

УДК 159.9.072

DOI: [https://doi.org/10.17721/upj.2020.2\(14\).8](https://doi.org/10.17721/upj.2020.2(14).8)

Корнієнко І. О.,

доктор психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології,
Мукачівський державний університет
E-mail: innokasha@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1451-4128
Researcher ID: AAW-3308-2020
Scopus ID: 57214599248

Скопа С. І.,

магістрантка спеціальності «Психологія»,
Мукачівський державний університет
E-mail: svitlana_golovko@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-2882-0616

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ РІВНЯ СТРЕСУ В МАТЕРІВ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

У статті наведено результати емпіричного дослідження показників нервово-психологічної стійкості, ресурсності та рівня стресу матерів дітей із затримкою психічного розвитку. Доведено наявність завищеного рівня тривожності, що сприяє появі невротичного конфлікту, який супроводжується емоційними і невротичними зривами тощо. Дослідження дозволило встановити факт максимальної стресовості досліджуваних і відсутності психологічних ресурсів компенсації та опанування останнім. Встановлено, що загалом матері дітей із затримкою психічного розвитку, порівняно з матерями нормо типових дітей, знаходяться у стані хронічного стресу, часто впадають у депресії та схильні до ресурсного вигорання. Встановлено, що більшість матерів дітей із затримкою психічного розвитку схильні до депресивного стану або вже перебувають в цьому стані, а також схильні до неврозів. Провідне значення для підвищення якості життя та адаптованості дитини із затримкою психічного розвитку має саме психологічний стан матері. Використання кореляційного аналізу показників стресовості та ресурсності досліджуваної групи дозволило встановити зв'язки між тривожністю, низькою адаптивністю депресивністю, що дало змогу виявити ключові точки впливу для організації психологічної допомоги

досліджуваній категорії матерів. Сформульовано висновок про необхідність запровадження програми психологічного супроводу матерів дітей із затримкою психічного розвитку, розвитку їхньої ресурсності, навичок опанування, рефлексії.

Ключові слова: стрес, ресурси, затримка психічного розвитку, трижовність, нервово-психологічна стійкість.

Вступ

Постановка проблеми. Проблематика, пов'язана зі стресами, конфліктами та їхніми наслідками, ґрунтовно досліджувалась як зарубіжними, так і вітчизняними вченими. Враховуючи різноаспектність вищезазначених проблем, вони досліджувались фізіологами, психологами, управлінцями, економістами тощо. Вивчення природи виникнення стресу, причин його розвитку активно розглядаються з найрізноманітніших аспектів. Існує чимало праць щодо взаємодії в сім'ях, які виховують дитину з обмеженими можливостями здоров'я, функціональними розладами, психічним відставанням, ментальними порушеннями загалом. Значна увага приділяється соціалізації таких дітей в суспільстві забезпеченню процесів її соціально-психологічної реабілітації та інклюзії. У свою чергу, проблема стресу в сім'ях, де зростають діти з ментальними порушеннями, набуває все більшої актуальності в силу зміни соціально-психологічного позиційного сприймання даної категорії людей у суспільстві. Соціальна значущість проблеми, її недостатня теоретична та практична розробка зумовили спробу початкового пошуку вектору щодо розроблення даної проблематики.

Теоретичний аналіз

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз наукових праць із проблеми стресу вразливих прошарків населення свідчить про те, що тривалий час у психологічній науці основна увага акцентувалась саме на дослідженні дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР). Але в розрізі теми нашого дослідження слід вести мову про стрес в контексті сім'ї. Актуалізується потреба у вивченні батьківства у різних сім'ях, зокрема, тих, які виховують нормотипових дітей та з особливостями розвитку.

Найбільш схильні до стресу в сім'ї матері, яким доводиться більше контактувати з дітьми. Особливо вразливими є матері-домогосподарки. Роль матері в сім'ї є найбільш емоційно навантаженою. Якщо говорити про матерів дітей з розладами психічного розвитку, то таке

навантаження автоматично зростає в кілька разів, адже численні навички дитині не доступні через її відставання порівняно з нормотиповим розвитком. Тобто в силу того, що ...дитяча відсталість відноситься до числа клінічних форм, які тяжко піддаються або взагалі не піддаються лікувальній дії (Виготський, 1983), здебільшого мова йде тільки про реабілітацію до максимально можливих рамок. Тому часто виключається можливість повного усунення інтелектуального дефекту, а при важких порушеннях – повноцінної соціально-трудової адаптації та самостійного життя в соціумі такої дитини.

Згідно з ресурсною концепцією С. Хобфолла, ресурсами є те, що є цінним для людини та допомагає їй адаптуватися до стресових ситуацій. Сюди відносять зовнішні – соціальні та внутрішні – «душевні» (психологічні). Втрата зовнішніх та/або внутрішніх ресурсів переживається людиною, як суб'єктивне неблагополуччя і стан психологічного стресу (Іванова, 2013). На думку дослідника, психологічний стрес виникає при порушенні балансу між втратою і набуттям персональних ресурсів. Саме ці тези лягли в основу розробленої в рамках дослідження схеми ресурсного вигорання.

Особливу категорію дітей з особливими потребами складають діти із ЗПР, які мають певні відмінності від розумово відсталих (Ткачук та Таубе, 2018).

Вивчаючи проблематику емоційного стану матерів дітей із психофізіологічними порушеннями, Ю.О. Гончар констатує, що емоційний стан матерів, що мали дітей із ЗПР, змінювався з відчуття втомленості, відсутності енергії, пригніченості на спокій та впевненість після занять із використанням іпотерапії та на спокій, енергійність, піднесеність – після занять з використанням дельфінотерапії (Гончар, 2016). Емоційний стан матері дитини з особливими потребами, яка переживає фокусування на поганому самопочутті, тривожність, імпульсивність, гіпоманію емоції презирства і провини, що може призводити до несвідомого емоційного відкидання дитини, гіперопіки та надвисокого контролю на усвідомлюваному і поведінковому рівнях, а також відчуває повну безпорадність і невизначеність майбутнього (Гончар, 2017; Кочерова та ін., 2019). G.S. Shields, L.L. Toussaint, G.M. Slavich (2016) аналізували стрес як детермінанту, яка здатна змінювати з часом певні риси особистості. Автори зазначають, що стрес змінює нервову динаміку і прискорює розлади, що формують риси особистості. Вони довели, що зміни в рівні стресу суттєво впливають на песимізм і відчуття якості власного життя.

