

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт психологии Российской академии наук

На правах рукописи

Дан Марина Владимировна

**Психологические последствия воздействия стрессора «тяжелое
заболевание ребенка» у матерей с разным уровнем личностной зрелости**

Специальность: 19.00.13 – психология развития, акмеология
(психологические науки)

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук, профессор
Харламенкова Наталья Евгеньевна

Москва – 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ	18
1.1 Феномен и понятие личностной зрелости	18
1.2 Личностная зрелость родителя	23
2.1 Специфика стрессора «тяжелое заболевание ребенка»	31
2.2 Совладание со стрессом, вызванным тяжелым заболеванием ребенка	42
2.3 Основные подходы к анализу психологических последствий влияния стрессора «тяжелое заболевание ребенка». Программы и модели психологической помощи родственникам	48
ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВЛИЯНИЯ СТРЕССОРА «ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ РЕБЕНКА» И ИХ СВЯЗИ С УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ МАТЕРИ	64
3.1 Характеристика методов и выборки исследования	64
3.2 Посттравматический стресс матерей как реакция на дебют тяжелого заболевания совершеннолетнего ребенка	74
3.3 Соотношение личностной зрелости и её компонентов со степенью проявления психопатологической симптоматики и уровнем посттравматического стресса	89
3.4 Изменение уровня посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у матерей после профессиональной социально-психологической поддержки	100
3.5 Тип отношения и дистанция матери с ребенком при различном уровне личностной зрелости до и после профессиональной социально-психологической поддержки	116
3.6 Тип отношения и дистанция с ребенком матерей с разным уровнем посттравматического стресса и личностной зрелости до и после профессиональной социально-психологической поддержки	136
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	141
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	144

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В современном мире человек становится объектом негативного воздействия разнообразных интенсивных стрессовых событий, которые угрожают его психологическому благополучию. Некоторые виды стрессового воздействия и их последствия, такие как участие в боевых действиях, физическое, сексуальное и другие виды насилия, смерть близкого и др. изучены в достаточной мере, в то время как научное знание о психологических последствиях иных событий – угрожающих жизни болезней у взрослых и детей имеет существенные пробелы. Среди событий, приводящих к серьезным стрессовым состояниям, выделяется стрессор «тяжелое заболевание». При рассмотрении влияния стрессовых ситуаций большое внимание уделяется раскрытию значения ресурсов индивида, благоприятствующих его восстановлению и реабилитации после травматического события. Также актуален поиск социальных факторов, способствующих успешной адаптации после переживания стресса, в частности – разработка программ профессиональной социально-психологической поддержки. Наряду с этим современная психология уделяет недостаточное внимание единому пониманию комплексного значения таких компонентов, как выраженность посттравматического стресса и сопутствующих симптомов, уровень личностной зрелости, социальная поддержка и др.

Изучению характера воздействия стрессора «тяжелое заболевание» на человека и его психологических последствий посвящена значительная часть научных работ (Аминев, Брычева, 2000; Архипова, Кокорина, 2009; Вассерман, Трифонова, Федорова, 2008; Тарабрина, 2009; Тхостов, 1984; Ворона, 2005; Куприянова, Слонимская, Бехер, 2009; Alter, Pelcovitz, Axelrod et al., 1996; Moos, Tsu, 1977; Low, Stanton, 2015; Versteeg, Baumert, Kol et al., 2010 и пр.).

Здоровье – значимый компонент благополучия и одно из основных прав человека, условие успешного социального и экономического развития общества. В настоящее время существует тенденция к использованию образовательных и экономических механизмов стимулирования здорового образа жизни населения. В связи с этим разрабатываются и реализуются новые направления профилактики и помощи, такие как здоровьесберегающие технологии, персонализированная медицина, программы профессиональной социально-психологической помощи и др.

Изучение психологических последствий переживания человеком стрессора «тяжелое заболевание» высоко актуально по причине его широкого распространения и способности дестабилизировать психическое состояние не только самого индивида, но и всей семьи, которая вынуждена перестраиваться и изменяться. Научный интерес к изучению последствий стрессора «тяжелое заболевание» не ограничен только практической значимостью и возможностью реабилитации семьи и индивида; в исследовании последствий воздействия стрессора раскрываются потенциальные возможности анализа комплекса условий – внешних и внутренних факторов совладания со стрессом, что может иметь универсальный характер для рассмотрения и других видов стрессогенного воздействия.

В большинстве исследований фокус научного изучения сосредоточен на анализе психологических последствий тяжелого заболевания для самого человека, на его внутренних переживаниях и реакциях на болезнь (Лафи, 1993; Пятакова, 2013; Харламенкова, Воронцов и др., 2016; de Miranda Azevedo, Roest, Carney et al., 2016; Derogatis, Morrow, Fetting et al., 1983). Современные требования научного познания включают задачу системного изучения последствий воздействия стрессора на социум, которое может быть реализовано с учётом семейного контекста. В связи с этим, разрабатываются специальные программы, направленные не только на укрепление здоровья семьи, но и на возможность её полноценной реабилитации после возникновения тяжелого заболевания у одного из её членов.

Дифференцированность и гибкость психотерапевтических реабилитационных услуг, предоставляемых пациентам и реализуемых через психолого-педагогические консультации, социально-психологические службы, отделы социального обеспечения, различные терапевтические направления, постоянно возрастает (Вачков, Галиева, 2018). Большое значение приобретает изучение комплексного воздействия психотравмирующей ситуации тяжелого заболевания на семью в целом. В фокусе большинства научных исследований остаётся работа с больным через родственников (Косенко, Солоненко, 2009; Куприянова, 2015; Chien, 2016; Ghosh, 2012). Востребованы исследования, сосредоточенные на благополучии остальных членов семьи, которые, являясь опосредующим и важным звеном в системе лечебно-реабилитационных мероприятий, оказываются под действием чрезмерных психоэмоциональных нагрузок и испытывают серьезные последствия переживания стресса тяжелого заболевания и в целом – кумулятивный стресс.

Переживания семьи вследствие влияния стрессора «тяжелое заболевание» качественно различаются в зависимости от того, кому из членов семьи поставлен диагноз. Так, наиболее травматичными, на наш взгляд, могут быть последствия переживания тяжелого заболевания ребенка. Нарушения развития ребенка, хронические и приобретенные проблемы со здоровьем могут становиться причинами существенного изменения качества функционирования семьи (Празднова, 2010; Gopalan, 2018; Cottrell, 2014; Bradley, 2006).

Особенности взаимоотношений в семьях, заботящихся о ребенке с тяжелым заболеванием, изучаются достаточно широко – рассматриваются вопросы формирования личности родителей, особенности переживания ими негативных состояний, уровень стрессоустойчивости, специфика детско-родительских отношений (Нестерова, 2006; Айсина, 2016; Сулова, 1999; Семакина, 2017; Багаев, 2013; Григорьева, 2013; Степанова, 2019). Психологическое состояние матери становится ключевым в изучении данных проблем, поскольку отношения в диаде мать–ребенок являются максимально близкими и выступают источником развития ребенка, обеспечивающим формирование ключевых возрастных новообразований

(Карабанова, 2010). Известно, что для матерей, имеющих детей с тяжелыми заболеваниями, выраженность симптомов стресса является более сильной, чем для матерей, воспитывающих детей без заболеваний (Miodrag, Hoadpp, 2010; Estes, 2009; Cachia, Anderson, Moore, 2016). Больной ребенок не изолирован от семьи, но находится в тесных взаимоотношениях с родителями и другими родственниками, влияет на семейную систему в целом (Головей, Данилова, Данилова, 2017; Михайлова, 2013). Депрессивные, тревожные, соматические и другие негативные проявления у матерей после переживания изучаемого стрессора могут стать фактором риска для её физического и психологического благополучия (Хазова, Ряжева, 2012).

Психические болезни отличаются от соматических и часто имеют прямое действие на поведение, когнитивные способности человека, затрагивают сферу отношений, затрудняя социальное и внутрисемейное взаимодействие. Первое проявление тяжелого психического заболевания у ребенка может характеризоваться рядом негативных проявлений, таких как непредсказуемое поведение, паника, высокая угроза причинения вреда самому себе и окружающим. Рассматривая эти факты, необходимо различать стрессор *острого возникновения тяжелого заболевания* – ограниченный во времени инцидент, событие, выходящее за рамки привычной жизни, не имеющее аналога в опыте семьи, и стрессор, сопряженный с самой *болезнью*, включающий последующие изменения в течении заболевания, периоды улучшения и ухудшения состояния и пр.

Настоящая работа посвящена изучению психологических последствий воздействия стрессора тяжелое психическое заболевание совершеннолетнего ребенка на состояние матери как *события*, связанного с первым острым проявлением болезни. Специфика стрессора – внезапно возникшего, впервые проявившегося тяжелого психического заболевания ребенка заключается в отсутствии привычных алгоритмов поведения, понимания реакций и состояния ребенка родителями и, соответственно, правильной интерпретации и реагирования на происходящее.

Понимание структуры и особенностей проявления стресса у матерей и исследование таких факторов, как личностная зрелость, наличие профессиональной социально-психологической поддержки, предположительно способствующих адаптации матери после воздействия специфического стрессора – тяжелого заболевания совершеннолетнего ребенка, являются важными недостающими частями комплексного знания, позволяющими восполнить теоретический пробел в изучении психологических последствий переживания данного стрессора и способов их преодоления.

Основная проблема данного исследования состоит в том, что влияние профессиональной социально-психологической поддержки и личностной зрелости матери, их комплексное значение для снижения негативных психологических последствий изучаемого нами стресса исследовано недостаточно. Психологическая характеристика стрессора «тяжелое заболевание ребенка» требует уточнения с учетом современных тенденций, связанных с выбором наиболее точных методов работы с матерями, подвергшимися его влиянию.

Теоретическая значимость исследования состоит в комплексном – теоретическом и эмпирическом изучении специфики стрессора тяжелое заболевание у совершеннолетнего ребенка, его психологических последствий для матери и в раскрытии роли личностной зрелости и профессиональной социально-психологической поддержки в совладании матери со стрессом. Определено значение посттравматического стресса, его оптимального уровня для активизации внутренних ресурсов матери (личностной зрелости) и эффективного принятия ею профессиональной социально-психологической поддержки.

Объект исследования: психологические последствия переживания стрессора тяжёлое заболевание совершеннолетнего ребенка матерями.

Предмет исследования: особенности проявления посттравматического стресса, психопатологической симптоматики, отношения к ребенку и их изменения после получения профессиональной социально-психологической поддержки у матерей, перенесших воздействие стрессора «тяжелое заболевание ребенка» в соотношении с уровнем личностной зрелости матери.

Теоретическая гипотеза исследования: уровень посттравматического стресса, психопатологической симптоматики, эмоционального отношения к ребенку у матери после переживания стрессора «тяжелое заболевание ребенка» сопряжены с уровнем личностной зрелости матери и профессиональной социально-психологической поддержкой.

На основе теоретической гипотезы исследования, были сформулированы следующие **исследовательские гипотезы:**

1. Психологическими последствиями воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребенка» у матерей являются посттравматический стресс (ПТС) различной степени выраженности и сопряженная с ним психопатологическая симптоматика.

2. При высоком уровне личностной зрелости признаки посттравматического стресса и психопатологической симптоматики выражены незначительно; низкий уровень личностной зрелости связан с более интенсивным посттравматическим стрессом и сопутствующей ему симптоматикой.

3. Профессиональная социально-психологическая поддержка матери, имеющей совершеннолетнего ребенка с тяжелым заболеванием, способствует улучшению психоэмоционального состояния матери – снижению посттравматического стресса и психопатологической симптоматики.

4. Личностная зрелость матери связана с установлением позитивных и близких отношений с ребенком.

5. При низком уровне посттравматического стресса отношение к ребенку матери и дистанция с ним после профессиональной социально-психологической поддержки изменяются только при высоких значениях личностной зрелости; при умеренном и высоком уровнях посттравматического стресса изменения в тех же показателях (отношения и дистанции) наблюдаются в диапазоне от низкого к высокому уровню личностной зрелости.

Цель исследования — анализ психологических последствий воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребенка» у матерей с разным уровнем личностной

зрелости до и после участия в программе профессиональной социально-психологической поддержки.

Для достижения обозначенной цели были поставлены следующие **задачи исследования:**

Теоретические:

- дать характеристику феномену личностной зрелости;
- провести теоретический анализ основных методологических, теоретических, эмпирических и практических подходов в работах отечественных и зарубежных авторов к проблеме исследования психологических последствий стрессора «тяжелое заболевание ребенка», а также особенностей проявления и изменения посттравматического стресса у матерей, обеспечивающих уход за больным ребенком;
- осуществить анализ действующих программ и моделей психологической помощи родственникам.

Методические:

- сформировать комплекс методик для достижения целей данного исследования и разработать программу проведения комплексного эмпирического исследования симптомов посттравматического стресса и уровня личностной зрелости матерей, после воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребенка» и участвующих в программе профессиональной социально-психологической поддержки.

Эмпирические:

- оценить интенсивность посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у матерей после дебюта тяжелого заболевания ребенка;
- исследовать степень личностной зрелости матерей, переживших психотравмирующее влияние тяжелого заболевания ребенка;
- выявить характер связи между личностной зрелостью матери и посттравматическим стрессом, психопатологической симптоматикой;

- выявить закономерности изменения уровня посттравматического стресса после прохождения программы профессиональной социально-психологической поддержки;

- исследовать эмоциональное отношение матери к ребенку и дистанцию с ним до участия матери в программе социально-психологической поддержки и после неё;

- выявить изменения эмоционального отношения и дистанции с ребенком в соотношении с личностной зрелостью матери и уровнем посттравматического стресса.

Поставленные задачи были решены при помощи следующих **методов исследования:**

Теоретические методы исследования представлены анализом классических и современных отечественных и зарубежных литературных источников, касающихся изучения специфики стрессора «тяжелое заболевание ребенка», особенностей проявления посттравматического стресса у матери, значения личностной зрелости и разнообразия видов профессиональной социально-психологической работы с пациентами и родственниками.

Эмпирическими методами исследования выступили психодиагностическое тестирование, наблюдение, сравнение, измерение.

Статистическими методами обработки данных выступали: критерий ранговой корреляции Спирмена для изучения взаимосвязи между двумя признаками; G-критерий знаков и T-критерий Уилкоксона для выявления отличий в уровне признака двух зависимых выборочных совокупностей; H – критерий Краскела-Уоллеса, критерий углового преобразования Фишера. Статистическая обработка данных производилась с помощью компьютерной программы SPSS Statistics 17.0.

Методики исследования:

1. Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List), разработанный Л. Дерогатис (Derogatis, 1990) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2001)

2. Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (ШОВТС) (Impact of event scale – revised, IOES-R), разработанная Д. Мармар и В. Вейс (Marmar, 1996; Weiss, 1995) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2001)
3. Миссисипская шкала (Keane, 1987, 1988) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2001) для изучения выраженности ПТСР.
4. Диагностика уровня личностной зрелости, разработанная Ю.З. Гильбух (Гильбух, 1994).
5. Шкала CIDS – Моделирование психологической дистанции «Измерение дистанции взаимодействия - шкала CIDS» (The comfortable Interpersonal Distance Scale), разработанная М. Duke и S. Nowicki (Т.В. Точилина, 2006).
6. Цветовой Тест Отношений (ЦТО) Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда (Бажин, Эткинд, 1985).

Теоретико-методологическую основу исследования составили положения субъектно-деятельностного (Рубинштейн С.Л., Брушлинский А.В., Знаков В.В., Сергиенко Е.А.) и системного подхода (Ломов Б.Ф., Завалишина Д.Н., Пономарев Я.А., Барабанщиков В.А.); разработанные в отечественной психологии принципы целостности личности (Абульханова-Славская К.А., Ананьев Б.Г., Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д.).

Основы научной разработки понятия «стрессор» и «посттравматический стресс» отражены в теоретических и практических исследованиях Селье Г., Тарабриной Н.В., Львовой Е.Н., Толкачевой, О.Н., Бодрова В.А., Даникова Н.И., и др.; психическое здоровье, проблемы его диагностики, теоретическое обоснование классических и современных подходов к их пониманию основывались на изучении идей Гуровича И.Я., Сторожаковой А.Я., Ениколопова С.Н., Судьина С.А., Шмуклер А.Б., Щелковой О.Ю. и др.

Система коррекции психоэмоционального состояния родителей представлена в подходах Ривкиной Н.М., Сальниковой Л.И., Хритинина Д.Ф., Петрова Д.С., Добряковой И.В., Сальниковой И.А. и др. Психические состояния матерей, перенесших стресс, рассматривались в трудах Беляевой С.И., Ветчаниной

Е.Г., Моисеевой С.Н., Певневой А.Н. Рафиевой З.Х., Савиной Е.А., Чаровой О.Б., Шибанец Е.Ю. и др.

Научная новизна исследования

Проведено комплексное теоретико-эмпирическое исследование последствий переживания матерью стрессора высокой интенсивности «тяжелое заболевание ребенка». В рамках данного исследования были подробно изучены феномены психопатологической симптоматики в группах матерей с разным уровнем посттравматического стресса, имеющих различную интенсивность проявления признаков стресса. Исследованы общие закономерности и различия проявления психопатологических симптомов у матерей в зависимости от степени выраженности посттравматического стресса и уровня личностной зрелости. Эмпирически подтверждено, что матери с низким уровнем посттравматического стресса отличаются низкими показателями психопатологических симптомов.

У матерей, перенесших острое начало тяжелого заболевания ребенка, с высоким уровнем личностной зрелости, в частности с высоким уровнем самопринятия, самоуважения, чувством гражданского долга, уровень посттравматического стресса превышает средние значения.

По результатам данного исследования было установлено, что участие матери в программе профессиональной социально-психологической поддержки сопряжено со снижением уровня посттравматического стресса, а также, что каждая подгруппа матерей, имеющая различный уровень посттравматического стресса, показывает свои особенности изменения психопатологических симптомов и отношения к совершеннолетнему ребенку. Установлено, что для всех подгрупп характерно снижение симптомов межличностной сензитивности, депрессивности, тревожности, общего индекса тяжести симптомов, а также индекса наличного симптоматического дистресса. Показана связь типа отношения матери, дистанции с заболевшим совершеннолетним ребёнком и уровня личностной зрелости, её компонентов, а также специфика этой связи и её изменений после прохождения программы профессиональной социально-психологической поддержки. Положительные изменения в отношении к ребенку и сокращение психологической

дистанции с ним были обнаружены среди матерей с высоким уровнем личностной зрелости после участия в программе профессиональной социально-психологической поддержки.

Практическая значимость исследования определяется возможностью применения результатов исследования для осуществления сравнительного анализа влияния разнообразных стрессоров на психоэмоциональное состояние родителей больных детей с использованием представленных диагностических методов.

На практике результаты могут применяться для прогнозирования возможных реакций и последствий переживания стресса.

Данные исследования подтверждают значимость своевременного оказания родственникам, в частности, матерям специализированной социально-психологической поддержки, а именно проведения психообразовательной работы.

Полученные в ходе исследования данные могут применяться при профессиональной подготовке студентов по психолого-педагогическим, медицинским специальностям, а также на курсах повышения квалификации психолого-педагогических и медицинских кадров.

Кроме того, результаты исследования могут быть использованы в работе психологических служб различных профилей, для повышения прогностической валидности оценки выбора стратегий совладания с последствиями стрессора «тяжелое заболевание ребенка» в рамках психологического сопровождения и психокоррекционной работы.

Положения, выносимые на защиту:

1. Психологические последствия переживания стресса, вызванного тяжелым заболеванием совершеннолетнего ребенка, проявляются у матери в виде симптомов посттравматического стресса (с преобладанием физиологической возбудимости), депрессии, обсессивности-компульсивности и межличностной сензитивности. Матерей с высокими показателями посттравматического стресса отличает преобладание симптомов обсессивности-компульсивности, раздражительности, тревоги, враждебности и психотизма.

2. Матери, перенесшие острое начало тяжелого заболевания ребенка с высоким уровнем самопринятия, самоуважения, чувства гражданского долга и высоким уровнем личностной зрелости в целом, имеют и более высокий уровень посттравматического стресса. При этом чем выше мотивация достижения, лучше отношение к себе, выше способность к психологической близости, тем меньше выражены некоторые психопатологические симптомы – межличностная сензитивность, депрессивность и враждебность.

3. Участие матери в профессиональной социально-психологической программе сопряжено со снижением интенсивности психопатологических симптомов, при этом симптомы депрессии, соматизации, межличностной сензитивности и симптоматического дистресса снижаются наиболее выражено.

4. Личностная зрелость матери способствует установлению позитивного отношения к ребенку и сокращению дистанции в общении с ним после её участия в программе профессиональной социально-психологической поддержки.

5. Положительные изменения в отношении к ребенку матерей с низким уровнем посттравматического стресса и дистанции с ним изменяются только при высоких значениях личностной зрелости; при умеренном и высоком уровнях посттравматического стресса позитивные изменения в отношении к ребенку и дистанции наблюдаются при всех значениях личностной зрелости.

Организация исследования

Этапы исследования:

Эмпирическое исследование состояло из нескольких этапов.

На первом этапе респондентам предлагалось заполнить бланки тестовых методик, после чего с ними проводилось индивидуальная беседа с целью конкретизации полученных количественных данных качественной информацией.

На втором этапе участники исследования принимали участие в программе профессиональной социально-психологической поддержки родственников, получившей в мировой практике название «Психообразование». На данном этапе не проводилось специальных психодиагностических мероприятий, однако наблюдение за участниками группы, являлось информативным – оно позволило

дополнить и иллюстрировать полученные на первом и третьем этапе данные, а также углубить понимание выявленных феноменов.

На третьем этапе все тестовые методики были применены повторно.

Эмпирическую базу составили участники исследования — 68 матерей в возрасте от 39 до 70 лет, имеющих совершеннолетних детей с тяжелым психическим заболеванием ребенка, участвующих в профессиональной социально-психологической программе.

Профессиональная социально-психологическая программа реализовывалась на базе Психиатрической клинической больницы № 14, филиала № 2 — психоневрологического диспансера № 10 г. Москва и Психиатрической клинической больницы № 15, филиала № 2 — психоневрологического диспансера № 16.

Обоснованность и достоверность результатов исследования подтверждается:

Достаточным объемом выборки исследования; глубоким теоретико-методологическим анализом изучения проблемы; адекватностью выбора методов и методик для сбора эмпирических данных и комплексным подходом в исследовании феноменов посттравматического стресса, личностной зрелости, дистанции в общении и типом родительского отношения к заболевшему ребенку; использованием релевантных приемов математико-статистического анализа данных; использованием адекватных, грамотно подобранных методов исследования; содержательным анализом полученных результатов.

Апробация результатов исследования. Теоретические и эмпирические результаты исследования апробированы в ходе обсуждения на заседаниях лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Института психологии РАН (Москва, 2013-2019), на заседаниях методических советов ПНД № 16 г. Москвы (2013-2019), на научно-практических конференциях Института психологии РАН (2015-2019), на ежегодном всероссийском конкурсе «За подвижничество в области душевного здоровья» (Москва, 2011).

Публикации по теме исследования. По материалам исследования опубликовано 10 публикаций автора, в том числе 4 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК, 2 статьи в соавторстве, 1 статья в сборнике в соавторстве.

Статьи, опубликованные в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ:

1. Дан М.В. Личностная зрелость и ее роль в динамике эмоционального отношения и дистанции матери и совершеннолетнего ребенка с тяжелым заболеванием / Мир науки. Педагогика и психология. Издательство: Издательство "Мир науки" Том: 7 № 2. 2019. С. 47

2. Дан М.В. Посттравматический стресс матерей совершеннолетних детей с острым первичным психическим расстройством // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. Т. 4. №. 101. С. 16-20.

3. Дан М.В. Эмоциональное принятие родного с психическим заболеванием при различном уровне личностной зрелости. Сравнительный анализ двух случаев / Историческая и социально-образовательная мысль. Том 7. № 4. 2015, С. 67-71.

4. Дан М.В. Динамика эмоционального состояния матерей после переживания стресса-впервые возникшего тяжелого психического заболевания у совершеннолетнего ребенка // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. Т. 6. №. 4А. С. 222-232.

Публикации в других изданиях:

5. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Под общ. ред. Н.Е. Харламенковой. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017.

6. Дан М.В. Посттравматический стресс у матерей, переживших первый психотический эпизод у совершеннолетнего ребенка / Психологические исследования. Вып. 8 / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 59–70.

7. Дан М.В. Личностная зрелость матерей и эмоциональное принятие совершеннолетнего ребенка с психотическим эпизодом / Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 294-307.

8. Дан М.В., Харламенкова Н.Е. Психологические последствия переживания матерью впервые возникшего психического заболевания у совершеннолетнего ребенка / Семья, брак и родительство в современной России. Вып. 2 / Под ред. А.В. Махнача, К.Б. Зуева. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 49-57.

9. Дан М.В. Эмоционально-личностная динамика матерей, ухаживающих за совершеннолетними детьми после первого психотического эпизода / Психологическая безопасность личности в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: сборник научных статей V Международной научно-практической конференции / Под ред. Р.В. Кадырова; – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2015. С. 205-212.

10. Дан М.В. Личностная зрелость и эмоциональное состояние матерей, ухаживающих за совершеннолетним ребенком с первым психотическим эпизодом, Психология – наука будущего: Материалы VI Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего». 19–20 ноября 2015 года, Москва / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 126-129.

Объем и структура работы. Работа состоит из введения, трёх глав, заключения, библиографии. Основной текст содержит 141 страницу, 21 таблицу, 14 рисунков, библиография включает 280 наименований, из них 106 на иностранном языке.

ГЛАВА 1. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ

1.1 Феномен и понятие личностной зрелости

Феномен личностной зрелости не раз становился предметом психологического анализа. Он изучался как условие профессионально-личностного развития (А.А. Деркач, В.Г. Зазыкин, А.А. Бодалев и др.), в рамках концепции развития личности (А. Маслоу, К. Холл, Ф. Перлз и др.), возрастной периодизации (исследования Г. Олпорта и Э. Эриксона), как пример из психотерапевтической практики (труды К. Юнга, И. Ялома, Дж. Холлиса и др.). Однако данные исследования сложно назвать полными. Трудности в исследовании феномена личностной зрелости вызваны проблемами терминологического характера, вариативностью сложившихся взглядов на описание временных границ и характеристик этапов взрослости и конкретно – периода середины жизни. Развитие личности в период зрелости до сих пор считается самой многоаспектной и недостаточно разработанной проблемой (Воюшина, 2017), хотя категория зрелости связана и с принципом непрерывности развития, и с принципом саморазвития и самоорганизации, преемственности в развитии, с системно-эволюционным принципом (Журавлев, Сергиенко, 2007).

Понятие «зрелость» рассматривается, как правило, с двух точек зрения: как возрастной этап и как уровень развития. Случается и так, что зрелый возраст не является показателем психологической зрелости человека. В рамках данной работы личностная зрелость будет рассматриваться в контексте совладания матерей со стрессовой ситуацией – тяжелым заболеванием ребенка. Несмотря на то, что различные аспекты этого феномена были достаточно хорошо рассмотрены в работах отечественных и зарубежных исследователей, затруднительно четко определить конструкт личностной зрелости. Зарубежными психологами феномен «зрелость личности» описывается перечнем отдельных характеристик. Авторы

включают в него способность к саморегуляции, стремление поступать осознанно, проявлять самостоятельность, креативность, самосовершенствование, выражение активной жизненной позиции, умение понимать и принимать других и себя (Андерсон, 1998).

В отечественной науке термин «зрелость» впервые был упомянут Б.Г. Ананьевым – одним из основоположников комплексного подхода к исследованию человека. Б.Г. Ананьев писал, что трудности в определении критериев зрелости способствовали подмене понятия термином «взрослость»: «Не менее трудным, чем объективное определение «начала» индивида, личности, субъекта и гетерохронности всех этих состояний формирования человека, является определение объективных критериев *зрелости* человека. Не случайно именно эти трудности привели в современной психологической литературе к замене понятия «зрелость» понятием «взрослость» с тем, чтобы избежать многих осложнений, считающихся подчас неодолимыми» (Ананьев, 1977, с. 187). Сам автор предлагал разделять зрелость на физическую, умственную, гражданскую и трудовую.

Н.Н. Малярчук и Н.В. Семёнова рассматривают личностную зрелость как особый период жизни – период полного расцвета человеческой личности в физическом, интеллектуальном и эмоциональном отношениях (Малярчук, 2015). Авторы отмечают, что личностная зрелость обуславливает успешность самореализации, профессиональной деятельности, жизненного пути человека, т.к. выступает механизмом организации его жизнедеятельности.

А.Г. Портнова указывает, что личностная зрелость – это системное качество личности, обладающее структурными и динамическими свойствами (Портнова, 2008).

Согласно Р.М. Шамионову личностная зрелость – это сложное структурное образование, включающее в себя характеристики ответственности в разных сферах деятельности, эмоциональной зрелости, самоконтроля поведения, самостоятельности, адекватности самоотражения, высокого уровня реализованности событий жизни, адекватности целеполагания (Шамионов, 1997).

Обобщая имеющиеся на сегодняшний день определения данного понятия, можно выделить три основных вектора его рассмотрения. В них личностная зрелость выступает, как:

- период возрастного развития (Малярчук, Семёнова, 2015; Фельдштейн, 1999);
- качество личности (Портнова, 2008; Семенов, 2012; Кон, 1984);
- структурное образование, интегральная характеристика личности (Егорова, 2013; Шамионов, 1997).

Мы считаем возможным рассматривать эти подходы как взаимодополняющие друг друга, проясняющие многоаспектность проявления самого феномена личностной зрелости.

При объяснении сущности личностной зрелости авторы склонны выделять разные характеристики, чаще всего, в зависимости от тех или иных методологических позиций.

Д.А. Леонтьев указывает, что зрелая личность обладает широкой системой связей с миром, высокой степенью иерархизированности мотивов деятельности, устойчивой конфигурацией главных мотивационных линий, а также личностным потенциалом. Главной формой личностного потенциала является *самодетерминация* личности, т. е. реализация деятельности в относительной свободе от заданных внешних и внутренних условий этой деятельности, под которыми понимаются биологические предпосылки, потребности, характер и др. (Леонтьев, 2002).

В.И. Слободчиков и Е.И. Исаев характеристиками личностной зрелости называют развитую *ответственность*, ценностные ориентации, самостоятельность, личностный способ бытия (Слободчиков, 1995).

А.Г. Асмолов в качестве ключевых признаков личностной зрелости рассматривает *свободный личностный выбор* и активную жизненную позицию (Асмолов, 2002).

Н.Е. Харламенкова определяет личностную зрелость через способность человека к осуществлению *спонтанного поведения*. Спонтанное поведение

характеризуется уровнем интеграции эго-идентичности и степенью интериоризации ценностей, внутренней направленностью мотивации и согласованным с нею контролем поведения (Харламенкова, 2007).

Согласно М.Ю. Семенову, личностная зрелость является результатом личностного роста и представляет собой устойчивое единство личностных черт и ценностных ориентаций, развитое нравственное сознание, сложившуюся иерархическую мотивационно-потребностную сферу, где преобладают высшие духовные потребности. Для личностно зрелого человека свойственно стремление к самосовершенствованию (Семенов, 2012).

По А.А. Реану личностная зрелость определяется такими характеристиками, как терпимость, ответственность, позитивное мышление, саморазвитие (Реан, 2002).

Б.Г. Ананьев выделяет следующие характеристики личностной зрелости: ответственность и свободу, гармоничность и целостность, актуализацию и реализацию способностей. Автор показывает, что зрелость личности проявляется в эмоциональной устойчивости. Такой человек способен полностью уравнивать свои чувства, мысли и действия. Личностная зрелость характеризуется развитым самоконтролем (Ананьев, 2010).

По Г. Олпорту сущность личностной зрелости заключается в знании личностью своих слабых и сильных сторон, способности к рефлексии, способности обладать устойчивым единством личностных черт и ценностных ориентаций, наличии близких отношений с друзьями, способности правильно воспринимать себя и других людей, активно владеть своим окружением (Олпорт, 2002).

Личностную зрелость А. Маслоу связывает с феноменом самоактуализации, под которым понимается потребность в самосовершенствовании, реализации внутреннего потенциала. По мнению автора, самоактуализированный человек – это тот, кто достиг эффективного и здорового уровня функционирования, наивысшего уровня личностного роста. В концепции А. Маслоу личностная зрелость представляет собой максимальную выраженность психического здоровья человека,

высокую психологическую культуру, креативность, образованность и социальность (Маслоу, 2012).

Так же, как и А. Маслоу, К. Роджерс рассматривал личностную зрелость в контексте *самоактуализации*. К. Роджерс считал, что самоактуализация выступает той движущей силой, которая стимулирует человека к развитию, причем в широком диапазоне возможностей – от овладения элементарными моторными навыками до реализации творческих способностей. Согласно автору, *самоактуализировавшийся человек* – это полностью функционирующий человек: «человек начинает быть тем, кем он есть...вероятно, это значит, что индивид начинает сознавать себя тем, кем он есть в своем опыте. Другими словами, он становится совершенным, полностью функционирующим человеческим организмом» (Роджерс, 1994, с. 27). Полноценное функционирование личности определяет различные характеристики, такие как: открытость внутреннему и внешнему миру, глубокое осознание своих мыслей и чувств, стремление к целостной жизни, готовность к оказанию помощи нуждающимся в ней, самосовершенствование и др.

Согласно Г. Крайгу, степень зрелости конкретной личности обусловлена индивидуальными особенностями человека, степенью их соответствия требованиям социальной среды и условиям его развития. Зрелая личность, как утверждает автор, морально и социально независима, способна самостоятельно принимать решения, автономно существовать, проявлять твердость характера, благоразумие, надежность и честность (Крайг, 2000).

Сказанное позволяет сделать вывод, что большинством авторов личностная зрелость характеризуется высокой степенью когнитивного, эмоционального и социального развития. Личностно зрелых людей наделяют такими качествами, как ответственность, целеустремленность, активность в достижении поставленных целей, самостоятельность и независимость мышления, стремление к развитию, креативность, адекватность восприятия самого себя и других людей, доброжелательность, эмпатичность, готовность оказать помощь нуждающимся в ней и др. Личностно зрелый человек эмоционально устойчив, а, значит, способен

совладать с самыми разными стрессовыми ситуациями. Формирование личностной зрелости, возможно, одна из главнейших задач, которая должна решаться при работе по повышению стрессоустойчивости.

