

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»  
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ  
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ

Завідувачка кафедри ПП та М

**Юлія ГЕРАСИМЕНКО**

(підпис)

« 12 » травня 2025 р.  
(дата)

**«ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З  
ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ЦЕНТРУ  
КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»**

**Кваліфікаційна робота  
на здобуття освітнього ступеня «магістр»**

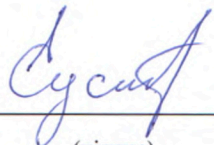
Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувачка вищої освіти  
групи ПС-23-12-зМ

**ЧУСТІЛЬ Оксана Петрівна**

  
(підпис)

Науковий керівник:  
кандидат педагогічних наук,  
завідувачка кафедри ТНОП та ІО

**КОССОВА-СІЛІНА Галина Олександрівна**

  
(підпис)

Біла Церква 2025

### Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

**Автор:** Чустіль Оксана Петрівна, група ПС-23-12-ЗМ

**Назва:** Психологічне консультування батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах центру комплексної реабілітації

**Керівник:** Коссова-Сіліна Галина Олександрівна

**Підрозділ:** кафедра педагогіки, психології та менеджменту

**Коефіцієнт подібності 1:** 14.5%

**Мікропробіли:** 14

**Заміна букв:** 3

**Інтервали:** 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

☒ Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

☐ Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

☐ Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

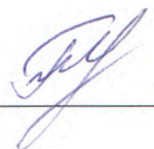
**Висновок:**

*Кваліфікаційна робота Чустіль ОП має високий рівень оригінальності академічного тексту, містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.*

Дата 07.05.2025р

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України:

Підпис



# БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія, освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувачка кафедри ПП та М

д.е.н. доцент Ю.С. ГЕРАСИМЕНКО

« 9 » січня 2025 року

## ЗАВДАННЯ

### НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ ОСВІТИ

Чустіль Оксані Петрівні

1. Тема роботи «Психологічне консультування батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах Центру комплексної реабілітації»  
керівник роботи: Коссова-Сіліна Галина Олександрівна, к.пед.н., затверджені наказом БІНПО від «03» січня 2025 року №01-06/03.
2. Строк подання здобувачем освіти роботи « 02 » травня 2025 р.
3. Вихідні дані до роботи: закони, постанови, нормативно-правові акти щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами, створення та функціонування інклюзивно-ресурсних центрів в Україні, наукові праці, публікації в актуальних періодичних виданнях та вебресурсах, монографії вітчизняних та зарубіжних науковців з досліджуваних питань, власні спостереження щодо визначення рівня негативних психологічних станів у батьків дітей з ООП.
4. Перелік питань, які потрібно розробити:
  1. проаналізувати теоретичні основи психологічного консультування батьків дітей з ООП.
  2. дослідити психоемоційні стани батьків (тривожність, депресію, стрес) у вибраній вибірці.
  3. розробити програму психологічного консультування, що враховує виявлені проблеми.



4. апробувати програму в умовах центру комплексної реабілітації та оцінити її ефективність.

5 Консультанти розділів роботи

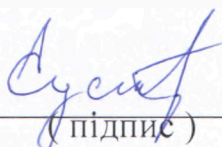
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада<br>Консультанта                 | Підпис, дата      |                     |
|--------|--------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
|        |                                                              | Завдання<br>видав | Завдання<br>прийняв |
| 1      | Коссова-Сіліна Г.О., завідувачка<br>кафедри ТНОП та ІО БІНПО | 03.01.2025        | 31.01.2025          |
| 2      | Коссова-Сіліна Г.О., завідувачка<br>кафедри ТНОП та ІО БІНПО | 03.02.2025        | 03.03.2025          |
| 3      | Коссова-Сіліна Г.О., завідувачка<br>кафедри ТНОП та ІО БІНПО | 04.03.2025        | 02.04.2025          |

6. Дата видачі завдання 03.01.2025

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

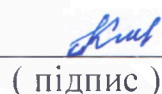
| №<br>з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи                                       | Строк виконання<br>етапів роботи | Примітка |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|
| 1        | Узгодження теми, складання змісту                                         | січень                           | виконано |
| 2        | Вивчення літературних джерел                                              | січень                           | виконано |
| 3        | Збирання матеріалу на підприємстві                                        | січень                           | виконано |
| 4        | Обробка матеріалу                                                         | січень                           | виконано |
| 5        | Виконання розділу 1                                                       | січень                           | виконано |
| 6        | Виконання розділу 2                                                       | лютий                            | виконано |
| 7        | Виконання розділу 3                                                       | лютий                            | виконано |
| 8        | Формулювання висновків                                                    | березень                         | виконано |
| 9        | Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії<br>перевірка на плагіат. | квітень-травень                  | виконано |
| 10       | Подання роботи на кафедру                                                 | травень                          | виконано |

Студентка

  
(підпис)

О.П.Чустіль

Керівник роботи

  
(підпис)

Г.О.Коссова-Сіліна



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»  
**БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ  
ОСВІТИ**

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

**ВІДГУК**

**керівника на кваліфікаційну роботу магістра**

**ЧУСТІЛЬ Оксани Петрівни**

**Тема кваліфікаційної роботи:** «Психологічне консультування батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах центру комплексної реабілітації»

**Загальна характеристика кваліфікаційної роботи магістра.**

Кваліфікаційна робота магістра є актуальною, має теоретичну та практичну значущість у сфері психологічного консультування батьків дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Актуальність теми зумовлена тим, що на тлі зростання кількості дітей з ООП спостерігається дефіцит ефективних і спеціалізованих підходів до психологічної підтримки їхніх батьків, які часто відчують значний емоційний стрес та специфічні труднощі у процесі виховання.

Основна мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні, розробці та апробації програми психологічного консультування для батьків дітей з ООП у центрі комплексної реабілітації, а також у вивченні методів діагностики та корекції їхнього психоемоційного стану для оптимізації процесу реабілітації та забезпечення всебічної підтримки цих сімей, зважаючи на недостатнє використання психологічного потенціалу родини в допомозі дитині.

У роботі було чітко окреслено об'єкт, предмет та завдання дослідження, що забезпечило досягнення поставленої мети. Висунуті авторкою гіпотези знайшли своє підтвердження, а визначені завдання були успішно виконані.

Окрім того, важливим аспектом дослідження є розгляд низки науково-практичних питань, серед яких особливу увагу авторка приділяє аналізу змісту різноманітних концепцій і теорій, найбільш дієвих у психологічному консультуванні батьків.

Проведене експериментальне дослідження виявило особливості психічних станів батьків дітей з ООП. У роботі здійснено порівняльний аналіз

рівнів емоційних переживань батьків дітей з ООП та батьків, які виховують дітей без особливих потреб, досліджено вплив віку та статі, а також продемонстровано ефективність розробленої авторської корекційної програми, спрямованої на стабілізацію психоемоційного стану батьків дітей з ООП, що підтверджено статистичними методами обробки даних.

Наукова новизна роботи полягає у зміні фокуса уваги з процесу реабілітації дітей з ООП безпосередньо на їхніх батьків, розглядаючи їх як ключовий фактор успішної соціалізації дитини. Практична цінність отриманих даних полягає у розробці програми психологічного консультування, готової до застосування в центрах комплексної реабілітації для надання підтримки сім'ям, які виховують дітей з ООП.

Кваліфікаційна робота магістра складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

### **Висновки, оцінка кваліфікаційної роботи магістра та пропозиції.**

У процесі виконання кваліфікаційної роботи студентка Чустіль О.П. продемонструвала себе компетентним фахівцем, здатним самостійно ухвалювати рішення у складних ситуаціях. Логічна структура роботи забезпечила всебічне розкриття предмету дослідження. Сформульовані висновки відповідають поставленим завданням та відображають ключові результати проведеного дослідження.

Результати дослідження знайшли схвалення на науково-практичних конференціях, опубліковано тези доповідей, написаних одноосібно, та можуть бути використані в умовах КУ БМР «Білоцерківський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Шанс».

Кваліфікаційна робота виконана самостійно, а повному обсязі та відповідно до чинних вимог.

Оригінальність авторського тексту кваліфікаційної роботи Чустіль О.П., що визначено за допомогою комплексу Strike Plagiarism, складає 85,5 відсотків.

За умови успішного захисту кваліфікаційна робота заслуговує на оцінку «Відмінно» (91 бал, за шкалою ЄКТС – А).

### **Керівник кваліфікаційної роботи магістра:**

кандидатка педагогічних наук,  
завідувачка кафедри технологій навчання,  
охорони праці та інклюзивної освіти  
Білоцерківського інституту  
неперервної професійної освіти  
ДЗВО «УМО» НАПН України



Галина КОССОВА-СІЛІНА

## РЕФЕРАТ

Магістерська робота: 164 стор, 19 рисунків, 6 таблиць, 5 додатків, 87 літературних джерел.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати, розробити та апробувати програму психологічного консультування батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах центру комплексної реабілітації.

Об'єктом дослідження є процес психологічного консультування батьків дітей з особливими освітніми потребами. Предметом дослідження є вплив психологічного консультування на зниження рівня тривожності, депресії та стресу у батьків.

Основні методи дослідження. На різних стадіях дослідження широко використовувалися: теоретичні методи (аналіз психологічної, навчально-методичної, довідкової літератури, інформаційних ресурсів мережі Інтернет з подальшим узагальненням та систематизацією його результатів з метою з'ясування, порівняння і зіставлення наукових підходів, позицій вітчизняних і зарубіжних науковців за темою магістерської роботи), емпіричні методи (спостереження, експеримент, психодіагностичні методики: (бесіди, тестування), статистичні методи обробки даних (порівняння середніх значень за допомогою t-критеріїв Стюдента (для незалежних та залежних вибірок)).

Основний науковий результат роботи полягає у наступному: узагальнено матеріали вітчизняної та зарубіжної практики з питань психологічного консультування батьків дітей з особливими освітніми потребами, досліджено їхній психоемоційний стан (депресію, стрес, тривожність), розроблено та експериментально апробовано програму корекції негативних психологічних станів батьків, надано рекомендації щодо вдосконалення психологічного консультування цієї категорії осіб в умовах центру комплексної реабілітації.

Результати рекомендовані до впровадження у Комунальній установі Білоцерківської міської ради «Білоцерківський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Шанс», що сприятиме покращенню психічного здоров'я батьків дітей з ООП.

Ключові слова: психологічне консультування, батьки дітей з особливими освітніми потребами, депресія, тривожність, стрес, психокорекційна програма.



## ABSTRACT

Master's Thesis: 164 pages, 19 figures, 6 tables, 5 appendices, 87 references.

The purpose of the study: To theoretically substantiate, develop, and test a psychological counseling program for parents of children with special educational needs in a comprehensive rehabilitation center.

The object of research is the process of psychological counseling for parents of children with special educational needs.

The research of subject is the impact of psychological counseling on reducing the level of anxiety, depression, and parents' stress.

Main research Methods: At various stages of the research, the following methods were widely used: theoretical methods (analysis of psychological, educational-methodological, and reference literature, information resources of the Internet with subsequent generalization and systematization of its results in order to clarify, compare, and contrast scientific approaches and positions of domestic and foreign researchers on the topic of the master's thesis); empirical methods (observation, experiment, psychodiagnostic methods (interviews, testing)); statistical data processing methods (comparison of mean values using Student's t-tests (for independent and dependent samples)).

The main scientific result of the work consistent with the following: the domestic and foreign practice materials related to the problem of psychological counseling of parents of children with special educational needs are summarized; the psycho-emotional state of such parents (depression, stress, anxiety) is studied; the program for correcting negative psychological states of those parents is developed and experimentally tested; recommendations for improving psychological counseling of the above mentioned category of persons in a comprehensive rehabilitation center are provided.

The results are recommended for implementation in the Municipal Institution of the Bila Tserkva City Council «Bila Tserkva Center for Comprehensive Rehabilitation for Persons with Disabilities «Shans», which will contribute to improving the mental health of parents of children with special educational needs.

Key words: psychological counseling, parents of children with special educational needs, depression, anxiety, stress, psychocorrectional program.

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ВСТУП.....</b>                                                                                                                                                                                                             | <b>9</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО<br/>КОНСУЛЬТУВАННЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ<br/>ОСВІТНІМИ<br/>ПОТРЕБАМИ.....</b>                                                                                              | <b>16</b> |
| 1.1. Сутність та особливості психологічного консультування.....                                                                                                                                                               | 16        |
| 1.2. Поняття та специфіка психологічного консультування осіб з особливими<br>освітніми потребами та їх сімей в умовах центрів комплексної<br>реабілітації...33                                                                |           |
| 1.3. Психологічне консультування як метод корекції психоемоційного стану<br>батьків дітей з ООП.....                                                                                                                          | 41        |
| Висновки до першого розділу.....                                                                                                                                                                                              | 50        |
| <b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ<br/>СТАНІВ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ООП.....</b>                                                                                                                                     | <b>54</b> |
| 2.1. Аналіз існуючих програм і методів роботи з особами з ООП та їх<br>батьками в Комунальній установі Білоцерківської міської ради<br>«Білоцерківський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю<br>«Шанс»..... | 54        |
| 2.2. Методологія та організація дослідження.....                                                                                                                                                                              | 61        |
| 2.3. Аналіз та інтерпретація результатів: виявлені проблеми та потреби<br>батьків осіб з ООП.....                                                                                                                             | 71        |
| Висновки до другого розділу.....                                                                                                                                                                                              | 82        |
| <b>РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ<br/>БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ООП.....</b>                                                                                                                                          | <b>85</b> |
| 3.1. Визначення напрямів психологічної допомоги батькам дітей з ООП....                                                                                                                                                       | 85        |
| 3.2. Розробка програми психологічної підтримки з урахуванням результатів<br>дослідження психоемоційних станів.....                                                                                                            | 96        |
| 3.3. Впровадження програми та аналіз її ефективності.....                                                                                                                                                                     | 102       |
| Висновки до третього розділу.....                                                                                                                                                                                             | 118       |

|                                         |            |
|-----------------------------------------|------------|
| <b>ВИСНОВКИ.....</b>                    | <b>121</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b> | <b>128</b> |
| <b>ДОДАТКИ.....</b>                     | <b>139</b> |

## ВСТУП

У сучасному українському суспільстві психологічне консультування набуває все більшого значення, визнаючись важливою та затребуваною сферою діяльності психолога. Швидкі зміни в економіці, політиці та культурі України призводять до виникнення складних життєвих ситуацій та психологічних проблем, для вирішення яких необхідна допомога кваліфікованого психолога.

Війна, що триває в Україні, суттєво змінила та поглибила зміст психологічної допомоги, зробивши її необхідною у різних сферах життя: особистісному розвитку, професійній діяльності, сімейних відносинах та подоланні кризових ситуацій.

Особливо вразливою групою в умовах війни є люди з особливими освітніми потребами (далі ООП) та їхні батьки. Їхнє психологічне здоров'я, яке і в мирний час було вразливим, потребує особливої підтримки психолога-консультанта. Це стосується, зокрема, дітей-переселенців з інвалідністю, які разом із батьками змушені жити в тимчасових умовах, таких як гуртожитки та модульні містечка.

Виховання дитини з ООП є складним та багатогранним процесом, що вимагає від батьків не лише значних фізичних та матеріальних ресурсів, але й емоційної стійкості, психологічної готовності до подолання труднощів. Високий рівень тривожності, депресії та стресу серед батьків дітей з ООП стає серйозною перепорою для ефективного виконання ними батьківських обов'язків і створення сприятливого середовища для розвитку дитини.

Умови комплексного реабілітаційного центру, де батьки отримують не лише медичну, але й психологічну підтримку, є оптимальним середовищем для формування ефективних стратегій адаптації та підвищення психологічного благополуччя батьків.

Психологічне консультування відіграє важливу роль у підтримці батьків, допомагаючи їм адаптуватися до нових реалій, подолати стрес,



тривогу та депресію, а також розвинути ефективні стратегії виховання дитини. Воно не лише покращує емоційний стан батьків, але й сприяє покращенню якості життя дитини, оскільки емоційний стан батьків безпосередньо впливає на її розвиток та добробут.

Сучасні підходи до психологічного консультування, такі як когнітивно-поведінкова терапія, сімейна терапія та арт-терапія, можуть бути ефективними в роботі з батьками дітей з ООП. Використання індивідуальних та групових форм консультування, а також онлайн-консультацій, розширює можливості для надання допомоги.

Перспективи розвитку психологічного консультування батьків дітей з ООП включають розробку нових програм та методик, проведення досліджень з оцінки ефективності різних підходів, міжвідомчу співпрацю та підвищення обізнаності суспільства про проблеми сімей, що виховують дітей з ООП.

**Актуальність теми дослідження** зумовлена зростанням кількості дітей з ООП та необхідністю розробки ефективних методів психологічного консультування для їхніх батьків. Умови центру комплексної реабілітації надають можливість для цілісного підходу до підтримки сім'ї, де психологічне консультування є невід'ємною частиною реабілітаційного процесу.

Відповідно до оперативних статистичних даних Міністерства науки і освіти України станом на 01.01.2025 за останні п'ять років кількість учнів з ООП в інклюзивних класах закладів загальної середньої освіти збільшилась майже удвічі (з 25078 - у 2020 р до 47610 - у 2025 році). Також, в Україні створено 700 інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ), з яких 674 ІРЦ продовжують функціонувати в умовах воєнного стану та надавати послуги з проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку, корекційно-розвиткові послуги та здійснюють психолого-педагогічний супровід під час навчання дітей з ООП, в тому числі з числа внутрішньо переміщених осіб.

Теоретичні аспекти психологічного консультування знайшли відображення в працях Васьківської С.В., Магдисюк Л.І., Опанасенко Л.А., Ткач Р.М., Федоренко Р.П., Хомич Г.О., Цимбалюк І.М., Якимчук Б.А. [8,32,41,68,71,78,79] та інших дослідників. Вони здійснили систематизацію знань щодо напрямів та етапів психологічного консультування, опираючись на фундаментальні теорії, що лежать в основі сучасної психології.

Значний внесок у розуміння та підтримку осіб з ООП зробили такі дослідники, як британський педагог Мері Ворнок, яка вперше ввела це поняття у своєму звіті 1978 року, та зарубіжні науковці Лео Каннер і Ганс Аспергер, які досліджували аутизм. Французький лікар Жан Ітар, автор роботи «Дика дитина», заклав основи спеціальної педагогіки, а його учень Едуард Сеген розробив методи навчання для дітей з інтелектуальними порушеннями. Їхні роботи стали фундаментом для розвитку інклюзивних освітніх програм, які успішно використовуються в Україні та світі.

На початку 1960-х років дослідники почали вивчати психоемоційний вплив виховання дитини з порушеннями розвитку на батьків, а також розробляти напрями підтримки таких сімей, включаючи соціальну, медичну, правову, психологічну та педагогічну допомогу. Проте, психологічне консультування як окремий вид підтримки для сімей з дітьми з ООП почало активно розвиватися лише в останнє десятиліття.

Науковці дослідили, як народження та виховання дитини з ООП впливає на психоемоційний стан батьків, а також визначили ключові напрями підтримки таких сімей. Вони виявили, що батьки часто переживають значний стрес, тривогу та депресію, що потребує комплексного підходу до допомоги, включаючи соціальну, медичну, правову, психологічну та педагогічну підтримку. Дослідження також сприяли формулюванню принципів ефективної взаємодії фахівців з цими сім'ями, акцентуючи на розумінні та врахуванні емоційних потреб батьків.

Серед дослідників, які зробили значний внесок у цю сферу, варто відзначити роботи Андрейка Б. В., Бойчука Ю.Д., Душки А.Л., Ілляшенка Т.

Д., Калініної Т.С., Коган О.В., Колупаєвої А. А., Кукурузи Г.В., Сіліної Г.О., Мушкевич М.І., Царькової О.В. [2,11,12,17,18,50,22,23,24,28,37,38,75,76]

На державному рівні актуальність проблеми підтримки осіб з ООП та їхніх батьків підтверджується численними законодавчими актами. Серед них — Державна цільова програма "Національний план дій з реалізації Конвенції ООН про права інвалідів", Закон України "Про реабілітацію інвалідів в Україні", постанови Кабінету Міністрів України, що регулюють організацію інклюзивного навчання та ранню соціальну реабілітацію дітей-інвалідів, а також зміни до нормативних актів, спрямовані на покращення організації навчання для ООП. Ці нормативно-правові акти свідчать про увагу держави до питань соціального захисту та підтримки цієї вразливої категорії населення.

Розуміння тривожності, стресу та депресії, які часто супроводжують батьків дітей з ООП, ґрунтується на фундаментальних дослідженнях таких психологів, як Ганс Сельє, що розробив концепцію стресу, Аарон Бек, який досліджував когнітивні основи депресії, Чарльз Спілбергер, що вивчав тривогу як стан і рису. Їхні роботи заклали теоретичну основу для розуміння психоемоційних проблем, з якими стикаються люди в умовах стресу, і використовуються для розробки методів психологічної допомоги, зокрема й для батьків, що виховують дітей з ООП.

Значний інтерес до проблеми тривожності проявляють і українські дослідники: Андрейко Б.В., Калюжна Є. М., Мельник Ю. Б., Наугольник Л. Б., Руденок А.І, Рудик Г., Стаднік А. В., Стрілецька І. І., Халік О.О., Царькова О.В., Шевченко Н.Ф. та багато інших.[2,77,30,40,63,34,65,70,72-77]

Незважаючи на значний досвід вітчизняних та зарубіжних дослідників у наданні допомоги дітям з ООП, недостатньо уваги приділяється використанню психологічного потенціалу їхнього найближчого оточення, особливо сім'ї. Для досягнення максимальної ефективності допомоги необхідно активно залучати всі можливості соціально-психологічної

реабілітації та соціальної підтримки, оскільки саме сім'я відіграє ключову роль у процесі розвитку та адаптації дитини.

У центрах комплексної реабілітації, де сім'ї отримують послуги, основний акцент робиться на реабілітації дитини, тоді як підтримка психічного здоров'я батьків часто залишається поза увагою. Враховуючи це, в своїй роботі я зосередилася на дослідженні діагностики та корекції психоемоційного стану батьків, щоб доповнити комплексний підхід до реабілітації та забезпечити всебічну підтримку сім'ям, які виховують дітей з ООП.

Вибір теми дослідження зумовлений необхідністю вдосконалення програм психологічного консультування в центрах комплексної реабілітації, з метою врахування специфічних потреб батьків дітей з ООП. Виявлення та діагностика негативних психоемоційних станів, таких як тривожність, депресія та стрес, а також розробка та впровадження ефективних методів корекції, є важливим кроком до забезпечення повноцінного функціонування сімей, які виховують дітей з ООП.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психоемоційні стани батьків дітей з ООП, розробити та апробувати програму психологічного консультування в умовах Центру комплексної реабілітації.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні основи психологічного консультування батьків дітей з ООП.
2. Дослідити психоемоційні стани батьків (тривожність, депресію, стрес) у вибраній вибірці.
3. Розробити програму психологічного консультування, що враховує виявлені проблеми.
4. Апробувати програму в умовах центру комплексної реабілітації та оцінити її ефективність.

**Об'єкт дослідження:** психологічне консультування батьків дітей з ООП.

**Предмет дослідження:** вплив психологічного консультування на зниження рівня тривожності, депресії та стресу у батьків.

**Методи дослідження** включають теоретичний аналіз літератури, емпіричні методи (тестування), статистичні методи обробки даних.

Для проведення емпіричного дослідження використовувались психодіагностичні методики: опитувальник DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales), Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна, Шкала тривоги Бека (BAI).

Статистичні методи обробки даних включали порівняння середніх значень за допомогою t-критеріїв Стюдента (для незалежних та залежних вибірок).

**Експериментальна база дослідження** - Комунальна установа Білоцерківської міської ради «Білоцерківський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Шанс».

**Практичне значення дослідження** полягає в створення програми психологічного консультування, яка може бути впроваджена в роботу центрів комплексної реабілітації для підтримки сімей дітей з ООП.

**Наукова новизна отриманих результатів** зумовлюється тим, що вперше теоретично обґрунтовано та експериментально доведено новий підхід до підтримки сімей дітей з ООП через психологічне консультування їхніх батьків, що розглядаються як ключова ланка в процесі соціалізації дитини; виявлено негативні психоемоційні стани цих батьків; розроблено та апробовано корекційну програму психологічного консультування, придатну для впровадження в центрах комплексної реабілітації для підтримки сімей дітей з ООП.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та висновки кваліфікаційної роботи магістра було оприлюднено на IV Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції «Соціально-освітні домінанти професійної підготовки сучасного компетентного фахівця» (15 травня 2025 року, м. Біла Церква) та VIII Міжнародній студентській конференції



«Модернізація та сучасні українські і світові наукові дослідження» (16.05.2025, м.Житомир, Україна).

Результати дослідження можуть бути використані в умовах Комунальної установи Білоцерківської міської ради «Білоцерківський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Шанс»

**Гіпотеза дослідження** полягає у тому що вищі рівні тривожності, стресу та депресії у батьків, які виховують дітей з ООП, порівняно з батьками нейротипових дітей. Крім того, передбачається, що впровадження розробленої корекційної програми матиме позитивний вплив на психоемоційний стан батьків дітей з ООП.

**Структура роботи** складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 164 сторінки, основний зміст викладено на 119 сторінках. Робота містить 6 таблиць, 19 рисунків.

## **РОЗДІЛ 1**

### **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ**

#### **1.1. Сутність та особливості психологічного консультування**

Психологічне консультування - сфера практичної професійної діяльності психолога, пов'язана з наданням допомоги потребуючим її людям у вигляді порад, рекомендацій щодо вирішення життєвих психологічних проблем. Такі рекомендації клієнт отримує на основі особистого спілкування з ним психолога-консультанта як підсумок аналізу проблеми, вивчення того, як вона виникла в житті клієнта. В психологічному консультуванні психолог працює з людьми, які відчують труднощі в повсякденному житті.

Латинське слово *consule*, що лежить в основі терміна «консультація», вказує на значення «радитися» та «піклуватися». Психологічне консультування має на меті сприяти особистісному зростанню та розвитку. Воно допомагає людині адекватно сприймати себе, оточуючих та життєві ситуації, а також трансформувати систему своїх внутрішніх та зовнішніх взаємодій.

Психологічне консультування часто розглядають як одну з трьох ключових спеціалізацій практикуючого психолога, поряд з діагностикою та корекцією.

В українській психології на сьогоднішній день існують різні трактування поняття психологічного консультування.

Так, визначення психологічного консультування у автора багатьох підручників та посібників С.В.Васьківської [8] - це вид спеціально організованого спілкування, у процесі якого психолог-консультант допомагає клієнтові дослідити і прояснити свою життєву ситуацію, актуалізувати додаткові сили і здібності, щоб знайти вихід із складних для нього обставин.

У монографії Н.Є. Афанасьєвої [4] Психологічне консультування - це процес продуктивної взаємодії, спрямований на надання допомоги психічно здоровій особистості у дослідженні, проясненні та вирішенні актуальних утруднень в емоційній, когнітивній, поведінковій та комунікативних сферах.

Г.О. Хомич та Р.М. Ткач [71] зазначають, що це процес взаємодії двох чи більше людей у атмосфері довіри, коли спеціальні знання консультанта спрямовані на надання психологічної допомоги клієнту чи групі клієнтів в оперативному розв'язанні проблем, виявленні особистісних ресурсів чи створенні перспективних програм розвитку .

Психологічним консультуванням на думку Л.І.Магдисюк, Р.П.Федоренко [32] називається особлива область практичної психології, яка пов'язана з наданням з боку фахівця-психолога безпосередньої психологічної допомоги людям, які потребують її, у вигляді порад і рекомендацій. Вони даються психологом клієнту на основі особистої бесіди і попереднього вивчення тієї проблеми, з якою в житті зіткнувся клієнт. Найчастіше психологічне консультування проводиться в наперед обумовлений час, в спеціально обладнаному для цього приміщенні, як правило, ізольованому від сторонніх людей, і в конфіденційній обстановці.

В українській психології традиційно вважається, що психологічне консультування призначене для підтримки людей, які стикаються зі складними життєвими обставинами, але не мають серйозних психічних розладів. Проте, деякі сучасні дослідники використовують терміни «психотерапія» та «психологічна корекція» як синоніми до «психологічного консультування», стверджуючи, що вони мають спільну сутність, включаючи групову динаміку, особливості взаємодії між консультантом і клієнтом, а також спеціальні техніки. Їхня спільна мета – сприяти гармонійному розвитку особистості та ефективній комунікації.

Так, на думку Опанасенко Л.А. [41] психологічне консультування, психотерапія та психокорекція мають такі спільні характеристики:

- 1) вони використовують психологічні засоби впливу;

- 2) в основному виконують функції розвитку та профілактики;
- 3) сприяють досягненню позитивних змін в когнітивній, емоційній і поведінковій сферах;
- 4) здійснюються у певних професійних рамках;
- 5) в середньому тривалість сеансів становить 60 хвилин.

Хоча психологічне консультування, психотерапія та психокорекція мають спільні риси, вони суттєво відрізняються процедурно.

1) Консультування спрямоване на підвищення ефективності життя клієнта; психотерапія – на розвиток особистості; психокорекція – на усунення недоліків розвитку.

2) Проблематика звернення на консультацію це – особистісні та міжособистісні труднощі; психотерапія – особистісне та соціальне здоров'я; психокорекція – відхилення в психічному та особистісному розвитку.

3) Клієнтом у психоконсультуванні є здорова особистість, в психотерапії це людина із невротичними чи психотичними розладами, психокорекції може потребувати здорова людина з відхиленнями у розвитку.

4) Фокус скарг у психоконсультуванні спрямований на інших, у психотерапії та психокорекції – на себе.

5) Клієнт є головним учасником процесу вирішення проблем у психологічному консультуванні, на відміну від психотерапії та психокорекції, де психолог відіграє провідну роль

6) Психологічне консультування зосереджується на вирішенні поточних проблем на свідомому рівні, тоді як психотерапія досліджує глибинні причини проблем, залучаючи підсвідомість та сприяючи особистісному зростанню. Психокорекція використовує методи, спрямовані на зміну особистісного розвитку, психічних процесів та поведінки, особливо при девіаціях, вікових кризах та внутрішніх конфліктах.

7) Психологічне консультування мінімізує використання діагностичних методів, зосереджуючись на безпосередньому спостереженні за клієнтом. Психотерапія, навпаки, передбачає детальну діагностику,

спрямовану на вивчення минулого клієнта, зокрема травматичних подій дитинства та юності, а також аналіз підсвідомих процесів. У психокорекції діагностика є важливим інструментом, що визначає план роботи та допомагає оцінити її результати.

8) Також різниться і тривалість відвідування психолога. Так, психологічне консультування частіше буває короткотерміновим і лише інколи перевищує 5-6 зустрічей з клієнтом. Психотерапія може тривати від декількох тижнів до декількох місяців і навіть років, в той час як психокорекція може мати короткостроковий і середньостроковий характер.

Таким чином, можна зробити висновок, що, при наявності спільних рис у різних спеціалізаціях психолога-практика, відмінностей між поняттями «психологічне консультування», «психотерапія» та «психокорекція» набагато більше.

Тож, ці поняття розмежовуються насамперед за характером діяльності, яку здійснює психолог-консультант і психотерапевт, що, у свою чергу, вирішує інші вимоги до їх професійної підготовки. Водночас межі між психотерапією та консультуванням залишаються доволі умовні.

Консультативна діяльність соціально-психологічної служби за своїми завданнями наближена до просвітницької та профілактичної роботи, й водночас є важливою формою їхнього проведення.

Психологічне консультування може проводитися в різних формах : індивідуальне, групове, очне та заочне.

Індивідуальне консультування це найбільш поширена та традиційна форма взаємодії. Вона особливо доцільна, коли необхідно встановити особистісно-довірчий контакт із клієнтом. Основними перевагами індивідуального консультування є конфіденційність, психологічна безпека, а також можливість глибокого аналізу особистісних особливостей клієнта, його емоційного стану та наявних проблем.

Групове консультування - форма, яка передбачає участь кількох осіб, які мають схожі труднощі та прагнуть їх вирішення. У груповому

консультуванні увага фахівця зосереджується не лише на кожному учаснику окремо, а й на характері взаємодію між ними, активізація конструктивної взаємодії та пошук рішень. Перевагами такої роботи є можливість обміну досвідом, взаємного впливу учасників один на одного, розвиток комунікативних навичок.

Очне консультування здійснюється у безпосередньому контакті з клієнтом. Його переваги : консультант може здійснити виявлення індивідуальних особливостей клієнта у ході діагностичної роботи. Недоліки: витрата додаткового часу на консультацію, замкненість та інтровертованість клієнта може стає бар'єром при наданні безпосередньої консультації.

Заочне консультування відбувається за допомогою технічних засобів (телефон, інтернет). Дистанційне консультування гарантує клієнту анонімність, можливість отримати термінову підтримку, а також доступ до консультанта незалежно від часу та місця перебування людини, яка потребує психологічної допомоги. Завдяки цим перевагам воно стає дедалі більш затребуваним.

Сучасні підходи до визначення цілого психологічного консультування є надзвичайно різноманітними. Психологи-консультанти формують свої методи та техніку роботи в межах різних наукових концепцій та теоретичних підходів.

Проаналізував ці концепції (теорії), описані в роботах таких сучасних науковців, як Афанасьєва Н.Є. [4] , Булах І. С., Кузьменко В. У., Помиткін Е. О. [6] , Опанасенко Л.А. [41] , Хомич Г.О., Ткач Р.М.[71], та монографії, наукові статті інших науковців, розглянемо характеристики основних наукових напрямів в консультативній психології: психодинамічного, гуманістичного, біхевіористичного (поведінкового), когнітивного, екзистенційного, та особливості їх використання у консультативній практиці психолога.

Психоаналіз, розроблений Зигмундом Фройдом (австрійський лікар-психіатр, 1856 - 1939), , лежить в основі психодинамічного напрямку в

консультуванні. Його ключовою ідеєю є трансформація несвідомого в усвідомлене. Серед відомих послідовників Фройда можна виділити Альфреда Адлера (індивідуальна психологія), Карла Юнга (аналітична психологія), Карен Хорні, Еріка Фромма та Гаррі Стека Саллівана (соціально-психологічні теорії), кожен з яких розвивав власні теорії в рамках цього напрямку.

Психоаналіз - теорія особистості, яка успішно обґрунтувала неадекватність поведінки людей та причини психічних захворювань. Вона справляє значний вплив на інші психологічні теорії та концепції особистості. Психоаналіз часто представляють як динамічний психологічний підхід, оскільки ядром учення є уявлення про розподіл психічної енергії [71 с.24].

У психоаналітичному підході консультант допомагає клієнту усвідомити витіснені в несвідоме матеріали, відтворити ранній досвід, проаналізувати конфлікти та реконструювати особистість. Згідно з Фройдом, психіка складається з "Воно" (потяг), "Я" (реальність) та "Над-Я" (соціальні норми, совість). Основна мета психоаналізу - посилити "Я" клієнта, усунувши пригнічення з дитинства, заповнивши прогалини в пам'яті та навчивши приймати рішення на основі здорового "Я". Тобто, консультант допомагає клієнту усвідомити несвідоме, пройти через невирішені стадії розвитку та адаптуватися до життя.

У психоаналітичному консультуванні психолог застосовує такі інструменти, як вільні асоціації, аналіз сновидінь, перенесення, робота з опором та інтерпретація. Однак, цей підхід вимагає тривалого дослідження та аналізу глибинних психічних процесів, що може конфліктувати з принципом «тут і зараз», який є важливим у багатьох інших формах консультування.

Індивідуальна психологія, заснована Альфредом Адлером, спрямована на процес індивідуалізації в психологічному консультуванні. Основним завданням консультанта є розуміння унікального життєвого стилю клієнта та допомога йому в усвідомленні власної поведінки й місця в суспільстві. Клієнт має навчитися аналізувати свої помилки та свої дослідження, а також



розвивати соціальний інтерес, зміщуючи фокус уваги з особистих потреб на благо суспільства. Крім того, іншим аспектом є переосмислення життєвих цілей, формування соціально значущих орієнтирів і виправлення хибної мотивації через усвідомлення рівноправності з іншими людьми.

Гуманістичний напрям у психологічному консультуванні включає такі концепції, як особистісно-центроване консультування, гештальт-консультування та трансактний аналіз.

Особистісно-центрована теорія, також відомо як клієнт-центрована терапія, є недирективним методом розмовної терапії, в якому клієнт самостійно вибирає напрямок бесіди без будь-якого зовнішнього впливу з боку терапевта. Фахівець не оцінює та не критикує клієнта, а створює атмосферу безумовного прийняття й підтримки. Основою цього підходу є безумовне позитивне ставлення, яке сприяє розвитку довіри.

Особистісно орієнтоване консультування, засноване американським психологом Карлом Роджерсом, отримало розвиток у працях Ш. Бюлера, Ф. Беррона, С. Джуларда, А. Маслоу, Р. Мея, В. Франкла та інших. В українській психології цей підхід до розвитку та виховання особистості представлений у роботах І.Д. Бега, І.С. Булах, П.В. Лушина та інших.

Ця концепція була розроблена та активно використовується в межах гуманістичної психології як у психотерапії, так і в консультуванні, зокрема через такі методи, як емпатичне слухання. Вона зосереджується на особистості людини та її прагненні до самовдосконалення.

Карл Роджерс визначав основне призначення особистісно-орієнтованого консультування процесу самоактуалізації. Якщо виникає конфлікт між прагненням до самореалізації та Я-концепцією, яка ускладнює адекватне засвоєння життєвого досвіду, це може привести до особистісних труднощів і поведінки.

У процесі консультування створюється сприятливе середовище для самопізнання, що дозволяє клієнту усвідомити фактори, які гальмують його особистісне зростання. Особлива увага приділяється розвитку відкритості до

себе й інших, самостійності, терпимості та внутрішньої гармонії. Психолог-консультант підтримує впевненість клієнта у власних силах і покращення формування віри у його здатність до особистісного розвитку та самовдосконалення.