Значна частина досліджень присвячена вивченню особливостей функціонування сім'ї, яка виховує дитину з особливими потреба-

ми, самопочуття кожного члена сім'ї та взаємостосунків між ними (Буковська, 2013). В.О. Шаповалов приходиться до висновку, що сім'я, яка виховує дитину з відхиленнями в розвитку, стикається з життєвими труднощами, не характерними для звичайної сім'ї, та має свої специфічні порушення: у внутрішньосімейних стосунках, в системі специфічних соціальних потреб (близькості, інформації, практичній допомозі тощо), у взаєминах дитини з батьками, в інтеграції сім'ї.

Н.В. Бутенко вивчає особливості корекції сімейних уявлень про дитячу інвалідність (Н.В. Бутенко, 2019) і стверджує, що одним із напрямків у налагодженні зовнішньої взаємодії сімей є формування у них навичок асертивності та заохочення їх до активності, адже суспільне ставлення до сімей, які виховують дітей з інвалідністю, призводить до формування у них негативного образу самих себе. Робота з індивідуальними особливостями батьків може бути спрямована не лише на усвідомлення емоційного стану і прийняття власних переживань, проте також на розширення знань про особистісні якості або особливості розвитку дитини.

Виділення невирішених раніше частин проблеми. Незважаючи на широкий суспільний запит, науковцями достатньо рідко піднімається питання про глибинно-психологічні переживання батьками моральної травматизації від усвідомлення статусу здоров'я дитини. Поза увагою науковців залишається постійне перебування таких батьків серед стресорів, що знижують опірність нервової системи та здатність до конструктивного опанування. Бракує наукових досліджень, які б описували особливості батьківства і материнства в сім'ях, де є діти із затримкою психічного розвитку, а саме досліджень, в яких би висвітлювалась сторона батьків в контексті надання останнім специфічної психологічної допомоги.

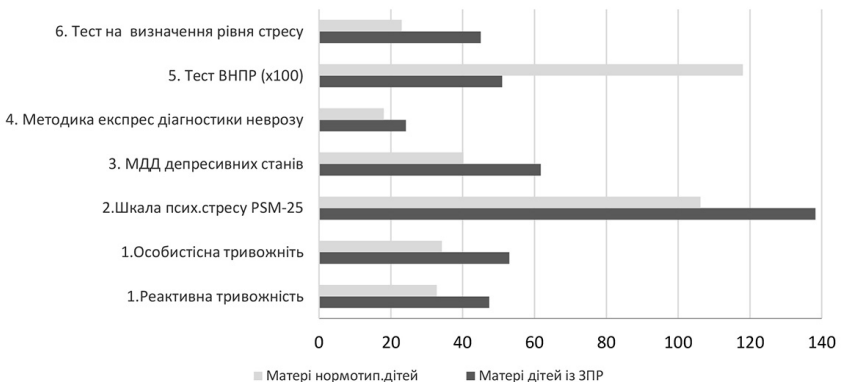
Мета статті: емпірично дослідити особливості прояву та рівень стресу матерів дітей із затримкою психічного розвитку.

Методологія та результати дослідження

Формування вибірки дослідження здійснювалось за допомогою інтернет-опитування за допомогою Google форми. Вибірку склали 20 матерів, котрі виховують дітей із затримкою психічного розвитку (основна вибірка N_1), та 20 матерів нормотипових дітей (контрольна вибірка N_2). У дослідженні використовувався такий психодіагностичний інструментарій: методика оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна) (Козляковський, 2004); шкала психологічного стресу PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліона (Водоп'янова, 2010); методика диференціальної діагностики депресив-

них станів В. Зунга (адаптація Р.І. Балашової) (Агаєв та ін., 2016), експрес-діагностика ймовірності неврозів – методика К. Хека і Х. Хесса (Райгородський, 2001); опитувальник «Втрати і набуття персональних ресурсів» Н. Водоп'янова, М. Штейн (Водоп'янова, 2010); комплексна оцінка прояву стресу Ю. Щербатих (Щербатих, 2008), опитувальник ставлення до хвороби дитини (В. Каган, І. Журавльова) (Ісаєва, Каган, 1999). Для обробки результатів емпіричного дослідження використовувалися методи математичної статистики: порівняння середніх значень за критерієм U-Мана-Уїтні, кореляційний аналіз. Обробку даних здійснено за допомогою програми IBM SPSS Statistics 21.

Зіставляючи сукупність різних чинників, з'ясовано, що в сім'ї, де є діти з психічним відставанням, батьки, особливо матері, постійно перебувають під впливом сильних стресорів. Більшість таких матерів живуть в стані хронічного стресу, часто впадають в депресії та схильні до ресурсного вигорання, а тому вони потребують особливої уваги. Для перевірки висунутої тези проведено тестування групи матерів «особливих» і нормотипових дітей та здійснено найбільш узагальнене порівняння результатів за всіма методиками, які використовувалися в дослідженні. На Рис. 1 простежуються суттєві відмінності між показниками шкал за усіма застосованими методиками між матерями дітей із ЗПР та нормотипових дітей.



Примітка. Для зручності графічного відображення результати за тестом ВНПР помножені на 100

Рис. 1. Порівняння результатів матерів дітей із ЗПР та нормотипових дітей

Отримані результати підтвердили висунуте припущення. Порівнюючи групи матерів дітей із ЗПР та нормо типових дітей, можна помітити, що стан перших потребує негайної уваги й допомоги. Навіть у нормотипових матерів виявлено високу схильність до неврозів, але це єдиний показник з високими результатами, всі інші знаходяться в межах норми. Окрім того, за результатами опитування, 87% досліджуваних відзначили взаємозв'язок свого настрою з поведінкою дитини. І особливо це проявляється в сім'ях, де є особливі діти. Адже тут часто йдеться не просто про дрібні капризи, а реальні масштабні істерики, неспокійний, надмірно збуджений стан.