В современной психологии личностная зрелость изучается в самых разных аспектах. Широко представлено изучение взаимосвязи личностной зрелости и реализации человека как профессионала, специалиста в своей трудовой деятельности (Вахитов, Гилязетдинова, 2012; Егорова, 2013; Колесникова, 2015; Погорова, 2013) и др. Актуально изучение феноменологии, структуры и критериев личностной зрелости, а также ее взаимосвязи с другими психологическими феноменами.

А.Л. Журавлев в исследовании *социально-психологической зрелости* делает вывод о необходимости разработки самых различных *частных видов зрелости* человека. Он интерпретирует зрелость человека через интеграцию парциальных, в том числе социально-психологического, видов зрелости (Журавлев, 2007).

Е.А. Сергиенко, определяет психологическую зрелость как континуум согласования задач личности и интегративных возможностей субъекта. Согласно этому определению, зрелость выступает как *молярная* характеристика, объединяющая все прочие виды и признаки зрелости в единый конструкт (Сергиенко, 2007).

1.2 Личностная зрелость родителя

Одним из современных и актуальных направлений исследований личностной зрелости является изучение особенностей личностной зрелости родителей. Согласно взглядам Е.И. Захаровой «присвоение новой социальной позиции создает новые условия для личностного развития...качества, ожидаемые от человека, осуществляющего родительские функции, являются характеристиками зрелой личности» (Захарова, 2008, с. 24). Период освоения родительства – особое время, в котором социальная ситуация формирует предпосылки развития взрослого человека, незнакомая сфера деятельности требует освоения, и в этот период

родителями могут быть не только освоены новые компетенции, но и «реализованы возможности личностного развития».

А.Н. Пронина и С.В. Маркова исследуют проблемы личностной зрелости приемных родителей. В своих работах они приходят к заключению, что условиями успешного развития ребенка в приемной семье выступают личностная зрелость приемных родителей и складывающийся тип детско-родительских отношений (Пронина, Маркова, 2015).

Как видно, тема личностной зрелости родителей занимает отдельную нишу в современных психологических исследованиях. Во многом это обусловлено тем, что личностно зрелая мать может рассматриваться как эталон матери в целом, как «идеальная» мать, которая способна находить баланс между поощрением и наказанием, опекой и предоставлением независимости, та, которая с успехом может выбирать адекватные ситуации средства и методы воспитания, благоприятно воздействующие на развитие ребенка. Уверенные в себе родители способны с большим доверием относиться к другим людям, контролировать происходящие с ними события, проявлять теплоту и отзывчивость в отношениях со своими детьми, принимать их (Mondell, Tyler, 1981).

О.Г. Прохорова отмечает, что в структуре личностной зрелости родителей можно выделить три основных компонента:

- когнитивный, который выражается в представлении о ребенке как равноправном члене семьи, о себе как ответственном человеке, о воспитании как раскрытии потенциалов личности и формировании положительных качеств;
- поведенческий, проявляющийся в уходе и материальном обеспечении ребенка, демонстрации навыков сотрудничества (умение прислушиваться к мнению ребенка, говорить о своих собственных чувствах);
- эмоциональный, подразумевающий безусловное принятие ребенка, демонстрацию того, что он дорог, важен; выражение при необходимости недовольства отдельными проявлениями поведения ребенка, но не его личностью в целом (Прохорова, 2008).

Если рассматривать зрелость человека как родителя, следует исходить из основных предпосылок, высказанных Р. В. Овчаровой (Овчарова, 2003):

- родительство — это интегральное динамическое образование личности, которое в развитой форме включает родительские ценности, установки и ожидания, родительские позиции, чувства, отношение, реализуемые в стиле семейного воспитания;

- личностные смыслы, ценности, позиции и отношения (личностная зрелость родителя) обуславливают особенности родительства как интегрального образования личности;

- родительская зрелость включает сформированность основных отношений личности родителя (личностная зрелость), ее субъектность, умение выбирать и осуществлять родительскую стратегию (функциональная зрелость) и осознание родительского долга и ответственности перед детьми и обществом (социальная зрелость);

- родительская зрелость (личностная, функциональная и социальная) есть фундамент и условие эффективного родительства, поскольку влияет на все его компоненты;

- в структуре личностной зрелости родителей выделяют отношение к семье, родительству, детям как к высшим жизненным ценностям; позитивное отношение к себе как родителю (отцу или матери, родительской чете); родительское отношение к детям, основанное на заботе о ребенке, стремлении к психологической близости с ним при сохранении его суверенитета.

Исходя из высказанных предпосылок, личностная зрелость матери рассматривается автором как системное образование, включающее в себя личностные и родительские составляющие (Овчарова, 2010).

К личностным составляющим зрелости матери относятся:

- ответственность;
- активная жизненная позиция;
- адекватное понимание самого себя; аутентичность;
- стремление к самопознанию, самореализации, саморазвитию;

- сформированные ценностные ориентации;
- способность делать выбор и умение строить зрелые межличностные отношения.

В родительские конструкты входят:

- принятие внутренней позиции родителя;
- осознание ответственности за реализуемые воспитательные воздействия;
- умение гибко строить взаимоотношения с ребенком;
- родительская любовь как высшее проявление родительских чувств.

В исследованиях под руководством А. Кэмберис было показано, что матери с более высоким уровнем личностной зрелости чаще используют эмоционально-теплое общение со своим ребенком, они более наблюдательны, лучше распознают актуальные потребности и нужды своих детей, а также обладают реалистичными представлениями о процессе взросления ребенка и воспитательных стратегиях родителей (Camberis, 2016).

Ч. Стелл и Н. Шихэн предлагают ввести понятия «отцовской» и «материнской» зрелости, как структурных частей личностной зрелости, отражающих степень самореализации людей как родителей, способность достичь высоких результатов в воспитании детей. В своих исследованиях авторы обнаружили, что отцовская зрелость связана с чувством генеративности, проявляющемся в интересе к следующему поколению и его воспитанию, в продуктивности и созидательности в различных сферах жизни. Кроме этого, личностно зрелые отцы считают, что отцовство, как таковое, принесло в их жизнь гораздо больше хорошего, чем плохого и связано с радостью и удовлетворением (Stelle, 2013).

О положительном влиянии личностной зрелости матерей на воспитание ребенка свидетельствуют исследования Р. К. Махмутовой (2013). В работах автора было показано, что матери с высоким уровнем личностной зрелости способны передавать активную жизненную позицию, которая благодаря психологической близости и умению принять другого становится активно-созидательной. Такие женщины реже стремятся подавить агрессию своего ребенка, способны понимать

и принимать детские чувства. Кроме этого, личностно зрелые матери больше ориентированы на поощрение игровой, социальной, познавательной активности ребенка, благодаря чему создают оптимальные условия для развития ребенка и становления его субъектности (Махмутова, 2013).

В ряде работ показано, что личностно зрелые родители реже конфликтуют между собой, чаще проявляют позитивные эмоции в отношении друг с другом и по отношению к ребенку, интересуются семьей и меньше зависят от мнения окружающих (Васягина, 2013; Долгих, 2016; Захарова, 2008; Кинг, 2012; Кнайт, 2012; Мэрголойн, 2014; Сафуанов, 2012) и др. Вместе с тем, отметим, что большинство из этих публикаций касаются отношений родителей с детьми разных периодов детского и подросткового возраста. Отношения с совершеннолетними детьми достаточно редко попадают в поле зрения исследователей, при этом, как показано в работах Ч. Стелл и Н. Шихэн, они имеют большое влияние на психическое состояние родителей.

Разнообразие аспектов и широкий охват сфер жизнедеятельности описан в работах Ю.З. Гильбуха. В своих исследованиях он выделяет пять основных характеристик личностной зрелости (Гильбух, 1994):

Мотивация достижений, которая определяет общую направленность деятельности субъекта на реализацию значимых жизненных целей, стремление к саморазвитию и раскрытию своего потенциала, стремление к лидерству, инициативность, самостоятельность,

Мотивация является образованием, которое объясняет причину выбора поведения человека, а также направленность поведения и его способов. Под мотивацией достижения понимают мотивацию, направленную на как можно более эффективное выполнение любого рода деятельности, обращенную к успешному результату. В этом случае, деятельность, без опоры на мотивацию достижений, имеет неопределенный результат и противопоставлена целенаправленной деятельности. При выраженной мотивации достижения человек старается приложить усилия и добиться как можно более высоких результатов в значимой для него области. Видами деятельности, в которой ведущей является мотивация

достижения, являются интеллектуальная, спортивная, трудовая деятельность, а также деятельность, направленная на воспитание ребенка, помощь другим или приобретение каких-либо социальных умений (Гордеева, 2002).

Мотивация достижений матери после пережитого интенсивного стресса, тяжелого заболевания ребёнка, по-видимому, будет включать целенаправленную активность в освоении специфических знаний и навыков, которые могут помочь наилучшим образом организовать общение и помочь в лечении ребенка. Осознавая значение собственного состояния, мать может так же направлять усилия на профилактику и изменение собственного состояния на более спокойное, на проработку негативных эмоциональных переживаний.

Отношение к своему «Я» или «Я-концепция» раскрывается многосторонне и в основе своей имеет осознание себя, уверенность в себе и адекватную реалистичную самооценку.

Это сложный конструкт, который является значительной составляющей частью личностной зрелости человека. Формируясь и видоизменяясь на протяжении всей жизни человека, отношение к своему Я всё время проходит проверку на границе контакта со средой, с окружающими. От того, насколько человек реально оценивает свои возможности, знает свои негативные качества, ценит свою индивидуальность, зависит и способность принятия и понимания личности другого. Я-концепция является системой представлений о себе, обеспечивающей единство и тождественность личности индивида, выражающейся в самооценке, уровне притязаний, уверенности в себе и т. п.

Исходя из этого, Я-концепция матери является таким представлением о себе, в котором отображены представления о себе, как о родителе, в неё включены представления об особых формах поведения и социального взаимодействия, которые выстраиваются вокруг обеспечения ухода, развития и социализации ребенка. Осознание себя матерью может вести к пересмотру многих сложившихся установок и взглядов женщины, повышению уровня ответственности, осведомленности в специфических вопросах воспитания и др. По-видимому, Я-концепция матери, перенесшей интенсивный стресс в связи с впервые возникшим

психическим заболеванием ребенка, даже совершеннолетнего, может подвергаться угрозе. В этой ситуации, способность матери к сохранению представлений о себе, как о внимательной, защищающей, помогающей, может стать предпосылкой поддержания плодотворных отношений с заболевшим ребенком.

Чувство гражданского долга проявляется в патриотизме, интересе к общественно-политической жизни, коллективизме, чувстве профессиональной ответственности, потребности в общении.

Гражданский долг заключается в выполнении норм общественного поведения, законов жизни в обществе, идущих на пользу общества. Чувство гражданского долга связано со способностью человека защищать интересы общества и государства, в том числе тогда, когда это делается в ущерб личным желаниям и потребностям.

Для матерей, обеспечивающих уход за ребенком с психическим заболеванием, развитое чувство гражданского долга может, например, способствовать активному участию в распространении знаний и опыта, полученных в процессе лечения заболевания. Такие матери, вероятнее всего, будут принимать участие в организации групп поддержки, осознавая свою проблему как частный случай общественной проблемы и оценивая свою включенность в общее дело, как один из эффективных способов совладания с последствиями заболевания и переживания стресса дебюта психического заболевания. Кроме того, развитое чувство гражданского долга может позволить женщине проявлять материнские качества на более широком круге общения и взаимодействия, не оставаясь замкнутой во внутрисемейных переживаниях.

Жизненная установка выражается в преобладании интеллекта над эмоциями, эмоциональной устойчивости, рассудительности, понимании относительности всего сущего. Недостаточные или искаженные представления родителей могут негативно сказаться на поведении ребенка во время болезни. Т.е. индивидуальные психологические особенности родителей способны воздействовать на характер ситуации: тревожность и сосредоточенность родителей на здоровье создаст в семье атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых

болезней, а при их появлении - плохого исхода. Эгоистичные, стремящиеся жить напоказ, из всего извлекать для себя выгоду родители, будут стараться использовать все средства (в том числе и болезнь ребенка), чтобы привлечь внимание к себе. Даже очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные родители склонны уделять ребенку недостаточно внимания во время болезни (Филиппова, 2009).

Способность к психологической близости с другим человеком – качество, позволяющее разделить опыт чувственного переживания с другим человеком, взаимопонимание, эмпатийность в общении и взаимодействии с другими людьми. Тонкие нюансы взаимодействия с другими – родными или вовсе чужими людьми, возможность сопереживания, то есть переживания вместе, безусловно, может сыграть значительную роль в период психологического восстановления после пережитой психотравмирующей ситуации. Противоположным качеством, похоже, может стать холодность, отчужденность, отсутствие сострадания, что затрудняет взаимопонимание и контакт. Развитая способность к психологической близости с другим, на наш взгляд, может помогать матери, переживший специфический стресс дебюта психического заболевания совершеннолетнего сына или дочери, через эмпатию и понимание лучше восстанавливать и гибко варьировать отношения, как с ребенком, так и со всеми членами семьи и участниками лечебно-реабилитационных мероприятий.

Таким образом, многие исследователи предполагают наличие существенных отличий в том, как родители с разным уровнем личностной зрелости воспитывают своих детей. Воспитание понимается и представляется ими как процесс. Личностно зрелых родителей характеризует наличие терпения к проявлению ребенком негативных эмоций, они настроены на то, что в целом общение может приносить больше радости, чем хлопот, поощряют активность и самостоятельность заболевшего, а также выбирают такие воспитательные средства и методы, которые благоприятно сказываются на физическом и психологическом восстановлении и развитии своего совершеннолетнего ребенка.

ГЛАВА 2. СПЕЦИФИКА СТРЕССОРА «ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ РЕБЕНКА»: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ МАТЕРИ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ СОВЛАДАНИЮ СО СТРЕССОМ

2.1 Специфика стрессора «тяжелое заболевание ребенка»

Факторы, определяющие благополучие индивида разнообразны. Здоровье, гармония в семье, интересная работа или дело, приносящие удовольствие, значительно влияют на качество жизни человека. Матери, вырастившие одного или нескольких детей, могут до некоторой степени чувствовать себя реализованными в жизни (Колесникова, 2010). Нарушение естественного хода жизненных событий, например, переезд, развод, болезнь одного из членов семьи, являются стрессорами и в значительной мере могут затронуть психическое состояние матери. В данной работе мы рассматриваем стрессор «тяжелое заболевание ребенка», его влияние на психическое состояние матери, роль личностной зрелости в картине психологических последствий переживания стрессора и её вклад в отношение к ребенку, а также значение социальной поддержки матери в процессе преодоления данной стрессовой ситуации.

Стрессоры – неблагоприятные, значительные по силе и продолжительности внешние и внутренние воздействия, ведущие к возникновению стрессовых состояний (Мещерякова, Зинченко, 2003). Воздействие стрессора в большинстве случаев приводит к состоянию дискомфорта, возникновению неблагоприятных психических явлений (Сандомирский, 2016). К стрессорам относят: интенсивные физические и психические травмы, инфекции, дефицит времени, новизну и неожиданность ситуации, умственную перегрузку, недостаток сна, свободного времени, конфликты в семье и на работе и т.д. (Алиева, Бейбутова, Чубанова и др., 2017). При этом, сама по себе ситуация не является единственным фактором возникновения стресса. Субъективное отношение индивида к той или иной

ситуации, зависит от восприятия ситуации конкретным человеком – от уровня его психического развития, его личностных особенностей, стрессоустойчивости, наличного опыта преодоления трудностей, жизнестойкости и ряда других личностных качеств (Одинцова, 2017).

Основоположником теории стресса является Ганс Селье. В центре его концепции стоит гомеостатическая модель самосохранения организма и мобилизации ресурсов для реакции на стрессор. Все воздействия на организм автор подразделил на специфические и стереотипные неспецифические эффекты стресса, которые проявляются в виде общего адаптационного синдрома. Этот синдром в своем развитии проходит три стадии:

- 1) реакцию тревоги;
- 2) стадию резистентности;
- 3) стадию истощения (Селье, 1960,1970,1972,1982).

Психические проявления общего адаптационного синдрома обозначаются как «эмоциональный стресс». Это – аффективные реакции, сопровождающие переживание ситуации и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Поскольку эмоции вовлекаются в структуру любого целенаправленного поведенческого акта, то именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов (Селье, 1960).

Как результат в организме активируются функциональные вегетативные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. «В случае недостатка у человека стратегий совладания со стрессовой ситуацией возникает напряженное состояние, которое вместе с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение гомеостаза. Эта ответная реакция представляет собой попытку справиться с источником стресса. Преодоление стресса включает психологические и физиологические механизмы. Когда попытки справиться с ситуацией оказываются неэффективными, стресс продолжается и может привести

к появлению патологических реакций и органических повреждений» (Исаев, 1996, с.76).

Если возникает затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью, можно говорить о *посттравматическом стрессе* (ПТС). Стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. Стрессоры, вызывающие такое состояние, коренным образом нарушают чувство безопасности, вызывают переживания, которые имеют психологические последствия для индивида. Отметим, что возникновение ПТС связано с экстремальным характером событий его спровоцировавших, эти события должны выходить за пределы обычных человеческих переживаний (Тарабрина, 2007, с. 15-16). Подобные ситуации характеризуются прежде всего сверх экстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), возникающем как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Посттравматическое стрессовое расстройство — это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека (Тарабрина, 2019, с. 12; Kessler, Holmes, Blackwell et al., 2018).

ПТСР является тяжёлым психическим состоянием, возникающим в следствие влияния психотравмирующих ситуаций (как единичных, так и повторяющихся). Наиболее частой причиной возникновения и развития ПТСР среди населения в мирное время (60%, более половины всех случаев возникновения ПТСР) является *неожиданная смерть родного человека*, что обусловлено более высокой распространенностью такого типа травматического явления. *Физическое и психологическое насилие* является событием, после которого отмечается максимальный риск развития ПТСР. К распространенным стрессогенным явлениям и событиям относят *соматические заболевания и травмы* (Тарабрина,

Харламенкова, Никитина, 2016; Тарабрина, Ворона, Курчакова и др., 2010; Погосова, 2018). В последние годы считается возможным возникновение и развитие ПТСР как следствие воздействия *информации*, несущей угрозы. Так, после терактов развитие признаков ПТСР наблюдалось у 7,5% жителей близлежащих районов (Знаков, 2010; Быховец, Тарабрина, Казымова, 2012; Есина, 2017).

В настоящее время к наиболее распространённым реакциям ПТСР принято относить пять групп симптомов:

- *избегание* напоминаний о событии;
- *оцепенелость реакций*: отчужденность, ангедония и др.;
- *повторное переживание события* в виде кошмарных сновидений;
- *повышенное возбуждение*, приводящее к бессоннице, проблемам с концентрацией внимания, к настороженности, к сверхбдительности, чрезмерной реакции испуга и др.;

- *выученная беспомощность* может быть вызвана единичным, неподконтрольным событием и распространяется на другие ситуации, нередко приводя к депрессии и чувству вины (White, 2016; Черепанова, 2018; Shevlin, Hyland, Vallières et al, 2018; Солдаткин, 2016; Тарабрина, 2008; Thabet, Tawahina, El Sarraj et al, 2008).

Появлению симптомов расстройства предшествует латентный период после травмы, колеблющийся от нескольких недель до нескольких месяцев (<http://www.mkb10.ru>). Для диагностики ПТСР симптомы должны присутствовать дольше одного месяца; при сохранении их на протяжении трёх и более месяцев симптомы переходят в разряд хронических (Choi, Shaffer, Zale et al., 2018). На распространённость ПТСР оказывают влияние как тип стрессогенного события, так и социально-демографические характеристики подвергающихся травме людей (пол, возраст, социальный и семейный статус, этническая принадлежность, место проживания) (Есина, 2017).

Посттравматический стресс (ПТС) в соотнесении с ПТСР выражается в более лёгкой форме появления симптомов и/или в частичном их проявлении, то есть при

ПТС могут наблюдаться 1-2 симптома, свойственные ПТСР (Тарабрина, 2008). Это доказано в работе, проведенной Н.В. Тарабиной, Н.Е. Харламенковой и Д.А. Никитиной, в которой авторы исследовали специфику и психологические последствия влияния различных стрессоров (Тарабрина, Харламенкова, Никитина, 2015). Было выявлено, что у части пациентов, перенесших операцию по поводу доброкачественной опухоли головного мозга — менингиомы, признаки посттравматического стресса характеризуются частичным ПТСР. Данный вывод был подтвержден схожестью обследуемой группы по психопатологическим симптомам с пациентами с раком молочной железы, имеющими частичное ПТСР, и отличием обследуемой группы от пациентов с РМЖ, имеющих высокий и низкий уровень посттравматического стресса. Отсутствие различий по психопатологической симптоматике между пациентами с диагнозом «менингиома» и подгруппой РМЖ «частичное ПТСР» подтвердили предположение о том, что обследуемая группа по своим особенностям в большей степени характеризуется частичным ПТСР. Возможно, это обусловлено спецификой заболевания или психологическими защитами. Отличие групп по тем же шкалам, что и при сравнении с другими исследованиями, подтвердило сходство реакций больных с разными онкологическими заболеваниями на болезнь. При высоком ПТСР люди проявляют более выраженную враждебность, подозрительность, страх потери независимости, а также стремление к изоляции, уединению, обособлению, чем при частичном ПТСР. Выявленные особенности демонстрируют изменения в социальной позиции личности, которые вызваны причинами соматического характера (появлением различных дефектов), а также психологическими причинами (страхом рецидива болезни, чувством потери самостоятельности).

Сложность вызывают стрессоры, которые продолжают свое воздействие; сюда можно отнести и *внезапно возникшее тяжелое психическое заболевание* самого человека или близкого родственника.

В «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» третьего пересмотра, вышедшем в 1987 году, проживание с

психически больным человеком было оценено, как хронический психотравмирующий фактор экстремальный по силе воздействия (DSM-III-R, 1987). Сейчас, в современном «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания» для одного из критериев дифференциальной диагностики ПТСР есть следующее указание: «человек должен быть непосредственным участником или узнать, что угрожающее жизни травматическое событие (события), произошло с близким членом семьи или близким другом». Там же: «опасное для жизни заболевание или ослабляющее состояние здоровья *не обязательно* считается травматическим событием». По-видимому, тяжелое заболевание в определенных случаях *может* считаться травматическим событием, поскольку критерий не строгий. Далее, в руководстве делается уточнение: «для угрозы возникновения посттравматических симптомов человек должен быть свидетелем угрозы чьей-либо жизни или серьезной травмы...а также «медицинской катастрофы» своего ребенка (например, угроза жизни, внезапное кровотечение и пр.). Косвенное воздействие ограничивается переживаниями, затрагивающими близких родственников или друзей, при условии, что события насильственные или случайные» (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013, p. 274-275). Таким образом, *острое начало болезни – впервые возникшее психическое заболевание ребенка* близкого родственника обоснованно может стать источником интенсивного стресса, не исключая развития ПТСР.

Наиболее близкими родственными отношениями считаются внутрисемейные отношения. А отношения в диаде мать – ребенок, согласно подавляющему большинству классических и современных исследований, являются максимально близкими, поскольку они в большинстве случаев являются первичными, на протяжении взросления ребенка обеспечивают его развитие, формируют способы взаимодействия с окружающим миром. Как угроза жизни или здоровью ребенка, *тяжелое заболевание* в большинстве случаев становятся для матери источником интенсивных стрессовых переживаний.

Е.В. Гуткевич, В.Я. Семке, А.В. Семке считают, что психическое заболевание совершеннолетнего ребенка в семье может рассматриваться как семейно-генетический кризис, под которым понимается состояние семейной системы, характеризующееся нарушением гомеостатических процессов, приводящих к фрустрации привычных способов функционирования семьи и невозможности справиться с новой ситуацией, используя старые модели поведения (Гуткевич, Семке, Семке, 2011).

Согласно авторам, семьи, вошедшие в этот кризис, могут идти по одной из двух основных линий дальнейшего развития:

- деструктивной, которая ведет к нарушению внутрисемейных отношений;
- конструктивной, которая включает ресурсный компонент. При адаптации к внезапно изменившимся условиям жизни в семье происходит пересмотр и перераспределение обязанностей, функций, межличностных отношений, семейных ролей (Гуткевич, Семке, Семке, 2011).

М.Д. Будаева отмечает, что тяжелая болезнь ребенка вызывает сильное напряжение в семье, проявляющееся в виде целого комплекса проблем, связанных со специальным уходом за ним, финансовыми трудностями, чувством неудовлетворенности, бессонницей, волнением, ощущением вины и бессилия (Будаева, 2013).

По мнению Т.Г. Бохан, сообщение о диагнозе может вызвать шоковое состояние. Преодолевая и осмысляя эту информацию, человек может проходить несколько последовательных фаз схожих с фазами проживания горя (отрицание, гнев, вина, депрессия, принятие) (Бохан, 2019).

Острое начало болезни с психотическим (неадекватным, несущим опасность для жизни больного и окружающих) состоянием становится значительным стрессом для близких, приводит к стигматизации, самостигматизации родственников больного (Ениколопов, 2013).

Под воздействием стресса фокус восприятия человека изменяется (сильно сужается), и он оказывается неспособным видеть иные варианты решения проблемы, даже если они очевидны. Преодоление стресса заключается не только в

правильности выбора стратегии поведения, но и в стиле преодоления, то есть в индивидуально-своеобразном и стереотипном способе действия. Некоторые люди склонны проявлять агрессивность или быть воинственно настроенными при возникновении угрозы, в то время как другие в однотипных условиях могут демонстрировать покорность, нерешительность и замкнутость. Исследователи Л. Коэн и С. Рот, назвали эти два крайних стиля преодоления «наступающим» и «избегающим» (Cohen, Roth, 1987). Характерным примером проявления указанных стилей являются ситуации, когда одни люди при возникновении трудной ситуации ищут виноватого, обвиняя других людей, и тем самым притупляют стрессовую реакцию, а другие постоянно обвиняют себя в «неправильных» действиях, усиливая тем самым воздействие стресса (Бодров, 2006).

Н.Ю. Литвинова считает, что взаимные обвинения между родителями заболевшего ребёнка являются обязательной фазой принятия и осознания диагноза ребёнка, то есть такой же важной, как и фазы отрицания и печали (Литвинова, 2017).

При первых эпизодах заболевания влияние психотравмирующего фактора вызвано самим фактом болезни, нарушением реагирования больного в остром периоде проявления заболевания и деформацией всей системы семейного взаимодействия (Kroll, 1986).

По мнению М.Д. Будаевой, психосоциальные последствия неполноценности ребенка влияют на профессиональную реализацию матери, её досуг, на отношения с супругом, с другими детьми и прочие социальные контакты. Таким образом, психотравмирующая ситуация, связанная с тяжелой психической болезнью ребенка, опосредует актуализацию стрессов и в других значимых сферах жизни родителей (Будаева, 2013).

Л.М. Шпицина, на основании проведенных ею исследований, построила иерархическую структуру факторов, составляющих наиболее актуальные проблемы семьи, ухаживающей за ребенком с психическими отклонениями: самоактуализация, общение с детьми, симбиотичность, «дефектцентричность», переживание болезни, социальная изоляция, будущее ребенка (Шпицина, 2005).

Э. Солиш, Э. Пэрри, П. Миннес предложили модель стресса в семьях с детьми, имеющими психические расстройства. Эта модель состоит из четырех ключевых компонентов: стрессоры, ресурсы, поддержка (помощь) и результаты. В качестве стрессоров автор рассматривает наиболее фрустрирующие стимулы, с которыми сталкивается семья с больным ребенком. Ресурсами выступают персональные ресурсы каждого из родителей, а также общие семейные ресурсы. Поддержка может быть получена извне, например, со стороны друзей семьи, родственников, социальных и психологических служб. В качестве результатов рассматривается соотношение отрицательного влияния стрессоров и положительного влияния ресурсов и поддержки. Если негативное воздействие сильнее позитивного, то вероятность оказаться под влиянием ПТС возрастает, а человек демонстрирует признаки повышенной тревожности, депрессивности и др. Самым сильным стрессором, по их мнению, выступает факт психической болезни ребенка и изменений в его поведении, мышлении и эмоциональном реагировании (Solish, Perry, Minnes, 2010).

Т. Мак Кэнн, Д. Лубмэн, Э. Кларк изучали психологическую картину ситуаций, когда матери и отцы впервые сталкивались с тяжелыми психическими заболеваниями своих совершеннолетних детей. Ученые пришли к выводу, что опыт, который переживают в этот момент родители, характеризуется 6-ю основными особенностями:

- *обременительностью ухода* за ребенком; ситуация часто осложняется тем, что женщине нужно искать баланс между уходом за больным ребенком, заботой об остальных членах семьи, работой и другими обязательствами;
- *непредсказуемостью течения болезни* и поведения больного (авторы сравнивают это чувство с “американскими горками”, когда неожиданно захлестывают волны тревоги и непонимания ситуации);
- *чувством вины и ответственности* за болезнь совершеннолетнего ребенка, которые не связываются с проблемами воспитания, а проявляются генерализованно, обобщенно; чувство ответственности может усиливаться, когда больной ребенок вступает в конфликт с другими членами семьи, например,

братьями и сестрами; в таких случаях мать чувствует себя ответственной за разрешение противоречий и защиту психически нездорового ребенка;

- *примирение с изменениями в жизни.* В этом опыте авторы выделяют два важных момента: первый, связанный с принятием своего психически нездорового совершеннолетнего ребенка и изменений в нем; второй, связанный с принятием на себя роли опекуна психически больного совершеннолетнего ребенка: родителям свойственно психологически «отпускать» своих взрослых детей, тогда как при возникновении психического заболевания у совершеннолетнего, матери приходится снова принимать на себя роль воспитателя, который внимательно и тщательно ухаживает и заботится о своем ребенке;

- психологическое сближение с больным ребенком. После стресса, пережитого родителями при постановке диагноза, матери укрепляют положительные отношения с больными детьми, а те, кто не имели хороших отношений, заново учатся их выстраивать;

- сохранение надежды. Она может проявляться в трех основных аспектах: при переходных периодах, когда больной ребенок чувствует себя лучше; надежда на развитие личности молодого человека, что, несмотря на свою болезнь, он сможет развиваться и совершенствоваться, например, в искусстве, сможет найти посильную работу или сможет окончательно выздороветь посредством новых методов терапии; надежда, вера матери в себя, в собственные возможности в уходе за ребенком, а также надежда матери на улучшение состояния ребёнка и его жизни в целом (McCann, Lubman, Clark, 2011).

Таким образом, можно выделить несколько специфических черт стрессора «тяжелое заболевание ребенка»:

- длительность интенсивности воздействия, связанная с продолжительностью заболевания (Дорохов, 2014; Kearney, 2015; Крюкова, 2012 и др.);

- продолжительное напряжение, связанное со страхом осложнений заболевания (Будаева, 2013; Kearney, 2015 и др.);

- актуализация экзистенциального страха смерти и утраты смысла жизни (Eccleston, 2015; Furlong, 2013 и др.);

- потребность значительно изменить привычный распорядок дня, стиль и ритм жизни (Будаева, 2013; Крюкова, 2012; Kearney, 2015; Oono, 2013; Eccleston, 2015 и др.);

- кардинальные перемены в представлениях о будущем, перспективных планах, жизненных целях (Назарова, 2018, Полетаева, 2004; Oono, 2013; Furlong, 2013 и др.);

- трудности, связанные с социальным окружением, неловкость за заболевание, ощущение своей неполноценности, ущербности (Будаева, 2013; Martin, 2013; Eccleston, 2015; Christopher, Tabor, 2018 и др.);

- присутствие сильных амбивалентных эмоций, когда, например, с одной стороны, родитель испытывает любовь и нежность к своему ребенку, а с другой, ненависть и отвращение, вызванные особенностями поведения и мышления в связи с болезнью (Будаева, 2013; Martin, 2013; Oono, 2013 и др.);

- трудности социальной идентичности, связанные с необходимостью принять на себя роль родителя ребенка с тяжелым психическим заболеванием, проблемы с самооценкой, уверенностью в себе, чувством собственного достоинства (Крюкова, 2012; Morris, 2014; Eccleston, 2015 и др.);

- влияние на материальный бюджет семьи, столкновение с финансовыми трудностями, связанными с оплатой врачебной помощи, оплатой транспорта (испытывая чувство неловкости и стеснения, родители предпочитают использовать частный автомобиль, при отсутствии такового, пользоваться услугами такси) (Ae-Ngibise, 2015; Гуткевич, 2011; Dabrowska, 2010; Masunga, 2016 и др.);

- тревожащее и беспокоящее поведение больного ребенка (приступы агрессии, галлюцинации, попытки самоубийства и др.) (Katz, 2015; Корман, 2015; Masunga, 2016; Солохина, 1998 и др.). При внезапном возникновении тяжелого психического заболевания столкновение с подобным поведением больного оказывает сильное фрустрирующее воздействие; члены семьи не знают, как

следует себя вести в таких случаях, как взаимодействовать с больным, какие меры предпринять, чтобы снизить остроту негативной реакции.

Подводя итог, стоит отметить, что стрессор «тяжелое заболевание ребенка» оказывает сильное воздействие на всю семью, провоцируя возникновение ПТС, а в крайних вариантах – ПТСР. Проведенный теоретический анализ показал, что особенности воздействия этого стрессора затрагивают все сферы жизнедеятельности родителей: личностную, социальную, профессиональную, бытовую и др. Последствия переживания этого стресса зависят от многих факторов: как личностных особенностей человека, так и внешних параметров (материальное положение семьи, наличие прочной сети социальной поддержки). Многие из факторов выступают в качестве ценных ресурсов, способствующих совладанию с данным стрессором.

2.2 Совладание со стрессом, вызванным тяжелым заболеванием ребенка

Проблема ресурсов и копинг-стратегий, помогающих совладать со стрессом, является одной из самых актуальных не только в российском обществе, но и мировом пространстве в целом. Умение совладать со стрессом является сложным многоуровневым процессом, который изменяется в зависимости от времени воздействия стрессора, особенностей стрессогенного фактора и ресурсных возможностей ситуации, в рамках которой это воздействие произошло, а также зависит от особенностей внутриличностного состояния человека, которое дает возможность личности оценивать и выбирать адекватную модель поведения. Копинг-стратегии выступают своеобразными медиаторами, посредниками между личностными характеристиками и ситуацией фрустрации, являясь ситуационно-специфическими моделями поведения, проявляющимися в различных сферах социальных отношений (семья, образовательные или медицинские учреждения и т. п.) (Мельникова, 2018).