Психолог використовує різні методи і техніки консультування, такі як пояснення, відображення емоцій, емпатія, саморозкриття, активне й пасивне слухання, відкриті запитання та резюмування. Важливим досягненням консультування є розвиток у клієнтів навичок самостійного аналізу та здатності виступати ефективними консультантами для самих себе.

Наступним напрямом гуманістичної психології є гештальтпсихологія. Засновником гештальттерапії вважають німецького лікаря-психіатра Фредеріка Соломона Перлза (1893-1970). Гештальт (від нім. Gestalt - форма, фігура або конфігурація) - філософське поняття, яке означає сприйняття об'єкта як єдиного цілого, без поділу на окремі елементи. У свідомості людини формується цілеспрямована структура при сприйнятті об'єктів або їхніх образів. Вона виступає як перцептивна сутність, що сприймається не як сукупність частин, а як завершене ціле. Водночас це функціональна система, яка впорядковує явища відповідно до певних закономірностей.

Сучасні українські науковці Хомич Г.О., Ткач Р.М. так характеризують цей напрям «гештальт - це органічна функція, основна емпірична одиниця. Основні характеристики гештальту: фігура, фон, закінченість, незавершеність. Самість розглядається як система контактів, що мають місце у будь-який момент. Самоактуалізація - це прояв відповідних ідентифікацій і відчужень» [71, с.34].

Основна мета гештальт-консультування відбувається у формуванні здатності клієнта підтримувати себе, встановлювати зв'язок із власними почуттями, досягати самоактуалізації та брати відповідальність за своє життя. Завдання психолога-консультанта - допомогти людині розблокувати самосвідомість та сприяти її особистісній зрілості

У процесі консультування в межах цього підходу фахівець допоможе клієнту усвідомити власні потреби, зробити їх більш чіткими (тобто сформувати гештальт) і, зрештою, задовольнити або завершити незавершені дії в теперішньому моменті. Також, важливим аспектом є мобілізація внутрішніх ресурсів для подолання фрустрацій та страхів, які можуть виникнути без підтримки оточуючих.

Завдяки використанню таких методів і технік, як вправи, фруструючі дії, фантазування, рольові ігри, психодрами, конфронтація та гіперболізація, психолог допомагає клієнту розвинути здатність визначити та завершити важливі гештальти, що сприяють його особистісному зростанню та досягненню зрілості.

До гуманістичного напрямку в психологічному консультуванні також належить транзактний (трансактний) аналіз. Автор теорії трансакційного аналізу - американський психолог та психотерапевт Ерік Берн (1910-1970). Підхід спрямований на дослідження особливостей комунікації та включає аналіз трансакцій, ігор і життєвих сценаріїв. Він ґрунтується на розумінні того, що люди здатні змінюватися, та приділяє особливу увагу его-станам клієнта. Основною одиницею взаємодії в цьому аналізі є трансакція.

За визначення науковців Хомич Г.О., Ткач Р.М. «трансактний аналіз - це теорія особистості, концепція соціальної взаємодії і аналітичне керівництво для консультування» [71, с. 36].

Теорія розглядає особистість як систему внутрішніх структур і взаємодій, засновану на моделі «Батько - Дорослий - Дитина». Основна мета транзактного аналізу - виявлення та зміна деструктивних міжособистісних шаблонів (патернів), розвиток усвідомленості, досягнення автономії, самореалізації та внутрішньої свободи.

Метод транзактного аналізу забезпечує використання таких технік, як уточнення, ілюстрація, конфронтація, кристалізація та фокусування на спогадах. Завдяки цим інструментам психіка людини аналізується через

зрозумілі структури - особистісні аспекти, ролі та життєві сценарії. Цей підхід працює з трьома его-станами : Дорослого, Дитини та Батька.

Отже, транзактний аналіз розглядається як складова гуманістичного підходу в психологічному консультуванні.

Застосовуючи екзистенціальну психологію в консультативній практиці, фахівець зосереджується на унікальному життєвому досвіді клієнта, допомагаючи йому усвідомити власні переживання.

Екзистенція - ключове поняття екзистенціалізму, яке показує унікальну сутність особистості, яка поєднує в собі її духовність, психоемоційну неповторність.

Вперше застосовує екзистенціальний підхід швейцарський психіатр Людвіг Бінсвангер. А у 1960-і роки цей підхід розвивають американські психологи Ролло Мей (1909-1994) і Джеймс Б'юдженталь (James Bugental, 1916 - 2008), австрійський психіатр Віктор Франкл (1905-1997). В сьогоденні метод використовують : в США- Ірвін Ялом, у Великій Британії- Ернесто Спінеллі і Еммі ван Дорцен, в Австрії - Альфрід Ленглі і Елізабет Лукас.

Деякі дослідники пов'язують витoki екзистенціальної терапії ще з античністю, вважаючи, що діалоги Сократа з молоддю, а також вчення Аристотеля, Епікура та стоїків можна розглянути як форму філософської терапії, призначенням якої було глибше розуміння світу, що сприяло полегшенню людського життя, що, у свою чергу, наближає її до сучасної теорії екзистенціалізму.

Деякі автори зводять появу екзистенціальної терапії до античності, розглядаючи, наприклад, діалоги Сократа з молодими людьми, а пізніше школи Аристотеля, Епікура і стоїків як якусь форму філософської терапії, яка була покликана поліпшити розуміння світу і тим самим полегшити життя людини, що ріднить її з сучасною екзистенціальною терапією.

На думку Ролло Мея, особистість складається з таких елементів, як свобода, індивідуальність, соціальна інтеграція та духовність. Отже,

особистість можна визначити як процес реалізації життя у вільній, соціально адаптованій людині, яка має духовний вимір. [71, с. 48]

Метою консультації є допомога клієнту в усвідомленні власної відповідальності, глибшому розумінні себе та своїх можливостей, а також у відновленні життєвих сенсів. Для досягнення цього консультант проявляє відкритість і зацікавленість, також використовує методи конфронтації, різні вправи, а також зосереджує увагу на міжособистісних відносинах та подоланні невизначеності.

В рамках екзистенційного консультування В.Франклом розроблена психотерапевтична стратегія - логотерапія (від грец. *logos* - сенс і *therapeia* - догляд, турбота, лікування). У логотерапії головним завданням є допомога людині в пошуку власного сенсу життя, який неможливо просто перейняти від інших. Для цього був створений метод сократівського діалогу, в якому обговорюється особистий досвід, що стосується насамперед трьох сфер (творчість, переживання і усвідомлене ставлення до незалежних обставин), в яких може бути знайдений індивідуальний сенс життя.

Одна з важливих сфер, що може служити підтримкою у пошуку сенсу життя, є релігійна віра.

У межах логотерапії розроблені спеціальні методи подолання психологічних труднощів:

- метод парадоксальної інтенції (наміру), орієнтований на лікування фобій і нав'язливих станів;

- метод дерефлексії, призначений для лікування сексуальних неврозів.

Екзистенційне консультування не зосереджується на конкретних техніках, а цінує гнучкість та різноманітність підходів. Психолог - консультант діє ситуативно, в залежності від поведінки та проблем клієнта, для досягнення розуміння його особистості та щоденного екзистенційного досвіду.

Біхевіоризм (від англ. *behavior* - «поведінка») - один із напрямків психології, який інтерпретує поведінку людини та тварин як автоматичні

рефлекторні реакції на зовнішні стимули. Це був один із найбільших підходів у психологічній науці 20 століття.

Біхевіористична теорія - це спроба вивчити і пояснити людську поведінку. Теоретичним підґрунтям виступили вчення І. П. Павлова (1849-1971) і його дослідження функціонування півкуль головного мозку та Д. Уотсона (1878-1958) і його погляд на біхевіоризм як на об'єктивну експериментальну галузь природничих знань, в якій розглядається поведінка людей, набутість їх реакцій [71, с.38].

Основи біхевіоризму вперше сформулював Джон Вотсон, який також увів терміни «біхевіоризм», «стимул-реакція», «утворення навичок» та «інтеграція навички».

Через цю критику почали називати біхевіоризм «психологією без психіки», оскільки Джон Вотсон наполягав на усуненні суб'єктивних факторів із наукових психологічних досліджень, він вважав, що вони мали перевагу в підходах попередніх дослідників і заважали об'єктивному аналізу. На його думку, наукова психологія не повинна концентруватися на вивченні свідомості, як це робилося раніше, а має зосереджуватися на об'єктивних явищах.

Біхевіористичне консультування відрізняється тим, що основна увага приділяється поведінці клієнта, тоді як його почуття відходять на вторинний план. Завдання психолога-консультанта - корекція неефективної поведінки, навчання продуктивним реакціям, формуванню та досягненню конкретних цілей. Психолог використовує техніки підкріплення, тренування навичок, самоспостереження, планування, «тайм-аути», імітація, «занурення».

У рамках біхевіоральної парадигми, розвиненої Берресом Фредеріком Скіннером та Арнольдом Лазарусом, метою психологічного консультування є адаптація. Для цього необхідно змінити проблемну поведінку та навчити клієнтів ефективним реакціям, що зменшують дискомфорт. Біхевіорист-консультант працює з видимими симптомами, а не з прихованими проблемами, допомагаючи клієнтам формувати бажані моделі поведінки

Когнітивний підхід у психологічному консультуванні включає раціонально-емотивну психологію (когнітивно-поведінкову терапію) та соціально-когнітивну теорію.

Раціонально-емотивне консультування передбачає взаємодію почуттів, поведінки і когнітивного процесу. Фундаментальні людські цілі: виживання, свобода від болю, щастя. Схильність людей як до актуалізації самих себе, так і до перебування в ірраціональному стані, прагнення до свободи вибору (автор раціонально-емоційної поведінкової терапії американський психолог і когнітивний терапевт Альберт Елліс (1913-2007)) [71, с.43]

Щоб консультування було дієвим, необхідно зосереджуватися на конкретних аспектах поведінки, чітко визначати цілі та застосовувати методики, що відповідають потребам клієнта.

Метод консультації є сприяння більш змістовному й продуктивному життю клієнта, а також подолання ірраціонального мислення. Консультант вдається до філософських міркувань, звертається до думок клієнта, щоб допомогти йому розпізнати негативні почуття, навчити брати відповідальність за їх переживання і зміни. Відношення “консультант - клієнт” характеризується як “консультант - учитель”.

Основними методами і техніками консультативної роботи є навчання, аналіз емоцій, переконання, надання порад, логічне вимірювання та раціональність.

Результативність консультації обумовлений рівнем прийняття себе й оточуючих, а також сформованістю толерантності.

Соціально-когнітивна теорія - це психологічний підхід, який досліджує, як люди сприймають, інтерпретують і реагують на навколишнє середовище, враховуючи взаємозв'язок між когнітивними процесами, особистісними та соціальними чинниками.

Соціально-когнітивна теорія відображає визнання як впливу соціуму на думки і дії людей, так і значну роль когнітивних процесів у формуванні

мотивацій і емоцій, у здійсненні дій. Люди взаємно детермінують один одного і детермінуються навколишнім середовищем [71, с.42].

Автором теорії є канадський психолог українського походження Альберт Бандура (1925- 2021). Він розмежував конструктивне та деструктивне мислення і поведінку, а також обґрунтував ключові когнітивні концепції - самоефективності та саморегулювання.

Серед основних когнітивних здібностей виділено символізацію, передбачення, опосередкування, саморегуляцію, самоаналіз.

Головна мета цієї теорії - дослідити, як люди формують свої погляди, переконання та поведінку в контексті соціальної взаємодії.

Методи і техніки соціально-когнітивної теорії можуть охоплювати спостереження, експерименти, анкетування та опитування, аналіз когнітивних процесів, моделювання та контент-аналіз. Завдяки цим методам дослідники й практики підтримують більш глибоке розуміння того, як будуть взаємодіяти та впливати на поведінку людей соціальні і когнітивні чинники.

Розуміння теоретичних основ психологічного консультування в контексті різних концепцій, дозволяє консультантам вибрати оптимальний підхід відповідно до індивідуальних потреб клієнта, враховуючи його життєву вартість, тип мислення та поведінку. Однак, теоретичні знання мають практичність лише тоді, коли вони застосовуються у структурованому процесі консультування. Цей процес слідує послідовності етапів, які дозволяють встановити довірливий контакт, чітко сформулювати проблему та знайти ефективні шляхи її вирішення.

Більшість науковців у сфері психології дотримуються думки, що консультування повинно мати чітку внутрішню структуру та розгортатися поетапно. Етапи психологічного консультування - це наступні кроки, спрямовані на поступове досягнення проміжних і кінцевих цілей, визначених у ході взаємодії між психологом і клієнтом.

Кожен з етапів тісно пов'язаний між собою, а кожен наступний базується на попередньому. Хоча більшість консультацій мають подібну



початкову та завершальну структуру, особливості їхнього проведення залежать від індивідуальності клієнта та його проблеми. Одночасно, перехід між етапами, вибір методів і технік, а також тривалість процесу консультування будуть варіюватися.

Розглянемо класифікацію етапів психологічного консультування, запропоновану зарубіжними та вітчизняними психологами.

Американський психолог Ролло Мей, представник екзистенційно-гуманістичного підходу, розділив процес консультування на чотири етапи:

1) встановлення рапорту - консультант прагне створити атмосферу довіри та комфорту, використовуючи техніку віддзеркалення, яка включає повторення жестів або фраз клієнта. Це допомагає клієнту відчувати себе зрозумілим і відкритися;

2) психологічний аналіз характеру клієнта - консультант створює психологічний портрет клієнта, спостерігаючи за його манерами, звичками, тембром голосу та іншими поведінковими особливостями. Цей етап дозволяє отримати швидке уявлення про особистість клієнта.

3) розповідь і інтерпретація - консультант активно слухає розповідь клієнта, аналізуючи його події, почуття та переживання. Він інтерпретує отриману інформацію, допомагаючи клієнту краще зрозуміти себе та свої проблеми;

4) трансформація особистості - на завершальному етапі консультант допомагає клієнту впоратися з переживаннями та спрямовує його зусилля на досягнення поставлених цілей. Цей етап спрямований на сприяння особистісному зростанню та зміні. [71]

Також на чотири етапи поділяють процес психологічного консультування і сучасні науковці Хомич Г.О., Ткач Р.М. [71], а саме:

1) підготовчий етап: на цьому етапі відбувається перше знайомство, збір інформації про клієнта та встановлення контакту. Також на цьому етапі психолог з'ясовує очікування клієнта від консультування та укладає з ним контракт, де обговорюються умови та межі співпраці;

2) діагностичний етап: включає дві фази. На першій фазі клієнт розповідає про свою проблему, а консультант уважно слухає, проводить тестування та збирає інформацію. На другій фазі консультант і клієнт спільно формулюють запит, працюють з емоціями, визначають цілі та очікувані результати;

3) корекційний етап: на цьому етапі, залежно від обраного теоретичного підходу, психолог допомагає клієнту проаналізувати неконструктивні моделі поведінки, що призвели до труднощів. Також на цьому етапі відбувається вибір стратегії вирішення проблеми, розширення уявлень клієнта про себе та інших, а також допомога у погляді на проблему з іншої точки зору.

4) заключний етап включає підсумування результатів роботи, закріплює мотивацію клієнта до змін та обговорює питання щодо подальшої взаємодії.

Українська дослідниця С.В. Васьківська [8] запропонувала модель консультативного процесу, що складається з п'яти етапів:

1. Аналіз скарги клієнта: визначення джерела проблеми (внутрішнього чи зовнішнього); аналіз самооцінки клієнта та формування попереднього діагнозу; уточнення психологічного запиту; розкриття прихованих змістів скарги.

2. Аналіз ситуації: визначення обставин, що вплинули на проблему; визначення кола осіб, які потребують допомоги; прогнозування розвитку ситуації.

3. Аналіз проблем: висування гіпотез про проблеми клієнта; ідентифікація проблем (усвідомлених і неусвідомлених); висування гіпотез про причини проблем; додаткова діагностика за потреби; перевірка гіпотез, формування діагнозу; інтерпретація діагнозу клієнту; визначення меж компетенції психолога.

4.Формулювання завдання: формулювання мети консультування разом з клієнтом; аналіз можливостей вирішення; коригування мети для ефективного вирішення; направлення до інших фахівців за потреби.

5.Розв'язання завдання: розробка плану дій з клієнтом; вибір методів допомоги; підведення клієнта до самостійних рішень; оцінка результативності допомоги; спостереження за віддаленими наслідками.

Отже, можна дійти висновку, що етапи консультативного процесу, описані різними науковцями, мають багато спільного за змістом. Основна відмінність між ними виникає в кількості етапів, що пов'язано з деталізацією процесу психологічного консультування.

Загально ці етапи можна згрупувати в чотирьох ключових розділах: початок роботи, збір інформації, стратегічне планування та реалізація напрацьованого плану клієнта.

Ознайомлення з основними напрямками та теоріями психологічного консультування є ключовим для формування професійної компетентності психолога-консультанта. Це дозволяє йому вибрати оптимальний підхід відповідно до індивідуальних потреб клієнта, враховуючи його життєву вартість, тип мислення.

Кожна теорія пропонує унікальні методи та техніки, які сприяють вирішенню різних психологічних проблем. Завдяки знанню різних підходів консультант може адаптувати стратегії роботи, комбінувати методики та розробляти індивідуальні інтервенції.

Таким чином, обґрунтовані знання різних напрямів і теорії психологічного консультування не лише розширюють професійні ресурси консультанта, а й роблять його більш компетентним, гнучким і ефективним.

Процес психологічного консультування відбувається поетапно та включає чітку послідовність кроків: спочатку знайомство та встановлення довірливих взаємин (доповідь), далі - детальне обговорення проблеми, її аналіз та формулювання гіпотез щодо її причини. Наступним етапом є усвідомлення клієнтом суті проблеми та пошук можливих варіантів її

розв'язання. Завершується консультація оцінкою досягнутих результатів, підбиттям підсумків та завершенням контакту.

## **1.2. Поняття та специфіка психологічного консультування осіб з особливими освітніми потребами та їх сімей в умовах центрів комплексної реабілітації**

На сьогодні в Україні актуальне питання, що стосується дітей з особливими можливостями або дітей з особливими потребами. Ці терміни використовуються як альтернатива слову «інвалід», яке раніше було поширено в законодавстві та мас-медіа, але мало дещо негативне та принизливе значення.

Термін «діти з особливими освітніми потребами» відноситься до категорії осіб, життєдіяльність яких здійснюється за певних обмежень. Раніше для позначення фізичних або психічних порушень використовували термін «вада», проте нині прийнято вживати поняття «обмеження можливостей» (в англomовному середовищі - handicap (обмеження, перешкода))

Поняття «обмеження» розглядається під різними кутами та містить відображення в різних професійних сферах, що стосуються осіб із порушеннями розвитку. Воно має своє трактування в медичній галузі, соціології, соціальному праві, педагогіці та психології. Люди з обмеженими функціональними можливостями не всі є недієздатними до будь-якої діяльності. Крім того, порушення розвитку індивіда може бути набуто під час життя в наслідок впливу певних чинників (нещасний випадок, захворювання, тощо). Відповідно на протязі життя індивіда ці порушення можуть бути повністю усунені або зменшені у своєму прояві за допомогою медичних, психолого-педагогічних та соціальних чинників.

Британський педагог і дослідниця Мері Ворнок (Mary Warnock) вперше ввела поняття «особливі освітні потреби». В своєму звіті «Ворноків звіт» (Warnock Report), як очільниця спеціальної комісії в Великій Британії (1978р) визначила підхід до освіти дітей з різними видами порушень, включаючи фізичні, розумові, сенсорні та емоційно - поведінкові, що в

подальшому успішно використовувалось для впровадження різноманітних освітніх програм та реформ.

Проблемами осіб з ООП також займалися багато інших зарубіжних науковців того часу. Так, до прикладу, Лео Каннер (Leo Kanner) і Ганс Аспергер (Hans Asperger), внесли значний вклад для визначення спеціальних освітніх потреб дітей з аутизмом. Французький лікар Жан Ітар (Jean Itar), автор роботи Віктор з Аверону під назвою «Дика дитина», започаткував основи для розвитку спеціальної педагогіки.

Учень Жана Ітара, Едуард Сеген (Édouard Séguin), розробив методи навчання для дітей з інтелектуальними порушеннями. Згодом концепція «особливих освітніх потреб» була вдосконалена та впроваджена по всьому світу, в тому числі і в Україні, та успішно використовується для розробки інклюзивних освітніх програм і сьогодні.

В законодавстві України термін «особа з особливими освітніми потребами - особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту» (п. 20 ч.1 ст. 1 Закону України "Про освіту" від 05.09.2017 № 2145-VIII (далі - Закон)).

Також Законом визначені наступні терміни:

інклюзивне навчання - система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників;

інклюзивне освітнє середовище - сукупність умов, способів і засобів їх реалізації для спільного навчання, виховання та розвитку здобувачів освіти з урахуванням їхніх потреб та можливостей;

корекційно-розвиткові послуги (допомога) - комплексна система заходів супроводження особи з ООП у процесі навчання, спрямованих на корекцію порушень шляхом розвитку особистості, її пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та мовлення;

Постановою Кабінету Міністрів України від 21 липня 2021 № 765 визначено категорії (типи) особливих освітніх потреб (труднощів) здобувачів освіти (додаток 4 до Постанови): інтелектуальні, функціональні (сенсорні, моторні, мовленнєві), фізичні, навчальні соціоадаптаційні (особистісні, середовищні)/ соціокультурні. Для кожної такої категорії зазначено ступінь вияву - поодинокі незначні, труднощі легкого ступеня прояву, труднощі помірного ступеня прояву, труднощі тяжкого ступеня прояву, труднощі найтяжчого ступеня прояву (відповідно, перший, другий, третій, четвертий та п'ятий рівень підтримки).

Відповідно до законодавства до категорії осіб з ООП в Україні відносять дітей з порушеннями психофізичного розвитку та поділяють на такі категорії:

- з порушеннями слуху (глухі, оглухлі, зі зниженим слухом)
- з порушеннями зору (сліпі, осліплі, зі зниженим зором);
- з порушеннями інтелекту (розумово відсталі, із затримкою психічного розвитку);
- з мовленнєвими порушеннями;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- зі складною структурою порушень (розумово відсталі сліпі чи глухі; сліпоглухонімі та ін.);
- з емоційно-вольовими порушеннями та з аутизмом.

До основних недоліків розвитку, які притаманні для всіх категорій дітей із психофізичними особливостями, відносяться:

- сповільнене та обмежене сприйняття;
- недоліки розвитку загальної моторики;
- недоліки мовленнєвого розвитку;
- недоліки розвитку розумової діяльності;
- недостатня пізнавальна активність;
- обмеженість знань та уявлень про оточуючий світ;

- недоліки в розвитку особистості (невпевненість у собі, надмірна залежність від оточуючих, низький рівень спілкування, невміння керувати особистою поведінкою тощо).

Разом з тим, особи з особливостями психофізичного розвитку, мають гарантоване право на якісну освіту та отримання психолого-педагогічного супроводу.

Психолого-педагогічний супровід - комплексна система заходів з організації освітнього процесу та розвитку дитини, передбачених індивідуальною програмою розвитку (п.21<sup>2</sup> ст.1 Закону);

Психологічний супровід дітей з ООП - це діяльність практичного психолога, спрямована на формування системи психологічної підтримки, яка сприяє успішній адаптації кожної дитини в освітньому середовищі. При цьому враховуються індивідуальні особливості дитини та її належність до певної категорії осіб з ООП.

Комплексна робота психолога з супроводу дітей з ООП - це тривалий і динамічний процес, який включає взаємопов'язані етапи:

- системне відстеження динаміки психічного розвитку дитини;
- формування сприятливого соціально-психологічного середовища;
- регулярне надання психологічної допомоги дітям із порушеннями розвитку;
- психологічна підтримка батьків, які виховують дітей з ООП;
- організація життєдіяльності дітей у соціальному середовищі враховуючи їх обмежені можливості.

Відстеження психологічного стану дитини - це складний і багатогранний процес, який потребує тісної взаємодії всіх фахівців.

Сучасний підхід щодо психологічної допомоги особам з ООП базується, в тому числі і на створенні служби раннього втручання (від народження до 3-х років) та розглядає її як міждисциплінарну, сімейно-орієнтовану підтримку дітей раннього віку з порушеннями розвитку, а також дітей із групою біологічного та соціального ризику. Основна мета цієї



допомоги - підвищення якості життя родини та створення умов для підвищення якості їх життя.

У центрах комплексної реабілітації медичні заходи є основою реабілітаційного процесу та залишаються на всіх його етапах. Лікар кожного разу має ключову роль у команді фахівців, проте не менш значущими є й інші спеціалісти, зокрема психолог, відповідальний за процес психологічного супроводу, педагог-дефектолог, лікар-психіатр або лікар-невропатолог, соціальний працівник та експерт з раннього втручання.

Раннє виявлення потенціалу дитини з порушеннями розвитку дає можливість створити індивідуальну програму навчання, що значно додає їй шансів на подальшу успішну соціальну адаптацію та розвиток у дорослому процесі.

Концепція раннього втручання широко розвинена у світі та впроваджується в різних країнах світу [11]. Так, в США, Німеччині, Великобританії, Швеції ця концепція включає наступні етапи:

- діагностика проблеми;
- надання необхідної допомоги та підтримка дітей раннього віку та їх батьків;
- профілактика вторинних порушень та запобігання їхньому розвитку.

Незалежно від країни, система раннього втручання базується на ключових принципах:

добровільність і сімейно-центрований підхід;

міждисциплінарна співпраця фахівців (медиків, педагогів, психологів, соціальних працівників)

забезпечення доступності освітніх і соціальних послуг;

індивідуальна підтримка та створення адаптаційних програм для дитини.

В Україні система раннього втручання розвивається, орієнтуючись на європейські моделі. Важливим кроком стала інтеграція послуг раннього втручання в медичні та освітні заклади, створення спеціальних

реабілітаційних центрів, в тому числі за підтримки міжнародних та вітчизняних благодійних організацій.

Важливим є принцип взаємодії та партнерства з сім'єю, окремо для кожної дитини та її родини створюється «Індивідуальна програма допомоги», яка враховує індивідуальні потреби кожної родини.

Раннє втручання є багатокomпонентною системою міждисциплінарної допомоги, спрямованою на підтримку дітей раннього віку з порушеннями розвитку та їх сім'ї.

До основних напрямків раннього втручання належать:

1. Інформаційне забезпечення сім'ї. Сім'ї, які виховують дитину ООП, часто потребують якісної, достовірної інформації про особливості розвитку, можливості труднощі, шляхи корекції та доступні послуги. Інформаційне забезпечення включає:

- роз'яснення проблеми, проведення семінарів, вебінарів та зустрічей з експертами, які допомагають батькам краще зрозуміти процеси, що відбуваються з ними та їх дитиною.

- надання батькам ресурсів для самостійного вивчення проблеми (буклети, інформаційні портали, онлайн-курси тощо).

2. Консультативні послуги. Консультування сімей є елементом підтримки, оскільки батьки стикаються з багатьма питаннями, пов'язаними з вихованням і розвитком дитини. Консультативні послуги можуть включати:

- надання рекомендацій щодо виховання та навчання дітей із порушеннями розвитку;

- психологічну підтримку для батьків, що завдяки їм адаптуються до нових особливостей;

- розробку індивідуальних стратегій взаємодії з дитиною, враховуючи її особливості та потреби;

- консультування щодо методів корекційної роботи та вибору спеціалізованих навчальних закладів або програм.

3. Організаційна підтримка та соціальна інтеграція, може включати:

- допомогу у пошуку та залученні дитини до спеціалізованих освітніх і реабілітаційних програм;
- сприяння налагодженню комунікації між батьками дітей із подібними потребами шляхом створення груп самодопомоги, спільнот або батьківських клубів;
- посередництво між сім'ями та організаціями, що можуть надати допомогу;
- адаптацію життєвого простору дитини, включаючи рекомендації щодо побутових умов, вибору іграшок, спеціального обладнання тощо.

Раннє втручання є надзвичайно успішним для розвитку дитини, зокрема своєчасна допомога може значно підвищити її адаптаційні можливості та сприяти подальшій соціалізації. Комплексна підтримка, яка включає інформаційне забезпечення, консультування та організаційну допомогу, дозволяє сім'ям отримати необхідні знання та ресурси для ефективної взаємодії з дитиною, а також допомогти їй успішному розвитку та подальшій соціалізації дитини.

Психологічна підтримка є ключовим компонентом допомоги дітям з особливостями розвитку. Вона охоплює такі основні напрямки, як : підтримка самих дітей; підтримка батьків та інших членів сім'ї дитини; підтримка педагогів.

Основні форми консультативно-просвітницької роботи включають:

- проведення лекцій для педагогів і батьків;
- організація семінарів, включаючи психолого-педагогічні та практичні семінари;
- розробка інформаційних матеріалів для батьків і педагогів щодо актуальних питань, пов'язаних з дітьми з особливими потребами;
- надання рекомендацій педагогам щодо застосування індивідуального підходу в навчанні та вихованні дітей;
- проведення бесід з дітьми;

- організація індивідуальних і групових консультацій для батьків і педагогів.

Психологічне консультування є важливим інструментом підтримки не лише педагогів та батьків дітей з особливими потребами, але й самих дітей. Воно спрямоване на активацію внутрішніх ресурсів дитини, допомагаючи їй знаходити вихід зі складних ситуацій. При цьому акцент робиться не на обмеженнях, а на потенціалі дитини.

Психологічна підтримка батьків передбачає комплекс заходів, спрямованих на:

- зменшення емоційного стресу, пов'язаного з хворобою дитини;
- підвищення впевненості батьків у можливостях дитини;
- формування реалістичного ставлення до проблем дитини;
- підтримку здорових стосунків між батьками та дитиною, а також ефективних стилів виховання.

Цей процес є довготривалим і вимагає співпраці не лише психолога, а й інших фахівців, таких як дефектологи, лікарі та соціальні працівники.

Психологічна підтримка педагогів, які працюють з дітьми з особливими потребами, спрямована на формування їхньої психологічної готовності та запобігання емоційному вигоранню. Важливим аспектом є навчання педагогів методам релаксації та зняття стресу.

Для забезпечення поступального психокорекційного впливу робота психолога має проводитися поетапно.[23] На першому етапі створюється доброзичливий психологічний клімат, формується позитивна мотивація до занять, засвоюються правила участі в групі, впроваджуються групові традиції (зокрема, вітання і прощання), використовуються вправи для згуртування дітей і формування в них настанови на взаємопідтримку.

Другий етап є, власне, формувальним і найбільш тривалим. На цьому етапі відбувається реалізація зазначених напрямів психокорекційного впливу. Темпи просування визначаються зоною найближчого розвитку дітей. Заняття

мають організовуватись таким чином, щоб у кожної дитини щоразу було якесь досягнення і переживання успіху.

Третій етап - завершальний, робота спрямовується на розвиток в учнів самостійності в поведінці, навчальній діяльності, у взаємодії з іншими людьми на усвідомлення того, що вони вже не потребують постійної систематичної психологічної допомоги.

Таким чином, психологічне консультування осіб з особливими потребами базується на розумінні їх унікальних потреб, можливостей та викликів, з якими вони зіштовхуються.

При психологічному супроводі осіб з особливими потребами основні зусилля психолог-консультант направляє на консультування батьків та педагогів школи таких дітей. Але, разом з тим, не менш важливим є консультування і безпосередньо самих дітей, з урахуванням категорії (типу) особливих освітніх потреб (труднощів) здобувачів освіти.

Також, психолог - консультант в роботі з особами з особливими потребами дотримується етапів проведення консультування, які в по своїй суті не відрізняються від загальноприйнятих етапів психологічного консультування.

### **1.3. Психологічне консультування як метод корекції психоемоційного стану батьків дітей з ООП**

Дослідження у сфері психології та педагогіки свідчать про те, що виховання дітей з ООП впливає на психоемоційний стан їхніх батьків. Це пов'язано з численними викликами, які постають перед родиною, зокрема фізичними, емоційними, соціальними та фінансовими труднощами.

В ХХІ столітті науковці все більше приділяють увагу дослідженню впливу народження та виховання дитини з особливими потребами на життя та функціонування її сім'ї. Водночас вивчається і зворотний зв'язок - як

особливості родини впливають на розвиток дитини та формування її майбутньої адаптації.

Так, А. Душка вважає, що перебування в сім'ї особливої дитини зумовлює у батьків виникнення комплексу негативних реакцій і переживань, таких емоційних станів, що можна характеризувати як кризові, з притаманними для них: емоційною пригніченістю, депресивними тенденціями, ситуативною та особистісною тривожністю. Наслідками цих станів є: екзистенційна криза, когнітивна дезорієнтація батьків, прихована аутодеструкція батьків, криза їхньої самоідентифікації, втрата життєвих перспектив, дисгармонійні стосунки у родині, «втеча» батьків у роботу або самозречення як наслідок надцінного ставлення до дитини, соціальна ізоляція. Визначено, що інтегративний характер психоемоційних станів зумовлює їхню важливу роль у плані спрямованості, активності та послідовності в діях щодо допомоги власній дитині; їхню власну батьківську позицію, а також спроможність повноцінно реалізовувати себе в родині й суспільстві.[12]

Швейцарська психіатриня Елізабет Кюблер-Росс ще в 1969 році в своїй книзі «Про смерть і вмирання», яка присвячена процесу проживання горя, глибокого стресу та адаптації до незворотних змін у житті особистості, детально описано емоційні стани, які переживає людина, коли стикається з важким діагнозом - своїм або близьких, або ж дізнається про втрату близької людини.

Елізабет Кюблер-Росс виділила п'ять етапів емоційного реагування на важкі життєві обставини, зокрема отримання невтішного діагнозу чи усвідомлення непоправної втрати. Вона вважала, що ці стадії є природними захисними механізмами, які допомагають людям поступово адаптуватися до нової реальності.

Заперечення - «Цього не може бути». Людина відмовляється прийняти реальність, її пам'ять може давати збої, а реакції на події здаються неадекватними.

Гнів - «Чому це сталося саме зі мною? За що?». На цьому етапі роздратування може спрямовуватися на лікарів, які повідомили діагноз, педагогів, що звернули увагу на особливості розвитку дитини, або навіть на інших батьків, які зробили зауваження.

Торг - «Має бути спосіб це змінити». Людина намагається знайти вихід, шукає можливість відтермінувати неминуче, укладаючи внутрішні угоди або даючи обіцянки, які дозволяють ще трохи залишитися у звичному способі життя.

Депресія - «Все втратило сенс». Усвідомлення того, що ситуація незворотна, може викликати глибоке відчуття безнадії. Батьки, наприклад, можуть відчувати біль через невідповідність дитини їхнім очікуванням, сумніви у власних силах та безпорадність у питаннях виховання й розвитку.

Прийняття - «Треба жити далі». На цьому етапі людина не лише адаптується до нових обставин, а й починає підтримувати інших, хто зіткнувся з подібними труднощами, надихаючи їх власним прикладом.

Кюблер-Росс наголошувала, що ці стадії є природним механізмом психологічного захисту, який допомагає поступово прийняти важку реальність і знайти сили для подальшого життя.

Народження в сім'ї дитини з обмеженими можливостями стає для батьків травмуючою подією та каталізатором, який запускає весь спектр переживань описаних вище. І в цій ситуації психологу важливо вчасно надати допомогу таким батькам, щоб якомога швидше та без ускладнень пройти всі стадії від заперечення до прийняття. Адже здоровий психоемоційний стан батьків буде сприяти ефективній реабілітації дитини з ООП.

Аналогічний висновок на підставі досліджень зарубіжних вчених в своїй дисертації «Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків» зробив Андрейко Б.В., де також зазначив, що емоційні переживання батьків після народження дитини з

особливими потребами проходять процес адаптації через закономірні етапи зміни емоційних станів [2].

Першою реакцією на усвідомлення складної ситуації стає шок - надзвичайно важкий стан, який можна тривати тривалий час. Протест, прагнучі віднайти стабільність, людина сумнівається: можливо, все не так критично, діагноз може бути помилковим, потрібно провести додаткові перевірки. Це означає, що почався новий етап - заперечення, коли батьки сподіваються на одужання дитини або на помилку лікарів. У цей період вони часто звертаються до різних спеціалістів, зокрема до нетрадиційних методів лікування.

Психологи відзначають, що цей етап супроводжується почуттями провини, гніву та сором. Виснажливий пошук способів зцілення, постійний нагляд за дитиною, відмова від власних потреб та інтересів поступово призводять до емоційного виснаження та ізоляції. Як наслідок, батьки можуть зіткнутися з депресією - глибоким почуттям пригніченості, яке є завершальним у низці емоційних етапів, що свідчать про неприйняття нової реальності. У такій ситуації створюються несприятливі умови для розвитку дитини, однак усвідомлення втрати батьківських очікувань та мрій може бути причиною сильних емоційних потрясінь.

Сім'я, що виховує хвору дитину, зіштовхується з труднощами, яких не знають інші родини. Шок від отриманого діагнозу та нагальна потреба швидко зібрати інформацію для ухвалення важливих рішень, постійний витривалий нагляд і безперервна опіка, які супроводжуються несподіваними кризами, значними фінансовими витратами, подружніми конфліктами, що загострюються через фізичне та душевне виснаження, тривога за майбутнє дітей - це лише частина викликів, з якими щодня стикаються такі батьки. Все це призводить до негативних стресових реакцій на організм батьків.

Теорія стресу вперше була запропонована видатним канадським ендокринологом австро-угорського походження, лікарем, основоположником вчення про стрес Гансом Сельє. Науковець виявив універсальну,



неспецифічну реакцію організму на зовнішні чинники, які вимагають адаптації, зокрема й патологічні. Спочатку він назвав цю реакцію «загальним адаптаційним синдромом», а згодом - «стресом».[40]

Вчений виділив три основні стадії стресу:

Стадія тривоги - виникає при першому контакті зі стресовим фактором.

Стадія резистентності - настає за умови тривалого впливу стресора, коли організм активує захисні механізми.

Стадія виснаження - характеризується виснаженням адаптаційних ресурсів і порушенням регуляції захисних реакцій.

Стрес є природною реакцією організму на складні життєві обставини, але тривалий або надмірний стрес може спричинити розвиток депресії. Це відбувається, коли ресурси адаптації виснажуються, а людина не знаходить ефективних способів подолання труднощів.