Для виявлення і доказу статистично достовірної відмінності між двома вибірками використовувався непараметричний критерій порівняння вибірок – критерій U-Мана-Уїтні (табл. 1). За результатами аналізу статистично достовірні відмінності зафіксовано за всіма шкалами та субшкалами опитувальників, які були використані у дослідженні. «Опитувальник ставлення до хвороби дитини» використовувався лише у вибірці матерів дітей із ЗПР, тому у порівняльний аналіз не увійшов.

Таблиця 1

Порівняння показників матерів дітей із ЗПР та нормотипових дітей за критерієм U-Мана Уїтні

Шкали	M_{x_1} (для основної вибірки, N1)	M_{x_2} (для контрольної вибірки, N2)	Mann-Whitney U
Реактивна тривожність	47,36	32,78	7,5
Особистісна тривожність	52,95	34,18	1,5
Шкала псих.стресу PSM-25	138,25	106,20	0,5
МДД депресивних станів	61,72	40,22	7
Методика експрес діагностики неврозу	24,22	18,05	2,5
Тест ВНПР	0,51	1,18	3,5
Тест на визначення рівня стресу	45	23	8

Примітка: N1=20, N2=20, U крит. =127, $p < 0,05$.

Тестування за опитувальником Ч. Спілбергера Ю. Ханіна передбачало визначення тривожності за двома шкалам. Так, за шкалою реактивної тривожності середній бал для вибірки матерів дітей із ЗПР

склав 47,36 балів, тоді як для матерів нормотипових дітей – 32,78. Це свідчить про високий рівень тривожності у матерів дітей із ЗПР та прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами тощо. Вимірювання тривожності як особистої якості особливо важливе, оскільки вона багато в чому обумовлює поведінку суб'єкта. Тривожність за індивідуального оптимального рівня дозволяє особистості адаптуватися, однак, за високого рівня адаптаційний процес залежить від здатності особистості до заповнення внутрішніх ресурсів. Тому кількісні виміри тривожності вважаємо актуальними в рамках нашого дослідження, а результати, одержані у вибірці матерів дітей із ЗПР, – суттєво завищеними.

Друга шкала – особиста тривожність, це стан, в якому особа перебуває зазвичай. 51% опитаних матерів дітей із ЗПР знаходяться на третьому, найвищому рівні, тоді як дана характеристика властива лише 28% матерів нормотипових дітей. Це прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоційними і невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями і лише 6% досліджуваних матерів дітей із ЗПР мають низький рівень тривожності, тоді як матерів нормотипових дітей – 21%, для яких характерна завищено-об'єктивна самооцінка, впевненість у собі, низький рівень ситуативної тривожності, що зумовлює високий рівень розвитку навичок саморегуляції. Утім достатньо суттєва доля (44%) матерів дітей із ЗПР мають середній рівень тривожності. Постійні переживання тривоги фіксуються та стають особистісною якістю – тривожністю. Ці особи більшою мірою, ніж інші схильні до прояву нервозності, глибокого переживання невдач, невпевненості у своїх силах, необ'єктивної самооцінки та вигорання. Такий показник свідчить, також про те, що для даної групи досліджуваних ширший спектр життєвих ситуацій сприймається як стресовий і загрозливий. Особливо це проявляється у тих ситуаціях, які стосуються оцінки престижу і компетенції особистості – в даному випадку йдеться про «компетенцію матері».

Крім традиційних вимірів тривожності як особистісної риси, останнім часом намітилася тенденція до аналізу прихованих причин тривожності, які реалізуються у вигляді конкретних страхів (об'єктів тривоги). Як з'ясувалося, у кожної людини є індивідуальна ієрархічна структура страхів особистості, що визначає, на які стресори в першу чергу в людини розвивається психологічний стрес (Овчарова, 2003). Тому для оцінки стану матерів використовувалася шкала психологічного стресу PSM-25 Лемура-Тесьє-Філліона, середній бал для вибірки матерів дітей із ЗПР становив 138,25, тоді як для матерів нормотипових дітей – 106,20 бали. 41% досліджуваних матерів нормотипових

дітей продемонстрували середній рівень стресу, тоді як у матерів дітей із ЗПР – тільки 15%. 16% матерів нормотипових дітей і 40% матерів дітей із ЗПР перебувають на рівні високого стресу – в стані дезадаптації, психічного дискомфорту. Результати свідчать про надзвичайно яскравий контраст показників між двома групами матерів і переконливо демонструють, наскільки стресовим є життєвий світ матерів дітей із ЗПР.

Стресові життєві ситуації можуть негативно впливати на фізичне та психологічне здоров'я людини. Хронічна втома часто супроводжується станом безмірного збудження, тривоги та депресії. Тож для визначення субдепресії використовувалася шкала зниженого настрою, яка заснована на опитувальнику В. Зунга та адаптована Т. Балашовою.

Аналіз середніх показників показав, що 26% досліджуваних матерів дітей із ЗПР не мають в момент дослідження зниженого настрою, 20% – мають незначне, але чітко виражене зниження настрою і демонструють легку депресію, 34% досліджуваних перебувають у субдепресивному стані та стані маскованої депресії, 20% – в діапазоні глибокого зниження настрою, що свідчить про явно депресивний стан. Для порівняння тільки 8% матерів нормотипових дітей знаходяться у явно депресивному стані, інші показники знаходяться в межах норми.

Тож, спираючись на результати емпіричного дослідження, можна прийти до висновку, що більшість досліджуваних матерів дітей із ЗПР схильні до депресивного стану або вже перебувають в ньому. На етапі депресії у людини проявляється поганий настрій, низька самооцінка, песимізм, апатія, млявість, швидка втомлюваність, всілякі нездужання, постійна невдоволеність, покинутість, безрадісність, відчуття нещастя, безнадії, безпомічності, нікчемності, непотрібності, пригніченості, тужливості, тривалого смутку та небажання жити. Сукупність вищеперерахованих ознак є також свідченням хронічних неврозів, які властиві матерям дітей із ЗПР.

