

УДК: 159. 992:3456 (043.3)

DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2018-9-10-11>

**Ольга Царькова,**  
 доктор психологічних наук, доцент кафедри психології,  
**Ганна Варіна,**  
 старший викладач кафедри психології,  
 Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького,  
 вул. Гетьманська, 20, м. Мелітополь, Запорізька область, Україна

## ГЕНЕЗИС ТРАНСФОРМАЦІЇ ПОЧУТТЯ ПРОВИНИ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

Стаття присвячена експериментальному дослідженню трансформації почуття провини та ставлення батьків до хвороби дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Визначено деструктивний вплив неадекватних форм усвідомлення, через який деформуються: стиль внутрішньосімейних взаємин; система відносин членів сім'ї із соціумом; особливості світогляду та ціннісних орієнтацій кожного з батьків. Проаналізовано типології сімей, в яких є діти з ОМЗ і ФР. Почуття провини розглядається як складний когнітивно-поведінковий комплекс, що поєднує страх, самоприниження, аутоагресію та водночас включає систему психологічних захистів, що пом'якшують емоційне напруження, викликане цими негативними почуттями. Мета дослідження – теоретичний аналіз і експериментальне дослідження переживання почуття провини батьками дітей з ОМЗ. У результаті теоретичного аналізу визначено, що переживання провини батьків дітей з ОМЗ та ФР – це складне глибинно-психологічне утворення, архітепія якого породжується з неусвідомлення комплексу повинності, ігнорування власної цінності та самості у зв'язку з відчуттям власної «причинності» в інвалідації дитини, переживанням морального страждання та пошуку гіперкомпенсації. В рамках експериментального дослідження, реалізованого на базі Дніпропетровської обласної психіатричної лікарні, відділення № 42 та НДІ Дитячої та сімейної психіатрії, психотерапії, психології, медичної та психосоціальної реабілітації (м. Дніпро), було використано психодіагностичні методи: Опитувальник міжособистісної провини (IGQ-67, адаптація О. Белінської), Вимірювання прочуття провини та сорому (TOSCA, Дж. П. Тангней), «Опитувальник провини» (К. Куглер, У. Джонс), Опитувальник ставлення до хвороби дитини (В. Казан, І. Журавльова), Тест-опитувальник діагностики батьківського ставлення (А. Варга, В. Столін). За результатами емпіричного дослідження виявлено, що дезадаптивність, реактивність і превентивність провини найбільш притаманні батькам дітей з ОМЗ формами. Переживання провини через можливу відстороненість від дитини (родини), пошук екстернального відігрівання й орієнтація на зовнішні причини провини складають профіль батьківського переживання провини. Слід також констатувати, що провини у батьків виступає частіше як риса особистості, а не як стан. Також детермінацію провини можна пояснити через вразливість щодо оцінки батьківської поведінки іншими (бета-гордість). Проведення емпіричного дослідження дозволило констатувати, що саме батьківське ставлення прийняття-неприйняття є одним із первинних чинників, на тлі яких відбувається подальша взаємодія з дитиною та визначення типу ставлення до її хвороби. Виявлено, що мірою збільшення авторитарної гіперсоціалізації відбувається зниження показника нозогнозії. Тенденція до гіперсоціалізації, безсумнівно, стає однією зі стратегій зменшення заперечення хвороби та статусу дитини, проте її хибність полягає в надмірному контролюванні процесів соціалізації.

**Ключові слова:** почуття провини, батьківське ставлення, моральна травматизація, моральне страждання, травмуючі переживання, дезадаптація, нозогнозія.

### Вступ

Народження дитини з відхиленнями в розвитку сприймається її батьками як найбільша трагедія. Факт появи на світ дитини «не такої, як у всіх» є причиною сильного стресу, який переживають батьки, в першу чергу мати дитини. Стрес, що має пролонгований характер, спричиняє сильну деформуючу дію на психіку батьків і стає вихідною умовою різкої травмуючої зміни життєвого устрою, що сформувався в сім'ї. Суперечливість батьківського ставлення проявляється в тому, що дитина одночасно розглядається і як об'єкт любові, і як джерело страждань (Шаргородська, 2003). Саме останнє, за оцінкою більшості матерів, є причиною частих нападів роздратування, неконтрольованих нападів агресії, паніки, відчаю, сорому сто-

совно дитини з ОМЗ та ФР і щодо інших членів родини. Таким чином виникає нове джерело накопичення та переживання провини. Воно розглядається як складний когнітивно-поведінковий комплекс, що поєднує страх, самоприниження, аутоагресію та водночас включає систему психологічних захистів, які пом'якшують емоційне напруження, викликане цими негативними почуттями. Це стан захисту особистості від внутрішньої агресії, яка була викликана покаранням людини самої себе (Скрипник, 2009). Провина розглядається як чотирьохкомпонентне утворення: 1) емоційний компонент; 2) когнітивний компонент; 3) мотиваційний компонент; 4) психосоматичний компонент (Царькова, Варіна, 2019).