Тривале перебування у стані стресу виснажує нейромедіатори (серотонін, дофамін, норадреналін), що відповідають за емоційну рівновагу та мотивацію. Внаслідок цього виникає відчуття спустошеності, безнадії, зниження інтересу до життя.

На рівні фізіологічних змін в організмі людини постійний стрес підвищує рівень кортизолу (гормону стресу), що негативно впливає на мозок, зокрема на гіпокамп (відповідальний за емоційну регуляцію).

Це може призводити до порушення пам'яті, проблем зі сном, тривожності та депресивних симптомів. При довготривалому стресовому стані відбувається емоційне виснаження, і як наслідок - вигорання, апатія, втрата мотивації.

Особливо це характерно для батьків дітей з ООП, людей у стані тривалих фінансових або сімейних труднощів. Негативні думки та почуття безвиході, постійний стрес змушує людину переживати тривогу та сум, що поступово формує негативне мислення. Людина втрачає здатність бачити перспективи та можливості змін, що є одним із ключових факторів депресії.

Стрес змушує людину віддалятися від друзів і родичів, зменшується коло підтримки, що призводить до соціальної ізоляції. Самотність та відсутність емоційного ресурсу підсилюють депресивний стан.

Проблема тривожності широко досліджується як зарубіжними, так і вітчизняними науковцями та займає важливе місце в сучасній психологічній науці. У західній психології її вивчали такі вчені, як А.Адлер, К.Ізард, Р.Мей, Г. Салліван, Ч. Спілбергер, Д. Тейлор, Б. Філіпс, З. Фройд, Х.Хекхаузен та інші. В Україні цю тему активно розробляють такі науковці, як В. М. Крайнюк, Н.І. Пов'якель, І. Т. Стрілецька, О. О. Халік, Н.Ф. Шевченко.

Також, проблему стресу та тривожності у батьків дітей з ООП досліджували такі науковці:

Алла Руденок та Ганна Рудик у своїй статті "Тривожність та її прояви у батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни" аналізують емоційний стан батьків дітей з ООП під час кризових ситуацій, зокрема війни [63].

У статті Кучма Т.В "Особливості пролонгованого стресу в сім'ях з дітьми з особливими потребами" проаналізовано проблему розвитку тривалого стресу в таких сім'ях. [29]. Її дослідження підтвердило існування проблеми пролонгованого стресу в сім'ях, які виховують дітей з особливими потребами. Вона зазначила, що низька адаптивність до стресу може призвести до психічного виснаження батьків, сімейних конфліктів і навіть жорстокого ставлення до дітей. Також, наголошується на важливості подальшого дослідження пролонгованого стресу у батьків дітей з різними категоріями особливих потреб, а також на необхідності пошуку ефективних шляхів формування копінг-ресурсів для кожного члена сім'ї.

Ці дослідження підкреслюють важливість вивчення та підтримки психічного здоров'я батьків дітей з ООП, оскільки їхній емоційний стан безпосередньо впливає на розвиток та благополуччя дітей.

Розглянемо фізичні, психологічні та соціальні наслідки, до яких може призвести тривале перебування у стані хронічного стресу сімей, що виховують дітей з ООП. Ось основні з них:

#### 1. Фізичні наслідки:

- хронічна втома та виснаження - постійне напруження призводить до зниження енергії та сил;
- порушення сну - безсоння або неглибокий сон через постійні переживання;
- соматичні захворювання - зростає ризик серцево-судинних хвороб, гіпертонії, шлунково-кишкових розладів;
- ослаблення імунітету - організм слабшає, частішають застуди та інші інфекційні захворювання;
- гормональні порушення - постійний стрес може викликати дисбаланс гормонів, що впливає на загальне самопочуття.

#### 2. Психологічні наслідки:

- депресія та тривожні розлади - постійне переживання через стан дитини може спричинити емоційне вигорання;
- почуття провини та самозвинувачення - батьки можуть вважати себе відповідальними за стан дитини, що посилює стрес;
- зниження самооцінки - виникає відчуття неспроможності впоратися з ситуацією;
- розлади когнітивних функцій - погіршується концентрація уваги, пам'ять, здатність приймати рішення.

#### 3. Соціальні наслідки:

- конфлікти у сім'ї - емоційна напруга часто призводить до сварок між батьками та іншими членами родини;
- соціальна ізоляція - батьки можуть зменшити коло спілкування через страх осуду або нестачу часу;
- проблеми у професійній діяльності - висока напруга та втома можуть призводити до зниження працездатності або навіть втрати роботи.

#### 4. Вплив на дитину:

- емоційний стан батьків відображається на дитині - якщо батьки у хронічному стресі, це може негативно позначатися на психологічному стані дитини.

- зменшення емоційної підтримки - через виснаження батькам може бути важко емоційно підтримувати дитину.

- гіперопіка або емоційна відстороненість - деякі батьки починають надмірно контролювати дитину, інші, навпаки, дистанціюються через власну втому.

Отже, тривалий стрес і тривожність батьків дітей з ООП можуть негативно впливати на їхнє фізичне, психологічне та соціальне благополуччя, викликати депресію. Це також може позначатися на емоційному стані дитини. Тому важливо вчасно надавати психологічну та соціальну підтримку, щоб покращити якість життя всієї родини.

На думку науковців [11], психологічне консультування родин відіграє ключову роль у впровадженні інклюзивної освіти, особливо для сімей, які виховують дітей з особливими потребами. Деякі батьки сприймають спільне навчання досить чутливо, переймаючись його впливом на дітей та можливими конфліктами. Важливо допомагати родинам вирішувати соціальні питання, надавати вичерпну інформацію про переваги інклюзивної освіти та залучати їх до співпраці. Завдяки цьому поступово вибудовуються довірливі стосунки з батьками, що зміцнює їхню віру в успіх інклюзивного навчання.

Для кращого розуміння батьками труднощів у вихованні дитини та побудові взаємовідносин із нею, а також для пошуку ефективних рішень цих проблем, доцільно застосовувати як індивідуальні, так і групові консультації.

У вітчизняній психології консультування розглядається як форма психологічної підтримки людей, які опинилися у складній життєвій ситуації.

Його основною метою є допомога у подоланні труднощів у міжособистісних стосунках, корекція уявлень, переконань, ставлення та поведінки людини.

Психологічне консультування батьків спрямоване на їхню підтримку та допомогу у вирішенні труднощів, пов'язаних із вихованням дитини.

Основні завдання консультування:

Вислухати батьків - це не лише дає змогу консультанту краще зрозуміти проблему, а й допомагає встановити довірливі стосунки, що підвищує ефективність роботи.

Розширити уявлення батьків про себе, свою дитину та ситуацію - це сприяє формуванню нових підходів до проблеми та альтернативних моделей поведінки.

Підвищити усвідомлення відповідальності - батьки мають зрозуміти, що вони самі впливають на сімейні відносини, і бути готовими до змін.

Особливе значення має консультування батьків дітей з психофізичними порушеннями, адже це допомагає їм переглянути ставлення до дитини та її майбутнього, сприяє конструктивному подоланню сімейної кризи, що триває з моменту усвідомлення серйозності проблем у розвитку дитини.

Кожна сім'я по-своєму реагує на кризу, пов'язану з народженням або вихованням дитини з особливими потребами. Виділяють кілька основних моделей поведінки:

Перебільшення проблеми та роль жертви - батьки відчують безпорадність, покладають надії лише на зовнішні чинники (медицину, чудо), уникаючи активних дій. В таких випадках консультанту важливо допомогти сформуванню відповідальної життєвої позиції, віру у власні сили.

Ігнорування проблеми - страх перед реальністю змушує батьків заперечувати тяжкість ситуації, уникаючи пошуку рішень. Допомога консультанта полягає в усвідомленні реальності ситуації через поступове опрацювання страхів.

Волюнтаризм - надмірна активність, повна самопожертва заради дитини, виснаження без емоційної теплоти. Потрібно навчити батьків турбуватися про власні потреби, терпінню та емоційного балансу.

Демонстративна позиція - батьки вимагають співчуття, соціальних пільг, маніпулюючи оточенням. Пробудження реального інтересу до ролі батьків, залучення до батьківських груп сприяє покращенню ситуації.

Реалістичний підхід - батьки визнають проблему, гнучко адаптуються до нових умов, зберігають віру в себе. Психологу під час консультування потрібно зосередитися на підтримці адаптаційних ресурсів та розвитку професійної реалізації батьків в нових умовах.

Слід зазначити, що навіть періодичні консультації з психологом можуть значно зменшити емоційне напруження та знизити потребу у візитах до лікарів. Психологічне консультування виконує дві важливі функції: емоційну підтримку (співпереживання, зворотний зв'язок) та корекційну роботу (навчання новим моделям поведінки, планування змін у сімейному житті).

Психолог-консультант своїй роботі з сім'ями, які виховують дитину з ООП використовує комплексний підхід для корекції психоемоційного стану батьків, комбінуючи методи когнітивної, емоційної, тілесної та групової терапії. Головна мета - допомогти батькам краще усвідомлювати та контролювати свої емоції, знижувати рівень стресу, формувати ефективні стратегії адаптації та підтримувати ресурсний стан.

Психологічна підтримка батьків не лише покращує їхній емоційний стан, а й позитивно впливає на розвиток та благополуччя дитини з ООП.

## **Висновки до першого розділу**

Здійснено теоретико-аналітичний огляд наукової літератури щодо основних понять психологічного консультування. Визначено, що

психологічне консультування прийнято розглядати як одну з трьох можливих спеціалізацій психолога-практика, поруч із діагностикою та корекцією.

Доведено, що психологи - консультанти визначають мету консультації, методи і техніки надання консультативних послуг в контексті різних наукових напрямів (теорій), а саме: психодинамічного, гуманістичного, біхевіористичного (поведінкового), когнітивного, екзистенційного. Різні теорії надають різні ракурси на проблеми клієнта, що допомагає консультанту отримати більш повне розуміння ситуації та розробити більш комплексний план дій для досягнення більш ефективних позитивних змін.

Етапи консультативного процесу, які описують різні науковці схожі між собою, вони подібні за своїм змістом, а відмінність в кількості етапів полягає лише в деталізації їх змісту. Їх можна поділити на такі розділи: початок роботи, збір інформації, стратегічний етап та етап реалізації напрацьованого плану клієнтом.

У ході дослідження здійснено аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових праць, а також нормативно-правових актів, що регламентують статус осіб з ООП. Визначено ключові поняття, проведено класифікацію цих осіб залежно від характеру порушень. Термін «діти з особливими освітніми потребами» відноситься до осіб, чия життєдіяльність відбувається в умовах певних обмежень та потребує спеціальної підтримки. Окрему увагу приділено особливостям діяльності центрів комплексної реабілітації, їхній структурі та основним напрямкам супроводу осіб з ООП та їх батьків.

Психологічне консультування осіб з ООП та їх сімей є важливою складовою послуг з реабілітації. Центри комплексної реабілітації надають мультидисциплінарну допомогу, де психологічне консультування відіграє успішну роль у формуванні позитивного ставлення до власних можливостей, подоланні бар'єрів у спілкуванні та навчанні, а також у підтримці родини в процесі реабілітації. Психологічний супровід складається з таких напрямів:

- психологічна підтримка батьків та інших родичів дитини;
- психологічна підтримка вчителів, які працюють із такими дітьми;

-психологічна підтримка самих дітей.

На підставі наукових досліджень фахівців визначено, що концепція раннього втручання є ключовим фактором у формуванні сприятливих умов для подальшої реабілітації та соціалізації осіб з ООП. Її впровадження сприяє мінімізації наслідків порушень розвитку, покращенню адаптації та інтеграції в суспільство, що підтверджує її важливість у сучасній системі підтримки осіб з ООП.

В останні десятиліття значна увага науковців та велика кількість наукових праць були присвячені дослідженню впливу народження та виховання дитини з ООП на функціонування сім'ї, а також взаємозв'язку між характеристиками сім'ї та розвитком дитини в майбутньому.

На думку багатьох дослідників, у більшості випадків, допомога батькам обмежується консультаціями з питань навчання та виховання дитини, але при цьому випускається з поля зору дуже серйозний аспект - емоційний стан самих батьків. Для того щоб допомогти їм, важливо зрозуміти, що відбувається з людиною, коли її дитині встановлюють діагноз, як це загалом впливає на життя. Адже неможливо допомогти дитині не допомагаючи її сім'ї.

Дослідження підтверджують, що батьки дітей з ООП зазнають значних негативних психоемоційних наслідків після встановлення діагнозу дитини. Вони проходять через п'ять стадій переживання горя - від заперечення до прийняття, що супроводжується високим рівнем стресу, тривожності та, у деяких випадках, розвитком депресії. З огляду на це, важливим завданням психолога-консультанта є супровід батьків, щоб допомогти їм уникнути хронічного стресу та його негативних наслідків.

Аналізуючи сучасні наукові дослідження, ми виявили, що питанню діагностики та подальшої корекції психоемоційного стану батьків, чиї діти отримують допомогу в центрах комплексної реабілітації, приділяється недостатньо уваги.



Основною метою даного дослідження є визначення рівня негативних психоемоційних станів у батьків дітей з ООП, а також факторів, що впливають на їхню емоційну адаптацію. Ми припускаємо, що своєчасна психологічна підтримка сприяє зниженню рівня тривожності, запобіганню розвитку стресу, депресії та їх довготривалих наслідків, що, у свою чергу, позитивно впливає на сімейну систему загалом.

У ході аналізу існуючих досліджень було визначено ключові критерії для оцінки психоемоційного стану батьків, серед яких: стрес, тривожність, депресія.

Одним із важливих завдань дослідження є порівняльний аналіз рівня емоційних переживань у батьків, які виховують дітей з ООП, та батьків дітей без особливих потреб. Крім того, окрему увагу буде приділено аналізу впливу віку та статі батьків на їхній психоемоційний стан.

Отримані результати дозволять не лише визначити загальні тенденції, а й розробити цілеспрямовані програми психологічної підтримки для конкретних груп батьків, що сприятиме збереженню їхнього психічного благополуччя та покращенню якості життя сімей, які виховують дітей з ООП.

## **РОЗДІЛ 2**

### **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ООП**

#### **2.1. Аналіз існуючих програм і методів роботи з особами з ООП та їх батьками в Комунальній установі Білоцерківської міської ради «Білоцерківський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Шанс» (далі- Установа)**

Ефективна реабілітація осіб з ООП неможлива без комплексного підходу, який включає як безпосередню роботу з такими особами, так і системну підтримку їхніх батьків. У цьому контексті важливу роль відіграють спеціалізовані установи, що надають послуги реабілітації, корекції та соціальної адаптації.

Установа є одним із таких закладів, що забезпечує всебічну підтримку дітей та дорослих з інвалідністю, а також їхніх сімей. Діяльність центру спрямована на соціальну інтеграцію осіб з ООП, розвиток їхніх адаптаційних можливостей та покращення якості життя.

У цьому розділі буде здійснено аналіз існуючих програм та методів роботи з особами з ООП і їхніми батьками, що застосовуються в Установі. Розглядатиметься нормативна база, структура установи та основні напрями її діяльності відповідно до положення про заклад.

Комунальна установа Білоцерківської міської ради «Білоцерківський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Шанс» - реабілітаційна установа, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку осіб з інвалідністю, які досягли повноліття, та/або дітей з інвалідністю, та/або дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, засвоєння ними

знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу.

Засновником комунальної Установи є Білоцерківська міська рада Київської області.

Установа забезпечує:

- виконання норм і положень, визначених Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю, Законами України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю України», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» та іншими актами законодавства щодо забезпечення прав Осіб на реабілітацію(абілітацію) з метою їхньої подальшої інтеграції у суспільстві;

- створення умов для зменшення та подолання фізичних, психічних, інтелектуальних і сенсорних порушень, запобігання таким порушенням, коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок;

- створення умов для запобігання та недопущення дискримінації Осіб, зокрема шляхом забезпечення розумного пристосування;

- проведення комплексу заходів з ранньої, соціальної, психологічної, фізичної, медичної, психолого-педагогічної реабілітації, фізкультурно-спортивної і трудової реабілітації відповідно до потреб особи. Реабілітаційні заходи проводяться виключно на підставі індивідуальних планів реабілітації Осіб, складених, зокрема, з метою реалізації індивідуальних програм реабілітації, із залученням до участі в цьому процесі Осіб і (за потреби) їхніх батьків або законних представників;

- розвиток навичок автономного проживання Осіб в суспільстві з необхідною підтримкою, формування стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав, інтересів і позитивного сприйняття себе та оточуючих;

- підготовку батьків або законних представників Осіб до продовження (в разі потреби) реабілітаційних заходів поза межами Установи;

- оперативне коригування (за потреби) індивідуальних програм реабілітації Осіб в частині зміни обсягів, строків і черговості проведення реабілітаційних заходів;

- співпрацю з вітчизняними та закордонними реабілітаційними, освітніми, медичними, науковими підприємствами, установами, організаціями та громадськими об'єднаннями.

Реабілітаційний процес може спрямовуватися на:

формування та розвиток в Особи основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо), пристосування побутових умов до їхніх потреб, соціально-побутове влаштування та обслуговування, педагогічну корекцію з метою вироблення та підтримання навичок самостійного (автономного) проживання, стереотипів безпечної поведінки;

опанування навичок захисту своїх прав та інтересів, самоаналізу і позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення самостійного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою денного догляду;

надання Особі своєчасної та ефективної корекційної, соціальної, психологічної допомоги та організацію реабілітаційного процесу відповідно до особливостей її психофізичного розвитку.

Розклад, черговість і тривалість індивідуальних і групових занять визначаються мультидисциплінарною комісією, зазвичай вона становить 4 рази в рік по 2 тижні.

Відповідно до п.1 ст.18 Закону України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я” № 1053-IX від 03 грудня 2020 року «мультидисциплінарна реабілітаційна команда - це організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об’єднані спільними метою та завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періода»

Мультидисциплінарна комісія в центрах комплексної реабілітації з ООП є ключовим органом, що забезпечує комплексний підхід до оцінювання, розробки та реалізації індивідуальних програм реабілітації. Вона об'єднує фахівців різних напрямів, які спільно аналізують потреби осіб з ООП, визначають їхні сильні та слабкі сторони, розробляють індивідуальні стратегії супроводу та відстежують динаміку розвитку.

До складу мультидисциплінарної комісії в Установі входять:

Лікар (невролог) - проводить медичний огляд, аналізує стан здоров'я, дає рекомендації щодо фізичної та медикаментозної підтримки.

Психолог - здійснює психодіагностику, оцінює емоційний стан, рівень тривожності та стресу, допомагає адаптуватися до навчального та соціального середовища.

Логопед, дефектолог - визначають особливості мовленнєвого розвитку, рівень когнітивних навичок, пропонують корекційні заходи.

Соціальний працівник - оцінює соціальні умови проживання, сприяє соціальній інтеграції та підтримці сім'ї.

Фізичний терапевт, ерготерапевт - аналізують рухові можливості, рекомендують заходи з фізичної реабілітації та розвитку навичок самообслуговування.

Основними завданнями комісії є:

1. Комплексна оцінка стану дитини чи дорослого з ООП - аналіз когнітивних, емоційних, соціальних і фізичних особливостей.
2. Розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР) - визначення напрямків супроводу відповідно до потреб та можливостей особи.
3. Моніторинг ефективності реабілітаційних заходів - оцінка прогресу та внесення змін у програму за необхідності.
4. Координація міждисциплінарної взаємодії - узгодження дій різних спеціалістів для досягнення найкращих результатів.
5. Надання рекомендацій батькам та педагогам - інформування щодо методів підтримки, адаптації та розвитку дитини.

Завдяки комплексному аналізу стану особи з ООП та міждисциплінарній співпраці, комісія забезпечує індивідуалізований, системний підхід до реабілітації. Це підвищує ефективність втручання, сприяє соціалізації, покращенню якості життя та створює умови для максимальної самостійності осіб з ООП у майбутньому.

Психолог відіграє ключову роль у процесі реабілітації осіб з ООП, забезпечуючи їхню емоційну, когнітивну та соціальну підтримку. Його діяльність спрямована на адаптацію людини до змін у житті, подолання стресу, розвиток комунікативних навичок та формування позитивної мотивації до навчання, лікування й самостійного функціонування.

Окремим напрямом роботи є психологічний супровід батьків, які часто перебувають у стані емоційного виснаження, тривожності чи депресії. Психолог допомагає їм прийняти діагноз дитини, розвинути навички конструктивної взаємодії та подолати психологічні бар'єри, що можуть заважати процесу реабілітації.

Також важливим завданням психолога є індивідуальна та групова робота з дітьми та дорослими, що включає психодіагностику, корекційно-розвиткові заняття, тренінги з розвитку емоційного інтелекту та соціальної адаптації. Він співпрацює з іншими фахівцями (логопедами, дефектологами, соціальними педагогами, лікарями), забезпечуючи комплексний підхід до реабілітації.

Практичний психолог відповідно до своїх функціональних обов'язків здійснює наступні напрями діяльності в рамках Установи:

- проводить заняття за призначенням реабілітаційної комісії відповідно затвердженого графіку, вносить дані результатів курсу реабілітації в індивідуальну картку клієнта.
- забезпечує своєчасне і систематичне вивчення психічного розвитку особистості, мотивів її діяльності і поведінки, сприяє забезпеченню повноцінному психічному розвитку осіб.

- надає необхідну допомогу, інформацію з питань, які входять до її компетентності педколективу, адміністрації, батькам, усім учасникам реабілітаційного процесу.

- проводить діагностику, планує, розробляє корекційно-розвиткові програми з урахуванням статевих, вікових та інших особливостей.

- проводить тренінгові заняття з працівниками Установи, батьками.

Під час проведення емпіричного дослідження нами було проведено спостереження за роботою психолога Установи, а саме за проведенням занять для двох груп дітей з особливими освітніми потребами (по 7 дітей в групі) тривалістю два тижні для кожної групи. Робота психолога включала діагностичні та корекційні заняття з 14 дітьми різної вікової категорії (від 3 до 11 років) та різними діагнозами (аутизм, дитячий церебральний параліч (далі-ДЦП), затримка психічного розвитку (далі-ЗПР) та інші порушення роботи головного мозку).

Також, за супервізією психолога було проведено діагностику та корекцію з дітьми з ООП у вигляді індивідуальних занять.

З метою окреслення напрямків роботи із психологічної корекції та соціальної адаптації за допомогою необхідного інструментарію проведено обстеження з дітей з ООП:

- емоційно-вольової сфери (поведінка, особливості контакту, зацікавленість у співпраці з дорослим, усталений емоційний фон, вольові зусилля, графічне зображення емоцій, діяльність);

- когнітивної сфери (сприйняття, мислення, уява, пам'ять, увага, загальна обізнаність).

За результатами обстеження проведено корекційні заняття, зведені дані наведено в таблиці 2.1.1

Таблиця 2.1.1

## Результати обстеження дітей з ООП

| Дані дитини<br>(стать, вік,<br>діагноз)         | Висновки діагностики                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Рекомендації щодо<br>корекції                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Корекційні вправи                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                               | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Хлопчик, 3 роки 11 місяців, ДЦП                 | Емоційно-вольова сфера: поведінка адекватна, поводить себе спокійно та врівноважено, вступає в контакт з дорослим, реагує на запитання, психо-емоційна сфера відповідає нормі, проявляє емоції радості, проактивність - низька. Когнітивна сфера в стадії розвитку, процеси: уваги, пам'яті та мислення знаходяться на помірному рівні (нижче середнього): сприйняття ускладнене, мислення та пам'ять на низькому рівні | Створення атмосфери довіри та затишку; виконання завдань за інструкціями; стимулювання розвитку пізнання навколишнього світу, розвиток кольорового сприйняття, уваги та мовлення); розвиток графомоторних навичок (робота над зміцненням м'язів кисті рук, розвитком дрібної моторики, координації, орієнтуванням на площині) | Ігри, вправи, дидактичні матеріали для покращення концентрації уваги; книжки, карточки, ігри направлені на розвиток пізнавальної сфери; вправи направлені на розвиток дрібної моторики рук (пірамідки, сортери, кубики, м'які тактильні книжки та інше), елементи мовного дихання (вата, мильні бульбашки)                                                                 |
| Хлопчик, 11 років, гідроцефалія головного мозку | Емоційно-вольова сфера: поведінка адекватна, приємна та ввічлива дитина, вступає в контакт з дорослим, реагує на запитання та надає відповіді, емоційний фон переважно позитивний, але відчувуються моменти напруженості та скритої агресії. Когнітивна сфера: увага, пам'ять доволі на високому рівні, разом з тим просторове мислення на низькому рівні, виконання простих просторових завдань викликає складнощі.    | Створення атмосфери спокою та відкритості; застосування методів релаксації, зняття напруження та агресії; розвиток зорового сприйняття, логічних операцій.                                                                                                                                                                    | Ігри та вправи направлені на розвиток зорового та просторового сприйняття, логічного мислення; Вправи на зняття напруги та тривоги (арт терапевтична вправа «Намалюй метелика», розслаблюючі вправи з кінетичним піском, крупотерапія) Вправи на зняття агресії (дихальна гра «Видихнути хмару», глинотерапія (пластилінотерапія, тістотерапія) : вправа «Злобна фігурка». |



| 1                        | 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3                                                                                                                                              | 4                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Хлопчик, 5 років, аутизм | Емоційно-вольова сфера: поведінка адекватна, вступає в контакт з дорослим, реагує на запитання та надає відповіді, емоційний фон більш позитивний, бувають деякі перепади настрою. Когнітивна сфера: сприйняття ускладнене, мислення та пам'ять на низькому рівні | Розвивати: слухове сприйняття; пам'ять та стійкість увагу; мислення; мовлення через розвиток сенсомоторики; стимулювати бажання до спілкування | Ігри, вправи на корекцію стійкості уваги (дидактичний матеріал, книжки, карточки); Вправи на розвиток мислення (виконання за певною інструкцією); Арт-терапія з пізнавальним контекстом (використання пластиліну, квасолі, розфарбовок). Дихальні вправи. |

Після занять проведено короткі бесіди з батьками дітей з ООП. Визначено певну залежність між психоемоційним станом батьків, їх обізнаністю щодо процесів, які відбуваються з їх дітьми, та успіхами і поведінкою дітей при проведенні занять з психологом.

Зрозуміло, що народження і виховання дитини з ООП зумовлює у батьків виникнення комплексу негативних реакцій і переживань, що характеризуються депресивними тенденціями, ситуативною та особистісною тривожністю, стресовими реакціями. Які в свою чергу призводять до таких станів: екзистенційна криза, когнітивна дезорієнтація батьків, криза їхньої самоідентифікації, втрата життєвих перспектив, дисгармонійні стосунки у родині, втеча в роботу або самозречення як наслідок надцінного ставлення до дитини, соціальна ізоляція. Тому нами прийнято рішення провести емпіричне дослідження психічного здоров'я батьків дітей з ООП.

## 2.2. Методологія та організація дослідження

Експериментальна психологія є одним із найважливіших напрямів психологічної науки, що базується на об'єктивному вивченні психічних

явищ через наукові дослідження. Вона дозволяє не лише описувати психологічні процеси, а й аналізувати причинно-наслідкові зв'язки між ними, розробляти ефективні методи діагностики та корекції психоемоційного стану людини.

У трактуванні предмета експериментальної психології існують різні підходи. На думку дослідників експериментальна психологія - це:

- 1) уся наукова психологія як система знань, отриманих на основі експериментального вивчення поведінки людини і тварин (В. Вундт, С. Стівенсон, П. Фресс, Ж. Піаже та ін.)
- 2) це система експериментальних методів, методик за допомогою яких проводяться конкретні дослідження (М. Метлін та ін.);
- 3) дисципліна, що зосереджується на проблемах методів психологічного дослідження загалом;
- 4) теорія психологічного експерименту, яка базується на загально-науковій теорії експерименту, що включає планування та обробку даних (Дж. МакГиган, Дж. Гласс, Дж. Стенлі та ін.) [33].

Одним із основних підходів у цьому напрямі є емпіричне дослідження, яке ґрунтується на зборі та аналізі фактичних даних, отриманих у процесі спостережень, тестувань, експериментів та анкетувань. Використання валідних і надійних психодіагностичних методів забезпечує об'єктивність результатів, що є важливим для встановлення закономірностей у психологічній сфері.

Методологія та організація дослідження визначають його наукову обґрунтованість, репрезентативність вибірки та достовірність отриманих результатів. Важливими етапами є формування вибірки, вибір методів дослідження, збір і аналіз емпіричних даних. Ретельне дотримання цих принципів дозволяє отримати результати, що мають практичне значення та можуть бути використані для розробки ефективних програм психологічної підтримки.

Метою даного дослідження є виявлення та аналіз психоемоційного стану батьків дітей з ООП, а також встановлення можливого впливу таких факторів, як вік та стать на його показники. Окремо досліджуються відмінності між психоемоційними характеристиками батьків дітей з ООП та батьків дітей без особливих потреб.

Для досягнення цієї мети поставлено такі завдання:

1. Дослідити рівень стресу, тривожності та депресії у батьків дітей з ООП.

2. Визначити вплив вікових та гендерних особливостей на психоемоційний стан батьків.

3. Провести порівняльний аналіз психоемоційних характеристик між батьками дітей з ООП та батьками дітей без особливих потреб.

4. Узагальнити отримані результати та сформулювати рекомендації щодо психологічної підтримки батьків, які виховують дітей з ООП.

Для проведення емпіричного дослідження використовувалися психодіагностичні методики у вигляді стандартизованих тестів. Опитування проводилося за допомогою онлайн-формату Google Forms, що забезпечило доступність для респондентів.

Для оцінки психоемоційного стану застосовувалися такі психодіагностичні методи:

1. Опитувальник DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) - шкала, що дозволяє оцінити рівень депресії, тривожності та стресу у досліджуваних.

2. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна - методика, яка дозволяє визначити рівень ситуативної та особистісної тривожності.

3. Шкала тривоги Бека - стандартизований тест для оцінки вираженості тривожних симптомів.

Ці методики дозволяють комплексно оцінити емоційний стан батьків та виявити можливі відмінності у показниках залежно від наявності в сім'ї

дитини з ООП, а також від вікових та гендерних характеристик респондентів.

У дослідженні взяли участь 60 осіб, які були розподілені на дві групи:

Експериментальна група - 30 осіб, що є батьками (опікунами, бабусями, дідусями) дітей з ООП, які проходять реабілітацію в Комунальній установі Білоцерківської міської ради «Білоцерківський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Шанс».

Контрольна група - 30 осіб, які не мають у родині дітей з ООП.

Важливим критерієм формування вибірки було забезпечення подібності експериментальної та контрольної груп за віковими та гендерними характеристиками.

Вік досліджуваних варіюється від 25 до 65 років, що дозволяє оцінити вплив вікових особливостей на психоемоційний стан респондентів.

Учасники були поділені на три вікові групи:

25-40 років - молодші батьки, які часто стикаються з труднощами прийняття діагнозу дитини та адаптацією до нових обставин.

41-55 років - середній віковий діапазон, де батьки вже мають певний досвід виховання дитини з ООП.

56-65 років - старші батьки, які можуть відчувати виражену втому та емоційне вигорання.

Також було враховано гендерний фактор, оскільки попередні дослідження свідчать, що матері частіше за батьків переживають високий рівень тривожності та депресії у зв'язку з доглядом за дитиною з ООП.

На першому етапі дослідження учасники ознайомлювалися з інструкцією, яка містила мету дослідження, умови участі та гарантії конфіденційності. Далі проводилося безпосереднє тестування, за результатами якого здійснювався статистичний аналіз отриманих даних.

Отримані результати дозволять встановити характерні відмінності між двома групами батьків, визначити фактори ризику розвитку

психоемоційних розладів та сформувані рекомендації щодо ефективної психологічної підтримки.

Методичний інструментарій дослідження:

1. Опитувальник DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales, українська версія) - це стандартизований психодіагностичний метод, призначений для оцінки рівнів депресії, тривоги та стресу у респондентів. Він є ефективним засобом скринінгу психічного здоров'я та використовується для виявлення негативних емоційних станів як у клінічній, так і в загальній популяції [34].

DASS-21 включений до «Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги», затвердженого наказом МОЗ України від 19.07.2024 №1265.

Опитувальник складається з трьох шкал, кожна з яких оцінює окремий аспект емоційного благополуччя:

Шкала депресії - визначає рівень пригніченості, втрати інтересу до життя, низької самооцінки та почуття безнадії.

Шкала тривоги - оцінює фізіологічні та емоційні прояви тривожного стану, включаючи соматичне збудження та страх.

Шкала стресу - дозволяє виявити рівень напруги, роздратованості, емоційної нестабільності та труднощів із розслабленням.

Кожна з трьох шкал DASS містить 7 пунктів (коротка форма), тобто 21 запитання (перелік питань та ключ наведено в додатку А).

Респондентів просять за 4-бальною шкалою (0- ніколи, 1-іноді, 2- часто, 3 - майже завжди) до вираженості /частоти оцінити, якою мірою вони відчували кожен стан протягом останнього тижня. Бали за кожною шкалою підсумовуються, що дозволяє отримати загальні показники рівня депресії, тривожності та стресу (таблиця 2.2.1)



Таблиця 2.2.1

**Стандарти тесту DASS-21 для визначення рівнів депресії, тривоги та стресу (у балах).**

| Рівень показника | Депресія | Тривога | Стрес |
|------------------|----------|---------|-------|
| Нормальний       | 0-4      | 0-3     | 0-7   |
| Легкий           | 5-6      | 4-5     | 8-9   |
| Помірний         | 7-10     | 6-7     | 10-12 |
| Важкий           | 11-13    | 8-9     | 13-16 |
| Дуже важкий      | >14      | >10     | >17   |

Характеристика ключових психоемоційних станів:

1. Депресія - це афективний розлад, що супроводжується стійким зниженням настрою, втратою мотивації, ангедонією (нездатністю отримувати задоволення) та почуттям безнадії.

Основні симптоми:

- постійна пригніченість, сум, відчуття спустошеності;
- зниження інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення;
- втома, втрата енергії, проблеми зі сном або, навпаки, надмірна сонливість;
- самоприпинення, почуття провини, думки про власну нікчемність;
- сповільненість рухів та мислення або, навпаки, тривожне збудження;

Депресія може мати клінічну (глибоку) або легку (пригнічений настрій без патологічних змін) форму.

2. Тривога - це емоційний стан, що супроводжується почуттям невизначеності, страху та напруженості. Вона може бути адаптивною (корисною для виживання) або патологічною (коли її інтенсивність і тривалість перевищують норму).

Симптоми тривожності:

- постійне занепокоєння, надмірна обережність;
- відчуття загрози навіть за відсутності реальної небезпеки;
- фізіологічні реакції: серцебиття, підвищене потовиділення, запаморочення, м'язова напруга;
- стан внутрішнього напруження, страху, передчуття невдачі.

Тривога може бути ситуативною (викликана конкретною подією) або хронічною (проявлятися незалежно від зовнішніх факторів).

3. Стрес - це психофізіологічна реакція організму на складні або загрозливі ситуації. Він може бути короточасним (гострий стрес) або довготривалим (хронічний стрес), що виснажує нервову систему.

Основні прояви стресу:

- відчуття перенапруження, роздратованість, неможливість розслабитися;
- проблеми з концентрацією, підвищена реактивність на зовнішні подразники;
- м'язова напруга, головний біль, порушення сну;
- дратівливість, нетерплячість, емоційна нестабільність.

Хронічний стрес може призводити до синдрому емоційного вигорання, проблем із серцево-судинною системою та психосоматичних захворювань.

Важливість використання DASS-21 у психологічних дослідженнях

Опитувальник DASS-21 є ефективним інструментом для скринінгу психоемоційного стану та дозволяє виявити ризики розвитку депресії, тривожних розладів і стресових станів. Він широко застосовується у клінічній практиці, психологічному консультуванні, а також у наукових дослідженнях, спрямованих на аналіз психічного здоров'я різних соціальних груп.

DASS-21 є валідним, надійним та зручним інструментом, який дозволяє оперативно оцінити психоемоційний стан респондента. Його використання в дослідженнях дає можливість отримати об'єктивні дані для



розробки ефективних програм психологічної підтримки та профілактики психічних розладів.

2. Опитувальник оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності) (додаток Б).

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним [15]

Опитувальник Спілбергера-Ханіна, також відомий як Шкала реактивної та особистісної тривожності (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), є широко використовуваним інструментом для оцінки рівнів тривожності як тимчасового стану (реактивна тривожність), так і стійкої особистісної риси (особистісна тривожність). Ця методика була розроблена Чарльзом Д. Спілбергером у 1966 році та адаптована Ю.Л. Ханіним для російськомовного населення.

Реактивна тривожність (Стан): Ця шкала оцінює тимчасовий емоційний стан, який виникає у відповідь на конкретну ситуацію та характеризується відчуттями напруженості, занепокоєння і нервозності.

Особистісна тривожність (Риса): Ця шкала вимірює стійку схильність індивіда сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі, що призводить до частих станів тривоги.

Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення виразності тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де  $\Sigma 1$  - сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$  - сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де  $\Sigma 1$  - сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$  - сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів - низький рівень тривожності;

31-45 балів - помірний рівень тривожності;

вище 45 балів - високий рівень тривожності.

Зіставлення результатів обох підшкал дозволяє визначити рівень індивідуальної значущості стресової ситуації для респондента та оцінити його реакцію на неї.

Для осіб із високим рівнем тривожності важливо формувати відчуття впевненості та успіху. Замість зосередження на зовнішньому тиску, суворих вимогах і надмірній відповідальності, доцільно спрямовувати їхню увагу на осмислення завдань, чітке планування та розподіл дій на конкретні етапи.

Навпаки, особам із низьким рівнем тривожності слід активізувати мотивацію, стимулювати їхню зацікавленість і почуття відповідальності, а також підвищувати рівень залученості у процес вирішення завдань.

