізацію хворої дитини, що обумовило актуальність обрання теми даного дослідження.

В рамках тестування проведено інтерпретацію отриманих даних.

Характерологічні показники матерів, що взяли участь у роботі дають змогу визначити, що вони проявляють низький рівень стресостійкості. Ті складні життєві обставини, в яких опинилися ці мами у зв’язку з діагнозом їхніх дітей вимагає від них більшої віддачі та більшої ресурсозатратності. При цьому ефективних методів самовідновлення нема, або функції саморегуляції з різних причин нівелювались. Більшість показників фіксують явно відсутній опір стресорам. Як результат можна спостерігати зниження психічного тонусу, зниження самооцінки, що проявляється у втраті «смаку» до життя, професійної кар’єри, у неможливості реалізації власних творчих планів. І основною причиною вище перерахованого є банальна відсутність сил, тобто психічних, емоційних та фізіологічних ресурсів. За результатами тестування жодний з показників не знаходиться в межах, коті можна назвати хорошими. Натомість всі показники посередні або виражено негативні.

**РОЗДІЛ 3.** **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ СТРЕСУ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ**

**3.1. Методика організації та проведення психокорекційної роботи у батьків дітей із затримкою психічного розвитку**

Хвороба дитини фізичного чи ментального характеру, часто стає причиною глибокої та тривалої дезадаптації всієї сім’ї. Зокрема виховання дитини з відхиленнями в розвитку, незалежно від характеру та терміну її захворювання, змінює, а часто порушує весь звичний ритм життя сім’ї. Відбувається дистанціювання від родичів та зміни кругу спілкування – ними стають такі ж сім’ї, як і вони. Виявлення в дитини дефекту розвитку майже завжди викликає у батьків глибокий стресовий стан. Сім’я опиняється у психологічно важких ситуаціях. При цьому велике навантаження бере на себе мама. Основний відсоток реабілітаційних занять, навчання і прививання дитині крок за кроком нових навичок – опиняється в сфері діяльності саме матерів. Зіштовхуючись в таких умовах з постійними стресорами мами впадають у відчай. У когось це проявляється через сльози, хтось ховає біль глибоко в себе, хтось стає агресивним чи озлобленим. В таких умовах потрібна допомога спеціаліста. Щоб вивести мам та сім’ю в цілому зі стану депресії, ресурсного вигорання необхідна системна, продумана профілактична та психологічна програма.

На сьогодні практично відсутні системні глибокі програми допомоги батькам дітей сімей із ЗПР. Увага більшості спеціалістів, центрів чи соціальних проектів направлення на сім’ї де є діти з інвалідністю – онкохворі, ДЦП та іншого станів. Більшість сімей де є діти з ментальним, психічними порушеннями просто залишаються за бортом. Сюди відносяться діти із затримкою психічного розвитку, розладами аутистичного спектру – РАС, котрим не оформлена інвалідність, синдромом дефіциту уваги та гіперактивності тощо. А кількість саме таких сімей невпинно зростає. Наприклад з 2009 по 2021 рік захворюваність на РАС, згідно з офіційними статистичними даними МОЗ України, зросла на 194% [50].

Така ситуаціє зумовлює актуальність програми підтримки та психологічної допомоги саме цієї категорії батьків, або ж мінімум мамам дітей із відхиленням в розвитку.

При цьому не існує універсальної, загальноприйнятої схеми роботи та позбавлення стресу таких батьків. Однозначно потрібний системний груповий та індивідуальний підхід.

Тож розробляючи програму для матерів дітей із ЗПР в основу покладено принцип – ресурсного відновлення внутрішнього та зовнішнього потенціалу.

Виходячи з основних, найбільш поширених проблем з котрими зіштовхуються мами дітей із ЗПР, корекційна робота йде за наступними напрямками:

1) формування стійкої та позитивної самооцінки, впевненості в собі та здатності долати життєві труднощі;

2) перегляд існуючих точок зору на життєві виклики. Не шукати винних, а шукати шляхи їх вирішення;

3) розвиток навичок самоконтролю та саморегуляції, підвищення адаптаційних механізмів стресостійкості (екологічне проживання емоцій).

4) розвиток комунікативних навичок міжособистісних відносин з рідними (батьки, чоловік, діти, рід загалом)

5) стежити за фізіологічними потребами та їх баланс (повноцінний сон, вчасне харчування, фізична активність)

6) набуття навичок грамотного планування, дотримання режиму дня, усвідомлене цілепокладання.

Розробивши психокорекційну програму для мам дітей із ЗПР враховано етапи становлення батьківської позиції до діагнозу дитини. Оскільки це один з перших і найголовніших стресогенних факторів. Психологічна наука виокремлює чотири такі етапи. Їх розуміння важливе для ефективної корекції чи профілактики стресу у батьків.

Перша фаза - "шок", характеризується станом розгубленості батьків, безпорадності, страху, виникненням почуття власної неповноцінності.

Друга фаза - "неадекватне ставлення до дефекту", га цьому етапі проявляється негативізм і заперечення поставленого діагнозу, що є своєрідною захисною реакцією.

Третя фаза - "часткове усвідомлення дефекту дитини", супроводжується почуттям "хронічного суму". Це депресивний стан, що є "результатом постійної залежності батьків від потреб дитини, наслідком відсутності у неї позитивних змін".

Четверта фаза - початок соціально-психологічної адаптації всіх членів сім'ї, встановленням адекватних відносин з фахівцями і досить розумним проходженням їхніх рекомендацій.

На жаль, далеко не всі мами і тати проблемних дітей приходять до правильного рішення і знаходять подальшу життєву перспективу. Багато батьків не можуть самостійно прийти до гармонійного усвідомлення ситуації, що склалася. В результаті порушується здатність сім'ї пристосовуватися до соціальних умов життя. На сім'ю де є особливі діти накладаються медичні, економічні та соціально-психологічні проблеми, які призводять до погіршення якості її життя, виникнення сімейних і особистих проблем. В таких умовах дуже важлива кваліфікована допомога.

Мета даної програми – ресурсне відновлення мам дітей з ментальними порушеннями, як необхідна передумова подолання стресу. При цьому вище в роботі вже зазначалося – ресурсне відновлення має відбуватися комплексно на психічному, емоційному, фізичному рівнях. В цьому головна цінність розроблної програми.

Завдання програми - надання психологічної допомоги батькам, які виховують дітей-інвалідів, дітей з обмеженими можливостями здоров'я, корекція їх емоційно-вольової сфери, навчання прийомам саморегуляції психічного стану і методам управління конфліктами в сім'ї.

Реалізація програми.

У програму включені заняття, спрямовані на психологічну підтримку батьків, самопізнання і самоаналіз, психокорекцію, тренінги-релаксації, заняття з використанням інструментів техніки медіації, майдфулнес, арт терапії використанні елементи нейрографіки, танцювально рухової терапії.

Структура програми:

Програма відновлення ресурсного стану та корекція стресу реалізовується через – марафон «Ресурсна мама». Це терапевтичний захід подібний до тренінгу але в дистанційній формі. Розрахований для мам дітей з ЗПР, РАС, ДЦП, синдромом ДАУНА та іншими особливостями розвитку. Тривалістю 5 тижнів вході яких з понеділка по п’ятницю даються завдання, які учасниці виконують записуючи свої усвідомлення, думки в зошит і обов’язково надиктовують звіт голосом у групу. Таким чином включається момент проговорення, котрий є дуже важливим в терапевтичній роботі. Тому одна з умов участі є обов’язкове озвучення голосом своїх звітів про виконану роботу. Такий формат надає платформу для емоційного спілкування, що не аби як важливо для жінок. Розвиток у процесі групових занять навичок такої комунікації - основа для подолання стресу. Коли людина аналізує свої почуття і ділиться ними з іншими, ймовірність ресурсного вигоряння значно знижується, або цей процес не так явно виражений.