В предыдущем параграфе нами были рассмотрены особенности стрессора «тяжелое заболевание ребенка» и его отрицательное воздействие на родителей в

целом и мать, в частности. Специфичность этого стрессора актуализирует вопрос о ресурсах и факторах, помогающих матери совладать со стрессом и улучшить свое эмоциональное состояние.

Основные подходы и классификация психологического преодоления стресса были описаны С. К. Нартовой-Бочавер (Нартова-Бочавер, 1997). В основу изучения были положены различные толкования понятия «coping» (копинг-поведение = coping behavior = совладающее поведение). У данного термина несколько вариантов трактовок. Его можно рассматривать как способ психологической защиты Эго (Haskell, 1987); постоянную предрасположенность отвечать на стрессовые события определенным образом и динамический процесс, специфика которого обуславливается не только ситуацией, но и стадией развития конфликта, столкновением субъекта с внешним миром (Billings, Moos, 1984).

Среди отечественных классификаций наиболее распространенной является классификация Л.И. Анцыферовой (Анцыферова, 1994), которая выделяет следующие группы стратегии копинг-поведения:

1. преобразующие стратегии копинг-поведения;
2. приемы приспособления: изменение собственных характеристик;
3. вспомогательные приемы самосохранения в ситуациях трудностей и несчастий.

Специфичность каждой из форм стрессовой ситуации определяется не только объективной сложностью, опасностью, вредностью, но и ее субъективной значимостью. Индивидуальные особенности восприятия конкретной ситуации и ее оценка выражаются в поиске путей ее преодоления:

- решением реальной проблемы или ее эмоциональным переживанием,
- корректировкой самооценки или регулированием взаимоотношений с людьми.

Исходя из сказанного, авторами выделяются следующие способы психологического преодоления:

- проблемно-ориентированное и личностно- или эмоционально-ориентированное преодоление: первое заключается в решении проблемы, второе -

в изменении собственных установок касательно сложившейся ситуации (DeCelles, DeVoe, Rafaeli et al., 2019);

- преодоление стрессовой ситуации путем ее оценивания, вмешательством в ситуацию или избеганием (самообманом) (D'Iuso, Dobson, Beaulieu et al., 2018).

Наряду с проблемно-ориентированным существует эмоционально-ориентированное психологическое преодоление, которое сводится к:

- самообвинению, проявляемому в критике, сожалениях, поучениях и назиданиях самому себе;

- избеганию, при котором человек продолжает вести себя, как если бы ничего не произошло, не придавая особого значения ситуации, отгоняя мысли о ее пагубном влиянии (Ерментаева, Ардах, 2018);

- предпочитаемому истолкованию (призрачной надежде) (Canway, Terry, 1992).

Рогозин А. Б. видит пути преодоления стресса в использовании механизма рационализации, а также отмечает, что успешность переработки зависит от степени поддержки социального окружения (Рогозин, 2016).

Н. Weber выделяет следующие способы психологического преодоления стресса:

- реальное (поведенческое или когнитивное) решение проблемы;
- поиск социальной поддержки;
- перетолкование (пересмотр) ситуации в свою пользу;
- защиту от проблемы или ее отвержение;
- уклонение или избегание;
- сострадание к самому себе;
- понижение самооценки;
- эмоциональную экспрессию (Weber, 1992).

В настоящее время распространение получило новое направление в понимании совладающего поведения субъекта, обусловленного рядом факторов: диспозиционными или личностным, динамическими или ситуационными, социокультурными или экологическими и регулятивными (Крюкова, 2008). С

точки зрения психологии субъекта различная степень осуществления собственных планов связана с различной мерой активности, интегративности и самоопределения личности как субъекта деятельности и жизни.

Принято разделять два типа психологических защит личности – внутриличностные и межличностные. Внутриличностные защиты сохраняют позитивный образ «Я» посредством когнитивной и эмоциональной информации, поступающей из внешнего мира, в то время как межличностные защиты сохраняют целостность субъекта путем изменения характера взаимодействия с окружающими. Р. Лазарус, разделяя защитные реакции, говорил о пассивных, интерпсихических механизмах, рассматривая их в рамках пассивного копинг-поведения, и интрапсихические формы преодоления стресса, именуемые психологическими защитами (Lazarus, 1966).

В рамках исследования стресс-копинга, психологические защиты и копинг-стратегии принято рассматривать со стороны их вклада в реализацию адаптивного поведения личности (Lazarus, 1966; Анцыферова, 1994; Абитов, 2007; Сергиенко, 2008, 2010).

И.Р. Абитов говорит о механизмах психологической защиты, копинг-стратегиях и механизмах антиципации, как об имеющих общую функцию. Он объединил их в единую структуру - «совладающее поведение». По его мнению, все механизмы взаимосвязаны. Говоря об «опережающем совладании» (антиципационном механизме), он показал в своем исследовании, как, действуя на предвосхищение стрессовых эпизодов, снижается выраженность копинг-поведения. В условиях, когда невозможно преодолеть стрессовую ситуацию, используя механизмы антиципации и копинга, активируются психологические защиты (Абитов, 2007).

Е.А. Сергиенко рассматривает контроль поведения как совокупность защитного поведения, при котором степень согласованности «веса» личностной направленности и возможностей субъектной интеграции определяет тип ответных механизмов адаптации. Такой подход позволяет прояснить взаимосвязь совладающего поведения с психологическими защитами (Сергиенко, 2008, 2010).

В исследовании Куфтяк Е.В. совладание с кризисными ситуациями разрабатывается с позиций системного процесса, вовлекающего всю семью. Автор описывает функции «семейного совладания»: семейное совладание выступает как механизм реагирования и деятельности в ситуациях угрозы нарушения ее целостности, и оно происходит из элементов семейной системы; совладающее поведение - ведущий механизм психологической защитной активности семьи; структура психологической защитной активности семьи имеет ряд стилей регуляции, различающихся по уровням адекватности, логичности, согласованности, связанности, компенсаторности и соотношениями копинга и защит; совладающее поведение представлено иерархической закономерностью выбора стилей, их сочетанием на разных этапах жизни семьи; совладающее поведение по структуре согласовано, связано, комплементарно и синергично и имеет три типа совладания: индивидуальный, диадический, семейный (групповой) копинг. Качествами совладания группового (семейного) субъекта выступают: динамический порядок выбора стилей совладания — иерархия выбора от индивидуального стиля к совместным копинговым усилиям партнеров; общность — направленность копинг-поведения членов семьи на совместное разрешение трудностей; взаимодействие — объединение копинг-усилий каждого из членов семьи для достижения общего результата; согласованность копинг-усилий членов семьи в достижении общего результата для отдельно взятого члена семьи, так и семьи как целого; значимость копинг-усилий каждого партнера для благополучия другого партнера и их отношений; связанность с социальным контекстом семейной системы (Куфтяк, 2013).

Развитие идей психологии совладающего поведения дает возможность анализировать семью, как систему развития, динамику, структуру, ее изменение, изменение связей, компонентов, вкладов, и тех факторов, благодаря которым сохраняется целостность системы.

Психологические последствия тяжелого заболевания ребенка для родителей часто сравнивают с *синдромом выгорания* – эмоционального истощения, среди последствий которого дегуманизация отношений с окружающими людьми и

недооценка личных достижений (Водопьянова, Старченкова, 2009; Гусева, Антонов, Лебедь и др., 2009). На фоне длительной болезни ребенка, отсутствия четких прогнозов излечения, необходимости постоянного внимания к его нуждам постепенно развивается эмоциональное истощение, оно поддерживается неопределённостью и напряженностью ситуации, а продолжительное нахождение в эмоционально напряженной ситуации ведет к постепенному накоплению стресса (Pines, 2017). В ситуации лечения и ухода за тяжело больным ребенком, родители подвергаются длительному воздействию экстраординарных эмоциональных нагрузок, переживаний. Кроме того, направленность всех мер помощи на восстановление ребенка влечет за собой значительные энергетические затраты, что нередко приводит к ощущению собственного бессилия и неспособности контролировать ситуацию.

Но риск *выгорания* у матерей высок еще и в связи с тем, что возникновение заболевания – острое начало болезни само по себе интенсивное психотравмирующее событие, то есть уровень стресса не повышается постепенно, а уже изначально высок. Последующая каждодневная работа по уходу за ребенком, связанная с ответственностью, с постоянным эмоциональным напряжением приводит к нарастанию физической и эмоциональной усталости (Фисун, Поляков, Климова, 2013).

Среди последствий переживания стрессора тяжелое заболевание, кроме рассмотренных психопатологических симптомов, эмоциональных реакций выделяют также процесс *стигматизации и самостигматизации* (Серибрийская, 2005; Положий, Руженкова, 2015; Ениколопов, 2017). Этот процесс приводит к восприятию матери себя и своей семьи, как больных, неудобных обществу. При этом, реальное положение дел – ограничение социального взаимодействия, охлаждение отношений с родственниками и друзьями часто преувеличивается матерью.

Все эти последствия могут обретать хронический характер, становясь значительным препятствием на пути реабилитации и ресоциализации семьи в целом и матери, в частности. Без своевременной профессиональной социально-

психологической помощи родственникам и пациенту, трудно восстановить нормальное психическое и социальное благополучие семьи в целом и благополучие её отдельных членов (Косенко, 2011; Солоненко, 2013).

2.3 Основные подходы к анализу психологических последствий влияния стрессора «тяжелое заболевание ребенка». Программы и модели психологической помощи родственникам

В настоящее время в психологии широко представлены исследования различных аспектов переживания интенсивного стресса. Они проводятся в рамках психологии посттравматического стресса (ПТС) – научного направления, интегрирующего различные подходы к изучению психической травмы и ее последствий. При этом под ПТС понимается совокупность реакций человека на стрессор высокой интенсивности, сопровождающийся переживанием интенсивного страха, либо беспомощности в связи с событиями, угрожающими жизни и здоровью человека.

В рамках теории ПТС в последние годы проведены исследования, посвященные изучению негативного влияния на психику человека масштабных катастроф, различных видов насилия.

Родственники и близкие, перенесшие стрессовое воздействие – дебют тяжелого заболевания ребенка, оказываются в трудной жизненной ситуации. Такие события в жизни матерей и отцов могут сопровождаются переживаниями интенсивного страха, беспомощности и требуют определённых усилий по совладанию с ними. Важную роль в преодолении негативных психологических последствий переживания, играют не только собственные внутриличностные ресурсы родителей, но и своевременность и качество профессиональной социально-психологической поддержки.

Прежде чем перейти к описанию классических и современных методов в социально-психологической работе с родственниками и близкими, обратимся к подходам в исследованиях психического состояния и эмоциональных реакций матерей, испытывающих ПТС, вызванного возникновением тяжелого заболевания

ребенка, поскольку логика научного исследования предполагает последовательный переход от исследовательской разработки к практическим задачам и реализации решения данной проблемы.

Проведенный в работе теоретический анализ литературы позволил выделить несколько основных подходов к изучению последствий переживания стресса:

- *аналитический*, при котором исследователи сосредотачиваются на анализе отдельных эмоциональных реакций членов семьи, вызванных обозначенным нами стрессором;

- *системный* - ученые концентрируются не только на изучении отдельных эмоциональных реакций членов семьи в ответ на стрессор, но исследуют их во взаимосвязи с другими психологическими феноменами (чертами характера, другими психическими состояниями, ценностными ориентациями и др.).

- *психотерапевтический подход*, при котором рассмотрение эмоциональных реакций родителей, столкнувшихся с изучаемым нами стрессором, происходит средствами психотерапевтической практики той или иной направленности; специалистами анализируются формы психокоррекционной работы, которые оказываются эффективными для оказания психологической помощи матерям, столкнувшимся с внезапно возникшим тяжелым психическим заболеванием совершеннолетнего ребенка.

Аналитический подход. Исследования, проведенные в рамках данного подхода, ценны информацией о том, как именно характеризуется *эмоциональное состояние* матери, столкнувшейся с тяжелым заболеванием ребенка. Так, оно характеризуется переживаниями *тревоги* и *страха*, *гнева* и *агрессии*, *чувства неопределенности*, *потерянности*, периодически возникающего *отвращения* к больному ребенку, *жалости* к себе и ребенку, *глубокой печали*, приводящей к депрессивному состоянию, чувством стыда и неловкости, чувством вины (Wenson, 2018; Бочаров, 2009; Haroon, Wuzna, Amina et al., 2018; Werner, 2015; Корень, 2012; Корман, 2010; Судьин, 2012, 2015; Резников, 2011).

С.А. Судьин отмечает: «Помимо скорби и печали члены семьи испытывают потери, носящие символический характер: потерянные надежды, несбывшиеся

ожидания, разбитые мечты и намерения, от которых вследствие болезни родственника приходится отказаться» (Судьин, 2015, с. 97).

Таким образом, для матерей с ПТС, вызванным внезапным психическим заболеванием ребенка, свойственно эмоциональное состояние, окрашенное целым спектром негативных эмоций и чувств, которые усугубляют ситуацию и препятствуют адаптации к изменившимся условиям, эффективному разрешению текущих проблем.

Подавляющее большинство исследователей, которые анализировали особенности эмоционального состояния матерей и отцов, дети которых страдают тяжелым психическим заболеванием, отмечают огромную роль социальной поддержки в том, как именно родители справляются с негативными эмоциями и чувствами. Если семью окружают родственники, хорошие друзья, которые понимают сложившуюся ситуацию, подбадривают родителей, доброжелательно относятся к ним и к заболевшему ребенку, продолжают навещать их с привычной частотой, то матерям легче успокоиться, справиться с тревогой и гневом, чувством стыда и вины (Boen, 2012; Ghosh, 2012; Корень, 2012; Корман, 2010; Masunga, 2016; Судьин, 2015 и др.).

Особое значение в оказании социальной поддержки имеют психологи, врачи и другие специалисты, способные предоставить *профессиональную* информационную, социальную и психологическую квалифицированную помощь матерям, которая не может быть замещена социальной поддержкой со стороны друзей и родственников (Грошева, 2008; Гуткевич, 2014; Жедунова, Посысоев, 2015 и др.). Так, Л. Г. Жедунова, Н. Н. Посысоев отмечают, что стратегическими целями квалифицированной психологической помощи матерям выступают дифференциация супружеской и родительской субсистем, разрушение коалиции «мать – больной ребенок» как симбиотического слияния, восстановление супружеских отношений (Жедунова, Посысоев, 2015).

Крепкая романтическая привязанность и положительные взаимоотношения с супругом могут рассматриваться как отдельный ресурс, который помогает женщине справиться со стрессом (Brobst, 2009; Gau, 2012; Ghosh 2012; Dabrowska

2010; Жедунова, 2015; Судьин, 2015 и др.). Присутствие понимающего мужа дает женщине возможность получить сочувствие и сопереживание в тот самый момент, когда они необходимы; помощь в уходе за ребенком; возможность совместно решать возникающие проблемы, заниматься поиском новой информации о заболевании и способах его лечения. Кроме этого, присутствие супруга позволяет удовлетворить нарциссические потребности женщины и избежать симбиотической связи с больным ребенком (Варга, 1986; Чодороу, 2006; Эльячефф, Эйниш, 2006 и др.)

Совладание со *страхами* и *тревогой*, чувством *неопределенности*, которые беспокоят матерей психически больного совершеннолетнего ребенка, может осуществляться посредством планирования ближайшего и отдаленного будущего, эффективного целеполагания (Lam, 2015). Эти действия способны активировать ресурсные чувство контроля над ситуацией, а также надежду на благоприятный исход (Wrosch, 2011; McCann, 2011).

Эти же чувства, согласно некоторым исследованиям, могут быть активизированы посредством повышения уровня информированности матерей о заболевании ребенка, возможностях медикаментозной, психиатрической, психологической помощи, перспектив лечения, роли матери в этом процессе, границах ее обязательств и ее ответственности (Гуткевич, 2014; Судьин, 2012; Dabrowska, 2010; Hastings, 2005; Perlick, 2008). Важно, чтобы чувство ответственности матери распространялось только на те ситуации, которые на самом деле подконтрольны ей и происходят в результате ее действий и поступков (Higgins, 2005). Здоровое чувство *ответственности* можно также рассматривать в качестве ресурсного состояния, которое помогает справиться с чувством вины, часто сопровождающим многих родителей, чьи дети страдают тяжелым психическим заболеванием.

Отдельного внимания заслуживают такие эмоциональные реакции матери, которые отражают ее *негативное отношение* к больному ребенку, *отвращение*, *гнев*, *агрессию* на него, *разочарование* в нем, *обиду* за причиненные страдания. Эти чувства часто подавляются женщинами, они стыдятся их и не всегда признают их

присутствие даже для самих себя (Грин, 2005; МакДугалл, 2002). Вместе с тем, использование подавления как защитного механизма чревато психосоматическими заболеваниями, которые, согласно результатам многих исследований, диагностируются достаточно часто (Падун, 2015; Судьин, 2015).

Таким образом, психическое состояние матерей с ПТС, вызванным тяжелым психическим заболеванием ребенка, характеризуется ярко окрашенным негативным эмоциональным фоном, частым присутствием противоположных эмоций – *амбивалентностью* отношения, при этом противоположные чувства направлены и на саму фрустрирующую ситуацию, и на больного ребенка, и на самого себя, что существенно осложняет совладание со стрессом. Авторы, проводившие исследования по теме в рамках аналитического подхода, в качестве главных копинг-ресурсов называют социальную поддержку в лице родственников, друзей, психологов, социальных работников, медиков; усиление романтической привязанности и позитивных взаимоотношений с супругом; перспективное планирование собственного будущего и будущего своего совершеннолетнего ребенка, которое помогает вернуть чувство контроля, обрести надежду; осмысление и понимание особенностей заболевания ребенка, возможностей медикаментозной, психиатрической, психологической помощи, перспектив и возможностей лечения; принятие ответственности только за те ситуации, которые на самом деле подконтрольны матери и происходят в результате ее действий и поступков и др. (Viorst, 1986; Werner, 2015; Корень, 2012; Корман, 2010; Судьин, 2012, 2015; Резников, 2011).

Системный подход. В рамках данного подхода авторы рассматривают эмоциональные реакции матери в ответ на стрессор – «дебют тяжелого психического заболевания ребенка», во взаимосвязи с другими психологическими феноменами, системно. Исследования, проведенные в русле этого подхода, ценны обозначением масштаба влияния тех или иных эмоциональных реакций на жизнедеятельность матерей в целом, качество их жизни, а также определением ряда *ресурсных качеств личности* и психических состояний, которые помогают женщине совладать со стрессом.

Одно из самых разработанных направлений исследований в рамках данного подхода посвящено изучению влияния рассматриваемого нами стрессора не только на эмоциональное состояние матери, но и на *качество ее жизни* в целом (Alptekin, 2004; Бочаров, 2009; Былим, 2010; Корман, 2010, 2015; Солохина, 1998; Sivberg, 2002; Foldemo, 2005 и др.). Многие из указанных авторов отмечают наличие отличий между уровнем качества жизни матерей и отцов в семьях с психически больным ребенком, где женщины оказываются в значимо худшем положении, чем их мужья. Отмечается, что качество жизни матерей, которые ухаживают за больным ребенком, характеризуется более низкими показателями физического здоровья, а также социальной активности (Mugno, 2007; Корман, 2015; Alptekin, 2004).

Эти исследования выявляют ресурсные состояния и психологические феномены, способствующие совладанию со стрессом. Так, большую значимость в этом плане показали *духовные ценности* (Корман, 2010). Они позволяют найти матерям новые смыслы жизни и своего предназначения, дают некое чувство благополучия, ощущение собственной значимости и важности, гуманности их ежедневной работы.

В исследованиях Н. Экаса, Д. Ликенброка и Т. Уитмэна была показана позитивная роль оптимизма (Ekas, Linkerbrok, Uitman, 2010). Авторы пришли к выводу, что оптимизм и социальная поддержка усиливают действие друг друга и способствуют значительному улучшению эмоционального состояния матерей, а также повышению результативности ухода за больным ребенком.

В исследованиях М. Вейс показана положительная роль *психологической устойчивости, выносливости* в совладании со стрессом (Weiss, 2002); роль принятия сложившейся ситуации, а также религиозности, веры в Бога (Masunga, 2016); значимость высокой жизненной активности, деятельности (Kartalova-O'Doherty, Doherty, 2008); влияние близких и хороших отношений матерей с больным ребенком; особую роль здесь играют, по мнению авторов, честность, взаимное доверие и неподдельный интерес к совершеннолетнему ребенку с психическим заболеванием (McCann, 2011).

С. Коттон с коллегами пришли к выводу, что ресурсными можно считать ориентацию матерей на *поиск позитивного отношения* к жизни при любых обстоятельствах, а также ориентацию на решение проблемы (Cotton, 2013). В этих исследованиях также была показана положительная роль внутреннего диалога (Cotton, 2013). Таким образом, авторы подчеркнули значимость определенных смысложизненных ориентаций в совладании со стрессом матерей и роль внутреннего диалога с самим собой, когда нет иных возможностей поделиться переживаниями с другим человеком.

Согласно исследованиям, проведенным Л. Моррис (Morris, 2014), психическое состояние матерей, которые совмещали уход за ребенком и *работу*, оказалось значимо лучше, чем тех, кто посвящает заботе о ребенке с тяжелым психическим заболеванием все свое время. Автор связывает этот факт с тем, что работающие матери, погружаясь в профессиональную деятельность, отвлекаются от негативных мыслей о здоровье ребенка, утерянных надеждах, собственной вине и находят способ реализовать себя другим путем, достигая хороших результатов в труде. Похожие выводы можно найти также в работах отечественных исследователей (Корман, 2010).

Вместе с тем, ряд качеств личности, может рассматриваться в виде ресурсных, помогающих совладать со стрессом. К таким качествам относится оптимизм, психологическая устойчивость, принятие ситуации, религиозность, активность, деятельность. Ресурсным считается обращение к духовным ценностям, обретение нового смысла жизни. В качестве факторов, улучшающих эмоциональное состояние матери, можно рассматривать наличие хороших взаимоотношений с больным ребенком, наличие трудовой деятельности, возможности построить карьеру. Таким образом, в рамках системного подхода, исследование взаимосвязи эмоциональных реакций матери с психологическими и личностными характеристиками и последствиями, показывает, что тяжелое аффективное состояние родителя часто сопровождается проблемами физического здоровья, а также трудностями социальных контактов.

Психотерапевтический подход. В рамках данного подхода исследователи анализируют влияние различных психотерапевтических и психокоррекционных программ, средств и методов, посредством которых может быть улучшено психическое состояние близких, ухаживающих за совершеннолетним ребенком с тяжелым психическим заболеванием. Этот подход, в отличие от двух описанных нами ранее, направлен не только на изучение конкретных эмоциональных реакций матерей при ПТС и их взаимосвязей с различными психологическими феноменами, но и на изучение возможностей адаптации родных к изменившимся условиям их жизни, совладания со стрессом и повышением психологического благополучия личности.

Данный подход — это неспецифический метод помощи, при котором изменения достигаются различными психотерапевтическими приемами, доступными специалисту. Помощь имеет, по крайней мере, три основных направления: *уменьшение эмоциональной напряженности, стимуляция психической активности* и навыков анализа собственного состояния, *мотивация к изменениям.*

В. Чейн с коллегами исследовали возможности *проблемно-ориентированной библиотерапии* для родителей, у чьих детей был зафиксирован первый психотический эпизод (Chien, 2016). Авторы пришли к выводу, что проблемно-ориентированная библиотерапия не только позитивно сказывается на эмоциональном состоянии матерей, но способствуют снижению выраженности психотической симптоматики и длительности повторных госпитализаций больного ребенка. Кроме этого, библиотерапия оказалась экономически более выгодной по сравнению с другими методами психологического сопровождения семей, которые ухаживают за ребенком с тяжелым психическим заболеванием (Chien, 2016).

Библиотерапия может реализовываться в изучении специализированной литературы, учебных пособий, разборов медицинских кейсов. Такое изучение проблемной области, непосредственно относящейся к испытанному стрессору, часто улучшает качество жизни, повышает уровень осведомленности, помогает объективно оценивать ситуацию. Позитивное влияние библиотерапии на

психическое состояние родителей с совершеннолетними психически нездоровыми детьми было отмечено и в других зарубежных исследованиях, проведенных, в частности, в Австрии и Китае (McCann, 2013, 2015). Подобного рода эмпирические исследования проводятся в отечественной медицине и психологии (Игумнов, Жебентяев, 2011; Александрова, Крахмалева, Барышева и др., 2016).

Процесс проблемно-ориентированной библиотерапии предполагает три основных стадии: *введение в программу, формирование психологического благополучия и копинг-ресурсов* родителей средствами ряда литературных источников, *обзор выводов и планы на будущее*. Вторая стадия в этой программе наиболее обширная. Она включает несколько модулей, посвященных саморефлексии эмоций и оценке собственного психологического благополучия матерями, обучение позитивному мышлению, внушению оптимистического взгляда на жизнь; информирование о правах и программах финансовой поддержки семей с психически нездоровым ребенком, обучение навыкам эффективной коммуникации с ребенком в зависимости от специфики его заболевания; ознакомление с реальными возможностями матерей по улучшению состояния ребенка с психическим заболеванием, обучение проблемно-ориентированным стратегиям поведения в ситуациях общения с ребенком; помощь в коррекции проблем, появившимся под влиянием ПТС в результате внезапно возникшего психического заболевания ребенка (например, потери веса матерью, проблем со сном, социальной изоляцией по причине чувства стыда, неловкости, стигматизации из-за ребенка с психическими отклонениями и др.) (Chien, 2016). Недостаток метода кроется в том, что вся информация, полученная родственником, берётся из одного или нескольких рекомендованных источников литературы, что не предполагает проверки понимания и усвоения материала, и не даёт родственнику более точно и детально узнать причины и последствия заболевания.

Согласно другим исследованиям, благоприятное воздействие на психическое состояние матерей, а также состояние больных детей, оказывает посещение групп поддержки и курсов по психологии, на которых родители обучаются навыкам

эффективной коммуникации с больным ребенком, методам управления своими эмоциями и др. (Yesufu-Udechuku, Harrison, Mayo-Wilson, 2015).

Программа «Семья семье» («Family-to-Family» intervention), ориентированная на создание группы поддержки родителей, которые ухаживают за совершеннолетним ребенком с тяжелым психическим заболеванием, также хорошо зарекомендовала себя (Toohey, 2016). Исследователи отмечают, что программа предоставляет участникам возможность получить необходимые знания о заболевании ребенка, эффективных стратегиях взаимодействия с ними в наиболее интересной и доступной форме, она формирует эмоционально комфортную и безопасную атмосферу, в которой матери могут поделиться своим эмоциональным состоянием и не быть осужденными за это, а, наоборот, получить психологическую поддержку со стороны других участников. Согласно авторам, эта программа усиливает положительные копинг-стратегии (Toohey, 2016). Авторы предполагают, что это связано с самими целями программы, которая ориентирована скорее на развитие позитивного мышления и поведения, чем на коррекцию негативного. В случаях ярко выраженных отрицательных копинг-стратегий матерям необходима индивидуальная работа с психологом и психотерапевтом.

Зарубежные специалисты нередко прибегают к такому психотерапевтическому вмешательству, как *мультисемейные группы («Multiple-family group treatment»)* (Ake, 2004; Bradley, 2006; Cabral, 2010; Chien, 2004; Fjell, 2007). Работа с семьей в мультисемейных группах предполагает три основных этапа:

- образовательный, на котором родителям предоставляется вся необходимая информация о заболевании их ребенка, возможных осложнениях и перспективах лечения;

- семейная поведенческая терапия, направленная на улучшение социального функционирования членов семьи. На этом этапе также проводится работа по оптимизации эмоционального состояния матерей с ПТС;

- расширение социальной сети, которая бы смогла удовлетворять потребности семьи в социальных контактах и поддержке (Ake, 2004).

Благодаря созданию мультисемейных групп снижается частота обострений и уровень эмоциональной экспрессивности, повышается информированность семей о психическом заболевании и улучшается социальное функционирование ее членов. Кроме этого, участие близких в мультисемейных группах снижает выраженность негативной симптоматики, повышает качество жизни и уровень социального функционирования детей с психическим заболеванием (Cottrell, David et al., 2018; Gopalan, Geetha et al., 2018; Ake, 2004; Bradley, 2006; Cabral, 2010; Chien, 2004; Fjell, 2007).

Эффективные программы разрабатываются в рамках бихевиоральной и когнитивной психотерапии (Dellazizzo, Laura, et al., 2018; Granholm, Harvey, 2018; Falloon, 1982; Randolph, 1994; Veltro, 2006; Pilling, 2002; Sellwood, 2007; TARRIER, 2004). Отметим, что целью указанных программ является улучшение психического состояния матери, коррекция ее страхов и тревог, преодоление и профилактика стигматизации и др. Вместе с тем, часто встречаются и комплексные программы, включающие работы с эмоциональными и поведенческими реакциями матери, а также и информирование о заболевании ребенка, перспективах лечения, правилах ухода за ним и принципах конструктивного взаимодействия.

Довольно широкое распространение получила *программа снижения стресса на основе осознанности* - «*Mindfulness-based stress reduction program*» (MBSR). Суть метода заключается в сосредоточении внимания на полученном опыте и решении конкретных задач, без осуждения и критики происходящего (Teasdale, 2000; Shapiro, 2006). При регулярных занятиях человек развивает в себе навыки принятия, повышения эмоциональной устойчивости, уравновешенности, уменьшения навязчивых мыслей, тревоги и депрессии (Jain, 2007; Lyssenko, 2015). Эти эффекты сделали MBSR привлекательной для работы с матерями, столкнувшимися со стрессором тяжелое заболевание ребенка. В исследованиях было показано значимое снижение депрессивных симптомов и тревожности, повышение эффективности в сфере управления негативными мыслями, повышение

осознанности и внимательности к собственным поведенческим и мыслительным стратегиям (Нон, 2014; Woods, 2016; Alvarez-Jiménez, 2011).

Т.А. Куприянова, Е.В. Корень апробировали программу *психосоциальной терапии* для родителей, чьи дети страдают психическими заболеваниями (Куприянова, Корень, 2015). Основные занятия авторы проводили в виде интерактивных семинаров, на которых осуществлялся обмен знаниями, опытом по уходу за больным ребенком. Если в группе озвучивались некорректные сведения, врач-психиатр, который проводит эти занятия, уточнял их, давал рекомендации, отражающие актуальные потребности родителей. Анализ тематического содержания предлагаемых авторами занятий показывает, что они, в первую очередь, направлены на повышение уровня осведомленности родителей о заболевании, а также о способах конструктивного взаимодействия с больным ребенком. Несомненно, решаемые проблемы способствуют лучшей информированности родителей, но недостаточно времени уделяется психическому состоянию родителей, копинг-ресурсам и методам эмоциональной саморегуляции, которые могут способствовать его улучшению. Похожие по содержанию программы психосоциальной терапии для родителей предлагают и другие авторы (Ривкина, 2009). Отметим также, что психосоциальная терапия для родителей хорошо зарекомендовала себя, как метод, повышающий уровень информированности родителей о заболевании ребенка, о способах конструктивного взаимодействия с ним, поведения матери в ситуации обострений болезни и т.д. (Ривкина, 2010).

Совмещение *психологического образования с психологической помощью* по совладанию с ПТС матерей детей с тяжелым психическим заболеванием описано в работах Т.В. Зеленковой и В.А. Праздновой (Празднова, 2007, 2009, 2010, 2012, 2015а, 2015б, 2016). Предлагаемая учеными работа реализуется в русле системной семейной терапии и психотерапии средствами искусства и носит название *интегративной модели системной психосоциальной помощи больным и их родственникам*. Модель осуществляется в два этапа:

1. параллельная работа с пациентами и их матерями,

2. переход к системной семейной психотерапии с привлечением больных и их матерей (Празднова, 2009).

В процессе психотерапии решаются вопросы по ослаблению семейной стигматизации, коррекции дезадаптивных типов семейных отношений и границ, умение сделать собственные эмоции объектом анализа, помощь в отреагировании эмоций, актуализации копинг-ресурсов и др.

Модель, предложенная Т.В. Зеленковой и В.А. Праздновой, удачно совмещает в себе работу с больным совершеннолетним ребенком и работу с матерями, переживающими ПТС; психологическое образование и психологическую коррекцию; индивидуальную и групповую форму работы; своевременную психиатрическую и психологическую помощь.

В настоящее время *психообразование* в России реализуется как главный компонент психосоциальной помощи семьям, столкнувшимся с проблемой тяжёлого психического заболевания, в том числе болезни ребенка. Родственники получают возможность располагать современной и своевременной информацией о болезни, её последствиях, вариантах течения и лечения, необходимой для формирования целенаправленной социально-психологической помощи.

По рекомендациям Американской психиатрической ассоциации (АРА) и DGPPN (Немецкого общества психиатрии, психотерапии и неврологии), психообразовательные вмешательства принадлежат к стандартам терапии острых и перенесших острое состояние пациентов с психическими заболеваниями. В контексте международно-признанной модели «диатез - стресс - уязвимость», подобные вмешательства считаются базой для дальнейших терапевтических воздействий (Psychoeducation, 2006).

В настоящее время под *психообразованием* принято понимать осуществляемый поэтапно процесс обучения родственников основным современным представлениям о психических заболеваниях, что даёт им оптимальный набор знаний и изменяет их взгляды и стиль общения со своими больными родственниками. По данным американских и отечественных авторов, психообразование приводит к снижению рецидивов заболевания и улучшает

психологическое состояние у людей с психическими расстройствами и их родственников (Косенко, 2009; Bäuml, 2006).

С конца 90-х гг. психообразование широко применяется в системе реабилитационных мероприятий для ведения психически больных в России. Его оценивают и с точки зрения преодоления стигматизации и самостигматизации родственников и больных. В исследовании А. Н. Еричева (Еричев, 2005) выявлена высокая потребность в информированности со стороны больных и членов их семей, подчеркивается положительное влияние психообразования на психологическую и социальную адаптацию больных, их комплаентность (Мадорский, 2006). Тем не менее, некоторые проблемы остаются недостаточно проработанными: по мнению Л.Г. Серазетдиновой, Н.Н. Петровой, О.В. Малеваной нет единого мнения по поводу места психообразования в системе реабилитации, не определена его связь с психотерапией, не выявлены особенности проведения психообразования для родственников больных с различной психической патологией, отсутствуют единые критерии в оценке его эффективности. Недостаточно последовательно проводится супервизия персонала, осуществляющего психообразование (Серазетдинова, 2006).

