

Р. П. Кожухар

**РЕСУРСНИЙ ПРОФІЛЬ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА:
КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ТА СПРИЙНЯТА СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА**

R. P. Kozhukhar

**RESOURCE PROFILE OF PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER:
COPING STRATEGIES AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT**

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, батьки, адаптація, адаптаційний ресурс, тривога, депресія, копінг-стратегія, соціальна підтримка

Keywords: autism spectrum disorder, parents, adaptation, adaptive resources, anxiety, depression, coping strategy, social support

Виховання дитини з розладами аутистичного спектра (РАС) супроводжується тривалим психоемоційним навантаженням, ефективність подолання якого значною мірою залежить від внутрішніх і зовнішніх ресурсів батьків.

Мета — визначити особливості копінг-стратегій і сприйнятої соціальної підтримки у матерів і батьків дітей з РАС з урахуванням особливостей їхнього тривожно-депресивного реагування для обґрунтування диференційованих мішеней ресурсно-орієнтованого медико-психологічного та психотерапевтичного супроводу родин.

У порівняльному поперечному дослідженні обстежено 150 респондентів: 100 батьків дітей з РАС та 50 осіб групи порівняння. Застосовано валідовані версії SACS і MSPSS; результати розглядали у контексті раніше встановлених показників за HADS у цій самій вибірці.

У батьків дітей з РАС виявлено нижчий пошук соціальної підтримки ($22,81 \pm 3,52$ проти $25,46 \pm 1,36$; $p_{adj} < 0,001$), вищі агресивні дії ($19,11 \pm 4,46$ проти $16,64 \pm 1,91$; $p_{adj} = 0,030$) та нижчий індекс конструктивності копіngu ($1,19 \pm 0,25$ проти $1,37 \pm 0,20$; $p < 0,001$). Загальний показник за MSPSS також був нижчим ($5,07 \pm 0,95$ проти $6,38 \pm 0,38$; $p_{adj} < 0,001$), як і підтримка значущої особи, сім'ї та друзів. Матері й батьки відрізнялися за ресурсними профілями.

Батьки дітей з РАС характеризуються менш сприятливим ресурсним профілем, що поєднує знижену конструктивність копіngu та обмеженішу сприйняту соціальну підтримку. Отримані дані обґрунтовують диференційовані мішені медико-психологічного супроводу матерів і батьків.

Raising a child with autism spectrum disorder (ASD) is associated with prolonged psycho-emotional strain, the effective management of which largely depends on parents' internal and external resources.

Objective. To determine the characteristics of coping strategies and perceived social support in mothers and fathers of children with ASD, taking into account the features of their anxiety-depressive responses, in order to substantiate differentiated targets for resource-oriented medical-psychological and psychotherapeutic support for families.

A comparative cross-sectional study included 150 respondents: 100 parents of children with ASD and 50 participants in the comparison group. Validated versions of the SACS and MSPSS were used; the findings were interpreted in the context of previously established HADS scores in the same sample.

Parents of children with ASD demonstrated lower use of seeking social support (22.81 ± 3.52 vs 25.46 ± 1.36 ; $p_{adj} < 0.001$), higher scores for aggressive actions (19.11 ± 4.46 vs 16.64 ± 1.91 ; $p_{adj} = 0.030$), and a lower coping constructiveness index (1.19 ± 0.25 vs 1.37 ± 0.20 ; $p < 0.001$). The overall MSPSS score was also lower (5.07 ± 0.95 vs 6.38 ± 0.38 ; $p_{adj} < 0.001$), as were perceived support from a significant other, family, and friends. Mothers and fathers differed in their resource profiles.

Parents of children with ASD are characterized by a less favorable resource profile combining lower coping constructiveness with more limited perceived social support. The findings support differentiated targets for medical-psychological support of mothers and fathers.

Розлади аутистичного спектра (РАС) є гетерогенною групою нейророзвиткових станів, що потребують тривалого міждисциплінарного супроводу та істотної участі родини у забезпеченні повсякденного функціонування, лікувально-реабілітаційних і освітніх потреб дитини [1]. Зростання виявлення РАС і велика варіативність індивідуальних потреб дітей посилюють значення сімейно-орієнтованих моделей допомоги, у межах яких психологічне благополуччя та адаптаційні можливості батьків розглядають як важливу умову стабільності догляду й реабілітації [2].

Тривале виховання дитини з РАС висуває до родини підвищені вимоги, однак психологічні наслідки такого навантаження не є однаковими для всіх батьків. Метааналіз S. A. Hayes і S. L. Watson свідчить про вищий рівень батьківського стресу в родинах дітей з РАС як порівняти з родинами дітей з типовим розвитком і низкою інших порушень розвитку [3]. Водночас вираженість дистресу залежить не лише від характеристик дитини та інтенсивності повсякденних вимог, а й від доступних способів адаптації, що підтверджують систематичними огляди взаємозв'язків між емоційно-поведінковими труднощами дитини та станом батьків [4]. Підвищена поширеність

психопатологічних проявів у батьків дітей з РАС також підтверджена метааналітичними даними [5], що актуалізує питання не тільки про наявність психоемоційного неблагополуччя, а й про ресурси, здатні підтримувати адаптацію за умов тривалого навантаження.

Тривожні та депресивні прояви в цьому контексті можна розглядати як клінічно значущі маркери співвідношення між актуальними вимогами та адаптаційними можливостями особистості. Для їх скринінгової оцінки широко застосовують Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), яка дає змогу окремо оцінювати тривожний і депресивний компоненти психоемоційного стану [6; 7]. Водночас сам рівень дистресу не пояснює, через які психологічні і міжособистісні механізми батьки підтримують або втрачають здатність до ефективного подолання тривалого стресу.

Одним із центральних внутрішніх ресурсів адаптації є копінг — система способів реагування, за допомогою яких людина намагається впливати на проблемну ситуацію, регулювати власний емоційний стан, залучати допомогу або дистанціюватися від надмірного навантаження. Систематичний огляд C. Vernhet та співавторів показав, що копінг батьків дітей з РАС має багатовимірний характер, а адаптивність окремої стратегії визначається її функцією та контекстом застосування [8]. Модель S. E. Hobfoll розглядає копінг одночасно за просоціально-асоціальною та активно-пасивною осями, що дає змогу аналізувати не окремі «адаптивні» або «неадаптивні» реакції, а їх загальну конфігурацію [9—11].

Не менш важливим компонентом адаптації є зовнішній ресурс — доступність і суб'єктивне сприйняття міжособистісної підтримки. У батьків дітей з РАС вищий рівень соціальної підтримки пов'язували з нижчим стресом та кращою психологічною адаптацією [12]. Водночас матері й батьки можуть відрізнятися за джерелами підтримки, готовністю звертатися по допомогу та оцінкою її достатності [13]. Дослідження родин дітей з розвитковими порушеннями свідчать, що соціальна підтримка, позитивне сприйняття ситуації, самоефективність і копінг є взаємопов'язаними, але не взаємозамінними ресурсами [14]. Для диференційованого оцінювання підтримки з боку сім'ї, друзів і значущої особи широко використовують Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), психометричні властивості якої підтверджені в різних популяціях [15; 16].

Отже, ресурсний профіль батьків доцільно розглядати як співвідношення внутрішніх поведінкових можливостей подолання та зовнішньої міжособистісної опори. Копінг відображає здатність мобілізувати й використовувати способи реагування, що підтримують розв'язання проблеми та взаємодію з оточенням, тоді як сприйнята соціальна підтримка характеризує суб'єктивну доступність стосунків і людей, на яких можна спертися. Дані попередніх досліджень свідчать, що практичний копінг і сімейне функціонування можуть модифікувати зв'язок між труднощами дитини та психічним станом матері [17], а метааналітична структурна

модель у доглядальників осіб із РАС підтверджує взаємопов'язаність позитивного копіngu, соціальної підтримки та якості сімейного життя [18].