Проблему переживання батьками почуття провини доречно розглядати в контексті обумовленості сімейної взаємодії, гомеостазу, системного підходу, особистісного опосередкування негативних переживань і травматичного досвіду особистості. Розглянуто феномен усвідомлення інвалідності дитини в родині. Визначено деструктивний вплив неадекватних форм усвідомлення, через який деформуються: стиль внутрішньосімейних взаємин; система відносин членів сім'ї із соціумом; особливості світогляду та ціннісних орієнтацій кожного з батьків (Скворцов, 2005). Проаналізовано типології сімей, в яких є діти з ОМЗ і ФР. Визначається, що найбільше характерними типами є: емоційно-відчужені; напружено-диссоційовані (деспотичне домінування); псевдосолидарні, з переважанням ригідності рольової структури; симбіотичні; гіперпротективні батьки (Ткачева, 2003). Відповідно, основними положеннями розгляду детермінуючих особливостей почуття провини у батьків, що мають дітей з ОМЗ, визначено:

- почуття провини батьків дітей з ОМЗ є складним, первинним щодо внутрішньосімейної психологічної травматизації, переживанням, яке має глибинно-психологічну детермінацію, пов'язану зі специфічним комплексом механізмів психологічних захистів, наявністю відповідних внутрішньособистісних конфліктів й ірраціональних настанов (Семаго, 2004);

- переживання міжособистісної провини доречно розглядати з погляду їх кон'юнктивного (переживання та почуття, що об'єднують членів родини) або диз'юнктивного (переживання та почуття, що роз'єднують членів родини) впливу;

- існує комплекс моральної травматизації батьків, який описує моральне страждання від усвідомлення інвалідності дитини та феномен вторинного травмування через упевненість у провині перед дитиною (членами родини, суспільством, тощо) (Саранча, 2011);

- моральна травматизація від провини має дві раціональні ознаки: моральну шкоду – моральні втрати, пов'язані з моральними і фізичними стражданнями, обмеженнями, втратами, та моральні страждання – негативні переживання, які проявляються у вигляді страху, сорому, приниження, стану душевного болю, стану депресії й апатії. Тенденції й obsесивні думки щодо компенсації та власне компульсивна компенсаторна поведінка виступають основними ознаками моральної травматизації – травматизації від переживання провини (Ряполова, 2005);

- моральне страждання як переживання особистісної реальності детерміноване конфліктом між понятійно-раціональними образами дійсності і образами дійсності, генеза та конституювання яких мають детермінацію несвідомого.

Проблема дослідження взаємодії в сім'ях, які виховують дитину з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ) та функціональними розладами (ФР) привертала увагу численних дослідників (А. Душка,

Т. Сак, В. Синьов, О. Хохліна, Г. Хворова, А. Чуприков). Успішно опрацьовано патерни взаємодії, які сприяють соціалізації дитини в суспільстві, забезпеченню процесів її соціально-психологічної реабілітації та інклюзії (Н. Синягіна, К. Тельмінова, В. Ткачова, О. Уточкіна). Переважна кількість досліджень із зазначеної проблеми виконані в межах когнітивно-біхевіаріального підходу, генетичної психології навчання (С. Максименко), медичної моделі сімейної психотерапії, спеціальної та корекційної психології та педагогіки (Т. Вісковатова, Т. Скрипник, А. Шевцов). Зміст зазначених підходів полягає у визначенні соціально-психологічних чинників, які детермінують та через які опосередковується взаємодія в сім'ях, а також розкриваються механізми патологізації розвитку дитини з ОМЗ (Dushka, 20014).

Необхідність і доцільність такої наукової розвідки пояснюється також браком емпіричних досліджень детермінації та мотивації провини. Р. Кетлаар та Дж. Ау виявили, що, нагадавши особі про ситуацію, в якій людина відчула провину, можна очікувати на її більшу просоціальність у грі соціальної дилеми. В іншому дослідженні доведено, що люди діяли більш просоціально в дилемі гри після того, як зробили несправедливу пропозицію в попередньому раунді (Rubinstainn, 1995). Отже, більшість наукових доробок, попри їх безсумнівну значущість і практичну цінність, ілюструють типологію внутрішньосімейної взаємодії з дитиною з ОМЗ і ФР достатньо константно, з позиції співвіднесення особистісних особливостей батьків, нозології, родинної ситуації та інших чинників (переважно зовнішніх), обминаючи питання глибинно-психологічної інтерпретації амбівалентного ставлення до дитини з ОМЗ та своєї батьківської ролі, та не відповідають достатньо повно на питання компенсаторних механізмів переживання ірраціональної (неадекватної, нав'язаної) провини як чинника моральної травматизації батьків та сорому.

**Мета дослідження** полягає в теоретичному аналізі й експериментальному дослідженні переживання почуття провини батьками дітей з ОМЗ. Для досягнення мети дослідження визначено такі **завдання**: концептуалізувати проблему переживання провини як психоемоційного стану, як риси особистості та морального переживання; експериментально дослідити особливості трансформації дезадаптивної, реактивної та превентивної провини батьків; проаналізувати генезис батьківського ставлення до дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

#### **Методи дослідження**

У процесі дослідження для вирішення поставлених завдань використовувався комплекс теоретичних (теоретико-методологічний аналіз психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження, аналіз, систематизація й узагальнення отриманої інформації) та емпіричних методів (метод експертних оцінок, анкетування, психодіагностичне тестування), математичні методи обробки експериментальних