По мнению А. Зигмунта, психообразовательные программы действенны в том случае, если происходит отбор участников, сопровождающийся предварительным опросом родственников, нацеленным на формирование их мотивации, если применяются отдельные методы поведенческой и поддерживающей терапии, которые дополняются тренингами социальных навыков (Zygmunt, 2002).

В работе Е. Пеккала и Л. Мериндер (2004) описан исчерпывающий обзор работ, посвященных эффективности 10-12 индивидуальных и групповых программ психообразования. По их мнению, психообразование, подобранное с учетом индивидуальных особенностей конкретной семьи и типа болезни родственника значительно эффективнее обычного набора базовых знаний стандартного объема, касающихся психических заболеваний. Эффективность образовательных групп

отчетливо проявляется в первые 9-18 недель после их завершения (Pekkala, Merrinder, 2004).

Как показало исследование Т.А. Солохиной и Л. С. Шевченко иногда родственники больных относятся к образованию как попытке переложить ответственность за лечение на их плечи (Солохина, 2008). Однако, по нашему мнению, это суждение неверно, поскольку обучение облегчает общение родственников с заболевшим и самих пациентов с врачами.

Отметим, что большинство отечественных программ психологической работы с родителями ребенка, страдающего тяжелым психическим заболеванием, реализованы в рамках пациенто-центрированного подхода, при котором центром является больной ребенок, а семья и ее благополучие выступает одним из факторов, влияющих на течение заболевания и успех терапии (Казаковцев, 2008; Хритинин, 2009; Руженская, 2016; Былим 2010). При таком подходе основной акцент делается на психологическом образовании родителей относительно причин и особенностей заболевания их ребенка, их родительской роли в процессе лечения и профилактики рецидивов. В силу того, что работа при таком подходе реализуется, как правило, в групповой форме, родители, встречаясь с другими семьями, столкнувшимися с похожим стрессором, кроме всего, получают социальную поддержку и понимание с их стороны, что способствует снижению уровня эмоционального напряжения.

Вместе с тем, такая работа не всегда бывает достаточной для совладания с ПТС матерей, в результате чего их психическое состояние характеризуется апатией, тревогой, депрессивными симптомами и другими негативными признаками, указывающими на необходимость дополнительной психологической работы с ними.

Подводя итог, можно отметить, что ресурсы и факторы, помогающие матери совладать со стрессом, связанным с внезапно возникшим психическим заболеванием совершеннолетнего ребенка, принято рассматривать в структуре исследовательских подходов, которые выбирают ученые для изучения эмоциональных реакций матерей с ПТС. Нами было выделено три основных подхода: аналитический, системный и психотерапевтический. В первом подходе

анализируется интенсивность тех или иных эмоциональных реакций матерей и возможные копинг-ресурсы, которые способствуют совладанию с ПТС. Основными ресурсами являются социальная поддержка, хорошие супружеские отношения, перспективное планирование, осмысление и понимание особенностей заболевания ребенка, перспектив и возможностей лечения, разумное принятие ответственности и др.

В психотерапевтическом подходе рассматриваются основные программы, методы, модели психологической помощи матерям в совладании с ПТС.

Высокую эффективность показали: проблемно-ориентированная библиотерапия, группы поддержки, программа «Семья семье» («Family-to-Family» intervention), мультисемейные группы («Multiple-familygroup treatment»), программа снижения стресса на основе осознанности («Mindfulness-based stress reduction program»), интегративная модель системной психосоциальной помощи больным и их родственникам, и, наиболее реализованная в нашей стране, программа профессиональной социально-психологической помощи «психообразование».

ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВЛИЯНИЯ СТРЕССОРА «ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ РЕБЕНКА» И ИХ СВЯЗИ С УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ МАТЕРИ

3.1 Характеристика методов и выборки исследования

В общем виде требования к участникам исследования были определены до проведения основных этапов обследования, но специфика выборки внесла свои коррективы. Так, изначально не предполагалась, что выборка будет сугубо женской, ожидалось, что в психообразовательной программе будут заинтересованы отцы или другие родственники-мужчины. Тем не менее, участников мужского пола оказалось незначительное количество.

Участниками исследования стали 68 матерей в возрасте от 39 до 70 лет, имеющих совершеннолетних детей с недавно дебютировавшим психическим заболеванием и проходивших программу социально-психологической помощи родственникам «Психообразование». Были отобраны лишь те кандидаты, которые прошли весь курс психообразовательной программы и два этапа психологического тестирования. Специфика ситуации, в связи с которой матери обращались за профессиональной помощью, не давала возможности набрать контрольную группу, однако в ходе исследования была обнаружена часть матерей без проявлений посттравматического стресса, участвующая в программе. В связи с традицией проведения исследований посттравматического стресса под руководством Н.В. Тарабриной группа с отсутствием явных признаков ПТС может рассматриваться в качестве группы сравнения *группу сравнения*.

Уровень образования матерей – от среднего специального до высшего (48 матерей с высшим и 20 со средним специальным образованием). Состав семьи участниц исследования был разнообразным – 16 матерей растили ребенка без отца,

проживали либо вдвоем с заболевшим, либо со своими родителями. 52 матери были замужем, совместно с отцом воспитывали ребенка. Из них 12 семей жили с родителями мужа. Большинство матерей имели двух детей – 48, у 3 – трое детей, у 17 участниц заболевший ребенок был единственным. Совершеннолетние дети с тяжелым заболеванием варьировались по возрасту от 18 до 32 лет, и были старшими в семье в 28 случаях, младшими в 23 случаях. 15 матерей имели, помимо заболевшего ребенка, несовершеннолетних детей. Из исследования исключались матери, которые уже сталкивались с психическим заболеванием у ребенка ранее, т.к. исследование сосредоточено на специфике стрессора «тяжелое заболевание ребенка».

Информация о диагнозе заболевшего не могла быть в полной мере изучена, поскольку особенность постановки диагноза в психиатрии заключается в том, что его постановка занимает значительное время, требует уточнения и наблюдения за течением болезни, и часто, например, при шизофрении, диагноз может быть выставлен только спустя год после проявления заболевания. Все эти случаи, однако, были связаны с теми или иными проявлениями острого психотического состояния – бреда, галлюцинаций, неадекватного поведения, проявления агрессии и аутоагрессии, инверсии сна, отказа от еды и пр. Такие проявления охватывают целый ряд заболеваний – от биполярно-аффективного расстройства до разных форм шизоаффективных расстройств и шизофрении. Конечно, тяжесть заболевания, его течение, прогностические перспективы способны в значительной мере влиять на состояние ухаживающих родственников, но, на наш взгляд, это является отдельной областью исследования и не нарушает направленности работы на диагностику посттравматического стресса в рамках изучаемого стрессора.

Психообразовательная программа реализовывалась на базе Психиатрической клинической больницы № 14, филиала № 2 – Психоневрологического диспансера № 10 г. Москвы и Психиатрической клинической больницы № 15, филиала № 2 – психоневрологического диспансера № 16. Давность стрессового воздействия, т.е. проявления симптомов тяжелого психического заболевания у совершеннолетнего ребенка и сопутствующих событий, связанных с ним (обращение в медицинские

учреждения психиатрического профиля, госпитализация), составила от 2,5 до 6 месяцев.

В ходе исследования использовались следующие психодиагностические методики:

Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (ШОВТС) (Impact of event scale – revised, IES-R), разработанная Д.С. Мармар и С. Вейс (Marmar, 1996; Weiss, 1995) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2007) направлена на изучение феномена навязчивых переживаний психотравмирующей ситуации (вторжение), феномена избегания любых напоминаний о травме и феномена физиологической возбудимости, которые не наблюдались до психотравмирующего события. Шкала состоит из 22 пунктов, которые распределяются в три субшкалы: «вторжение», «избегание» и «возбудимость». Каждый пункт оценивается следующим образом: «никогда» (0 баллов), «редко» (1 балл), «иногда» (3 балла) или «часто» (5 баллов). В настоящем исследовании применение данной шкалы было направлено на выявление симптомов посттравматического стресса после переживания матерью интенсивного стресса – дебюта тяжелого заболевания ребёнка, и оценку степени их выраженности.

Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List) разработанный Л. Дерогатис (Derogatis, 1990) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2001) направлен на изучение определенных соматических и психологических проблем у обследуемого. Методика содержит шкалы: соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости), интерперсональная чувствительность, депрессия, тревожность, враждебность, навязчивые страхи (фобии), параноидность (паранойяльность), психотизм, общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс личного симптоматического дистресса (PSDI), число утвердительных ответов – число беспокоящих симптомов (PST).

Миссисипская шкала (Keane, Caddell, Taylor, 1988) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, Агарков, Быховец и др., 2007) направлена на изучение выраженности ПТСР; она содержит утверждения, отражающие состояние людей,

переживших травматическую ситуацию. Итоговый балл выше 100 свидетельствует о выраженном влиянии перенесенной травмы на человека.

Методика диагностики уровня личностной зрелости Ю.З. Гильбух (Гильбух, 1994). Тест позволяет изучить 5 основных характеристик личностной зрелости, составляющих его шкалы: мотивацию достижений, отношение к своему «Я», чувство гражданского долга, жизненную установку и способность к психологической близости с другим человеком. Также методика позволяет оценить уровень личностной зрелости респондента в целом.

Шкала CIDS – моделирование психологической дистанции «Измерение дистанции взаимодействия - шкала CIDS» (The comfortable Interpersonal Distance Scale), разработанная М. Duke и S. Nowicki (Т.В. Точилина, 2006), позволяет диагностировать психологическую дистанцию. Респонденту предлагается лист с изображением рисунка, состоящего из 8 радиусов по 5 см, которые исходят из одной точки. Участнику исследования давалась инструкция представить, что это – комната, а он находится в ее центре. Он должен был мысленно остановить входящего человека (в нашем случае – болеющего ребёнка), и отметить на рисунке, на каком расстоянии ему будет комфортно с ним взаимодействовать. При обработке результатов учитывалась отдаленность отметки от центра – малая, средняя и большая дистанция (малая – 0-1,6 см, средняя – от 1,7 до 3,3 и большая – от 3,4 до 5 см).

Цветовой Тест Отношений (ЦТО) Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда (Бажин, Эткинд, 1985). Во время прохождения цветового теста отношений респондентам необходимо было подобрать к каждому члену семьи подходящий цвет из восьми стандартных цветов теста М. Люшера. До и после завершения ассоциативной процедуры, цвета ранжируются участниками исследования в порядке предпочтения, начиная с «самого приятного» и заканчивая «самым некрасивым, неприятным» цветом. Так, если цвет, выбираемый для ребенка, является цветом, стоящим на 1-3 местах при ранжировке относительно привлекательности, делается вывод об эмоционально позитивном отношении, на 4 и 5 месте – нейтральное отношение и с 6 по 8 – негативное отношение. Методика позволяет изучить

непосредственный эмоциональный «отклик» матери в отношении ребенка и выявить один из трёх типов эмоционального отношения – позитивное, нейтральное и негативное.

Статистическими методами обработки данных выступали: критерий ранговой корреляции Спирмена для изучения взаимосвязи между двумя признаками; Т-критерий Уилкоксона для выявления различий в уровне признака двух зависимых выборочных совокупностей; U-критерий Манна-Уитни для оценки различий между двумя независимыми выборками; H-критерий Краскела-Уолиса для сравнения трех или более выборок; критерий ϕ^* -угловое преобразование Фишера для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости эффекта (критерий оценивает достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий эффект). Статистическая обработка данных производилась с помощью компьютерной программы SPSS Statistics 21.0.

Обследование участников исследования проводилось во время прохождения ими психообразовательной программы, состоящей из 10-12 встреч частотой 1-2 раза в неделю продолжительностью 2,5 часа. Психообразовательные занятия проходили в формате лекций и семинаров с возможностью последующего обсуждения пройденного материала. Лекции освещали базовые психиатрические принципы и понятия, включая основные единицы медицинского знания, такие как «симптом», «синдром», «течение болезни», «прогноз» и пр. Благодаря программе матери учились распознавать у близкого человека обострение симптомов, ухудшение состояния, различать проявления болезни, понимать назначения врачей и целесообразность того или иного вида медицинских мероприятий.

Все исследование можно условно разделить на несколько этапов. На первом этапе участники исследования заполняли бланки тестовых методик, после чего с ними проводилось индивидуальное собеседование с целью конкретизации полученных количественных данных качественной информацией. Проективные методики проводились отдельно от опросников. Цветовой тест отношений и методика CIDS – индивидуально, сопровождались уточняющими вопросами.

На втором этапе матери на протяжении 1-1,5 месяцев посещали психообразовательную программу. На данном этапе не проводилось специальных психодиагностических мероприятий, однако наблюдение за участниками группы являлось информативным – оно позволило дополнить и иллюстрировать полученные на первом и третьем этапе данные.

На третьем этапе весь блок тестовых методик был использован снова.

Методической основой психообразовательной программы стали несколько дополняющих друг друга программ, а именно: методическое пособие «Основы психиатрической грамотности» под редакцией В.Г. Ротштейн и М.Н. Богдан (Ротштейн, Богдан, 2010.), книги Л.И. Сальниковой «Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками» (Сальникова, 2002) и И.Я. Гуровича «Оптимизация психиатрической помощи больным шизофренией с длительными госпитализациями: пособие для врачей» (Гурович, 2007).

Обязательным условием всесторонней поддержки родных, впервые столкнувшихся с тяжелым психическим заболеванием в семье, выступает ее непрерывность: с первого обращения в медицинские учреждения, во время прохождения пациентом лечения и после выписки необходимо было придерживаться последовательности плана реабилитационных мероприятий. Раннее начало психообразовательных курсов для родственников является залогом улучшения коммуникации внутри семьи, существующей в особых условиях, и в отношениях в системе близкие родственники – лечащий врач (Бойко, Солоненко, 2015). Такие курсы в условиях стационара или амбулатории рекомендуется проводить 1-2 раза в неделю на протяжении нескольких недель.

Получив основные сведения о болезни, родственники могут периодически посещать поддерживающие групповые занятия, а также самостоятельно создавать группы поддержки, включающие обмен опытом как очно, так и удалённо (например, создание форумов, тематических сайтов).

Психообразование формирует и поддерживает комплаентность пациентов и их родственников, помогает различить симптомы начинающегося ухудшения,

предоставляет навыки совладания с психологическими последствиями возникшего заболевания (Самойлова, Барыльник, 2016). Работа в группе проводится в форме интерактивного обучения, которая помогает пониманию сложных аспектов получаемой информации и проходит с учетом возможности активного взаимодействия членов группы.

Психообразование родственников пациентов направлено на обсуждение вопросов, касающихся проявлений болезни, неадекватного (болезненного) поведения пациента, причин возникновения обострений, лекарственных препаратов, используемых для лечения, в том числе пролонгированных форм, корректоров побочных действий нейролептиков. Кроме того, обсуждаются некоторые аспекты особенностей семейного климата, поведения самих родственников, в семье которых проживает пациент, и вопросы, связанные с неправомерностью полной изоляции пациента от бытовой и социальной активности, созданием «парниковых условий», что способствует формированию явлений амбулаторного госпитализма или, наоборот, «возложением» на пациента повышенной эмоциональной и физической нагрузки, усилением требований к нему. Подчеркивается значение осторожного, поэтапного вовлечения пациента в непривычный для него ритм здоровой жизни после выписки из больницы (Ястребов, Лиманкин, 2017).

Наряду непосредственно с «образованием», в результате которого родные получают необходимую информацию о заболевании с целью своевременного распознавания начинающегося обострения или его отдельных проявлений, совладания с остаточной психопатологической симптоматикой, своевременного обращения к врачу и лучшей комплаентности, работа должна быть направлена на обеспечение психосоциальной поддержки. В этом случае группа родственников является постоянным источником терапевтической среды, в которой они могут в защищенных, эмоционально безопасных условиях выработать адекватные навыки поведения, общения, деятельности в сложных ситуациях (Солохина, Ястребова, 2018).

Психообразовательная работа с родственниками является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи, одной из наиболее часто используемых методик психосоциального вмешательства. Психообразовательные программы ставят перед собой разные задачи, решение которых можно рассматривать как способ целенаправленного воздействия на участников программы в виде оказания им помощи:

1. *Информирование.* Собственно «образование» путём доступного для каждого предоставления информации о природе заболевания; важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросов; распознавании и действиях при ранних признаках обострения.

2. *Принятие болезни* близкого родственника и как следствие выработка у больных и их родственников комплаенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения).

3. *Социальная интеграция.* Обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой родственники, например матери, могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями.

4. *Инициатива в обращении за профессиональной психологической поддержкой.*

Занятия по психообразованию проходили 2 раза в неделю по 2-2,5 часа в течение 1-1,5 месяцев, всего от 10 до 12 занятий, каждое из которых было посвящено определенной тематике.

- Занятие 1. Знакомство.
- Занятие 2. Причины, течение, прогноз психических расстройств.
- Занятие 3. Расстройства настроения, депрессия и мания.
- Занятия 4-5. Галлюцинации, нарушение мышления и бред.
- Занятия 6-7. Фармакотерапия. Соблюдение режима терапии.
- Занятие 8. Неправильное поведение, обусловленное болезнью. Способы раннего распознавания симптомов и контроль над ними.

- Занятие 9. Стигма.
- Занятие 10. Заключительное занятие.

Указанная частота проведения занятий считается наиболее оптимальной в связи с тем, что более редкие сборы не дают ощущения непрерывности групповой работы, достаточного контакта ведущего группы и пациентов, сплоченности группы, появляется «натянутасть» в общении, при этом материал проведенных занятий быстро забывается участниками группы (Сальникова, 2002).

В целом, многие исследователи (Falloon, 1982; Jackson, Birchwood, 1996) подтверждают обоснованность выбора психообразовательного подхода в качестве первичного этапа работы с семьей и пациентом после дебюта психического заболевания. Психообразовательный подход «обладает относительно низкой специфичностью, достаточно универсален, не требует глубокого проникновения в сложные психологические и системные особенности каждой семьи и при этом является «щадящим», не затрагивает глубинные механизмы внутрисемейного взаимодействия» (Гурович, Шмуклер, 2004, с. 26).

Далее результаты эмпирического исследования будут проанализированы в соответствии с выделенными конструктами (переменными), которые были объединены нами в представленной на рис.1 модели:

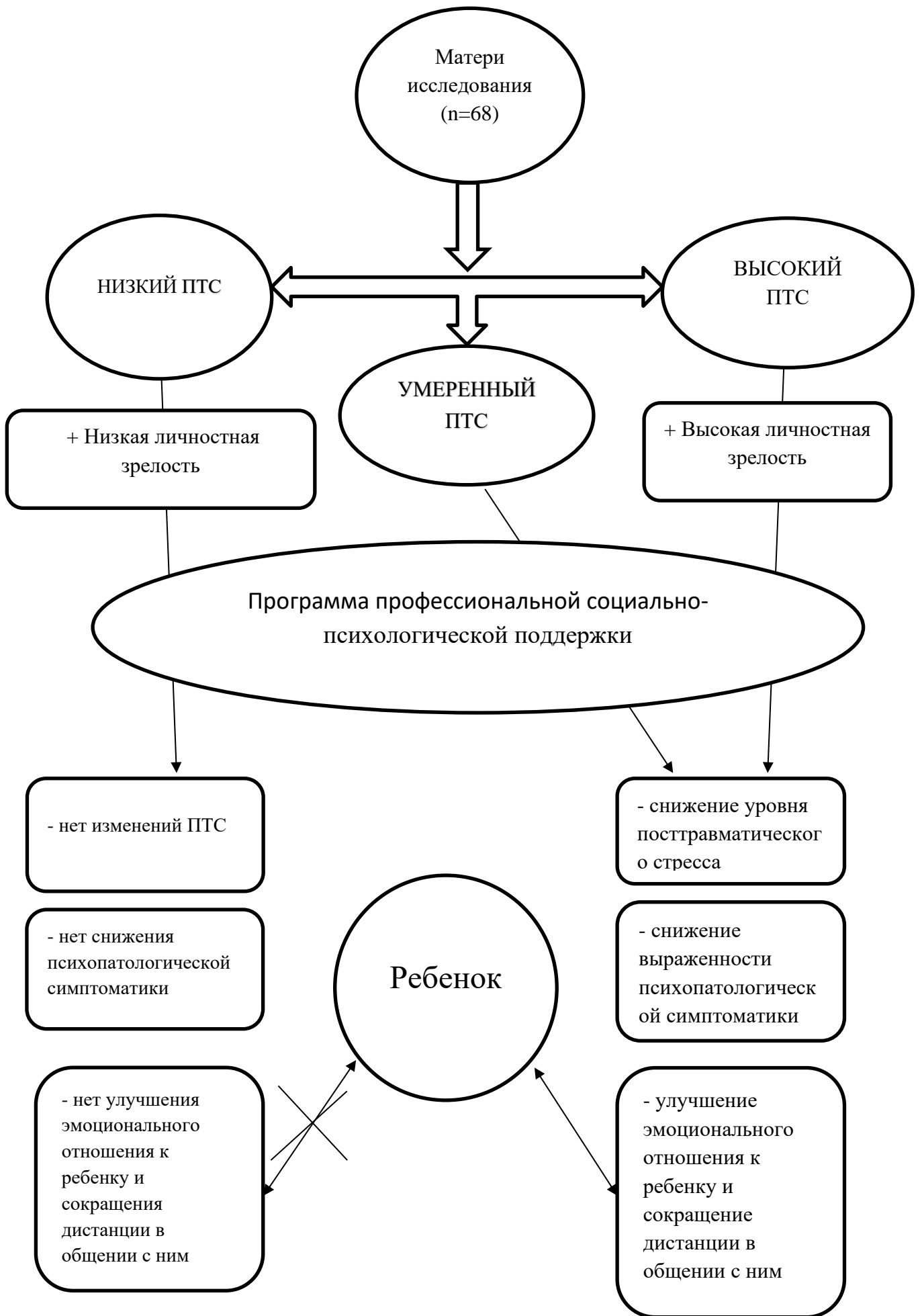


Рис.1 Модель исследования

3.2 Посттравматический стресс матерей как реакция на дебют тяжелого заболевания совершеннолетнего ребенка

Согласно *первой гипотезе* исследования, психологическими последствиями воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребенка» у матерей являются посттравматический стресс (ПТС) различной степени выраженности и сопряженная с ним психопатологическая симптоматика.

В настоящем исследовании оценка посттравматического стресса проводилась с помощью методик Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) и Миссисипская шкала (МШ), которые позволяют идентифицировать наличие ПТС, оценить степень его выраженности. Стрессор – тяжелое заболевание ребенка и его последствия для матери впервые изучаются в контексте исследования посттравматического стресса. В связи с этим возникла необходимость сравнения результатов, полученных в настоящем исследовании, с уже имеющимися данными изучения психологических последствий воздействия на человека других стрессоров. Необходимость в этом была вызвана стремлением обнаружить общие закономерности проявления посттравматического стресса и определить специфику воздействия конкретного стрессора. В группы риска, исследованные ранее, входили люди в разной степени подверженные воздействию тех или иных стрессоров – пожарные, спасатели, ликвидаторы, беженцы. Среди них присутствовали лица с диагностированным посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) (Тарабрина, 2001).

На диаграмме ниже приведены средние значения показателей методики ШОВТС матерей нашего исследования и средние значения данных той же методики, использованной на других выборках. Как видно из диаграммы (рис.2) результаты, полученные в настоящем исследовании, незначительно отличаются от данных выборок спасателей, ликвидаторов, беженцев, сотрудников МВД (представлены средние данные по совокупной выборке респондентов).

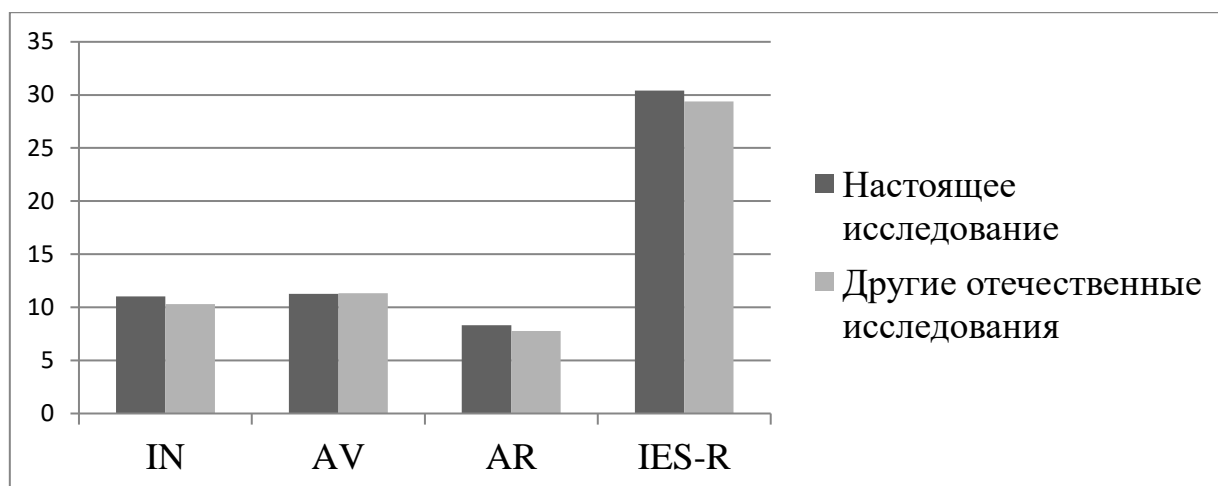


Рис. 2. Средние значения показателей методики ШОВТС, полученные на изучаемой выборке и на выборках других отечественных исследований

Примечание: IN – субшкала «вторжение», AV – субшкала «избегание», AR – субшкала «физиологическая возбудимость», IES-R – интегральная шкала; средние значения других отечественных исследований представлены в работе Тарабриной Н. В. (Тарабрина, 2001).

Сопоставление профиля данных настоящего исследования с ранее полученными данными подтверждает травматичность стрессора *тяжелое заболевание ребенка*. Об этом свидетельствует и его специфика - так, события, сопровождающие начало болезни, во многом соответствуют критериям возникновения именно ПТСР по DSM-IV, включая, например, угрозу смерти, угрозу серьезных повреждений или угрозу собственной физической целостности или целостности других людей. В выборке респондентов, представленных для сравнения, присутствовали лица с диагностированным ПТСР, в то время как в настоящей выборке отсутствовали матери с подтвержденным ПТСР. Вероятно, это связано в большей степени ни с отсутствием реакций ПТСР среди всех матерей, подвергшихся действию такого типа стрессора, а с тем, что само состояние посттравматического стрессового расстройства может препятствовать способности участвовать в лечебно-реабилитационных мероприятиях, касающихся ребёнка. На наш взгляд, матери с ПТСР не были доступны для исследования, поскольку обращение за социально-психологической поддержкой в виде их участия в психообразовательной программе было добровольным, а состояние матерей с ПТСР ограничивало их способности к обращению за этим видом помощи.

По результатам оценки средних значений и стандартных отклонений данных методики ШОВТС и сопоставления их с описанными ранее данными исследований воздействия других стрессоров, уровень интенсивности переживаемого травматического воздействия у матерей близок к данным, полученным на выборках студентов и беженцев вне экстремальных условий (без ПТСР).

Таблица 1. Средние значения и стандартное отклонение данных субшкал ШОВТС в сравнении с данными других исследований (Тарабрина, 2001)

	IN	AV	AR	IES-R
Пожарные	5.76±5.71	7.26±6,73	3.63±3.99	16.64 ±14.75
Спасатели	5.95±3.93	5.09±5.47	3.35±3.63	14.40±11.05
Сотрудники МВД	7.65±6.31	9.26±6.08	5.50±6.18	22.41±17.33
Военнослужащие	8.89±8.03	9.48±7.77	6.40±6.40	24.78 ±20.38
Студенты	10.20 +8.22	12.17 ±8.79	7.23±7.46	29.61±2176
Респонденты исследования	11.0±5.97	11.25±5.26	8.30±6.05	30.4±14.079
Беженцы, «норма»	14.58±10.83	14.94±9.90	11.27±9.87	40.79±28.19
Ликвидаторы, «норма»	14.68±8.96	14.38±9.30	13.33±8.81	42.39±24.94
Беженцы, ПТСР	27.43±6.00	27.43±5.91	22.57±8.06	77.43±14.25
Ликвидаторы, ПТСР	24.33±9.07	20.67±5.03	23.33±2.89	68.33±8.02

Примечание: IN– субшкала «вторжение», AV– субшкала «избегание», AR– субшкала «физиологическая возбудимость», IES-R– общий балл

Поскольку ШОВТС исследует психологические последствия влияния конкретного стрессора, а Миссисипская шкала – состояние в целом на момент исследования, сопоставление данных, полученных этими методиками, позволяет определить, что степень воздействия разных стрессоров и даже последствий влияния нескольких стрессоров на конкретного человека сопоставима с влиянием стрессора «тяжелое заболевание ребенка». При расчёте коэффициента корреляции Спирмена для интегральных показателей по методике ШОВТС и показателей по МШ была выявлена умеренная положительная взаимосвязь на достаточно высоком уровне значимости – $r=0,56$ при $p \leq 0,001$. Согласно полученным данным, можно констатировать наличие прямой связи между оценкой матерями влияния травматического события «тяжелое заболевание ребенка» и общей выраженностью симптомов посттравматического стресса. На наш взгляд это означает, что

последствия воздействия изучаемого в работе травматического события на момент обследования не теряют своей актуальности, они отражаются и сохраняются в обнаруживаемой симптоматике, несмотря на то, что на текущие симптомы влияют и другие факторы, предшествующие травмирующему событию и следующие за ним – изменения внутрисемейных и социальных взаимоотношений, госпитализация, постановка диагноза, взаимодействие матери с врачами и пр.

Разброс показателей по Миссисипской шкале варьирует от 12 до 124 баллов, а значения по всей выборке соответствует нормальному распределению. Значительные различия в выраженности симптомов стресса свидетельствуют, по-видимому, об индивидуальной реакции матерей на произошедшее, что делает целесообразным деление выборки на подгруппы по уровню выраженности ПТС. Сопоставление данных по МШ, позволило разделить выборку на три группы по показателю нижнего (LQ = 28.5) и верхнего (UQ = 86.0) квартилей.

Таблица 2. Средние значения показателей ШОВТС в подгруппах с разным уровнем ПТС

	«низкий ПТС» (n=17)	«умеренный ПТС» (n=30)	«высокий ПТС» (n=21)
IN	8	11.48	13.27
AV	8.67	11.8	12.93
AR	4.33	9.44	10.4
IES-R	20.33	32.92	36.60

Примечание: IN– субшкала «вторжение», AV– субшкала «избегание», AR– субшкала «физиологическая возбудимость», IES-R– общий балл.

Для анализа различий между значениями показателей методики ШОВТС – «вторжение», «избегание» и «возбудимость» у подгрупп с разным уровнем ПТС, применялся непараметрический H-критерий Краскела-Уоллиса (таблица 3) и U-критерий Манна-Уитни для сравнения подгрупп попарно (таблица 4).

Таблица 3. Оценка различий в показателях ШОВТС (H-Критерий Краскела-Уоллиса) в подгруппах матерей с разной выраженностью ПТС

	IN	AV	AR	IES_R
Хи-квадрат	5,243	6,294	9,392	11,531
p-level	0,073	0,043	0,009	0,003

Примечание: IN– субшкала «вторжение», AV– субшкала «избегание», AR– субшкала «физиологическая возбудимость», IES-R– общий балл; статистически значимые различия выделены

Таблица 4. Результаты сравнительного анализа значений интегрального показателя ПТС и шкал ШОВТС в подгруппах с разной выраженностью ПТС

	Низкий ПТС / умеренный ПТС			умеренный ПТС / высокий ПТС			низкий ПТС / высокий ПТС		
	U- критерий Манна-Уитни	p	Me (низкий ПТС)	U- критерий Манна-Уитни	p	Me (сред. ПТС)	U- критерий Манна-Уитни	p	Me (высокий ПТС)
IN	125	0.833	6	152	0.332	13	63.5	0.412	15
AV	111.5	0.333	8	160.5	0.455	12	60.5	0.298	14
AR	89.5	0.005	3	75.5	0.740	9	49.5	0.008	9
IES-R	74.0	0.001	18	147.5	0.267	35	51	0.01	43

Примечание: IN– субшкала «вторжение», AV– субшкала «избегание», AR– субшкала «физиологическая возбудимость», IES-R– интегральный показатель; статистически значимые различия выделены

Наглядно различия представлены в виде графика на диаграмме 3. Значимые различия по интегральному показателю IES-R обнаружены при сравнении подгрупп с низким и умеренным ПТС ($U=74.0$, $p \leq 0,05$), низким и высоким ПТС ($U=51.0$, $p \leq 0,05$). По шкалам «вторжение» и «избегание» значимых различий между подгруппами не обнаружено. Как видно, основные различия между подгруппами по интегральному показателю создаёт шкала «возбудимость», обнаруживая значимые различия в подгруппах с низким и умеренным ($U=89.5$, $p \leq 0,05$), и с низкими и высоким ПТС ($U=49.5$, $p \leq 0,01$).