Стан реактивної (ситуативної) тривоги проявляється при впливі стресового чинника і супроводжується емоційним дискомфортом, напруженістю, занепокоєнням та вегетативним збудженням. Він є динамічним, тобто змінюється залежно від ситуації та її сприйняття. Підсумковий показник за цими підшкалами дозволяє не лише оцінити рівень

актуальної тривоги, але й визначити, чи перебуває людина під впливом стресу та наскільки сильний цей вплив.

3. Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) - це стандартизований клінічний інструмент, призначений для вимірювання рівня тривожності у пацієнтів. Вона була розроблена американським психотерапевтом Аароном Т. Беком, автором також відомої Шкали депресії Бека.

Аарон Т. Бек та ін. (1988) об'єднав три окремі анкети тривоги з 86 оригінальними пунктами, щоб вивести BAI : контрольний список тривоги , контрольний список довідників лікаря та контрольний список ситуаційної тривоги [81]. Запитання, які використовуються в цьому вимірюванні, стосуються загальних симптомів тривоги , які суб'єкт мав протягом останнього тижня (Додаток В).

Стандартизовані межі:

0-21 бал - низький рівень тривожності

22-35 балів - помірний рівень тривожності

36-63 бали - високий рівень тривожності

Хоча можна вважати, що тривога має кілька компонентів, включаючи когнітивні, соматичні, афективні та поведінкові компоненти, Бек включив лише два компоненти в початкову пропозицію Шкали: когнітивний і соматичний. Когнітивна субшкала визначає міру думок страху та порушення когнітивного функціонування, а соматична субшкала вимірює симптоми фізіологічного збудження. Так як 15 із 21 пункту вимірюють фізіологічні симптоми, то можливо, когнітивні, афективні та поведінкові компоненти тривоги зменшуються. Таким чином, Шкала функціонує більш адекватно при тривожних розладах з високим соматичним компонентом, таких як панічний розлад . З іншого боку, Шкала не буде належним чином функціонувати для таких розладів, як соціальна фобія чи obsесивно-компульсивний розлад , які мають сильніший когнітивний або поведінковий компонент.

Для оцінки рівня депресії, тривожності та стресу у батьків нами буде використано психодіагностичні методи, включаючи опитувальник DASS-21, шкалу тривоги Бека та опитувальник Спілбергера-Ханіна. Аналіз отриманих результатів дозволить не лише ідентифікувати рівень психоемоційного навантаження у батьків дітей з ООП, а й порівняти його з показниками контрольної групи - батьків, які не мають дітей з особливими потребами.

У наступному підрозділі буде проведено детальний аналіз отриманих даних, виявлено основні проблеми, з якими стикаються батьки дітей з ООП та здійснено порівняльний аналіз з показниками контрольної групи, а також встановлено залежність рівня негативних психічних станів від статі та віку.

### **2.3. Аналіз та інтерпретація результатів: виявлені проблеми та потреби батьків осіб з ООП**

Дослідження психологічного стану батьків дітей з ООП є важливим аспектом у розумінні їхніх емоційних труднощів, рівня стресу та механізмів адаптації. Виховання дитини з ООП супроводжується численними викликами, серед яких підвищена емоційна напруга, психологічне виснаження, соціальна ізоляція та невизначеність майбутнього. У таких умовах психоемоційний стан батьків відіграє ключову роль у забезпеченні якісного догляду, розвитку та реабілітації дитини.

За допомогою порівняльного аналізу було з'ясовано, відмінності між психологічними чинниками, що впливають на психоемоційні відносини між батьками та дітьми з ООП, в залежності від статі, віку наявності в сім'ї особливої дитини.

Згідно результатів описової статистики, показники опитувальника DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) свідчать, що загальний рівень депресії, тривоги та стресу значно вищий в групі №1.

Так у батьків дітей з ООП депресивні стани зустрічаються у 93% випадків, причому 33% мають важкий рівень депресії, а 13% - дуже важкий. У контрольній групі депресивні прояви суттєво нижчі: 57% мають нормальний стан, а важкі форми депресії спостерігаються лише у 6% учасників.

В експериментальній групі 53% респондентів мають важкий або дуже важкий рівень стресу, тоді як у контрольній групі цей показник складає лише 6%. Лише 14% батьків дітей з ООП перебувають у нормальному психологічному стані, тоді як у контрольній групі цей показник становить 47%. (рис.2.3.1.)

Разом з тим, у обох групах привалює негативний стан тривоги. За даними таблиці, спостерігається значне підвищення рівнів депресії, стресу та тривожності у батьків дітей з ООП порівняно з контрольною групою.

Так, в експериментальній групі 43% респондентів мають важкий або дуже важкий рівень тривоги, тоді як у контрольній групі цей показник вдвічі нижчий (20%). Слід зазначити, що у нормальному психологічному стані не перебуває жоден з батьків дітей з ООП, тоді як у контрольній групі цей показник становить 34%. (рис.2.3.1.)

Так як показник негативного рівня тривоги у двох груп був занадто високий, то було вирішено перевірити результат за допомогою інших методик визначення рівня тривоги: опитувальника оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д.Спілберга-Ю.Л.Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності та шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), що використовується для вимірювання тяжкості тривоги.

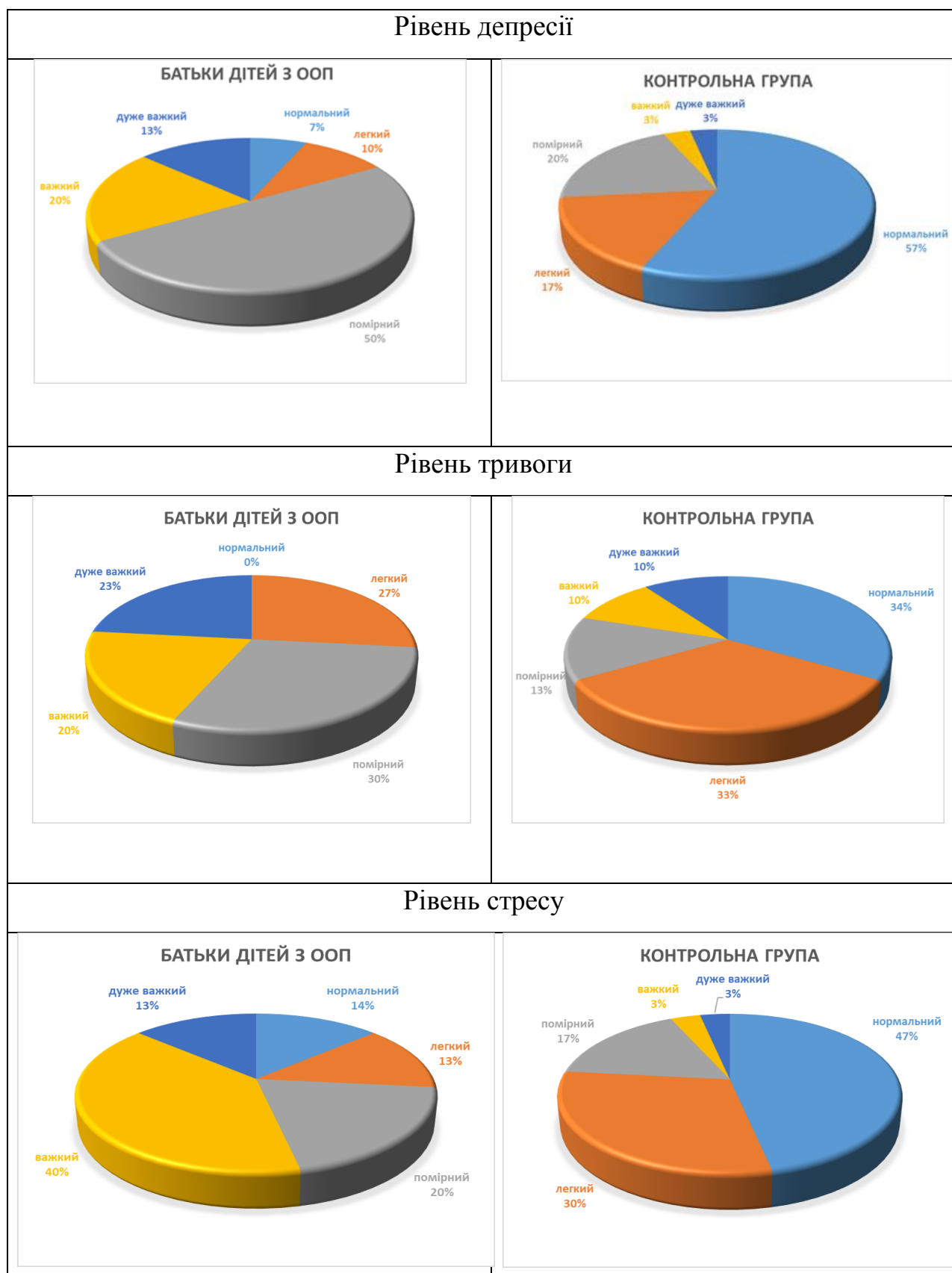


Рис.2.3.1.Відмінності показників рівня депресії, тривоги та стресу батьків здорових дітей та дітей з ООП за даними опитувальника DASS-21

Дослідженням встановлено, що за всіма трьома шкалами ( DASS-21, Спілбергера-Ханіна (реактивної та особистісної), Бека) рівень тривожності у батьків дітей з ООП значно вищий, ніж у контрольній групі (рис.2.3.2-2.3.4).

Як видно з діаграм, незважаючи на те, що в інтерпретації результатів передбачено такий показник, як низький рівень тривожності (0-30 балів), рівень реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності жодної з груп не відповідає мінімальному рівню. Проте високий рівень тривожності групи №1 значно перевищує показник контрольної групи.

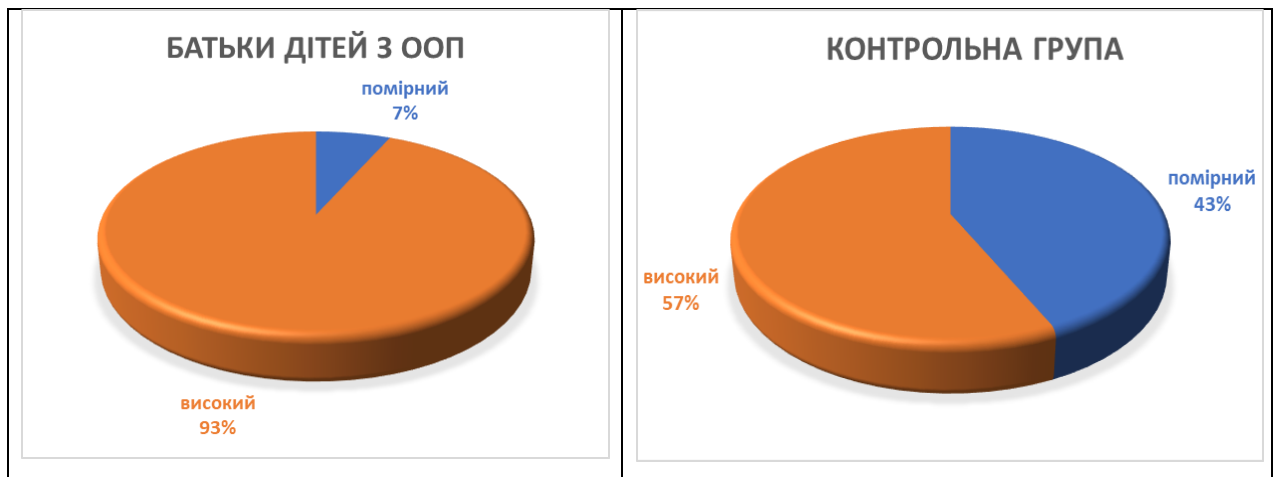


Рис.2.3.2.Відмінності показників рівня тривожності батьків здорових дітей та дітей з ООП за даними опитувальника оцінки рівня реактивної (ситуативної) тривожності Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна

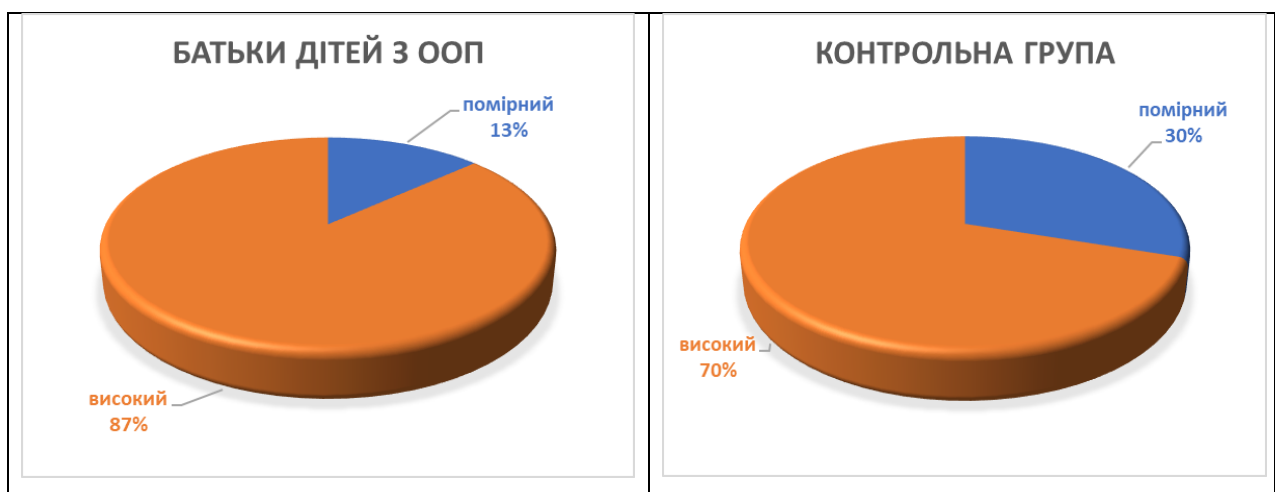


Рис.2.3.3 Відмінності показників рівня тривожності батьків здорових дітей та дітей з ООП за даними опитувальника оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна

Метод діагностики за шкалою Бека підтвердив попередні результати. Хоча в контрольній групі 60% респондентів мають низький рівень тривоги, разом з тим 40 % - з високим та середнім рівнем. Рівень тривоги батьків дітей з ООП має ще більш негативні показники: високий рівень-47 %, що в 4,7 рази більше ніж у контрольної групи (рис.2.3.4.).

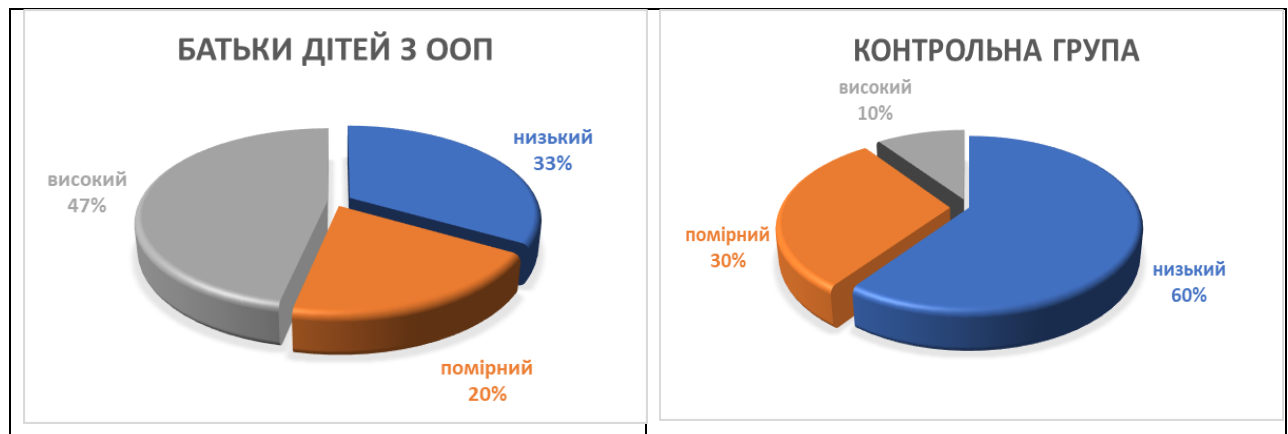


Рис.2.3.4.Відмінності показників рівня тривожності батьків здорових дітей та дітей з ООП за даними Шкали тривоги Бека ( BAI)

Якщо розглядати результати дослідження психічний станів особистості двох груп в розрізі статі, то результати демонструють вищі рівні тривожності та депресії серед жінок порівняно з чоловіками як у контрольній, так і в експериментальній групах.

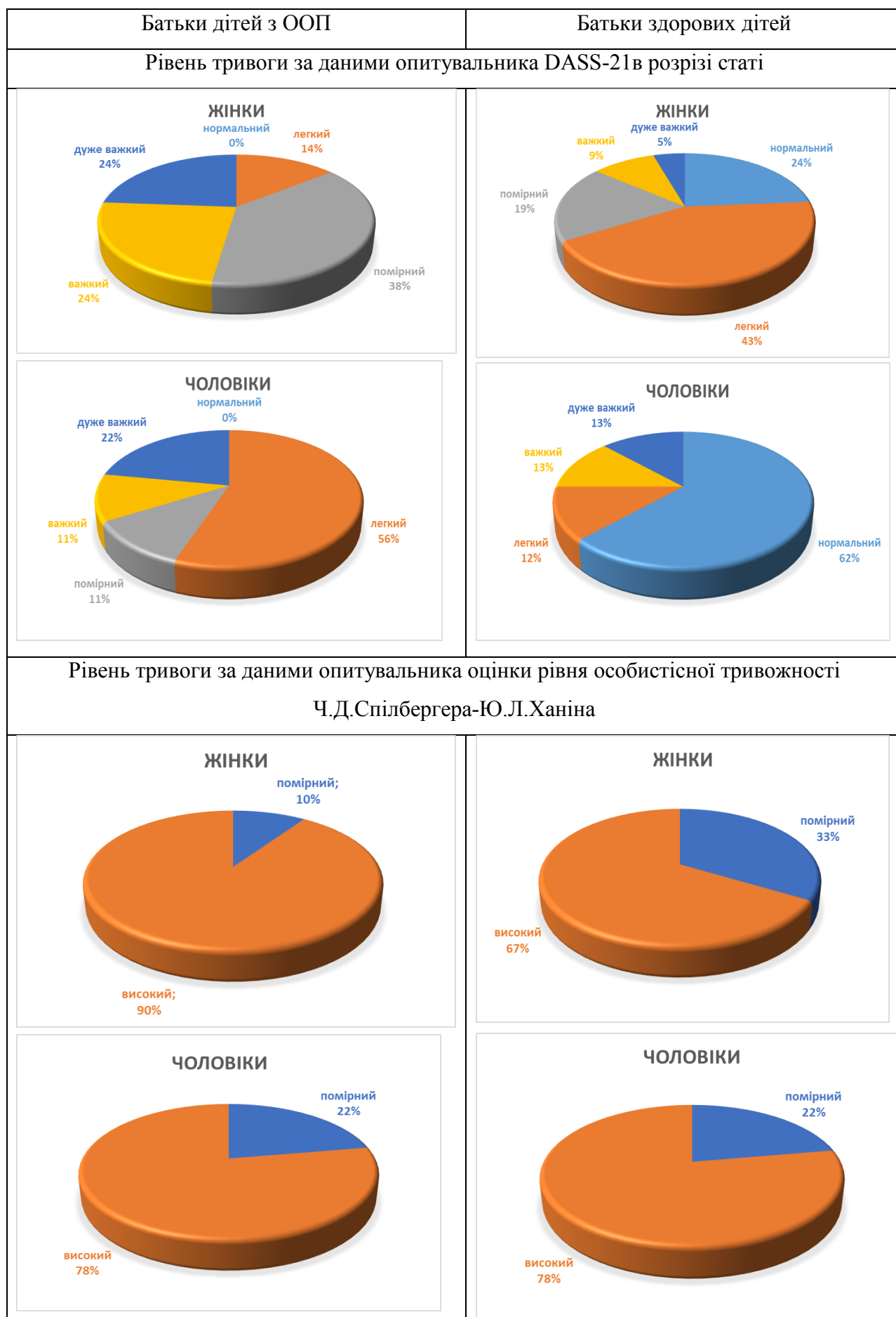
Серед жінок батьків дітей з ООП 90% мають високий рівень тривожності, тоді як у контрольній групі цей показник становить 67%.

Серед чоловіків високий рівень тривожності в експериментальній групі становить 78%, що також значно вище, ніж у контрольній групі (33%).

Депресія частіше спостерігається серед жінок батьків дітей з ООП (38% у помірній формі, 24% - важка форма), у той час як серед чоловіків депресія у важкій формі спостерігається рідше (11%).

Таким чином, жінки більш схильні до психологічного виснаження, стресу та депресивних проявів, особливо у групі батьків дітей з ООП (рис.2.3.5).





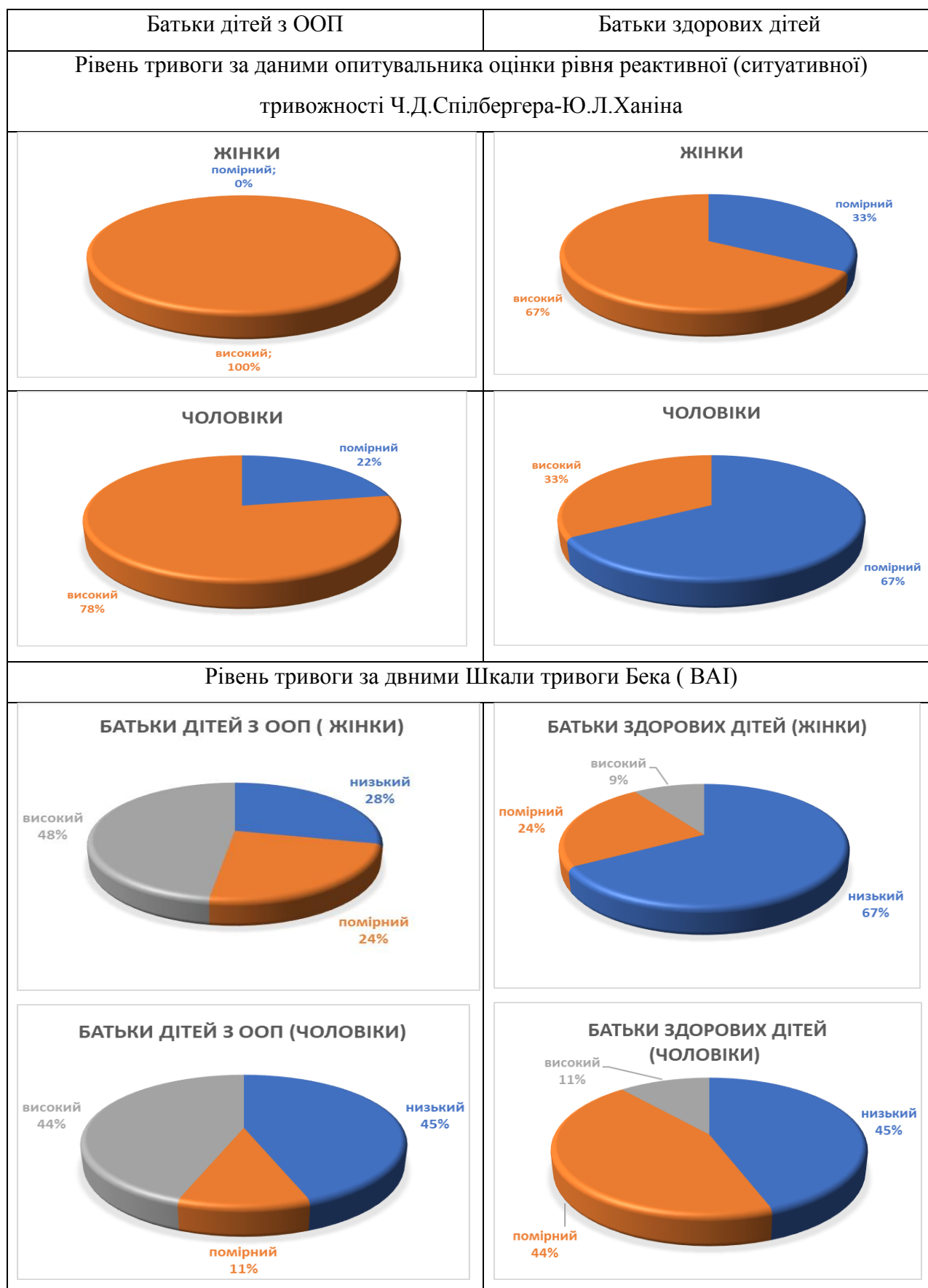


Рис.2.3.5.Відмінності показників рівня тривоги батьків здорових дітей та дітей з ООП за даними різних опитувальників в розрізі статі.

В розрізі вікових категорій встановлено, що рівень стресу, тривожності та депресії залежить від віку респондентів (рис.2.3.6-2.3.8).

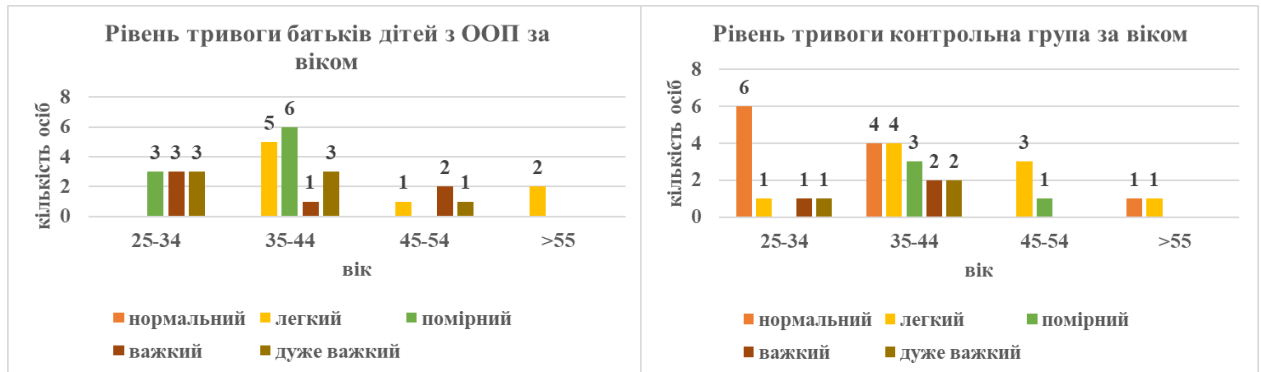


Рис.2.3.6. Відмінності показників рівня тривоги батьків здорових дітей та дітей з ООП за даними опитувальника DASS-21

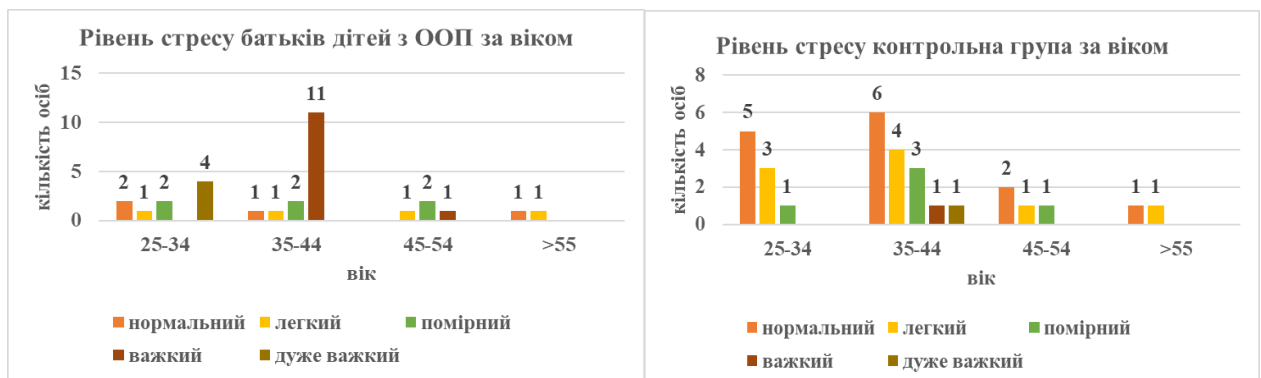


Рис.2.3.7. Відмінності показників рівня стресу батьків здорових дітей та дітей з ООП за даними опитувальника DASS-21

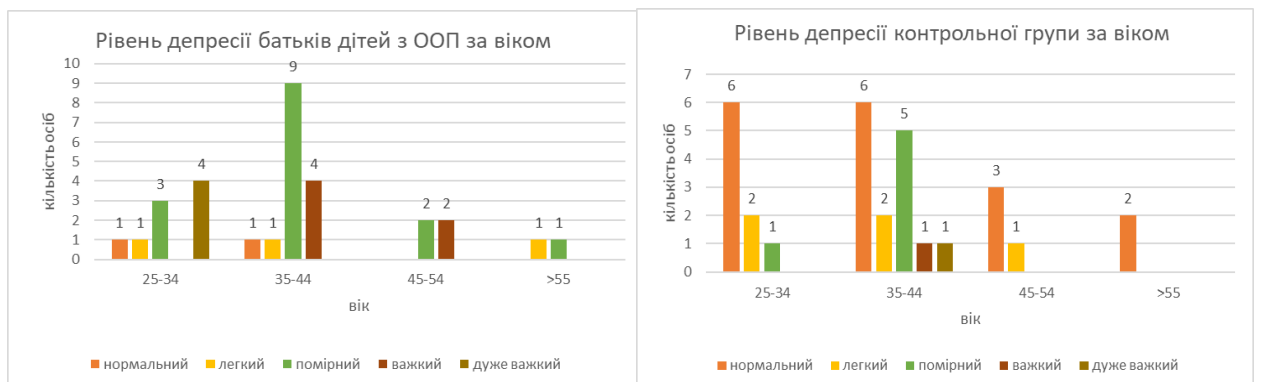


Рис.2.3.8. Відмінності показників рівня депресії батьків здорових дітей та дітей з ООП за даними опитувальника DASS-21

Молодші батьки (25-34 роки) в обох групах мають найнижчий рівень депресії, але у батьків дітей з ООП цей показник значно вищий: лише 11%

батьків дітей з ООП мають нормальний стан, тоді як у контрольній групі - 67%,

44% батьків дітей з ООП мають дуже важкий рівень депресії, тоді як у контрольній групі таких випадків немає.

У віковій групі 35-44 роки рівень депресії значно вищий у батьків дітей з ООП: 60% мають помірний рівень депресії, 26% - важкий, тоді як у контрольній групі більшість респондентів (40%) мають нормальний стан.

У категорії 45-54 роки депресія у батьків дітей з ООП різко зростає - 50% мають важкий рівень депресії, тоді як у контрольній групі депресивні прояви відсутні.

У найстаршій віковій категорії (55+ років) депресія серед батьків дітей з

ООП залишається на високому рівні (50% мають легкі депресивні прояви), тоді як у контрольній групі 100% респондентів мають нормальний стан.

Отже, депресивні прояви суттєво вищі у батьків дітей з ООП, особливо у віці 35-54 років, що може бути пов'язано з накопиченням стресу, хронічною втомою та відсутністю підтримки.

Результати аналізу рівня стресу показали, що молодші батьки (25-34 роки) дітей з ООП демонструють високий рівень стресу (45% - дуже важкий рівень), тоді як у контрольній групі більшість (56%) мають нормальний рівень.

У категорії 35-44 роки рівень стресу різко зростає у батьків дітей з ООП - 73% мають важкий рівень, тоді як у контрольній групі лише 13%.

У віці 45-54 роки 25% батьків дітей з ООП мають високий рівень стресу, тоді як у контрольній групі цей показник взагалі відсутній.

Що стосується показника рівня тривожності (опитувальник DASS 21), то у молодших батьків (25-34 роки) дітей з ООП він значно вищий, ніж у контрольній групі. Лише 33% контрольної групи мають підвищену тривожність, тоді як у батьків дітей з ООП 100% респондентів демонструють помірний, важкий або дуже важкий рівень.

Вікова категорія 45-54 роки демонструє зростання рівня тривожності: 75% мають високий рівень тривожності, що може бути пов'язано з

накопиченим емоційним виснаженням через тривалий догляд за дитиною з ООП.

Аналогічні показники рівня тривоги ми отримали при використанні психодіагностичних методів (шкала Спілбергера-Ханіна, шкала Бека), результати дослідження представлені в Додатку Е.

Узагальнюючи результати опитування в розрізі вікових категорій можна зробити висновок, що рівень стресу, тривожності та депресії у батьків дітей з ООП значно вищий у всіх вікових категоріях порівняно з контрольною групою.

Молодші батьки (25-34 роки) демонструють найвищий рівень тривожності (100%), що пов'язано з адаптацією до діагнозу дитини.

У віці 35-44 років відбувається різкий стрибок рівня стресу (73%) та депресії (26% - важка форма), що свідчить про накопичене емоційне виснаження.

У категорії 45-54 років депресія сягає критичного рівня (50% - важка), що пояснюється постійним стресом і страхом за майбутнє дитини.

Батьки 55+ років відчують хронічну тривожність (100%) та помірні депресивні прояви (50%), що свідчить про страх втрати контролю над життям дитини після їхньої смерті.

Ключовою відмінністю між групами є те, що у контрольній групі тривожність, стрес і депресія з віком знижуються, тоді як у батьків дітей з ООП вони накопичуються та набувають хронічного характеру.

Таким чином, результати дослідження свідчать:

1. Батьки дітей з ООП мають значно вищий рівень стресу, тривожності та депресії, ніж батьки дітей без ООП (контрольна група).

2. Жінки у всіх вікових категоріях мають вищий рівень тривожності та депресії, ніж чоловіки, що свідчить про більш емоційне сприйняття проблем дитини та підвищену відповідальність за її розвиток.

3. Чоловіки демонструють менш виражені ознаки депресії та тривожності, але рівень стресу залишається високим, особливо у віці 35-44 років.

4. У контрольній групі з віком рівень стресу, тривожності та депресії знижується, тоді як у батьків дітей з ООП вони накопичуються та набувають хронічного характеру.

5. У батьків дітей з ООП найвищий рівень тривожності (100%) спостерігається у молодшій та найстаршій вікових категоріях (25-34 роки та 55+ років), що пояснюється етапами адаптації до діагнозу та страхом за майбутнє дитини.

6. У віці 35-44 років різко зростає рівень стресу та депресії, що свідчить про емоційне виснаження.

7. У групі 45-54 років депресія сягає критичного рівня, що пов'язано з тривалою психоемоційною напругою та невизначеністю майбутнього дитини.

Проведене дослідження базувалося на використанні трьох психодіагностичних методик - опитувальника DASS-21, шкали тривоги Бека (BAI) та опитувальника Спілбергера-Ханіна, що дозволило комплексно оцінити рівень депресії, тривожності та стресу у батьків дітей з ООП. Аналіз даних проводився шляхом порівняння отриманих результатів між експериментальною групою (батьки дітей з ООП) та контрольною групою (батьки дітей без ООП), а також з урахуванням таких змінних, як стать та вік респондентів. Застосування стандартизованих методів дозволило отримати об'єктивні дані щодо психологічного стану батьків, що є важливим для подальшого аналізу їхніх потреб у психологічній підтримці та розробки ефективних стратегій допомоги.

Отримані результати дослідження підтвердили, що батьки дітей з ООП мають значно вищий рівень тривожності, стресу та депресії, ніж батьки дітей без ООП. Особливо уразливими є жінки та батьки віком 35-54 років, що свідчить про емоційне виснаження, хронічний стрес та необхідність психологічної підтримки. Враховуючи ці дані, постає важливе завдання - визначити ефективні напрями психологічної допомоги для зниження психоемоційного напруження та покращення якості життя батьків.



У наступному розділі буде розглянуто стратегії корекційної роботи з батьками дітей з ООП, ключові концепції, теоретичні підходи та методи психологічного консультування, які можуть бути ефективними для зменшення стресу, формування адаптивних механізмів подолання труднощів та покращення емоційного стану. Особливу увагу буде приділено конкретним технікам роботи, які можуть використовувати психологи у процесі консультування та підтримки батьків, враховуючи їхні індивідуальні потреби та особливості психоемоційного реагування та розробці корекційної програми.

### **Висновки до другого розділу**

Здійснено аналіз існуючих програм і методів роботи з особами з ООП та їх батьками в Комунальній установі Білоцерківської міської ради «Білоцерківський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Шанс». Проаналізовано та вивчено нормативні документи, структура Установи та основні напрями її діяльності відповідно до положення про заклад.

Встановлено, що мультидисциплінарна комісія в центрах комплексної реабілітації з ООП є ключовим органом, що забезпечує комплексний підхід до оцінювання, розробки та реалізації індивідуальних програм реабілітації. Вона об'єднує фахівців різних напрямів, які спільно аналізують потреби осіб з ООП, визначають їхні сильні та слабкі сторони, розробляють індивідуальні стратегії супроводу та відстежують динаміку розвитку. Розглянуто основні завдання комісії та визначено провідну роль психолога у процесі реабілітації осіб з ООП.

Проведено спостереження за роботою психолога Установи, зокрема за проведенням занять із двома групами дітей з ООП. Крім того, під супервізією

психолога була проведена діагностична та корекційна робота з такими дітьми у вигляді індивідуальних занять.

Окремим напрямом діяльності психолога є психологічний супровід батьків дітей з ООП. Проте в Установі психологічна консультативна робота з сім'ями таких дітей недостатньо розвинена, що зумовлено ключовими факторами. З одного боку, - низький рівень культури звернення до психолога самими батьками, а з іншого - обмежені часові ресурси психолога-консультанта, що ускладнює проведення системної роботи та надання необхідної підтримки.

Як внаслідок, навіть після короткотривалих бесід із батьками, прослідковується негативна динаміка в їхньому психоемоційному стані, що може вплинути на успіхи і поведінку дітей при проведенні корекційних занять та їх подальшій реабілітації та соціалізації.

Зрозуміло, що народження і виховання дитини з ООП зумовлює у батьків виникнення комплексу негативних реакцій і переживань, що характеризуються депресивними тенденціями, ситуативною та особистісною тривожністю, стресовими реакціями, тому нами прийнято рішення провести емпіричне дослідження психічного здоров'я батьків дітей з ООП.

Метою даного дослідження було виявлення та аналіз психоемоційного стану батьків дітей з ООП, а також встановлення можливого впливу таких факторів, як вік та стать на його показники. Окремо досліджуються відмінності між психоемоційними характеристиками батьків дітей з ООП та батьків дітей без особливих потреб.