даних. Експериментальне дослідження особливостей переживання провини батьками дітей з ОМЗ було проведено на базі Дніпропетровської обласної психіатричної лікарні, відділення № 42 та НДІ Дитячої та сімейної психіатрії, психотерапії, психології, медичної та психосоціальної реабілітації (м. Дніпро). Експериментальна група – 257 родин, члени подружжя яких виховують дітей з обмеженими можливостями здоров'я та функціональними розладами (ДЦП, розумова відсталість, порушення органів слуху, дитячий частковий аутизм, енурез, енкопрез, заїкання, анорексія). Відповідно до завдань емпіричного дослідження було підбрано валідний психодіагностичний інструментарій, зокрема:

- **Опитувальник міжособистісної провини** (IGQ-67, адаптація О. Белінської). Л. Коннором, Д. Беррі, Д. Вайсом та ін. був розроблений інструмент для оцінки типів ірраціональної, тобто дезадаптивної провини, що складається з чотирьох шкал відповідно до виділених автором видів ірраціональної провини. В нашому дослідженні було визначено чотири типи дезадаптивної провини: провини того, хто вижив (вцілілого); провини відокремлення (дистанціювання) – провини відмежування (зради); провини всеосяжної відповідальності; провини ненависті до себе.

- **Вимірювання прочуття провини та сорому** (TOSCA, Дж. П. Тангней). TOSCA являє собою інструмент для вимірювання когнітивного, емоційного і поведінкового аспектів провини, сорому. В цьому тесті передбачається, що схильність до сорому – це тенденція до глобальної негативної самооцінки в цілому. Провина розглядається як тенденція до негативної самооцінки щодо поведінки в конкретних ситуаціях. Провина переживається як стан дискомфорту, пов'язаний із порушенням моральних і правових норм, які існують у суспільстві. Провина як емоція самоставлення виступає як внутрішній регулятор. Опитувальник складається з 15 ситуацій для оцінювання поведінки.

- **«Опитувальник провини»** (К. Кутлер, У. Джонс) дозволяє визначити показники реактивної та превентивної провини. Реактивна провинна являє собою емоційну реакцію індивіда на дійсне порушення власних інтерналізованих норм прийнятної поведінки, що розуміється в психології як емоція або провинна-стан. Превентивна провинна являє собою емоційне переживання, пов'язане з можливим порушенням інтерналізованих норм, що розуміється в психології як почуття або вина-риси.

- **Опитувальник ставлення до хвороби дитини** (В. Каган, І. Журавльова) слугує для індивідуальної та сімейної діагностики ставлення дорослих членів сім'ї до хвороби дитини, оцінки ефективності сімейної психотерапії, в консультативній роботі.

- **Тест-опитувальник діагностики батьківського ставлення** (А. Варга, В. Столін) являє собою інструмент, зорієнтований на виявлення батьківського ставлення в осіб, які звертаються за психологічною

допомогою з питань виховання дітей і спілкування з ними. Батьківське ставлення розуміється як система різноманітних почуттів стосовно дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються в спілкуванні з нею, особливостей сприйняття та розуміння характеру особистості дитини, її вчинків. Опитувальник складається з 5 шкал: «Прийняття-неприйняття», «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація», «Маленький невдаха».

#### Результати дослідження

Переживання почуття провини в контексті її обумовленості моральною травмою – народженням дитини з ОМЗ і взаємодією з нею, призвело до необхідності визначення загальної тенденції переживання окремих форм провини. Узагальнені показники переживання провини представлено в таблиці 1. Отримані дані свідчать про достатньо акцентовані показники переживання провини батьками дітей з ОМЗ. Зокрема, слід констатувати підвищений рівень за показниками: «Відстороненість» (середнє=74,88327, Ме=77, Мо=78, ст.відх.=15,54988); «Екстернальність» (середнє=73,68482, Ме=77, Мо=7, ст.відх.=13,69242); «Провина» (середнє = 71,19455, Ме=76, Мо=78, ст.відх. = 12,49129); «Бета-гордість» (середнє=61,40856, Ме=65, Мо=55, ст.відх. =17,812840); «Провина-риси» (середнє=61,12941, Ме=65, Мо=66, ст. відх. = 20,59). Решта показників відповідають середнім рівням прояву, що в цілому підтверджує як актуальність нашого дослідження, так і спрямовує на пошук шляхів розв'язання проблеми корекції почуття провини. Показник почуття провини за типом *відстороненості*, безсумнівно, пояснюється складною ситуацією переживання, в якій опиняються батьки. Загальна нормативна тенденція до дистанціювання від ситуації, яка спричиняє напруження, не може бути реалізована у випадку переживання власного ставлення до дитини.

Разом із тим, тенденція переживати провину через відсторонення від інших властиво патерну поведінки, яка уникає визнання індивідуального стилю життя, сепарації та індивідуалізації. Ймовірно, що саме такі тенденції виступають предикторами переживання провини в досліджуваному контексті. Наступною важливою тенденцією, що виявлено в ході дослідження, є екстернальність провини. Зміст екстернальності в цілому пояснює можливі пошуки як зовнішньої підтримки, так і пояснень травматичної події в родині. Спостереження за батьками дозволяють констатувати певні екстернальні вектори інтерпретації. Так, наприклад, значна кількість батьків, пояснюючи своє ставлення до дитини, час від часу спираються на висловлювання з авторитетних джерел, в ході клінічних бесід щодо почуття провини чи стану «винуватості» часто висловлюють думки про звинувачення них оточенням. Екстерналізація переживань, прогнозування соціального контексту розвитку сімейної ситуації є зрозумілою тенденцією як занепокоєння перед майбутнім, так і пошуком зовнішніх механізмів подолання стресу та напруження. Деякі батьки через релі-