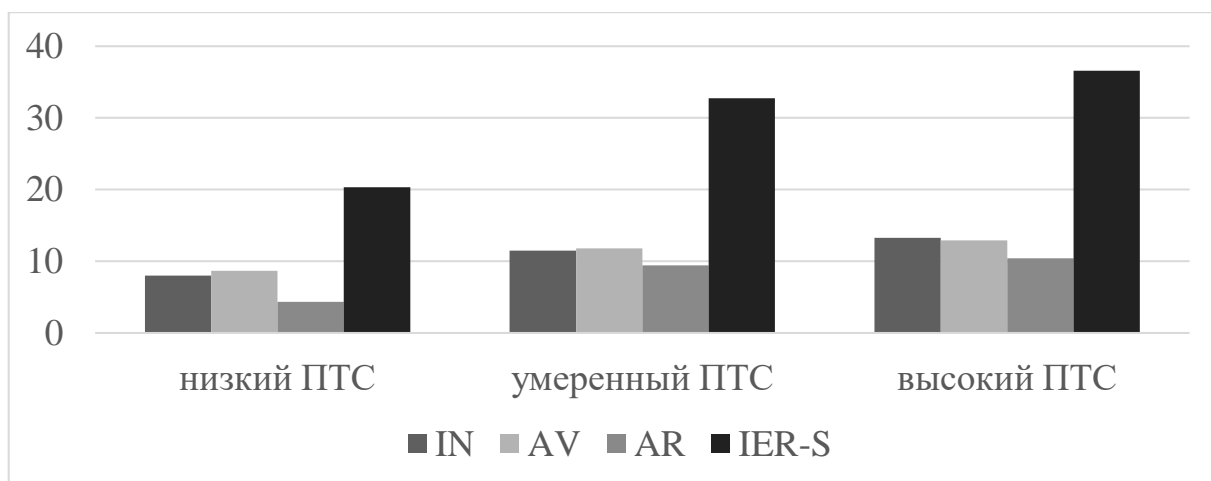


Рис. 3. Соотношение средних значений по показателям ШОВТС

Примечание: IN– субшкала «вторжение», AV– субшкала «избегание», AR– субшкала «физиологическая возбудимость», IES-R– интегральный показатель

Симптомы «возбудимости» характеризуют, насколько конкретная травма тревожит непосредственно сейчас, затрагивая ту область, где психологические защиты не справляются, возвращая к переживанию события и провоцируя навязчивые воспоминания. Симптомы «вторжения» и их значения среди матерей – участников исследования распределены равномерно и отражают общий уровень воздействия стрессора в виде вторгающихся переживаний, воспоминаний, связанных с началом болезни. То есть можно говорить о «работоспособном» уровне этого симптома, когда соотношение вторгающихся воспоминаний нивелируется возрастающими способностями совладания с ними. В этом контексте можно рассматривать и проявление «избегания», высокие показатели которого могут указывать на перенапряжение психологических защит, стремление уменьшить соприкосновение с тревожащими переживаниями. Поэтому умеренное проявление избегания и отсутствие различий по этому показателю в разных подгруппах ПТС свидетельствует об определенном балансе между способностью матери быть включенной в программу психообразования и быть отстраненной от переживания происходящего. Это всё указывает на особенности выборки, которая включает матерей, согласившихся принимать участие в реабилитационных мероприятиях и в исследовании, и, соответственно, обладающих на момент участия достаточной способностью быть включенными в образовательный процесс.

Наряду с исследованием влияния стрессора «тяжелое заболевание ребенка», выявление наличествующих симптомов помогает определить конкретную *психопатологическую картину* изменений при ПТС. Для изучения психопатологического состояния матерей и уточнения сопутствующей симптоматики применялась методика SCL-90-R. В отличие от Миссисипской шкалы и Шкалы оценки влияния травмирующего события, она исследует актуальный, присутствующий на данный момент психологический симптоматический статус обследуемого. В неё включены признаки, которым в литературе даны четкие и ясные определения. Благодаря этому, данные, полученные с её помощью, позволяют дифференцировать психопатологические симптомы. Описывая сходные признаки и симптомы в вышеуказанных методиках, необходимо понимание того, что они изучают различные процессы. Симптоматический опросник SCL-90-R позволяет провести качественную оценку состояния человека, проследить, как и какие симптомы сопутствуют и дополняют сложную картину, которую обнаруживают ШОВТС и МШ.

Целесообразно провести сравнение данных, полученных в настоящем исследовании, с нормативными данными. По результатам диагностики психопатологической симптоматики у матерей с помощью методики SCL-90-R, обнаруживается тенденция к тому, что по большинству показателей средние значения превышают значения нормы и приближаются к показателям людей с клинически диагностированными заболеваниями невротического спектра (депрессии, панические атаки, тревожно-фобические расстройства и др.). Среднестатистические показатели испытуемых, относимых к «норме» и людей с неврозами, были взяты из работы И.Ф. Дьяконова и Б.В. Овчинникова «Психологическая диагностика в практике врача» (Дьяконов, Овчинников, 2008).

На диаграмме (рис. 4) наглядно представлено соотношение среднестатистических показателей по симптоматическим шкалам SCL-90-R у матерей настоящего исследования, а также лиц, относимых к «норме» и пациентов с психическими заболеваниями невротического уровня.

Значения по шкалам депрессии и межличностной сензитивности приближаются к значениям, свойственным людям, страдающим тем или иным невротическим расстройством. Это свидетельствует о том, что опрошенные женщины часто отмечают у себя симптомы снижения настроения, повышенную чувствительность и ранимость в межличностном общении. Проявлениями межличностной сензитивности являются дискомфорт во время общения с другими людьми, самоосуждение. Также для повышенной межличностной сензитивности характерны чувства неадекватности и неполноценности, особенно, при сравнении себя с другими людьми.

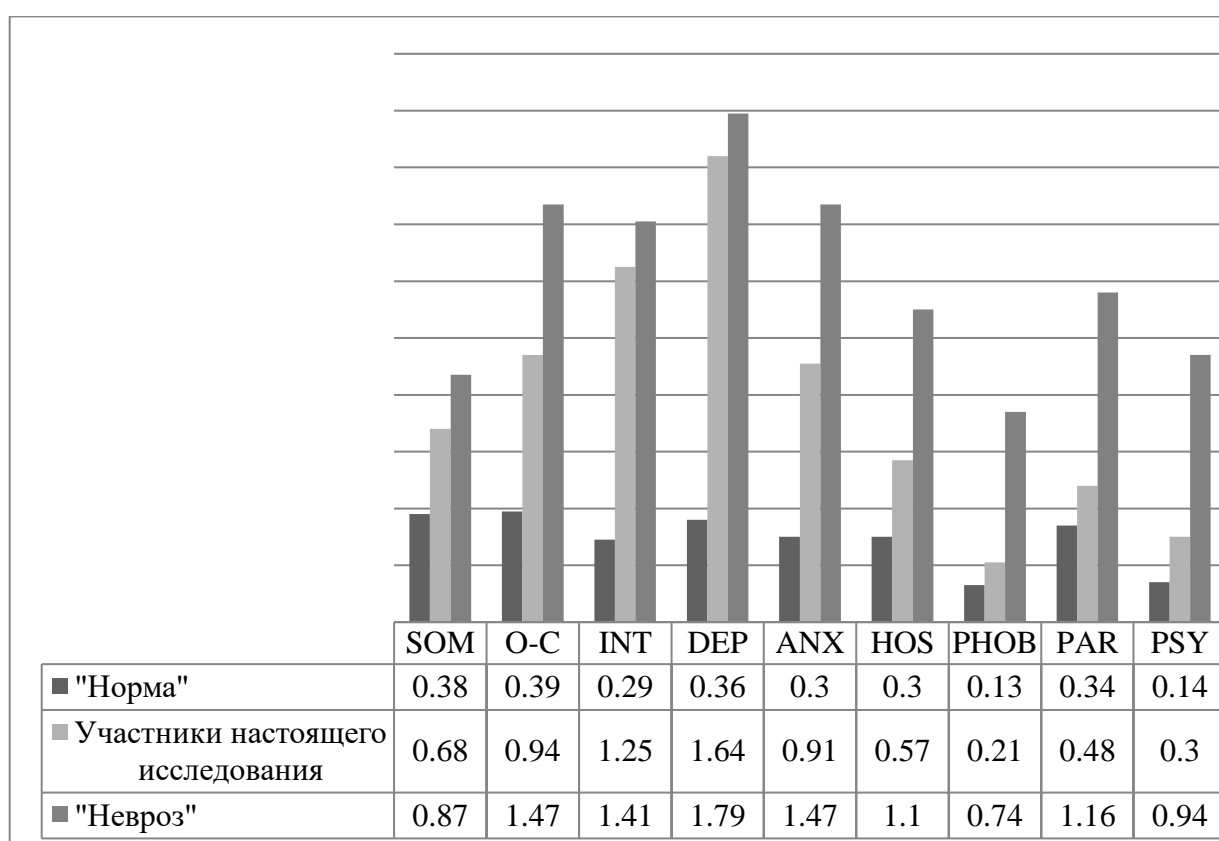


Рис. 4. Средние значения показателей по основным шкалам методики SCL-90-R в норме, у участников настоящего исследования и лиц с диагностированным неврозом

Примечание: SOM – шкала «Соматизация»; O-C – шкала «Обсессивность-компульсивность»; INT – шкала «Межличностная сензитивность»; DEP – шкала «Депрессивность»; ANX – шкала «Тревожность»; HOS – шкала «Враждебность»; PHOB – шкала «Фобическая тревожность»; PAR – шкала «Паранойяльные тенденции»; PSY – шкала «Психотизм». «Невроз» – средние значения по шкалам у психиатрических амбулаторных больных с заболеваниями невротического уровня (Дьяконов, Овчинников, 2008)

Помимо основных шкал методика SCL-90-R позволяет измерить шкалы второго порядка, среди которых наиболее информативным является общий индекс тяжести симптомов (GSI). GSI выступает индикатором текущего состояния, отражающим уровень психического дистресса матери. Так, общий индекс тяжести симптомов (GSI) в выборочной совокупности равняется 0,88 баллам, в то время как средний показатель нормы составляет 0,31. Отметим, что выявленный в исследовании показатель, хотя и имеет тенденцию быть более высоким по отношению к значению нормы, тем не менее, не достигает границы, свойственной психически больным (1,26 балла). Вместе с тем, достаточно высокий уровень GSI матерей, после воздействия стрессора тяжелого заболевания ребенка, указывает на наличие выраженного дистресса, глубоких эмоциональных переживаний, фрустрации и др.

Показатель PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса (среднее значение у респондентов выборки - 2,06 балла) указывает на интенсивность воздействия беспокоящего симптома. Анализ полученного PSDI показывает, что чаще всего опрошенные женщины отмечают умеренное проявление того или иного симптома.

Кроме этого, матери, принявшие участие в исследовании, в среднем отметили около 40 различных психопатологических симптомов ($PST=37,79$), что указывает на разнообразие соматических и эмоциональных реакций у матерей.

Возвращаясь к оценке *различий* в выявленных *подгруппах матерей* с низким, умеренным и высоким уровнем ПТС, можно провести статистический анализ выраженности сопутствующих симптомов, полученных с помощью методики SCL-90-R, сопоставив её средние значения по каждому из симптомов.

Для обнаружения значимых различий применялся расчет статистического критерия Н Краскела-Уоллеса, поскольку сравниваемые выборки являются независимыми и их больше двух.

Таблица 5. Оценка различий по уровню психопатологической симптоматики SCL-90-R (H-критерий Краскела-Уоллеса) между подгруппами респондентов с разной выраженностью ПТС

	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	PST	PDSI
Chi-квадрат	3.015	7.92	3.948	3.166	2.876	10.707	1.949	11.844	17.304	9.108	12.275	5.806
p-level	0.221	0.019	0.139	0.205	0.237	0.005	0.377	0.003	0.001	0.011	0.002	0.055

Примечание: SOM – шкала «Соматизация»; O-C – шкала «Обсессивность-компульсивность»; INT – шкала «Межличностная сензитивность»; DEP – шкала «Депрессивность»; ANX – шкала «Тревожность»; HOS – шкала «Враждебность»; PHOB – шкала «Фобическая тревожность»; PAR – шкала «Паранойяльные тенденции»; PSY – шкала «Психотизм»; GSI – общий индекс тяжести симптомов; PST – общее число утвердительных ответов; PDSI – индекс наличного симптоматического дистресса; статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

По результатам сравнения психопатологической симптоматики в подгруппах с разной выраженностью ПТС выявлены значимые различия по уровню обсессивности-компульсивности (O-C), враждебности (HOS), паранойяльности (PAR) и психотизма (PSY). Также значимы различия по общему индексу тяжести симптомов (GSI) и общему числу утвердительных ответов (PST). Соотношение различий в подгруппах с разной выраженностью ПТС наглядно представлено на диаграмме (рис. 5).

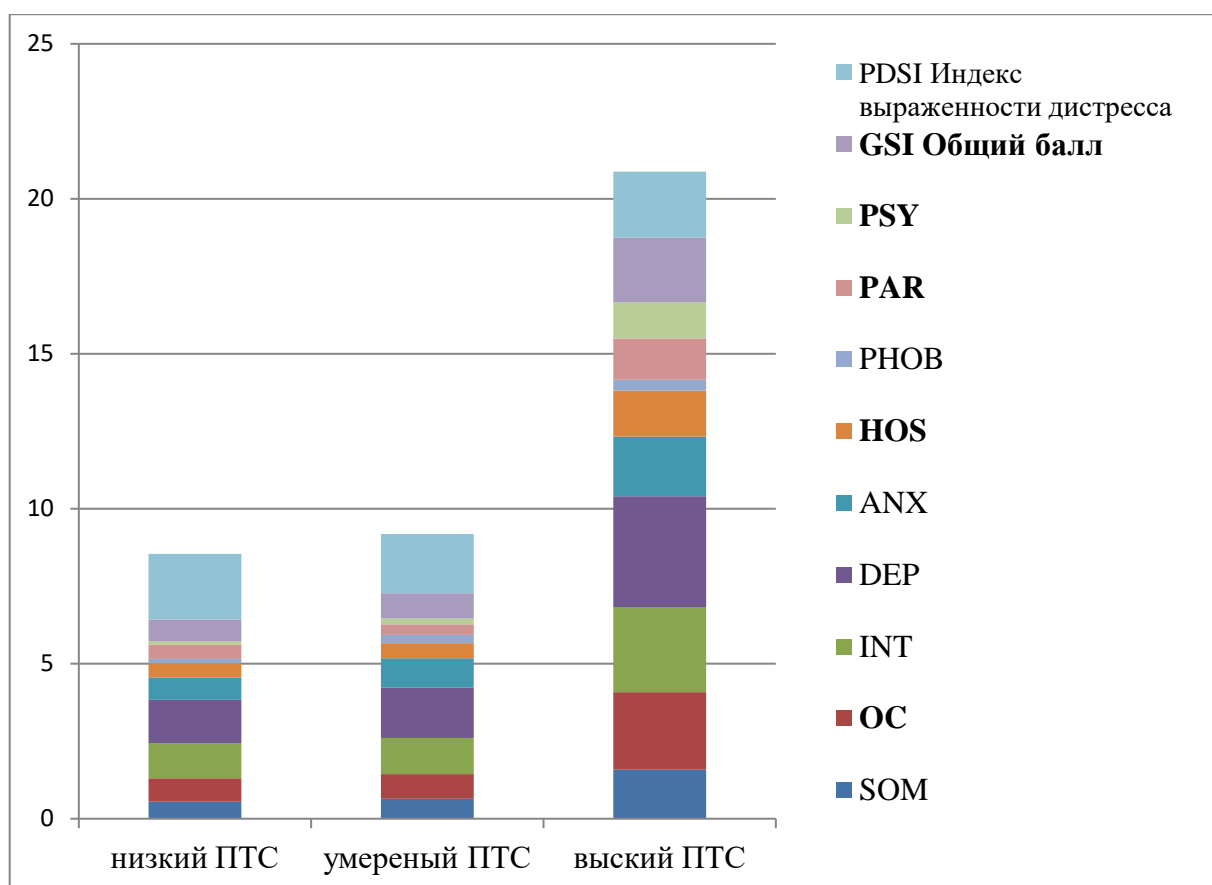


Рис. 5. Выраженность психопатологической симптоматики в подгруппах с разным уровнем ПТС по SCL-90-R

Примечание: SOM – шкала «Соматизация»; O-C – шкала «Обсессивность-компульсивность»; INT – шкала «Межличностная сензитивность»; DEP – шкала «Депрессивность»; ANX – шкала «Тревожность»; HOS – шкала «Враждебность»; PHOB – шкала «Фобическая тревожность»; PAR – шкала «Паранойяльные тенденции»; PSY – шкала «Психотизм»; GSI – общий индекс тяжести симптомов; PST – общее число утвердительных ответов; PDSI – индекс наличного симптоматического дистресса; статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Для уточнения значимых различий между подгруппами с низким, умеренным и высоким уровнем ПТС применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни, позволяющий попарно сравнивать отдельные подгруппы. Данные представлены в таблице 6.

Таблица 6. Сравнение психопатологической симптоматики по SCL-90-R в подгруппах с разным уровнем выраженности ПТС

	низкий ПТС / умеренный ПТС			умеренный ПТС / высокий ПТС			низкий ПТС / высокий ПТС		
	U-критерий Манна-Уитни	Me (низкий ПТС)	p	U-критерий Манна-Уитни	Me (умеренный ПТС)	p	U-критерий Манна-Уитни	Me (высокий ПТС)	p
SOM	238.5	0.42	0.714	242.5	0.46	0.164	124	0.67	0.114
O-C	251.0	0.6	0.929	187.5	0.7	0.014	95.0	1.1	0.014
INT	240.5	1	0.747	247.5	1.315	0.195	103.5	1.44	0.026
DEP	232.0	1.62	0.610	249.0	1.5	0.206	118.0	1.85	0.078
ANX	216.5	0.8	0.392	268.0	0.75	0.367	118.5	1.1	0.078
HOS	246.5	0.5	0.849	158.0	0.33	0.002	93.0	0.67	0.011
PHOB	199.0	0.14	0.198	268.5	0.14	0.357	161.5	0.14	0.622
PAR	177.5	0.33	0.79	145.5	0.17	0.001	121.5	0.5	0.095
PSY	214.5	0	0.337	136.5	0.15	0.001	59.0	0.3	0.001
GSI	219.5	0.8	0.432	207.5	0.77	0.040	71.5	1.01	0.001
PST	197.0	31	0.198	203.5	40	0.032	52.5	44	0.001
PDSI	254.5	1.8	0.991	198.5	1.815	0.025	114.0	2.06	0.050

Примечание: SOM – шкала «Соматизация»; O-C – шкала «Обсессивность-компульсивность»; INT – шкала «Межличностная сензитивность»; DEP – шкала «Депрессивность»; ANX – шкала «Тревожность»; HOS – шкала «Враждебность»; PHOB – шкала «Фобическая тревожность»; PAR – шкала «Паранойяльные тенденции»; PSY – шкала «Психотизм»; GSI – общий индекс тяжести симптомов; PST – общее число утвердительных ответов; PDSI – индекс наличного симптоматического дистресса; статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Как видно из таблицы 6, различия обнаруживаются между подгруппами с низким и высоким ПТС для симптомов обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, враждебность и психотизм. У этих подгрупп различаются общий индекс тяжести симптомов (GSI), общее число утвердительных ответов и индекс наличного симптоматического дистресса (PDIS).

Значимые различия, также, обнаруживаются между подгруппами с умеренным ПТС и высоким ПТС для симптомов обсессивность-компульсивность, враждебность, психотизм, паранойяльность, общий индекс тяжести симптомов, общее число утвердительных ответов и индекс наличного симптоматического дистресса. Между подгруппами «низкий ПТС» и «умеренный ПТС» значимых различий не выявлено ни по одной из шкал SCL-90-R.

Таким образом, матерей с «высоким ПТС» (31%) отличает более выраженные симптомы обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, враждебности и психотизма. Сочетание этих симптомов сравнимо с «поведенческой тетрадой» стандартизированного многофакторного метода исследования личности – СМИЛ (Собчик, 2002), которая состоит из сочетания шкал паранойяльности, шизоидности, психопатии и гипомании. На наш взгляд такое совпадение является «отражением» экстраординарных поведенческих реакций ребенка, необычных переживаний в рамках тяжелого заболевания и незавершившегося процесса интеграции семьи и матери, в частности, в психиатрическую систему лечебно-реабилитационных мероприятий. Так, состояние матери характеризуется уходом от широкого круга контактов (межличностная сензитивность по SCL-90-R или шизоидность по СМИЛ), физиологическим возбуждением (враждебность по SCL-90-R и гипервозбудимость по ШОВТС или психопатия по СМИЛ), повышенной подозрительностью, бдительностью (межличностная сензитивность по SCL-90-R, симптомы гипервозбудимости ШОВТС и паранойяльность по СМИЛ). Отсутствие близких по качеству совпадений со шкалой СМИЛ «гипомания» оправдано и очевидно указывает на преобладание пониженного настроения в связи со сложившейся ситуацией вокруг дебюта психической болезни ребёнка.

Подводя итог анализа результатов, можно констатировать, что у матерей был выявлен посттравматический стресс, варьировавшийся от низкой степени выраженности до высокой. Уровень посттравматического стресса после переживания стрессора тяжелое заболевание ребенка, при сравнении с результатами других отечественных исследований, был близок к результатам,

полученным при исследовании ПТС на выборке спасателей и сотрудников МВД (без ПТСР) (таблица 1). На первом плане у большинства матерей (75%) проявлялись симптомы физиологической возбудимости.

Выявлено значительное относительно нормы повышение депрессивности, межличностной сензитивности и обсессивности-компульсивности; остальные симптомы, исследуемые SCL-90-R, также превышают значения, полученные при сравнении с данными выборки, относящейся к норме (рис. 5).

Наиболее благоприятное психическое состояние отмечается у женщин первой подгруппы – «*низкий ПТС*» (рис. 3, 5). У этих матерей наименьшая выраженность психопатологических симптомов, влияние рассматриваемого стрессора также самое низкое. Такие женщины в меньшей степени переживают произошедшее и не демонстрируют в исследовании выраженных признаков ПТС. Реакция на пережитое событие у них наиболее спокойная, профили симптомов «сглаженные».

Психотравмирующее влияние стрессора «тяжелое заболевание ребенка» сильнее проявилось у женщин второй подгруппы – «*умеренный ПТС*». У этих матерей психопатологические симптомы по методике SCL-90-R и признаки ПТСР по Миссисипской шкале выражены умеренно относительно матерей, вошедших в состав третьей подгруппы. Несмотря на отсутствие значимых различий с первой подгруппой, матери второй подгруппы чаще отмечали, что чувствуют потребность в перепроверке собственных действий, ощущали невозможность отвлечься и избавиться от беспокоящих мыслей (обсессивность-компульсивность), раздражительность, чувство недоверия к окружающим и происходящему в целом, озлобленность (враждебность), подозрительность и дезорганизацию.

Третья подгруппа – «*высокий ПТС*». По большинству рассматриваемых признаков у таких женщин наиболее высокие показатели. Это свидетельствует о том, что психическое состояние матерей данного типа наиболее тяжелое, психопатологические симптомы – выраженные, признаки ПТС – интенсивные. Так, эти женщины жалуются на присутствие навязчивых иррациональных мыслей, вызывающих сильную тревогу, снизить которую призваны определенные

действия. Они отмечают, что периодически у них возникает потребность проверять и перепроверять то, что они делают; выполнять работу медленно, чтобы не допустить ошибки; им трудно принимать решение, сосредоточиться; хорошо выспаться. Все эти и похожие симптомы беспокоят женщин данной подгруппы больше всего; средние значения показателя по шкале «Обсессивно-компульсивные симптомы» у подгруппы 3 находится ближе всего к показателю людей с психиатрическим диагнозом (1,31 – средний балл у респондентов в настоящем исследовании и 1,41 – средний балл у амбулаторных психиатрических больных).

Уровень обсессивности-компульсивности, раздражительности, тревоги, враждебности, психотизма также значимо выше у матерей подгруппы «высокий ПТС». Данные симптомы сочетаются со значимым усилением симптомов физиологической возбудимости, выявленным с помощью методики ШОВТС. Такое сочетание симптомов, на наш взгляд, является специфичным по отношению к пережитому стрессору – «тяжелое заболевание ребенка» и отражает определённую степень поведенческой неустойчивости, выражающейся в ощущении утраты привычных стереотипов, несостоятельности прежних паттернов поведения и эмоционального реагирования, высокой степени напряжения, малопродуктивной поисковой активности, разочаровании и состоянии, близком к психическому расстройству. У этих матерей самый высокий индекс тяжести проявления психопатологических признаков и наибольшее число беспокоящих симптомов.

Несмотря на то, что в подгруппах с разной степенью выраженности ПТС уровень депрессивности не обнаруживал различий, его среднее значение по всей выборке и, соответственно, в подгруппах значительно превышало нормативные значения и приближалось к уровню, обнаруживаемому среди лиц с диагностированным неврозом (рис. 4). Это означает, что чувство апатии, глубокой грусти присуще практически всем участницам исследования. Они указывали, что потеряли интерес к жизни, ощущают упадок сил, их иногда посещали мысли о самоубийстве, мучило сильное чувство вины, преобладало подавленное настроение, ощущение одиночества и беспомощности. А. Грин указывает, что

депрессивное состояние человека, которое характеризуется глубокой печалью и ненавистью, базируется на «белой» тревоге, суть которой заключается в переживании утраты на нарциссическом уровне (Грин, 2007). Признаки депрессивности сопровождаются нарциссической травмой, вследствие чего переживаются наиболее глубоко, т.к. касаются и тревоги за болеющего ребенка, и комплекса чувств неполноценности, неудовлетворенности на личностном уровне. Эти матери могут переживать сложившуюся ситуацию как собственную родительскую несостоятельность.

3.3 Соотношение личностной зрелости и её компонентов со степенью проявления психопатологической симптоматики и уровнем посттравматического стресса

Личностная зрелость матери является системным образованием и, как психологический феномен, занимает особое место в представленном исследовании. Нами была выдвинута *вторая гипотеза* о том, что при высоком уровне личностной зрелости признаки посттравматического стресса и психопатологической симптоматики выражены незначительно; низкий уровень личностной зрелости связан с более интенсивным посттравматическим стрессом и сопутствующей ему симптоматикой. В связи с этим, необходимо рассмотреть, как связаны между собой эти признаки, а также выявить сопряженность уровней проявления ПТС с отдельными компонентами личностной зрелости.

Согласно тесту Гильбуха, личностная зрелость матерей характеризуется четырьмя уровнями: неудовлетворительным, удовлетворительным, высоким и весьма высоким. Оценкой личностной зрелости служит алгебраическая сумма баллов, набранная по всем 33 вопросам теста. На основе теоретических соображений и данных эмпирического исследования установлены уровневые оценки личностной зрелости и её компонентов. Распределение оценочных баллов и их значение для каждой шкалы представлены в таблице 7.

Таблица 7. Оценочные баллы субшкал теста личностной зрелости Ю.З. Гильбуха и их значение

Компоненты личностной зрелости	Неудовлетворительный уровень	Удовлетворительный уровень	Высокий уровень	Весьма высокий уровень
Мотивация достижений	<7	7 – 14	15 – 23	24 – 33
Отношение к своему «Я» («Я» - концепция)	<20	20 – 29	30 – 41	42 – 54
Чувство гражданского долга	<4	4 – 6	7 – 11	12– 18
Жизненная установка	<11	11 – 18	19 – 26	27 – 36
Способность к психологической близости с другим человеком	<7	7 – 9	10 – 14	15 – 21
Интегральный показатель уровня личностной зрелости	<25	25 – 49	50 – 74	75 – 99

Средние значения данных по тесту личностной зрелости среди матерей, участвовавших в исследовании (n=68) обнаружили удовлетворительный уровень мотивации достижения (13,98), неудовлетворительный уровень отношения к своему «я» (16,12), высокий уровень чувства гражданского долга (7,39), удовлетворительный уровень жизненной установки (13,02) и способности к психологической близости с другими людьми (9,8). Интегральный показатель уровня личностной зрелости – 45,82, т.е. удовлетворительный уровень в целом по выборке.

Индивидуальные результаты, согласно итоговому показателю уровня личностной зрелости, распределились среди матерей, участвовавших в исследовании, следующим образом: весьма высокий уровень личностной зрелости показали 20,59% матерей (n=14), высокий – 29,41% матерей (n=20), удовлетворительный был выявлен у 17,65% респондентов (n=12) и неудовлетворительный обнаружен у 32,35% матерей (n=22).

Соответственно выдвинутой гипотезе о том, что при высоком уровне личностной зрелости признаки посттравматического стресса и психопатологической симптоматики выражены незначительно; низкий уровень

личностной зрелости связан с более интенсивным посттравматическим стрессом и сопутствующей ему симптоматикой, целесообразно провести статистический анализ и сравнить уровень личностной зрелости и её компонентов у матерей с разным уровнем ПТС. Для обнаружения различий по интегральному показателю личностной зрелости и её компонентов между подгруппами матерей с разным уровнем ПТС, был использован Н-критерий Краскела-Уоллиса, результаты представлены в таблице 8.

Таблица 8. Оценка различий значений компонентов личностной зрелости между подгруппами матерей с разной выраженностью ПТС

Названия шкал теста личностной зрелости Гильбуха	Подгруппы матерей (указаны медианы значений каждой из подгрупп)			Н-критерий	
	Низкий ПТС	Умеренный ПТС	Высокий ПТС	$H_{эмп}$	p
Мотивация достижений	5	20	11	5.93	0.052
Отношение к собственному Я	7	19,5	11	5.19	0.074
Чувство гражданского долга	4	6	7	7.77	0.02
Жизненная установка	9	12	15	2.66	0.264
Способность к психологической близости	4	12,5	10	5.31	0.07
Интегральный показатель уровня личностной зрелости	24	52	52	4.50	0.105

Примечание: статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Как видно, в подгруппах матерей с разным уровнем ПТС значимых различий по интегральному показателю личностной зрелости не выявлено. Значимые различия обнаруживаются по одному из параметров личностной зрелости – «чувство гражданского долга».

Непараметрический U-критерий Манна-Уитни позволяет произвести более точную оценку различий при попарном сравнении отдельных подгрупп.

Таблица 9. Оценка различий значений компонентов личностной зрелости между подгруппами матерей с разной выраженностью ПТС

	низкий ПТС / умеренный ПТС			умеренный ПТС / высокий ПТС			низкий ПТС / высокий ПТС		
	U- крит. Манна- Уитни	p	Me (низ. ПТС)	U- критерий Манна- Уитни	p	Me (умерен. ПТС)	U- критерий Манна- Уитни	p	Me (выс. ПТС)
Мотивация достижений	151.00	0.021	5	250.00	0.212	20	131.50	0.170	11.5
Я-концепция	158.00	0.031	7	280.50	0.509	19.5	120.00	0.089	11
Чувство гражданского долга	136.00	0.008	4	294.50	0.693	6	102.50	0.024	7
Жизненная установка	167.50	0.052	9	308.50	0.901	12	152.00	0.450	15
Способность к психологической близости с другим	143.50	0.013	4	280.50	0.507	12.5	138.50	0.243	10
Интегральный показатель уровня личностной зрелости	173.00	0.069	24	277.50	0.472	52	116.50	0.068	52

Примечание: статистически значимые различия выделены полужирным шрифтом

Из таблицы 9 видно, что компоненты личностной зрелости «мотивация достижений», «Я-концепция», «чувство гражданского долга» и «способность к психологической близости с другими» имеют значимые различия в подгруппах с низким и умеренным уровнем ПТС, а «чувство гражданского долга» значимо различается ещё и в подгруппах с низким и высоким уровнем ПТС. Интегральный показатель уровня личностной зрелости имеет высокие значения в подгруппах с высоким и умеренным ПТС и низкие значения в подгруппе матерей с низким ПТС.

Учитывая тот факт, что стрессор, рассматриваемый в настоящей работе, носит специфический характер и различия могут обнаруживаться в проявлениях отдельных симптомов, необходимо рассмотреть, какие связи имеют параметры личностной зрелости с симптомами ПТС, исследуемыми с помощью отдельных методик (МШ, ШОВТС).

Для выявления связи параметров личностной зрелости с симптомами посттравматического стресса был проведен корреляционный анализ Спирмена между шкалами теста личностной зрелости Гильбуха и шкалами методик ШОВТС и Миссисипской шкалы, результаты которого представлены в таблице 10.

Таблица 10. Результаты корреляционного анализа шкал теста Гильбуха и ШОВТС, Миссисипской шкалы ДО проведения курсов

Шкалы ШОВТС		Шкалы теста личностной зрелости Гильбуха					
		1	2	3	4	5	6
Вторжение	r	0,154	-0,037	0,057	0,093	0,060	0,13
	p	0,263	0,791	0,679	0,499	0,664	0,345
Избегание	r	0,141	-0,064	0,034	0,059	-0,024	0,009
	p	0,306	0,651	0,803	0,671	0,865	0,947
Возбудимость	r	0,217	0,211	0,403	0,304	0,050	0,287
	p	0,111	0,122	0,002	0,024	0,717	0,034
Интегральный показатель ШОВТС	r	0,189	0,063	0,208	0,187	0,046	0,185
	p	0,167	0,646	0,127	0,172	0,738	0,177
МШ	r	0,153	0,235	0,311	0,169	0,132	0,299
	p	0,213	0,05	0,01	0,169	0,283	0,013

Примечание: шкалы опросника Гильбуха: 1 – Мотивация достижений; 2 – Отношение к «Я»; 3 – Чувство гражданского долга; 4 – Жизненная установка; 5 – Способность к психологической близости с другими; 6 – Интегральный показатель уровня личностной зрелости; статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Значимые корреляции были выявлены между шкалами теста Гильбуха «чувство гражданского долга», «жизненная установка» и интегральный показатель личностной зрелости по шкале ШОВТС «возбудимость». Выявленные корреляции положительные, что означает прямую связь между указанными компонентами. Так же были выявлены связи показателей «отношение к Я», «чувство гражданского долга» и интегрального показателя личностной зрелости и выраженности ПТС по Миссисипской шкале. Эти корреляции так же положительные, следовательно,

матери, перенесшие острое начало тяжелого заболевания ребенка, имея более высокий уровень самопринятия, самоуважения, высокое чувство гражданского долга и высокий уровень личностной зрелости в целом имеют более высокий показатель посттравматических стрессовых реакций. Можно предположить, что личностно зрелые женщины субъективно оценивают последствия переживания стресса более дифференцированно и подробно - они отмечают у себя большее, по сравнению с матерями с низким уровнем личностной зрелости, количество симптомов, обнаруживая тем самым, по всей вероятности, внимательное отношение к переживаемому событию и собственному состоянию, проявляют наибольшую критичность в оценке случившегося и его последствий.