Перед батьками особливої дитини встає багато питань. Наприклад таких: Чи можна повернути щастя? Де брати сили? Як прийняти дитину такою як вона є? Коли пройде депресія, образа, злість? Як впоратися з емоціями, коли дитина веде себе незвично або ненормотипово? Що робити якщо суспільство нас не приймає? Приймання інших починається через приймання себе!? Як не втрати себе у складних життєвих обставинах? Під час марафону мами в безпечному та довірливому просторі учасників мали змогу знайти для себе відповіді на поставленні питання. Підтримка та розуміння, що ти будеш вислухана дає не аби який стимул. Під час марафону учасниці поринули в захопливу подорож дослідження власної особистості, набуття навиків саморегуляції та знаходження тих елементів, які наповнюють й дають силу. А також трансформація складних переживань в позитивне русло. В групі учасниці мали змогу: краще зрозуміти себе і свої справжні потреби. Справитися зі страхами та невпевненістю, відчувати свою компетентність, знаходити ресурси внутрішні та зовнішні. А також: краще розуміти свою дитину й будувати вати спілкування з нею так, щоб воно було позитивним для обидвох сторін. Важливим акцентом у даному контексті є робота саме з внутрішньо особистісними ресурсами: висока самооцінка, емоційна врівноваженість, впевненість та лідерство, автономність та інтернальність, відповідальність, цілеспрямованість, адаптивність, психологічна гнучкість. Це ті властивості котрі відносять до сильних людських сторін, котрі допомагають протистояти стресорам, тому так важливо розвивати ці риси і відслідковувати їх вираженість в особистості.

Стрес найбільше себе проявляє на трьох рівнях – фізичній сфері, емоційній та сфері відносин. Ці рівня взаємопов’язані, при цьому значимість того або іншого рівня для кожного є індивідуальною. Щоб ефективно розслабитись й зняти глибинне напруження необхідний комплекс заходів, котрі направленні на всі ці рівні.

Результатами проведеної роботи повинні стати:

* поінформованість мам про важливість ресурсного стану та особливий взаємозв’язок їх стану з дитиною;
* розвинути вміння екологічно проявляти і проживати емоції;
* підвищення самооцінки;
* зниження тривожності;
* гармонізація відносин з близькими людьми, навички подолання конфліктних ситуацій;
* грамотне та ефективне планування;
* набуття стійкої мотивації для ведення здорового способу життя;
* подолання стресу, відновлення ресурсного стану.

Тож розроблена програма корекції стресу включила теми та напрями, котрі зумовлені їх найбільшою актуальністю та ефективністю для відновлення ресурсного стану матерів й подолання стресу.

1. Основна ціль психологічного допомоги матерям дітей із затримкою психічного розвитку ( сюди ж можна віднести й інші категорії особливих дітей і їх батьків) в тому, що їм потрібно системно нагадувати і давати зрозуміти, що вони можуть підвищувати власну здатність долати щоденні негоди, а також що у них є потенціал та закладена сила переборювати кризові випробування. І основна перепона на цьому шляху це самі матері, з їх установками, стереотипами.

Для матерів дітей з затримкою психічного розвитку характерні сумніви про цінність власної особистості для оточуючих, висока внутрішня конфліктність, самозвинувачення за народження дитини з вадами. Самоконтроль виступає у ролі допоміжного захисного механізму, який допомагає в приховуванні даних переживань. Матері хворих дітей мають низький рівень усвідомленості «Я»,  виявляють прагнення приховати від себе та інших неприємну інформацію. Виокремлюють такі психологічні особливості  матерів хворих дітей, як: деформація самоставлення, що виражена його негативним емоційним тоном, невпевненістю в собі, внутрішнім конфліктом; патологічна система захисту, представлена інтенсивним та ригідним проявом захисних механізмів раціоналізації, реактивного утворення та проекції; неусвідомлене прагнення психологічного самозахисту, виражене в інтенсивному прояві соціальної бажаності та запереченні власних хвороб. Поверхневість адаптації може проявитись у вигляді важких патологій при зміні соціальних умов життя. Відповідно, матері хворих дітей потребують надання психокорекційної допомоги, спрямованої на формування позитивного емоційно-ціннісного ставлення до себе, підвищення рівня усвідомлення, навчання адекватних форм поведінки тощо. Робота в марафоні розпочалась з того, щоб спочатку змінити в хорошому напрямку погляд не себе, щоб подолати обмежуючі установки чи комплекси. І як говорить мудрість – світ сприймає тебе таким, яким ти сприймаєш себе сам. Таким чином перший блок нашої програми був направлений на «внутрішнє я», на підтримку та прийняття самого себе. Перша частина психокорекційної роботи мала на меті – підвищити власну самооцінку. Важливий акцент робився на принципі «полюби себе і оточуючі також тебе полюблять».

2. Ще одним з найбільших стресорів в сім’ї, де є діти з психічним відхиленням – є плач чи істерики цих дітей. Сама природа задумала так, що чути дитячий крик, що повідомляє про якийсь дискомфорті і кличе на допомогу, нестерпно. У наших пращурів крик дитини, здатний закликати до печери хижого звіра, викликав такий напад паніки, що припинити крик хотілося за всяку ціну, – напевно, це якось вкарбувалася в наші гени. Тому дитячий плач – настільки дратівливий. Так, є певний запас міцності, який дозволяє дорослим не руйнуватися від будь-якого плачу. Але, по-перше, цей запас у кожного свій – у високочутливих людей він зовсім невеликий (грунтовно це описала науковець Е. Ейрон в книзі «Highlysensetive Person»), у людей з синдромом Аспергера, його начебто зовсім немає [14]. А по-друге, у кожного є власний дитячий досвід того, як дорослі реагували на плач.

Коли батьки сильно зляться, дратуються через дитячий плач, крики то необхідно обов’язково звернутися до спеціаліста. Це не ознака поганого батьківства, а психологічних травм та всебічного виснаження.

Тож 2-гий етап марафону – була зустріч зі своєю «внутрішньою дитиною» її прийняття. При цьому проявляються наболілі теми, стають явними дитячі травми та образи, що накладають свій відбиток на доросле життя. Саме тому так важливо виявити, прожити та відпустити дитячі травми. В сім’ї де є діти з особливими психічними, ментальними потребами це важливий аспект. Адже, як уже відзначалося в таких сім’ях підвищений рівень дитячих істерик. І те, як батьки реагують на ці істерики часто показує їх власні проблеми, коріння котрих ховається в їх власному дитинстві. Тому деякі батьки залишаються з цими почуттями наодинці - потихеньку сходять з розуму, вважають себе нікчемними і зриваються на дітях.