Тому в комплексі з вищеперерахованими методиками проводився експрес-тест для визначення неврозу – методика К. Хека і Х. Хесса, за якою 62% досліджуваних матерів дітей із ЗПР і 14% матерів нормотипових дітей демонструють високий рівень неврозу. Відповідно, це дозволяє зробити висновок про виражений невроз у більшій частині основної вибірки, що свідчить про глибокі психологічні проблеми у матерів дітей із ЗПР і доводить необхідність надання допомоги.

Щоб достеменно зрозуміти, на якому рівні ресурсності знаходяться досліджувані матері, проводився аналіз результатів за опитувальником «Втрати і надбання персональних ресурсів» (автор Н. Водоп'янова, М. Штейн). Виявлено, що низький рівень ресурсності властивий 28%

досліджуваних матерів дітей із ЗПР; високий натомість властивий лише 10%. Середнє значення для групи матерів дітей із ЗПР сягає 0,51, що є суттєво заниженим показником. За показниками тесту низький рівень ресурсності перебуває у діапазоні до 0,8. Більшість досліджуваних матерів нормотипових дітей (94%) мають середній рівень «втрат» і «надбань» із показником у 1,18, що свідчить про певний баланс між розчаруваннями і досягненнями. Отримані дані підтверджують результати, одержані за іншими опитувальниками, і свідчать, що вміння і навички, знання і досвід, моделі конструктивної поведінки, актуалізовані здатності, які дають можливість людині бути більш адаптивною і стресостійкою, успішною і задоволеною якістю свого життя, слабко виражені у матерів дітей із ЗПР.

Додатковим інструментом дослідження рівня стресу стала методика комплексної оцінки прояву стресу Ю. Щербатих. За нею оцінювалися інтелектуальні ознаки, поведінкові, емоційні та фізіологічні симптоми стресу. В основу методики покладено самоспостереження людини за собою, самостійне виявлення тих чи інших ознак стресу. Так 97% опитаних матерів із ЗПР відмітили у себе наявність різного ступеня стресу, що можна вважати надзвичайно показовим і одночасно загрозливим показником, водночас як у матерів нормотипових дітей – 45%.

Помірний стрес, який можна компенсувати за допомогою раціонального використання часу, систематичного відпочинку та знаходження оптимального варіанту вирішення проблеми переживають 12% досліджуваних; виражене напруження емоційних та фізіологічних систем організму, що виникли як відповідь на сильний стресовий подразник, котрий не вдалося компенсувати, властиве 15% досліджуваних; стан сильного стресу, для успішного подолання якого необхідний психологічний супровід, відчуває 24% опитаних матерів дітей із ЗПР. Найбільша кількість опитаних матерів дітей із ЗПР (65%) опинилися в групі з показниками вище 40, тоді як аналогічна доля матерів нормотипових дітей – 25%. Це той відсоток матерів, у яких простежується перехід до третьої стадії стресу і які потребують нагальної допомоги. І це є найбільш небезпечна та загрозлива стадія, яка активно проявляється вже не тільки на психоемоційному рівні, а й на фізичному. (Рис. 2).

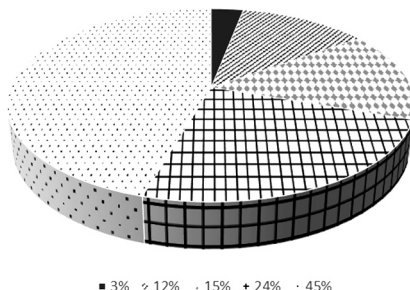


Рис. 2. Показники комплексної оцінки прояву стресу в матерів дітей із ЗПП

Опитувальник ставлення до хвороби дитини (В. Каган, І. Журавльова) допомагає виявити, наскільки батьки готові примиритися з діагнозом дитини. Це, в свою чергу, прямо відображає їхній внутрішній потенціал та готовність протистояти зовнішнім негативним впливам та різноманітним стресорам. Кожен прояв психоемоційного стану відповідає певній з психологічних стадій сприймання дитини з ментальними порушеннями. Однак, незалежно від стадії, внутрішня нестабільність батьків породжує дезадаптивні способи подолання стресу кожним членом сім'ї, зокрема, і самою дитиною. Тому для визначення основних стратегій допомоги сім'ї необхідно враховувати якісні характеристики особистісних змін батьків, ту фазу кризи, на якій у цей момент знаходиться сім'я. Так само в цьому контексті важливо розуміти, яким є ставлення до хвороби дитини. Саме це й досліджувалося за допомогою цієї методики. Обробка та інтерпретація даних опитувальника здійснюється в межах 5 шкал, кожен з яких слід розглядати окремо.

Результати за першою шкалою свідчать, що 79% досліджуваних отримали посередній показник інтернальності від 0 до 10, та 15% – від -10 до 0, що може свідчити про те, що в них наявні як екстернальний, так й інтернальний типи, але останній переважає. Суттєвих проблем за даною шкалою не зафіксовано, досліджувані матері загалом беруть відповідальність за те, що відбуваються з ними, вони вважають, що події залежать насамперед від особистісних якостей (компетентності, цілеспрямованості, рівня здібностей тощо) і є закономірними наслідками власної діяльності. Матері беруть більше відповідальності за стан дитини, пов'язуючи його напрямку зі своїми внутрішніми якостями і діями.

Результати за другою шкалою – тривоги – підтверджують завищений рівень тривожності (48% мають завищені показники від 10 до 20),

що було підтверджено і результатами за іншими опитувальниками і є цілком очікуваним.

За третьою шкалою – нозогнозії – можна простежити переоцінку чи недооцінку матерями хвороби дитини: по 41% мають діапазони від -10 до 0 та від 0 до 10. Загалом для більшості матерів властиве адекватне сприймання стану дитини.