гійні переконання вбачають необхідність спокутувати провину перед Богом, долею за гріх (народження дитини з ОМЗ відчувається як плата за гріх). Ймовірно, це також може бути пов'язане з посиленою тенденцією до переживання потреби в позитивній оцінці своїх дій стосовно інших (бета-гордість провини) в ситуаціях переживання провини та сорому. Власне сором виявляється в численних малюнках батьків, на яких фігури дитини, самих батьків часто зображуються без очей – тенденція «не бачити», «не дивитися в

очі», «ховати очі» тощо. Слід також зазначити й таку тенденцію провини як провина-риси, що має підвищений показник розподілу за вибіркою досліджуваних батьків. Вказана особливість забезпечує особистісну детермінацію переживання провини. Можемо припустити, що з позиції певної характерології провина як риса особистості конститує подальші тенденції дезадаптивної, реактивної та превентивної провини батьків.

Таблиця 1.

**Узагальнені показники переживання провини батьками дітей з ОМЗ**  
*[складено автором]*

Характеристика провини	Середнє	Медіана	Мода	Ст.відх.	Maxim	Minim
<b>Опитувальник міжособистісної провини (IGQ-67, адаптація О. Белінської)</b>						
Провина того, хто вижив	44,97276	45	45	15,57377	89	11
Провина відокремлення (дис-танціювання)	50,10895	45	45	16,61971	99	22
Провина всеосяжної відповідальності	57,42412	56	56	21,1112	98	11
Провина ненависті до себе	40,25681	42	45	15,65485	88	10
<b>Вимірювання прочуття провини та сорому (TOSCA, Дж.П. Тангней)</b>						
Провина	71,19455	76	78	12,49129	99	33
Сором	56,40078	56	45	17,63693	90	6
Екстернальність	73,68482	77	78	13,69242	99	33
Відстороненість	74,88327	77	78	15,54988	22	23
Бета-гордість (позитивна оцінка своїх дій по відношенню до інших)	61,40856	65	55	17,81284	99	6
Альфа-гордість (схильність до почуття власної гідності)	48,94553	45	45	18,72115	89	6
<b>Опитувальник провини (Guilt Inventory) К. Куглер, У. Джонс</b>						
Провина-стан	52,20517	55	55	17,45748	89	11
Провина-риси	61,12941	65	66	20,59	99	12
Моральні норми	44,95009	44	22	18,58728	89	6
<i>Показник : 0-20 % низький рівень; 21-40 понижений; 41-60 середній; 61-80 підвищений; 81-100 високий.</i>						

Прокоментуємо також занижені показники провини за таким типом як провина ненависті до себе (середнє=40,25681, Ме=42, Мо=45, ст.відх.=15,65485). Її понижений показник розглядаємо як ресурс для подолання травмуючих переживань, проявів дезадаптивної, реактивної та превентивної провини.

Бесіди з батьками, використання опитувальника ставлення до хвороби дитини В. Кагана, І. Журавльова, тест-опитувальника діагностики батьківського ставлення А. Варги, В. Століна дали підстави для визначення основних тенденцій системи батьківського ставлення до дитини з ОМЗ.

З отриманих даних виходить, що всі типи ставлення до хвороби дитини перебувають переважно в

позитивному нормативному діапазоні, що свідчить про їх певну акцентованість і тенденцію до зростання. Слід звернути увагу на показник «контролю активності» (Середнє=18,082, Мо=22,0, Ме=22, ст.відх.=7,32), який пояснює тенденцію батьків надмірно контролювати активність дитини, що нерідко призводить до виникнення «обмежувальної моделі поведінки» дитини, яка вже через хворобу має об'єктивні обмеження, водночас неправомірний контроль активності з боку батьків призводить до порушень у сфері ініціативності дитини та можливостей її самоздійснення. Контроль активності також нівелює цінність самостійності. Ймовірно, це також має певне особистісне підґрунтя.

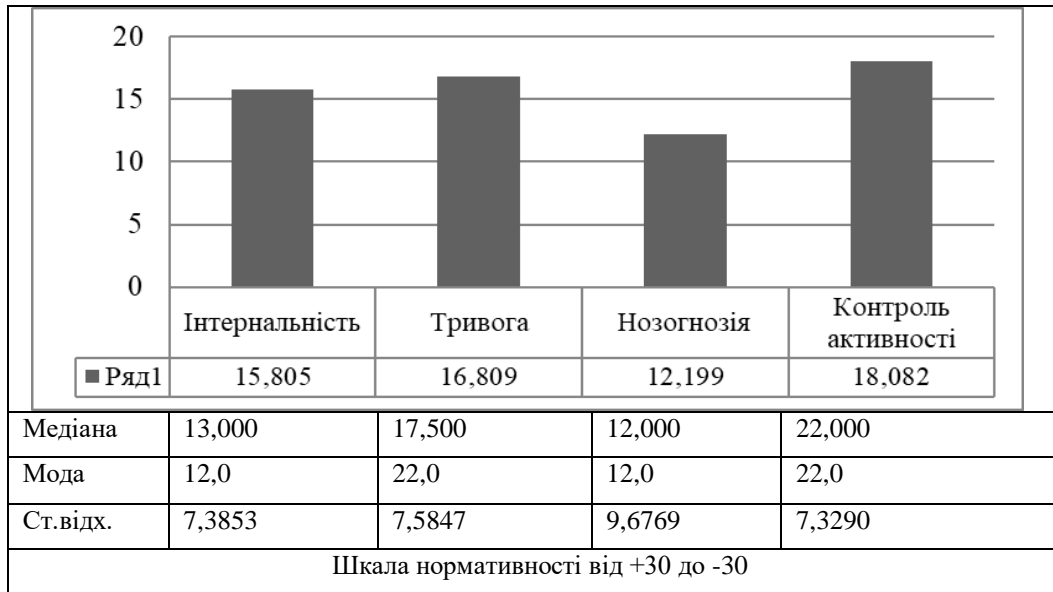


Рис 1. Узагальнені показники за типами ставлення до хвороби дітей [складено автором]