В українських умовах значення ресурсного підходу посилюється тривалим впливом воєнних стресорів. Безпекові загрози, вимушене переміщення, економічна нестабільність, порушення звичних маршрутів отримання допомоги та обмеження ресурсів системи психічного здоров'я можуть одночасно підвищувати потребу в підтримці й ускладнювати її доступність [19; 20]. За таких умов особливого значення набуває не лише формальна наявність ресурсів, а здатність батьків їх мобілізувати, використовувати та зберігати в умовах хронічного сімейного і соціального навантаження.

Попри немалий обсяг досліджень психоемоційного стану батьків дітей з РАС, недостатньо вивченим залишається цілісний ресурсний профіль, що поєднує особливості копінг-поведінки та багатовимірної сприйнятої соціальної підтримки з урахуванням відмінностей між матерями й батьками. Визначення такої конфігурації дає змогу перейти від констатації психологічного неблагополуччя до встановлення конкретних внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які можуть стати мішенями ресурсно-орієнтованого медико-психологічного та психотерапевтичного супроводу родини.

Мета дослідження: визначити особливості копінг-стратегій і сприйнятої соціальної підтримки у матерів і батьків дітей з РАС з урахуванням особливостей їхнього тривожно-депресивного реагування для обґрунтування диференційованих мішеней ресурсно-орієнтованого медико-психологічного та психотерапевтичного супроводу родин.

Дослідження мало порівняльний поперечний дизайн. Обстеження проводили на базі КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради» та КНП «Обласна клінічна дитяча лікарня Кіровоградської обласної ради». Згідно з протоколом дослідження, вибірка охоплювала 75 родин і 150 респондентів. Основну групу (ОГ) сформували 50 родин, які виховують дитину з РАС: 100 батьків, з них 50 матерів і 50 батьків. Групу порівняння (ГП) становили 25 родин із дитиною без діагностованих порушень психіки та поведінки: 50 респондентів, з них 25 матерів і 25 батьків. Представники ГП були працівниками медичних закладів, які відповідали критеріям включення.

Критеріями включення до ОГ були: виховання власної дитини з установленим РАС, спільне проживання та безпосередня участь у щоденному догляді; відсутність в родині інших дітей; вік — від 18 років; здатність самостійно заповнювати опитувальники; відсутність психіатричного анамнезу; добровільна інформована згода. Для ГП застосовували аналогічні критерії, за винятком того, що дитина не мала діагностованих порушень психіки та поведінки. Із дослідження виключали респондентів із неповними протоколами, актуальним або перенесеним психічним розладом, вираженими когнітивними порушеннями чи соматичним станом, що унеможлилював участь.

Усі 150 респондентів, окрім рутинного клініко-психопатологічного обстеження, проходили оцінювання за трьома психологічними та психометричними методиками. Тривожні та депресивні прояви оцінювали за HADS [6]. Для оцінювання копінг-стратегій застосовано україномовний варіант опитувальника Strategic Approach to Coping Scale (SACS) S. E. Hobfoll [8], опублікований у вітчизняному методичному виданні [21]. Сприйняту соціальну підтримку оцінювали за MSPSS [22].

Статистичний аналіз даних, отриманих за SACS і MSPSS, виконано в середовищі Python 3.12 із використанням NumPy 2.3.5 і SciPy 1.17.0. Обчислювали середнє арифметичне (M), стандартне відхилення (SD), медіану та міжквартильний діапазон. Через порядкову природу первинних відповідей, велику кількість зв'язаних рангів і неоднакову дисперсію основним критерієм був двобічний U -критерій Манна — Уїтні. Розмір і напрям відмінностей характеризували рангово-бісеріальною кореляцією r_{rb} . Дев'ять показників за SACS і чотири показники за MSPSS коригували методом Голма в межах кожного сімейства; статистично значущим вважали $p_{adj} < 0,05$. Індекс конструктивності аналізували як додатковий дослідний показник. Частки високого MSPSS порівнювали точним критерієм Фішера. Для HADS наведено результати попереднього порівняльного аналізу цієї самої вибірки. Узгодженість групових середніх за HADS із ресурсними показниками оцінювали за коефіцієнтом Спірмена у чотирьох гендерних підгрупах: жінки ОГ, чоловіки ОГ, жінки ГП і чоловіки ГП.

У батьків дітей з PAC встановлено статистично значущо вищий рівень тривожних і депресивних проявів проти батьків дітей без порушень психіки і поведінки. Середній показник за HADS-A в ОГ становив $6,96 \pm 5,37$ бала проти $5,16 \pm 3,80$ бала у ГП ($p = 0,009$), а середній показник за HADS-D — $7,14 \pm 7,49$ бала проти $4,12 \pm 3,85$ бала відповідно ($p = 0,029$). Гендерний аналіз показав більшу вразливість матерів дітей з PAC щодо формування тривожних і депресивних проявів. У матерів ОГ середні показники за HADS-A та HADS-D досягали субклінічного рівня, тоді як у батьків залишалися в межах нормативного діапазону. Клініко-психопатологічний аналіз свідчить, що провідним радикалом психоемоційного реагування у батьків дітей з PAC є тривожно-депресивний радикал із переважанням тривоги. У матерів він частіше набував тривожно-румінативного та тривожно-ажитованого характеру з почуттям провини, гіперконтролем, страхом «втратити час» і виснаженням; у батьків — тривожно-соматизованого, астенозованого та частково дисфоричного характеру з емоційним стримуванням, дратівливістю, сомато-вегетативними скаргами та тенденцією до уникнення обговорення власних переживань.

Порівняльний аналіз копінг-стратегій за методикою SACS виявив низку особливостей реагування на стрес у батьків дітей з PAC проти батьків здорових дітей (табл. 1). Після корекції рівня статистичної значущості для множинних порівнянь достовірні міжгрупові відмінності зберігалися за двома стратегіями — пошуком соціальної підтримки та агресивними діями.

Таблиця 1. Порівняльний аналіз поширеності використання копінг-стратегій в основній групі і групі порівняння

Шкала SACS	ОГ ($n = 100$)	ГП ($n = 50$)	U	p_{adj}	r_{rb}
Асертивні дії	$19,52 \pm 3,88$	$21,26 \pm 3,33$	1840,5	0,051	-0,264
Вступ у соціальний контакт	$22,63 \pm 3,20$	$23,82 \pm 3,60$	2110,0	0,338	-0,156
Пошук соціальної підтримки	$22,81 \pm 3,52$	$25,46 \pm 1,36$	1373,5	< 0,001	-0,451
Обережні дії	$23,25 \pm 3,05$	$24,36 \pm 1,91$	2181,5	0,347	-0,127
Імпульсивні дії	$18,24 \pm 3,28$	$16,48 \pm 3,20$	2958,5	0,243	0,183
Уникнення	$17,83 \pm 3,53$	$16,08 \pm 2,95$	3133,0	0,060	0,253
Непрямі дії	$21,24 \pm 2,52$	$21,34 \pm 0,48$	2012,5	0,126	-0,195
Асоціальні дії	$18,96 \pm 3,10$	$19,14 \pm 2,84$	2335,5	0,501	-0,066
Агресивні дії	$19,11 \pm 4,46$	$16,64 \pm 1,91$	3187,5	0,030	0,275

Примітка. Тут і далі: показники наведено у форматі ($M \pm SD$), бали, де M — середнє арифметичне; SD — стандартне відхилення

Батьки дітей з PAC істотно рідше використовували пошук соціальної підтримки як порівняти з батьками здорових дітей ($22,81 \pm 3,52$ проти $25,46 \pm 1,36$ бала; $p_{adj} < 0,001$). Водночас їм була більш притаманна стратегія агресивних дій ($19,11 \pm 4,46$ проти $16,64 \pm 1,91$ бала; $p_{adj} = 0,030$). Отже, у ситуаціях стресу батьки дітей з PAC меншою мірою орієнтувалися на залучення зовнішніх соціальних ресурсів і частіше використовували конфронтаційні форми реагування.