За четвертою шкалою – контролю активності – у 44% досліджуваних матерів дітей із ЗПР показники суттєво завищені. Це може свідчити про переоцінювання матерями стану свої дітей. З огляду на те, що йдеться не про звичайну хворобу, а про затримку психічного розвитку, можна припустити, що ці матері пригнічують чи не дозволяють собі зовні виявляти справжні емоції щодо дитини, а більш суворе ставлення і більшій контроль, який зазвичай не корелює із потребою у ньому. Завдяки цьому відбувається самозаспокоєння: «якщо я буду сувора і більш вимоглива, то моя дитина стане здоровою, як і всі». З іншого боку, значна доля матерів, навпаки, мають занижені показники контролю активності: для 40% з них стан дитини не розцінюється як хвороба, або розцінюється як така, що дуже розтягнута в часі і в таких умовах встановити максимальні обмеження активності дитини не вбачається можливим.

П'ята шкала визначає загальну напруженість і передбачає суму всіх вищенаведених балів. Аналізуючи результати, можна помітити, що 9% досліджуваних матерів проявляють тенденцію до явно занижених показників, вони змирилися з діагнозом дитини і не демонструють напружене ставлення до захворювання дитини. Сюди ж можна віднести й інші 11%, але категоричність такого твердження не так виражена. Але загалом результати свідчать, що ці дві категорії матерів не відчувають хронічного дискомфорту у зв'язку зі станом дитини. 26% матерів перебувають в пограничному стані між прийняттям та неприйняттям діагнозу своєї дитини, а, відповідно, напруження, викликане цим, має хвилеподібний характер. Їхні показники можна характеризувати як помірно високі. Але найбільша кількість матерів (54%) проявляють чітке неприйняття стану своєї дитини, воно у них викликає виключно напруження. Такі матері не можуть знайти втішні моменти, котрі б хоч якось компенсували їхній стресовий стан, що відбиває їхню складну життєву ситуацію; вони потребують психологічної підтримки та допомоги.

Дані, отримані в ході опитування, допомогли простежити зв'язок між стресом і ставленням до дитини та її діагнозу. Так, 48% матерів, які за всіма попередніми тестами показували високий рівень тривожності та стресу, те ж саме продемонстрували і в результатах за опитувальником ставлення до хвороби дитини.

Для визначення взаємозв'язку між шкалами методик використований кореляційний аналіз. Відповідно до результатів опитування, проводився підрахунок показників за 12 шкалами 7 тестів. Отримані показники приведені до єдиного масштабу значень, які сформовані попарно та для кожної пари вираховувався коефіцієнт кореляції за методом Пірсона на рівні значущості $p < 0,05$ (таб.2).

Таблиця 2

Узагальнені результати кореляційного аналізу

Шкала 1	Шкала 2	R
5. Надбання та втрати персональних ресурсів	1. Реактивна тривожність	-0,50
5. Надбання та втрати персональних ресурсів	6. Комплексна оцінка прояву стресу	-0,43
7. Тривога	7. Контроль активності	0,43
1. Особиста тривожність	7. Нозогнозія	0,46
7. Тривога	7. Нозогнозія	0,47
1. Реактивна тривожність	2. Шкала стресу	0,50
3. Шкала депресивні стани	7. Нозогнозія	0,51
2. Шкала стресу	7. Нозогнозія	0,55
1. Реактивна тривожність	4 Шкала неврозу	0,58
1. Реактивна тривожність	6. Комплексна оцінка прояву стресу	0,59
7. Нозогнозія	6. Комплексна оцінка прояву стресу	0,59
7. Контроль активності	7. Шкала загальної напруги	0,61
1. Реактивна тривожність	1. Особиста тривожність	0,65
7. Нозогнозія	7. Шкала загальної напруги	0,70
3. Шкала депресивні стани	6. Комплексна оцінка прояву стресу	0,74
1. Особиста тривожність	6. Комплексна оцінка прояву стресу	0,76
4 Шкала неврозу	6. Комплексна оцінка прояву стресу	0,78
7. Тривога	7. Шкала загальної напруги	0,82
1. Особиста тривожність	3. Шкала депресивні стани	0,83
1. Особиста тривожність	2. Шкала стресу	0,83
2. Шкала стресу	6. Комплексна оцінка прояву стресу	0,85
3. Шкала депресивні стани	4. Шкала неврозу	0,86
2. Шкала стресу	4. Шкала неврозу	0,87

Шкала 1	Шкала 2	R
2. Шкала стресу	3. Шкала депресивні стани	0,89
1. Особиста тривожність	4. Шкала неврозу	0,92

Проінтерпретуємо найбільш значущі кореляції.

Шкала «Реактивна тривожність» прямо корелює зі шкалами «стрес» ($R=0,50$), «невроз» ($R=0,58$), «комплексна оцінка прояву стресу» ($R=0,59$) та «особистісна тривожність» ($R=0,65$). Це свідчить про те, що оскільки реактивна тривожність відображає стан суб'єкта в даний момент часу, то й її кореляція зі шкалами – це результат сили реакції суб'єкта. Тобто суб'єктивно пережиті емоції в одному випадку можуть викликати активну тривогу, а в інших – прямо привести до стресу й навіть неврозу. Це можна трактувати як емоційну нестійкість людини та її схильність легко впадати в емоційні стани, що динамічно розвиваються від позитивного до вкрай негативного.

Шкала «Особиста тривожність» прямо корелює зі шкалами «нозогнозія» ($R=0,46$), «комплексна оцінка прояву стресу» ($R=0,76$), «шкала депресії (В.Зунга)» ($R=0,83$), «стрес» ($R=0,83$) та «невроз» ($R=0,92$). Сильний і очевидний зв'язок тривоги та неврозу можна пояснити тим, що простежується низька адаптація до різних складних життєвих ситуацій, які поступово накопичуючи свою інтенсивність, з тривоги переростають у стрес, а далі в його крайню форму – невроз.

Ще одна шкала, з якою виявлені кореляційні зв'язки – шкала «стрес», вона прямо корелює зі шкалами «нозогнозія» ($R=0,55$), «невроз» ($R=0,87$) та «депресивні стани» ($R=0,92$). З останньою виявлено дуже сильний зв'язок, який свідчить, що стресові стани досліджуваних в подальшому переростають в депресивні, що підтверджує етапність становлення депресії.