Положительные корреляции показателя ШОВТС «возбудимость» с компонентами методики оценки личностной зрелости «чувство гражданского долга», «мотивация достижений» и общим уровнем личностной зрелости могут свидетельствовать о повышенной восприимчивости и косвенно подтверждают обнаруживаемые корреляции, выявленные по МШ. Возбудимость является предпосылкой к снижению порога чувствительности к внешним и внутренним раздражителям, поэтому у матерей с высокой возбудимостью могут присутствовать острота и повышенное внимание к своему психическому состоянию. Личностная зрелость в этом случае выступает как триггер проявления чувствительности в оценке собственного состояния, а компоненты «чувство гражданского долга» и «мотивация достижений» указывают на социальную значимость и стремление матери к преодолению сложившейся ситуации. На наш взгляд, именно эти компоненты личностной зрелости могут внести значительный вклад в способность матери участвовать в социально-психологических реабилитационных мероприятиях, таких как психообразование, поскольку они оба имеют отношение к пониманию и сравнению своего состояния, мотивов, целей, установок и пр. с другими людьми.

Для выявления связи психопатологической симптоматики, изучаемой с помощью SCL-90-R, с компонентами личностной зрелости был проведен

корреляционный анализ методом Спирмена, результаты которого представлены в таблице 11.

Таблица 11. Результаты корреляционного анализа шкал теста Гильбуха и SCL-90-R

Шкалы SCL-90-R		Шкалы теста Гильбуха					
		1	2	3	4	5	6
Соматизации	r	-0,169	-0,136	0,128	0,257	-0,186	0,090
	p	0,168	0,267	0,298	0,034	0,129	0,466
Обсессивности-компульсивности	r	-0,218	-0,349	-0,068	-0,020	-0,252	-0,048
	p	0,074	0,004	0,584	0,871	0,038	0,698
Межличностной сензитивности	r	-0,374	-0,357	-0,066	-0,036	-0,217	-0,034
	p	0,002	0,003	0,593	0,772	0,076	0,782
Депрессии	r	-0,327	-0,370	-0,143	0,037	-0,336	-0,137
	p	0,007	0,002	0,244	0,762	0,005	0,264
Тревожности	r	-0,025	-0,276	-0,070	0,046	-0,249	-0,062
	p	0,838	0,023	0,568	0,712	0,041	0,618
Враждебности	r	-0,207	-0,211	0,041	0,110	-0,270	0,053
	p	0,091	0,084	0,741	0,373	0,026	0,670
Фобической тревожности	r	0,013	-0,137	-0,140	0,063	-0,174	-0,224
	p	0,914	0,264	0,254	0,610	0,156	0,066
Паранойяльности	r	-0,224	-0,174	0,070	-0,137	-0,204	-0,020
	p	0,066	0,157	0,568	0,264	0,095	0,870
Психотизма	r	-0,215	-0,239	0,037	-0,002	-0,136	-0,007
	p	0,078	0,049*	0,767	0,987	0,268	0,954
GSI	r	-0,280	-0,355	-0,041	0,062	-0,261	-0,036
	p	0,021	0,003	0,741	0,614	0,032	0,768
PST	r	-0,279	-0,324	0,033	0,146	-0,320	-0,032
	p	0,021	0,007	0,788	0,235	0,008	0,796
PDSI	r	-0,233	-0,327	-0,121	-0,139	-0,156	-0,072
	p	0,056	0,006	0,326	0,257	0,203	0,561

Примечание: шкалы опросника Гильбуха: 1 – Мотивация достижений; 2 – Отношение к «Я»; 3 – Чувство гражданского долга; 4 – Жизненная установка; 5 – Способность к психологической близости с другими; 6 – Личностная зрелость; статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Большое количество связей с психопатологическими симптомами было установлено для трех параметров личностной зрелости: *мотивации достижений* (4 корреляции), *отношения к «Я»* (8 корреляций), *способности к психологической близости с другими людьми* (6 корреляций). По одной корреляции выявлено между *интегральным показателем личностной зрелости, жизненной установкой*. Выявленные корреляции, за исключением жизненной установки с соматизацией, отрицательные.

Таким образом, чем выше стремление к успеху, к положительному результату у матерей, перенесших начало тяжелого заболевания ребенка, тем меньше они осуждают и критикуют себя при сравнении с другими людьми, меньше проявляется чувство неполноценности, стыда при социальном взаимодействии; они реже испытывают грусть, апатию, астению, депрессивное настроение, необоснованную тревогу; тем меньше им свойственна подозрительность в отношении с окружающими людьми, напряженность в общении с собеседником, чувство, что их пытаются обмануть.

В силу того, что *мотивация достижения* обратно пропорционально связана с общей тяжестью симптомов (GSI) и общим количеством отмечаемых симптомов (PST) (таблица 11), ее можно рассматривать как важный ресурс, который может использоваться для совладания с фрустрирующей ситуацией болезни совершеннолетнего ребенка.

Матери, которые стремятся достичь успеха, нацелены на результат, более успешны в социальном взаимодействии, т.к. они реже испытывают чувство неполноценности из-за того, что в их семье появился ребенок с тяжелым заболеванием, касающимся психического здоровья, менее напряжены в общении с другими людьми. Эти матери реже отмечают присутствие депрессивной симптоматики, основанной на пессимистичном видении мира, ощущении тоски, печали, безвыходности ситуации. Напротив, мотивация достижения ориентирует этих женщин к активным действиям по улучшению состояния их ребенка, достижению максимально возможных положительных результатов.

Наибольшее количество взаимосвязей с психопатологическими симптомами было выявлено у такого параметра личностной зрелости, как *отношение к своему «Я»* (таблица 11). Все корреляции отрицательные. Таким образом, чем позитивнее относятся матери к себе, тем меньше проявление навязчивых тревожных мыслей и сопутствующих им действий; тем меньше они испытывают чувство несостоятельности и неполноценности при общении с другими людьми; тем слабее выражены депрессивные симптомы, а также проявления тревожности, страхов, эмоциональной напряженности. Кроме этого, положительное отношение к

собственному «Я» согласовано с низкими показателями тяжести симптомов (GSI), их интенсивности (PSDI), а также общего количества симптомов (PST).

Если проявление мотивации достижения было связано преимущественно с симптоматикой, касающейся социального взаимодействия, то *отношение к «Я»* связано, как правило, с симптоматикой психоэмоционального характера. Матери с позитивной самооценкой чувствуют меньше дискомфорта относительно присутствия в их семье ребенка с психическим заболеванием; общаясь с другими людьми, они менее тревожны и депрессивны и реже подвержены влиянию обсессивно-компульсивной симптоматики. Внимание и понимание собственного «Я» у этих женщин позволяет им отделять фрустрирующую ситуацию от самих себя, создает условия для осознания, что произошедшее не уязвляет их личного достоинства, не характеризует их как плохих матерей. Женщины с сильным позитивным образом «Я» более собраны, на эмоциональном уровне они более эффективны для совладания со стрессом и для своевременного, оптимального реагирования на ситуации, требующие оказания помощи и поддержки заболевшего ребенка.

Способность к психологической близости с другими людьми связана с обсессивно-компульсивными симптомами, признаками депрессии, тревожности и враждебности по принципу обратной связи. Она также согласована с низкими показателями тяжести (GSI) и общим количеством отмечаемых симптомов (PST) (таблица 11). Следовательно, чем больше матери способны устанавливать доверительные и близкие отношения с окружающими людьми, тем меньше им свойственны навязчивые мысли и сопровождающие их действия; переживание грусти, тоски, печали, апатии, отсутствие интереса к жизни; тревога, волнение, беспокойство, психическое напряжение, ожидание плохих новостей, событий; раздражительность, гнев, агрессия по отношению к окружающим людям. В целом, умение устанавливать здоровую привязанность и доверительные отношения согласовано с эмоциональной стабильностью, способностью совладать с чувствами тревоги, депрессии, враждебности.

Проведенный нами анализ показывает, что компоненты личностной зрелости – *мотивация достижений, отношение к «Я» и способность к психологической близости с другими людьми* можно рассматривать в качестве важных личностных ресурсов, которые связаны с низкими показателями многих психопатологических симптомов эмоционального и социального спектра. Отдельно отметим, что все эти характеристики согласованы с низкой выраженностью депрессивности. Во время проявления у ребенка тяжелого заболевания присутствие матери, её положительный настрой, адекватная психологическая поддержка является незаменимой.

Интересно, что согласно данным методики SCL-90-R, отдельные параметры личностной зрелости (включая отношение к «Я»), отрицательно коррелируют с общим индексом тяжести симптомов, а также отдельными психопатологическими симптомами (таблица 5), а по методике ШОВТС и МШ значимые корреляции положительные. Вместе с тем, в полученных данных нет противоречия, и разнообразие результатов объясняется особенностями психодиагностического инструментария, а также индивидуальными результатами респондентов. Так, женщины с позитивным самоотношением (как параметром личностной зрелости) реже обнаруживают депрессивность (таблица 11), однако чаще отмечают у себя признаки ПТС (таблица 10).

Согласно литературным данным, выводы о наличии ПТСР делаются в тех случаях, когда респондент набирает 112 и более баллов по Миссисипской шкале (Тарабрина, 2008, с. 172). В настоящем исследовании такой показатель был выявлен только у 1 матери. Следовательно, выявленная нами корреляция показателей Миссисипской шкалы и некоторых шкал теста Гильбуха касается только пределов психической нормы и указывает скорее на то, что личностная зрелость и ее некоторые параметры связаны с осознанием женщинами психотравмирующего влияния стрессора и выраженным эмоциональным откликом на него.

Нельзя утверждать, что высокий уровень личностной зрелости обуславливает низкие показатели ПТС. Способность к интроспекции, тонкое

восприятие состояния и его глубины, вероятнее всего, принадлежит матерям с высоким уровнем личностной зрелости и, соответственно, больше указывает на способность ощущать стресс, быть чувствительной к изменениям, и, как следствие, быть более способной к преодолению этого состояния.

В то же время высокие значения *Я-концепции*, выраженное *чувство гражданского долга*, позитивная *жизненная установка* связаны с более высокими показателями ПТС, измеренными по Миссисипской шкале, которые при этом колеблются в рамках психической нормы и не превышают границ группы риска. Нарастание проявлений симптомов возбуждения, выявляемых по ШОВТС, взаимосвязано с повышением уровня личностной зрелости и таких её компонентов, как *чувство гражданского долга* и *жизненная установка*, что указывает на социальную значимость испытываемого матерями состояния и его проявления.

Мотивация достижения связана с низкими показателями межличностной сензитивности и напряженности в социальном взаимодействии, слабой выраженностью депрессии и паранойяльных тенденций. Высокие значения *Я-концепции* у матерей сопоставимы с менее частым проявлением обсессивно-компульсивной симптоматики, межличностной сензитивности, признаков депрессии и тревожности. *Способность к психологической близости с другими* связана с низкими показателями обсессивно-компульсивных симптомов, депрессии, тревожности и враждебности. Все три указанных параметра личностной зрелости согласуются с низким общим индексом тяжести симптомов и низкой интенсивностью психопатологических симптомов; а позитивное самоотношение также и со значимо меньшим общим количеством отмечаемых симптомов.

Таким образом, личностная зрелость выступает предиктором способности идентифицировать переживание стресса матерью и проявлений отдельных психопатологических симптомов, позволяя тем самым быть в контакте со своими переживаниями, уметь дифференцировать своё психоэмоциональное состояние, что способствует целенаправленной профилактике стресса и является предпосылкой обращения за специализированной помощью и профессиональной социально-психологической поддержкой.

3.4 Изменение уровня посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у матерей после профессиональной социально-психологической поддержки

В представленном исследовании матери, перенесшие воздействие острого стрессора – дебюта тяжёлого заболевания ребенка, проходили программу профессиональной социально-психологической поддержки родственников «психообразование». В соответствии с *третьей гипотезой* мы предполагали, что профессиональная социально-психологическая поддержка матери, имеющей совершеннолетнего ребенка с тяжелым заболеванием, способствует улучшению психоэмоционального состояния матери – снижению посттравматического стресса и психопатологической симптоматики.

Мы рассматривали *информирование* в качестве ключевого источника обретения родителями чувства контроля над ситуацией, которое способно ослабить эмоциональное напряжение, сверхбдительность и тревогу. В процессе информирования особое значение придавалось освещению перспектив лечения, а также потенциалу, способностям, талантам пациентов, которые могут быть реализованы в будущем. Планирование дальнейшей жизни совершеннолетних детей с тяжелым заболеванием может вселить в матерей надежду и оптимизм, снизить тревогу, проявление депрессивности и др.

Отдельное внимание уделялось атмосфере внутри группы; психолог различными методами старался поддерживать доверительные отношения между участниками, поощрял, когда родители делились позитивным опытом, оказывал психологическую помощь, если некоторые члены группы демонстрировали подавленность и тревогу. Таким образом, в рамках психообразовательных курсов была организована своеобразная группа поддержки, где родители под наблюдением психолога могли делиться своими чувствами, мыслями, опытом, без стеснения обсуждать вопросы относительно болеющего ребенка и организации семейного быта, налаживать нарушенные социальные контакты и контакты с людьми, оказавшимися в похожей жизненной ситуации. Родители проявляли

активность и заинтересованность в усвоении новых знаний, задавали вопросы, высказывали свое мнение, делились опытом, подбадривали матерей, которые переживали сложившуюся ситуацию особенно остро.

После участия в психообразовательной программе была проведена повторная диагностика уровня посттравматического стресса с помощью методик ШОВТС и Миссисипская шкала и оценка психопатологической симптоматики при помощи SCL-90-R.

Для проверки третьей гипотезы сравнивались данные, полученные до участия в программе и после неё. С этой целью использовался Т-критерий Уилкоксона. Результаты статистического анализа представлены в таблице 12.

Таблица 12. Сравнение данных по шкалам ШОВТС ((n=55) и Миссисипской шкале (n=68) у респондентов до психообразовательной программы и после программы по Т-критерию знаковых рангов Уилкоксона

		N	Средний ранг	Сумма рангов	Z	P
Вторжение после программы – вторжение до программы	Отрицательные ранги	18	13,81	248,50	-3,427	0,001
	Положительные ранги	5	5,50	27,50		
	Совпадающие наблюдения	32				
	Всего	55				
Избегание после программы – избегание до программы	Отрицательные ранги	19	10,00	190,00	-3,893	1*10⁻⁶
	Положительные ранги	0	,00	,00		
	Совпадающие наблюдения	36				
	Всего	55				

		N	Средний ранг	Сумма рангов	Z	P
Возбудимость после программы – возбудимость до программы	Отрицательные ранги	23	14,76	339,50	-4,225	1*10⁻⁶
	Положительные ранги	3	3,83	11,50		
	Совпадающие наблюдения	29				
	Всего	55				
Общий балл после программы – общий балл до программы	Отрицательные ранги	29	20,69	600,00	-4,680	1*10⁻⁶
	Положительные ранги	6	5,00	30,00		
	Совпадающие наблюдения	20				
	Всего	55				
Миссисипская шкала после программы – миссисипская шкала до программы	Отрицательные ранги	33 ^a	27,65	912,50	-3,691	1*10⁻⁶
	Положительные ранги	14 ^b	15,39	215,50		
	Совпадающие наблюдения	21 ^c				
	Всего	68				

Примечание: статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Как видно из таблицы 12, уровень показателей посттравматического стресса, а именно – вторжения, избегания и возбудимости стал значимо более низким.

Симптомы *вторжения* могут проявляться в виде ночных кошмаров, связанных с пережитым стрессом, навязчивых отрицательных чувств или мыслей относительно проявлений болезни. Следовательно, неприятные размышления и образы реже «вторгаются» в сознание матерей после того, как они прошли психообразовательную программу. Вероятно, это связано с тем, что при прохождении программы у женщин была возможность обсудить заболевание их близкого, задать интересующие вопросы, поделиться своими чувствами и опытом. Во время обучения особое внимание уделялось созданию положительного психологического микроклимата, способствующего снижению напряжения и направленному на поощрение открытости. В такой атмосфере родители могли поделиться отрицательными навязчивыми мыслями и чувствами относительно

стрессора, не опасаясь осуждения и критики, и получая при этом понимание и поддержку. Когда неприятные образы и воспоминания проговариваются, обсуждаются с психологом, происходит отреагирование негативных эмоций. «Вторгаясь» в сознание, эти чувства, образы и мысли вызывают меньше эмоционального напряжения, лучше поддаются когнитивной обработке, рациональному подходу к сложившейся ситуации.

Значимые различия были установлены и относительно проявления симптомов *избегания* любых напоминаний о фрустрирующем стимуле (таблица 12). Это означает, что после курсов у матерей снизилась частота попыток смягчить или избежать негативных переживаний относительно условий протекания заболевания, существенных изменений в поведении ребенка, в прогнозе его будущего. Проявление избегания конкретно в случае изучаемого нами стрессора крайне нежелательно, т.к. избегая напоминаний о травмирующем событии начала тяжелого психического заболевания, матери могут избегать взаимодействия со своим ребенком, проявляя эмоциональную холодность, отвержение, удерживая с болеющим членом семьи психологическую дистанцию. Как показывает сравнение данных исследования, после прохождения программы, у матерей наблюдается положительная динамика в проявлении этих симптомов. В процессе адаптации к изменившимся условиям жизни женщины стали реже избегать мыслей о болезни ребёнка, заставляющих ограничивать общение и контакты с ним, в том числе и тактильные (обнимать, держать за руку и др.), эмоционально теплые проявления материнской любви и заботы.

После курсов было зафиксировано значимое снижение уровня симптомов *физиологической возбудимости*, обусловленных стрессором, что проявилось в уменьшении интенсивности чувства гнева и раздражительности, гипертрофированной реакции испуга вследствие возможного возникновения осложнений заболевания, его обострения; психофизиологического возбуждения, обусловленного воспоминаниями о травматическом событии, нервозности. После курсов матери стали значимо более спокойными, расслабленными, эмоционально

стабильными и уравновешенными даже в ситуациях, связанных с упоминанием о болезни ребенка.

Как видно из таблицы 12, после прохождения программы в целом снизилась степень психотравмирующего влияния стрессора «тяжелое заболевание ребенка», поскольку изменились значения по интегральному показателю влияния травматического события. Именно по интегральному показателю чаще всего судят о наличии или отсутствии ПТСР как такового. Значимое снижение этого показателя свидетельствует об общем улучшении психологического состояния матерей и снижении негативного влияния психотравмирующего фактора, рассматриваемого в представленном исследовании.

Положительная динамика относительно проявления посттравматических реакций была выявлена при использовании Миссисипской шкалы (таблица 12). После прохождения психообразовательных курсов у опрошенных нами матерей значимо снизился уровень посттравматического стресса. Это указывает на активизацию адаптационных процессов, способствующих приспособлению матерей к изменившимся условиям в их семье в связи с пережитым стрессором – тяжелым заболеванием ребенка.

Для того, чтобы проанализировать изменения в проявлении психопатологической симптоматики, изучаемой в настоящем исследовании с помощью методики SCL-90-R, был использован Т-критерий Уилкоксона. Значимые различия, определявшиеся сравнением средних значений шкал методики до и после программы психообразования, представлены в таблице 13.

Таблица 13. Сравнение значений шкал психопатологической симптоматики SCL-90-R у респондентов до программы и после программы (n=68) по Т-критерий Уилкоксона

		N	Ср. ранг	Сумма ранг.	Z	P
Шкала враждебности после программы – шкала враждебности до программы	Отрицат. ранги	27	17,67	477,00	-3,04	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	8	19,13	153,00		
	Совпад. набл.	33				
	Всего	68				
Шкала фобической тревожности после программы – шкала фобии до программы	Отрицат. ранги	18	12,22	220,00	-1,77	0,08
	Полож. ранги	8	16,38	131,00		
	Совпад. набл.	42				
	Всего	68				

		N	Ср. ранг	Сумма рангов	Z	P
Шкала паранойяльности после программы – шкала паранойяльности до программы	Отрицат. ранги	25	16,64	416,00	-3,01	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	7	16,00	112,00		
	Совпад. набл.	36				
	Всего	68				
Шкала соматизации после программы – шкала соматизация до программы	Отрицат. ранги	41	31,48	1290,50	-3,51	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	14	17,82	249,50		
	Совпад. набл.	13				
	Всего	68				
Шкала обсессивности-компульсивности после программы – шкала обсессивности-компульсивности до программы	Отрицат. ранги	37	23,89	884,00	-4,37	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	7	15,14	106,00		
	Совпад. набл.	24				
	Всего	68				
Шкала межличностной сензитивности после программы – шкала межличностной сензитивности до программы	Отрицат. ранги	48	30,80	1478,50	-4,86	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	10	23,25	232,50		
	Совпад. набл.	10				
	Всего	68				
Шкала депрессивности после программы – шкала депрессивности до программы	Отриц. ранги	57	34,71	1978	-6,13	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	7	14,50	101		
	Совпад. набл.	4				
	Всего	68				
Шкала тревожности после программы – шкала тревожности до программы	Отрицат. ранги	42	24,75	1039	-5,05	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	6	22,75	136		
	Совпад. набл.	20				
	Всего	68				
Шкала психотизма после программы – шкала психотизма до программы	Отрицат. ранги	25		545	-2,17	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	11		121		
	Совпад. набл.	32				
	Всего	68				
Шкала общего индекса тяжести симптомов после программы – шкала общего индекса тяжести симптомов до программы	Отрицат. ранги	59	21,80	2128	-5,94	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	9	11,00	218		
	Совпад. набл.	0				
	Всего	68				
Шкала индекса наличного симптоматического дистресса после программы – шкала индекса наличного симптоматического дистресса до программы	Отрицат. ранги	38	36,07	1155	-6,30	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	16	24,22	329		
	Совпад. набл.	14				
	Всего	68				
Шкала общего числа утвердительных ответов после программы – шкала общего числа утвердительных ответов до программы	Отрицат. ранги	57	32,63	1860	-2,86	1*10⁻⁶
	Полож. ранги	6	26,00	156		
	Совпад. набл.	5				
	Всего	68				

Примечание: статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Как видно из таблицы 13, после прохождения программы, у матерей выявлено значимое снижение почти всех психопатологических симптомов по тесту SCL-90-R, а также общего индекса тяжести симптомов (GSI), индекса наличного симптоматического дистресса (PDSI) и общего числа утвердительных ответов (PST); исключение составила лишь шкала «Фобической тревожности». Отметим, что фобии представляют собой стойкую реакцию сильного страха на определенные объекты или ситуации. Стрессор, изучаемый в представленном исследовании – дебют тяжелого заболевания ребенка, не может регулярно повторяться, чтобы провоцировать поведение, ориентированное на избегание встречи с негативным стимулом. Вполне возможно, что именно с этой особенностью фобий и связан тот факт, что показатель фобической тревожности до и после курсов как-то изменился, хотя тенденция к его снижению все же присутствует (таблица 13). Также отметим, что среднее значение по этой шкале было самым низким среди всех остальных шкал (0,21 балла).

Интенсивность беспокоящих психопатологических проявлений снизилась практически по всем показателям, но наибольшие различия были зафиксированы по шкале депрессии, межличностной сензитивности и по шкале индекса наличного симптоматического дистресса.

Анализ изменений был проведен отдельно в подгруппах с разным уровнем посттравматического стресса. Для выявления изменений уровня ПТС и сопутствующей симптоматики проведем сравнительный анализ для каждой из подгрупп. Численность подгрупп позволяет использовать критерий Т Уилкоксона. Результаты статистического анализа данных для методик ШОВТС и Миссисипская шкала представлены в таблице 14.

Таблица 14. Расчет Т-критерия Уилкоксона для показателей методик ШОВТС и Миссисипская шкала в подгруппах с разным уровнем посттравматического стресса до психообразовательной программы и после

Низкий ПТС						
		N	Средний ранг	Сумма рангов	T	P
Вторжение после программы – вторжение до программы	Отрицат. ранги	3	4	12	-0,333	0,739
	Положит. ранги	3	3	9		
	Совпад. набл.	9				
	Всего	15				
Избегание после программы – избегание до программы	Отрицат. ранги	4	2,5	10	-1,841	0,066
	Положит. ранги	0	0	0		
	Совпад. набл.	11				
	Всего	15				
Возбудимость после программы – возбудимость до программы	Отрицат. ранги	3	3,5	10,5	-0,849	0,396
	Положит. ранги	2	2,25	4,5		
	Совпад. набл.	10				
	Всего	15				
Общий балл после программы – общий балл до программы	Отрицат. ранги	6	7,17	43	-1,603	0,109
	Положит. ранги	4	3	12		
	Совпад. набл.	5				
	Всего	15				
Миссисипская шкала после программы – миссисипская шкала до программы	Отрицат. ранги	7	5,86	41	-0,157	0,875
	Положит. ранги	5	7,4	37		
	Совпад. наблюд.	5				
	Всего	17				
Умеренный ПТС						
		N	Средний ранг	Сумма рангов	T	P
Вторжение после программы – вторжение до программы	Отрицат. ранги	7	4,86	34,00	-2,309	0,021
	Положит. ранги	1	2,00	2,00		
	Совпад. наблюд.	17				
	Всего	25				

Избегание после программы – избегание до программы	Отрицат. ранги	7	4,00	28,00	-2,530	0,011
	Положит. ранги	0	,00	,00		
	Совпад. наблюд.	18				
	Всего	25				
Возбудимость после программы – возбудимость до программы	Отрицат. ранги	12	7,50	90,00	-3,140	0,002
	Положит. ранги	1	1,00	1,00		
	Совпад. наблюд.	12				
	Всего	25				
Общий балл после программы – общий балл до программы	Отрицат. ранги	14	8,43	118,00	-3,317	0,001
	Положит. ранги	1	2,00	2,00		
	Совпад. наблюд.	10				
	Всего	25				
Миссисипская шкала после программы – миссисипская шкала до программы	Отрицат. ранги	15	12,60	189,00	-2,309	0,021
	Положит. ранги	5	4,20	21,00		
	Совпад. наблюд.	10				
	Всего	30				
Высокий ПТС						
		N	Средний ранг	Сумма рангов	T	P
Вторжение после программы – вторжение до программы	Отрицат. ранги	8	5,44	43,50	-2,514	0,012
	Положит. ранги	1	1,50	1,50		
	Совпад. набл.	6				
	Всего	15				
Избегание после программы – избегание до программы	Отрицат. ранги	8	4,50	36,00	-2,527	0,012
	Положит. ранги	0	,00	,00		
	Совпад. набл.	7				
	Всего	15				

Возбудимость после программы – возбудимость до программы	Отрицат. ранги	8	4,50	36,00	-2,546	0,011
	Положит. ранги	0	,00	,00		
	Совпад. набл.	7				
	Всего	15				
Общий балл после программы – общий балл до программы	Отрицат. ранги	9	6,00	54,00	-2,705	0,007
	Положит. ранги	1	1,00	1,00		
	Совпад. набл.	5				
	Всего	15				
	Положительные ранги	4	3,50	14,00		
	Совпадающие наблюдения	6				
	Всего	21				

Примечание: статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Как видно из таблицы 14, значимое снижение уровня посттравматического стресса, измеряемого методиками ШОВТС и Миссисипской шкалой, было обнаружено в подгруппах с высоким и умеренным ПТС, а анализ изменений в подгруппе с низким ПТС значимых различий не выявил. На наш взгляд эти результаты обусловлены тем, что в подгруппе «Низкий ПТС» снижение уровня ПТС было маловероятным, поскольку его уровень у матерей данной подгруппы был изначально невысоким. Значимое снижение в подгруппах «Умеренный ПТС» и «Высокий ПТС» подтверждает выдвинутую гипотезу об уменьшении проявлений посттравматического стресса, при этом динамика проявления ПТС различна в этих подгруппах. Так, в случае с «умеренным ПТС» более выражено снижение показателей по шкале «возбудимость», а при «высоком ПТС» – снижение по шкалам «вторжение» и «возбудимость» равномерное. Это, по-видимому, отражает специфику состояния матерей с «умеренным ПТС». На наш взгляд, данная подгруппа наиболее продуктивна в качестве потребителей социально-психологической поддержки, т.к. состояние, с одной стороны, требует коррекции, а с другой стороны не доходит до степени, которая может затруднить продуктивность усвоения навыков и проработки переживаний. В этом случае

снижение симптомов «возбудимости» отражает большую степень способности к вовлечению в работу, тенденцию к спокойному, рациональному подходу к проблеме.

Для того, чтобы исследовать изменения *психопатологической симптоматики* в подгруппах с разным уровнем посттравматического стресса, проведем статистический анализ данных, полученных с помощью методики SCL-90-R до программы и после. Расчет данных по T-критерию Уилкоксона для методики SCL-90-R представлен в таблице 15; отражены значимые изменения в значениях рассматриваемых индикаторов в подгруппах с низким, умеренным и высоким ПТС.

Таблица 15. Расчет T-критерия Уилкоксона для показателей тестовой методики SCL-90-R до психообразовательной программы и после в подгруппах с разным уровнем ПТС

	Медианы (Me) до программы	Медианы (Me) после программы	$G_{эмп}$	P
Низкий уровень ПТС				
Соматизация	0,42	0,33	-1,422	0,155
Обсессивность-компульсивность	0,6	0,5	-2,236	0,025
Межличностная сензитивность	1	0,78	-3,254	0,001
Депрессивность	1,62	0,77	-3,173	0,002
Тревожность	0,8	0,4	-2,719	0,007
Враждебность	0,5	0,33	-2,232	0,026
Фобическая тревожность	0,14	0	-1,633	0,102
Паранойяльные тенденции	0,33	0,33	-2,687	0,007
Психотизм	0	0,1	-1,000	0,317
общий индекс тяжести симптомов	0,8	0,62	-3,555	$1*10^{-6}$
общее число утвердительных ответов	31	32	-1,677	0,094
индекс наличного симптоматического дистресса	1,8	1,5	-3,207	0,001

Умеренный уровень ПТС				
Соматизация	0,5	0,5	-2,049	0,04
Обсессивность-компульсивность	0,7	0,5	-2,704	0,007
Межличностная сензитивность	1,3	1	-2,606	0,009
Депрессивность	1,54	0,885	-4,035	1*10⁻⁶
Тревожность	0,8	0,7	-3,422	0,001
Враждебность	0,33	0,17	-1,209	0,227
Фобическая тревожность	0,14	0,29	-0,317	0,751
Паранойяльные тенденции	0,17	0,25	-1,429	0,153
Психотизм	0,1	0,1	-1,941	0,052
общий индекс тяжести симптомов	0,78	0,53	-3,199	0,001
общее число утвердительных ответов	40	29	-2,672	0,008
индекс наличного симптоматического дистресса	1,73	1,55	-3,093	0,002
Высокий уровень ПТС				
Соматизация	0,67	0,17	-3,629	1*10⁻⁶
Обсессивность-компульсивность	1,1	0,8	-2,834	0,005
Межличностная сензитивность	1,44	1	-2,907	0,004
Депрессивность	1,85	0,85	-3,673	1*10⁻⁶
Тревожность	1,1	0,7	-2,283	0,022
Враждебность	0,67	0,67	-1,516	0,130
Фобическая тревожность	0,14	0,14	-1,134	0,257
Паранойяльные тенденции	0,5	0,5	-1,110	0,267
Психотизм	0,3	0,1	-3,265	0,001
общий индекс тяжести симптомов	1,01	0,53	-3,774	1*10⁻⁶
общее число утвердительных ответов	44	40	-2,090	0,037
индекс наличного симптоматического дистресса	2,06	1,6	-3,923	1*10⁻⁶

Примечание: статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Значения показателей теста SCL-90-R у матерей до прохождения психообразовательной программы и по её завершении уменьшаются в абсолютном выражении при повторном замере. Следовательно, можно сделать вывод о том, что эмоциональное состояние матерей меняется - повышенная тревожность, беспокойство, апатия, чувство грусти снижаются после прохождения программы.

Наиболее важным для нас является сопоставление различий в подгруппах. Для всех подгрупп, разделенных по уровню ПТС, характерно уменьшение *межличностной сензитивности, обсессивности-компульсивности, депрессивности, тревожности, общего индекса тяжести симптомов и индекса наличного симптоматического дистресса*. По-видимому, данное сочетание отражает наиболее уязвимые психологические изменения, «мишени», на которые влияет переживание стрессора «тяжелое заболевание ребенка». Переживание апатии, грусти, тревога, чувствительность в межличностном общении свидетельствует о невротической реакции, а в подгруппах «умеренный ПТС» и «высокий ПТС» в сочетании с симптомами соматизации образует классическую невротическую триаду. Невротические реакции — это срыв адаптационных механизмов, возникающий под влиянием интенсивного переживания значимой ситуации или проблемы. Это наиболее распространённая реакция человека на психотравмирующие состояния, в отличие от психотических симптомов. Напомним, что речь идет не о заболевании – неврозе как таковом, а об эмоциональных состояниях, не достигающих клинической выраженности, индивидуальных эмоционально-психологических реакциях, когда «симптом» является не отражением болезни, а характеристикой нормативного эмоционального реагирования по аналогии с «акцентуацией».

Кроме общих показателей динамики ПТС и выраженных эмоциональных реакций матерей, напомним, межличностной сензитивности, обсессивности-компульсивности, депрессивности, тревожности, были обнаружены особенности изменений, характерные для каждой подгруппы.

В подгруппе с «высоким ПТС» кроме снижения уровня стресса наблюдается характерное для этой подгруппы сочетание изменений в симптомах соматизации и психотизма. На наш взгляд, группа этих симптомов позволяет говорить о наличии у матери низкой способности перерабатывать травматический опыт психологическими средствами. Ослабление этой симптоматики демонстрирует открытость опыту и расширение способов совладания с травмой (рис. 6).