3. Одним джерелом багатьох стресів є емоції людини, які провокують її на спонтанні реакції всупереч голосу розуму, що намагається спокійно та раціонально оцінити ту чи іншу ситуацію. Однак, буває і так, що розум починає підігравати почуттям, знаходячи для виправдання нелогічних вчинків людини «псевдологічні» пояснення. Тому необхідно працювати зі своїми емоційними станами. Давати їм екологічне вивільнення. Звідси логічним етапом слідує проживання негативних емоцій. Американський психолог Ребекка Вулис, яка займається питаннями шлюбу, сім’ї та дітей, вважає: заперечення, смуток, гнів – типові реакції на стрес [6]. Тому важливо всі ці емоції екологічно проявити. Тож ще одним елементом нашої програми є – проживання. Проживання болі та суму, злості, гніву, розпачу, образ, що повинні бути висловленні. Тільки проживши ці стани, людина здатна подивитися на ситуацію спокійно, більш конструктивно підійти до її вирішення.

4. В одному із інтерв’ю батько науки про стрес Г. Селье сказав: «Стрес ми відчуваємо постійно, так що єдине, що ви можете зробити, - це постаратися, щоб він був корисний для вас і оточуючих» [27]. Але на практиці застосувати такий принцип можуть не всі. Це своєрідний навик «позитивного мислення», який нівелює дію стресорів. І цей навик потрібно тренувати. Тому в психокорекційній роботі завдання сформовані таким чином, щоб допомогти закцентувати на позитивних моментах в житті, побачити їх уроки, зрозуміти причинно-наслідковість дій та позитивні сторони. І це є одним з найдієвіших способів подолання стресу. Тобто сприймання проблеми по-новому з іншою інтерпретацією. Переоцінка ситуації допомагає добиватися хороших результатів. Це можливо коли людина не ставить собі питання «за що це мені?», а шукає відповіді в напрямку «для чого це мені дано і чому мене це вчить?». Переоцінивши саме з такого ракурсу діагноз дитини, ті труднощі з якими зіштовхнулась сім’я –це допомагає вийти з зони впливу стресорів. Більшість мам одразу відзначали своє покращення. Тобто це був один з ключових кроків до подолання стресу.

В контексті переосмислення життєвих труднощів – увагу звернено на аспект віри загалом та в Бога зокрема. Віра в Бога пропонує звільнення від стресу шляхом зміни уявлення людини про саму ситуацію, про вимоги до себе, про можливість і важливість справлятися з цими вимогами. Той, хто вірить, що Бог його любить, сприймає неприємності набагато спокійніше, тому що сприймає їх, або як заслужений наслідок своїх дій, або як випробування. Цей напрям в марафоні подано через повчальні, філософські історії релігійного напрямку. Для того, щоб легше сприймати існуючу проблему, або по-іншому поглянути на неї в розробленій психокорекційні програмі часто використовуються притчі.

5. Важливе місце в марафоні займає тема образ та вдячності. Через такі складові, як терпимість (толерантність), прощення – приходить полегшення, відчуття зв’язку з людьми їх допомога.

6. Часто стрес викликає два типи поведінки: уникнення і напад – від чого страждають оточуючі і сама мама. Тому найбільш широким блоком марафону «Ресурсна мама» є тема відносин. Тематично підібрані завдання допомагають переосмислити відносини з кожним членом сім’ї, виокремити, що є по істинні значимим та важливим. Запропоновані техніки допомагають мінімізувати конфліктні ситуації та змінити стратегію поведінки, якщо конфлікт все ж відбувся.

Також не менш дієвим способом подолання стресу є надання допомоги іншим. Люди набувають сили, коли допомагають іншим. Це в свою чергу допомагає вивести особу із стану «жертви обставин» і менш критично сприймати свої труднощі. Бо фокус уваги не на своїх власних, а чужих бідах.

7. Вагомим блоком марафону є – планування. На погляд, М. Рубштейн, ресурсом є те, звідки людина черпає енергію [5, с. 210], те, за допомого чого вона досягає мети [5, с.211]. Тому важливо розібратись в питаннях життєвих цілей, мети діяльності, своїх, а не чужих мрій. Це допомагає збалансувати професійну діяльність і особисте життя. Визначення короткострокових і довгострокових цілей забезпечує зворотний зв'язок, й показує чи знаходиться мама на правильному шляху. Також грамотне цілепокладання та планування підвищує довгострокову мотивацію. А досягнення короткострокових цілей – успіх, який підвищує ступінь самовиховання. При цьому відбувається розвиток навичок «маленьких кроків», вміння вчасно зупинятися, робити перерви. Адже для забезпечення психічного і фізичного благополуччя дуже важливі тайм-аут – відпочинок від роботи і інших навантажень.

8. Вираз «У здоровому тілі – здоровий дух» у цьому випадку особливо актуальний, адже один із найважливіших ресурсів – це фізичне самопочуття, яке тримається на трьох китах: сон, правильне харчування, фізична активність. Фізичні вправи і прояви – біг, танці, їзда на велосипеді (фізичні вправи), плач, сміх (фізичні прояви) дуже важливі для підтримування здоров’я і зменшення стресу. Адже між тілом і розумом існує тісний зв'язок. Хронічний стрес впливає на людину, тому дуже важливо підтримувати хорошу фізичну форму за допомогою фізичних вправ і раціональної дієти. Неправильне харчування, зловживання спиртними напоями, тютюном, зменшення або надмірне підвищення маси тіла посилюють прояв ресурсно-емоційного вигорання. Важливим елементом для хорошого самопочуття є здоровий сон, який допомагає повернути емоційну рівновагу, тримати тіло в тонусі, перемикатися та перезавантажувати думки.

Далі наводиться короткий зміст занять з марафону «Ресурсна мама» – для подолання стресу та відновлення ресурсного стану (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Тематичний план програми марафону «Ресурсна мама» для подолання стресу та відновлення ресурсного стану

|  |  |
| --- | --- |
| Блок 1 Тема: «Моя самооцінка» | |
| Мета: пізнати себе; підвищити самооцінку; переосмислення своїх бажань і того, що приносить радість; здобути нові навички релаксації  Термін 7 днів | Ранкові налаштування – короткі афірмації  Прочитати текстовий матеріал  Подивитися відео  Послухати аудіо записи  Виконати практику «Цветик семицветик»  Виконати практику «Моя хороша форма»  Медитації |
| Блок 2 Тема: «Дитячі травми» | |
| Мета: гармонізувати внутрішній діалог «сам з собою»; провести корекційну роботу дитячих травм.  Термін 3 дні | Ранкове налаштування – короткі афірмації  Аудіо –відео матеріали  Медитація «Зустріч з внутрішньою дитиною»  Практика «Мої ролі»  Артерапевтичні завдання (малювання) |
| Блок 3 Тема: «Негативні емоції проживаємо та відпускаємо» | |
| Мета: розвинути вміння висловлювати екологічно свої почуття; розвиток саморегуляції та самоконтролю, корекція емоційно-вольової сфери; зняття емоційної напруги.  Термін 5 дні | Відео і аудіо матеріали  Практика «41 спосіб проживання негативних емоцій»  Вправа «Помічаю й приймаю»  Практика «Протанцьовування негативних емоцій»  Вправа «Трикутник» |
| Блок 4 Тема: «Позитивне мислення» | |
| Мета: переосмислити свої життєві реалії; запропонувати інші ракурси поглядів на різні життєві обставини.  Термін 2 дні | Ранкове налаштування – короткі афірмації.  Відео і аудіо матеріали  Арт-терапевтична техніка «Малюємо свій страх»  Завдання «Протиставлення образів»  Вправа «Терези поглядів»  Притчі |
| Блок 5 Тема: «Пробачаємо та дякуємо» (образи) | |
| Мета: розкрити згубний вплив стану «я ображений» надати нові сценарії поведінки та мислення щоб не ображатися; освоїть техніки прощення і подяки  Термін 3 дні | Відео та аудіо матеріали  Текстовий матеріал про образи  Практика « Відстеження і трансформації образ»  Вправа «Рулетка образ»  Медитація |
| Блок 6 Тема: «Відносини» | |
| Мета: розвиток комунікативних навичок учасників, розкрити поняття конфлікти та його негативній ролі в становленні особистості;  Термін 10 днів | Відео та аудіо матеріали  Текстовий матеріал  Техніка «Я –висловлювання»  Практика «Терапевтичні листи»  Практика «4 зошитів»  Медитації  Вправа «Магія материнських слів» |
| Блок 7 Тема: «Мої цілі та планування» | |
| Мета: визначити свої істинні цілі та бажання; освоїти техніки ефективного планування.  Термін 6 днів | Відео та аудіо матеріали  Текстові матеріали  Практика «4 сфери ресурсів»  Вправа «У пошуках істинних бажань»  Практика «Список цілей по СМАРТ системі»  Вправа «Стратегія Уолт Діснея» |
| Блок 8 Тема: «В здоровому тілі здоровий дух» | |
| Мета: розкрити взаємозв’язок фізичного і психічного стану, покращиити режим дня, надати схеми ефективного піклування про свій фізичний стан.    Термін 4 днів | Відео та аудіо матеріали  Текстовий матеріал  Таблиці сну  Вправа-медитація «Релаксація по Джекобсону» |