Показники депресивності та тривожності (реактивної, ситуативної), про які згадувалося вище, свідчать про те, що досліджувані матері дітей із ЗПР практично не володіють рефлексією, не мають навичок зазирати всередину себе, керувати емоціями та працювати над своїм внутрішнім світом. Їм важливо час від часу потрібно упорядковувати думки та емоції, так само періодично гармонізувати свою свідомість та знімати емоційне навантаження, на здійснення чого у них відсутні ресурси та час.

Простежено наявність оберненого зв'язку між шкалами «набуття та втрати персональних ресурсів» та «реактивна тривожність» ($R = -0,50$) і «комплексна оцінка прояву стресу» ($R = -0,43$). Це обумовлено тим, що високий рівень набуття персональних ресурсів стає можливим за умови зниження рівня тривожності або її тривалості. За довготривалого впливу стресовість кінцево призводить до депресії та неврозу.

Дискусія

Необхідність збереження здоров'я нового покоління актуалізує проблему психологічної допомоги сім'ї і в першу чергу жінці, яка виховує дитину, адже досі наявна суперечність між декларованою соціальною і суспільною значимістю статусу матері та реальними можливостями його реалізації жінкою в сучасному суспільстві, особливо, коли це стосується дітей із особливими потребами, зокрема – дітей із затримкою психічного розвитку.

У дітей з ЗПР часто спостерігається імпульсивність, рухове розгальмування, схильність до агресивної поведінки, афективна і емоційна лабільність, незрілість емоційно-вольової сфери, що суттєво змінює не тільки структуру взаємодії дитини із сім'єю, але і ставить перед жінкою задачі суттєво інакші у порівнянні із мамою нормотипової дитини. Таким чином, наявність особливостей розвитку дитини суттєво впливає на взаємини між матір'ю і дитиною. Сам факт наявності особливої дитини є причиною сильного стресу, який відчуває матір. Хронічний стрес впливає на емоційно-особистісну сферу матері, в свою чергу, впливає на її здатність до емпатії і чуйності у взаємодії зі своєю дитиною (Ткачук та Таубе, 2018, Базалева, 2009).

Тим часом в психологічних дослідженнях доведено, що благополуччя дитини залежить від емоційного стану матері. Визначено, що чим більше ступінь вигорання у матері, тим гіршою є співпраця з дитиною і задоволеність стосунками з дитиною, і тим більше спостерігається емоційна дистанція, відкидання дитини, непослідовність в її вихованні (Базалева, 2009).

Вивчення емоційного вигорання матерів, які виховують дітей з затримкою психічного розвитку (Романова та Базалева, 2020) показало, що серед матерів дітей з ЗПР сформований показник емоційного вигорання спостерігався у 15% матерів, а вигорання у процесі формування спостерігалось у 23%. Водночас як серед опитаних жінок, які виховують дітей з нормотиповим розвитком, тільки у 3% матерів зафіксовано сформований показник емоційного вигорання. Дані результати знаходяться повністю в руслі результатів отриманих в даному дослідженні, у першу чергу за полярністю – суттєвою відмінністю результатів двох порівняних груп та за вектором відмінностей.

Дослідження ставлення матері до хвороби дитини показали, що найбільш вираженими є інтернальність і тривога, найнижчими – контроль активності й загальна напруженість. Досліджуваним властивий екстернальний батьківський контроль за хворобою дитини, причину їх захворювання вони сприймали як дещо незалежне від батьків,

що вони не можуть контролювати й чим не здатні управляти (Гончар, 2016). Виразність тривоги щодо захворювання дітей водночас поєднується з недооцінкою дотримання ними необхідних обмежень активності та оцінки важкості перебігу самого захворювання (Гончар, 2016). Водночас ми виявили наявність достатньо великої долі матерів, які демонстрували низький контроль активності, але все ж таки переважали завищені результати. Ця неузгодженість може свідчити про неможливість віднесення названих характеристик до типових властивостей матерів дітей із ЗПР, або пояснюватися похибками і недосконалостями психодіагностичного інструментарію дослідження.

Висновки

Проведене дослідження присвячене вивченню особливостей переживання стресу матерями дітей із затримкою психічного розвитку шляхом порівняння показників матерів нормотипових дітей та дітей із ЗПР. Результати дали змогу показати рівень переживання матерями дітей із ЗПР власної складної життєвої ситуації, що вимагає ресурсної і консультативної підтримки, яку можливо будувати із врахуванням одержаних результатів.

Результати дослідження дали можливість зробити висновок щодо низької опірності стресорам, яке властиве матерям дітей із ЗПР. Як результат – спостерігається зниження психічного тону, самооцінки, що проявляється у втраті «смаку» до життя, у неможливості реалізації власних творчих і життєвих планів. Характерологічні показники досліджуваних матерів дають змогу визначити, що їм властивий суттєво завищений рівень стресу порівняно з матерями нормотипових дітей. Основною причиною вищеперерахованого є банальна метафорична «відсутність сил», тобто психічних, емоційних та фізіологічних ресурсів, адже за результатами тестування практично жодний з показників не знаходиться в межах норми, натомість, практично всі показники тяжіють до вираженого негативного полюсу. Все це є чинником низької ресурсності матерів дітей із ЗПР, порівняно з матерями нормотипових дітей. При цьому ефективні методи самовідновлення або функції саморегуляції практично відсутні.

Отримані результати чітко підтверджують припущення про «особливу» потребу в психологічному супроводі матерів дітей із затримкою психічного розвитку.