За іншими копінг-стратегіями статистично значущих міжгрупових відмінностей після корекції множинних порівнянь не виявлено. Водночас

за асертивними діями спостерігалася тенденція до нижчих показників в основній групі ($19,52 \pm 3,88$ проти $21,26 \pm 3,33$ бала; $p_{adj} = 0,051$), а за уникненням — до вищих показників ($17,83 \pm 3,53$ проти $16,08 \pm 2,95$ бала; $p_{adj} = 0,060$), однак ці відмінності не досягали прийнятого рівня статистичної значущості. За вступом у соціальний контакт, обережними, імпульсивними, непрямими та асоціальними діями достовірних відмінностей між групами не виявлено.

Загальну спрямованість копінг-поведінки підтверджено результатами аналізу індексу конструктивності, який був достовірно нижчим у батьків

дітей з РАС, ніж у батьків здорових дітей ($1,19 \pm 0,25$ проти $1,37 \pm 0,20$; $U = 1379,5$; $p < 0,001$; $r_{rb} = -0,448$). Це свідчило про менш сприятливе співвідношення конструктивних, соціально орієнтованих способів подолання стресу та неконструктивних стратегій —

уникнення, асоціальних і агресивних форм реагування — у батьків дітей з РАС.

Наступним етапом аналізу було визначення гендерних особливостей копінг-поведінки окремо в ОГ та ГП (табл. 2).

Таблиця 2. Порівняльний аналіз гендерних особливостей вибору копінг-стратегій в основній групі і групі порівняння

Шкала SACS	Основна група			Група порівняння		
	жінки ($n = 50$)	чоловіки ($n = 50$)	p_{adj}	жінки ($n = 25$)	чоловіки ($n = 25$)	p_{adj}
Асертивні дії	$18,70 \pm 3,48$	$20,34 \pm 4,11$	0,130	$20,40 \pm 1,66$	$22,12 \pm 4,28$	0,019
Вступ у соціальний контакт	$20,20 \pm 1,92$	$25,06 \pm 2,23$	$< 0,001$	$20,60 \pm 1,66$	$27,04 \pm 1,43$	$< 0,001$
Пошук соціальної підтримки	$20,12 \pm 2,81$	$25,50 \pm 1,56$	$< 0,001$	$24,24 \pm 0,66$	$26,68 \pm 0,48$	$< 0,001$
Обережні дії	$21,86 \pm 3,46$	$24,64 \pm 1,70$	$< 0,001$	$23,00 \pm 0,00$	$25,72 \pm 1,90$	$< 0,001$
Імпульсивні дії	$16,10 \pm 2,01$	$20,38 \pm 2,89$	$< 0,001$	$13,60 \pm 1,66$	$19,36 \pm 0,95$	$< 0,001$
Уникнення	$17,42 \pm 3,64$	$18,24 \pm 3,40$	0,130	$16,60 \pm 1,66$	$15,56 \pm 3,81$	0,019
Непрямі дії	$21,20 \pm 3,56$	$21,28 \pm 0,45$	0,014	$21,00 \pm 0,00$	$21,68 \pm 0,48$	$< 0,001$
Асоціальні дії	$16,64 \pm 2,86$	$21,28 \pm 0,45$	$< 0,001$	$16,60 \pm 1,66$	$21,68 \pm 0,48$	$< 0,001$
Агресивні дії	$19,78 \pm 5,03$	$18,44 \pm 3,73$	0,478	$18,00 \pm 0,00$	$15,28 \pm 1,90$	$< 0,001$

В ОГ, тобто серед батьків дітей з РАС, найбільш виражені гендерні відмінності стосувалися соціально орієнтованих, поведінково активних та частини неконструктивних стратегій. Чоловіки частіше ніж жінки використовували вступ у соціальний контакт ($25,06 \pm 2,23$ проти $20,20 \pm 1,92$ бала; $p_{adj} < 0,001$) та пошук соціальної підтримки ($25,50 \pm 1,56$ проти $20,12 \pm 2,81$ бала; $p_{adj} < 0,001$). Отже, попри загалом нижчий рівень звернення по соціальну підтримку в основній групі проти групи батьків здорових дітей, усередині самої ОГ така стратегія була набагато більше притаманна чоловікам.

Чоловіки ОГ також мали вищі показники обережних дій ($24,64 \pm 1,70$ проти $21,86 \pm 3,46$; $p_{adj} < 0,001$) та імпульсивних дій ($20,38 \pm 2,89$ проти $16,10 \pm 2,01$; $p_{adj} < 0,001$). Крім того, у чоловіків були вищими показники асоціальних дій ($21,28 \pm 0,45$ проти $16,64 \pm 2,86$; $p_{adj} < 0,001$).

За непрямыми діями також отримано статистично значущу гендерну відмінність ($21,28 \pm 0,45$ у чоловіків проти $21,20 \pm 3,56$ у жінок; $p_{adj} = 0,014$), однак фактична різниця середніх становила лише 0,08 бала, тому її практичне значення слід оцінювати обережно.

Водночас за асертивними діями, уникненням та агресивними діями статистично значущих відмінностей між жінками й чоловіками ОГ не виявлено ($p_{adj} = 0,130$; $p_{adj} = 0,130$ та $p_{adj} = 0,478$ відповідно). Отже, гендерна специфіка копіngu серед батьків дітей з РАС полягала насамперед у більшій вираженості в чоловіків соціальної активності, звернення по підтримку, обережних та імпульсивних способів реагування, а також асоціальних дій, тоді як за агресивністю, уникненням та асертивністю чоловіки й жінки суттєво не відрізнялися.

У ГП, серед батьків здорових дітей, гендерні відмінності охоплювали більшу кількість копінг-стратегій. Чоловіки мали вищі показники асертивних

дій ($22,12 \pm 4,28$ проти $20,40 \pm 1,66$; $p_{adj} = 0,019$), вступу у соціальний контакт ($27,04 \pm 1,43$ проти $20,60 \pm 1,66$; $p_{adj} < 0,001$) та пошуку соціальної підтримки ($26,68 \pm 0,48$ проти $24,24 \pm 0,66$; $p_{adj} < 0,001$).

Так само чоловіки частіше, ніж жінки, використовували обережні дії ($25,72 \pm 1,90$ проти $23,00 \pm 0,00$; $p_{adj} < 0,001$), імпульсивні дії ($19,36 \pm 0,95$ проти $13,60 \pm 1,66$; $p_{adj} < 0,001$), непрямі дії ($21,68 \pm 0,48$ проти $21,00 \pm 0,00$; $p_{adj} < 0,001$) та асоціальні дії ($21,68 \pm 0,48$ проти $16,60 \pm 1,66$; $p_{adj} < 0,001$).

Інша спрямованість гендерних відмінностей спостерігалася за двома стратегіями. У жінок групи порівняння були вищими показники уникнення ($16,60 \pm 1,66$ проти $15,56 \pm 3,81$ у чоловіків; $p_{adj} = 0,019$) та особливо агресивних дій ($18,00 \pm 0,00$ проти $15,28 \pm 1,90$; $p_{adj} < 0,001$).