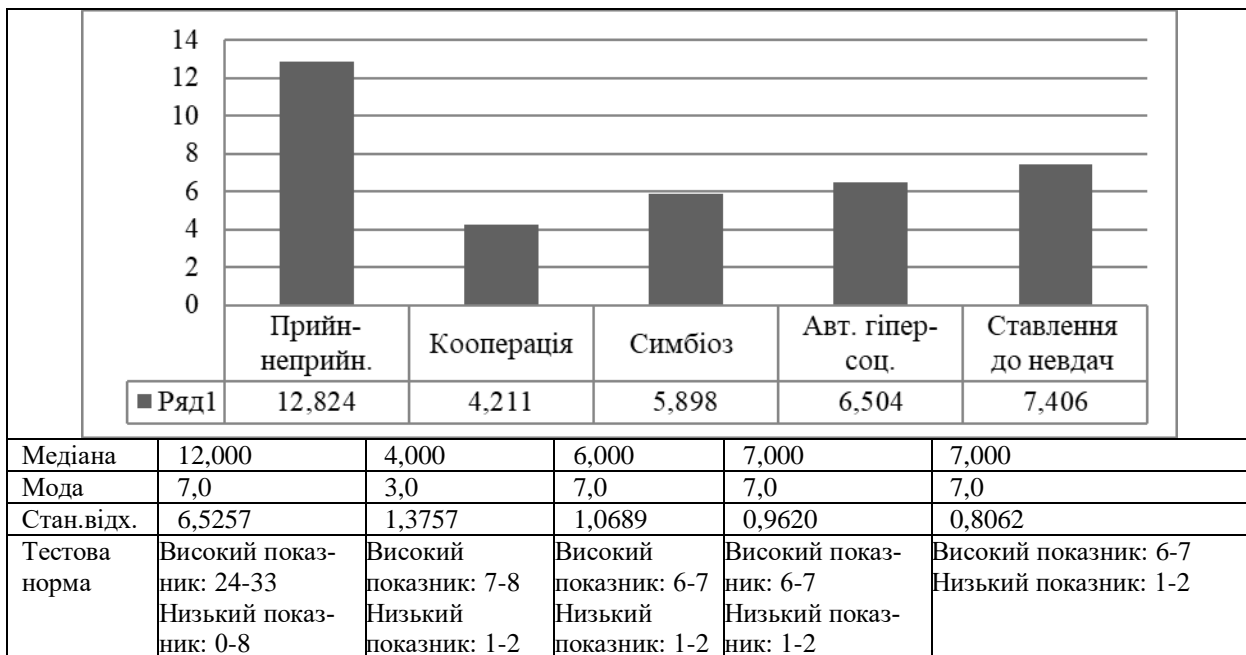


Рис 2. Узагальнені показники типів батьківського ставлення [складено автором]

Типи батьківського ставлення засвідчують найбільшу напруженість показника за шкалою «прийняття-неприйняття» (сер=12,82, Мо=12,0, Ме=7,0, ст.відх.=6,52). Згідно з тестовою нормою у досліджуваних спостерігається тенденція до локусу неприйняття. Відомо кілька форм неприйняття дитини:

- *безумовне неприйняття дитини*. Зазвичай воно виникає у людей із несформованим батьківським інстинктом. Дитина може бути перешкодою для досягнення цілей або отримання задоволення від життя. Нерідко такі батьки «прилаштовують» малюка до бабусь, рано відправляють до дитячого садку (ясла), шкіль із повним пансіоном або цілодобовим утриманням. Із бесід з батьками можна дізнатися про окремі

факти неприйняття, зокрема після пологів мати не годує дитину груддю через небажання. Дитячі капризи можуть викликати напади агресії через відсутність жалю і любові до малюка.

- *умовне прийняття* – виникає у зв'язку з тим, що дитина була небажаною, або, можливо, з появою малюка пов'язані негативні або навіть трагічні події в сім'ї. В результаті, оточуючі, а особливо мати, на підсвідомому рівні пов'язують із дитиною життєві проблеми та проєктують на неї своє ставлення до життя.

- *емоційне неприйняття*. В цьому випадку батьки виконують свої функції в повному обсязі: доглядають,

підключаються, переживають під час хвороби, цікавляться життям своїх дітей.

- *«крижане» мовчання.* Провини дитини караються «крижаним» мовчанням. Оскільки батьки помічають забагато проступків дитини, в родині міцно встановлюються холодні відносини.

- *повна безконтрольність.* Діти часто надані самі собі. У родині не встановлені рамки поведінки, батьки не цікавляться душевним станом дитини. Нерідко це виникає після розлучення, коли батьки зайняті налагодженням свого особистого життя.