У дослідженні взяли участь 60 осіб, які були розподілені на дві групи: експериментальна група (30 осіб, що є батьками (опікунами, бабусями, дідусями) дітей з ООП, які проходять реабілітацію в Установі) та контрольна група (30 осіб, які не мають у родині дітей з ООП) в онлайн-форматі Google Forms.

Проведене дослідження базувалося на використанні трьох психодіагностичних методик - опитувальника DASS-21, шкали тривоги Бека (BAI) та опитувальника Спілбергера-Ханіна, що дозволило комплексно оцінити рівень депресії, тривожності та стресу у батьків дітей з ООП. Аналіз даних проводився шляхом порівняння отриманих результатів між експериментальною групою (батьки дітей з ООП) та контрольною групою (батьки дітей без ООП), а також з урахуванням таких змінних, як стать та вік респондентів. Застосування стандартизованих методів дозволило отримати об'єктивні дані щодо психологічного стану батьків, що є важливим для подальшого аналізу їхніх потреб у психологічній підтримці та розробки ефективних стратегій допомоги.

Отримані результати дослідження підтвердили, що батьки дітей з ООП мають значно вищий рівень тривожності, стресу та депресії, ніж батьки дітей без ООП. Особливо уразливими є жінки та батьки віком 35-54 років, що свідчить про емоційне виснаження, хронічний стрес та необхідність психологічної підтримки. Ключовою відмінністю між групами є те, що у контрольній групі тривожність, стрес і депресія з віком знижуються, тоді як у батьків дітей з ООП вони накопичуються та набувають хронічного характеру.

Враховуючи ці дані, постає важливе завдання - визначити ефективні напрями психологічної допомоги для зниження психоемоційного напруження та покращення якості життя батьків.



### **РОЗДІЛ 3**

## **ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ**

## **БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ООП**

### **3.1. Визначення напрямів психологічної допомоги батькам дітей з ООП**

Результати дослідження засвідчили, що батьки дітей з ООП перебувають у стані хронічного стресу, підвищеної тривожності та депресивних проявів, що негативно впливає як на їхній емоційний стан, так і на ефективність виховання та підтримки дитини. Саме тому надзвичайно важливо розробити ефективні напрями психологічної допомоги, які сприятимуть підвищенню адаптаційних ресурсів батьків, зниженню психоемоційного напруження та покращенню їхнього психологічного благополуччя.

Психологічна підтримка батьків має бути комплексною, враховувати індивідуальні потреби кожної родини, рівень прийняття діагнозу дитини, особливості її розвитку та вплив соціального середовища.

Питання психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з порушеннями розвитку, а також особливостей психоемоційного стану таких батьків досліджували А. Душка, Г. Кукуруза, Г. Сіліна, Т. Сак, Т. Скрипник, В. Синьов, О. Хохліна, Г. Хворова, А. Чуприков та інші вітчизняні науковці.

Відповідно з поглядами Г. Сіліної, для успішної реалізації будь-якої діагностико-корекційної програми важливо дотримуватися основних принципів [11]:

-гуманність як людяне, розумне та чуйне ставлення до дитини та її батьків, повага до їхніх інтересів, поглядів, цінностей; уникнення осудливих та звинувачувальних висловів;

- доброзичливе та безоцінне ставлення до дитини та її батьків як уміння уважно вислухати і виявити розуміння ситуації, що склалася в сім'ї, надати необхідну психологічну підтримку; не осуджувати, а співчувати;

- орієнтація на цінності дитини та її сім'ї: в аналізі ситуації враховувати не тільки соціально прийняті норми і правила, але й орієнтуватися на життєві принципи та ідеали конкретної родини і дитини;

- доступність діалогу: бесіда з дитиною та батьками має відбуватися на зрозумілій для обох сторін мові, не переобтяжувати їх складною та незрозумілою інформацією;

- конфіденційність як нерозголошення небажаної інформації про сім'ю та дитину, а також такої інформації, яка може зашкодити інтересам дитини чи сім'ї;

- індивідуальний підхід: у кожному конкретному випадку вимагається підбір індивідуальних засобів впливу на дитину та її батьків з урахуванням конкретної сімейної ситуації або ситуації розвитку дитини;

- комплексний підхід як ретельне вивчення різноманітних за складністю психолого-педагогічних, психічних особливостей та властивостей дитини, а також найближчого оточення і соціальних зв'язків;

- відповідальність: не допускати використання професійних знань із метою приниження людської гідності, пригнічування особистості або маніпулювання дитиною.

Підходи до вирішення проблеми реабілітації сімей з дітьми з ООП різноманітні. Консультування таких родин, або одного з батьків має свої певні особливості.

Консультування батьків, які мають дитину з ООП опирається на наступні принципи: необхідність, у тому числі в критичні періоди супроводу; обов'язковість - соціальне замовлення; комплексність; постійний характер, у тому числі - періодичні консультації і т.д.; взаємодія підсистем роботи психолога з дитиною, з батьками й іншими фахівцями .

Типові проблеми батьків дітей з ООП і напрямки їх корекції:

- пасивне відношення до життя й до хвороби дитини - воно припускає необхідність активізації - через осмислення успіхів родини й трансляцію успіхів батьків з інших родин, що займають активну позицію, виявлення та дослідження дитини й батьків від їхньої пасивності;

-негативне відношення до життя, у тому числі депресивні установки й стани - переформулювання (позитивне переосмислення);

-позитивне відношення до життя і стану дитини - потрібна допомога родині в напрямку виявлення «фіктивних цілей» й заміни «реальними» цілями;

-захисна поведінка, у тому числі ігнорування хвороби, вимагає від консультанта допомоги родині в напрямку розвінчання ілюзій «нормальності» і «здоров'я» дитини на противагу необхідності постійної турботи про її розвиток;

-поведінка сорому - припускає в роботі із клієнтами виявлення «загальності» обмежень у житті людей, аналіз процесу стигматизації, можлива «корекція середовищем»;

-гіперопікуючі батьки - допомога їм передбачає спільний пошук причин гіперопіки - страху батьків за життя дитини й страху показатися нелюблячими батьками, приховані тенденції до придушення емоцій;

-синдром хронічної втоми - припускає допомогу в розвитку позитивного самовідношення й прийняття ситуації як «життєвого виклику», екзистенціального завдання, необхідна підтримка почуття гордості за свою працю, розвиток взаємовідносин подружньої пари з метою посилення її внутрішніх ресурсів, налагодження тісних форм взаємопідтримки подружжя та дитини;

-осмислення хвороби дитини як «покарання», почуття провини - необхідна розробка уявлень батьків про їхню провину в напрямку пошуку ірраціональних упереджень, можлива «цілеорієнтована» трансформація проблемних ситуацій, їхнє ціннісне осмислення;

-іпохондричні реакції - істеричного або змішаного типів - вимагають допомоги в корекції «образу Я» і «образу дитини» у батьків, продуктивні комплексні, у тому числі, тілесно-орієнтовані методи допомоги, виявлення «несумісних симптомів»;

-проблеми часткового прийняття дитини й почуття провини - продуктивний аналіз неможливості повного прийняття та корисності, ролі неприйняття в позитивному розвитку дитини, аналіз можливих схем маніпулювання дитиною батьками, що підтримують і експлуатують їхнє почуття провини, виявлення й освоєння більш продуктивних схем міжособистісної взаємодії в родині;

-підтримка батьками формування й розвитку вторинних дефектів розвитку дитини - необхідне консультування про можливості корекції й «компенсації» того чи іншого первинного дефекту, навчання вправам, що допомагають подолати проблеми, пов'язані з ізоляцією дитини і т.д.

-проблеми батьків дітей з ООП, що замкнулися у своїх переживаннях на собі - потрібна допомога батькам у розкритті їхніх почуттів і переживань;

-дитиноцентризм - його подолання пов'язане із розв'язанням проблеми переорієнтації батьків на власне життя, розкриття невикористаних можливостей, їхньої значимості;

-«автономні» проблеми батьків, наприклад, проблеми пари, що існували до появи дитини, її інвалідності - продуктивні загальні підходи плюс аналіз «розвиваючих можливостей» дитячої присутності, можливо - виявлення «неусвідомлюваного» батьками й дитиною взаємозв'язку між проблемою подружжя й хворобою дитини.

Типові позиції клієнтів у консультуванні і їх перетворення:

а) пасивна - вимагає активізації, трансляції відповідальності й демонстрації успіхів активних родин і дітей з ООП;

б) «затиснута» - страх перед консультуванням і страх змін у цілому - необхідно показати родині роль змін, обговорити феномен «подвійного ефекту саморозкриття»;



в) залежна - вимагає трансляції активності, існування альтернативних підходів, важливості їх пошуку;

г) продуктивна - активна - необхідна допомога в пошуку інформації та виявленні установок, поведінки, які заважають розвитку родини й дитини;

д) індиферентна - важливо поставити перед батьками питання, про те, що дає їм сьогоднішня поведінка, чи потрібно її зберегти, підсилити, що вони втратять, якщо їх перестануть сприймати і поважати через бездіяльність й т.п., що принесуть їм більш продуктивні способи вирішення своїх проблем і дитини;

е) негативна - консультант демонструє небажання клієнта працювати, це перевірка професіоналізму консультанта: продуктивні лобові питання про те, чи прагне клієнт продовжувати консультування та чи не потрібно його припинити, оскільки клієнт не виявляє зацікавленості й розкриття.

Описані напрямки психологічного консультування сімей, які виховують дітей з ООП та ключові проблеми, з якими вони стикаються, свідчать про необхідність використання ефективних методів та технік психоконсультативної роботи, застосування дієвих підходів, спрямованих на нервову підтримку, формування адаптивних стратегій подолання труднощів і підвищення якості життя батьків .

У психологічному консультуванні психологи використовують набір спеціальних прийомів, адаптованих до потреб клієнта та стадії консультації. Існують універсальні техніки, які застосовуються незалежно від етапу, та специфічні, що використовуються лише на певних етапах або в конкретних напрямках консультування

Так, в своїх дослідженнях вітчизняні науковці-психологи Хомич Г.О., Ткач Р.М. [71] розглянули застосування технік психологічного консультування в залежності від напрямку, який використовує психолог при роботі з клієнтом.

У психоаналітичному консультуванні психолог спонукає клієнта вільно висловлювати свої асоціації, шукаючи ознаки придушення, такі як затримки в мові або зникання. За Фройдом, це свідчить про розрив у природному потоці інстинктивних потягів з підсвідомості у свідомість і далі в реальність. Для цього використовуються такі техніки:

Вільні асоціації: клієнт, лежачи на кушетці, говорить все, що приходить йому в голову, без цензури. Психолог аналізує послідовність, повторюваність, затримки та переривання думок.

Аналіз сновидінь: клієнт розповідає свої сни, які інтерпретуються через символи. Фройд вважав це "королівським шляхом" до несвідомого.

Інтерпретація: психолог пояснює несвідомі змісти, використовуючи матеріали з вільних асоціацій, обмовок, сновидінь та перенесення.

Аналіз перенесення: психолог допомагає клієнту усвідомити та пропрацювати конфлікти, що стримують його розвиток, аналізуючи перенесення почуттів з минулих стосунків на психолога.

Подолання опору: психолог допомагає клієнту подолати психологічний опір, який проявляється у вигляді захисних механізмів та уникнення фундаментальних правил.

Особистісно-центроване консультування не ставить на перше місце використання спеціальних технік. Ключовим є здатність консультанта створити автентичні стосунки, бути емпатійним та уважним слухачем, який приймає клієнта без умов. Психолог фокусується на поточному стані клієнта, сприяючи його самореалізації.

Окрім індивідуального консультування, особистісно-центрований підхід ефективно застосовується в груповій роботі, навчанні, менеджменті та вирішенні конфліктів.

Гештальт-консультування особливо ефективно під час екзистенційних криз, допомагаючи клієнтам перейти від залежності до самостійності. Консультант сприяє тому, щоб клієнт перестав шукати зовнішню підтримку і навчився опиратися на власні ресурси.

У гештальт-групах використовуються такі принципи: фокус на "тут і зараз", встановлення прямих відносин "я і ти", заміна запитань ствердженнями, відмова від пліток та використання "мови відповідальності".

Гештальт-консультування зосереджується на усвідомленні клієнтом свого сприйняття, сприяє саморозкриттю та заохочує співпрацю. Також гештальт-підхід часто інтегрується з іншими методами, такими як транзактний аналіз.

У транзактному аналізі (ТА) консультант виступає в ролі викладача, тренера та активного учасника процесу. Перед початком роботи укладається контракт, який може змінюватися в процесі консультування. Цілі контракту можуть включати фізіологічні зміни, зменшення негативних емоційних станів, корекцію поведінки, роботу на певний термін або досягнення конкретних результатів.

Консультант допомагає клієнту вільно використовувати всі стани Его, приймати зважені рішення з позиції "Дорослого", усвідомити переваги життя без "ігор", зрозуміти свій внутрішній світ, відкрито виражати почуття та будувати близькі стосунки.

Робота в групі з використанням ТА має такі переваги: учасники спостерігають за станами Его один одного, аналізують трансакції та "ігри", а також можуть ділитися досвідом аналізу сценаріїв, що є корисним для інших.

Біхевіоральний підхід у консультуванні зосереджується на навчанні клієнта ефективній поведінці, що сприяє досягненню успіху та контролю над життям. Оцінювання прогресу базується на принципах відсутності виправдань та покарань, натомість акцент робиться на навчанні на помилках.

Структура консультативного процесу в цьому напрямку включає: встановлення емпатичного зв'язку з клієнтом; фокусування на конкретній поведінці, яку потрібно змінити; акцент на поточному стані клієнта; формування чітких цілей, планів та зобов'язань; відмова від пошуку виправдань та уникнення покарань, замість цього використовується аналіз помилок як частина навчального процесу.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) використовує різноманітні техніки, такі як наукове опитування, дискусії та обговорення.

Для закріплення результатів та виконання домашніх завдань застосовуються аудіозаписи, бланки, картки-нагадування, візуалізація, бібліотерапія та відеоматеріали.

Робота з ірраціональними переконаннями включає дискусії, емотивні техніки (енергійні дискусії, формування раціонально-емотивних образів), безумовне прийняття, використання гумору та раціональні рольові ігри.

Когнітивні техніки зосереджені на виявленні та ідентифікації думок, логічному обґрунтуванні, опитуванні, використанні дошки для записів, стимулюванні клієнтів до діяльності, що викликає страх, роботі з образами, самоконтролі думок та проведенні когнітивних експериментів.

Поведінкові техніки включають планування діяльності, оцінку майстерності та задоволення, репетицію поведінки та рольові ігри, постановку складніших завдань, використання методів відволікання та виконання домашніх вправ.

Когнітивне консультування – це структурований та короткостроковий підхід, що передбачає обговорення критеріїв та очікуваних результатів. Важливим є виконання домашніх завдань та звітів для оцінки прогресу, а також розвиток навичок самодопомоги. Результати консультування аналізуються через інтерпретації, щоб визначити його ефективність.

Екзистенційне консультування не зосереджується на конкретних техніках, а натомість використовує гнучкі та різноманітні методи. Підхід консультанта адаптується до поведінки та проблем клієнта, причому ключовим є розуміння його щоденної екзистенційної ситуації.

Віктор Франкл запропонував техніку "парадоксальної інтенції", де клієнт спеціально виконує дії, яких зазвичай уникає. Це, особливо з використанням гумору, допомагає дистанціюватися від неприємної ситуації та поглянути на неї з іншої перспективи.

Українські психологи Якимчук Б.А. та Якимчук І.П. [79] виділили універсальні комунікативні техніки для психологічного консультування:

1.Мовчання використовується для аналізу опору, самоаналізу, відчаю або передчуття інсайту, а прийоми включають кивання, повторення слів, перефразування та допомогу у вираженні стану.

2.Емпатичне слухання - це уважне слухання з невербальним та вербальним відображенням розуміння, де важливе співпереживання, а не співчуття.

3.Прояснення розкриває мотивації, цілі та дії клієнта, допомагаючи зрозуміти амбівалентність.

4.Рефлексивна вербалізація відображає емоційний зміст висловлювань клієнта.

5.Інтерпретація пояснює приховані змісти, використовуючи м'які формулювання.

6.Саморозкриття використовує власний досвід для підтримки клієнта в контексті його переживань.

7.Конфронтація виявляє суперечності та захисні механізми, використовуючи м'які, нейтральні формулювання.

8.Підведення підсумків узагальнює інформацію або демонструє відмову від спрощення.

Сучасний науковець Опанасенко Л.А. [41] охарактеризував найбільш поширені психологічні інструменти консультування клієнта, а саме: техніка постановки запитань, техніка підбадьорювання та заспокоювання клієнта, техніка перефразування висловлювання клієнта, техніка узагальнення змісту розмови, техніка відображення почуттів клієнта та почуттів консультанта, техніка застосування пауз мовчання, техніка надання інформації клієнту, техніка конфронтації, техніка рефлексивного слухання та техніка емпатійної відповіді.

Бесіда, або інтерв'ю, є основним методом психологічного консультування. Психолог впливає на клієнта за допомогою питань та

завдань, щоб розкрити його можливості. Техніка "відкритих та закритих питань" допомагає отримати інформацію та спонукати клієнта до самоаналізу, особливо на етапі збору інформації.

Відкриті питання вимагають розгорнутих відповідей, що сприяє обговоренню почуттів та думок клієнта, передаючи йому відповідальність за бесіду. Закриті питання використовуються для отримання конкретної інформації, що вимагає коротких відповідей.

«Сократівський діалог» - це метод, який використовується в психологічному консультуванні для залучення клієнта до співпраці та розширення його свідомості. Це свого роду інтелектуальний поєдинок, де психолог корелює непослідовні, суперечливі та бездоказові судження клієнта.

У рамках логотерапії цей метод допомагає людині знайти сенс життя через обговорення особистого досвіду в трьох сферах: творчості, переживання та усвідомленого ставлення до неконтрольованих обставин.

Сучасна версія методу полягає в тому, що психолог ділить свою думку на маленькі ланки, формулюючи кожен у вигляді запитання, що передбачає просту відповідь. Також існує модифікація - "принцип трьох", де питання ставляться випадково, щоб отримати відповідь "так".

Метод Сократа допомагає уникнути непотрібних суперечок, тримає увагу клієнта та дозволяє йому самостійно дійти до істини.

Техніка «порожнього стільця», розроблена Якобом Морено в 1950-х роках і вдосконалена Фріцом Перлзом у 1960-х, широко використовується психологами-консультантами різних напрямків.

Суть техніки полягає в тому, що клієнт уявляє важливу для нього людину на порожньому стільці, що стоїть навпроти. Клієнт може вести з нею діалог або висловлювати свої почуття, а психолог керує процесом. Це дозволяє клієнту усвідомити свої емоції та виразити пригнічені думки.

Отже, у психологічному консультуванні існує безліч технік, і психолог обирає їх індивідуально, залежно від проблеми клієнта, теорії консультування, етапу консультації та можливостей організації.

Для батьків дітей з ООП вибір підходу залежить від їхніх індивідуальних особливостей, рівня прийняття ситуації та психологічних труднощів. Узагальнюючи, можна виділити такі ефективні підходи (табл.3.1.1):

Таблиця 3.1.1

### Основні концепції в психоконсультативній роботі психолога

| Теоретичний підхід                            | Основні ідеї                                                                                                                | Методи та техніки                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)          | Емоційний стан залежить від переконань та інтерпретацій ситуації. Робота над заміною деструктивних переконань на адаптивні. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- когнітивна реструктуризація (заміна негативних думок на реалістичні);</li> <li>- техніки усвідомленості (майндфулнес);</li> <li>- тренування ефективних поведінкових стратегій.</li> </ul> |
| Гуманістичний підхід (К. Роджерс, А. Маслоу)  | Кожна людина має внутрішній потенціал до саморозвитку, важливо створити умови для самоприйняття.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- неконфронтаційне консультування;</li> <li>- розвиток емоційного усвідомлення;</li> <li>- прийняття батьківської ролі через позитивне підкріплення.</li> </ul>                              |
| Психоаналіз (З. Фрейд, А. Адлер)              | Дитячий досвід впливає на батьківські переживання. Робота з несвідомими конфліктами та емоційними реакціями.                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- аналіз проєкцій (які почуття до дитини є відображенням особистого досвіду батьків);</li> <li>- усвідомлення внутрішніх конфліктів та їх опрацювання.</li> </ul>                            |
| Системна сімейна терапія (М. Боуен, В. Сатир) | Сім'я є цілісною системою, і зміна одного з її елементів впливає на всіх членів сім'ї.                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- робота з сімейною взаємодією;</li> <li>- визначення ролей у сім'ї та перерозподіл обов'язків;</li> <li>- налагодження комунікації між членами родини.</li> </ul>                           |

Психологічна допомога батькам дітей з ООП має бути всебічною, враховуючи їхні емоційні потреби, соціальне оточення та здатність адаптуватися. Комбінування когнітивно-поведінкових, гуманістичних, системних та психодинамічних підходів з ефективними техніками допоможе зменшити стрес, розвинути адаптивні стратегії подолання та покращити психологічний стан батьків.





### **3.2. Розробка програми психологічної підтримки з урахуванням результатів дослідження психоемоційних станів**

Результати дослідження психоемоційних станів батьків дітей з ООП засвідчили високий рівень тривожності, стресу та депресивних проявів, що негативно впливає на їхню здатність адаптуватися до виховання дитини з ООП та підтримувати її розвиток. Наслідки емоційного напруження батьків негативно впливають на настрій та емоційно-вольову сферу дитини, що призводить до неповноцінного проведення психокорекційних занять з дітьми із порушеннями розвитку, нівелює ефект раннього втручання та віддаляє перспективу їх соціалізації.

Крім того, високий рівень тривожності перешкоджає формуванню адаптивної поведінки батьків, викликає поведінкову дезінтеграцію, порушення у сфері міжособистісних стосунків.

В попередніх розділах роботи нами було розглянуто застосування різних технік психоконсультативної роботи психолога в контексті різних теорій та визначено найбільш адаптивні для роботи з негативними психоемоційними станами батьків дітей з ООП. Встановлено, що психолог може допомогти людям засвоїти стресові ситуації, зрозуміти свої емоції та реагувати на них здоровими способами. Також, може навчити стратегіям подолання стресових ситуацій (копінгу).

Психологічне консультування осіб з особливими потребами та їх батьків може включати різні напрями та підходи, які допомагають їм розуміти, приймати та ефективно впоратися з унікальними викликами, з якими вони зіштовхуються. Ось декілька напрямів психологічного консультування, які, на мою думку доречно застосувати в саме таких випадках:

Когнітивно-поведінковий підхід: Цей підхід фокусується на зміні негативних думок та поведінкових звичок через навчання нових стратегій та

навичок. Для осіб з особливими потребами цей підхід може включати навчання ефективним способам адаптації та розвитку навичок самообслуговування.

Сімейна терапія: Сімейна терапія спрямована на вирішення проблем та покращення взаємин в межах сім'ї. Для батьків осіб з особливими потребами це може включати розвиток ефективних стратегій взаємодії з дитиною та забезпечення підтримки всієї родини.

Емоційна підтримка: Важливою частиною консультування є надання емоційної підтримки особам з особливими потребами та їх батькам. Це може включати навчання .

Індивідуальна консультація: Індивідуальна консультація спрямована на розуміння та вирішення конкретних проблем чи потреб особи з особливими потребами чи її батьків. Це може включати розробку індивідуальних стратегій адаптації та розвитку навичок.

Серед заходів, які забезпечують психологічну підтримку, досить ефективним є створення клубів для батьків дітей з порушеннями в розвитку. Спілкування батьків, які мають майже однакові проблеми, передбачає взаємопідтримку та обмін інформацією, що є важливим чинником пом'якшення наслідків психотравматичного стресу.

Ефективність підтримки багато в чому залежить від активного залучення батьків у процес психологічної допомоги дитині, особливо батька. Саме чоловіки здатні більш конструктивно вирішувати проблеми дитини, і тому активне їх залучення до проблем дитини позитивно впливає не тільки на процес виховання, а й на психологічний клімат у сім'ї загалом. Може бути корисним і використання таких групових форм роботи психолога як батьківські семінари та тренінгові заняття.

З урахуванням цих висновків нами розроблено корекційну програму для батьків дітей з ООП з метою застосування в Центрах комплексної реабілітації під назвою «Пошук ресурсів: шляхи до емоційної стійкості та підтримки для батьків дітей з ООП».

Запропонована програма буде ґрунтуватися на психоедукації, емоційній підтримці та корекційно-розвивальних методах, спрямованих на зниження рівня стресу, підвищення ресурсного потенціалу батьків та покращення їх взаємодії з дитиною.

Мета програми - зниження рівня стресу та тривожності у батьків дітей з ООП шляхом розвитку емоційної регуляції, самоконтролю, навичок релаксації та позитивного мислення.

Програма покликана виконувати наступні завдання: ознайомити батьків з природою стресу та тривожності; розвинути навички саморегуляції та релаксації; зміцнити психологічні ресурси та стійкість до стресу; сформувати позитивне сприйняття своїх батьківських обов'язків; забезпечити психологічну підтримку через обмін досвідом у груповій роботі.

Програми передбачає 12 послідовних занять по 60 хвилин, кожне з яких складається з трьох частин:

- вступна частина: привітання учасників Програми;
- основна частина: представлення нового теоретичного матеріалу, інтерактивні вправи;
- підсумок заняття: підведення підсумків, рефлексія.

В Програмі застосовуються такі методи як : міні-лекції, ігрові та релаксаційні вправи, бесіди-дискусії, творчі завдання. Заняття проводяться двічі на тиждень по 60 хвилин у груповій формі (6–12 осіб).

Крім того, Програмою передбачено проведення індивідуальних консультацій на запит батьків (1 раз в тиждень на протязі терміну дії програми)

Цільова аудиторія - батьки дітей з ООП, які мають високий рівень стресу та тривожності (визначено за результатами тестування). За результатами дослідження була сформована тренінгова група з 12 осіб, з високим рівнем негативних психоемоційних станів. Форми роботи, мета та зміст розробленої програми наведено в таблиці 3.2.1.

Таблиця 3.2.1

**Корекційна програма «Пошук ресурсів: шляхи до емоційної стійкості та підтримки для батьків дітей з ООП».**

| №                                                                             | Форма роботи                                                     | Мета                                                                                                                                 | Зміст                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                             | 2                                                                | 3                                                                                                                                    | 4                                                                                                                                                                                                   |
| <b>1 тиждень. Старт програми: Знайомство, підтримка та управління стресом</b> |                                                                  |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                     |
| 1                                                                             | Інформаційна лекція, практичне заняття, обговорення              | Ознайомлення з програмою та учасниками, створення безпечного простору, збір анамнезу та визначення потреб, зниження почуття ізоляції | Вправа «Знайомство. Три факти та представлення»<br>Коротка презентація програми<br>Практична вправа «Мій емоційний стан зараз»                                                                      |
| 2                                                                             | Інтерактивна лекція, практичне заняття                           | Надання інформації про природу стресу та його вплив на розвиток тривожно-депресивного розладу                                        | Міні - лекція «Розумію свій стрес»: інформація про фізіологічні та психологічні аспекти стресу, тривожність та депресію.<br>Практична вправа «Коло контролю»<br>Домашнє завдання: «Щоденник стресу» |
| <b>2 тиждень. Робота з тілесними проявами стресу</b>                          |                                                                  |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                     |
| 3                                                                             | Інтерактивна лекція, практичне заняття, обговорення              | Усвідомлення тілесних реакцій на стрес<br>Навчання методів саморегуляції                                                             | Міні-лекція : «Як тіло реагує на стрес?»<br>Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном.<br>Вправа «Заземлення»<br>Самомасаж<br>Рефлексія                                                         |
| 4                                                                             | Психоедукація, практичне заняття                                 | Навчання технікам релаксації                                                                                                         | Психоедукація: Техніки релаксації для зниження стресу<br>Вправа : «Квадратне дихання»<br>Вправа: «Метелик»<br>Гра "Асоціації з релаксацією"<br>Техніка «Безпечне місце»                             |
| <b>3 тиждень. Робота з емоціями</b>                                           |                                                                  |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                     |
| 5                                                                             | Інтерактивна лекція, практичне заняття                           | Розширення знань про емоції, зниження емоційної напруги                                                                              | Міні-лекція: Що таке емоції?<br>Гра «Емоційні маски»<br>Вправа «Знищи свій страх»<br>Рефлексія                                                                                                      |
| 6                                                                             | Інтерактивна лекція, практичне заняття: рольова гра, арт-терапія | Надання інформації про доступні ресурси та організації підтримки, встановлення контролю над негативними емоціями                     | Міні-лекція «Де шукати допомогу?»<br>Гра «Тривожний детектив»<br>Арт вправа «Метелик тривоги»                                                                                                       |

| 1                                              | 2                                      | 3                                                          | 4                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 тиждень. Ресурси та позитивне мислення       |                                        |                                                            |                                                                                                                                                            |
| 7                                              | Когнітивно-поведінковий тренінг        | Визначення та зміна деструктивних думок                    | Вступ<br>Вправа «Зупинка думки»<br>Вправа «Перефразування негативних думок»<br>Метод «Когнітивна карта»                                                    |
| 8                                              | Тренінг «Я і мої ресурси»              | Виявлення особистісних ресурсів                            | Вправа «Мої внутрішні ресурси»<br>Методика «Лист подяки собі»<br>Створення власних афірмацій                                                               |
| 5 тиждень. Робота з життєвими ситуаціями       |                                        |                                                            |                                                                                                                                                            |
| 9                                              | Інтерактивна лекція, практичне заняття | Ознайомлення з ознаками емоційного вигорання               | Міні-лекція: «Ознаки емоційного вигорання та профілактика»<br>Вправа «Баланс енергії»<br>Робота з тригерами (когнітивна перебудова), обговорення щоденника |
| 10                                             | Практичне заняття: рольова гра         | Отримання навичок подолання конфліктних ситуацій           | Вправа «Я-повідомлення»<br>Рольова гра «Розбір типових конфліктних ситуацій»<br>Рефлексія                                                                  |
| 6 тиждень. Підсумок та закріплення результатів |                                        |                                                            |                                                                                                                                                            |
| 11                                             | Практичне заняття                      | Закріплення результатів<br>Оцінка ефективності програми    | Підведення підсумків, проведення повторного тестування<br>Вправа - візуалізація «Мій ідеальний день»<br>Вправа «Скарбничка досягнень»                      |
| 12                                             | Практичне заняття.                     | Обговорення змін у самопочутті<br>Планування подальших дій | Рефлексія: «Мій шлях у програмі»<br>Вправа «Мій особистий компас»<br>Гра «Коло подяки»<br>Заключне слово                                                   |

Детальний опис корекційної програми ««Пошук ресурсів: шляхи до емоційної стійкості та підтримки для батьків дітей з ООП» в додатку Д.

При розробці нашої програми ми намагалися використовувати різні методи корекції стресу, тривожності та депресії у батьків дітей з ООП з метою поєднання емоційної підтримки, навчання технік саморегуляції та зміни мислення.

Так, нами застосовано психоедукація та навчання копінг-стратегій, що включало:

- інформування батьків про природу стресу, депресії та тривожності, способи їх подолання;

- обговорення методів адаптації (фізична активність, підтримка соціальних контактів, баланс між турботою про дитину та власними потребами);
- навчання навичок ефективного управління емоціями та конфліктами.

З метою зміни негативних думок та переконання, які посилюють стрес та тривожність нами використано методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ):

- проведено навчання батьків усвідомлювати свої автоматичні думки («Я безпорадний», «Я поганий батько») та замінювати їх більш конструктивними («Я роблю все можливе», «Я вчуся справлятися з труднощами»);

- використано щоденник думок, аналіз ситуацій, техніки «зупинки негативних думок».

Застосовано техніки релаксації та саморегуляції, включаючи дихальні вправи, методи прогресивної м'язової релаксації та самомасажу, проводилась робота з тілесним досвідом через тілесно-орієнтовану терапію, використання практик усвідомленого руху, таких як йога та техніка «заземлення», навчання прослуховування сигналів власного тіла та виявлення фізичних маркерів стресу, а також тілесні вправи для зняття напруги.

У ході Програми активно застосовувалися діалогові техніки для розвитку навичок ефективного спілкування, проводилась робота з метафоричними картами для сприяння глибшому самопізнанню та аналізувалися емоційні реакції учасників з метою підвищення їхньої емоційної компетентності.

Поряд з цим, було застосовано численні техніки арт-терапії та творчі методи, що сприяли емоційному вираженню, самопізнанню та розвитку творчого потенціалу учасників.

Застосовувалися методи групової терапії та підтримки, включаючи групи підтримки для батьків, що дають змогу обмінюватися досвідом та отримувати емоційну підтримку, психодраму для розігрування життєвих ситуацій з метою кращого усвідомлення своїх реакцій.

Проводилась робота з сімейною системою, спрямована на формування підтримуючих комунікацій у сім'ї через відкрите обговорення переживань та зменшення конфліктів, а також навчання балансу між роллю батьків і власним життям.

Для закріплення результатів програми та сприяння подальшому розвитку учасників було приділено увагу створенню конкретних планів на майбутнє, що включали визначення особистих цілей, розробку стратегій їх досягнення та планування конкретних кроків для підтримки позитивних змін у повсякденному житті.

Отже, Програма спрямована на підтримку батьків дітей з ООП, відіграє критично важливу роль у їхньому житті. Виховання дитини з ООП часто супроводжується таким викликом, як підвищеним рівнем стресу, емоційного виснаження та соціальної ізоляції. Ця програма надає батькам не лише необхідні знання та навички для подолання цих викликів, але й створює безпечний простір для обміну досвідом та отримання емоційної підтримки. Вона допомагає батькам усвідомити, що вони не самотні у своїх труднощах, та надає їм можливість навчитися ефективно керувати стресом, розвивати позитивне мислення та знаходити ресурси для відновлення.

### **3.3. Впровадження програми та аналіз її ефективності**

У попередньому підрозділах представлено детальний опис процесу впровадження корекційної програми, спрямованої на оптимізацію психоемоційного стану батьків дітей з ООП. Розкрито етапи реалізації програми, використані методи та техніки, а також особливості організації групової роботи.

Для оцінки ефективності впровадженої програми, зокрема оцінки змін у психоемоційному стані батьків було проведено повторне тестування з використанням тих самих методик, що й на етапі первинної діагностики.



Отримані дані дозволили порівняти показники до та після проведення корекційної програми та визначити ступінь її впливу на ключові психологічні параметри учасників. Також, порівняємо показники експериментальної групи після корекції та контрольної групи, яка не брала участь в програмі.

У кожній групі налічується 30 осіб, з яких 21 жінка та 9 чоловіків. Розподіл за віковими категоріями становить: 25-34 роки – 9 осіб; 35-44 роки – 15 осіб; 45-54 роки – 4 особи; понад 55 років – 2 особи.

Проаналізуємо як змінилися в групах показники рівня депресія за даними опитувальника DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) після проведення корекційної програми (рис.3.3.1.)



Рис.3.3.1. Порівняльний аналіз рівня депресії до та після впровадження корекційної програми

На графіку "Рівень депресії" чітко видно відмінності між трьома групами учасників: експериментальною групою до та після корекційної програми, а також контрольною групою.

До проведення програми більшість учасників експериментальної групи мали помірний (50%) або важкий (20%) рівень депресії.

Після проходження програми спостерігається значне покращення. Частка осіб із нормальним рівнем зросла з 7% до 23%, помірна депресія зросла з 50% до 55%. Це відбулось за рахунок того, що кількість учасників із важкою депресією скоротилася з 20% до 7%, а дуже важкий рівень депресії в групі зник повністю (було 13%, стало 0%).

Контрольна група не брала участі у корекційній програмі, її результати слугують еталонним порівнянням для оцінки ефективності втручання.

У контрольній групі найбільше учасників мають нормальний рівень депресії (57%), що значно перевищує результати експериментальної групи навіть після корекції (23%), аналогічно в контрольній групі помірна депресія зустрічається рідше (20%), ніж у експериментальній групі після втручання (55%).

Зміни показників рівня стресу ми можемо бачити на графіку (рис.3.3.2.)



Рис.3.3.2. Порівняльний аналіз рівня стресу до та після впровадження корекційної програми

До проведення програми в експериментальній групі рівень стресу був доволі високим: нормальний рівень мали лише 14% учасників, а важкий і дуже важкий рівень мали 53 % учасників.

Після проходження корекційної програми відбулося суттєве покращення. Частка учасників із нормальним рівнем стресу зросла з 14% до 22%. Помірний рівень зріс із 20% до 41%, що може свідчити про перехід учасників із важкого стану в помірний. Кількість осіб із важким рівнем стресу різко знизилася – з 40% до 12%. Дуже важкий стрес зменшився більш ніж удвічі – з 13% до 5%.

Разом з тим, якщо порівнювати показники з контрольною групою, то рівень негативних показників стресу у батьків дітей з ООП, навіть після проведення корекційної програми більше ніж вдвічі більший. (нормальний –

20 % проти 47%, помірний - 41 % проти 17%, а важкий та дуже важкий – 17 % проти 6 %).

Розглянемо результати опитування на визначення рівня тривоги (рис.3.3.3.)



Рис.3.3.3. Порівняльний аналіз рівня тривоги до та після впровадження корекційної програми

До проведення корекційної програми ми спостерігаємо у експериментальної групи високий рівень тривоги, особливо в категоріях «помірний» (42 % учасників), «важкий» та «дуже важкий» (43 %) . Слід зазначати, що з нормальним рівнем тривоги на було жодного учасника експериментальної групи.

Після впровадження програми спостерігається значне зниження рівня тривоги, відсоток учасників з важким та дуже важким рівнем тепер становить 26 % проти 43 % до проведення корекційних заходів. Відповідно відбувся перерозподіл категорій і в результаті збільшився відсоток учасників з помірним (на 12%) та нормальним ( на 7%) ступенем.

Разом з тим, 67 % учасників контрольної групи мають нормальний або легкий рівень тривоги, що говорить про їх більш стабільний психоемоційний стан.