Отже, у групі батьків здорових дітей гендерна диференціація копінг-поведінки була більш вираженою та охоплювала практично весь спектр досліджуваних стратегій. Чоловікам більш притаманними були активні, соціально спрямовані та водночас окремі імпульсивні й асоціальні форми реагування, тоді як жінкам — уникнення та агресивні дії. В основній групі гендерні відмінності також були значущими, проте не стосувалися асертивності, уникнення та агресивності, що може свідчити про певне нівелювання частини гендерно специфічних способів копіngu в умовах тривалого стресового навантаження, пов'язаного з вихованням дитини з РАС.

Порівняльний аналіз показників сприйнятої соціальної підтримки за методикою MSPSS виявив системні відмінності між батьками дітей з РАС та батьками здорових дітей (табл. 3). В ОГ нижчими були як загальний рівень сприйнятої соціальної підтримки, так і показники підтримки з усіх трьох досліджуваних джерел — від значущої особи, сім'ї та друзів.

Таблиця 3. Порівняльний аналіз показників сприйнятої соціальної підтримки в основній групі і групі порівняння

Показник за MSPSS	ОГ (n = 100)	ГП (n = 50)	U	p_{adj}	r_{rb}
Загальний	5,07 ± 0,95	6,38 ± 0,38	200,0	< 0,001	-0,920
Значуща особа	5,37 ± 0,87	6,38 ± 0,38	750,0	< 0,001	-0,700
Сім'я	5,28 ± 0,98	6,50 ± 0,51	700,0	< 0,001	-0,720
Друзі	4,54 ± 1,36	6,25 ± 0,25	175,0	< 0,001	-0,930

Загальний показник за MSPSS у батьків дітей з РАС становив 5,07 ± 0,95 бала, тоді як у батьків здорових дітей — 6,38 ± 0,38 бала ($U = 200,0$; $p_{adj} < 0,001$; $r_{rb} = -0,920$). Отже, батьки дітей з РАС загалом оцінювали доступну їм соціальну підтримку як істотно меншу ніж респонденти ГП.

Аналогічні відмінності були встановлені щодо всіх окремих джерел підтримки. Рівень підтримки з боку значущої особи в ОГ був нижчим, ніж у групі порівняння (5,37 ± 0,87 проти 6,38 ± 0,38 бала; $p_{adj} < 0,001$; $r_{rb} = -0,700$). Так само батьки дітей з РАС нижче оцінювали підтримку сім'ї (5,28 ± 0,98 проти 6,50 ± 0,51 бала; $p_{adj} < 0,001$; $r_{rb} = -0,720$).

Найбільш виражені міжгрупові відмінності стосувалися підтримки друзів: в ОГ цей показник становив 4,54 ± 1,36 бала, у групі порівняння — 6,25 ± 0,25 бала

($U = 175,0$; $p_{adj} < 0,001$; $r_{rb} = -0,930$). Саме підтримка друзів характеризувалася найбільшим розміром міжгрупового ефекту серед окремих джерел соціальної підтримки. Отже, найбільший дефіцит сприйнятого соціального ресурсу у батьків дітей з РАС пов'язаний саме з позасімейним соціальним оточенням.

Отримані відмінності підтверджувалися і розподілом респондентів за рівнем загальної сприйнятої соціальної підтримки. В ОГ високий рівень підтримки мали 65,0 % респондентів, середній — 34,0 %, низький — 1,0 %. Натомість у ГП всі респонденти (100,0 %) належали до категорії високого рівня сприйнятої соціальної підтримки. Частка осіб із високим рівнем підтримки була статистично значуще нижчою серед батьків дітей з РАС ($p < 0,001$).

Отже, міжгруповий аналіз продемонстрував не локальне зниження окремого компонента, а загальне зменшення суб'єктивно сприйнятого соціального ресурсу у батьків дітей з РАС, яке охоплювало підтримку найближчої значущої особи, сімейного оточення та друзів. Водночас найбільш вираженою була різниця саме у сприйнятті підтримки з боку друзів.

Наступним етапом аналізу було визначення гендерних особливостей сприйнятої соціальної підтримки окремо в ОГ та ГП (табл. 4).

Таблиця 4. Гендерні особливості сприйнятої соціальної підтримки окремо в основній групі і групі порівняння

Показник за MSPSS	Основна група			Група порівняння		
	жінки (n = 50)	чоловіки (n = 50)	p_{adj}	жінки (n = 25)	чоловіки (n = 25)	p_{adj}
загальний	5,33 ± 0,90	4,80 ± 0,93	0,002	6,00 ± 0,00	6,75 ± 0,00	< 0,001
Значуща особа	5,75 ± 0,86	4,99 ± 0,70	< 0,001	6,00 ± 0,00	6,75 ± 0,00	< 0,001
Сім'я	5,67 ± 0,96	4,88 ± 0,82	< 0,001	6,00 ± 0,00	7,00 ± 0,00	< 0,001
Друзі	4,57 ± 1,26	4,52 ± 1,46	0,793	6,00 ± 0,00	6,50 ± 0,00	< 0,001

В ОГ, серед батьків дітей з РАС, жінки мали вищий загальний рівень сприйнятої соціальної підтримки ніж чоловіки. Загальний показник за MSPSS у жінок становив 5,33 ± 0,90 бала, у чоловіків — 4,80 ± 0,93 бала ($p_{adj} = 0,002$).

Гендерні відмінності були особливо вираженими щодо підтримки з боку найближчого соціального оточення. Жінки вище за чоловіків оцінювали підтримку значущої особи (5,75 ± 0,86 проти 4,99 ± 0,70 бала; $p_{adj} < 0,001$) та підтримку сім'ї (5,67 ± 0,96 проти 4,88 ± 0,82 бала; $p_{adj} < 0,001$). Це свідчить про те, що в умовах виховання дитини з РАС жінки більшою мірою, ніж чоловіки, відчували доступність підтримки з боку найближчих людей та сімейного оточення.

Водночас за підтримкою друзів гендерних відмінностей в ОГ не виявлено: показники жінок і чоловіків були практично однаковими — 4,57 ± 1,26 та 4,52 ± 1,46 бала відповідно ($p_{adj} = 0,793$). Отже, виявлений для основної групи загалом дефіцит дружньої підтримки був однаково притаманний представникам обох статей.

Ця закономірність простежувалася й у категоріальній оцінці загального рівня підтримки: ви-

сокий її рівень встановлений у 76,0 % жінок ОГ та лише у 54,0 % чоловіків. Отже, серед батьків дітей з РАС саме чоловіки виявилися групою з нижчим суб'єктивним відчуттям доступності соціальної підтримки, насамперед з боку сім'ї та значущої особи.

У ГП, серед батьків здорових дітей, спрямованість гендерних відмінностей була протилежною. Чоловіки мали вищі показники соціальної підтримки за всіма досліджуваними параметрами. Загальний показник MSPSS становив у чоловіків 6,75 ± 0,00 бала проти 6,00 ± 0,00 балів у жінок ($p_{adj} < 0,001$).

Аналогічно чоловіки вище оцінювали підтримку значущої особи (6,75 ± 0,00 проти 6,00 ± 0,00 балів; $p_{adj} < 0,001$), підтримку сім'ї (7,00 ± 0,00 проти 6,00 ± 0,00 балів; $p_{adj} < 0,001$) та підтримку друзів (6,50 ± 0,00 проти 6,00 ± 0,00 балів; $p_{adj} < 0,001$).