Для життя людини, її психічного та фізичного здоров’я, її щастя важливим є уміння долати стреси. Подолання – це мінливі психічні та поведінкові зусилля, якими людина відповідає на вимоги, що висуваються стресом. Подолання – це не одна-однісінька стратегія, яка вживається за будь-яких обставин, у будь-який час. Люди долають стрес по-різному. Даний момент враховано при розроблені психокорекційної програми для мам дітей із ЗПР. Пропонована програма розрахована на групу матерів дітей із ЗПР від 10 – 20 чоловік. Програма реалізована у форматі марафону «Ресурсна мама».

Марафон допомагає оволодіти вміннями і навичками саморегуляції. А також психологічними практиками котрі учасник може в будь який момент використати самостійно в домашніх умовах. Серед них релаксація, артерапевтичні й тілесно-орієнтовані техніки, бібліотерапія, майндфулнес, алгоритм грамотної постановка та визначення цілей – все це сприяє зниженню рівня стресу, котрий веде до вигоряння.

При дослідженні синдрому вигорання багатьма дослідниками встановлено, що синдром виникає там, де існує хаос. Тому для профілактики стресу та ресурсного вигорання в цілому важливим є наведення перш за все ладу у власному особистісному світі. Марафон дозволяє розкрити та усвідомити свої можливості й відкрити свій потенціал в подоланні ресурсного вигорання. Прийти до стану, коли мама ефективно може допомогти не тільки собі, а й іншим. При цьому завжди внутрішнє покращення автоматично веде до фізичного відновлення

Дотримуючись рекомендацій по кожній з розкритих тем мами можуть ефективно подолати чи попередити появу ресурсного вигорання.

Для оцінки ефективності марафону «Ресурсна мама» до початку і після завершення проводилася психодіагностика рівня тривожності, стресу, депресії матерів, що беруть участь в програмі, і порівняння отриманих даних між собою.

**3.2. Аналіз ефективності психокорекції стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку**

Мета корекційних занять полягала у покращенні загального емоційного-психологічного стану, підняти самооцінку, знизити тривожність та прояви вигорання. А також загальний психічний та фізичний стан.

Перед початком проведення корекційної програми, було проведено психодіагностичне дослідження. Ціль якого дослідити рівень стресу та емоційного вигорання загалом у матерів дітей із ЗПР. Згідно отриманих даних і була розроблена профілактична програма для мам. Враховуючи всі базові та ключові потреби таких сімей.

Програма реалізовувалась в тимчасовій групі батьків – конкретно матерів дітей із ЗПР на базі програми Viber та Skype. Учасницям надавались конкретні стратегії для застосування в момент стресу, а також вправи аутотренінгу, які допомагають впоратися з складними життєвими ситуаціями. Загально марафон насичений інструментами, що допомагає змінити фізіологічну та емоційну реакцію на стрес в той самий момент, коли він проявляється особливо гостро. А також вийти на новий, покращений рівень життя шляхом зміни негативних внутрішніх установок, набуття навички позитивного мислення та вміле користування техніками для покращення свого стану.

У процесі апробації програми – марафону «Ресурсна мама» всі учасниці проявили високий рівень зацікавленості та ентузіазму в проходженні, хоча така тенденція не у всіх зберіглась від початку й до завершення марафону. Проте навіть відносно пасивна участь дала позитивні результати. Звісно динаміка покращення стану пропорційна активній участі в марафоні.

Досягненню корекційних цілей в марафоні сприяють такі завдання:

1) підвищення самооцінки та мотивації;

2) розвиток оптимістичного погляду на життя та формування ціннісного ставлення до різних життєвих ситуацій;

2) здобуття навичок використання антистресових технік;

2) розвиток навичок саморегуляції негативних емоційних станів;

3) формування конструктивних форм поведінки в сфері сімейних відносин;

5) розвиток навичок цілепокладання й тайм-менеджменту;

6) розвиток стійких установок для ведення здорового способу життя;

Тож на контрольно-оціночному етапі експерименту проводилась оцінка результативності програми корекції стресу (ресурсного вигорання) засобами, котрі використовувались в марафоні «Ресурсна мама». Для цього привелось повторне емпіричне дослідження з подальшою оцінкою динаміки показників стресу в експериментальній групі, а також порівняння результатів.

Виявлено високий рівень стресового стану та інших супутніх негативно забарвлених станах, тобто, до апробації програми низьких показників в групах не зустрічалося (див. табл. 3.2). У всіх протестованих підвищена тривожність, яскраво проявлений невроз, психологічне та фізичне вигорання, що проявляється у відсутності життєствердної позиції, хронічної втоми тощо.

Таблиця 3.2

Рівень стресу в експериментальній групі до і після реалізації корекційної програми

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рівень | Експериментальна група | |
| ДО | ПІСЛЯ |
| Стрес відсутній | 3% | 5% |
| Помірний стрес | 12% | 28% |
| Виражене напруження | 15% | 30% |
| Стан сильного стресу | 25% | 25% |
| Повне виснаження адаптаційних ресурсів | 45% | 14% |

Після реалізації програми корекції стресу, як можна бачити з табл. 3.2, в експериментальній групі показники ресурсного вигорання суттєво знизились з 45% до 14%. Більшість учасниць експериментальної групи з рівня повного виснаження адаптаційних ресурсів перейшли на етап вираженого напруження. На 2% зросла кількість учасників, у яких повністю відсутній стрес. Порівняння аналогічним чином рівню тривожності в експериментальній групі на формувальному етапі психокорекційної програми представлені в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Результати методики діагностики самооцінки рівня тривожності і емоційної напруги Ч. Спілберга і Л. Ханіна в експериментальній групі

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рівень  тривожності | Експериментальна група | |
| ДО | ПІСЛЯ |
| Висока | 58% | 53% |
| Помірна | 34,5% | 60% |
| Низька | 7,5% | 9,5% |
| Наднизька | 0% | 2,5% |

Висока тривожність в матерів дітей із ЗПР виявлена у обох випадках. Суттєво збільшилась помірна тривожність, але при цьому 2,5 % перейшли на рівень наднизької тривожності.