Отже, корекційна програма суттєво покращила стан експериментальної групи, зменшивши кількість людей із важким та дуже важким рівнем депресії (з 33 % до 7%), значно знизилася кількість учасників

із важким і дуже важким рівнем стресу (до 6 %), зросла частка осіб із нормальним та легким рівнем. Помірний рівень депресії та стресу після втручання зріс, що може свідчити про перехід учасників із важкого стану в помірний, але ще не до нормального чи легкого. Разом з тим, рівень тривоги батьків дітей з ООП залишається на досить високому рівні. 20 % мають важкий та дуже важкий, 42 % - помірний. В нормальному стані знаходяться лише 7%.

Таким чином, результати підтверджують ефективність корекційної програми, водночас навіть після втручання, експериментальна група демонструє гірші результати, ніж контрольна група, що вказує на необхідність подальшої підтримки або додаткових заходів для досягнення оптимального рівня стресостійкості.

Розглянемо результати тестування рівня тривожності здійснені з використанням інших методів: даними опитувальника оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д.Спілбергера - Ю.Л.Ханіна (рис.3.3.4.) та Шкали тривоги Бека (BAI) (рис.3.3.5.)

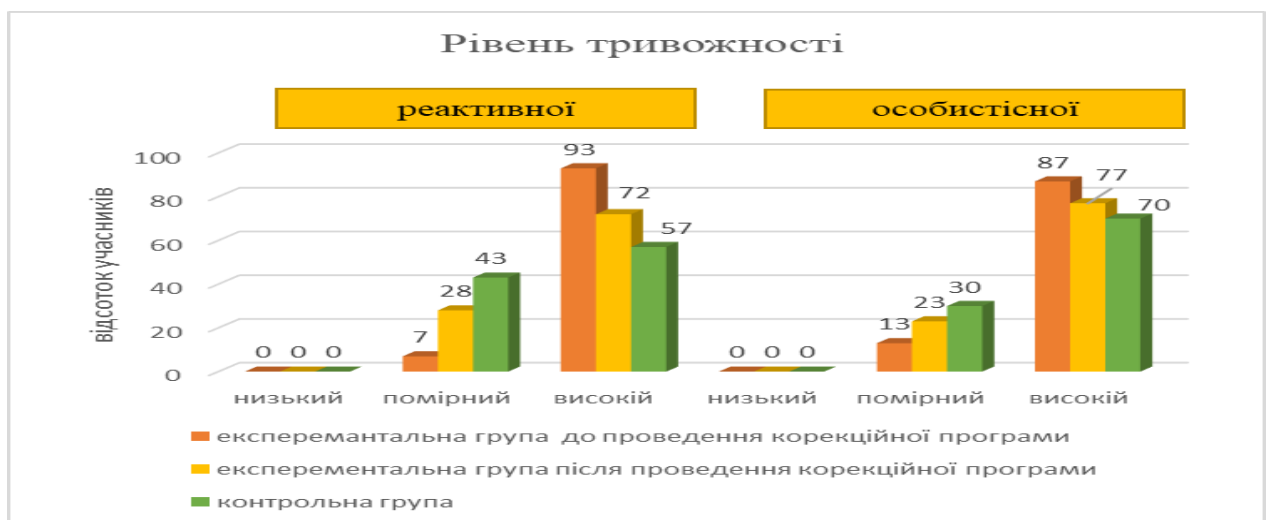


Рис.3.3.4. Порівняльний аналіз рівня тривоги до та після впровадження корекційної програми за даними Шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д.Спілбергера - Ю.Л.Ханіна.

Діаграма відображає рівень реактивної (ситуативної) та особистісної (стійкої) тривожності в експериментальній групі до та після проведення корекційної програми, а також у контрольній групі.

За результатами визначення рівня тривожності за цією методикою встановлено відсутність учасників, як експериментальної, так і контрольної, з низьким рівнем реактивної та особистісної тривожності. Ця ситуація не змінилась і після проведення експерименту.

Разом з тим, корекційна програма суттєво знизила рівень як реактивної, так і особистісної тривожності в експериментальній групі. Зокрема, частка учасників із високою реактивною тривожністю зменшилася з 93% до 72%, а з високою особистісною – з 87% до 77%. Водночас частка учасників із помірною тривожністю зросла, що свідчить про поступове покращення емоційного стану.

Попри позитивні зміни, рівень тривожності в експериментальній групі після корекції все ще вищий, ніж у контрольній групі. Це означає, що для досягнення стабільного результату потрібна додаткова робота, зокрема методи зниження особистісної тривожності, такі як психотерапія або техніки релаксації.



Рис.3.3.5. Порівняльний аналіз рівня тривоги до та після впровадження корекційної програми за даними Шкали Бека (BAI).

Аналізом результатів опитування за Шкалою Бека встановлено, що до проведення програми в експериментальній групі переважав високий рівень тривоги (47%), тоді як після програми спостерігається його зниження (до 31%), з переходом учасників до помірного рівня тривоги, в результаті цей

показник збільшився на 16%. На жаль, відсоток учасників з низьким рівнем залишився незмінним та вдвічі нижчий за відсоток контрольної групи (33% проти 60%). Графік наочно показує ефективність корекційної програми у зниженні рівня тривоги.

Для розуміння впливу корекційної програми на емоційний стан учасників дослідження важливо розглянути відмінності в рівнях депресії, стресу та тривоги між чоловіками та жінками. Аналіз цих показників за статтю дозволить виявити, чи є специфічні особливості реакції на програму в залежності від гендеру, а також оцінити загальну ефективність програми для обох статей.

Для зручності аналізу введемо такі назви:

- група 1 – учасники експериментальної групи (батьки, опікуни, бабусі, дідусі) дітей з ООП до проведення корекційної програми;
- група 2 – учасники експериментальної групи після проведення корекційної програми;
- група 3 – учасники контрольної групи, до якої входять особи, які не мають у родині дітей з ООП.

Розглянемо вплив впровадження корекційної програми на зміну рівня депресії в розрізі гендеру за даними опитувальника DASS 21 (рис.3.3.6.)

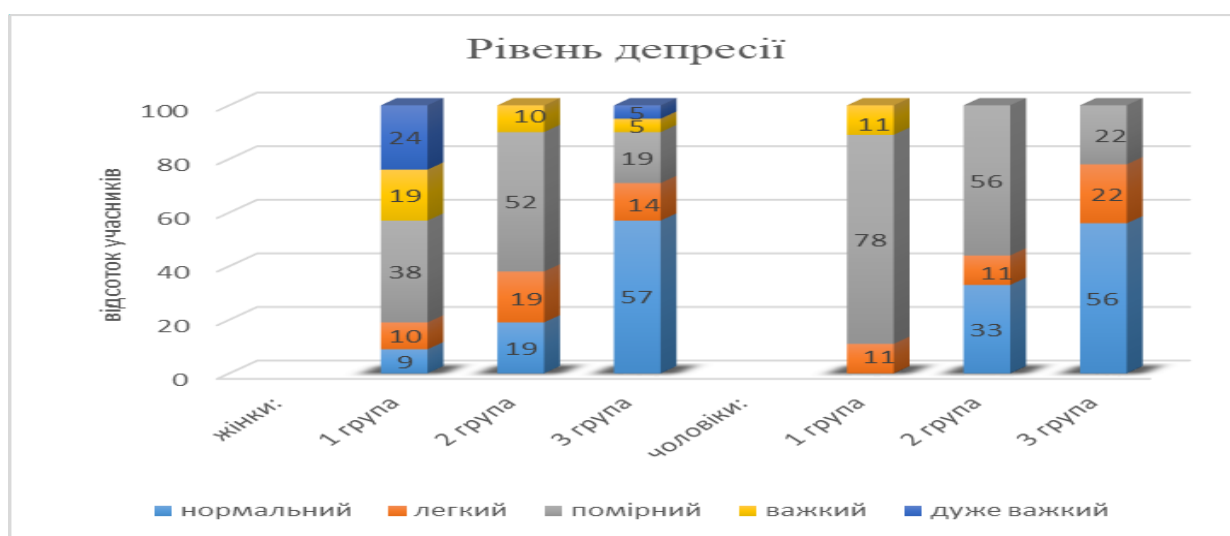


Рис.3.3.6. Порівняльний аналіз рівня депресії в розрізі статі до і після впровадження корекційної програми

Результати діаграми свідчать, що серед жінок, які виховують дітей з ООП до впровадження корекційної програми відсоток з важким або дуже важким рівнем депресії значно вищий ніж у чоловіків (43% та 11 % відповідно). Слід зазначити, що чоловіки з важким та нормальним рівнями депресії взагалі відсутні. Після проведення експерименту ситуація покращилась, а саме серед жінок відсоток з нормальним рівнем збільшився на 10 , а у чоловіків з'явилась ця категорія і стала становити аж 33%. Відсоток жінок з дуже важким рівнем зник, а з важким становить лише 10%. Аналогічно покращились показники і у чоловіків. До проведення корекції відсоток учасників з помірним рівнем становив 78%, а з важким 11%. Після- він розподілився наступним чином: низький- 33%, легкий-11% та помірний – 56%.

Якщо порівнювати показники контрольної групи, то показники жінок та чоловіків не мають значних розбіжностей, лише незначний відсоток жінок мають важку та дуже важку депресію (по 5%). Учасники ж експериментальної групи як жінки , так і чоловіки, хоч і покращили своє психічне здоров'я, після проходження програми, а їх показники значно гірші ніж в контрольній групі.

Це свідчить про значний психологічний стрес, який відчують батьки, що виховують дітей з особливими потребами, причому батьки (чоловіки) менш схильні до депресії в таких ситуаціях, або ж вони мають інші механізми подолання стресу.

Не менш важливо розглянути ще один ключовий показник – рівень стресу. Вивчення динаміки стресу в експериментальній та контрольній групах дозволить нам глибше зрозуміти вплив корекційної програми на загальний психологічний стан батьків, а також виявити можливі гендерні особливості реакції на стресові ситуації (рис.3.3.7.)

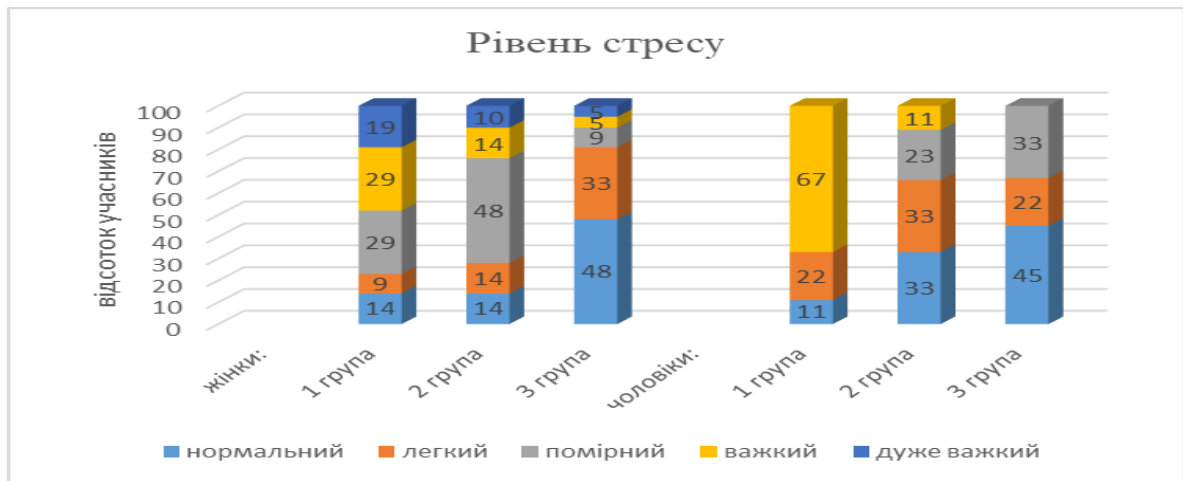


Рис.3.3.7. Порівняльний аналіз рівня стресу в розрізі статі до і після впровадження корекційної програми

Аналізуючи діаграму, що відображає рівень стресу в трьох групах, можна зробити наступні висновки. У першій групі, спостерігається високий рівень стресу як у жінок, так і у чоловіків. У жінок, зокрема, 29% мають помірний рівень стресу, 29% - важкий, та 19% - дуже важкий. У чоловіків розподіл трохи відрізняється: 22% мають помірний рівень, 67% - важкий, та жодного випадку - дуже важкого рівня. Це чітко підтверджує, що виховання дітей з особливими потребами є значним фактором стресу для обох статей.

Після проведення корекційних тренінгів у другій групі спостерігається поліпшення ситуації. Зміни в рівнях стресу свідчать про позитивний вплив програми. У жінок, наприклад, відсоток з важким рівнем стресу знизився до 14%, а з дуже важким - до 10%. У чоловіків також спостерігається позитивна динаміка: відсоток з важким рівнем стресу знизився до 11% (тобто на 56 %), а з дуже важким - до 22%. Це свідчить про те, що корекційна програма була ефективнішою для чоловіків. Разом з тис, у контрольній групі, де в сім'ях відсутні діти з інвалідністю, рівень стресу є значно нижчим. Наприклад, лише 10% жінок мають дуже важкий та важкий рівень стресу по 5 % відповідно, а чоловіки взагалі відсутні в цій категорії.

Ще одним з ключових аспектів психоемоційного стану батьків дітей з ООП – рівень тривоги. Вивчення динаміки тривоги в експериментальній та



контрольній групах дозволить нам глибше зрозуміти, наскільки ефективно програма впливає на емоційний стан батьків, і чи є відмінності в реакції на програму між жінками та чоловіками (рис.3.3.8).

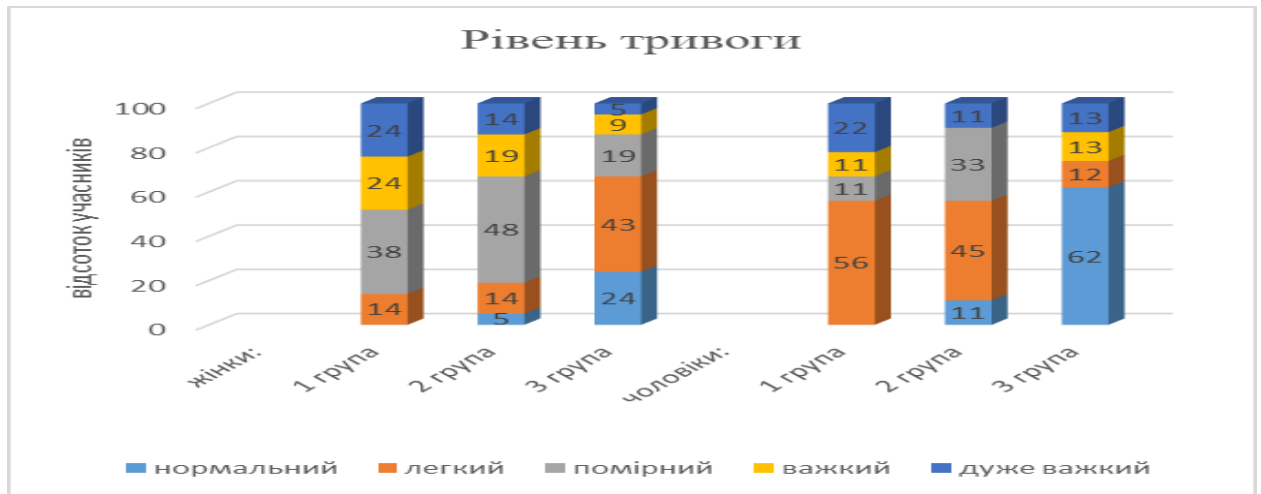


Рис.3.3.8. Порівняльний аналіз рівня тривоги в розрізі статі до і після впровадження корекційної програми

Діаграма рівня тривоги свідчить, що у першій групі спостерігається високий рівень тривоги як у жінок, так і у чоловіків. У жінок, зокрема, 38% мають помірний рівень тривоги, 24% - важкий, та 24% - дуже важкий. У чоловіків розподіл трохи відрізняється: 11% мають помірний рівень тривоги, 11% - важкий, та 22% - дуже важкий. Крім того, серед обох статей відсутні учасники з нормальним рівнем тривоги, в той час як в контрольній групі він становить 24% та 62% у жінок та чоловіків відповідно. Це підтверджує факт, що виховання дітей з особливими потребами є значним фактором тривоги для обох статей.

Після проведення корекційних тренінгів у другій групі спостерігається поліпшення ситуації. Зміни в рівнях тривоги свідчать про позитивний вплив програми. У жінок, наприклад, відсоток з важким рівнем тривоги знизився до 19% (на 5%), а з дуже важким - до 14% (на 10%). У чоловіків також спостерігається позитивна динаміка: відсоток з важким та дуже важким рівнем тривоги знизився до 11% , а також 11% учасників перейшли з категорії легкої тривоги в нормальний рівень.

У контрольній групі, де в сім'ях відсутні діти з інвалідністю, рівень тривоги був значно нижчим, ніж у експериментальної групи. Але після впровадження корекційної програми дуже важкий рівень тривоги у чоловіків знизився до 11%, а учасники з важким рівнем взагалі відсутні, в той час як серед чоловіків контрольної групи він становить 13% та 13% відповідно. На жаль, рівень тривоги серед жінок залишається значно вищим ніж у жінок контрольної групи.

Так, загальний аналіз рівнів депресії, стресу та тривоги в розрізі гендеру виявляє значні відмінності між трьома групами батьків. У першій групі, що складається з батьків дітей з ООП до корекційної програми, спостерігається найвищий рівень негативних психоемоційних станів. Жінки в цій групі демонструють особливо високі показники депресії, стресу та тривоги, що свідчить про значне психологічне навантаження, пов'язане з вихованням дітей з особливими потребами. Чоловіки в цій групі також відчують стрес та тривогу, але їхні показники, як правило, нижчі, ніж у жінок.

У другій групі, яка складається з батьків після корекційних тренінгів, спостерігається позитивна динаміка. Рівні депресії, стресу та тривоги знижуються як у жінок, так і у чоловіків, що свідчить про ефективність програми. Однак, незважаючи на позитивні зміни, показники психоемоційного стану батьків у другій групі залишаються вищими, ніж у контрольній групі. Лише чоловікам після участі в програмі вдалося отримати показники високого рівня тривоги кращі ніж в контрольній. Це підкреслює, що корекційні тренінги можуть покращити стан батьків, але не завжди приводять до повного відновлення. Контрольна група, де в сім'ях немає дітей з ООП, демонструє найнижчі рівні депресії, стресу та тривоги, що підтверджує вплив виховання дітей з особливими потребами на психоемоційний стан батьків.

Щоб глибше зрозуміти вплив корекційної програми на рівень депресії, важливо розглянути, як цей показник змінюється в різних вікових групах.

Аналіз рівнів депресії за віковими категоріями дозволить виявити, чи є специфічні особливості реакції на програму в залежності від віку, а також оцінити загальну ефективність програми для різних вікових груп (рис.3.3.9.)

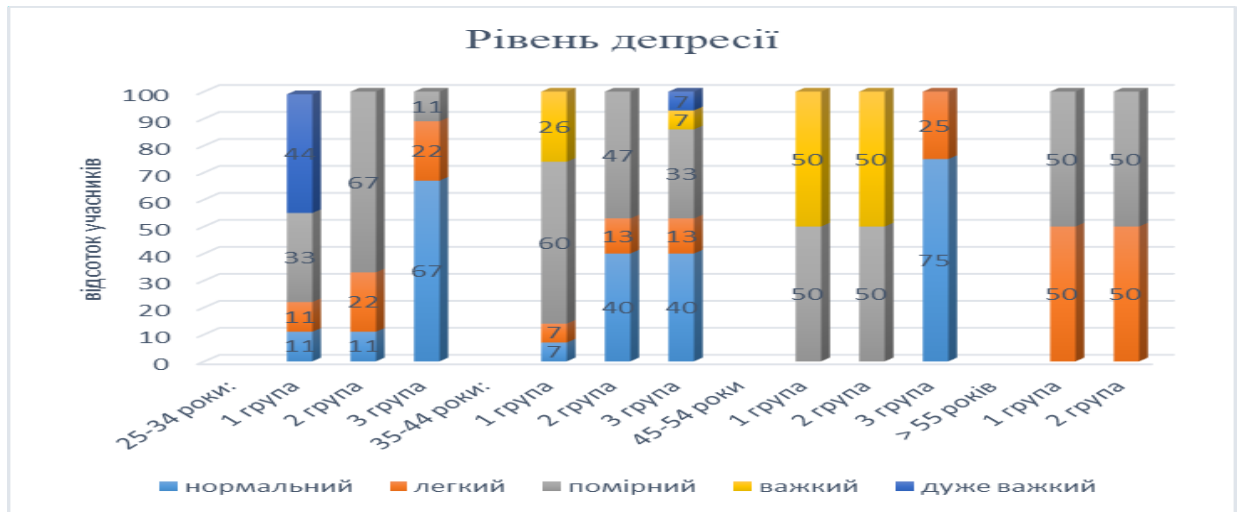


Рис.3.3.9. Порівняльний аналіз рівня депресії в розрізі вікових категорій до і після впровадження корекційної програми

Діаграма відображає рівень депресії в трьох групах (1, 2, 3) у чотирьох вікових категоріях: 25-34 роки, 35-44 роки, 45-54 роки та >55 років. У першій групі (до корекції) спостерігається високий рівень депресії в усіх вікових категоріях, з найвищими показниками у вікових групах 35-44 та 45-54 роки. У другій групі (після корекції) рівень депресії знижується в усіх вікових категоріях, але залишається вищим, ніж у контрольній групі (3 група), де спостерігаються найнижчі рівні депресії. Корекційна програма виявилася ефективною, але її ефективність залежить від вікової категорії, з найбільшим позитивним впливом на групи 25-34 та >55 років, та найменшим - на групу 45-54 роки.

Після аналізу рівнів депресії за віковими категоріями, важливо розглянути, як корекційна програма вплинула на рівень стресу в цих же вікових групах, що дозволить оцінити, чи є відмінності в реакції на програму в залежності від віку, а також виявити, які вікові групи отримали найбільшу користь від впровадження програми (рис.3.3.10.)

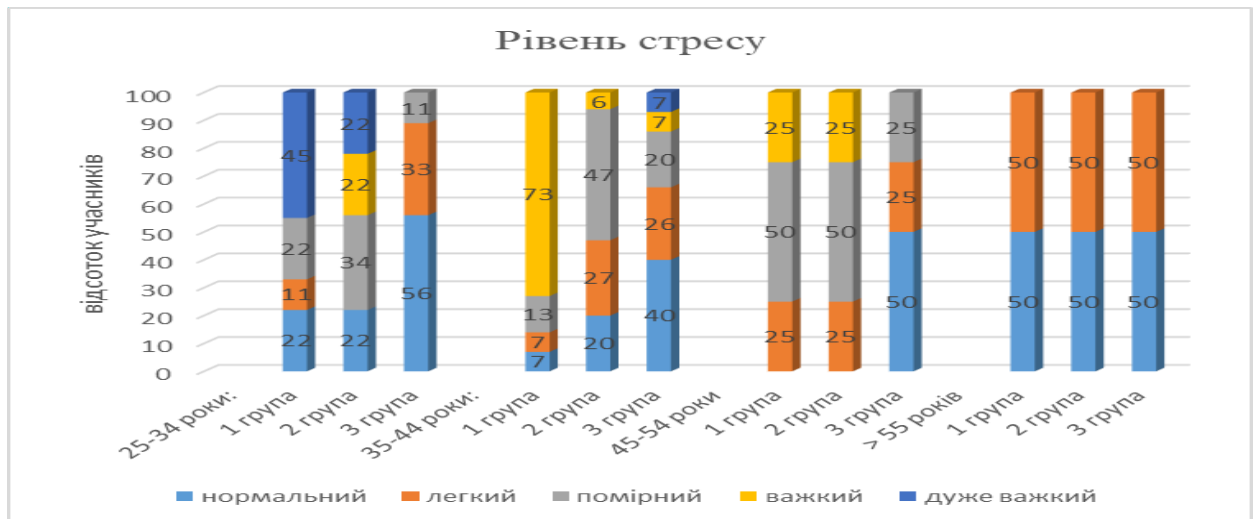


Рис.3.3.10. Порівняльний аналіз рівня стресу в розрізі вікових категорій до і після впровадження корекційної програми

Аналізуючи рівень стресу можна констатувати, що у першій групі спостерігається високий рівень стресу, особливо у вікових категоріях 25-44 (45%) та 35-44 (73%). У другій групі (після корекції) відбулися зміни в рівнях стресу в усіх вікових категоріях. Найбільшого терапевтичного ефекту досягла вікова категорія 35-44 роки (важкий рівень стресу зменшився з 73% до 6%). Показники вікової категорії 45-54 та > 55 залишились незмінними. У контрольній групі (3 група) рівень стресу є відносно низьким. Принаймні лише учасники віком 35-44 роки мають прояви важкого та дуже важкого рівня стресу (по 7%).

Дослідження психоемоційного стану батьків, що виховують дітей з ООП, було б неповним без аналізу рівня тривоги. Адже саме тривога, як емоційна реакція на невизначеність та потенційну небезпеку, часто супроводжує батьків, що стикаються з викликами, пов'язаними з особливими потребами їхніх дітей. Розглянемо, як корекційна програма вплинула на рівень тривоги в різних вікових групах, щоб зрозуміти, чи є відмінності в її ефективності залежно від віку батьків (рис.3.3.11.).

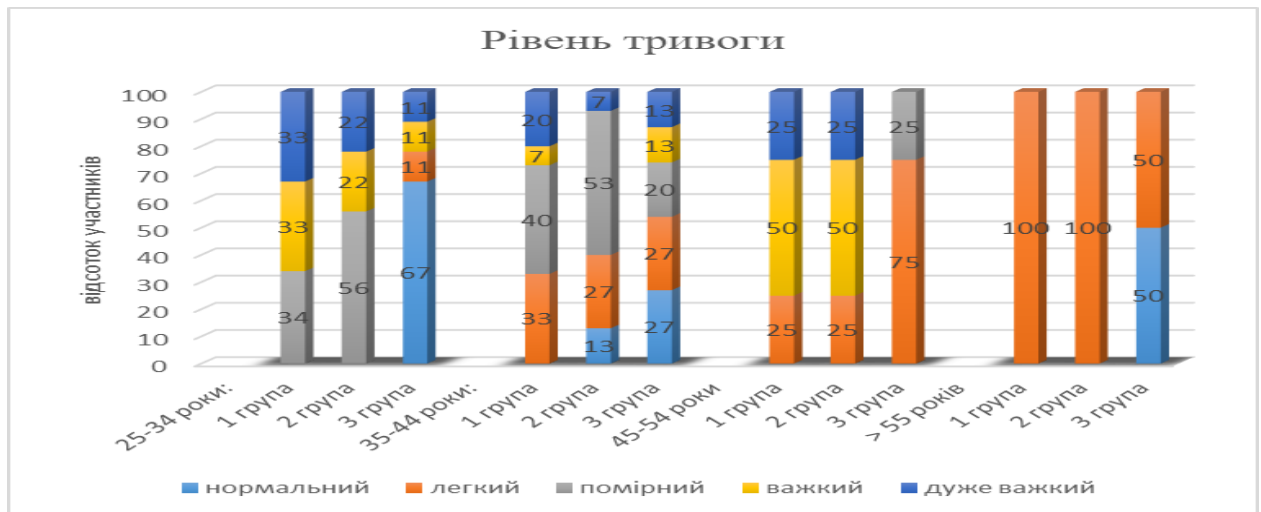


Рис.3.3.11. Порівняльний аналіз рівня стресу в розрізі вікових категорій до і після впровадження корекційної програми

Дослідження виявило, що рівень тривоги серед батьків дітей з ООП (1 група) є значно вищим у порівнянні з контрольною групою (3 група), де виховуються діти без інвалідності. Особливо високі показники тривоги спостерігаються у вікових групах 35-44 та 45-54 роки.

Після проходження корекційних тренінгів (2 група) рівень тривоги значно знизився у всіх вікових категоріях, що свідчить про ефективність програми. Проте, важливо зазначити, що у віковій групі 45-54 роки корекція виявилася менш ефективною.

З метою підтвердження або спростування припущення, що батьки дітей з ООП відчувають вищі рівні тривожності, стресу та депресії порівняно з батьками без таких дітей, а також для оцінки ефективності втручання (корекційної програми) та визначення практичної значущості проведено статистичний аналіз отриманих даних.

Для порівняння середніх значень показників психологічних станів між контрольною та експериментальною групами на етапі первинного опитування було використано t-критерій Стюдента для незалежних вибірок. Результати аналізу представлено в таблиці 3.3.1.

Таблиця 3.3.1

**Результати порівняльного аналізу психологічних станів між  
контрольною та експериментальною групами (первинне опитування)**

| Шкала                                       | Середнє $\pm$ СВ*<br>(контрольна група) | Середнє $\pm$ СВ*<br>(експериментальна група) | t (58)-<br>коефіцієнт<br>Стьюдента | p-значення |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|------------|
| 1                                           | 2                                       | 3                                             | 4                                  | 5          |
| DASS-21 Депресія                            | 3.57 $\pm$ 2.32                         | 9.87 $\pm$ 3.30                               | 8.55                               | < 0.001    |
| DASS-21 Тривога                             | 3.93 $\pm$ 2.56                         | 7.23 $\pm$ 2.80                               | 4.77                               | < 0.001    |
| DASS-21 Стрес                               | 6.27 $\pm$ 2.98                         | 11.50 $\pm$ 3.62                              | 6.11                               | < 0.001    |
| Спілбергера-Ханіна<br>(ситуативна тривога)  | 38.87 $\pm$ 5.34                        | 56.57 $\pm$ 8.65                              | 9.54                               | < 0.001    |
| Спілбергера-Ханіна<br>(особистісна тривога) | 37.97 $\pm$ 5.18                        | 53.50 $\pm$ 8.88                              | 8.27                               | < 0.001    |
| Тривоги Бека                                | 7.83 $\pm$ 3.57                         | 49.63 $\pm$ 12.68                             | 17.38                              | < 0.001    |

\*СВ – стандартне відхилення

Як видно з таблиці 3.3.1, між контрольною та експериментальною групами на етапі первинного опитування спостерігаються статистично значущі відмінності за всіма досліджуваними показниками ( $p < 0.001$ ), що свідчить про значну практичну різницю у рівнях депресії, тривоги та стресу між батьками дітей з ООП та батьками без таких дітей.

Для оцінки впливу розробленої корекційної програми на психологічні стани батьків дітей з ООП було проведено порівняння середніх значень показників до та після впровадження програми за допомогою парного t-критерію Стьюдента. Результати аналізу представлено в таблиці 3.3.2.

Таблиця 3.3.2

**Результати порівняння психологічних станів в експериментальній групі  
до та після корекційної програми**

| Шкала                                              | Середнє $\pm$ СВ<br>(до корекції) | Середнє $\pm$ СВ<br>(після корекції) | Різниця<br>середніх | t (29)-<br>коефіцієнт<br>Стьюдента | p-значення |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------------------------|------------|
| DASS-21<br>Депресія                                | 9.87 $\pm$ 3.30                   | 7.47 $\pm$ 2.78                      | -2.40               | -4.16                              | < 0.001    |
| DASS-21<br>Тривога                                 | 7.23 $\pm$ 2.80                   | 5.70 $\pm$ 2.18                      | -1.53               | -3.64                              | 0.001      |
| DASS-21<br>Стрес                                   | 11.50 $\pm$ 3.62                  | 9.77 $\pm$ 3.18                      | -1.73               | -3.28                              | 0.003      |
| Спілбергера-<br>Ханіна<br>(ситуативна<br>тривога)  | 56.57 $\pm$ 8.65                  | 51.20 $\pm$ 8.34                     | -5.37               | -4.51                              | < 0.001    |
| Спілбергера-<br>Ханіна<br>(особистісна<br>тривога) | 53.50 $\pm$ 8.88                  | 49.87 $\pm$ 8.54                     | -3.63               | -3.07                              | 0.004      |
| Тривоги Бека                                       | 49.63 $\pm$ 12.68                 | 39.77 $\pm$ 11.52                    | -9.86               | -5.12                              | < 0.001    |

Результати парного t-тесту показують статистично значуще зниження рівнів депресії, тривоги та стресу за всіма досліджуваними шкалами в експериментальній групі після проведення корекційної програми ( $p < 0.05$  для всіх порівнянь).

Таким чином, статистичний аналіз підтверджує висновки, що на етапі первинного опитування батьки дітей з особливими освітніми потребами демонструють статистично значуще вищі рівні депресії, тривоги та стресу порівняно з батьками, які виховують дітей без ООП. Також, впровадження розробленої корекційної програми призвело до статистично значущого зниження рівнів депресії, тривоги та стресу в експериментальній групі батьків дітей з особливими освітніми потребами.

Отже, проведене дослідження підтвердило, що корекційна програма виявилася ефективною у зниженні рівнів депресії, стресу та тривоги у батьків, які виховують дітей з ООП. Однак, ефективність програми

варіювалася залежно від вікових категорій та гендерних особливостей. Ці результати підкреслюють важливість індивідуалізованого підходу до надання психологічного консультування батьків дітей з ООП, з урахуванням їх віку та статі, а також необхідність подальшого вдосконалення корекційних програм для забезпечення максимальної ефективності.

### **Висновки до третього розділу**

З метою розробки дієвої корекційної програми стабілізації психічного здоров'я батьків дітей з ООП, на підставі праць видатних зарубіжних та вітчизняних науковців, нами було детально проаналізовано техніки психоконсультативної роботи психолога в контексті існуючих концепцій.

В результаті зроблено висновок, що в сучасній психоконсультативній роботі психолога існує безліч технік і прийомів. Залежно від індивідуальних особливостей батьків, їхнього рівня прийняття ситуації та психологічних труднощів, психолог підбирає певні з них .

Психологічна допомога батькам дітей з ООП повинна бути комплексною, підтримувати їхні емоційні потреби, соціальний контекст та рівень адаптації. Поєднання когнітивно-поведінкових, гуманістичних, системних і психодинамічних підходів разом із ефективними техніками зменшують рівень стресу, сприяють розвитку адаптивних копінг-стратегій і покращенню психологічного благополуччя батьків.

На підставі отриманого аналізу існуючих теорій, методів та технік психологічного консультування нами було розроблено корекційну програму «Пошук ресурсів: шляхи до емоційної стійкості та підтримки для батьків дітей з ООП». При розробці нашої програми ми намагалися використовувати різні методи корекції рівня стресу, тривожності та депресії у батьків дітей з ООП з метою поєднання емоційної підтримки, навчання технік саморегуляції та зміни мислення.



Для оцінки ефективності впровадженої програми, зокрема оцінки змін у психоемоційному стані батьків було проведено повторне тестування з використанням тих самих методик, що й на етапі первинної діагностики.

Результати впровадження запропонованої корекційної програми свідчать про її ефективність, проте навіть після її проведення показники експериментальної групи залишаються гіршими, ніж у контрольної. Це вказує на потребу в подальшій підтримці або додаткових заходах для досягнення оптимального рівня стресостійкості.

Також встановлено, що жінки, які виховують дітей з ООП, відчувають значно більший психоемоційний стрес, ніж чоловіки. Вони схильні до вищих рівнів депресії, стресу та тривоги, що може бути пов'язано з більшою емоційною залученістю у виховання дітей, а також з соціальними очікуваннями та гендерними ролями.

Аналіз рівнів депресії, стресу та тривоги в розрізі вікових категорій виявив цікаві тенденції. У першій групі, що складалася з батьків дітей з ООП до впровадження корекційної програми, спостерігався високий рівень негативних психоемоційних станів у всіх вікових групах. Особливо високі показники були зафіксовані у вікових групах 35-44 та 45-54 роки, що може свідчити про накопичення стресу та емоційного вигорання з плином часу.

У другій групі, де батьки пройшли корекційну програму, спостерігалось загальне зниження рівнів депресії, стресу та тривоги. Однак, ефективність програми варіювалася залежно від вікової категорії. Найбільш позитивні зміни спостерігалися у вікових групах 25-34 та >55 років, що може бути пов'язано з більшою гнучкістю та здатністю до адаптації у молодшому віці, а також з накопиченням життєвого досвіду та мудрості у старшому віці. У віковій групі 45-54 роки корекція виявилася менш ефективною, що може свідчити про наявність специфічних стресових факторів, пов'язаних з цим віковим періодом.

Контрольна група, де батьки не виховували дітей з ООП, демонструвала найнижчі рівні депресії, стресу та тривоги у всіх вікових

категоріях. Це підкреслює вплив виховання дітей з особливими потребами на психоемоційний стан батьків, а також підтверджує ефективність корекційних тренінгів у зниженні негативних психоемоційних станів.

Дослідження підтвердило ефективність корекційної програми у зниженні рівнів депресії, стресу та тривожності серед батьків, які виховують дітей з ООП. Водночас її результативність залежала від вікових та гендерних особливостей учасників.

Ці висновки наголошують на важливості індивідуального підходу в психологічному консультуванні батьків дітей з ООП, з урахуванням їх віку та статі. Вони також вказують на необхідність подальшого вдосконалення корекційних програм для досягнення максимальної ефективності.

## ВИСНОВКИ

У процесі нашого дослідження здійснено теоретичний аналіз наукової літератури з питань психологічного консультування, яке розглядається як одна з ключових спеціалізацій психолога-практика, поряд з діагностикою та корекцією. Досліджено, що психологи-консультанти, в контексті різних наукових напрямів (психодинамічного, гуманістичного, поведінкового, когнітивного, екзистенційного), визначають мету, методи та техніки консультування. Різноманітність теоретичних підходів дозволяє отримати більш повне розуміння ситуації клієнта та розробити ефективний план дій.

Аналіз етапів консультативного процесу, описаних різними авторами, виявив їхню схожість за змістом, з відмінностями лише в деталізації. Основні етапи включають: початок роботи, збір інформації, розробку стратегії та реалізацію плану клієнтом.

Нами проаналізовано вітчизняні та зарубіжні наукові праці, а також законодавчі акти, що стосуються осіб з ООП. Визначено, що термін "діти з ООП" охоплює осіб, чиє життя обмежується певними факторами та потребує спеціальної підтримки. Окрему увагу приділено діяльності центрів комплексної реабілітації, їхній структурі та напрямкам підтримки осіб з ООП та їхніх батьків.