Отже, гендерні особливості сприйнятої соціальної підтримки в досліджуваних групах мали різну спрямованість. Серед батьків дітей з РАС вищий рівень загальної підтримки, а також підтримки значущої особи та сім'ї був у жінок, тоді як підтримка друзів була однаково низькою у жінок і чоловіків. У групі батьків здорових дітей, навпаки, вищі оцінки за всіма компонентами соціальної підтримки отримані у чоловіків.

Водночас гендерні відмінності в ГП потребують обережної інтерпретації, оскільки нульові значення стандартного відхилення за всіма показниками в обох статевих підгрупах свідчать про відсутність внутрішньогрупової варіативності отриманих оцінок. Тому, попри статистичну значущість відмінностей, їх узагальнення як стійких гендерних закономірностей потребує обережності.

Для інтегрального оцінення особливостей психологічного реагування результати за HADS зіставлені з основними показниками копінг-поведінки за SACS — пошуком соціальної підтримки, агресивними діями та індексом конструктивності.

Порівняння жіночих підгруп виявило найбільш виражені відмінності. Жінки, які виховують дітей з PAC, мали вищі показники тривоги та депресії за HADS, ніж жінки групи порівняння: середній рівень за HADS-A становив 8,04 проти 6,36 бала, HADS-D — 8,00 проти 5,12 бала. Одночасно їхній копінг-профіль характеризувався нижчим рівнем пошуку соціальної підтримки (20,12 проти 24,24 бала), більшою вираженістю агресивних дій (19,78 проти 18,00 бала) та нижчим індексом конструктивності (1,13 проти 1,28).

Отже, у жінок ОГ більш виражене тривожно-депресивне навантаження поєднувалося з менш сприятливою конфігурацією копінг-поведінки — меншою орієнтацією на соціальну підтримку та нижчим співвідношенням конструктивних і неконструктивних способів подолання стресу.

Подібна, хоча дещо менш контрастна картина спостерігалася у чоловіків. У чоловіків ОГ показники за HADS-A та HADS-D також були вищими, ніж у чоловіків ГП: 5,88 проти 3,96 бала за тривоги та 6,28 проти 3,12 бала за депресію. Водночас вони дещо рідше використовували пошук соціальної підтримки (25,50 проти 26,68 бала), частіше вдавалися до агресивних дій (18,44 проти 15,28 бала) та мали нижчий індекс конструктивності копінгу (1,25 проти 1,47).

Отже, незалежно від статі, батьки дітей з PAC характеризувалися односпрямованим поєднанням більш виражених тривожно-депресивних проявів і менш сприятливого копінг-профілю проти батьків здорових дітей. Водночас характер цих відмінностей мав певну гендерну специфіку: у жінок ОГ особливо помітним було зниження пошуку соціальної підтримки, тоді як у чоловіків більш вираженою була різниця за агресивними способами реагування.

Аналіз гендерних особливостей всередині ОГ показав, що жінки мали вищі рівні як тривоги, так і депресії ніж чоловіки. Їхні показники за HADS-A становили 8,04 проти 5,88 бала, а за HADS-D — 8,00 проти 6,28 бала. Одночасно чоловіки помітно активніше використовували пошук соціальної підтримки (25,50 проти 20,12 бала) та мали вищий індекс конструктивності (1,25 проти 1,13).

Водночас копінг-профіль чоловіків ОГ не можна вважати однозначно більш адаптивним. Як показано за результатами SACS, чоловіки цієї групи одночасно із більшою орієнтацією на соціальний контакт і під-

тримку частіше використовували імпульсивні та асоціальні дії. Отже, нижчий рівень тривожно-депресивних проявів у чоловіків ОГ поєднувався з більш активним, але неоднорідним за конструктивністю поведінковим реагуванням.

У ГП гендерний профіль мав подібну загальну спрямованість щодо емоційного стану, але був ще більш контрастним. Жінки мали вищі показники за HADS-A (6,36 проти 3,96 бала) та HADS-D (5,12 проти 3,12 бала), ніж чоловіки. Водночас у них були нижчими показники пошуку соціальної підтримки (24,24 проти 26,68 бала) та індексу конструктивності (1,28 проти 1,47), а показник агресивних дій був вищим (18,00 проти 15,28 бала) ніж у чоловіків.

Отже, чоловіки ГП демонстрували найбільш сприятливий інтегральний профіль серед усіх досліджених підгруп: найнижчі середні показники тривоги й депресії за HADS поєднувалися в них із найвищим рівнем пошуку соціальної підтримки та найвищим індексом конструктивності копінгу.

Для додаткового оцінення узгодженості емоційного стану та копінг-поведінки проведено груповий кореляційний аналіз із включенням тих показників SACS, за якими раніше були встановлені статистично значущі міжгрупові відмінності, — пошуку соціальної підтримки та агресивних дій, а також інтегрального індексу конструктивності.

Отримані результати виявили односпрямовану закономірність: вищі групові показники тривоги та депресії поєднувалися з нижчим рівнем пошуку соціальної підтримки та нижчим індексом конструктивності, тоді як агресивні дії, навпаки, збільшувалися зі зростанням тривожно-депресивного навантаження.

Для пошуку соціальної підтримки коефіцієнти узгодженості становили $\rho = -1,00$ з HADS-A та $\rho = -0,80$ з HADS-D; для індексу конструктивності — відповідно $\rho = -0,80$ та $\rho = -1,00$. Агресивні дії демонстрували прямий напрям зв'язку: $\rho = 0,80$ з HADS-A та $\rho = 1,00$ з HADS-D.

Отже, на рівні групових профілів більш виражені тривожно-депресивні прояви поєднувалися зі зменшенням використання соціально орієнтованих і конструктивних способів подолання стресу та з більшою вираженістю агресивного реагування. Таку конфігурацію можна розглядати як свідчення взаємної узгодженості емоційного дистресу та особливостей копінг-поведінки.

Водночас ці результати слід інтерпретувати виключно як описову узгодженість групових показників. Оскільки аналіз проведений порівнянням середніх значень окремих гендерних підгруп, він не дає підстав робити висновки про індивідуальні кореляційні зв'язки між показниками за HADS і SACS або про причинний характер виявлених асоціацій.

Для комплексного оцінення співвідношення психоемоційного стану та зовнішніх соціальних ресурсів показники тривоги й депресії за HADS були зіставлені із загальним рівнем сприйнятої соціальної підтримки за MSPSS та оцінками її окремих джерел — значущої особи, сім'ї та друзів.

Порівняння жіночих підгруп показало, що жінки, які виховують дітей з PAC, мали вищі середні показники тривоги та депресії, ніж жінки групи порівняння: показники за HADS-A становили 8,04 проти 6,36 бала, за HADS-D — 8,00 проти 5,12 бала. Водночас загальний рівень сприйнятої соціальної підтримки у них був нижчим — 5,33 проти 6,00 балів.

Аналогічна спрямованість відмінностей спостерігалася за всіма окремими джерелами підтримки. Жінки ОГ нижче оцінювали підтримку значущої особи — 5,75 проти 6,00 балів, сім'ї — 5,67 проти 6,00 балів та особливо друзів — 4,57 проти 6,00 балів. Найбільший міжгруповий розрив у жіночих підгрупах стосувався саме підтримки з боку друзів.

Отже, у жінок ОГ більш виражене тривожно-депресивне навантаження поєднувалося з нижчим загальним рівнем сприйнятої соціальної підтримки та нижчими оцінками всіх її досліджуваних джерел.

Ще більш виражені відмінності за показниками соціальної підтримки спостерігалися серед чоловіків. Чоловіки основної групи мали вищі показники за HADS-A та HADS-D як порівняти з чоловіками ГП — 5,88 проти 3,96 бала та 6,28 проти 3,12 бала відповідно. Одночасно їхній загальний показник за MSPSS був істотно нижчим — 4,80 проти 6,75 бала.