- *підміна духовної близькості матеріальними цінностями.* Батьки виправдовують себе браком часу і необхідністю працювати на благо загального сімейного щастя. В родинях, які виховують дітей з ОМЗ, надається перевага власне опосередкованому спілкуванню. Показники за шкалою «Ставлення до невдач – маленький невдаха» ( $Ser=7,406$ ,  $Mo=7,0$ ,  $Me=7,0$ ,  $ст.відх.=0,8062$ ) виявили схильність батьків до інфантилізації дітей. Зазначена тенденція збігається зі шкалою контролю активності дитини (опитувальник ставлення до хвороби). В цілому зазначена тенденція засвідчує несприятливий прогноз розвитку особистісної активності дитини з ОМЗ. Показник авторитарної гіперсоціалізації ( $Ser=6,504$ ,  $Mo=7,0$ ,  $Me=7,0$ ,  $ст.відх.=0,9620$ ) також свідчить на користь нашого прогнозу. Слід взяти до уваги, що при цьому батькам властива тенденція до симбіотичних стосунків із дитиною ( $Ser=5,898$ ,  $Mo=6,0$ ,  $Me=7,0$ ,  $ст.відх.=1,0689$ ). Відомо, що симбіотичні відносини – це прагнення одного або, що рідше, обох партнерів (батько) до

встановлення єдиного емоційно-смиислового простору в стосунках (з дитиною). В дослідженнях зазначається, що при симбіотичному характері батьківського ставлення до дитини виникають умови для певного типу затримки її психосоматичного розвитку, за якої недостатність емоційних способів взаємодії поєднується з переважанням фізичних методів комунікації. За нашими спостереженнями у батьків симбіотиків достатньо виражена тенденція до контролю активності дитини та надмірної медикалізації інтеракцій. Показник кооперації ( $Ser=4,211$ ,  $Mo=4,0$ ,  $Me=3,0$ ,  $ст.відх.=1,3757$ ) посідає середню ланку розподілу. Здатність до кооперації стає необхідною передумовою привласнення дитиною нових форм активності та забезпечує їй віру у власні потенції. Проте, на жаль, як це стає зрозумілим із загальної вибірки, цієї тенденції недостатньо для забезпечення гармонійного розвитку дитини з ОМЗ. Плануючи дослідження, ми мали на меті диференціювати зв'язок типів ставлення батьків до хвороби дитини та особливостей переживання провини з типами батьківського ставлення взагалі. Було зафіксовано кореляцію між типами батьківського ставлення до дитини та типами ставлення до хвороби. Найбільш значущим виявився зв'язок типу батьківського ставлення «прийняття-неприйняття» з усіма типами ставлення до хвороби дитини: інтернальність ( $r=0,465$ ,  $p=0,01$ ); тривога ( $r=0,367$ ,  $p=0,01$ ); нозогнозія ( $r=0,514$ ,  $p=0,01$ ) та контроль активності ( $r=0,308$ ,  $p=0,01$ ). Також цікавою є кореляція нозогнозії й авторитарної гіперсоціалізації ( $r= -0,136$ ,  $p=0,05$ ). Ці явища виявилися взаємозворотними (рис. 10).

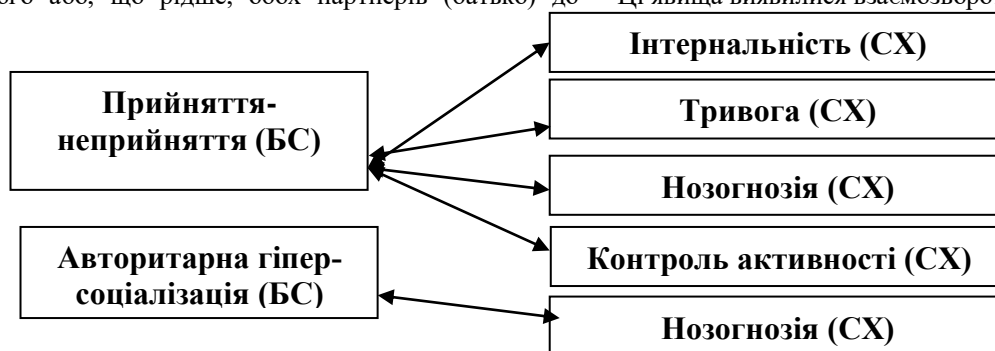


Рис. 3. Зв'язки типів батьківського ставлення з типами ставлення до хвороби [складено автором]

### Обговорення

Дезадаптивність, реактивність і превентивність провини найбільш притаманні батькам дітей з ОМЗ формами. Переживання провини через можливу відторженість від дитини (родини), пошук екстернального відігрівання й орієнтація на зовнішні причини провини складають профіль батьківського переживання провини. Слід також констатувати, що провинна у батьків виступає частіше як риса особистості, а не як стан. Також детермінацію провини можна пояснити через вразливість щодо оцінки батьківської поведінки іншими (бета-гордість). Поняття «батьківське ставлення» має найбільш загальний характер і вказує на взаємний зв'язок і взаємозалежність батьків і ди-

тини. Батьківське ставлення охоплює суб'єктивно-оцінне, свідомо-вибіркове уявлення про дитину, яке визначає особливості батьківського сприйняття, спосіб спілкування з дитиною, характер впливів на неї. Саме батьківське ставлення прийняття-неприйняття є одним з первинних чинників, на тлі яких відбувається подальша взаємодія з дитиною та визначення типу ставлення до її хвороби. Виявлено, що мірою збільшення авторитарної гіперсоціалізації відбувається зниження показника нозогнозії. Тенденція до гіперсоціалізації, безсумнівно, стає однією зі стратегій зменшення заперечення хвороби та статусу дитини, проте її хибність полягає в надмірному контролюванні процесів соціалізації.