Психологічне консультування є важливою складовою реабілітаційних послуг у цих центрах, де надається мультидисциплінарна допомога. Воно сприяє формуванню позитивного ставлення до власних можливостей, подоланню бар'єрів у спілкуванні та навчанні, а також підтримці родин. Психологічний супровід включає підтримку батьків, вчителів та самих дітей.

Раннє втручання визнано ключовим для успішної реабілітації дітей з ООП, мінімізуючи наслідки порушень та сприяючи їхній інтеграції. Водночас, дослідження останніх десятиліть підкреслюють важливість врахування психоемоційного стану батьків, а не лише питань навчання та

виховання дитини. Розуміння переживань батьків після встановлення діагнозу дитині є необхідним для ефективної допомоги всій сім'ї.

Дослідження підтверджують, що батьки дітей з ООП переживають значні психоемоційні труднощі після встановлення діагнозу, проходячи через всі стадії переживання горя, що супроводжуються стресом, тривогою та депресією. Тому психологу-консультанту важливо надавати їм підтримку для запобігання хронічного стресу. Однак, аналіз сучасних досліджень показує, що діагностиці та корекції психоемоційного стану батьків у центрах комплексної реабілітації приділяється недостатньо уваги.

У роботі проаналізовано програми та методи підтримки осіб з ООП та їхніх батьків у Білоцерківському центрі комплексної реабілітації "Шанс", включаючи нормативні документи та структуру установи. Визначено, що мультидисциплінарна комісія відіграє ключову роль у розробці та реалізації індивідуальних програм реабілітації, об'єднуючи фахівців різних напрямків. Особливу увагу приділено ролі психолога в цьому процесі.

Проведено спостереження за роботою психолога центру, зокрема за проведенням занять із двома групами дітей з ООП. Крім того, під керівництвом психолога здійснювалася діагностична та корекційна робота з цими дітьми в індивідуальному форматі.

Встановлено, що психологічний супровід батьків дітей з ООП у центрі недостатній через низьку активність батьків та обмежений час психолога. Це негативно впливає на їхній психоемоційний стан та успіхи дітей. Виховання дитини з ООП викликає у батьків депресію, тривогу та стрес, що потребує емпіричного дослідження їхнього стану.

Основна мета нашого дослідження полягає у виявленні негативних психоемоційних станів батьків дітей з ООП та факторів, що впливають на їх адаптацію. Ми вважаємо, що своєчасна психологічна підтримка може знизити рівень тривожності, запобігти розвитку стресу та депресії, що позитивно вплине на сім'ю.

Дослідження визначає ключові критерії оцінки стану батьків: стрес, тривожність, депресія. Також порівнюється рівень емоційних переживань батьків дітей з ООП та сімей, в яких відсутні такі діти, аналізується вплив віку та статі.

Отримані результати дозволили не лише виявити загальні закономірності, але й розробити корекційної програми психологічної підтримки. Це сприятиме збереженню їхнього психологічного благополуччя та покращенню якості життя сімей, які виховують дітей з ООП.

У дослідженні взяли участь 60 осіб: 30 батьків дітей з ООП (експериментальна група) та 30 батьків без дітей з ООП (контрольна група). Опитування проводилося онлайн через Google Forms.

Для оцінки рівня депресії, тривожності та стресу у батьків дітей з ООП було використано опитувальники: DASS-21, Шкала тривоги Бека (BAI) та Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Результати порівнювалися між експериментальною та контрольною групою з урахуванням віку та статі. Стандартизовані методи забезпечили об'єктивні дані для подальшого аналізу потреб батьків у психологічній підтримці.

Отримані результати дослідження підтвердили значно вищий рівень тривожності, стресу та депресії у батьків дітей з ООП, особливо у жінок та батьків віком 35-54 років, що свідчить про емоційне виснаження, хронічний стрес та необхідність психологічної підтримки. На відміну від батьків без дітей з ООП, у яких ці показники з віком знижуються, у перших вони накопичуються. Це підкреслює необхідність розробки ефективних програм психологічної допомоги для покращення якості життя цих сімей.

З метою об'єктивного підтвердження гіпотези про вищі рівні тривожності, стресу та депресії у батьків дітей з ООП порівняно з батьками без таких дітей, а також для оцінки ефективності розробленої корекційної програми та визначення практичної цінності отриманих результатів, було проведено статистичний аналіз зібраних даних.

Для порівняння середніх значень психологічних станів між контрольною та експериментальною групами на початковому етапі дослідження застосовано незалежний t-критерій Стюдента. Результати проведеного аналізу узгоджуються з даними дослідження.

Для розробки ефективної корекційної програми стабілізації психічного здоров'я батьків дітей з ООП було проаналізовано різноманітні техніки психоконсультативної роботи на основі досліджень вітчизняних і зарубіжних науковців.

Встановлено, що психологи використовують різноманітні методи залежно від особливостей батьків, їхнього рівня прийняття ситуації та психологічних труднощів. Комплексний підхід, що поєднує когнітивно-поведінкові, гуманістичні, системні та психодинамічні методи, сприяє зниженню стресу, формуванню адаптивних стратегій і покращенню психологічного благополуччя.

На основі аналізу теорій, методів і технік психологічного консультування була розроблена корекційна програма «Пошук ресурсів: шляхи до емоційної стійкості та підтримки для батьків дітей з ООП».

Програма спрямована на зниження рівня стресу, тривожності та депресії шляхом поєднання емоційної підтримки, навчання технік саморегуляції та зміни мислення. Корекційна програма спрямована на стабілізацію психоемоційного стану батьків дітей з ООП шляхом поєднання інформаційної, практичної та терапевтичної роботи. Вона триває 6 тижнів і охоплює різні аспекти психологічної підтримки: управління стресом, роботу з тілесними реакціями, емоціями, розвиток ресурсного мислення та подолання життєвих труднощів. Учасники поступово освоюють техніки саморегуляції, релаксації, когнітивно-поведінкових методів та арт-терапії, що допомагає знизити рівень тривожності, стресу та депресії.

Програма включає лекції, інтерактивні вправи, рольові ігри, арт-терапевтичні методики та рефлексивні техніки, які сприяють усвідомленню власного емоційного стану та розвитку навичок подолання труднощів.

Заключний етап передбачає оцінку ефективності програми, підведення підсумків та планування подальших дій для підтримки досягнутого результату.

Для оцінки ефективності програми було проведено повторне тестування за тими самими методиками, що й на етапі первинної діагностики.

Результати підтвердили її позитивний вплив, проте показники експериментальної групи все ще поступаються контрольній, що підтверджує значний вплив виховання дітей з особливими потребами на психоемоційний стан батьків та свідчить про необхідність подальшої підтримки або додаткових заходів для підвищення стресостійкості.

Дослідження показало, що жінки, які виховують дітей з ООП, зазнають значно більшого психоемоційного стресу, ніж чоловіки. Вони мають вищі рівні депресії, стресу та тривоги, що може бути зумовлено їхньою глибшою емоційною залученістю у виховання, а також впливом соціальних очікувань і гендерних ролей.

Аналіз рівнів депресії, стресу та тривожності у різних вікових категоріях виявив певні закономірності. До впровадження корекційної програми всі вікові групи демонстрували високий рівень негативних психоемоційних станів, проте найвищі показники спостерігалися у батьків віком 35-44 та 45-54 роки, що може свідчити про поступове накопичення стресу та емоційне вигорання.

У групі батьків, які пройшли корекційну програму, загальний рівень депресії, стресу та тривоги знизився, проте ефективність втручання залежала від віку. Найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися у вікових групах 25-34 та понад 55 років, що може пояснюватися більшою адаптивністю молодших батьків та життєвим досвідом старших. Натомість у групі 45-54 роки ефективність програми була нижчою, ймовірно, через специфічні стресові фактори цього вікового періоду.

При порівнянні середніх значень показників до та після впровадження програми за допомогою парного t-критерію Стюдента встановлено, що впровадження розробленої корекційної програми призвело до статистично значущого зниження рівнів депресії, тривоги та стресу в експериментальній групі батьків дітей з особливими освітніми потребами.

Вочевидь дослідження підтвердило, що корекційна програма сприяє зниженню рівнів депресії, стресу та тривожності у батьків дітей з ООП, проте її ефективність варіюється залежно від віку та статі учасників.

Ці результати підкреслюють важливість індивідуального підходу в психологічному консультуванні, враховуючи особливості батьків. Вони також свідчать про необхідність подальшого вдосконалення корекційних програм для підвищення їх ефективності.

Центри комплексної реабілітації відіграють ключову роль у наданні психологічної підтримки батькам дітей з ООП, допомагаючи їм адаптуватися до викликів, знизити рівень стресу та покращити емоційний стан. Важливо створювати середовище, де батьки можуть отримати не лише консультації спеціалістів, а й емоційну підтримку, доступ до ресурсів та спілкування з іншими сім'ями, які стикаються з подібними труднощами.

Окрім корекційних програм, ефективними є групи підтримки, індивідуальні консультації, інформаційні семінари та майстер-класи, які допомагають батькам краще розуміти потреби своїх дітей і розвивати власні стратегії подолання труднощів. Співпраця з фахівцями різних профілів, використання онлайн-ресурсів та можливість довготривалого супроводу дозволять забезпечити комплексний підхід до психологічної підтримки, що сприятиме покращенню якості життя сімей дітей з ООП.

Створення батьківських клубів також може стати ефективним інструментом для обміну досвідом, взаємної підтримки та отримання інформації. Такі клуби можуть організовувати зустрічі, семінари, тренінги та інші заходи, спрямовані на підвищення обізнаності батьків та розвиток їхніх



навичок. Вони також можуть слугувати платформою для адвокації прав дітей з ООП та їхніх сімей.

Особливо важливим є питання створення державних програм для будівництва спеціальних центрів, де особи з ООП зможуть жити постійно, особливо після смерті їхніх батьків. Такі центри повинні забезпечувати комфортні умови проживання, цілодобовий догляд та підтримку, медичне обслуговування, а також можливості для соціальної адаптації та розвитку.

Впевненість у майбутньому дітей з ООП безпосередньо впливає на рівень тривожності їхніх батьків, особливо у вікових батьків. Усвідомлення того, що після їх смерті дитина залишиться без належної опіки, викликає глибокий страх та тривогу. Це особливо актуально для батьків, які вже не мають достатньо сил та ресурсів для забезпечення повноцінного догляду за дитиною.

Отже, психічне благополуччя батьків, які виховують дітей з ООП, визначається не лише психологічною підтримкою. Воно формується під впливом цілого комплексу факторів, включаючи соціально-економічні умови, доступність медичних та реабілітаційних послуг, рівень освіти та обізнаності суспільства, а також наявність ефективної системи державної підтримки.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні питання психології: теорія, методика, практика: збірник матеріалів XIII-тої Всеукраїнської наукової Інтернет-конференції, 10–11 жовтня 2024 р. / гол. ред. Перепелюк Т.Д. Умань, 2024. 185 с. URL: <https://fspo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2024/11/> (дата звернення: 15.12.2024).
2. Андрейко Б. В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.08. Київ, 2018. 235 с.
3. Афанасьєва Н. Є. Підходи до визначення психологічного консультування у сучасній психології. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2017. № 16. С. 3-10. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/445> (дата звернення: 01.02.2025).
4. Афанасьєва Н. Є. Психологічне консультування фахівців екстремального профілю: теорія, методологія, практика: монографія. Харків: НУЦЗУ, 2017. 315 с. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/>(дата звернення: 01.02.2025).
5. Бех І. Д. Особистість на шляху до духовних цінностей: монографія. Київ; Чернівці: «Букрек», 2018. 320 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/237410389.pdf> (дата звернення: 24.01.2025).
6. Булах І. С., Кузьменко В. У., Помиткін Е. О. Консультативна психологія: підручник. Вінниця: Нілан, 2016. 484 с.
7. Варга В. С. Основи психологічного консультування: опорний конспект лекцій з дисципліни для студентів денної та заочної форми навчання напряму підготовки 6.030103 «Практична психологія» / уклад. Мукачево: МДУ, 2018. 41 с.

8. Васьківська С. В. Основи психологічного консультування. Київ: Ніка-Центр, 2018. 424 с.
9. Вашека Т. В. Основи психологічної практики: навчальний посібник. Київ: НАУ-друк, 2019. 200 с.
10. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі: навчально-методичний посібник / Н. Ярмола та ін. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.
11. Дитина з особливими освітніми потребами: медичні та психолого-педагогічні аспекти розвитку, навчання і виховання: навч.-метод. Посібник /Бойчук Ю.Д. та ін.; за заг. ред. Покроєвої Л.Д. Харків: Харківська академія неперервної освіти, 2012. 290 с.
12. Душка А. Л. Дитина з розладами аутистичного спектра. Харків: «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 32 с.
13. Етичний кодекс психолога: Прийнято на I Установчому з'їзді Товариства психологів України 18 грудня 1990 р. Тернопіль, 2006.
14. Євдокимова Н. О., Опанасенко Л. А., Іванцова Н. Б. Психологічні основи професійного консультування: навчальний посібник. Миколаїв: Іліон, 2015. 384 с.
15. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник / Агаєв Н. А. та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
16. Ілляшенко Т.Д. Психолого-педагогічна діагностика в системі інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами. *The 29th International scientific and practical conference "Modern scientific trends and youth development" (July 25–28, 2023)*. Варшава. 2023. С. 175-180. URL:  
[https://scholar.google.com.ua/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=ru&user=LpLMazMAAAAJ&sortby=pubdate&citation\\_for\\_view=LpLMazMAAAAJ:N5tVd3kTz84C](https://scholar.google.com.ua/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=LpLMazMAAAAJ&sortby=pubdate&citation_for_view=LpLMazMAAAAJ:N5tVd3kTz84C) (дата звернення 22.12.2024)

- 17.Ілляшенко Т.Д. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі: роль шкільного психолога. *Завуч*. 2019. № 19.
- 18.Ілляшенко Т.Д. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами. *Директор школи*. 2019. № 34.
- 19.Камінська О. Психологічні особливості стресостійкості майбутніх психологів. Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. Драгоманова. Серія 12. *Психологічні науки*. 2021. Вип. 13(58). С. 45–50.
- 20.Кляйн В., Шилонова В., Гладуш В. А. Індивідуальний підхід у забезпеченні психолого-педагогічного супроводу інклюзивного навчання в школах Словаччини: досвід, перспективи. Київ: ТОВ «Альфа-ПІК», 2020. С. 23-35.
- 21.Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник. Харків: Ранок, 2019. 304 с.
- 22.Колупаєва А. А. Інклюзивне навчання : вибір батьків. Харків: Ранок, ВГ «Кенгуру», 2018. 56 с.
- 23.Кононова М. М., Кучма Т. В. Особливості прояву копінг-поведінки у подружніх пар з дітьми з психофізичними порушеннями. *Actual trends of modern scientific research: abstracts of International Scientific and Practical Conference, august 16-18, 2020*. Munich, Germany: MDPC, 2020. С. 140-146.
- 24.Криворучко П. П., Хмеляр О. Ф. Основи психологічної допомоги: навчальний посібник. Київ: Нац. акад. оборони України, 2009. 215 с.
- 25.Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції: навч. посібник. Суми : ВТД «Університетська книга», 2020. 384 с.
- 26.Кравцов Д. Р. Аналіз теоретичних досліджень поняття «стресостійкість» / Матеріали наук.-практ. конф. Харків: ХНУВС, 2019. С. 74–76.

- 27.Кузьо О. Основи психологічної практики: навчальний посібник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. 124 с.
- 28.Кукуруза Г. В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія. Харків: Точка, 2013. 244 с.
- 29.Кучма Т. В. Особливості пролонгованого стресу в сім'ях з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку. *Психологія і особистість*. 2021. №1(19). URL: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2021.1.227194> (дата звернення: 25.02.2025)
- 30.Магдисюк Л. І., Мельник А. П. Психологія життєвих криз та кризове консультування: навчально-методичний посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 100 с.
- 31.Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Програма сертифікатного курсу з підвищення тренерської компетентності за напрямом «Практична психологія у сфері кризової психології». Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 92 с.
- 32.Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Основи психологічного консультування: навчальний посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 360 с.
- 33.Малхазов О. Р. Експериментальна психологія: практичний посібник. Київ: Талком, 2020. 321 с.
- 34.Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Шкала депресії, тривоги та стресу: методичний посібник (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ, 2023. 12 с. URL: <https://doi.org/10.26697/sri.kroch/melnuk.stadnik.4.203> (дата звернення 12.01.2025)
- 35.Мельничук О. Б. Основи психоконсультування та психокорекції. Київ: Каравела, 2015. 390 с.
- 36.Мей Р. Мистецтво психологічного консультування. Як давати і набувати душевного здоров'я. Київ: IOI, 224 с.
- 37.Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії: навчальний посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2017. 420 с.

- 38.Мушкевич М. І. Наукові підходи до сім'ї, яка має проблемну дитину. Психологічні перспективи. 2013. № 21. С. 164-175. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst\\_2013\\_21\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2013_21_18) (дата звернення 31.01.2025)
- 39.Навчання дітей з порушеннями когнітивного розвитку в умовах компетентнісного підходу: навчально-методичний посібник / Прохоренко Л.І. та ін.; за ред. В.В.Засенко, Л.І.Прохоренко. Київ, 2020. 435 с.
- 40.Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
- 41.Опанасенко Л. А. Основи психологічного консультування: у схемах і таблицях. Миколаїв: Іліон, 2019. 134 с.
- 42.Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови: наук.-метод. зб. / за ред. Л.І. Прохоренко. Київ: ФОП «Симоненко О. І.», 2023. Вип. 23. 178 с.
- 43.Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога: методичний посібник / Кокун О.М та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
- 44.Основи психологічної допомоги: теорія і практика психоконсультування: навчальний посібник / В.Г. Панок та ін.; за заг. ред. В.Г. Панка, І.М. Зварича. Чернівці: Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, 2019. 384 с.
- 45.Особистісно-орієнтована підготовка майбутніх психологів у системі післядипломної педагогічної освіти : посібник / П. В. Лушин та ін. Київ: НАПН України, Університет менеджменту освіти, 2014. 222 с.
- 46.Особливості стосунків «психотерапевт - клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія. / З.Г. Кісарчук та ін.; за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.
- 47.Паркулаб О. Г. Терапевтичні діалог як співтворчість консультанта і клієнта. *Габітус*. 2020. № 15. С. 187-191.

48. Пащенко О. В., Гриценко І. А., Софій Н. З. Інклюзивна освіта в умовах професійно-технічного навчального закладу: Навчально-методичний посібник. Київ: Арт Економі, 2012. 184 с.
49. Перелік валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0128-24#Text> (дата звернення: 06.01.2025).
50. Практика взаємодії з батьками дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному просторі : метод. посіб. /уклад. О. В. Коган та ін. Лисичанськ: ТОВ «ФОКСПРИНТ», 2021. 80 с. ISBN 978-617-95187-5-1
51. Пов'якель Н. І. Психологічні передумови виникнення стресових реакцій особистості. Психологічні науки. 2012. № 37 (61). С. 89-195.
52. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта: навчальний посібник. Київ: ТОВ «Агенство «Україна», 2019. 300 с.
53. Приходько Ю. О. Практична психологія: введення у професію: навчальний посібник. Київ: Каравела, 2017. 248 с.
54. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами: Постанова Кабінету Міністрів України від 21 липня 2021 № 765 URL: <https://www.google.com/search?q=https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-2021-%25D0%25BF%23Text> (дата звернення: 23.01.2025).
55. Про затвердження Національного плану дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2025 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 7 квітня 2021 № 285-р. URL: <https://www.google.com/search?q=https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2021-%25D1%2580%23Text> (дата звернення: 26.01.2025).

56. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII. URL: <https://www.google.com/search?q=https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-viii%23Text> (дата звернення: 06.02.2025).
57. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15%23Text> (дата звернення: 06.02.2025).
58. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://www.google.com/search?q=https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-ix%23Text> (дата звернення: 06.02.2025).
59. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод. посіб. /Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 236 с.
60. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник /уклад. М.В.Лемак, В.Ю. Петрище. Ужгород:Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616с.
61. Психологічний супровід інклюзивної освіти : підручник / кол. авторів ; за заг. ред. Т. Докучиної. Кам'янець-Подільський: Кам'янецьПодільський національний університет імені Івана Огієнка, 2020. 172 с
62. Родіна Н. В. Психологія стресу, копінг-поведінки і здоров'я: навч.-метод. посіб. для студ. ВНЗ III-IV рівнів акредитації. Донецьк : Східний видавничий дім, 2015. 164 с.
63. Руденок А. І., Рудик Г. Тривожність та її прояви у батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни. *Scientific Journal «Psychology Travelogs»*. 2024. Issue 3. URL: <https://doi.org/10.31891/PT-2024-3-19> (дата звернення 23.01.2025)
64. Статистичні дані. Міністерство освіти і науки України. URL: <https://mon.gov.ua/osvita-2/inklyuzivne-navchannya/statistichni-dani> (дата звернення: 06.05.2025).



- 65.Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія Психологічні науки*. 2015. №1 (46). С. 266-272.
- 66.Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 19.07.2024 № 1265. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ35673> (дата звернення: 06.01.2025).
- 67.Федоренко Р. П. Психологія сім'ї: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 480с.
- 68.Федоренко Р. П., Мушкевич М. І., Коширець В. В. Психологічне консультування: зміст, прийоми, технології. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 368 с.
- 69.Фройд З. Вступ до психоаналізу / пер. з нім. П. Тарашук. Київ: Основи, 1998. 709 с.
- 70.Халік О. О. Тривожність на початкових етапах професійного становлення особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2014. № 23. С. 663-676. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl\\_2014\\_23\\_60](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2014_23_60) (дата звернення: 01.03.2025).
- 71.Хомич Г. О., Ткач Р. М. Основи психологічного консультування: навчальний посібник. Київ: МАУП, 2004. 152 с.
- 72.Царькова О. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 7, № 38. С. 479-491.
- 73.Царькова О. В., Прокоф'єва О. О., Варіна Г.Б. Порушення психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами: нозологія, психолого-педагогічний контекст:довідник для педагогічних працівників і батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, 2019.С. 18-82.URI:<https://eprints.mdpu.org.ua/id/eprint/9920>

- 74.Царькова О. В., Варіна Г. Б. Генезис трансформації почуття провини у батьків дітей з обмеженими можливостями здоров'я. *Наука і освіта*. 2018. № 9-10. С. 78-85.
- 75.Царькова О. В., Варіна Г. Б. Системний підхід до психологічної корекції почуття провини у батьків дітей з обмеженими можливостями та функціональними розладами. Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / відпов. ред. Н. І. Тавровецька. Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 329-340.
- 76.Царькова О. В., Радченко С. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. Актуальні проблеми психології. 2015. Т. 7, № 38. С. 479-491.
- 77.Шпак М. М. Психологічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат : матеріали І Всеукраїнської міждисциплінарної науково-практичної конференції (м. Тернопіль, 8 квітня 2021 р.). Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2021. С. 206–208.
- 78.Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція: навчальний посібник. Київ: Професіонал, 2007. 544 с.
- 79.Якимчук Б. А., Якимчук І. П. Основи психологічного консультування (лекційний курс): навчально-методичний посібник для студентів спеціальності «Практична психологія». Умань: ПП Жовтий О. О., 2013. 204 с.
- 80.Barkley R. A. Defiant Children: a Clinician's Manual for Assessment and Parent Training. 3rd ed. New York: Guilford Publications, 2013. 486 p. ISBN 978-1-57230-123-8.
- 81.Beck A. T., Epstein N., Brown G., Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56, № 6. P. 893-897.

- 82.Hrytsiuk I., Magdysyuk L., Zamelyuk M., Podoliak I. Peculiarities of professional culture development in modern youth in Ukraine. Youth Voice Journal. Great Britain, 2021. Vol. 11. P. 1-19.
- 83.Liwag M. E. Mothers and fathers of autistic children: an exploratory study of family stress and coping. Philippine journal of psychology. 1989. № 22. P. 3-16.
- 84.Mahdysiuk L., Tryhub H., Duchiminska T., Kulchytska A., Zasiiekina L. Verbal Expression of Preparedness in Retirement Planning Interviews. East European Journal of Psycholinguistics. 2020. Vol. 7, № 2. 76. Rogers C. R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. Psychology, the study of a science. New York: McGraw-Hill, 1959. Vol. 3: Formulations of the person and the social context. P. 184-256.
- 85.Rogers C. R. On becoming a person: A therapist view of psychotherapy. New York: Peter D., Kramer M. D., 1995. 415 p.
- 86.May R. The Art of Counselling: For anyone who needs to listen, support and advise at work. New York: Profile Books, 2025. 192 p.
- 87.Zamelyuk M., Mahdysiuk L. The Mastery of Art Therapy in Working with Preschool Children. Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series «Pedagogy and Psychology». 2021. Vol. 7, № 2. P. 79-85.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

Опитувальник DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales,  
(дозволяє оцінити рівень депресії, тривоги та стресу)

| №<br>п/п | Питання                                                                                                                              | Ніколи | іноді | часто | майже<br>завжди |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|-----------------|
| 1        | Мені було важко розслабитися.                                                                                                        | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 2        | Я відчував сухість у роті.                                                                                                           | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 3        | Я взагалі не міг відчувати жодних<br>позитивних почуттів                                                                             | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 4        | У мене виникли труднощі з диханням<br>(наприклад, надмірно прискорене дихання,<br>задишка за відсутності фізичного<br>навантаження). | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 5        | Мені було важко проявити ініціативу, щоби<br>щось зробити.                                                                           | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 6        | Я був схильний надмірно реагувати на<br>ситуації.                                                                                    | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 7        | Я відчував тремтіння (наприклад, в руках).                                                                                           | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 8        | Я відчував, що витрачаю багато нервової<br>енергії.                                                                                  | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 9        | Мене непокоїли ситуації, в яких я міг би<br>запанікувати і виставити себе дурнем.                                                    | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 10       | Я відчував, що мені нема чого чекати.                                                                                                | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 11       | Я почувався неспокійним.                                                                                                             | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 12       | Я відчував складнощі в процесі<br>розслаблення.                                                                                      | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 13       | Я почувався пригніченим і сумним                                                                                                     | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 14       | Я був нетерпимий до всього, що заважало<br>мені продовжувати те, що я роблю.                                                         | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 15       | Я відчував, що був на межі паніки.                                                                                                   | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 16       | Я не міг нічим захопитися.                                                                                                           | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 17       | Я відчував, що я нічого не вартий як<br>особистість.                                                                                 | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 18       | Я відчував себе досить образливим                                                                                                    | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 19       | Я усвідомлював роботу свого серця при<br>відсутності фізичного навантаження<br>(наприклад, відчуття прискореного пульсу).            | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 20       | Я відчував страх без будь-якої вагомої<br>причини.                                                                                   | 0      | 1     | 2     | 3               |
| 21       | Я відчував, що життя позбавлене сенсу.                                                                                               | 0      | 1     | 2     | 3               |

## Додаток Б

## Шкала самооцінки рівня тривожності Спілберга Ханіна

## А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

| №<br>з/п | Твердження                            | Варіанти відповідей |             |       |              |
|----------|---------------------------------------|---------------------|-------------|-------|--------------|
|          |                                       | Ні, це не так       | Мабуть, так | Вірно | Цілком вірно |
| 1.       | Я спокійний                           | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 2.       | Мені ніщо не загрожує                 | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 3.       | Я знаходжуся в стані напруги          | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 4.       | Я відчуваю жаль                       | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 5.       | Я почуваю себе вільно                 | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 6.       | Я засмучений                          | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 7.       | Мене хвилюють можливі невдачі         | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 8.       | Я відчуваю себе відпочилим            | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 9.       | Я собою не вдоволений                 | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 10.      | Я відчуваю внутрішнє задоволення      | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 11.      | Я впевнений у собі                    | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 12.      | Я нервую                              | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 13.      | Я не знаходжу собі місця              | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 14.      | Я напружений                          | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 15.      | Я не почуваю скутості, напруженості   | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 16.      | Я задоволений                         | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 17.      | Я занепокоєний                        | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 18.      | Я занадто збуджений і мені не по собі | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 19.      | Мені радісно                          | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 20.      | Мені приємно                          | 1                   | 2           | 3     | 4            |

## Продовження додатку Б

## Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

| № з/п | Твердження                                                                      | Варіанти відповідей |             |       |              |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-------|--------------|
|       |                                                                                 | Ні, це не так       | Мабуть, так | Вірно | Цілком вірно |
| 21.   | Я відчуваю задоволення                                                          | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 22.   | Я дуже швидко втомлююся                                                         | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 23.   | Я легко можу заплакати                                                          | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 24.   | Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші                                    | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 25.   | Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення                       | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 26.   | Звичайно я почуваю себе бадьорим                                                | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 27.   | Я спокійний, холонокровний і зібраний                                           | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 28.   | Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене                                 | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 29.   | Я занадто переживаю через дрібниці                                              | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 30.   | Я цілком щасливий                                                               | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 31.   | Я приймаю все занадто близько до серця                                          | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 32.   | Мені не вистачає впевненості в собі                                             | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 33.   | Звичайно я почуваю себе в безпеці                                               | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 34.   | Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів                              | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 35.   | У мене буває хандра                                                             | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 36.   | Я задоволений                                                                   | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 37.   | Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене                                     | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 38.   | Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 39.   | Я врівноважена людина                                                           | 1                   | 2           | 3     | 4            |
| 40.   | Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи        | 1                   | 2           | 3     | 4            |

## Додаток В

## Шкала тривоги Бека

| Питання                                             | Зовсім не турбує | Злегка турбує | Середньо турбує | Дуже турбує |
|-----------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------------|-------------|
| 1 .Відчуття оніміння та поколювання в тілі          | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 2.Відчуття жару                                     | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 3.Тремтіння в ногах                                 | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 4.Неможливість розслабитись                         | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 5.Страх, що станеться найгірше                      | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 6 .Головокружіння                                   | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 7 .Прискорене серцебиття                            | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 8.Нестійкість, нестабільність                       | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 9.Відчуття жаху, це кінець                          | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 10.Дратівливість                                    | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 11 .Тремтіння в руках                               | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 12.Відчуття задухи                                  | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 13 .Нерівна хода                                    | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 14.Страх втрати контролю                            | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 15.Труднощі з диханням                              | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 16.Страх смерті                                     | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 17.Переляк                                          | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 18.Шлунково-кишкові розлади                         | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 19 .Непритомність                                   | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 20.Прилив крові до обличчя                          | 0                | 1             | 2               | 3           |
| 21 .Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою) | 0                | 1             | 2               | 3           |

**Додаток Д**

Корекційна програма «Пошук ресурсів: шляхи до емоційної стійкості та підтримки для батьків дітей з ООП».

Тиждень 1. Старт програми: Знайомство, підтримка та управління стресом.

**Заняття 1**

Мета: Ознайомлення з програмою та учасниками, створення безпечного простору, збір анамнезу та визначення потреб.

Інвентар: ноутбук, екран, фліпчарт, фломастери, метафоричні асоціативні карти (МАК), мобільні телефони.

**1. Вправа «Знайомство. Три факти та представлення» (20 хв.):**

Мета: підготувати учасників до роботи, створити комфортну атмосферу, сприяти згуртованості групи, надати можливість кожному учаснику представитися.

Хід вправи:

Психолог-тренер пропонує кожному учаснику підготувати три факти про себе: два правдивих і один неправдивий.

Учасники по черзі представляються групі, називаючи свої три факти.

Після кожного представлення група намагається відгадати, який з фактів є неправдивим.

Після того, як факт розкрито, учасник може додати коротку інформацію про себе:

ім'я;

рід занять/інтереси;

очікування від зустрічі/заходу.

Тренер може почати першим, щоб показати приклад.

**2. Презентація Програми (15 хв.)**

Після знайомства учасників психолог переходить до презентації Програми, яка буде реалізовуватися в межах курсу.



Основна мета цього етапу - пояснити учасникам, що їх очікує, які знання та навички вони отримують, а також як організована робота в групі.

Тренером зазначається основні завдання та структура Програми.

Якщо є можливість, тренер може підготувати презентацію та продемонструвати ключові моменти на екрані. Якщо технічних засобів немає, то інформація подається у вигляді усного пояснення, доповнено роздатковими матеріалами або схемами на фліпчарті.

Щоб налаштувати учасників на активну роботу, важливо пояснити основні правила та принципи взаємодії в групі, які мають базуватися на довірі, взаємоповазі, конфіденційності та дотриманню регламенту.

На завершення презентації психолог може поставити декілька запитань:

Що вас найбільше цікавить у цій Програмі? Які у вас очікування від курсу?

Чи є теми, які ви хочете розглянути детальніше? Це допоможе створити атмосферу співпраці та врахувати групи запитів.

### 3.Практична вправа «Мій емоційний стан зараз» (15 хвилин)

Мета: допомогти учасникам усвідомити та назвати свої поточні емоції, створити простір для саморефлексії та емоційної відкритості, надати можливість поділитися своїми емоціями з групою (за бажанням), розвинути навички емоційного інтелекту.

Інструмент: метафоричні асоціативні карти (МАК) або емодзі в мобільному телефоні.

Хід вправи:

Вступ (2 хвилини):

Тренер пояснює мету вправи та важливість усвідомлення своїх емоцій, наголошує на тому, що всі емоції є нормальними та прийнятними, запевняє учасників, що ділитися своїми емоціями необов'язково, це за їхнім бажанням.

Ідентифікація емоцій (5 хвилин):

Тренер пропонує учасникам на мить заплющити очі та зосередитися на своїх внутрішніх відчуттях. Пропонує запитання для саморефлексії: "Що я відчуваю прямо зараз? Які емоції присутні в моєму тілі?".

Учасники обирають МАК карту або емодзі, які, на їхню думку, найкраще відображають їхні поточні емоції.

круг емоцій, то учасники відмічають емоції, які вони відчувають.

Вираження емоцій (5 хвилин):

За бажанням, учасники можуть поділитися своїми емоціями з групою. Вони можуть пояснити, чому обрали саме цю карту або емоцію. Тренер створює атмосферу підтримки та прийняття, наголошуючи на тому, що немає "правильних" чи "неправильних" емоцій.

Підсумок (3 хвилини):

Тренер підсумовує вправу, наголошуючи на важливості самоусвідомлення та емоційної відкритості. Заохочує учасників продовжувати практикувати усвідомлення своїх емоцій у повсякденному житті.

Ця вправа допоможе учасникам краще розуміти себе та свої емоції, а також сприятиме створенню більш відкритої та підтримуючої атмосфери в групі.

4.Вправа "Коло очікувань та вражень" (10 хвилин):

Мета: зібрати зворотний зв'язок від учасників, завершити заняття на позитивній ноті, надати можливість учасникам висловити свої очікування та враження.

Хід вправи:

Тренер пропонує учасникам коротко поділитися своїми очікуваннями від Програми та враженнями від першого заняття. Можна використовувати "коло очікувань", де кожен учасник по черзі висловлює свою думку.

Тренер підсумовує висловлювання, дякує учасникам за активність та участь. Можна використати запитання: Що вам найбільше сподобалось? Що було новим? Що ви очікуєте від подальших занять?

## Заняття 2

Мета: Надати учасникам базові знання про фізіологічні та психологічні аспекти стресу, допомогти розрізнити стрес, тривожність та депресію, навчити визначати сфери свого контролю у стресових ситуаціях, заохотити до самостійного відстеження стресових факторів.

Інвентар: ноутбук, екран, презентація (слайди, зображення, схеми), фліпчарт або дошка для записів, ручки, олівці.

### 1. Міні-лекція "Розумію свій стрес" (30 хвилин):

Мета: Надати теоретичну базу для розуміння стресу.

Зміст: визначення стресу та його види (гострий, хронічний), фізіологічні реакції на стрес (роль гормонів, нервової системи), психологічні аспекти стресу (емоції, думки, поведінка, відмінності між стресом, тривожністю та депресією, фактори, що сприяють розвитку стресу, вплив стресу на здоров'я та якість життя).

Методи: інтерактивна лекція з використанням презентації, обговорення прикладів з життя, відповіді на запитання учасників.

### 2. Практична вправа "Коло контролю" (20 хвилин):

Мета: допомогти учасникам усвідомити, що ми можемо контролювати, а що ні, зменшити тривожність, зосередившись на тому, що в нашій владі, навчити ефективно розподіляти свій ресурс.

Інструменти: 2 аркуші паперу, ручка або олівець

Хід виконання:

Аркуш №1: "Мої турботи" (5 хвилин): намалуйте велике коло. Запишіть усередину кола всі питання, які вас турбують, від глобальних до побутових.

Аркуш №2: "Кола контролю" (10 хвилин): намалуйте 3 кола: велике ("Коло тривоги"), середнє ("Коло впливу"), маленьке ("Коло контролю").

Розподіліть питання з аркуша №1 по колах:

"Коло тривоги": питання, на які ви не можете вплинути.

"Коло впливу": питання, на які ви можете частково вплинути.

"Коло контролю": питання, які повністю у вашій владі.

Проаналізуйте отримані результати, обговоріть в групах або назагал (за бажанням). (5 хвилин):

"Коло тривоги": усвідомте, що ці питання поза вашим контролем, і перестаньте витрачати на них ресурс.

"Коло контролю": зосередьтеся на цих питаннях, оскільки саме тут ви можете діяти ефективно.

Тренер підсумовує та наголошує на ключових моментах: будьте реалістичні у розподілі питань, прийміть те, що ви не можете змінити, спрямовуйте свою енергію на те, що вам підвладне.

3. Домашнє завдання: "Щоденник стресу" (5 хвилин):

Мета: Заохотити учасників до самостійного відстеження стресових факторів та реакцій на них.

Інструменти: Роздаткові матеріали "Щоденник стресу".

Хід: тренер пояснює, як вести "Щоденник стресу" (записувати ситуації, що викликають стрес, емоції, думки, реакції), наголошує на важливості регулярного ведення щоденника. Надає відповіді на запитання щодо домашнього завдання.

4. Завершення (5 хвилин):

Підсумок заняття, відповіді на запитання, подяка учасникам за активну участь, надайте учасникам посилання на корисні ресурси (книги, статті, веб-сайти) для більш поглибленого вивчення теми, анонс наступного заняття.