Відмінності спостерігалися за всіма джерелами соціальної підтримки: підтримка значущої особи — 4,99 проти 6,75 бала, сім'ї — 4,88 проти 7,00 балів та друзів — 4,52 проти 6,50 бала. Отже, у чоловіків ОГ більш виражені тривожно-депресивні прояви також поєднувалися з істотно нижчим рівнем сприйнятої соціальної підтримки.

Серед усіх чотирьох гендерних підгруп чоловіки ГП демонстрували найбільш сприятливу інтегральну конфігурацію HADS — MSPSS: у них були найнижчими середні показники як тривоги, так і депресії та водночас найвищими загальний рівень соціальної підтримки і показники підтримки з боку значущої особи, сім'ї та друзів.

Аналіз гендерних особливостей усередині ОГ виявив іншу, на перший погляд парадоксальну, конфігурацію. Жінки, які виховують дітей з PAC, мали вищий загальний показник за MSPSS, ніж чоловіки тієї самої групи — 5,33 проти 4,80 бала. Вони також вище оцінювали підтримку значущої особи — 5,75 проти 4,99 бала та сім'ї — 5,67 проти 4,88 бала. Показники підтримки друзів у жінок і чоловіків ОГ практично не відрізнялися — 4,57 та 4,52 бала відповідно.

Водночас саме жінки ОГ мали вищі рівні тривоги та депресії: за HADS-A — 8,04 проти 5,88 бала у чоловіків, за HADS-D — 8,00 проти 6,28 бала. Отже, всередині групи батьків дітей з PAC вищий рівень суб'єктивно сприйнятої підтримки у жінок не супроводжувався нижчою вираженістю тривожно-депресивних проявів.

Ця особливість показує, що зв'язок між соціальною підтримкою та психоемоційним станом не є лінійним і не може бути пояснений лише кількісним рівнем сприйнятої підтримки. Виявлене співвідношення може залежати від інших характеристик психологіч-

ного та соціального функціонування, які не відображаються безпосередньо показниками MSPSS.

У ГП співвідношення показників за HADS і MSPSS мало іншу спрямованість. Чоловіки мали одночасно нижчі показники тривоги та депресії і вищий рівень соціальної підтримки як порівняти з жінками. Їхній загальний показник за MSPSS становив 6,75 проти 6,00 балів у жінок; підтримка значущої особи — 6,75 проти 6,00; сім'ї — 7,00 проти 6,00; друзів — 6,50 проти 6,00 балів. Водночас показники за HADS-A становили у чоловіків 3,96 проти 6,36 бала у жінок, а за HADS-D — 3,12 проти 5,12 бала.

Отже, якщо в ГП вищий рівень сприйнятої соціальної підтримки у чоловіків поєднувався з меншою вираженістю тривожно-депресивної симптоматики, то в ОГ аналогічної гендерної закономірності не спостерігалася. Це свідчить про складніший характер співвідношення соціальної підтримки та психоемоційного стану в умовах виховання дитини з PAC.

Для додаткового оцінення узгодженості психоемоційного стану та соціального ресурсу проведено описовий груповий кореляційний аналіз між показниками HADS і MSPSS. Усі досліджувані показники соціальної підтримки мали однаковий зворотний напрям зв'язку з тривогою та депресією. Для загального показника MSPSS, а також підтримки значущої особи, сім'ї та друзів коефіцієнт узгодженості з HADS-A становив $r = -0,40$, а з HADS-D — $r = -0,80$.

Отже, на рівні гендерних профілів вищі показники сприйнятої соціальної підтримки загалом поєднувалися з нижчою вираженістю тривожно-депресивних проявів, причому ця узгодженість була більш вираженою щодо депресивної, ніж тривожної симптоматики.

Водночас результати аналізу всередині основної групи, де жінки мали вищу сприйняту підтримку, але вищі показники за HADS-A і HADS-D як порівняти з чоловіками, не дають підстав трактувати соціальну підтримку як самостійний чинник, що безпосередньо визначає рівень емоційного дистресу. Тому отримані коефіцієнти слід розглядати виключно як описову узгодженість групових профілів. Вони не свідчать про індивідуальні кореляційні залежності між показниками за HADS і MSPSS та не дають змоги встановлювати причинний характер зв'язку між рівнем соціальної підтримки і тривожно-депресивними проявами.

Отримані результати свідчать, що психологічне неблагополуччя батьків дітей з PAC пов'язане не зі суцільною неспроможністю долати стрес, а зі специфічною конфігурацією внутрішніх і зовнішніх адаптаційних ресурсів. З порівняння з батьками здорових дітей в ОГ виявлено нижчий рівень конструктивності копінг-поведінки, менш активний пошук соціальної підтримки, більшу вираженість агресивних дій та нижчу сприйняту соціальну підтримку. Така конфігурація узгоджується з даними про те, що тривале виховання дитини з PAC супроводжується не лише підвищеним рівнем повсякденного стресу, а й тривалим напруженням адаптаційних можливостей сім'ї [3—5].

Водночас результати не дають підстав характеризувати копінг-поведінку батьків дітей з РАС як загалом дезадаптивну. За більшістю окремих стратегій SACS статистично значущих міжгрупових відмінностей не виявлено. Відмінності концентрувалися навколо трьох компонентів: менш активного пошуку соціальної підтримки, більшої вираженості агресивних дій і нижчого індексу конструктивності. Отже, йдеться радше про вразливість окремих ланок системи подолання стресу та зміну співвідношення конструктивних і неконструктивних способів реагування, ніж про глобальний дефіцит копінг-можливостей.

Особливої уваги потребує менш активне використання пошуку соціальної підтримки. За умов тривалого доглядового навантаження звернення по допомогу може переставати бути простим і доступним способом подолання труднощів. Попередній досвід недостатньої, несвоєчасної або такої, що не відповідає актуальним потребам сім'ї, підтримки може знижувати готовність повторно звертатися по неї. Крім того, сама взаємодія з медичними, освітніми та соціальними структурами часто потребує значних організаційних і емоційних зусиль. У цьому контексті зменшення пошуку підтримки може відображати не відсутність потреби в допомозі, а обмеження можливостей її мобілізації. Така інтерпретація відповідає сучасному розумінню копіngu як динамічного процесу, ефективність якого визначається не лише типом стратегії, а й умовами її застосування [8; 9].

Вища вираженість агресивних дій у батьків дітей з РАС також потребує обережного трактування. Цей результат не означає наявності клінічно значущої агресивної поведінки, а відображає більшу схильність до жорсткого, конфронтаційного або емоційно напруженого способу реагування у складних ситуаціях. В умовах хронічного навантаження така поведінкова мобілізація може виконувати короткочасно функціональну роль, зокрема, коли є ціль активно відстоювати потреби дитини. Водночас її стійке використання потенційно може ускладнювати взаємодію з близькими та фахівцями. Тому практично значущою мішенню є не зменшення поведінкової активності як такої, а трансформація конфронтаційного реагування в більш асертивні способи захисту власних і сімейних потреб.

Найбільш системними виявилися відмінності у сфері сприйнятої соціальної підтримки. У батьків дітей з РАС нижчими були як загальний показник за MSPSS, так і оцінки підтримки з боку значущої особи, сім'ї та друзів. Особливо вираженим був дефіцит підтримки друзів. Така картина може відображати поступове звуження позасімейного соціального простору внаслідок дефіциту часу, обмеження спонтанної соціальної активності, необхідності постійно враховувати потреби дитини та недостатнього розуміння специфіки РАС з боку оточення. Значення соціальної підтримки як ресурсу, пов'язаного зі зменшенням батьківського стресу та кращою сімейною адаптацією, показано й у попередніх дослідженнях [12—14].