## Висновки

Теоретичний аналіз підходів, концепцій і моделей генези та переживання почуття провини дозволив розкрити її міжособистісний контекст, амбівалентні та компенсаторні прояви, а також зумовив необхідність пошуку її глибинно-психологічних детермінант. Переживання провини батьків дітей з ОМЗ та ФР – це складне глибинно-психологічне утворення, архітипія якого породжується з неусвідомлення комплексу повинності, ігнорування власної цінності та самості у зв'язку з відчуттям власної «причинності» в інвалідації дитини, переживанням морального страждання та пошуку гіперкомпенсації. Почуття провини стає адаптогеном порушених функцій внутрішньосімейної взаємодії та благополуччя. Ірраціональність провини детермінує феномен подвійного ставлення (амбівалентності), дисоціювання, симбіотичності, сорому, страху та пошуку покарання, що знаходить відображення в численних формах компенсаторної поведінки, морального страждання та пошуку вторинної вигоди. Визначено, що народження дитини з ОМЗ, як травмуюча подія в родині, детермінує ірраціональний страх за дитину, що супроводжується та посилюється ірраціональним почуттям провини перед нею. Узагальнення результатів емпіричного дослідження

дають підстави розглядати феномен переживання провини батьками дітей з ОМЗ як інтегрального системного утворення з відповідною типологією: фасадна проєктивна провина; регресивна маніпулююча провина; амбівалентний тривожно-контролюючий атитюд. Проблема переживання провини розглядається як психоемоційний стан, риса особистості та моральне страждання. Визначено її глибинно-психологічні детермінанти, зокрема суперечливості батьківського ставлення, оскільки дитина одночасно розглядається і як об'єкт любові, і як джерело страждань. Патологізація переживань забезпечується структурно-динамічними процесами та процесами ідентифікації в родині. Мірою соціалізації дитини накопичується травматизація від усвідомлення її інвалідації, що знаходить свої прояви в таких патернах як: хроніфікація, інтеграція-раціоналізація, медикалізація інтеграцій, нозогнозії. Переживання виступає як встановлення змістовної відповідності між свідомістю і буттям та спричиняє моральне страждання, яке детермінується внутрішньособистісними конфліктами, компенсується механізмами психологічних захистів, опосередковується особистісними якостями батьків і виявляється у патернах батьківської поведінки та ставлення до хвороби дитини.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ряполова Т.Л. Анализ семейной тревоги в семьях больных аффективными расстройствами / Т. Л. Ряполова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2005. – № 1 (15). – С. 24-26.
2. Саранча І.Г. Робота з батьками у контексті соціальної реабілітації дітей-інвалідів (Методичні рекомендації) / І. Г. Саранча // ФОП Корзун Д.Ю. – Вінниця: 2011. – 44 с.
3. Семаго М.М. Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида детства / М. М. Семаго. – М.: Просвещение, 2004. – 356 с.
4. Скворцов И.А. Психологические особенности родителей при неврологической инвалидности ребенка / И. А. Скворцов, Т. Н. Осипенко. – СПб.: 2005. – 153 с.
5. Скрипник Т.В. Взаємодія з батьками аутичної дитини у світлі феноменологічного підходу / Т. В. Скрипник // Дидактичні та соціальнопсихологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб. – К.: Наук. світ, 2009. – Вип. 11. – С. 227-234.
6. Ткачева В.В. Психолого-педагогическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями развития / В. В. Ткачева // Психолого-педагогическая диагностика. – М.: Академия, 2003. – С. 280-290.

## REFERENCES

1. Riapolova, T. L. (2005). Analiz semeinoi trevogi v semiakh bolnykh affektivnymi rasstroistvami [Analysis of family anxiety in families of patients with affective disorders]. *Zhurnal psikiatrii i meditsinskoj psikhologii* – *Journal of psychiatry and medical psychology*, 1 (15), 24-26 [in Russian].

7. Царькова О. В., Варіна Г. Б. Системний підхід до психологічної корекції почуття провини у батьків дітей з обмеженими можливостями та функціональними розладами / О. В. Царькова, Г. Б. Варіна // Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / відповід. ред. Н. І. Тавровецька – Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2019. – С. 329-340
8. Шаргородська С. Проблеми соціально-психологічної реабілітації дітей з особливими потребами та їх сімей (з досвіду роботи творчої групи творчих психологів і соціальних педагогів) / С. Шаргородська // Нова педагогічна думка. – 2003. – № 4. – С. 78-80.
9. Dushka A.L. Psychological assistance to children with disorders of the emotional/volitional sphere: family-centered approach / A. L. Dushka // *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. – 2014. – № 6. – P. 30-39.
10. Rubinstainn D. N. An intellectual history of psychology / D. N. Rubinstainn. – Wisconsin: Wisconsin University Press, 1995. – 390 p.

2. Sarancha, I. H. (2011). *Robota z batkamy u konteksti sotsialnoi rehabilitatsii ditei-invalidiv (Metodychni rekomendatsii)* [Work with parents in the context of social rehabilitation of disabled children (Methodological recommendations)]. Vinnytsia [in Ukrainian].