Тиждень 2 . « Робота з тілесними проявами стресу»

### Заняття 3

Мета: усвідомити тілесні реакції на стрес, навчити методів саморегуляції, опанувати техніки релаксації для зниження тілесного напруження.

Інструменти: презентація (слайди, зображення, схем), килимки для йоги або зручні місця для виконання вправ, музика для релаксації (за бажанням), роздаткові матеріали (опис вправ, пам'ятки).

Хід заняття:

1. Міні-лекція: "Як тіло реагує на стрес?" (15 хвилин):

Мета: Надати інформацію про фізіологічні реакції на стрес.

Зміст: тілесні прояви стресу (м'язове напруження, прискорене серцебиття, поверхнєве дихання, тощо), вплив стресу на різні системи організму (нервову, м'язову, серцево-судинну), взаємозв'язок між емоціями та тілесними відчуттями.

Методи: інтерактивна лекція з використанням презентації.

Обговорення особистого досвіду учасників.

2. Вправа: Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном (10 хвилин).

Мета: навчити учасників практичним методам саморегуляції, допомагає усвідомити м'язове напруження та навчитися його знімати.

Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном – це техніка, яка допомагає зняти м'язову напругу, що виникає внаслідок стресу. Вона базується на послідовному напруженні та розслабленні різних груп м'язів, що дозволяє усвідомити різницю між цими станами та навчитися контролювати напругу. Ця методика може бути корисною для людей, які страждають від тривожності, безсоння та інших станів, пов'язаних зі стресом.

Хід виконання вправи:

Підготовка: знайдіть тихе та спокійне місце, де вас ніхто не потурбує, сядьте в зручне крісло (за бажанням можна лягти). Розслабтеся та зробіть кілька глибоких вдихів.

Почніть почергове напруження та розслаблення різних груп м'язів від обличчя до стоп: чола, щелепи, шиї, плечей, рук (біцепси, трицепси, кисті), грудей, живота, спини, ніг (стегна, литки, стопи).

Кожну групу м'язів напружуйте на 5-10 секунд, потім повільно розслабляйте на 15-20 секунд. Зосередьтеся на відчуттях під час напруження та розслаблення. Після виконання всіх вправ посидьте кілька хвилин у стані повного розслаблення. Повільно повертайтеся до звичайного стану.

Відчуття контрасту між напруженням і розслабленням допомагає навчитися розпізнавати та контролювати м'язову напругу.

### 3.Вправа "Заземлення" (10 хвилин).

Вправа "Заземлення" – це техніка, яка допомагає повернутися в "тут і зараз", зменшити тривожність та відчуття відірваності від реальності. Вона особливо корисна в моменти сильного стресу, панічних атак або емоційного перевантаження.

Мета: відновити зв'язок з тілом і навколишнім світом, зменшити відчуття тривоги та паніки, повернути відчуття контролю над ситуацією.

Хід виконання:

Відчуйте опору. Якщо ви стоїте, відчуйте, як ваші стопи міцно стоять на землі, якщо ви сидите, відчуйте, як ваші сідниці і стопи торкаються опори, зосередьтеся на відчуттях тиску, тепла або холоду. Зробіть кілька глибоких вдихів і видихів, відчуйте, як повітря входить і виходить з ваших легень.

Озирніться навколо і назвіть 5 речей, які ви бачите, прислухайтеся до 4 звуків, які ви чуєте, відчуйте 3 речі, до яких ви торкаєтесь, відчуйте 2 запахи, які ви можете вловити, назвіть 1 смак, який ви відчуваєте.

Сфокусуйтеся на тілі, поворухіть пальцями рук і ніг, покрутіть головою в різні боки, відчуйте, як ваші м'язи напружуються і розслабляються.

Якщо вам важко зосередитися, спробуйте використовувати візуалізацію. Уявіть, як коріння росте з ваших стоп і проникає глибоко в землю. Регулярна практика допоможе вам швидше і ефективніше заземлятися в моменти стресу.

### 4.Самомасаж (10 хвилин):

Самомасаж – це простий та ефективний спосіб зняти м'язову напругу, покращити кровообіг та розслабитися. Він не потребує спеціального обладнання та може виконуватися будь-де.

Мета: зняти м'язове напруження, покращити кровообіг.

Інструмент: зручне крісло, килимок, тенісний м'яч, масажний ролик, будь-який масажер.

Хід вправи:

Почніть круговими рухами масажувати шию від основи черепа до плечей, розминайте плечі, використовуючи пальці або кулаки, використовуйте техніку розтирання, щоб розігріти м'язи.

Також можна зробити масаж обличчя: кінчиками пальців ніжно промасажуйте лоб, щоки та підборіддя, використовуйте кругові рухи навколо очей, щоб зняти напругу, легко поплескайте обличчя, щоб покращити кровообіг.

За аналогію можна перейти до масажу рук, ніг. Можна промасажувати спину за допомогою тенісного м'яча або масажного ролика

Якщо ви робите самомасаж, використовуйте тенісний м'яч або масажний ролик. Катайте м'яч або ролик по спині, приділяючи особливу увагу проблемним зонам. За бажання можна використовувати масажне масло або крем, щоб зменшити тертя.

## 5. Рефлексія (15 хвилин)

Мета рефлексії: осмислити отримані знання та досвід, виявити особисті інсайти та усвідомлення, визначити, як застосувати отримані навички в повсякденному житті, закріпити навички саморегуляції, оцінити ефективність технік релаксації.

Тренер може задати наступні питання: Що нового я дізнався/дізналася про фізіологічні реакції на стрес? Чи усвідомив/усвідомила я, як стрес проявляється в моєму тілі? Які тілесні відчуття я зазвичай відчуваю під час стресу? Чи змінилося моє розуміння взаємозв'язку між емоціями та тілесними відчуттями? Чи вдалося мені відчути різницю між напруженням і розслабленням м'язів? Які групи м'язів мені було найважче розслабити? Чи відчув/відчула я зниження м'язової напруги після виконання вправи? Чи можу я застосовувати цю техніку в повсякденному житті? Чи допомагає вправа «Заземлення» повернутися в "тут і зараз"? Чи вдалося мені зменшити

відчуття тривоги або паніки? Як я можу використовувати цю вправу в моменти сильного стресу? Які почуття у мене виникали під час виконання цієї вправи?

Які ділянки тіла я відчуваю найбільш напруженими? Чи допоміг мені самомасаж зняти м'язову напругу? Чи відчув/відчула я покращення кровообігу? Чи можу я використовувати цю техніку самостійно вдома? Які техніки релаксації були для мене найбільш ефективними? Як я можу інтегрувати ці техніки в свій щоденний розпорядок? Що я буду робити, коли відчуватиму тілесні прояви стресу? Що я відчув під час виконання вправ? Що я відчув після виконання вправ? Що мені сподобалось найбільше?

6.Завершення (5 хвилин): Підсумок заняття, відповіді на запитання, подяка учасникам за активну участь, надаємо учасникам посилення на корисні ресурси (книги, статті, веб-сайти) для більш поглибленого вивчення теми, анонс наступного заняття.

#### Заняття 4

1.Тренер проводить «Психоедукацію: Мистецтво розслаблення» (10 хвилин).

Вправи на релаксацію – це потужний інструмент для зниження стресу, покращення самопочуття та відновлення внутрішнього балансу. У сучасному світі, де темп життя постійно зростає, вміння розслаблятися стає не просто бажаним, а необхідним навиком. Релаксаційні техніки допомагають знизити рівень стресу. Регулярна практика релаксації зменшує вироблення гормонів стресу, таких як кортизол, і сприяє виробленню ендорфінів – гормонів щастя.

Також, дозволяє покращити сон, допомагає заспокоїти розум і тіло, що сприяє глибшому та якіснішому сну. Релаксаційні вправи допомагають розслабити напружені м'язи, що може зменшити біль і дискомфорт. Може бути корисним у навчанні та роботі, допомагає покращити концентрацію та увагу, заспокоїти розум і зменшити тривожні думки.



Існує безліч різних технік релаксації, від простих дихальних вправ до складніших методів, таких як прогресивна м'язова релаксація та медитація. Важливо знайти ті техніки, які найкраще підходять саме вам, і практикувати їх регулярно, щоб отримати максимальну користь.

2. Вправа "Квадратне дихання" (10 хвилин): це проста, але ефективна техніка дихання, яка допомагає заспокоїти нервову систему, зменшити тривогу та стрес, а також покращити концентрацію.

Мета: заспокоїти нервову систему та зменшити стрес шляхом контрольованого та ритмічного дихання.

Хід виконання:

Знайдіть тихе та спокійне місце, прийміть зручну позу, розслабтеся та закрийте очі (за бажанням). Повільно вдихніть через ніс, рахуючи до 4. Затримайте дихання на 4 рахунки. Повільно видихніть через рот, рахуючи до 4. Затримайте дихання на 4 рахунки. Повторіть цикл дихання протягом 3-5 хвилин або довше, якщо необхідно. Зосередьтеся на рахунку та відчуттях дихання. Якщо 4 рахунки – це занадто багато, почніть з 3 або 2. З часом ви зможете збільшити тривалість рахунку.

3. Вправа "Метелик" (10 хв.) – це проста техніка самодопомоги, яка допомагає заспокоїти нервову систему, зменшити тривогу та стрес, особливо в моменти емоційного перевантаження або травматичного досвіду. Стимулює двосторонню стимуляцію мозку, що сприяє обробці емоцій.

Мета: стабілізація емоційного стану, зменшення тривожності та панічних відчуттів, повернення відчуття контролю, заспокоєння.

Хід виконання: Сядьте або станьте в зручну позу. Схрестить руки на грудях так, щоб кінчики пальців торкалися плечей або ключиць. Великі пальці можуть бути сплетені або просто знаходитися поруч. Почергово поплескуйте себе по плечах, імітуючи рухи крил метелика. Поплескування мають бути легкими, ритмічними та чергуватися: ліва рука – права рука – ліва рука.

Дихайте рівно та спокійно. Зосередьтеся на відчуттях у тілі та на ритмі поплескувань. Виконуйте вправу протягом 3-5 хвилин або до тих пір, поки не відчуєте заспокоєння.

#### 4. Гра "Асоціації з релаксацією" (10 хвилин):

Мета: активізувати мислення учасників, створити позитивну атмосферу, показати, що релаксація може бути різноманітною.

Хід гри: Тренер називає слово, пов'язане з релаксацією (наприклад, "спокій", "дихання", "природа"). Учасники по черзі називають свої асоціації з цим словом. Можна використовувати м'яч або інший предмет, щоб передавати хід.

Наприклад, тренер каже "спокій", учасник каже "ліс", інший учасник каже "сон" і так далі.

5. Вправа "Безпечне місце" (15 хв) - це потужна візуалізаційна техніка, яка допомагає заспокоїти розум, зменшити тривогу та стрес, а також створити внутрішній простір безпеки та комфорту.

Мета: створення внутрішнього простору безпеки та комфорту, зменшення тривоги, стресу та панічних відчуттів.

Хід виконання: Знайдіть тихе та спокійне місце, де вас ніхто не потурбує, сядьте в зручну позу, закрийте очі та зробіть кілька глибоких вдихів і видихів. Уявіть собі місце, де ви відчуваєте себе абсолютно безпечно, комфортно та спокійно. Це може бути реальне місце, яке ви відвідували, або вигадане місце, створене вашою уявою. Детально уявіть собі це місце, задайте собі питання: Який вигляд воно має? Які звуки ви чуєте? Які запахи ви відчуваєте? Які відчуття у вашому тілі? Хто або що знаходиться поруч з вами?

Дозвольте собі повністю зануритися в це місце. Відчуйте спокій, безпеку та комфорт, які воно вам дарує. Досліджуйте це місце, насолоджуючись кожною деталлю. Відчуйте, як напруга та тривога покидають ваше тіло.

Коли ви відчуєте себе готовими, повільно повертайтеся в «тут і зараз». Зробіть кілька глибоких вдихів і видихів, повільно відкрийте очі.

#### 5.Подяка та прощання (5 хвилини):

Подяка учасникам за їхню активність та участь, побажання їм успіхів у застосуванні технік релаксації.

### Тиждень 3. Робота з емоціями

#### Заняття 5

Тема: «Розуміння та управління емоціями»

Мета: надати учасникам базові знання про емоції та їхню роль, навчити технікам усвідомлення та управління емоціями, зменшити вплив негативних емоцій.

Інструменти: презентація (слайди, зображення, схеми), фліпчарт або дошка для записів, ручки, олівці, аркуші паперу.

#### 1.Міні-лекція: «Що таке емоції?» (15 хвилин).

Мета: Надати теоретичну базу для розуміння емоцій.

Зміст: визначення емоцій та їхні функції, основні види емоцій (радість, сум, гнів, страх, тощо), вплив емоцій на думки, поведінку та здоров'я, відмінності між емоціями та почуттями.

Методи: інтерактивна лекція з використанням презентації.

Обговорення прикладів з життя, відповіді на запитання учасників.

#### 2.Гра «Емоційні маски» (20 хвилин):

Мета: допомогти учасникам розпізнавати та виражати різні емоції, розвинути навички емпатії, посприяти розвитку емоційного інтелекту учасників.

Інструмент: картки з зображеннями різних емоцій.

Хід: Тренер пропонує учасникам по черзі витягувати картку та зображати відповідну емоцію. Інші учасники повинні вгадати, яку емоцію зображують. Далі учасники обговорюють, як вони розпізнали емоцію.

#### 3.Вправа "Знищи свій страх" (15 хвилин):

Мета: Допомогти учасникам зменшити вплив страху.

Інструменти: аркуш паперу, ручки, олівці.

Хід: Тренер пропонує учасникам визначити свій найбільший страх. Учасники записують на аркуші, що саме їх лякає, і як вони можуть протистояти цьому страху. Використовують методи візуалізації, заміни негативних думок на позитивні. Можна запропонувати учасникам намалювати свій страх, а потім знищити цей малюнок.

4.Рефлексія (10 хвилин):

Методи: групова дискусія.

Мета: Обговорити досвід виконання вправ, поділитися відчуттями.

Питання для обговорення: Що нового я дізнався/дізналася про свої емоції?

Які техніки виявилися найбільш корисними? Як я можу застосовувати ці знання в повсякденному житті? Обмін особистим досвідом.

## Заняття 6

1.Інформаційна лекція «Де шукати допомогу?» (10 хвилин)

Мета: надання інформації про доступні ресурси та організації підтримки

Інструмент: роздаткові матеріали (список ресурсів, контактні дані).

Хід лекції: Тренер пояснює важливість звернення за допомогою, розповідає про види допомоги: психологічна допомога (індивідуальна, групова, онлайн),

медична допомога (психіатр, невролог), соціальна допомога (центри соціальних служб, гарячі лінії); надання інформації про волонтерські, релігійні, ресурсні організації, національні та місцеві гарячі лінії, центри психологічної допомоги, онлайн-платформи, веб-сайти з корисною інформацією та додатки.

2. Гра «Тривожний детектив» (20 хвилин):

Мета: допомогти учасникам усвідомити, що тривога часто базується на нереалістичних думках, навчити аналізувати тривожні думки та знаходити докази проти них, розвинути критичне мислення.

Хід: Тренер пропонує учасникам подумати про тривожну ситуацію, яка нещодавно сталася та просить їх записати свої тривожні думки, пов'язані з цією ситуацією. Потім пропонує їм зіграти роль "тривожного детектива" і знайти докази проти цих думок. Наприклад, якщо думка "Я не впораюся", докази можуть бути: "Я вже впорався з подібними ситуаціями", "У мене є підтримка друзів".

### 3. Арт-вправа "Метелик тривоги" (25 хвилин)

Мета: візуалізувати тривогу та зменшити її вплив, надати можливість творчо виразити свої почуття, створити символічний образ тривоги для подальшої роботи з нею.

Матеріали: папір, кольорові олівці, фарби, маркери.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам подумати про свою тривогу.

Який вона має вигляд? Які відчуття вона викликає? Потім необхідно намалювати метелика, який символізує їхню тривогу, використовуючи будь-які кольори та матеріали. Далі учасники описують свого метелика: Які в нього крила? Які кольори? Який в нього настрій? Що він хоче сказати?

Робимо трансформацію метелика (уявної тривоги): пропонуємо учасникам подумати, як вони можуть змінити свого метелика, щоб зменшити його вплив. Можливо додати кольори, змінити форму крил або додати будь-які інші деталі. Можна запропонувати намалювати поряд другого метелика, який буде символізувати спокій.

Обговорення робіт учасників, що вони відчували під час виконання вправи? Як змінився їхній метелик? Що вони зрозуміли про свою тривогу?

4. Завершення (5 хвилин): Підсумок заняття, відповіді на запитання, подяка учасникам за активну участь, анонс наступного заняття.

Тиждень 4. «Ресурси та позитивне мислення»

## Заняття 7

### 1. Вступ (10 хвилин)

Мета: ознайомлення з поняттям ресурси та позитивне мислення, визначення та зміна деструктивних думок

Інструменти: інформаційні матеріали (посилання на веб-сайти).

Хід виконання: Тренер коротко ознайомлює учасників з теоретичною інформацією про когнітивно-поведінкову терапію, ресурси підтримки та техніки позитивного мислення.

## 2. Вправа «Зупинка думки» (10 хвилин)

Мета: перервати потік негативних або нав'язливих думок, зменшити вплив цих думок на емоційний стан, навчити технік контролю над думками.

Хід виконання: Усвідомте, що у вас виникла негативна або нав'язлива думка. Визначте, які емоції вона викликає. Скажіть собі "Стоп!" вголос або подумки. Можна використовувати додаткові сигнали: клацнути пальцями, ляснути себе по руці, уявити червоний стоп-сигнал. Далі - переключіть увагу на щось інше, порахуйте до 10, опишіть предмети навколо, виконайте просту фізичну вправу. Повторюйте техніку «Стоп» щоразу, коли виникає негативна думка. З часом ви навчитеся автоматично переривати потік думок.

## 2. Вправа "Перефразування негативних думок" (15 хвилин)

Мета: змінити негативні думки на більш позитивні та реалістичні. зменшити вплив негативних думок на емоційний стан, розвинути навички когнітивної реструктуризації.

Хід виконання: Тренер просить учасників визначити свої негативні думки, записати їх та проаналізувати. Потім запитати себе: Чи є докази, що підтверджують цю думку? Чи є докази, що спростовують цю думку? Чи є інші можливі пояснення ситуації? Чи є ця думка корисною для мене?

Далі учасники повинні спробувати перефразувати думки, сформулювати більш позитивні та реалістичні думку, необхідно використовувати слова, які відображають надію та впевненість. Наприклад: Негативна думка: "Я ніколи не зможу цього зробити". Перефразована думка: "Це може бути складно, але я можу спробувати і навчитися".

## 3. Метод "Когнітивна карта" (25 хвилин)

Мета: візуалізувати взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою, виявити негативні патерни мислення, розробити стратегії для зміни негативних патернів.

Матеріали: папір, ручки, олівці.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам вибрати ситуацію, яка викликає негативні емоції. Учасник має намалювати коло в центрі паперу, написати у колі вибрану ситуацію та намалювати стрілки, що виходять з кола:

думки (записує негативні думки, пов'язані з ситуацією), емоції (записує емоції, які відчуває), поведінка (записує, як він реагує на ситуацію).

Учасник аналізує взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою, виявляє негативні патерни мислення та розробляє стратегії для зміни негативних патернів:

## Заняття 8

Тема тренінгу: "Я і мої ресурси"

Мета: допомогти учасникам виявити та усвідомити свої особисті ресурси, навчити використовувати ці ресурси для подолання труднощів та досягнення цілей, підвищити самооцінку та впевненість у собі, розвинути навички позитивного мислення та самопідтримки.

Інструменти: роздаткові матеріали з переліком різних видів ресурсів, картки з афірмаціями, аркуші паперу, ручки, олівці, кольорові олівці, фліпчарт або дошка для записів, музика для релаксації (за бажанням).

Хід тренінгу:

Вступ (до 5 хвилин): пояснення важливості усвідомлення своїх ресурсів, створення атмосфери довіри та підтримки, оголошення мети та плану тренінгу.

1.Вправа «Мої внутрішні ресурси» (15 хвилин):

Мета: Допомогти учасникам виявити свої внутрішні ресурси.

Хід: учасники отримують роздаткові матеріали з переліком різних видів ресурсів (наприклад, навички, знання, цінності, якості характеру, досвід).

Вони індивідуально заповнюють перелік, вибираючи ті ресурси, які вони вважають своїми. Потім учасники об'єднуються в пари або групи та діляться своїми ресурсами. Обговорення в загальному колі може включати такі запитання: Які ресурси виявилися найбільш поширеними? Які ресурси виявилися несподіваними? Як можна використовувати ці ресурси в повсякденному житті?

## 2.Методика «Лист подяки собі» (15 хвилин):

Мета: Підвищити самооцінку та впевненість у собі.

Хід: Учасники отримують аркуші для листа, вони пишуть лист подяки собі, в якому: висловлюють подяку за свої досягнення та зусилля, відзначають свої позитивні якості та навички, висловлюють підтримку та співчуття. За бажанням, учасники можуть поділитися своїми листами в парах або групах.

## 3.Створення власних афірмацій (15 хвилин):

Мета: Навчити учасників використовувати афірмації для підтримки позитивного мислення.

Хід: Тренер пояснює, що таке афірмації та як вони працюють. Учасники отримують картки з прикладами афірмацій. Вони індивідуально створюють власні афірмації, які відображають їхні цілі та бажання. За бажанням, учасники можуть поділитися своїми афірмаціями в парах або групах.

## 4.Рефлексія (10 хвилин).

Мета: Обговорити досвід виконання вправ, поділитися відчуттями.

Питання для обговорення: Що нового я дізнався/дізналася про свої ресурси? Які техніки виявилися найбільш корисними? Як я можу застосовувати ці знання в повсякденному житті?

## Тиждень 5. Робота з життєвими ситуаціями



## Заняття 9

1. Міні-лекція: «Ознаки емоційного вигорання та профілактика» (15 хвилин)

Мета: ознайомити учасників з ознаками та стадіями емоційного вигорання, навчити розпізнавати власні симптоми вигорання, надати інформацію про профілактику емоційного вигорання.

Інструменти: ноутбук, екран, презентація (слайди, зображення, схеми).

Зміст лекції: визначення емоційного вигорання та його стадії, фізичні, емоційні та поведінкові ознаки вигорання, фактори, що сприяють вигоранню, стратегії профілактики вигорання (самодопомога, підтримка, зміна способу життя).

Методи: інтерактивна лекція з використанням презентації.

Обговорення прикладів з життя. Відповіді на запитання учасників.

2. Вправа "Баланс енергії" (15 хвилин).

Мета: Допомогти учасникам усвідомити свій баланс енергії та визначити, що дає та забирає енергію.

Інструменти: аркуші паперу, ручки, олівці, фломастери

Хід: учасники малюють коло, поділене на дві частини: "Джерела енергії" та "Втрати енергії". Вони записують у кожен частину кола те, що дає та забирає у них енергію. Потім починається обговорення в групах або загальне обговорення, під час якого можна задати такі питання: Які джерела енергії виявилися найбільш поширеними? Які втрати енергії виявилися найбільш значними. Як можна змінити баланс енергії на краще?

3. Робота з тригерами (когнітивна перебудова), обговорення щоденника стресу (25 хвилин):

Мета: Навчити учасників розпізнавати та працювати з тригерами, що викликають стрес та вигорання.

Інструменти: щоденники стресу, які вели учасники, ручки, олівці, фліпчарт або дошка для записів,

Хід: Учасники аналізують свої щоденники стресу, виявляючи тригери (ситуації, думки, емоції, люди), що викликають стрес.

Тренер пояснює техніки когнітивної перебудови для зміни негативних думок, пов'язаних з тригерами. Учасники працюють в парах або групах, обговорюючи свої тригери та розробляючи стратегії їх подолання. На обговорення виносяться такі питання: Які тригери виявилися найбільш поширеними? Які техніки когнітивної перебудови виявилися найбільш ефективними? Як можна застосовувати ці техніки в повсякденному житті?

4. Завершення (5 хвилин): підсумок заняття, відповіді на запитання, подяка учасникам за активну участь, заохочення до регулярного використання технік профілактики вигорання.

### Заняття 10

Тема: "Отримання навичок подолання конфліктних ситуацій"

1. Вправа «Я-повідомлення» (20 хвилин). «Я –повідомлення» – це спосіб висловлювання своїх почуттів та потреб, у якому фокус робиться на тому, що відчуває людина, а не на тому, що вона думає про іншу людину.

Мета: навчити учасників висловлювати свої почуття та потреби без звинувачень та критики, розвинути навички конструктивного спілкування, в тому числі в сім'ї, допомогти зменшити конфліктність у спілкуванні.

Інструменти: аркуші паперу, ручки, олівці.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам скласти «Я-повідомлення» за такою структурою::

Конкретно опишіть ситуацію, яка викликала у вас негативні почуття, використовуйте факти, а не оцінки. Наприклад: "Коли ти не вимив посуд після вечері...". Далі опис почуттів: висловіть свої почуття, використовуючи "Я-слова". Наприклад: "...я відчуваю роздратування...".

Опис потреб: висловіть свою потребу, яка не була задоволена в цій ситуації. Наприклад: "...тому що мені важливо, щоб у нас був порядок на кухні...". За бажанням учасник може запропонувати спосіб вирішення

ситуації, який задовольнить його потреби. Наприклад: "... давай домовимося, що кожен буде мити посуд після себе".

За допомогою «Я-повідомлення» учасники можуть запобігти багатьох конфліктів в сім'ї, тому що вони не містять звинувачень, але, разом з тим, допомагають іншій людині зрозуміти ваші почуття та потреби.

3. Рольова гра «Розбір типових конфліктних ситуацій» (30 хвилин):

Мета: практикувати розбір конфліктних ситуацій через рольову гру.

Інструменти: сценарії конфліктних ситуацій.

Хід: Учасники об'єднуються в групи та отримують сценарії конфліктних ситуацій. Вони розігрують ситуації, використовуючи різні стратегії поведінки та техніки спілкування. Після кожної рольової гри обговорюються: Які стратегії виявилися найбільш ефективними? Які помилки були допущені? Як можна було б вирішити ситуацію більш конструктивно?

Можна запропонувати учасникам розіграти ситуації, які вони самі пережили.

3.Рефлексія (10 хвилин):

Мета: Обговорити досвід виконання вправ, поділитися відчуттями та особистим досвідом.

Питання для обговорення: Що нового я дізнався/дізналася про подолання конфліктів? Які техніки виявилися найбільш корисними? Як я можу застосовувати ці знання в повсякденному житті?

Тиждень 6 «Підсумок та закріплення результатів»

### Заняття 11

1.Підведення підсумків та проведення повторного тестування (30 хвилин)

Мета: закріпити результати, досягнуті протягом програми, оцінити ефективність програми та провести повторне тестування.

Інструменти: онлайн тести у вигляді google форми

Хід: Тренер коротко нагадує основні теми та вправи, які були розглянуті протягом програми. Відзначає позитивні зміни, які відбулися у учасників. Наголошує на важливості регулярного використання отриманих навичок. Проводить повторне тестування.

## 2. Вправа - візуалізація «Мій ідеальний день» (15 хвилин):

Мета: навчити учасників візуалізувати свої бажання та створювати позитивний настрій.

Інструменти: аркуші паперу, ручки, олівці.

Хід виконання: Тренер пропонує учасникам заплющити очі та уявити свій ідеальний день. Вони детально описують свої відчуття, думки та дії. Після візуалізації учасники записують свої відчуття та думки на папері. За бажанням, учасники можуть поділитися своїми візуалізаціями в парах або групах.

## 3. Вправа «Скарбничка досягнень» (15 хвилин):

Мета: Допомогти учасникам усвідомити свої досягнення та зміцнити впевненість у собі.

Хід: Кожен учасник отримує папірці та ручку. Протягом 5 хвилин вони записують свої досягнення, великі чи малі, які вони зробили протягом програми. Потім вони складають папірці і кладуть їх у «скарбничку» (коробку або банку). Тренер зачитує деякі досягнення вголос (без зазначення імен).

Це допомагає учасникам побачити, як багато вони досягли, і зміцнити свою мотивацію.

## Заняття 12

### 1. Рефлексія: «Мій шлях у програмі» (15 хвилин):

Мета: Провести рефлексію та оцінити свій шлях у програмі.

Хід: Учасники діляться своїми думками та відчуттями щодо програми. Вони аналізують свій прогрес та досягнення. Тренер заохочує учасників до відкритого та чесного самоаналізу.

### 2. Вправа «Мій особистий компас» (25 хвилин)

Мета: допомогти учасникам визначити свої пріоритети та цінності, щоб вони могли ефективно використовувати свій час та енергію.

Інструменти: аркуші паперу, ручки, олівці.

Хід: Тренер пропонує учасникам уявити, що вони мають «особистий компас», який допомагає їм рухатися в правильному напрямку. На папері кожний учасник малює компас. На стрілках компаса вони пишуть свої основні цінності (наприклад: сім'я, здоров'я, розвиток, творчість і т.і.).

Поруч з кожною цінністю вони записують конкретні дії, які вони можуть робити, щоб її реалізувати. Наприклад:

Сім'я - щодня проводити 15 хвилин якісного часу з дитиною.

Здоров'я - щотижня робити 30-хвилинну прогулянку, сходити в басейн.

Розвиток - щомісяця читати одну книгу з саморозвитку.

Після заповнення компаса учасники обговорюють свої пріоритети та діляться ідеями.

3.Гра «Коло подяки» (15 хвилин).

Мета: Створити атмосферу вдячності та позитиву, підтримати відчуття спільноти.

Хід виконання: Учасники сідають у коло. Перший учасник ділиться тим, за що він/вона вдячний/вдячна сьогодні або протягом програми. Наступний учасник повторює слова попереднього і додає свою подяку. Гра триває до тих пір, поки кожен учасник не висловиться. Це допомагає створити відчуття спільноти та зосередитися на позитивних моментах.

4.Заключне слово (5 хвилин)

Мета: підсумок програми, відповіді на запитання.

Хід: Тренер дякує учасникам за активну участь, акцентує увагу на набутих навичках розпізнавати свої емоції, керувати стресом, будувати позитивні стосунки та знаходити час для себе. Наголошує учасникам на правильному використанні власних ресурсів. Заохочує до регулярного використання отриманих навичок та технік та пропонує подальшу психологічну підтримку.



## Додаток Е

## Результати дослідження психологічних станів особистості за різними методиками до та після проведення корекційної Програми.

|                                                                 | Опитувальник DASS-21 |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             | Шкала тривоги Спілберга-Ханіна |          |         |             |          |         |                    |          |         | % |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|--------|----------|--------|-------------|------------|--------|----------|--------|-------------|------------|--------|----------|--------|-------------|--------------------------------|----------|---------|-------------|----------|---------|--------------------|----------|---------|---|
| Найменування                                                    | Депресія             |        |          |        |             | Стрес      |        |          |        |             | Тривога    |        |          |        |             | Реактивна                      |          |         | Особистісна |          |         | Шкала тривоги Бека |          |         |   |
|                                                                 | нормальний           | легкий | помірний | важкий | дуже важкий | нормальний | легкий | помірний | важкий | дуже важкий | нормальний | легкий | помірний | важкий | дуже важкий | низький                        | помірний | високий | низький     | помірний | високий | низький            | помірний | високий |   |
| Загальне:                                                       |                      |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             |                                |          |         |             |          |         |                    |          |         |   |
| батьки дітей з ООП до проведення корекційної програми (1 група) | 7                    | 10     | 50       | 20     | 13          | 14         | 13     | 20       | 40     | 13          | 0          | 27     | 30       | 20     | 23          | 0                              | 7        | 93      | 0           | 13       | 87      | 33                 | 20       | 47      |   |
| батьки дітей з ООП до проведення корекційної програми (2 група) | 23                   | 15     | 55       | 7      | 0           | 22         | 20     | 41       | 12     | 5           | 7          | 25     | 42       | 12     | 14          | 0                              | 28       | 72      | 0           | 23       | 77      | 33                 | 36       | 31      |   |
| контрольна група (3 група)                                      | 57                   | 17     | 20       | 3      | 3           | 47         | 30     | 17       | 3      | 3           | 34         | 33     | 13       | 10     | 10          | 0                              | 43       | 57      | 0           | 30       | 70      | 60                 | 30       | 10      |   |
| Дослідження за статтю                                           |                      |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             |                                |          |         |             |          |         |                    |          |         |   |
| жінки:                                                          |                      |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             |                                |          |         |             |          |         |                    |          |         |   |
| 1 група                                                         | 9                    | 10     | 38       | 19     | 24          | 14         | 9      | 29       | 29     | 19          | 0          | 14     | 38       | 24     | 24          | 0                              | 0        | 100     | 0           | 10       | 90      | 28                 | 24       | 48      |   |
| 2 група                                                         | 19                   | 19     | 52       | 10     | 0           | 14         | 14     | 48       | 14     | 10          | 5          | 14     | 48       | 19     | 14          | 0                              | 19       | 81      | 0           | 14       | 86      | 24                 | 38       | 38      |   |
| 3 група                                                         | 57                   | 14     | 19       | 5      | 5           | 48         | 33     | 9        | 5      | 5           | 24         | 43     | 19       | 9      | 5           | 0                              | 33       | 67      | 0           | 33       | 67      | 67                 | 24       | 9       |   |
| чоловіки:                                                       |                      |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             |                                |          |         |             |          |         |                    |          |         |   |
| 1 група                                                         | 0                    | 11     | 78       | 11     | 0           | 11         | 22     | 0        | 67     | 0           | 0          | 56     | 11       | 11     | 22          | 0                              | 22       | 78      | 0           | 22       | 78      | 45                 | 11       | 44      |   |
| 2 група                                                         | 33                   | 11     | 56       | 0      | 0           | 33         | 33     | 23       | 11     | 0           | 11         | 45     | 33       | 0      | 11          | 0                              | 44       | 56      | 0           | 45       | 55      | 56                 | 33       | 11      |   |
| 3 група                                                         | 56                   | 22     | 22       | 0      | 0           | 45         | 22     | 33       | 0      | 0           | 62         | 12     | 0        | 13     | 13          | 0                              | 67       | 33      | 0           | 22       | 78      | 45                 | 44       | 11      |   |
| Дослідження по віку:                                            |                      |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             |                                |          |         |             |          |         |                    |          |         |   |
| 25-34 роки:                                                     |                      |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             |                                |          |         |             |          |         |                    |          |         |   |
| 1 група                                                         | 11                   | 11     | 33       | 0      | 44          | 22         | 11     | 22       | 0      | 45          | 0          | 0      | 34       | 33     | 33          | 0                              | 0        | 100     | 0           | 11       | 89      | 45                 | 22       | 33      |   |
| 2 група                                                         | 11                   | 22     | 67       | 0      | 0           | 22         | 0      | 34       | 22     | 22          | 0          | 0      | 56       | 22     | 22          | 0                              | 44       | 56      | 0           | 22       | 78      | 23                 | 44       | 33      |   |
| 3 група                                                         | 67                   | 22     | 11       | 0      | 0           | 56         | 33     | 11       | 0      | 0           | 67         | 11     | 0        | 11     | 11          | 0                              | 55       | 45      | 0           | 44       | 56      | 56                 | 33       | 11      |   |
| 35-44 роки:                                                     |                      |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             |                                |          |         |             |          |         |                    |          |         |   |
| 1 група                                                         | 7                    | 7      | 60       | 26     | 0           | 7          | 7      | 13       | 73     | 0           | 0          | 33     | 40       | 7      | 20          | 0                              | 13       | 87      | 0           | 13       | 87      | 20                 | 20       | 60      |   |
| 2 група                                                         | 40                   | 13     | 47       | 0      | 0           | 20         | 27     | 47       | 6      | 0           | 13         | 27     | 53       | 0      | 7           | 0                              | 20       | 80      | 0           | 20       | 80      | 33                 | 40       | 27      |   |
| 3 група                                                         | 40                   | 13     | 33       | 7      | 7           | 40         | 26     | 20       | 7      | 7           | 27         | 27     | 20       | 13     | 13          | 0                              | 27       | 73      | 0           | 27       | 73      | 73                 | 20       | 7       |   |
| 45-54 роки                                                      |                      |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             |                                |          |         |             |          |         |                    |          |         |   |
| 1 група                                                         | 0                    | 0      | 50       | 50     | 0           | 0          | 25     | 50       | 25     | 0           | 0          | 25     | 0        | 50     | 25          | 0                              | 0        | 100     | 0           | 25       | 75      | 25                 | 25       | 50      |   |
| 2 група                                                         | 0                    | 0      | 50       | 50     | 0           | 0          | 25     | 50       | 25     | 0           | 0          | 25     | 0        | 50     | 25          | 0                              | 25       | 75      | 0           | 50       | 50      | 25                 | 25       | 50      |   |
| 3 група                                                         | 75                   | 25     | 0        | 0      | 0           | 50         | 25     | 25       | 0      | 0           | 0          | 75     | 25       | 0      | 0           | 0                              | 50       | 50      | 0           | 25       | 75      | 25                 | 50       | 25      |   |
| > 55 років                                                      |                      |        |          |        |             |            |        |          |        |             |            |        |          |        |             |                                |          |         |             |          |         |                    |          |         |   |
| 1 група                                                         | 0                    | 50     | 50       | 0      | 0           | 50         | 50     | 0        | 0      | 0           | 0          | 100    | 0        | 0      | 0           | 0                              | 0        | 100     | 0           | 0        | 100     | 100                | 0        | 0       |   |
| 2 група                                                         | 0                    | 50     | 50       | 0      | 0           | 50         | 50     | 0        | 0      | 0           | 0          | 100    | 0        | 0      | 0           | 0                              | 0        | 100     | 0           | 0        | 100     | 100                | 0        | 0       |   |
| 3 група                                                         | 100                  | 0      | 0        | 0      | 0           | 50         | 50     | 0        | 0      | 0           | 0          | 50     | 50       | 0      | 0           | 0                              | 50       | 50      | 0           | 0        | 100     | 50                 | 50       | 0       |   |