Перспективи подальших досліджень. На сьогодні практично відсутні системні глибокі програми допомоги батькам дітей із ЗПР. Увага більшості спеціалістів, центрів чи соціальних проєктів спрямована на сім'ї, де є діти з інвалідністю, онкохворі, ДЦП та ін. Більшість сімей,

де є діти з ментальними, психічними порушеннями (діти із затримкою психічного розвитку, розладами спектру аутизму – РСА, яким не оформлена інвалідність, синдромом дефіциту уваги та гіперактивності тощо), просто залишаються осторонь. А кількість саме таких сімей невпинно зростає. Така ситуація зумовлює актуальність програми підтримки та психологічної допомоги саме цієї категорії батьків, або ж мінімум – матерів дітей із відхиленнями в розвитку. Тож основною перспективою подальшої роботи є розробка програми для матерів дітей із ЗПР з акцентом на ресурсне відновлення внутрішнього та зовнішнього потенціалу та опанувальних навичках.

Декларація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність потенційного конфлікту інтересів стосовно дослідження, авторства та / або публікації цієї статті.

Список використаних джерел

Shields, G. S., Toussaint, L. L., Slavich, G. M. (2016). Stress-related changes in personality: A longitudinal study of perceived stress and trait pessimism. *Journal of research in personality*, 64.

Агаєв, Н. А., Кокун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Остапчук, В. В., Ткаченко, В. В. (2016). *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців*. Київ : НДЦ ГП ЗСУ.

Базалева, Л. А. (2009). Отношение матери к ребенку в связи с ее эмоциональным выгоранием. *Научно-практический журнал «Гуманизация образования»*, 6/2009, 88–93.

Буковська, О. О. (2013). Напрямки психологічної допомоги сім'ям, які виховують дитину з особливими потребами. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер.: Психологічні науки*, 114, 12–16. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN_2013_114_5.

Бутенко, Н. В. (2019). Особливості корекції сімейних уявлень про дитячу інвалідність. *Актуальні проблеми психології*, 7(48), 35–44.

Водопьянова, Н. Е. (2010). *Психодиагностика стресса: Практикум*. Санкт-Петербург : Питер.

Выготский, Л. С. (1983). *Основы дефектологии* (Т. 5). Москва : Педагогика.

Гончар, Ю. О. (2016). Особливості емоційного стану матерів дітей з психофізичними порушеннями в рамках психокорекції. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 3, 1(5), 56–61.

Гончар, Ю. О. (2017). Удосконалення оцінки емоційного стану дітей з психофізичними порушеннями. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 4(1), 79–84.

Іванова, Т. Ю. (2013). Теорія збереження ресурсів, як пояснююча модель виникнення стресу згідно С. Хобфоллу. *Психологія. Журнал Вищої школи економіки*, 10(3), 119–135.

Исаева, Д. Н., Каган, В. Е. (1999). Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; Каган В. Е., Журавлева И. П.). *Психодиагностические*

методы в педиатрии и детской психоневрологии: методологическое пособие. Санкт-Петербург : ПМИ.

Козляковський, П. А. (2004). *Загальна психологія. Дослідження тривожності (опитувач Спілбергера – Ханіна)*. Миколаїв : Вид-во МДГУ ім. П. Могили.

Матвеева, Е. А., Малышкина, А. И., Филькина, О. М., Кочерова, О. Ю., Дологова, Н. В. (2019). Медико-социальная характеристика семей и психологические особенности матерей детей, родившихся с массой тела менее 1500 г. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 64(6), 45–52. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-6-45-52>.

Овчарова, Р. В. (2003). Психологическое сопровождение родительства. Москва : Институт психотерапии.

Райгородский, Д. Я. (2001). *Практическая психодиагностика. Методики и тесты*. Самара : Бахрах-М.

Романова, Т. С., Базалева Л. А. (2020). Исследование эмоционального выгорания матерей, воспитывающих детей с задержкой психического развития. *Научный журнал NovaInfo*, 120-1. Режим доступа: <https://novainfo.ru/article/18161>

Ткачук, Т. А., Таубе, Я. І. (2018). Особливості ускладнень затримки психічного розвитку дітей. «Молодий вчений», 1(53), 62–66. Режим доступу: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2018/1/15.pdf>

Шаповалов, В. О. (2009). Вплив сімейних інтеракцій на розвиток особистості дитини з психічними розладами. *Актуальні проблеми психології*, 7(20), 2, 251–254.

Щербатых, Ю. В. (2008). *Психология стресса и методы коррекции*. Санкт-Петербург : Питер.

References

Shields, G. S., Toussaint, L. L., Slavich, G. M. (2016). Stress-related changes in personality: A longitudinal study of perceived stress and trait pessimism. *Journal of research in personality*, 64.

Ahayeв, N. A., Kokun, O. M., Pishko, I. O., Lozins'ka, N. S., Ostapchuk, V. V., Tkachenko, V. V. (2016). *Zbirnyk metodyk dlya diahnostryky nehatychnykh psykhichnykh staniv viys'kovosluzhbovtziv [Collection of methods for diagnosing negative mental states of servicemen]*. Kyiv : NDTs HP ZSU. [in Ukrainian].

Bazaleva, L. A. (2009). Otnoshenie materi k rebenku v svyazi s ee jemocional'nym vygoraniem [Mother's attitude to the child due to her emotional burnout]. *Nauchno-prakticheskij zhurnal "Gumanizacija obrazovanija"*, 6/2009, 88–93. [in Russian].

Bukovs'ka, O. O. (2013). Napryamky psykhoholichnoyi dopomohy simyam, yaki vykhovuyut' dytynu z osoblyvymy potrebamy [Areas of psychological assistance to families raising a child with special needs]. *Visnyk Chernihiv's'koho natsional'noho pedahohichnoho universytetu. Ser.: Psykhoholichni nauky*, 114, 12–16. [in Ukrainian]. Retrieved from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2013_114_5.

Butenko, N. V. (2019). Osoblyvosti korekciji simejnykh ujavlenj pro dytjachu invalidnij [Features of correction of family ideas about children's disability]. *Aktualni problemy psykhologii*, 7(48), 35–44. [in Ukrainian].

Vodop'yanova, N. E. (2010). *Psykhodyahnostyka stressa [Psychodiagnostics of stress]*. Sankt-Peterburg : Piter. [in Russian].

Vyhotskyy, L. S. (1983). *Osnovy defektolohyy [Fundamentals of defectology]*. T. 5. Moskva : Pedahohyka. [in Russian].