Аналіз середніх показників за характеристиками неврозу в експериментальній групі також показав, що співвідношення показників змінилося (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Показники неврозу

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рівень  неврозу | Експериментальна група | |
| ДО | ПІСЛЯ |
| Високий | 37% | 24% |
| Низький | 63% | 76% |

За даними наведеними в табл. 3.4 можна помітити, що по всіх розглянутих характеристиках в експериментальній групі після реалізації програми всі показники є нижчими, порівняно з даними констатувального етапу експерименту. Тобто, після проведеної корекційної програми у експериментальній групі матерів дітей із ЗПР симптоми неврозу суттєво знизились, а також знизився загальний рівень симптомів депресії.

При цьому розглядаючи отримані показники комплексно – слід відзначити, що динаміка покращення проявилася не у всіх однаково. Так, дані в напрямку стресовості – вони найнижчі. На відміну від показників неврозу, особистої тривожності та ресурсного вигорання. Тут зміни відбулись більш активно в позитивному напрямку та більш значимо вплинули на учасниць психокорекційної програми. Такі данні є результатом особистісного фактору та загально суспільних настроїв, що проявилися саме в період проведення марафону (мова йде про карантин, що прямо і не прямо вплинув на учасників).

В свою чергу, щоб достовірно перевірити ефективність розробленого марафону, було здійснено статистичний аналіз Т-критeрію Вілкоксонa. Згідно цього критерію проводиться зіставлення показників до та після проведеної корекційної програми.

Аналізуючи дані за критерієм Вілкоксонa в експериментальної групи можна сказати, що статистично значимі відмінності спостерігаються за трьома шкалами із шести (див табл. 3.4), що свідчить про адекватність програми та її високу адаптацію до мінливих життєвих ситуацій та викликаних ними станах. Основні зміни відбулися за шкалами: Опитувальник «Втрати і придбання персональних ресурсів» (ОППР) Н. Водоп'янова; М. Штейн, Методика К. Хека і Х. Хесса. Експрес-діагностика імовірності неврозів; Оцінка рівня особистої тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна). Тобто найкращі результати марафон показав в напрямку зменшення особистої тривожності, подолання неврозу та підвищення ресурсного стану в цілому. Відповідно сміливо можна припустити, що при такій динаміці з часом автоматично відбудуться покращення з ситуативною тривожністю. А надбання ресурсів, в подальшому сприятиме подоланню стресових станів.

Тож результати проведеного дослідження свідчать, що розроблена психокорекційна програма для матерів дітей із ЗПР є результативною та ефективною для подолання стресу та покращення ресурсного стану в цілому.

Таблиця 3.4

Значення критерію Т – Вілкоксона для експериментальної групи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Шкали | Z | Апроксимація (2-х стороння ймовірність) |
| 1. Комплексна оцінка проявлення стресу Ю.Щербатих | -153 | 078 |
| 2. Шкала психологічного стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Філліона | -1,247 | 012 |
| 3. Опитувальник «Втрати і придбання персональних ресурсів» (ОППР) Н. Водоп'янова, М. Штейн | -2,491 | 013 |
| 4. Методика К. Хека і Х. Хесса. Експрес-діагностика імовірності неврозів | -2,312 | 021 |
| 5. Оцінка рівня ситуативної тривожності Ч. Спілберга Ю.Ханіна | -1,917 | -2,606 |
| 6. Оцінка рівня особистої тривожності Ч. Спілбергера Ю. Ханіна | 055 | 009 |

При цьому було зауважено, що найсуттєвіші зміни відбулися в тих мам, які з більшою відповідальністю прийняли участь в марафоні – дотримувалися вказівок, рекомендацій та виконували всі завдання. В процесі марафону проявилась тенденція більшості учасниць саботувати процес, вони піддавались ліні, а подекуди виявляли конкретне не бажання виконувати завдання. Такі моменти потребували більшої виключності психотерапевта та додаткових методик для мотивації. Тільки двоє учасниць виявили по справжньому рішучість та бажання змінити своє життя засобами марафону. І це відобразилося на їхніх показниках при повторному тестуванні.

Загалом після марафону основні цілі були досягнуті. Опитуючи учасниць марафону після його завершення 90% зазначили, що програма була корисною та цікавою попри те, що більшість активної участі не брали – учасники висловлювали бажання при нагоді пройти ще раз марафон. Більшість матерів відзначили, що позитивно підвищилась самооцінка та відбулися зміни у відносинах з дитиною, іншими членами сім’ї. 68% учасниць відмітили покращення в своєму емоційному стані, більш спокійне реагування на стресові ситуації. Майже 89% досліджуваних дали позитивні відгуки про змістове наповнення програми – вдало підібраний матеріал, ефективні завдання та роботу ведучої. З мінусів 50% зауважували про динамічний і швидкий темп проходження, що заважало їм погрузитися в повній мірі у виконання завдань. Тож в основних моментах можна говорити про якісно побудовану корекційну програму.

**3.3. Рекомендації для психокорекції стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку**

Ресурсне вигорання і стрес, як його яскравий компонент згубно впливає на всі рівні життя людини, призводить до порушення звичних норм існування. Амплітуда цього впливу є різною та сугубо індивідуальною починаючи від мінімального дискомфорту закінчуючи серйозними психічними порушеннями.

Оскільки сучасне життя надто динамічне і переповнене стресорами, то **повністю уникнути стресу й перевантаження неможливо. Але головне** – **якнайшвидше відновити сили.** Негативного впливу та виснаження людина зазнає, якщо його причини криються в найближчому оточені – тобто в сім’ї. Як уже зазначалося вище великого стресу зазнають сім’ї, котрі виховують дітей з ментальними, психофізичними чи фізичними порушеннями.

Після травматичних переживань, що пов’язані з народженням та вихованням дитини з психофізичними відхиленнями в розвитку, для багатьох батьків настає період депресії. Це може бути наслідком тривалого емоційного стресу, поєднаного з надмірним фізичним перевантаженням, сімейними конфліктами, пов’язаними з неприйняттям діагнозу, взаємними звинуваченнями, різними поглядами на лікування, розвиток та навчання тощо. У батьків народження дитини з порушеннями розвитку часто викликає переживання власної неспроможності, почуття провини і прихованої аутодеструкції, кризу самоідентифікації і ціннісних орієнтацій. Неприйняття дитини з порушеннями психофізичного розвитку суспільством, соціальні стигми щодо їхніх причин (звинувачення батьків) часто спричиняють соціальну замкненість та ізольованість родини. Перманентне життя в таких умовах призводить до домінування негативних і непродуктивних психоемоційних станів більшою мірою у матерів дітей із ЗПР.

Тому надаючи допомогу таким сім’ям необхідно в першу чергу звернути увагу на стан матері. Адже від жінки залежить атмосфера, яка панує в сім’ї. По-друге потрібно пам’ятати про тісний взаємозв’язок матері й дитини. Щоб допомогти сім’ї в якій є дитина із затримкою психічного розвитку в першу чергу необхідно допомогти матері.

Перший етап психокорекції стресу для таких жінок виступає комплекс заходів спрямований на підвищення самооцінки.