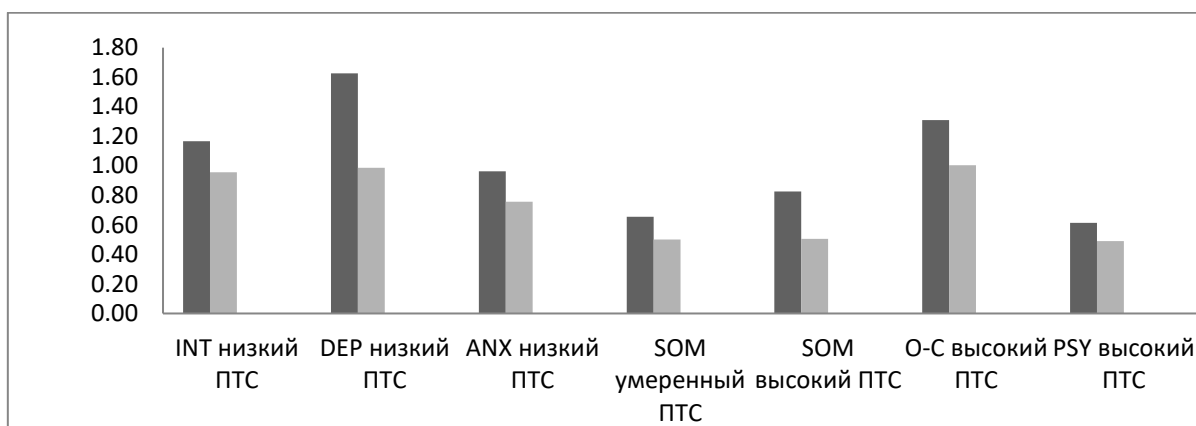


Рис. 6. Сравнение средних значений значимых различий симптомов по методике SCL-90-R до и после психосоциальной помощи для подгрупп с разным уровнем ПТС. Примечание: INT – шкала «Межличностная чувствительность»; DEP – шкала «Депрессивность»; ANX – шкала «Тревожность»; SOM – шкала соматизации; O-C – шкала обсессивности-компульсивности, PSY – шкала психотизма

В подгруппе с «умеренным ПТС» кроме общей динамики выявлена значимая динамика в сторону уменьшения соматизации, это свидетельствует о появлении психологической проработки стресса (в отличие от соматической), но, в отличие от подгруппы с «высоким ПТС» этим матерям и до участия в программе была более доступна рациональная переработка переживаний (рис. 6).

В подгруппе с «низким ПТС» были обнаружены различия по ряду симптомов, а именно: *враждебности и паранойальности*. Группа этих симптомов характеризует низкую способность к интрапсихической активности и рефлексии. Стресс ощущается как преследующее внешнее воздействие, объяснения могут быть иррациональными и усиливающими навязчивости, без возможности понимания своего состояния и реальной оценки происходящего. В отличие от других подгрупп препятствием осознанию травмы здесь могла послужить выраженная проекция негативных мыслей и чувств, которая в результате участия в

программе, снижается (рис. б). Таким образом, сопутствующая психопатологическая симптоматика снижается со специфическими особенностями и общими тенденциями в подгруппах с разным уровнем ПТС.

Итак, после психообразовательных курсов значимое снижение было зафиксировано относительно:

- проявлений соматизации, основанной на жалобах нарушений работы основных систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной системы и др.;

- симптомов обсессивности-компульсивности, основанных на присутствии навязчивых иррациональных мыслей, вызывающих психологическое напряжение, снять которое призваны определенные действия, воспринимаемые как непреодолимые и повторяющиеся;

- проявлений межличностной сензитивности, при которой женщины чувствуют себя неполноценными при взаимодействии с другими людьми, что может быть связано с явлением стигматизации относительно присутствия члена семьи с тяжелым психическим заболеванием, особенно это может проявляться, когда разговор заходит об успехах детей;

- интенсивности депрессивного состояния, ощущения апатии, глубокой печали; тревожности, эмоционального напряжения, страха за будущее, ощущения безнадежности существования, пессимизма;

- враждебности со свойственными ей переживаниями агрессии, чувством раздражительности, вспышками гнева и ярости;

- паранойяльных тенденций, основанных на подозрительности в искренности и добросердечных намерениях других людей, напряженном ожидании негатива, критики, осуждения;

- симптомов психотизма, указывающих на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни.

Для всех подгрупп характерно снижение симптомов межличностной сензитивности, депрессивности, тревожности, обсессивности-компульсивности, общего индекса тяжести симптомов и индекса наличного симптоматического

дистресса. Симптомы враждебности и паранойяльности значимо снижаются лишь в подгруппе «низкий ПТС».

Таким образом, можно утверждать, что после психообразовательной программы улучшилось психоэмоциональное состояние матерей, а интенсивность проявления психопатологической симптоматики существенно снизилась, вернув женщинам способность к лучшей адаптации к изменившимся условиям жизни семьи.

Значимые изменения в сторону снижения проявлений посттравматического стресса, диагностированными с помощью методик ШОВТС и Миссисипская шкала, зафиксированы для подгрупп с умеренным и высоким ПТС. Несмотря на то, что в подгруппе с низким ПТС значимых различий до психообразовательной программы и после её завершения не выявлено, имеется тенденция к снижению проявлений симптомов.

Можно утверждать, что после прохождения психообразовательной программы у матерей улучшилось психоэмоциональное состояние, посредством снижения влияния большинства симптомов, уменьшения их тяжести и интенсивности воздействия, а также уменьшения числа негативно влияющих психопатологических проявлений.

Получение необходимой информации о заболевании ребенка, особенностях общения с ним, взаимодействия, возможностях помощи и моральной поддержки, которую семья может ему оказать, а также психологическая помощь, получаемая родителями как со стороны лечащего врача и психолога, так и со стороны других родителей, попавших в похожую ситуацию, позитивно сказываются на эмоциональном состоянии матерей.

После психообразовательной программы количество посттравматических реакций значимо снизилось, тем самым еще больше повысив уровень адаптированности и способности совладать с фрустрирующим воздействием.

Психообразование оказывает благотворное воздействие на эмоциональное состояние матерей, уменьшает проявление психопатологических симптомов и уровень посттравматического стресса. Все это рассматривается нами в качестве

благоприятных условий для создания оптимального психологического микроклимата в семье, где каждый его член получает необходимую поддержку и заботу, а также способствует облегчению течения психического заболевания у ребенка, снижению остроты психотических эпизодов, увеличению продолжительности периодов ремиссии.

3.5 Тип отношения и дистанция матери с ребенком при различном уровне личностной зрелости до и после профессиональной социально-психологической поддержки

Стрессор «тяжелое заболевание ребенка» посредством сильного влияния на психическое состояние матери способен негативно сказаться на характере детско-родительских отношений. Личностная зрелость как психологический феномен занимает особое место в настоящем исследовании, выступая предиктором способности идентифицировать переживание стресса матерью и тем самым, определяя для неё возможность быть в контакте со своими переживаниями, уметь дифференцировать своё психоэмоциональное состояние. Наряду с этим при высоких значениях отдельных показателей личностной зрелости – мотивации достижений, отношении к «Я» и способности к психологической близости с другими людьми психопатологические симптомы проявляются в незначительной степени.

В качестве *четвертой гипотезы* исследования было выдвинуто предположение о том, что личностная зрелость матери связана с установлением позитивных и близких отношений с ребенком.

Согласно тесту Гильбуха, личностная зрелость матерей характеризуется четырьмя уровнями: неудовлетворительным, удовлетворительным, высоким и весьма высоким. Мы разделили всю выборку в соответствии с медианой ($Me = 49$) на две подгруппы – 34 матери с низким уровнем личностной зрелости и 34 матери с высоким уровнем личностной зрелости.

Отношение, исследуемое методикой Цветового теста отношения (ЦТО), также имеет свою градацию, которая содержит три типа отношения: *позитивное, нейтральное и негативное отношение к ребенку*. Эти типы отражают непосредственную эмоциональную реакцию на контакт с ребенком и могут, согласно исследованиям авторов, меняться, т.е. носят непостоянный характер, подвержены влиянию актуального состояния матери, настроения, поведения ребенка, наличия социальной поддержки и пр.

Соотношение указанных категориальных переменных позволяет понять, какому количеству женщин с определенным уровнем личностной зрелости свойственен тот или иной тип отношения к ребенку. Диаграмма, дающий представление об этих числовых соотношениях, приведен ниже (рисунок 7).

Более трети опрошенных нами матерей свойственно негативное отношение к заболевшему ребенку (25 из 68 человек). При этом значительно большее количество матерей с низким уровнем личностной зрелости обнаруживает негативное отношение к заболевшему ребенку ($\varphi^*_{эмп} = 2.833, p \leq 0.001$). В случае с позитивным отношением значимые различия между подгруппами матерей с низким и высоким уровнем личностной зрелости не были выявлены ($\varphi^*_{эмп} = 1.286, p > 0.05$). Значительно чаще матери с высоким уровнем личностной зрелости выбирают нейтральное отношение к ребенку ($\varphi^*_{эмп} = 3.966, p \leq 0.001$).

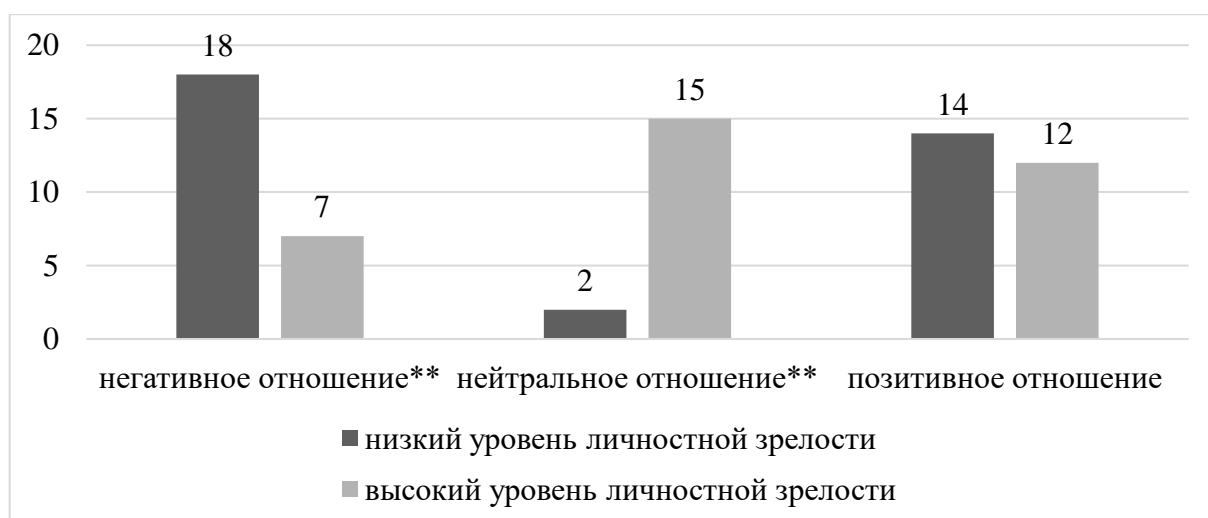


Рис. 7. Соотношение частоты выбора разных типов отношения по ЦТО у матерей с разным уровнем личностной зрелости
** - различия значимы на уровне $p \leq 0,01$

Таким образом, эмоционально устойчивые, уверенные в себе и своем будущем женщины реже проявляют негативное отношение к ребенку после дебюта тяжелого заболевания, чем женщины с низким уровнем личностной зрелости. Вместе с тем, высокий уровень личностной зрелости не гарантирует отсутствие негативного отношения к ребенку. Как видно из диаграммы (рис. 7), и среди таких участниц исследования встречались матери с негативным отношением. Это может быть обусловлено самыми разными причинами, которые выходят за рамки настоящего исследования, например, изначально неблагоприятным отношением с совершеннолетним ребенком, осложнением текущих отношений и пр.

При низком уровне личностной зрелости сложно спрогнозировать тип отношения матери к ребенку, можно, однако, отметить, что это отношение достаточно редко бывает нейтральным и принимает либо негативный, либо позитивный полюс (рис. 7).

Позитивный тип отношения к ребенку встречается одинаково часто у матерей с разными уровнями личностной зрелости. Скорее всего, это обусловлено отсутствием связи между указанными признаками, которое может быть детерминировано растерянностью многих матерей после воздействия анализируемого нами стрессора, им сложно понять и осознать, как именно относиться к изменениям в ребенке после дебюта тяжелого заболевания.

Ряд исследований показывает, что матерей с низким уровнем личностной зрелости в целом отличает стремление ограничивать активность своего ребенка, проявлять властность, «жертвовать» собой и использовать этот факт для манипулирования и упреков, чтобы чувствовать собственную важность; их отличает эмоционально-холодное общение с ребенком и неумение выбирать воспитательное воздействие адекватно ситуации (Васягина, 2013; Махмутова, 2013; Camberis, 2016). Настоящее исследование подтверждает эти факты, уточняя, что негативное отношение к ребенку может являться следствием низкой личностной зрелости женщин.

Можно заключить, что, зная уровень личностной зрелости матерей, легче спрогнозировать факт негативного отношения (он чаще встречается при низком

уровне личностной зрелости), чем факт позитивного отношения к ребенку (нет значимых различий).

Отношениям, основанным на позитивной привязанности, насыщенным эмоционально теплым общением, искренней заинтересованностью, заботой, также свойственна малая психологическая *дистанция*. Отношения с большей психологической дистанцией можно охарактеризовать как отношения с переживанием небезопасности, растерянности матери относительно прогноза реакций заболевшего ребенка и непредсказуемости его поведения. При большой психологической дистанции болеющий ребенок может сталкиваться с отстраненностью родителей, их стремлением снизить количество контактов, неопределенностью в оценке его поведения, трудностью контактировать близко, связанной, по-видимому, с опасениями по поводу проявлений болезни и изменившимся поведением близкого человека.

Исследование дистанции проводилось с помощью шкалы измерения дистанции взаимодействия – CIDS (The comfortable interpersonal distance scale). Особенности ее проведения таковы, что участницы исследования графически отмечают комфортную дистанцию, на которой они могут контактировать с ребенком. В зависимости от длины отрезка, ограниченного отметкой, делался вывод о дистанции. Было выделено три степени дистанции: *большая дистанция* (когда респонденты отмечали на рисунке отметку в третьей, самой отдаленной от себя, части шкалы), *средняя дистанция* (рассматриваемая как неопределенное отношение, средняя отметка дистанции на шкале) и собственно *малая дистанция* (отметка ставилась в первой трети шкалы от расположения «Я» на рисунке). Таким образом, переменная «дистанция» является категориальной, включающей три категории, которые отражают значение психологического расстояния, на котором матери комфортно общение с ребёнком.

Большая дистанция и малая дистанция с ребенком встречаются одинаково часто: более трети всех матерей (39,7%) характерно удерживать большую дистанцию с заболевшими детьми, такое же количество матерей (39,7%), наоборот,

удается «приблизиться» или сохранить малую дистанцию. Остальные участницы (20,6%) обнаруживают среднюю дистанцию.

Соотношение данных в двух подгруппах матерей – с низким и с высоким уровнем личностной зрелости, а также сведения о статистической значимости различий между данными (с использованием критерия углового преобразования Фишера), представлены на диаграмме (рис. 8).

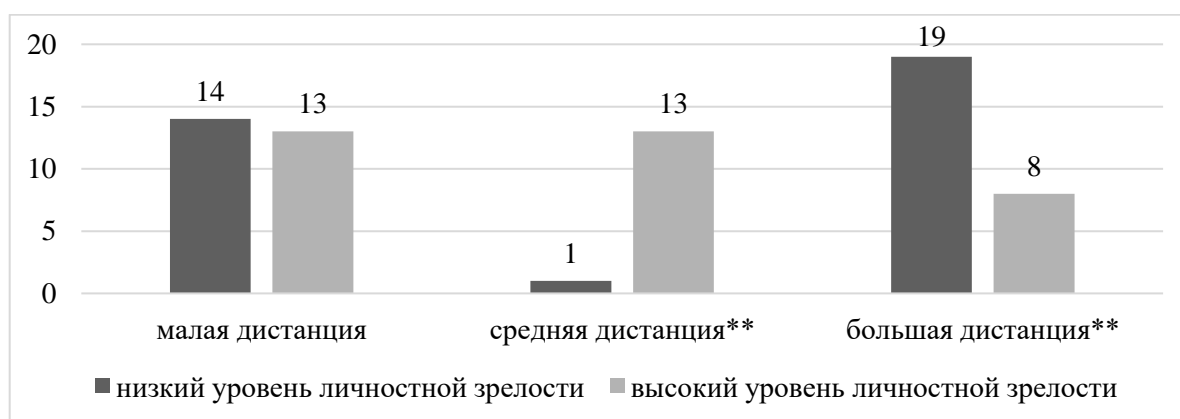


Рис. 8 Соотношение частоты выбора разных типов дистанции по CIDS у матерей с разным уровнем личностной зрелости; ** - различия значимы на уровне $p \leq 0,01$

Матери с низким уровнем личностной зрелости проявляют, как правило, либо стремление дистанцироваться, либо, наоборот, быть ближе к ребенку. Средняя дистанция встречается у таких женщин редко – всего одна из 34 матерей. Такие результаты дублируют картину распределения выбора типа отношения по ЦТО.

Так, низкий уровень личностной зрелости не означает отсутствие способности устанавливать отношения на близкой дистанции. Даже с учетом фрустрирующего воздействия, рассматриваемого в настоящем исследовании, личностно незрелые матери обнаруживают возможность контактировать на малой дистанции в той же степени, что и матери с высоким уровнем личностной зрелости ($\phi^*_{эмп} = 0.252$, $p > 0,05$). Вполне возможно, что личностная зрелость как психологический феномен, больше влияет на способность реализовать себя как хорошего и внимательного родителя, способного гибко выбирать способы и меры воспитательного воздействия, распознавать истинные мотивы и интересы ребенка, своевременно и адекватно реагировать на изменения в его личности, поощрять

развитие самостоятельности, уверенности в себе, инициативности, оригинальности мышления, чем проявлять родительские чувства в целом.

Матери с высоким уровнем личностной зрелости, по сравнению с матерями с низким уровнем личностной зрелости, значительно реже выбирают большую психологическую дистанцию с ребенком ($\varphi^*_{эмп} = 2.791$, $p \leq 0,01$). Этот факт можно объяснить тем, что при достижении определенного уровня личностной зрелости, человек также достигает и определенного уровня сознательности. В этом случае мать лучше понимает свои чувства и эмоции, признает их в себе и готова их продемонстрировать, если это необходимо (как в ситуации психодиагностики, когда значение выбора той или иной дистанции очевидно для неё). Вполне возможно, что женщины с более высоким уровнем личностной зрелости были более откровенны и с экспериментатором, и с самими собой, когда работали с тестовым материалом, отметив при этом актуальную дистанцию.

На рисунке 8 также наглядно показано, что средняя дистанция с заболевшим значительно чаще встречается у матерей с высоким уровнем личностной зрелости ($\varphi^*_{эмп} = 4.086$, $p \leq 0,01$). Вполне вероятно, что это идентифицирует состояние матери, в котором она испытывает неуверенность, не выбирает «крайние» значения дистанции, поскольку находится ещё в процессе поиска способов конструктивного взаимодействия с ребенком, что оказывает влияние на предпочтение средней дистанции.

В целом, статистический анализ показывает, что между уровнем личностной зрелости матерей и уровнем дистанции с заболевшим ребенком существует значимая связь ($\chi^2_{эмп} = 17,53$; $p \leq 0,01$). При этом между анализируемыми переменными нет однозначной симметричной зависимости, при которой чем выше значение одной переменной, тем выше (или ниже) показатель другой.

Вполне вероятно, что каждый уровень личностной зрелости обладает своими специфическими чертами, определяющими свои типы дистанции (например, матери с низкой личностной зрелостью делятся на два типа: те, которым комфортна большая дистанция и те, которым важна маленькая дистанция).

Подводя итог анализу взаимосвязей уровня личностной зрелости, типа отношения и дистанции матери с заболевшим совершеннолетним ребенком, можно отметить, что, в целом, между этими категориальными переменными существует определенная связь, которая, однако, носит нелинейный характер, а, значит, не отражает пропорциональность изменения переменных. Это может быть обусловлено особенностями распределения такого типа характеристик контакта, как позитивное отношение и маленькая дистанция (т.е. положительный полюс отношения к ребенку). Нами было выявлено, что в целом, позитивное отношение к болящему ребенку свойственно женщинам с разным уровнем личностной зрелости. Вместе с тем, негативное отношение, больше характерно для матерей с более низким уровнем личностной зрелости, нейтральное же отношение, наоборот, с более высоким. На этом этапе исследования *четвертая гипотеза* не подтверждается.

Если личностная зрелость выступает в исследовании как внутренний *фактор*, способствующий или препятствующий тем или иным изменениям как в эмоциональном состоянии матерей, так и в отношениях с заболевшим ребенком, то социально-психологическое воздействие, в нашем случае – психообразование, становится одним из примеров социально-психологической поддержки, способным также изменять состояние матери и её отношение к ребенку. В связи с этим, обратимся к результатам повторной диагностики типа отношения матери к ребенку и дистанции *после прохождения психообразовательной программы*. Общая тенденция как для типа отношения, выявляемого с помощью методики ЦТО, так и для дистанции, определяемой методикой CIDS, была связана с положительным эффектом. Количество выборов позитивного отношения и сокращение дистанции для всех матерей представлены на диаграмме (рис. 9).

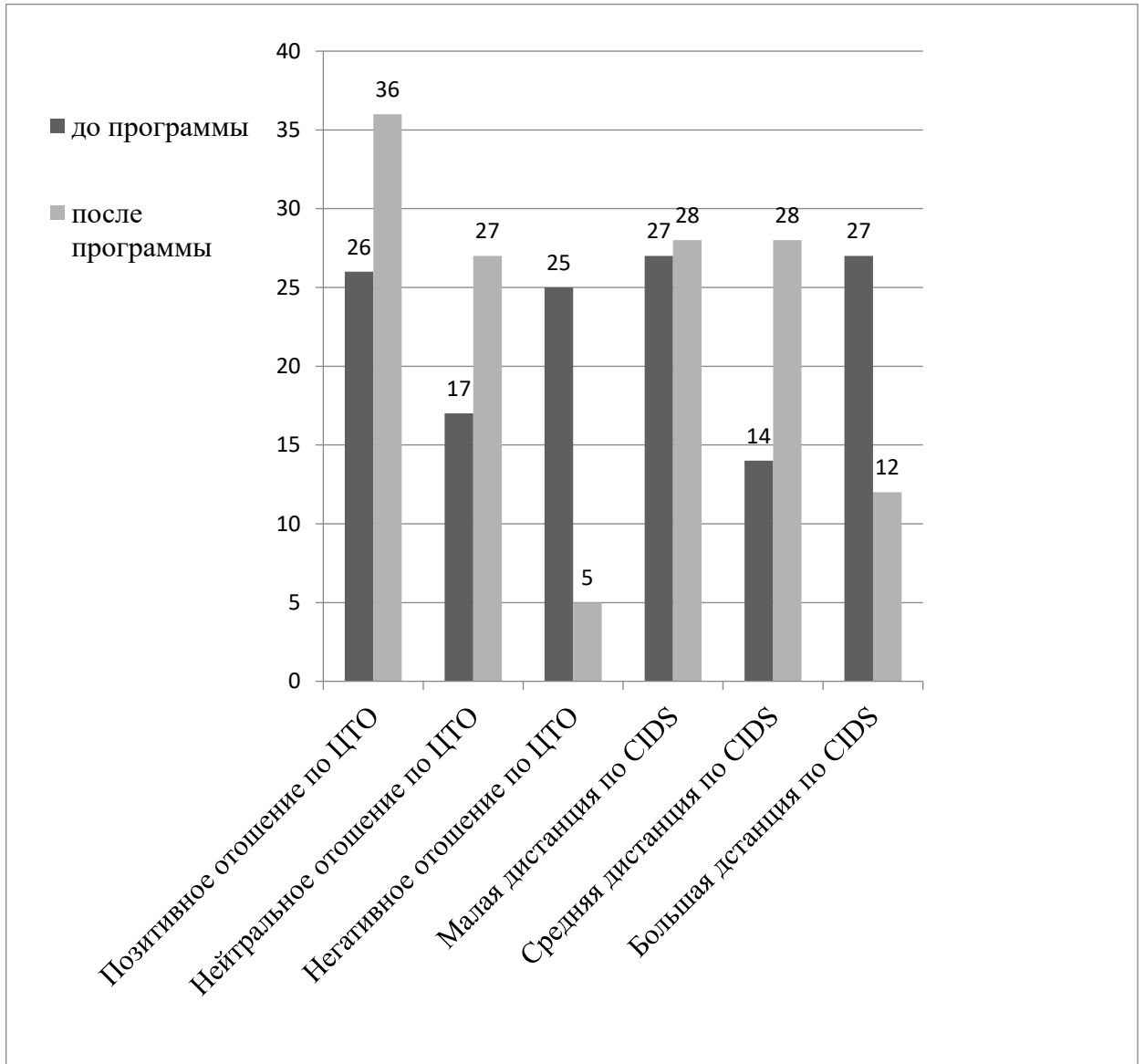


Рис. 9. Частота выбора типа отношения по ЦТО и дистанции по CIDS у матерей до и после прохождения психообразовательной программы (n=68)

Среди всех матерей выборки после прохождения программы психообразования значимо возрастает частота выбора позитивного ($\varphi^*_{эмп} = 1.655$, $p \leq 0,05$) и нейтрального отношения ($\varphi^*_{эмп} = 1.843$, $p \leq 0,05$), снижается частота негативного отношения ($\varphi^*_{эмп} = 4.391$, $p \leq 0,01$). Относительно дистанции с ребенком значимо возрастает частота средней дистанции с ребенком ($\varphi^*_{эмп} = 2.636$, $p \leq 0,01$), сокращается выбор большой дистанции ($\varphi^*_{эмп} = 2.363$, $p \leq 0,01$), только выбор маленькой дистанции остался примерно на прежнем уровне.

Поскольку необходимо оценить вклад личностной зрелости в изменение отношения и дистанции с ребенком, важно сравнить данные в разных подгруппах – с низким и высоким уровнем личностной зрелости.

Для выявления значимых изменений, касающихся типа отношения и дистанции после прохождения психообразовательной программы для матерей с различным уровнем личностной зрелости, был использован Т-критерий Уилкоксона, результаты которого приведены в таблице 16.

Таблица 16. Сопоставление данных типа отношения по ЦТО у матерей с различным уровнем личностной зрелости до и после психообразовательной программы (n=68) по Т-критерию знаковых рангов Уилкоксона

Уровень личностной зрелости	(Me) до курсов	(Me) после курсов	G _{эмп}	P
Отношение по ЦТО				
Низкий уровень личностной зрелости (n=34)	6	4	-1,473	0,141
Высокий уровень личностной зрелости (n=34)	5	4	-2,923	0,003

Примечание: статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Как видно из таблицы, значимые положительные изменения в показателях отношения по ЦТО были выявлены для подгруппы с высоким уровнем личностной зрелости.

Если сравнить разные типы отношения по ЦТО (*позитивное, нейтральное, негативное*) к ребенку у женщин с *низким уровнем личностной зрелости* (n=34), то можно отметить, что после психообразовательной программы значимо возросла частота выбора нейтрального отношения ($\varphi^*_{эмп} = 5.064, p \leq 0,01$), снизилось число выборов негативного отношения ($\varphi^*_{эмп} = 3.826, p \leq 0,01$), частота выбора позитивного отношения значимо не изменилась ($\varphi^*_{эмп} = 0.755, p > 0,05$) (рис. 10).

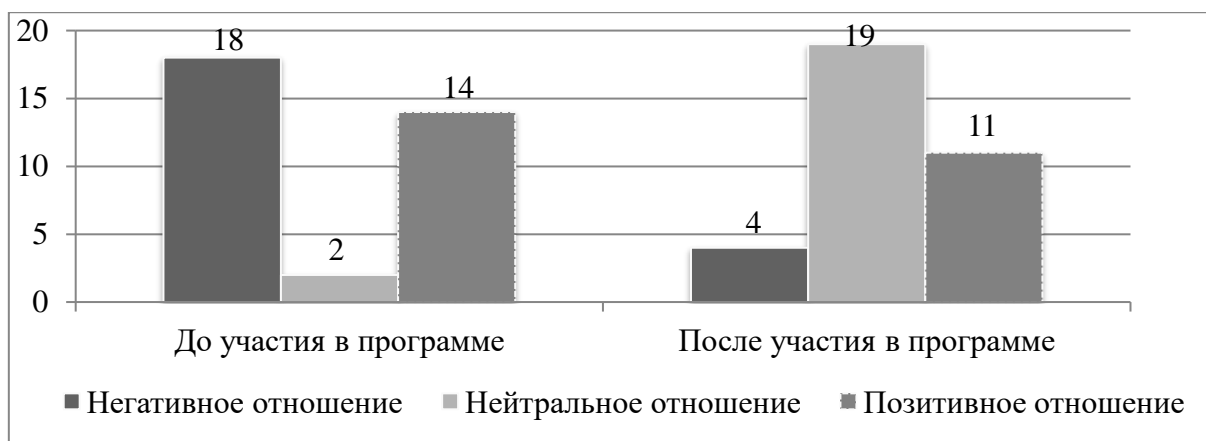


Рис. 10. Соотношение негативного, позитивного и нейтрального отношения к ребенку по ЦТО до и после прохождения психообразовательной программы в подгруппе с низким уровнем личностной зрелости

В подгруппе с *высоким уровнем личностной зрелости* (n=34) значительно снизилась частота выбора негативного ($\varphi^*_{эмп} = 2.387$, $p \leq 0,01$) и нейтрального ($\varphi^*_{эмп} = 1.818$, $p \leq 0,01$) отношения, возросла частота позитивного отношения ($\varphi^*_{эмп} = 3.249$, $p \leq 0,01$) (рис. 11).



Рис. 11. Соотношение негативного, позитивного и нейтрального отношения к ребенку по ЦТО до и после прохождения психообразовательной программы в подгруппе с высоким уровнем личностной зрелости

Четвертая гипотеза, от том, что личностная зрелость матери связана с установлением позитивных и близких отношений с ребенком, на этом этапе подтверждается.

Увеличение числа матерей с позитивным отношением к ребенку среди личносно зрелых матерей демонстрирует появление более эмоционально теплого отношения к нему и может быть доказательством того, что участие в

психообразовательной программе особенно сильное влияние оказывало на женщин с высокими показателями личностной зрелости. Вполне вероятно, что индивидуально-психологические качества, которыми они уже обладают, становятся благоприятной почвой для положительных изменений, в том числе изменений, касающихся позитивного эмоционального отношения к заболевшему ребенку.

Наиболее отчетливое влияние участия в программе можно отметить и у женщин с низким уровнем личностной зрелости. Обнаружен резкий рост нейтрального отношения и снижение негативного. Это свидетельствует о том, что психообразование помогло матерям стать более терпимыми к своим психически нездоровым детям, они старались лучше понимать их.

Смена крайних типов отношения (позитивное и негативное) на более продуктивное, на наш взгляд, нейтральное, является общей тенденцией для всей выборки матерей. Но наиболее отчетливо она проявляется в подгруппе с низким уровнем личностной зрелости, что, на наш взгляд, отражает результат участия в психообразовательной программе, после прохождения которой матерям стало доступно понимание произошедших с ребенком изменений и, как следствие, способность осознать происходящие в результате болезни изменения собственных эмоциональных реакций по отношению к ребенку.

Изменение характера связи между изучаемыми нами переменными сделало целесообразным сопоставление показателей отдельных категорий личностной зрелости и типов отношения к ребенку с помощью критерия углового преобразования Фишера. Результаты представлены в таблице 17.

Таблица 17. Результаты анализа показателей шкал теста уровня личностной зрелости (Гильбух) и типа отношения к ребенку по ЦТО у матерей (n=68) до и после психообразовательной программы

До программы			
	Негативное отношение к ребенку	Нейтральное отношение к ребенку	Позитивное отношение к ребенку
Низкая мотивация достижений (N=34)	13	7	14
Высокая мотивация достижений (N=34)	12	10	12
	$\varphi^*_{эмп} = 0.252$	$\varphi^*_{эмп} = 0.841$	$\varphi^*_{эмп} = 0.503$
Низкие значения отношения к «Я» (N=34)	15	6	13
Высокие значения отношения к «Я» (N=34)	10	11	13
	$\varphi^*_{эмп} = 1.266$	$\varphi^*_{эмп} = 1.741$	$\varphi^*_{эмп} = 0$
Низкое чувство гражданского долга (N=28)	14	3	11
Высокое чувство гражданского долга (38)	11	14	13
	$\varphi^*_{эмп} = 1.751$	$\varphi^*_{эмп} = 2.562$	$\varphi^*_{эмп} = 0.426$
Низкие показатели жизненной установки (N=29)	15	3	11
Высокие показатели жизненной установки (N=39)	8	14	17
	$\varphi^*_{эмп} = 2.712$	$\varphi^*_{эмп} = 2.577$	$\varphi^*_{эмп} = 0.473$
Низкая способность к психол. близости с другими (N=34)	16	6	12
Высокая способность к психол. близости с другими (N=34)	9	11	14
	$\varphi^*_{эмп} = 1.777$	$\varphi^*_{эмп} = 1.422$	$\varphi^*_{эмп} = 0.503$
Низкие значения интегрального показателя личностной зрелости (N=34)	18	2	14
Высокие значения интегрального показателя личностной зрелости (N=34)	7	15	12
	$\varphi^*_{эмп} = 2.833$	$\varphi^*_{эмп} = 3.966$	$\varphi^*_{эмп} = 0.503$

После программы			
	Негативное отношение к ребенку	Нейтральное отношение к ребенку	Позитивное отношение к ребенку
Низкая мотивация достижений (N=34)	5	14	15
Высокая мотивация достижений (N=34)	3	12	19
	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 0.763$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 0.503$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 0.973$
Низкие значения отношения к «Я» (N=34)	2	18	14
Высокие значения отношения к «Я» (N=34)	4	9	21
	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 0.866$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.255$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 1.711$
Низкое чувство гражданского долга (N=28)	5	15	8
Высокое чувство гражданского долга (38)	1	11	26
	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.208$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.04$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 3.288$
Низкие показатели жизненной установки (N=29)	4	14	11
Высокие показатели жизненной установки (N=39)	1	13	25
	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 1.782$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 1.252$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.166$
Низкая способность к психол. близости с другими (N=34)	3	18	13
Высокая способность к психол. близости с другими (N=34)	2	8	24
	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 0.458$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.544$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.729$
Низкие значения интегрального показателя личностной зрелости (N=34)	4	19	11
Высокие значения интегрального показателя личностной зрелости (N=34)	1	8	25
	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 1.441$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.791$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 3.501$

Примечание: статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

До участия матерей в программе психообразование негативное отношение к ребенку более выражено при низких показателях компонентов личностной зрелости: чувство гражданского долга, жизненная установка, способность к психологической близости с другими людьми, интегральный показатель. Нейтральное отношение к ребенку более выражено при высоких значениях

отношения к «Я», чувства гражданского долга, жизненной установки, интегрального показателя. Различий по позитивному отношению не обнаружено.