Важливим є те, що дефіцит соціальної підтримки в ОГ не обмежувався одним джерелом. Нижчі оцінки підтримки значущої особи, сім'ї та друзів свідчать про ширший характер зниження суб'єктивно доступного зовнішнього ресурсу. Водночас найбільший міжгруповий розрив саме за підтримкою друзів дає змогу припускати, що найбільш уразливою може бути позасімейна мережа підтримки. Це особливо важливо з огляду на те, що дружні зв'язки можуть забезпечувати не лише практичну допомогу, а й емоційне розвантаження, досвід нормалізації повсякденного життя та зменшення соціальної ізоляції [23].

Інтеграція результатів за HADS із показниками за SACS виявила на рівні гендерних профілів узгоджену тенденцію: вищі середні показники тривоги й депресії поєднувалися з нижчим пошуком соціальної підтримки та нижчим індексом конструктивності, тоді як агресивні дії мали протилежний напрям. Ця конфігурація підтримує уявлення про важливість копінг-ресурсів у структурі психологічної адаптації, однак не дає підстав стверджувати, що певний тип копіngu безпосередньо зумовлює рівень тривожної або депресивної симптоматики.

Аналогічно, під час зіставлення показників за HADS із показниками за MSPSS вищі групові рівні тривожно-депресивних проявів загалом поєднувалися з нижчими показниками сприйнятої соціальної підтримки. Зворотна узгодженість була більш виразною щодо депресивної, ніж щодо тривожної симптоматики. Проте ці результати варто розглядати як описову характеристику чотирьох гендерних профілів, а не як доказ індивідуального кореляційного або причинного зв'язку між соціальною підтримкою і психоемоційним станом.

На користь такого обережного трактування свідчать і результати гендерного аналізу. У жінок ОГ більш виражені тривожно-депресивні прояви поєднувалися з нижчою конструктивністю копіngu та менш активним пошуком соціальної підтримки. Водночас саме жінки повідомляли про вищий загальний рівень сприйнятої соціальної підтримки та більшу підтримку з боку значущої особи і сім'ї як порівняти з чоловіками основної групи. Отже, більша суб'єктивно сприйнята підтримка як така не була пов'язана з нижчим рівнем психоемоційного неблагополуччя.

Цей результат є принципово важливим, оскільки показує обмеженість спрощеної моделі «більше підтримки — менше дистресу». Значення підтримки, ймовірно, визначається не лише її суб'єктивною наявністю, а й відповідністю реальним потребам, можливістю отримати її саме тоді й у тій формі, коли вона потрібна, а також співвідношенням обсягу допомоги з інтенсивністю актуального навантаження. Тому однаковий або навіть вищий рівень сприйнятої підтримки може бути недостатнім за різного обсягу доглядових, емоційних та організаційних вимог.

У чоловіків ОГ, навпаки, нижчі рівні тривоги й депресії поєднувалися з активнішим пошуком соціальної підтримки та дещо вищим індексом конструктивності. Водночас вони частіше використовували

імпульсивні та асоціальні дії й мали нижчу сприйняту соціальну підтримку, ніж жінки тієї самої групи. Такий профіль також не можна оцінювати як однозначно більш адаптивний. Він радше відображає іншу конфігурацію ресурсів — активнішу поведінкову мобілізацію за меншої суб'єктивної доступності міжособистісної опори та більшої представленості окремих неконструктивних способів реагування.

Отже, встановлені гендерні відмінності не дають підстав ранжувати жінок і чоловіків за «рівнем адаптивності». Вони свідчать про різні способи поєднання внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Жінкам більш властиві були вища сприйнята підтримка з боку найближчого оточення поряд із вищим психоемоційним навантаженням і менш активним пошуком допомоги, тоді як чоловікам — активніша поведінкова мобілізація, нижча суб'єктивно сприйнята підтримка та більш неоднорідний копінг-профіль.

Окремої уваги потребує склад групи порівняння, яку становили медичні працівники. Сприятливіші середні показники копіngu й соціальної підтримки у цій групі не слід інтерпретувати як відсутність у її представників психоемоційного навантаження, оскільки професійна діяльність у сфері охорони здоров'я як така є потенційно стресогенною. Виявлені відмінності характеризують насамперед іншу конфігурацію сімейних вимог і ресурсів та не можуть бути зведені до простого протиставлення «стресової» і «нестресової» груп.

Одержані результати загалом відповідають ресурсній моделі сімейної адаптації, згідно з якою наслідки тривалого навантаження визначаються співвідношенням між його інтенсивністю, доступними способами подолання та можливістю мобілізувати соціальну підтримку [17; 18]. Важливим є не лише формальне існування допомоги, а й її доступність, відповідність актуальним потребам сім'ї, можливість конкретно сформулювати запит і прийняти допомогу без переживання безпорадності чи стигматизації.

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні ресурсно-орієнтованого медико-психологічного супроводу батьків дітей з РАС. Такий супровід доцільно спрямовувати на оцінення не лише вираженості тривожно-депресивної симптоматики, а й індивідуального профілю копіngu та доступних джерел соціальної підтримки. Потенційними мішенями втручань можуть бути розвиток асертивної комунікації, розширення репертуару конструктивних стратегій подолання, зменшення конфронтаційного реагування, формування навичок конкретного звернення по допомогу та відновлення або розширення сімейних і позасімейних мереж підтримки.

Гендерні особливості, виявлені в дослідженні, також доцільно враховувати під час планування допомоги, але не як підставу для універсальних статевих специфічних схем. Для жінок більш актуальними можуть бути профілактика виснаження, підтримка практичної мобілізації доступних ресурсів і зменшення доглядового навантаження; для чоловіків — роз-

виток послідовної саморегуляції, конструктивного прийняття допомоги та зміцнення доступної міжособистісної опори. Ефективність таких втручань значною мірою залежить від їх відповідності реальним потребам конкретної сім'ї та можливості інтегрувати запропоновані стратегії у повсякденне життя [24].

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Батьки дітей з РАС відрізнялися від батьків здорових дітей не тотально несприятливим копінг-профілем, а специфічною конфігурацією його окремих компонентів: менш активним пошуком соціальної підтримки, більшою вираженістю агресивних дій та нижчим індексом конструктивності. Водночас у них були нижчими загальний рівень сприйнятої соціальної підтримки та оцінки всіх її джерел, причому найбільш виражений дефіцит стосувався підтримки друзів.

На рівні гендерних профілів більш виражені тривожно-депресивні прояви поєднувалися з нижчими показниками конструктивності копіngu та пошуку соціальної підтримки і з більшою вираженістю агресивних дій. Ця закономірність характеризує групову узгодженість психоемоційного стану й копінг-ресурсів, але не доводить індивідуального або причинного зв'язку між ними.

Вищі групові показники за HADS також загалом поєднувалися з нижчим рівнем сприйнятої соціальної підтримки, включно з підтримкою значущої особи, сім'ї та друзів. Водночас в ОГ жінки мали вищу сприйняту підтримку, ніж чоловіки, попри більш виражені тривожно-депресивні прояви, що свідчить про складний і нелінійний характер співвідношення зовнішніх ресурсів та психоемоційного стану.

Гендерні відмінності стосувалися не загальної «адаптивності», а конфігурації ресурсів. У жінок ОГ вищий психоемоційний дистрес поєднувався з менш активним пошуком допомоги та нижчою конструктивністю копіngu за більшої сприйнятої підтримки найближчого оточення; у чоловіків — з активнішим пошуком підтримки та вищою конструктивністю поряд із нижчою сприйнятою соціальною підтримкою і більшою представленістю окремих неконструктивних стратегій.