Наступним фаза – прийняття діагнозу дитини і загалом тих життєвих обставин, що склалися. Адже їх заперечення полягає в тому, що інформація, яка викликає стрес або ігнорується свідомістю або знецінюється. Конфлікти, стреси часто відбуваються тому, що людина не вміє коректно визначити проблему та прийняти її, як факт. Необ’єктивне оцінювання проблеми і спроби боротися зі стресом, звинувачуючи інших, ведуть до зростання стресу. В опитуванні, що проходило в рамках цього дослідження 60% матерів відзначили, що найвищим періодом був – момент постановки діагнозу дитини та період «коли не хотілося в це вірити». Ці ж мами відзначають, що динаміка змін у дитини та суттєве покращення їх емоційного стану відбулося саме в момент своєрідного «прийняття діагнозу». При цьому це не робило їх апатичними чи бездіяльними, а навпаки давало стимул якомога більше дізнатися про діагноз дитини – затримку психічного розвитку і шукати способи подолання їхніх труднощів.

Говорячи про важкі життєві ситуації в психології виділяють, як мінімум, три варіанти поведінки:

1. Залишити все як є, або щось змінити;

2. Змінити свою поведінку, звички, погляди, установки або змінити обставини, в яких виникла проблема;

3. Якщо не можна змінити обставини, то можна змінити ставлення до обставин, тобто прийняти їх: як необхідну даність; як урок, який необхідно пройти; як каталізатор внутрішньо особистісних ресурсів і можливостей; як щось позитивне, яке міститься в тому, що поки сприймається як негатив. В розробленій програмі пропонується слідувати принципам третього варіанту.

Таким чином ще одним важливим принципом психокорекційної роботи є зміна реакції на стресори, а це допоможе в подальшому уникати самого стресу

В ситуаціях повного ресурсного виснаження та сильного стресу необхідне застосування широкого спектра засобів та методів для зниження нервово-психічного напруження; психологічної розгрузки, зміни стилю мислення та життя. Тож ефективною є робота в невеликих групах матерів в поєднані з наданням індивідуальних консультацій.

В цьому аспекті необхідно закцентувати, що головна мета психологічного консультування в даному випадку – є допомогти жінці зрозуміти, які уроки вона може винести зі своєї непростої життєвої ситуації; віднайти позитивні моменти (не заважаючи ні нащо) в її ситуації; побачити, чого слід їй позбутися і що привнести в своє життя, щоб ситуація максимально покращилась. Це можливо за рахунок глибокого проживання та прийняття своїх емоцій. І завершальним етапом стане – план конкретних дій на найближче майбутнє. Консультація в такому розрізі принесе максимальне відчуття полегшення та благополуччя.

Психокорекційна програма розроблена таким чином, щоб психолого могли знайти в ній ефективні інструменти в роботі з групою для подолання стресу та ресурсного вигорання. Також програма містить великий пласт методик та завдань, котрі батьки можуть використовувати самостійно (найбільше вони підійдуть матерям) і тим самим надавати собі самопоміч, зміцнювати та розвивати навик стресостійкості.

Загально відомо, щоб успішно вирішити яку-небудь життєву проблему, важку ситуацію, потрібно добре в ній розбиратися. Тому батьки повинні знати певні психологічні рекомендації, що дозволить їм ефективно та стійко переборювати життєві труднощі. Розроблена програма марафону «Ресурсна мама», допомагає в цьому.

При цьому слід розуміти, що для всіх батьків дітей з ментальними порушеннями характерні певні сценарії поведінки серед яких:

- прийняття або неприйняття ситуації;

- акумуляція всіх ресурсів і всі сили кинути, щоб якнайшвидше вирішити проблему;

- питання швидко не вирішується і починається пригальмовування, адже бути довго режимі мобілізація не можливо;

- заспокоєння або упадок сил; перегляд своїх дій, цілей. І тільки дійшовши до цієї точки батьки змінюють свою стратегію а розподіл сил відбувається більш виважено.

Батькам дітей із ЗПР потрібно перш за все зрозуміти, що не можна нехтувати своїм здоров’ям. Адже ефективно допомогти своїй дитині можливо тільки з рівня наповненості. Саме тому першочерговим завданням батьків є дбати про своє психічне здоров’я. Що включає в себе насамперед адекватну психологічну взаємодія із собою, власними потребами й бажаннями, мріями і цілями; турбота про себе. І тут потрібно чітко розрізняти, що ж розуміється під турботою. Бо турбота про себе часто пов'язується з новою зачіскою, манікюром-педикюром, вином-морозивом, гардеробом-машиною, відпочинком-курортом. Це все, звісно, потрібне та не достатньо для відновлення ресурсного стану. Бо ніякий відпочинок чи тістечко не залагодить проблем, які намагаються забути чи уникати, не дасть відповідей на запитання. Турбуватися про свій психологічний стан необхідно так, як кожен дбає про своє помешкання. Тобто – прибирати у своїй свідомості й самосвідомості, приводити до ладу думки, витирати пилюку з дитячих спогадів, влаштовувати періодично генеральні прибирання особистісних характеристик і ревізії мотивів, ціннісних орієнтацій, мрій, бажань і цілей.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3**

На діагностичному етапі дослідження встановлено ті труднощі, на які необхідно зосередити увагу при виборі вправ і плануванні діяльності по корекції стресу у матерів дітей із ЗПР.

На формувальному етапі експерименту була складена і апробована програма корекції стресу (ресурсного вигорання) засобами різноманітних психологічних методик. Реалізована у формі марафону.

Досягненню корекційних цілей в програмі сприяють наступні завдання:

1) підвищення самооцінки та мотивації;

2) розвиток оптимістичного погляду на життя та формування ціннісного ставлення до різних життєвих ситуацій;

2) здобуття навичок використання антистресових технік;

2) розвиток навичок саморегуляції негативних емоційних станів;

3) формування конструктивних форм поведінки в сфері сімейних відносин;

5) розвиток навичок цілепокладання й тайм-менеджменту;

6) розвиток стійких установок для ведення здорового способу життя;

Спостерігаючи за учасниками марафону, було приємно бачити, як стан матерів стабілізується, а в декого значно покращується . При цьому це відбилося на всіх членах сім’ї – чоловіка, дітей, батьків. Учасниці з різною серйозністю віднеслись до виконання завдань. Але ті хто проявив високу відповідальність отримав і найкращий результат. По завершенню учасниці відмітили суттєві зміни у своєму світосприйнятті, режимі, по декуди навіть звичках.

На основі вищесказаного можна констатувати, що правильно організована та системно побудована робота з матерями дітей із ЗПР сприяє їх швидкому ресурсному відновленню та допомагає ефективно подолати стани стресу, депресії тощо. Переосмислення тих реалій з котрими зіштовхнулися матері сприяє набути ефективні поведінкові стратегії та особистісні ресурси, конструктивні навички міжособистісного спілкування і вирішення стресових ситуацій, підвищенню рівнів, самооцінки, впевненості в собі.

Програма психокорекції стресу у матерів дітей із ЗПР відповідає поставленим цілям і задачам і є високоефективною, що підтверджується достовірним поліпшенням показників випробуваних в кінці формуючого експерименту в порівнянні з його початком.

В результаті реалізації програми істотно знизилися показники стресу в матерів, що взяли участь в формувальному експерименті, і встановилися в рамках значення норми. Зросли адаптивні властивості особистості випробовуваних, зросло розуміння своїх потреб, покращилися відносини з близькими.

Програма сприяла зниженню тривожності, депресивності, невротичних симптомів, і зростання адаптивних особистісних якостей: емоційної стійкості, позитивного мислення, впевненості, спокою, розслабленості.

Повторна діагностика підтвердила, що системна кваліфікована допомога в роботі для подолання стресу має велике значення не тільки для матері, але й дитини.