Honchar, Yu. O. (2016). Osoblyvosti emotsiinoho stanu materiv ditei z psykhofizychnymy porushenniamy v ramkakh psykhhokorektsii [Features of the emotional state of mothers of children with psychophysical disorders in the framework of psychocorrection]. *Psykhatriia, nevrolohiia ta medychna psykholohiia*, 3, 1(5), 56–61. [in Ukrainian].

Honchar, Yu. O. (2017). Udoskonalennya otsinky emotsiinoho stanu ditey z psykhofizychnymy porushenniamy [Improving the assessment of the emotional state of children with psychophysical disorders]. *Psykhatriya, nevrolohiya ta medychna psykholohiia*, 4(1), 79–84. [in Ukrainian].

Ivanova, T. Yu. (2013). Teoriya zberezhennya resursiv, yak poynasnyuyucha model' vynyknennya stresu z-hidno S. Khobfollu [Resource preservation theory as an explanatory model of stress according to S. Hobfall]. *Psykhohohiia. Zhurnal Vyschchoyi shkoly ekonomyky*, 10(3), 119–135. [in Ukrainian].

Ysaeva, D. N., Kahan, V. E. (1999). Metodyka dyahnostyky otnoshennya k bolezny rebenka [Methods of diagnosing the attitude to the child's disease]. *Psykhodyahnostycheskiye metody v pedyatrii y det-skoy psykhonevrolohiyyi : metodologicheskoe posobie*. Sankt-Peterburg : PMY. [in Russian].

Kozlyakovskyy, P. A. (2004). *Doslidzhennya tryvozhnosti (opytuovach Spilberhera – Khanina) [Anxiety study (Spielberger-Hanin questionnaire)]* Mykolayiv : Vyd-vo MDHU im. P. Mohyly. [in Ukrainian].

Matveeva, E. A., Malyshkina, A. Y., Fyl'kina, O. M., Kocherova, O. Yu., Dolotova, N. V. (2019). Medyko-sotsyal'naya kharakterystyka semey y psykholohycheskiye osobennosti materey detey, rodyvshykhysya s massoy tela menee 1500 h. [Medical and social characteristics of families and psychological characteristics of mothers of children born with a body weight of less than 1500 g]. *Rossyyskiy vestnyk perynatolohyy y pedyatriyy*, 64(6), 45–52. [in Russian]. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-6-45-52> [in Russian].

Ovcharova, R. V. (2003). *Psykhohohycheskoe soprovozhdenye rodytel'stva [Psychological support of parenthood]*. Moskva : Ynstytut psykhoterapyi. [in Russian].

Rayhorodskii, D. Ya. (2001). *Praktycheskaya psykhodyahnostyka. Metodyky y testy [Practical psychodiagnosics. Techniques and tests]*. Samara : Bakhrakh-M. [in Russian].

Romanova, T. S., Bazaleva, L. A. (2020). Issledovanie emotcionalnogo vygoraniia materei, vospityvaiushchikh detei s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiia [Research of mothers' burnout raising children with mental retardation]. *Nauchnyi zhurnal NovaInfo*, 120-1. [in Russian]. Retrieved from: <https://novainfo.ru/article/18161>

Tkachuk, T. A., Taube, Ya. I. (2018). Osoblyvosti uskladnen' zatrymky psykhhichnoho rozvytku ditey [Features of complications of mental retardation of children]. «*Molodyy vchenyy*», 1(53), 62–66. [in Ukrainian]. Retrieved from: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2018/1/15.pdf>

Shapovalov, V. O. (2009). Vplyv simeinykh interaktsii na rozvytok osobystosti dytyny z psykhhichnymy rozladamy [The influence of family interactions on the development of the personality of a child with mental disorders]. *Aktualni problemy psykholohii*, 7(20), 2, 251–254. [in Ukrainian].

Shcherbatykh, Yu. V. (2008). *Psykhohohyia stressa y metody korektsyy [Stress psychology and correction methods]*. Sankt-Peterburg : Pyter. [in Russian].

Abstract

Korniienko I. O.,

Dr. of Science (in Psychology), Docent,
Associate Professor of the Psychology
Department,
Mukachevo State University
E-mail: innoksha@gmail.com

Skopa S. I.,

Master degree Student of the
Psychology Department,
Mukachevo State University
E-mail: sviitlana_golovko@yahoo.com

STRESS MANIFESTATION SPECIFICITIES OF MOTHERS WHO HAVE CHILDREN WITH MENTAL DEVELOPMENTAL DELAY

The article presents the results of the empirical study of neuropsychological stability indicators, resourcefulness, and stress levels of mothers of children with mental retardation. Peculiarities of self-assessment, self-regulation, anxiety of mothers of children with mental retardation have been described. A suspended level of anxiety, which contributes to the emergence of neurotic conflict, accompanied by emotional and neurotic disruptions, etc., has been proven. The study included the detection of stress levels by several methods and allowed to establish the fact of maximum stress level of respondents and the lack of psychological resources to compensate and master the latter. It has been established that, in general, mothers of children with mental retardation are in a state of chronic stress, often depressed and prone to resource burnout. It has been revealed that most mothers of children with mental retardation are prone to a depressive state or are already in this state, and also prone to neurosis. The psychological state of the mother is one of the leading features of improving the quality of life and adaptability of a child with the mental retardation. A correlation analysis of stress and resource indicators of the study group had been conducted and analysed, which allowed to establish links between anxiety, low adaptability, and depression. These results allowed to identify key points of influence for the organization of psychological help for the studied category of the mothers. Studied

indicators of mothers who took part in the survey allowed to determine that they show a low level of stress resistance. Thus, the obtained results clearly confirm the assumption about the special need for psychological support for mothers of children with mental retardation: the necessity to develop a program aimed for sustaining their resourcefulness, skills of coping, reflection.

Key words: *stress, resources, mental retardation, anxiety, neuropsychological stability.*



Отримано – 3 вересня 2020 Рецензовано – 5 вересня 2020 Прийнято – 10 вересня 2020

Received – September 3, 2020 Revision – September 5, 2020 Accepted – September 10, 2020