Результати обґрунтовують доцільність ресурсно-орієнтованого медико-психологічного супроводу батьків дітей з РАС, що включає скринінг тривожно-депресивних проявів, оцінення індивідуального копінг-профілю та доступних джерел соціальної підтримки, розвиток асертивної комунікації й конструктивних способів подолання, зменшення конфронтаційного реагування, формування навичок звернення по допомогу та розширення сімейних і позасімейних мереж підтримки.

Список літератури

1. Lord C, Brugha TS, Charman T, et al. Autism spectrum disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):5. DOI: 10.1038/s41572-019-0138-4
2. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, et al. Global prevalence of autism: a systematic review update. *Autism Res*. 2022;15(5):778-790. DOI: 10.1002/aur.2696

3. Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2013;43(3):629-642. DOI: 10.1007/s10803-012-1604-y
4. Al-Oran HM, Khuan L. Predictors of parenting stress in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder: a scoping review. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg.* 2021;57:103. DOI: 10.1186/s41983-021-00345-w
5. Schnabel A, Youssef GJ, Hallford DJ, et al. Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism.* 2020;24(1):26-40. DOI: 10.1177/1362361319844636
6. *Практична психосоматика: діагностичні шкали* / Чабан О. С., Хаустова О. О. (ред.) 3-тє видання, виправлене і доповнене. Київ : Медкнига, 2021. 200 с. Chaban OS & Khaustova OO. (ed.) [Practical Psychosomatics: Diagnostic Scales]. 3rd edition, revised and supplemented. Kyiv: Medknyga, 2021. 200 p. (In Ukrainian).
7. Karlsson J, Hammarström E, Fogelkvist M, Lundqvist LO. Psychometric characteristics of the Hospital Anxiety and Depression Scale in stroke survivors of working age before and after inpatient rehabilitation. *PLoS One.* 2024;19(8):e0306754. Published 2024 Aug 26. DOI: 10.1371/journal.pone.0306754
8. Vernhet C, Dellapiazza F, Blanc N, et al. Coping strategies of parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28(6):747-758. DOI: 10.1007/s00787-018-1183-3
9. Bartczuk RP, Chwaszcz J, Hobfoll SE, Niewiadomska I, Gałkowska-Bachanek M. Is the structure of the Strategic Approach to Coping Scale cross-culturally stable? Evidence based on a scoping literature review. *Roczniki Psychologiczne.* 2020;23(1):7-21. DOI: 10.18290/rpsych20231-1
10. Chwaszcz J, Bartczuk RP, Niewiadomska I, Hobfoll SE, Palacz-Chrisidis A. The Polish adaptation of the Strategic Approach to Coping Scale. *Roczniki Psychologiczne.* 2020;23(1):23-43. DOI: 10.18290/rpsych20231-2
11. Chwaszcz J, Bartczuk RP, Niewiadomska I, Sławska-Jaroszewska P. Quality of life and prosocial or antisocial coping with resource deprivation: a cross-sectional study of people at risk of social exclusion. *PLoS One.* 2022;17(9):e0275234. DOI: 10.1371/journal.pone.0275234
12. Khusaifan SJ, El Keshky MES. Social Support as a Protective Factor for the Well-Being of Parents of Children with Autism in Saudi Arabia. *J Pediatr Nurs.* 2021;58:e1-e7. DOI: 10.1016/j.pedn.2020.11.014
13. Sharabi A, Marom-Golan D. Social support, education levels, and parents' involvement: a comparison between mothers and fathers of young children with autism spectrum disorder. *Top Early Child Spec Educ.* 2018;38(1):54-64. DOI: 10.1177/0271121418762511
14. Higgins L, Mannion A, Chen JL, Leader G. Adaptation of Parents Raising a Child with ASD: The Role of Positive Perceptions, Coping, Self-efficacy, and Social Support. *J Autism Dev Disord.* 2023;53(3):1224-1242. DOI: 10.1007/s10803-022-05537-8
15. Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Bahrami Ehsan H, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the Persian version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Iran. *Int J Prev Med.* 2013;4(11):1277-1281. PMID: 24404362
16. Tonsing K, Zimet GD, Tse S. Assessing social support among South Asians: the multidimensional scale of perceived social support. *Asian J Psychiatr.* 2012;5(2):164-168. DOI: 10.1016/j.ajp.2012.02.012
17. Nahar S, Zambelli Z, Halstead EJ. Risk and protective factors associated with maternal mental health in mothers of children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil.* 2022;131:104362. DOI: 10.1016/j.ridd.2022.104362
18. Wang R, Liu Q, Zhang W. Coping, social support, and family quality of life for caregivers of individuals with autism: meta-analytic structural equation modeling. *Pers Individ Dif.* 2022;186:111351. DOI: 10.1016/j.paid.2021.111351
19. Selezanova V, Pinchuk I, Feldman I, Virchenko V, Wang B, Skokauskas N. The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *Int J Ment Health Syst.* 2023;17(1):28. Published 2023 Sep 25. DOI: 10.1186/s13033-023-00598-3
20. Pinchuk I, Yachnik Y, Goto R, Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *Int J Ment Health Syst.* 2025;19(1):11. Published 2025 Mar 28. DOI: 10.1186/s13033-025-00667-99
21. *Збірник методик для психологічної діагностики військовослужбовців Збройних Сил України: методичний посібник* / В. М. Мороз, М. А. Коваль, О. В. Герасименко; за заг. ред. В. Клочкова. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2023. 468 с. Moroz V. M., Koval M. A., Herasymenko O. V. [Collection of methods for psychological diagnostics of servicemen of the Armed Forces of Ukraine] edited by V. Klochkov. Kyiv: Research and Development Center of the Armed Forces of Ukraine, 2023. 468 p. (In Ukrainian).
22. Мельник Ю. Б., Стадник А. В. *Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки: метод. посіб.* (укр. версія). Харків : ХОГОКЗ, 2023. 12 с. Melnyk Yu. B., Stadnik A. V. *Baghatomirna shkala spryjnattja social'noj pidtrymky* [Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. Kharkiv: Regional Public Organization "Culture of Health", 2023. 12 p. DOI: 10.26697/melnyk.stadnik.6.2023 (In Ukrainian).
23. Laslo-Roth R, George-Levi S, Ben-Yaakov L. Support me in the good times too: interpersonal emotion regulation, perceived social support, and loneliness among mothers of children with autism spectrum disorder. *J Soc Pers Relat.* 2023;40(1):55-75. DOI: 10.1177/02654075221113031
24. MacKenzie KT, Eack SM. Interventions to improve outcomes for parents of children with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *J Autism Dev Disord.* 2022;52(7):2859-2883. DOI: 10.1007/s10803-021-05164-9

Надійшла до редакції 11.08.2026
Ухвалена до друку 12.08.2026

КОЖУХАР Радислав Павлович, аспірант заочної форми навчання кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; лікар-психіатр, завідувач Центру ментального здоров'я Обласної клінічної дитячої лікарні Кіровоградської обласної ради, м. Кропивницький, Україна; <https://orcid.org/0009-0004-6106-5518>; e-mail: radyslavkozuhukhar@gmail.com

KOZHUKHAR Radyslav, Postgraduate Student of correspondence studies at the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; Physician-psychiatrist, Head of the Mental Health Center of the Regional Clinical Children's Hospital of the Kirovohrad Regional Council, Kropyvnytskyi, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0004-6106-5518>; e-mail: radyslavkozuhukhar@gmail.com