3. Semago, M. M. (2004). *Sotsialno-psikhologicheskie problemy semi rebenka-invalida detstva* [Socio-

*psychological problems of the family of a child with a disabled childhood*. Moscow: Prosveshchenie [in Russian].

4. Skvortsov, I. A. (2005). *Psikhologicheskie osobennosti roditel'ei pri nevrologicheskoi invalidnosti rebenka [Psychological features of parents with a child's neurological disability]*. Saint Petersburg [in Russian].

5. Skrypnyk, T.V. (2009). *Vzaiemodiiia z batkamy autychnoi dytyny u svitli fenomenolohichnoho pidkholodu [Interaction with the parents of autistic child in the light of the phenomenological approach]*. *Dydactychni ta sotsialnopsykhologichni aspekty korrektsiinoi roboty u spetsialnii shkoli: naukovo-metodychnyi posibnyk – Didactic and psychosocial aspects of correctional work at special needs school: collection of methodical recommendations, 11*, 227-234. Kyiv: Nauk. svit [in Ukrainian].

6. Tkacheva, V.V. (2003). *Psikhologo-pedagogicheskoe izuchenie semi, vospityvaiushchei rebenka s otkloneniiami razvitiia [Psychological and pedagogical study of the family raising a child with developmental disabilities]*. *Psikhologo-pedagogicheskaya diagnostika – Psychopedagogical diagnostics*, (pp. 280-290). Moscow: Akademiia [in Russian].

7. Tsarkova, O.V., Varina, H.B. (2019). *Systemnyi pidkhid do psikhologichnoi korektsii pochuttia provyny u batkiv ditei z obmezhenymy mozhlyvostiamy ta*

*funktionalnymy rozladamy [Systemic Approach to the Psychological Correction of Guilt in Parents of Children with Disabilities and Functional Disorders]*. *Innovatsiini tekhnolohii rozvytku psikhologichnykh resursi osobystosti: kolektyvna monohrafiia – Innovation technologies of personal psychological resources development – monograph*. N.I. Tavrovetska (Ed.). Kherson: Vyd-vo FOP Vyshemyrskiy V.S. [in Ukrainian].

8. Sharhorodska, S. (2003). *Problemy sotsialnopsykhologichnoi reabilitatsii ditei z osoblyvymy potrebamy ta yikh simei (z dosvidu roboty tvorchoi hrupy tvorchykh psikhologiv i sotsialnykh pedahohiv) [Problems of social and psychological rehabilitation of children with special needs and their families (from the experience of creative group of creative psychologists and social pedagogues)]*. *Nova pedahohichna dumka – New pedagogical thought, 4*, 78-80. [in Ukrainian].

9. Dushka A.L. (2014) *Psychological assistance to children with disorders of the emotionalvolitional sphere: family-centered approach. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools, 6*, 30-39 [in English].

10. Rubinstainn D.N. (1995) *An intellectual history of psychology*. Wisconsin: Wisconsin University Press, 390 [in English].

**Olha Tsarkova,**

*Doctor of Psychology, associate professor, Department of Psychology,*

**Hanna Varina,**

*senior lecturer, Department of Psychology,*

*Melitopol State Pedagogical University named after Bogdan Khmelnytsky,*

*20, Hetmanska Str., Melitopol, Ukraine*

#### ORIGIN OF SENSE OF GUILT TRANSFORMATION IN PHYSICALLY DISABLED CHILDREN'S PARENTS

The paper deals with the experimental survey of parents' sense of guilt transformation and their attitude to their children's physical disabilities. Inadequate awareness forms have a destructive impact according to which a style of interfamily relations, a system of relations between a family and the society, features of parents' worldview and values get deformed. A sense of guilt is considered as a complex cognitive and behavior phenomenon combining fear, self-abasement, self-aggression and involving a system of psychological defenses moderating stress caused by these negative feelings. The aim of the research is to carry out a theoretical analysis and an experimental survey of physically disabled children's parents' sense of guilt. The study was carried out at Dnipropetrovsk regional psychiatric hospital, department 42, and Research Institute for Child and Family Psychiatry, Psychotherapy, Psychology, Medical and Psychosocial Rehabilitation, and was based on the following research methods: IGQ-67 modified by O. Belinska, Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) by J. Tangney, The Guilt Inventory by K. Kugler, U. Jones, Attitude to Child's Disease Test by V. Kagan, I. Zhuravliova, Parental Attitude Test by A. Varga, V. Stolin. As a result of the research it has been found that it is a complex inner psychological phenomenon originated from the incomprehension of duty, ignoring self-dignity and self-identity because of self-blaming in child's disability, experiencing moral suffering and search for hypercompensation. It has been found that maladaptiveness, sensibility, and preclusiveness are peculiar for the parents having children with physical disabilities. The parental sense of guilt in this context involves feeling guilty because of detachment from the family and focus on external causes of guilt. It should be emphasized that a sense of guilt acts as a character trait, not just as a state. The empirical research makes it possible to note that it is parental attitude of acceptance-nonacceptance which is one of the primary factors forming the style of parent-child relations and parents' attitude to the disease.

**Keywords:** sense of guilt, parental attitude, moral trauma, moral suffering, traumatic experience, maladaptation.

*Подано до редакції 08.10.2018*