**ВИСНОВКИ**

У роботі здійснено теоретичне узагальнення та емпіричні дослідження стресостійкості й ресурсного стану батьків дітей із затримкою психічного розвитку. За результатами дослідження зроблені такі висновки:

1. Проаналізувавши та узагальнивши результати теоретичних й емпіричних досліджень, психологічних теорій, особливостей впливу стресу в сімейному середовищі де є діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР) виявлено, що данні сім’ї є найбільш вразливі порівняно з іншими елементами соціального устрою. Адже на батьків лягає велике морально-психологічне навантаження й відповідальність за подальший розвиток та соціально-психологічну адаптації дитини, оскільки така дитина в силу свого захворювання не може бути повноцінним суб’єктом своїх дій та вчинків. У зв’язку з цим психологічної спеціалізованої допомоги потребує не тільки дитина, але й інші члени сім’ї, особливо матері. При цьому в науковому середовищі недостатньо досліджень де б розглядалась і висвітлювалась сторона батьків в контексті надання їм психологічної допомоги. Науковий аналіз показав, що проблемам стресу приділялось велика увага багатьох науковців як зарубіжних так і вітчизняних Н. Є. Водоп’янова, Л. А. Кітаєв-Смик, Р. Лазарус, А. Б. Леонова, К. Маслач, Г. Сельє, Є. Ейдеміллера, Овчарова, В. Дружиніна, Г. Філіпова та багато інших. Попри це в науковому середовищі практично не піднімається питання про глибинно-психологічні переживання батьками їх моральної травматизації від усвідомлення статусу здоров’я їхньої дитини. Бракує наукових досліджень, які б описували особливості батьківства і материнства в сім’ях де є діти із ментальними порушеннями, зокрема із затримкою психічного розвитку.

2. Провівши експериментальні дослідження, шляхом тестування виявлено основні стрес фактори, що впливають на психічний та фізичний стан батьків. Так простежено, що в сім’ї де зростає дитина з ментальними вадами стресових факторів більше. А найбільш вразливими в цьому контексті виступають саме – матері дітей із ЗПР. Відповідно рамки нашої роботи оформились дослідження виключно материнської складової сім’ї. Такий напрям роботи є особливо затребуваний та актуальний на даний час. Адже кількість народжених дітей із ментальними вадами щороку зростає. Відповідно виникає необхідність психологічної допомоги сім’ям де є такі діти.

Проаналізувавши емпіричне дослідження стресу у матерів дітей із затримкою психічного розвитку можемо констатувати наступне: що більше 50% матерів мають ознаки активного стресу з елементами неврозу, а близько 15% вже знаходяться стані ресурсного вигорання.

Більшість матерів не дбають про своє психологічне здоров’я, тобто у них відсутня адекватна взаємодія із собою, власні потреби й бажання повністю знівельовані перед потребами своєї дитини. А основна їх мрія та ціль – це нормотиповий розвиток їх дитини. При цьому звучить вона утопічно в силу діагнозу дітей. І виходить, що мами повністю занурюються в діяльність, яка завідомо не принесе того ідеального результату про який вони мріють. В такому контексті особистість мам практично повністю нівелюється. Турбота про себе у кращому випадку просто зводиться до нової зачіски, манікюра-педикюра, вина-морозива, відпочинку-курортом. І це важливі складові. Але вони не забезпечують повноцінного відновлення мам та не сприяють залагодженню проблем. Більшість цих проблем пов’язані саме з складними життєвими труднощами, які пов’язанні з вихованням дитини із затримкою психічного розвитку. Визнання і прийняття проблеми здійснюється на пізніх етапах, коли мами вже хронічно живуть та переживають стрес. Та отримують наслідки такого довготривалого впливу стресу. Розуміння, що потрібно турбуватися про свій психічний стан, так само, як турбуються про своїх дітей приходить пізно. Одним із важливих результатів емпіричного дослідження є те, що відчуття людиною себе психологічно ресурсною пов’язано з її внутрішніми персональними ресурсами, а здатність виявляти власну ресурсність – із соціальними персональними ресурсами.

3. В рамках дослідження було розроблено та апробовано програму корекції стресу та розвитку стресостійкості в батьків, котрі виховують дітей із затримкою психічного розвитку. Психокорекційна робота проводилась у формі онлайн марафону «Ресурсна мама», котрий був тематично розділений по дням з відповідними завданнями, вправами. Загалом робота була направлена на підвищення самооцінки, впевненості в своїх силах та віри в найкраще вирішення складних життєвих обставин. Подолання негативних установок та емоцій. Активація внутрішнього потенціалу. Зняття напруження психічного та фізичного.

Після апробації програми з респондентами була здійснена процедура ретестування.

За даними отриманими в результаті обрахування Т-критерію Вілкоксона були виявлені статистичні зміни у шкалах «Особиста тривожність», «Втрати і придбання персональних ресурсів», «Ймовірність неврозів».

Таким чином, провівши перевірку кількісних показників ретестування учасників роботи та зробивши аналіз методами математичної статистики можна зробити висновок, що марафон засвідчив свою ефективність та реалізував свої завдання. Дана психокорекційна проограма може використовуватися при роботі з сім'ями, де є діти з порушеннями в розвитку.

На основі вищенаведених результатів всіх етапів роботи, що включає теоретичний аналіз проблеми, психодіагностичний аспект та роботу у марафоні, можна говорити про підтвердження моделі розвитку стресового стану котрий переходить в ресурсне вигорання й при чіткій, системній роботі дає можливість вийти в режим «надресурсності». Методологія даної теорії заснована на персоналістичному підході до розуміння людини, як цілісної біопсихосоціальної істоти в єдності її тіла, душі та духу.

1. На основі результатів експерименту розроблено практичні рекомендації для психокорекції стресу у батьків дітей із затримкою психічного розвитку, що стануть у нагоді самим батькам та психологам.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми стресу в батьків дітей із ЗПР. Його результати можуть стати основою поглибленого вивчення явища стресостійкості в таких сім’ях. І на сьогодні важливим аспектом є діагностика батьків дітей із ментальними порушеннями, а також поглиблена розробка профілактичних й корекційних методів і прийомів з подолання стресу та ресурсного вигорання.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с. 51. Д. Я. Райгородский Практическая психодиагностика. Методики и тесты М.:Бахрах-М, 2011
2. Аутизм у дітей. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах С. 159
3. Белопольская Н.Л. Некоторые вопросы психолого-педагогического консультирования семей, имеющих детей с отклонениями в интеллектуальном развитии // Дефектология, 1984. – № 5. – С. 5-8.
4. Бишоф А. Самоменеджмент / А. Бишоф, К. Бишоф; [пер. с англ.]. – М. : ОМЕГА-М, 2006. – 127 с.
5. Бодров В.А. Информационный стресс/ В.А. Бодров. – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
6. Болтівець, С.І. Педагогічна психогігієна: теорія та методика / С.І. Болтівець. – К.: Бюл. ВАК України, 2000. – 303 с.
7. Брайт Дж. Стресс: Теории, исследования, мифы/ Дж. Брайт, Ф. Джонс. – СПб.: Еврознак, 2003. – 352 с.
8. Водопьянова Н. Э. Психодиагностика стресса / Н.Э. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
9. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса: Практикум / Водопьянова Н.Е. –СПб.: Питер, 2010. – 336 с.
10. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. – СПб., 2008. – 336 с.: ил. (Серия «Практическая психология»)
11. Войскунский А. Е. Исследования в области психологии компьютеризации: история и актуальное состояние /А. Е. Войскунский // Нац. психол. журнал, 2006. – №11 (нояб.). – С.58–62.
12. Вулис Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью / Пер. с англ. / Москва, – М.: Нолидж, 1998. – 192- с., ил.
13. Выготский Л.С. Основы дефектологии. Собр. соч. в 6 т. Т. 5. / Выготский Л.С. – М.: Педагогика, 1983. – 367 с
14. Гордон Н. Не упускайте своих детей / Гордон Н, Габор М. – Москва: Издательство «СветЛО», 2015.
15. Дружинин В. В. Психология семьи / В. В. Дружинин. – М. : КСП, 1996. – 312 с.
16. Душка А. Л. Дитина з розладами аутистичного спектра / А. Л. Душка. – Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. – 32 с. – (Інклюзивне навчання)
17. Ємельяненко Л.М. Конфліктологія. (В.М. Петюх, Л.В.Торгова, А.М. Гриненко): Навч. посіб. / За заг. ред. В. М. Петюха, Л. В. Торгової. – К.: КНЕУ, 2003. –315 с.
18. Іванова Н. Розлади аутистичного спектру у дітей. Особливості ранньої діагностики //Буковинський державний медичний університет / (електронний ресурс https://www.bsmu.edu.ua/blog/6563-rozladi-autistichnogo-spektru-u-ditey-osoblivosti-rannoi-diagnostiki/].
19. Іванова Т.Ю. Теорія збереження ресурсів, як пояснююча модель виникнення стресу згідно С.Хобфоллу // Психологія. Журнал Вищої школи економики, 2013. – Т. 10. – № 3. – С. 119–135.
20. Каган В.Е., Журавлева И.П. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) / Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие. Под ред. Исаев Д.Н., Каган В.Е.– СПб.: Питер, 1991. – С.30-34.
21. Келли М. Хороший стресс как способ стать сильнее и лучше. - Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Альпина Паблишер», 2017.
22. Козляковський П.А. Загальна психологія Навч. Посібник / Козляковський П.А. – Миколаїв: Вид-во МДГУ ім. П. Могили, 2004. – 240 с.
23. Колупаєва А.А. Науково-методичний посібник «Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання» / Колупаєва А.А., Савчук Л.О. – К. 2011. – С. 37.
24. Левченко И.Ю., Ткачёва В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребёнка с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 2008. –240 с.
25. Максименко С. Д. Теорія і практика психолого-педагогічного дослідження / С. Д. Максименко. – К. : НДШ, 1990. – 239 с.
26. Марценюк М.О. Актуальні проблеми психології. Т.7, вип.36. / Марценюк М.О. – С. 278.
27. Марценюк М.О. Роль психологічного стресу в контексті сімейних труднощів / Марценюк М.О. // Актуальні проблеми психології. – Т.7, вип. 36.
28. Миронець С. М. Негативні психічні стани рятувальників в умовах надзвичайної ситуації. Монографія / Миронець С.М., Тімченко О.В. – К. : ТОВ «Видавництво «Консультант», 2008. – 232 с.
29. Миронова Е.Е. Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. – 155 с. (С. 16-18).
30. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник / Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с.
31. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства / Р. В. Овчарова. – М. : Институт психотерапии, 2003. – 319 с.
32. Орап М. Тест на психологічне здоров’я // Дзеркало тижня – №1250, 27 червня- 5 липня, 2019. – С. 8.
33. Прищак М.Д. Психологія Частина І: навчальний посібник / М.Д. Прищак, Л.А. Мацко. –Вінниця: ВНТУ, 2012. – 103 с.
34. Прохоров А.О. Методики диагностик и измерения психических состояний личности / Прохоров А.О. – М.: ПЕР СЭ, 2004. – 176 c.
35. Психолого-педагогічна типологія затримки психічного розвитку та її реалізація в організації корекційного навчання / Т.В.Сак // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2017. – Вип. 33. –С. 164-169 http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\_019\_2017\_33\_29
36. Психофизиология: Учебник для вузов / Под ред. Ю. И. Александрова. – СПб., 2006, с. 326
37. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами: Навчально-методичний посібник / За заг. ред. Колупаєвої А.А. – К.: – ТОВ ВПЦ «Літопис –ХХ», 2010.
38. Рыбкин И. В. Коучинг Социального Успеха / И. Рыбкин. – М. : Изд-во “Институт общегуманитарных исследований”, 2005. – 224 с.
39. Сак Т.В. Психолого-педагогічна типологія затримки психічного розвитку та її реалізація в організації корекційного навчання. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2017. – Вип. 33. – С. 164-169 http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\_019\_2017\_33\_29
40. Селье Г. Стресс без дистресса / Пер. с англ./ Г. Селье. – М.: Прогресс, 1982. – 128 с
41. Синьов В. М. Особливості умови соціалізації дітей з аутистичними порушеннями. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія -2012. – Вип. 21. – С. 251-255. Електронний ресурс http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\_019\_2012\_21\_66
42. Синягина Н. Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений [Текст] / Н. Ю. Синягина. – Москва : Владос, 2003. – 96 с. - (Библиотека школьного психолога). - Библиогр.: С. 93-94.
43. Скорик Ю. Психофізичне вигорання педагога вищої школи як наслідок впливу професійних стресів // Витоки педагогічної майстерності. – 2013. – Випуск 11. – С. 311.
44. Ткачова Н.Г., Булаш І.В., Турчина І.С Інноваційні техніки роботи з дітьми з особливими потребами // «Молодий вчений», № 11 (63), листопад, 2018. – С.218
45. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. – С.31
46. Фальова О.Є. Причини та наслідки кризисних станів жінок / О.Є. Фальова; Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Інститут соціальної та політичної психології НАПН України // Психологічні перспективи. – Луцьк, 2015. – Вип. 25. – С. 240-256.
47. Филиппова Г. Г. Психология материнства / Г. Г. Филиппова – М.: Институт психотерапии, 2002. – 240 с.
48. Хворова Г. М. Компетентностний підхід до питань взаємодії батьків з фахівцями в корекційній освіті дітей з полісистемними порушеннями розвитку, 2015. – Вип. 29. – С. 136-143.
49. Царькова О.В. Психологія почуття провини у батьків дітей з обмеженими можливостями здоров’я. Дис. на здобуття ступеня кандидата психологічних наук.
50. Чуприков А.П. Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога / Чуприков А.П., Хворова Г.М. – Львів, 2012. – 184 с.
51. Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребёнок в семье и обществе: Социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд., перераб. и доп. / Шипицина Л.М. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.
52. Штепа О. С. Особливості зв’язку психологічної та персональної ресурсності особистості // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України Проблеми сучасної психології. –2013. – Випуск 21. С. 782.
53. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Щербатых Ю.В. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.: ил. – (Серия «Учебное пособие»)
54. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб. : Речь, 2007. – 352 с.
55. Эйрон Э. Сверхчувствительная натура. Как преуспеть в безумном мире / Э. Эйрон — «Азбука-Аттикус», 2013. – 234 с.
56. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. Front. Behav. Neurosci., 03 July 2018. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2018.00127/full
57. Lazarus, R.S. and L. Levi. Teorii stressa i psihofiziologicheskie issledovaniya [Stress Theories and Psychophysiological Research], Meditsina, L., 1970.
58. Lazarus, R.S. and S. Folkman. Stress, Appraisal and Coping, Springer, New York, USA, 1984.