После прохождения матерями программы мы видим, что негативное отношение к ребенку более выражено при низком чувстве гражданского долга и низкой жизненной установке. Нейтральное отношение к ребенку становится более выраженным при более низких значениях отношения к «Я», низком чувстве гражданского долга, низкой способности к психологической близости с другими, низком интегральном показателе личностной зрелости. Позитивное отношение к ребенку более выражено при высоких показателях отношения к «Я», высоком чувстве гражданского долга, высокой жизненной установке, высокой способности к психологической близости и высоком интегральном показателе личностной зрелости.

Самоотношение отражает силу «Я», сознательность, позитивную оценку собственных способностей. Вполне вероятно, что именно эти особенности являются хорошей базой, на основе которой формируется вера женщин в свои силы и возможности в плане оказания существенной помощи для облегчения течения заболевания, для максимально возможной адаптации совершеннолетнего ребенка с психическим заболеванием к социальной среде, его личностном развитии. Высокий уровень самооценки также может облегчать проявления стигматизации родителей, чьи дети нуждаются в психиатрической помощи.

Каждый человек как член социума в той или иной степени участвует в общественной жизни. Понимание личной ответственности за формирование общества, чувство долга перед своей семьей, государством за оптимизацию состояния болеющего человека, согласуется с умением и стремлением оказать родительскую заботу, поддержку, быть рядом в случае необходимости.

Рациональный взгляд на жизнь, которым обладают такие женщины, помогает им трезво смотреть на сложившуюся ситуацию и понимать, что заболевший член семьи продолжает оставаться их ребенком, и что изменения, коснувшиеся его личности, не влияют на его оценку родителями.

Женщинам, которые проявляют эмпатию к окружающим, сочувствие, способным проявить сострадание, легче реализовывать эти чувства в отношении собственного ребенка. Понимая, что член их семьи нуждается в помощи, они проявляют готовность ее оказать. Наличие сформированной способности к психологической близости определяет возможность установить крепкие привязанности.

Можно заключить, что после психообразовательной программы были обнаружены значимые связи личностной зрелости и большинства её отдельных критериев с позитивным отношением к заболевшему ребенку. Во время прохождения психообразовательной программы, вероятно, были активизированы ресурсы, на которых построена личностная зрелость, которые помогли адаптироваться к стрессовой ситуации и суметь более позитивно отнестись к своему ребенку со всеми болезненными изменениями. Отметим, что во время программы неоднократно подчеркивалась значимость сохранения эмоционально теплого, поддерживающего общения матери с заболевшим, что могло повысить степень ответственности и сознательности родителей. Правдивая информация о заболевании смогла рассеять многие заблуждения матерей об опасности, непредсказуемости поведения, а также дать опору в поиске возможностей, способностей и положительных личностных характеристиках заболевшего ребенка, что также способствовало повышению стремления принять ребенка, таким, какой он есть. После проведения психообразовательной программы у матерей изменилась дистанция с заболевшим ребенком. Наглядно результаты представлены в таблице 18 и на диаграммах (рис. 12, рис. 13).

Таблица 18. Сопоставление данных дистанции по CIDS у матерей с различным уровнем личностной зрелости до и после психообразовательной программы по T-критерию знаковых рангов Уилкоксона

Уровень личностной зрелости	(Me) до курсов	(Me) после курсов	Gэмп	P
Низкий уровень личностной зрелости (n=34)	4,5	2	-4,090	0,001
Высокий уровень личностной зрелости (n=34)	4	0,5	-5,096	0,001

Примечание: статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

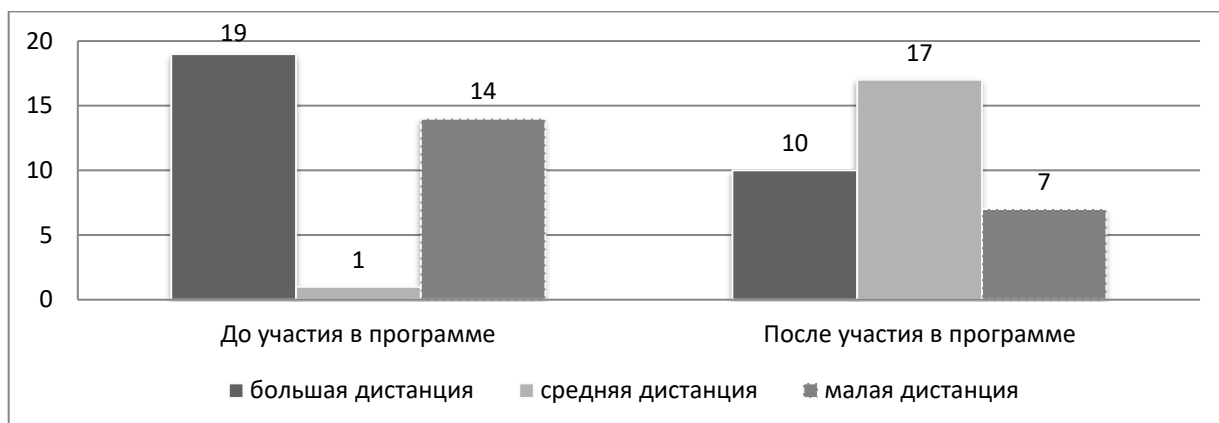


Рис. 12. Соотношение количества матерей, выбравших малую, среднюю и большую дистанцию до и после прохождения психообразовательной программы в подгруппе с *низким* уровнем личностной зрелости

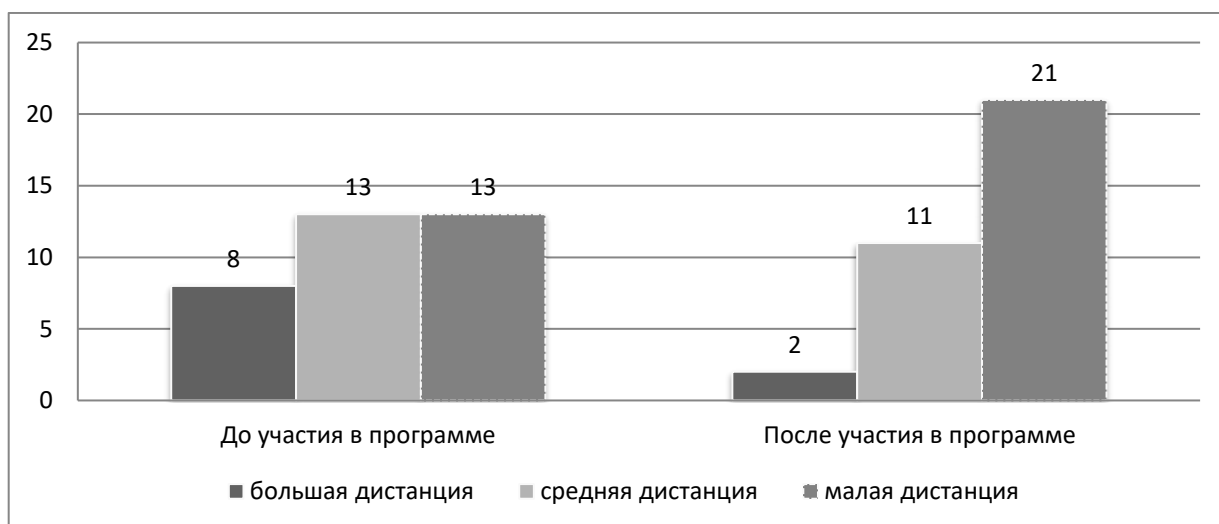


Рис. 13. Соотношение количества матерей, выбравших малую, среднюю и большую дистанцию до и после прохождения психообразовательной программы в подгруппе с *высоким* уровнем личностной зрелости

Малая дистанция до участия в психообразовательной программе была одинаково свойственна матерям, как с низким (14 матерей), так и с высоким уровнем личностной зрелости (13 матерей), однако после программы обнаружено, что при высоком уровне личностной зрелости возрастает количество матерей, выбирающих меньшую дистанцию (было 13 матерей, стало 21), а при низком уровне личностной зрелости сокращается (было 14 матерей, стало 7). После участия в программе психообразования увеличилось количество матерей, выбирающих *среднюю психологическую* дистанцию с заболевшим ребенком (рис.

12). При таком отношении матери не отдаляются от психически нездорового члена семьи, но и не готовы установить более близкие отношения с ним. Нейтральная дистанция может восприниматься как достаточно комфортная, при которой мать способна проявить заботу и понимание при необходимости, находясь при этом на приемлемом для себя психологическом расстоянии. Сократилось количество матерей, выбирающих *большую дистанцию* с ребенком, как при низком уровне личностной зрелости (было 19 матерей, стало 10), так и при высоком (было 8 матерей, стало 2).

Дистанцированность как отношение к ребенку с внезапно возникшим тяжелым психическим заболеванием может быть обусловлена растерянностью матерей, непониманием особенностей, как самого заболевания, так и специфики его проявления у ребенка. Им сложно быстро перестроиться и воспринимать отдельные поведенческие проявления как следствие воздействия заболевания, а не как проявления личностных черт.

При участии в психообразовательной программе матери получают информацию о болезни, учатся распознавать, какие именно поступки ребенка может вызвать его заболевание, а какие нет, каковы перспективы выздоровления, как именно проводится лечение, какие факторы могут рассматриваться в качестве благоприятных и др. Полученная информация, очевидно, позволяет родителям лучше понимать своих детей, знать, как именно они могут взаимодействовать с ними, какие элементы привычных интеракций целесообразно изменить, а какие могут и даже должны остаться прежними. Если дистанцированность была проявлением защитной реакции, обусловленной незнанием женщин, как именно контактировать с ребенком с проявлениями болезни, то после программы, напряжение, вызванное стрессом серьезных изменений в личности ребенка, снижается, вследствие чего сокращается психологическая дистанция с ним.

После участия матерей в психообразовательной программе большинству участниц исследования, обладающих высоким уровнем личностной зрелости, стала свойственна малая дистанция с заболевшим. Это подтверждает выдвинутое нами ранее предположение о том, что наиболее сильное влияние психообразовательные

курсы оказывают на личностно зрелых матерей. К выводам о том, что психообразовательные группы показывают наибольшую эффективность у людей с высоким уровнем личностного развития, приходили и другие авторы (Рудестам, 2000; Вачков, 2007).

Обратимся к анализу изменений связей отдельных компонентов личностной зрелости с **дистанцией** матери с ребенком до и после участия в психообразовательной программе.

Таблица 19. Результаты корреляционного анализа показателей шкал теста уровня личностной зрелости (Ю.З. Гильбух) и дистанции с ребенком по CIDS у матерей (n=68) до и после психообразовательной программы

Шкалы теста Гильбуха	r	p
До прохождения программы психообразования		
Мотивация достижений	7,53	0,28
Отношение к «Я»	4,73	0,58
Чувство гражданского долга	20,82	0,014
Жизненная установка	6,30	0,39
Способность к психол. близости с другими	9,24	0,16
Интегральный показатель личностной зрелости	7,53	0,28
После прохождения программы психообразования		
Мотивация достижений	0,32	0,01
Отношение к «Я»	0,25	0,04
Чувство гражданского долга	0,21	0,09
Жизненная установка	0,29	0,02
Способность к психол. близости с другими	0,31	0,01
Интегральный показатель личностной зрелости	0,38	0,001

Примечание: статистически значимые корреляции выделены **полужирным шрифтом**

Чем выше мотивация достижения у опрошенных матерей, тем меньше дистанция с болеющими детьми. Мотивация достижений предполагает стремление получить позитивный результат, добиться успеха в любом деле. Такая установка стимулирует человека искать оптимальные пути решения любой сложной задачи. Так, в ситуации внезапно возникшего тяжелого психического заболевания

женщины с развитой мотивацией достижения ориентированы на максимально возможное улучшение состояние их заболевших детей, что объединяет членов семьи в совместную деятельность и снижает дистанцию между ними.

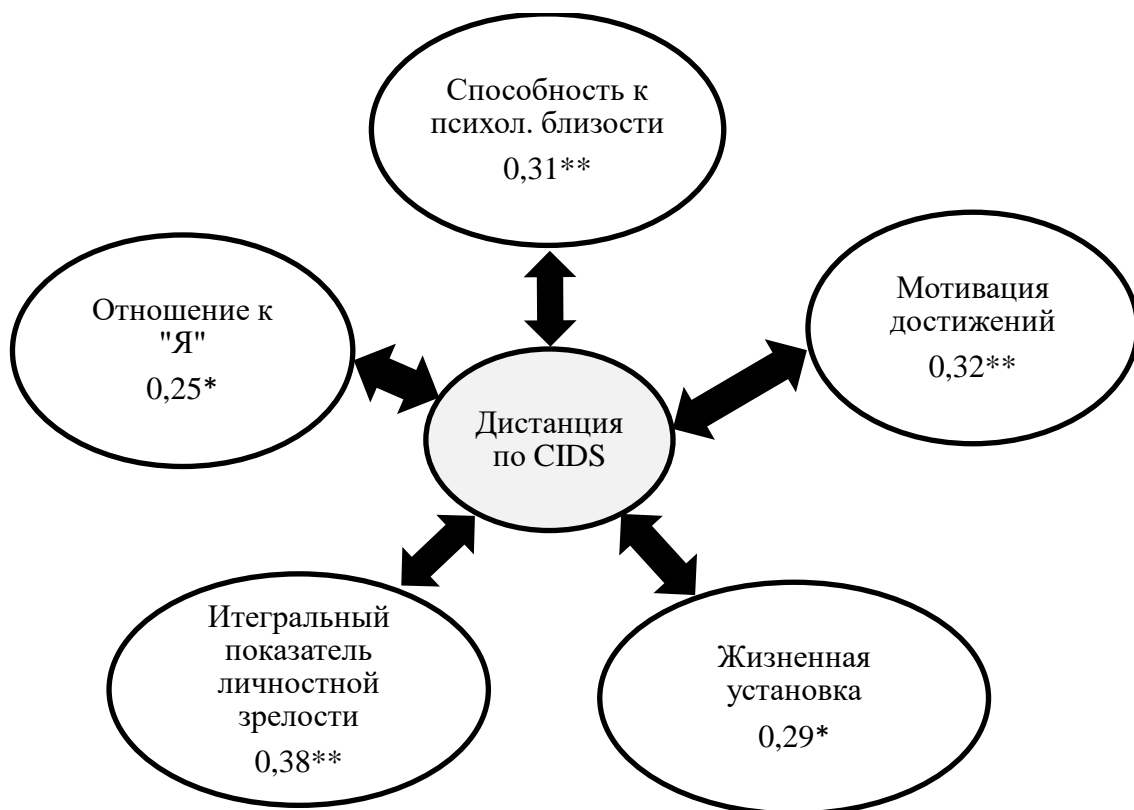


Рис. 14. Значимые связи дистанции по отношению к болящему ребенку с параметрами личностной зрелости после прохождения психообразовательной программы
Примечание: ** обозначены шкалы, по которым были выявлены статистически значимые связи при $p \leq 0,01$; * – при $p \leq 0,05$.

Чем выше уровень *отношения к «Я»* матерей, тем меньше дистанция, которую они удерживают с болящим ребенком. Уверенным в себе матерям легче устанавливать близкие отношения со своими детьми, искренне интересоваться ими, проявлять заботу и внимание, что играет большую роль в семейной психотерапии заболевания ребенка. Такие женщины меньше отвлекаются на последствия стигматизации и разговоры других людей о присутствии в их семье психически нездорового человека. Положительное самоотношение в этом плане может рассматриваться как важный ресурс, с помощью которого матери могут и

оптимизировать свое психоэмоциональное состояние (через минимизацию чувства неполноценности и несостоятельности себя как родителя), и установить более близкие и доверительные отношения с заболевшим ребенком.

Чем позитивнее *жизненная установка* женщин, принявших участие в исследовании, тем меньше дистанция с детьми. Вероятно, эта связь обусловлена тем, что способность женщин акцентировать внимание, прежде всего, на положительных сторонах ситуации помогает им видеть хорошее и в своих детях, находить общие интересы, эффективно организовывать совместную деятельность. Рациональность, рассудительность, разумный подход к сложившейся ситуации, вероятно, помогает матерям понять суть заболевания ребенка, перспективы его лечения, а также тот факт, что член семьи с психиатрическим диагнозом продолжает оставаться их ребенком, и что изменения в его психике не делают его плохим или недостойным уважения и любви человеком.

Чем выше *способность к психологической близости с другими людьми* в целом, тем меньше дистанция с заболевшим ребенком, в частности. Напомним, что до курсов связи между этими двумя переменными установить не удалось. После участия в программе психообразования, матери, вероятно, смогли активизировать эту способность применительно к своим детям. Очевидно, что при наличии самой способности к психологической близости реализация ее в жизни существенно облегчается. Умение устанавливать конструктивные контакты с социальным окружением, проявлять эмпатию легко переносится и на членов семьи, с которыми, как правило, уже существует крепкая эмоциональная привязанность.

Чем выше уровень *личностной зрелости* опрошенных матерей, тем больше проявляется тенденция к сокращению дистанции с детьми, заболевшими психическим заболеванием. Набор положительных качеств, свойственных личностно зрелым людям, помогает налаживать оптимальное межличностное взаимодействие и выбирать малую дистанцию в общении с болеющим ребенком.

В целом, после прохождения матерями программы психообразования изменился характер согласованности, а также число связей личностной зрелости и ее параметров и дистанции. Таким образом, участие в ней оказало благотворное

влияние не только на уровень психиатрической грамотности родителей, их психоэмоциональное состояние, но и на отношение к болеющим детям. Увеличение количества связей личностной зрелости с дистанцией после программы наглядно демонстрирует, что удалось активизировать ресурсные качества и способности, свойственные личностно зрелым людям, для оптимизации их отношения к болеющему члену семьи.

Таким образом, анализ результатов исследования позволяет рассматривать личностную зрелость, как фактор улучшения отношения и сокращения дистанции с заболевшим ребенком с тяжелым заболеванием. При этом, её свойства «активируются» при обращении к ним в процессе получения социально-психологической помощи, в нашем случае при участии в программе психообразования.

3.6 Тип отношения и дистанция с ребенком матерей с разным уровнем посттравматического стресса и личностной зрелости до и после профессиональной социально-психологической поддержки

Обратимся к сравнению изменений типа отношения матери и дистанции с ребенком до и после получения профессиональной социально-психологической поддержки (программа «Психообразование») при разном уровне ПТС и личностной зрелости. Нами была выдвинута *пятая гипотеза* о том, что при низком уровне посттравматического стресса отношение к ребенку матери и дистанция с ним после профессиональной социально-психологической поддержки изменяются только при высоких значениях личностной зрелости; при умеренном и высоком уровнях посттравматического стресса изменения в тех же показателях (отношения и дистанции) наблюдаются в диапазоне от низкого к высокому уровню личностной зрелости.

В таблице 20 представлены результаты исследования отношения матери к ребенку по ЦТО.

Таблица 20. Типы эмоционального отношения по ЦТО (медианы) у матерей с различным уровнем личностной зрелости до и после психообразовательной программы в подгруппах с разным уровнем ПТС

Личностная зрелость	Уровень ПТС					
	Низкий		Умеренный		Высокий	
	до программы	после программы	до программы	после программы	до программы	после программы
Низкий уровень	5	4	4	3	7	4
Высокий уровень	6	4	3	1	5	3

Примечание: цифрами обозначены данные, полученные по ЦТО: 1-3 – позитивное отношение; 4-5 – нейтральное; 6-8 – негативное отношение матери к ребенку.

Сопоставление данных об **отношении матери к ребенку** по методике ЦТО с помощью статистических критериев Уилкоксона и Мана-Уитни показало, что в *подгруппе с низким ПТС* отношение матери к заболевшему ребенку не изменяется *после* прохождения психообразовательной программы при низком уровне личностной зрелости ($T=-1,923$; $p=0,33$), а при высоком становится более позитивным ($T=-4,119$; $p=0,002$). Различий в отношении к ребенку матерей с низким ПТС не было выявлено при сравнении подгрупп с низким и высоким уровнем личностной зрелости ни до программы ($U=20,50$; $p=0,516$), ни после ($U=25,00$; $p=0,956$).

У матерей с *умеренным ПТС* отношение матери к заболевшему ребенку значительно повышается после прохождения психообразовательной программы только при высоком уровне личностной зрелости ($T=-2,247$; $p=0,025$), а при низком не меняется ($T=-1,473$; $p=0,141$). При умеренном ПТС были выявлены различия в отношении к ребенку между подгруппой матерей с низким уровнем личностной зрелости и с высоким – до программы и после прохождения программы. Так, позитивное отношение у матерей с высоким уровнем личностной зрелости было значительно выше до программы ($U=38,00$; $p=0,038$) и после программы ($U=54,00$; $p=0,017$).

В подгруппе матерей с высоким уровнем ПТС отношение матери к заболевшему ребенку значительно повышается после прохождения психообразовательной программы при низком ($T = -2,673$; $p=0,008$) и высоком ($T = -3,787$; $p=0,001$) уровнях личностной зрелости. Так же в этой подгруппе значительно различается позитивное отношение к ребенку относительно уровня личностной зрелости - до программы показатель выше у матерей с высоким уровнем личностной зрелости ($U=23,00$; $p=0,018$), после программы различия между значениями отношения к ребенку матерей с высоким и низким уровнями личностной зрелости нивелируются ($U=30,500$; $p=0,070$).

Таблица 21. Показатели дистанции по CIDS (медианы) у матерей с различным уровнем личностной зрелости до и после психообразовательной программы в подгруппах с разным уровнем ПТС

Личностная зрелость	Уровень ПТС					
	Низкий		Умеренный		Высокий	
	до программы	после программы	до программы	после программы	до программы	после программы
Низкий уровень	4,5	2	4,5	2	4	2
Высокий уровень	4,25	1,25	1	0,5	3,5	2,5

Примечание: цифрами обозначены данные, полученные по CIDS: 0-2,6 – малая дистанция; 2,7-5,2 – средняя дистанция; 5,3-8 – большая дистанция матери с ребенком

Такой же расчет дистанции матери с ребенком по методике CIDS (таблица 21) с помощью статистических критериев Уилкоксона и Мана-Уитни показал, что в подгруппе с низким ПТС дистанция матери с заболевшим ребенком после прохождения психообразовательной программы не меняется при низком уровне личностной зрелости ($T=1,801$; $p=0,072$), а при высоком уровне личностной зрелости дистанция значительно сокращается ($T=-4,215$; $p=0,001$). Различий в дистанции относительно уровня личностной зрелости отдельно в подгруппах с низким и высоким уровнем личностной зрелости не было выявлено ни до программы ($U=20,00$; $p=0,445$) ни после ($U=21,00$; $p=0,558$).

В подгруппе матерей с *умеренным ПТС* дистанция матери с заболевшим ребенком после прохождения психообразовательной программы сокращается при низком уровне личностной зрелости ($T=-2,866$; $p=0,004$), а при высоком уровне личностной зрелости не меняется ($T=-1,826$; $p=0,068$). Так же выявлены различия по показателю дистанции между подгруппами матерей с высоким и низким уровнем личностной зрелости до программы ($U=42,50$; $p=0,006$) и после ($U=24,50$; $p=0,037$).

В подгруппе матерей с *высоким уровнем ПТС* дистанция матери с заболевшим ребенком после прохождения психообразовательной программы сокращается как при низком уровне личностной зрелости ($T=-2,209$; $p=0,027$), так и при высоком уровне личностной зрелости ($T=-3,851$; $p=0,001$). Различий между подгруппами матерей с низким и высоким уровнем личностной зрелости по показателю «дистанция» не было выявлено ни до программы ($U=51,50$; $p=0,757$) ни после ($U=34,50$; $p=0,103$).

Пятая гипотеза о том, что при низком уровне посттравматического стресса отношение к ребенку матери и дистанция с ним после профессиональной социально-психологической поддержки изменяются только при высоких значениях личностной зрелости, подтверждается; при умеренном и высоком уровнях посттравматического стресса изменения в тех же показателях (отношения и дистанции) наблюдаются в диапазоне от низкого к высокому уровню личностной зрелости.

Участие матерей в программе «психообразование» имеет большее значение в улучшении эмоционального отношения к заболевшему ребенку в случае, когда сочетаются умеренный и высокий уровень ПТС и высокая личностная зрелость. Сокращение психологической дистанции с ребенком можно прогнозировать при низком и высоком ПТС при наличии высокого уровня личностной зрелости.

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о специфике *отношения* матери к заболевшему ребенку, учитывая остроту переживания посттравматического стресса и уровень её личностной зрелости матери. Так, было показано, что при низком уровне ПТС у матерей с низким уровнем личностной

зрелости участие в психообразовательной программе не оказывает значимого воздействия на улучшение отношения. На наш взгляд, низкая эмоциональная вовлеченность матерей в идентификацию и интеграцию чувств по отношению к себе и к ребенку в сочетании с низким уровнем личностной зрелости, по всей видимости, являются неблагоприятными для позитивных изменений.

Программа положительно влияет на способность сократить *дистанцию* с ребенком при умеренном и высоком значениях ПТС матерей и с низким, и с высоким уровнем личностной зрелости.

Таким образом, можно сделать вывод о значении целого комплекса условий – наличия высокого уровня личностной зрелости и участия матери в программе профессиональной социально-психологической поддержки для более положительного, как показал анализ результатов, восприятия ребенка и взаимодействия с ним. Личностная зрелость не является защитой от переживания посттравматического стресса и реакций эмоционально негативного отношения к ребенку и увеличения дистанцирования от него. В сочетании с участием матери в программе профессиональной социально-психологической поддержки, которой в нашем случае выступило «психообразование», личностная зрелость работает как катализатор положительных изменений – снижения уровня ПТС, сокращения психологической дистанции с ребенком, улучшения эмоционального отношения к нему.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей диссертационной работе представлено исследование, раскрывающее вклад личностной зрелости матери в её совладание с психологическими последствиями стрессового воздействия, вызванного тяжелым заболеванием совершеннолетнего ребенка. В ходе исследования проведен теоретический анализ классических и современных работ, посвященных изучению психологических последствий переживания разнообразных стрессоров, в том числе и стрессора «тяжелое заболевание ребенка», осуществлено эмпирическое исследование особенностей переживания матери, её психического состояния и его изменения после получения профессиональной социально-психологической помощи. Обнаруженные в процессе исследования различия в психологических последствиях воздействия стрессового события — дебюта тяжелого заболевания ребенка, позволили провести сравнение разных групп респондентов. Так, признаки посттравматического стресса варьировались от слабовыраженных до интенсивных, выявлено разнообразие в степени выраженности психопатологических симптомов. Участие в программе профессиональной социально-психологической помощи по-разному отразилось на снижении интенсивности психопатологических симптомов и посттравматического стресса в зависимости от начального уровня интенсивности ПТС.

Исследована связь личностной зрелости с уровнем посттравматического стресса, психопатологической симптоматики, определен вклад личностной зрелости матери в отношении к ребенку и установление дистанции с ним, прослежены изменения этих показателей после прохождения матерями программ профессиональной социально-психологической поддержки. Выявлены особенности эмоционального отношения и дистанции с ребенком в соотношении с интенсивностью посттравматического стресса и уровнем личностной зрелости матери. Показано, что эффективность социально-психологической поддержки опирается на способность матери к идентификации негативных последствий события (заболевания ребенка), а также на достаточно высокий уровень личностной зрелости – при сочетании умеренного и высокого уровня

посттравматического стресса и высоких показателей личностной зрелости была обнаружена положительная динамика в отношении к ребенку и сокращении дистанции с ним. Определено, что личностная зрелость выступает предиктором способности идентифицировать переживание стресса матерью и проявлений отдельных психопатологических симптомов, позволяя тем самым быть в контакте со своими переживаниями, уметь дифференцировать своё психоэмоциональное состояние, что способствует целенаправленной профилактике стресса и является предпосылкой обращения за специализированной помощью и профессиональной социально-психологической поддержкой. В связи с этим мы предлагаем рассматривать личностную зрелость как ресурс благополучного совладания с психологическими последствиями переживания стрессора «тяжелое заболевание ребенка» и предполагаем, что её вклад в совладание с последствиями других стрессоров также не менее значим.

Выводы:

1. Установлено, что отсроченное переживание матерью воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребёнка» соотносится с признаками посттравматического стресса и психопатологической симптоматики. При высоком уровне посттравматического стресса преобладают признаки физиологической возбудимости, а также ряд психопатологических симптомов – обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, враждебность и психотизм.
2. Показано, что по степени выраженности личностной зрелости выборка матерей распределилась равномерно. При этом, высокому уровню личностной зрелости соответствуют низкие показатели посттравматического стресса. В целом обнаружено, что личностная зрелость связана с переживанием посттравматического стресса по принципу обратной связи, то есть её высокий уровень не прогнозирует снижение переживания ПТС, а выступает предиктором способности идентифицировать переживание стресса матерью.
3. Выявлено, что у личностно зрелых матерей психопатологическая симптоматика оказалась менее выраженной по сравнению с личностно незрелыми матерями. Отдельные компоненты личностной зрелости – мотивация достижения, Я-концепция, способность к психологической

близости с другими сопряжены с низким уровнем симптомов межличностной сензитивности, депрессивности, обсессивно-компульсивной симптоматики и тревожности.

4. Участие матери в профессиональной социально-психологической программе сопряжено со снижением интенсивности проявления посттравматического стресса и психопатологических симптомов, при этом наиболее выражено снижаются симптомы обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, депрессивности, тревожности, общего индекса тяжести симптомов и индекса наличного симптоматического дистресса. Значимые изменения в психопатологической симптоматике имеют специфику у матерей с разным уровнем ПТС – снижение симптомов соматизации и психотизма характерно для матерей с высоким ПТС, а симптомов враждебности и паранойяльности — для матерей с низким уровнем ПТС. У матерей с умеренным ПТС снижаются показатели соматизации.
5. Личностная зрелость матери способствует установлению позитивного отношения к ребенку и сокращению дистанции в общении с ним после её участия в программе профессиональной социально-психологической поддержки. Для матерей с низким уровнем личностной зрелости после прохождения программы характерно установление нейтрального отношения к ребенку и средней дистанции взаимодействия с ним; у матерей с высоким уровнем личностной зрелости преобладают позитивное отношение к ребенку, тенденция взаимодействовать с ним на близкой дистанции. Положительные изменения в отношении к ребенку среди матерей с низким уровнем посттравматического стресса и дистанция с ним изменяются только при высоких значениях личностной зрелости; при умеренном и высоком уровнях посттравматического стресса позитивные изменения в отношении к ребенку и дистанции наблюдаются при всех значениях личностной зрелости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Азарных Т.Д.* Тревожность и посттравматические стрессы // Академический журнал Западной Сибири. 2012. №6. С. 38-39.
2. *Александрова, Н. В., Крахмалева, О. Е., Барышева, О. М., Емельянова, Е. Ю., Капитоненко, Е. А.* Интегративный подход к психосоциальной реабилитации детей и подростков // Омский психиатрический журнал. 2016. №4(10). С. 26-29.
3. *Брычева Н.В., Аминев В.А.* Психологический и социальный статус пострадавших в детстве от ожоговой травмы // Комбустиология на рубеже веков: мат. междунар. конгр. М., 2000. С. 44–45.
4. *Ананьев Б. Г.* О проблемах современного человекознания. М.: "Ин-т психологии", 1977. – 379 с.
5. *Ананьев Б.Г.* Человек как предмет познания. СПб.: Питер, 2010. – 288 с.
6. *Ананьев Б.Г.* Психология и проблемы человекознания: Избранные психологические труды / Под ред. А.А. Бодалева. Воронеж: изд-во НПО «МОДЭК», 2005. – 432 с.
7. *Андерсон Дж.* Когнитивная психология / Пер. С. Комаров. СПб.: Питер, 2002. С. 496.
8. *Анцыферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. Т. 15. № 1. 1994. С. 7–10.
9. *Архипова И.В., Кокорина Н.П.* Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения // Психические расстройства в общей медицине. 2009. №. 1. С. 20-22.
10. *Асмолов А. Г.* Психология личности: принципы общепсихологического анализа / Под ред. А.Г. Асмолова. М.: Смысл, ИЦ «Академия», 2002. – 416 с.
11. *Бодров В.А.* Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕРСЭ, 2006. – 528 с.

12. *Бохан Т.Г.* Психология стресса: системный подход // Учебное пособие. Томск: Томский государственный университет (ТГУ), 2019. – 140 с.
13. *Бочаров В.В.* Клинико-психологические аспекты исследований родственников больных шизофренией // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева / Под ред. В.В. Бочарова, Б.В. Иовлева, Т.А. Корман. 2009. № 2. С. 9-12.
14. *Будаева М. Д.* К вопросу о психологических особенностях родителей ребенка с отклонениями в развитии // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. / Под ред. М.Д. Будаевой. 2013. Т. 2. № 1. С. 24-34.
15. *Бажин Е. Ф., Эткинд А. М.* Цветовой тест отношений (ЦТО) // Методические рекомендации. Л.1985. С. 1-18.
16. *Былим, И. А.* Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи // Психическое здоровье / Под ред. И.А. Былим, Е.Б. Любова. 2010. № 8. С. 56-71.
17. *Вачков И. В., Галиева М. Г.* Становление представлений о детях с психическими нарушениями и путях психологической помощи им с тридцатых годов XX в. до нулевых годов XXI в // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Педагогика и психология. 2018. №. 2. С. 78-96.
18. *Тарабрина Н. В., Быховец Ю. В., Казымова Н. Н.* Специфика психологического благополучия в группах респондентов с различной интенсивностью переживания террористической угрозы // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2012. №. 2. С. 2-2.
19. *Варга А. Я.* Структура и типы родительского отношения: Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Под ред. А. Я. Варга. М., 1986. С. 206. – 186 с.
20. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Федорова В. Л.* Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. 2008. №. 27. С. 16-17.

21. *Васягина Н.Н.* Специфика и условия эффективности воспитательной деятельности родителей // Педагогическое образование в России. 2013. № 1. С. 63-69.
22. *Вахитов Ш. М.* Профессиональный руководитель: компетентность как менеджера, личностная зрелость, качественное мышление // Общественное здоровье и здравоохранение. 2012. № 3. С. 54-58.
23. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2009. С. 36-41.
24. *Ворона О.А.* Психологические последствия стресса у больных раком молочной железы: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. – 205 с.
25. *Воюшина Е. А.* Подходы к определению критериев зрелости личности // Актуальные вопросы современной психологии: Материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2017 г.). Краснодар: Новация, 2017. С. 11–14.
26. *Гильбух Ю. З.* Диагностика личностной зрелости. К.: Научно-практический центр «Психодиагностика и дифференцированное обучение. 1994. – 58 с.
27. *Головей Л. А., Данилова М. В., Данилова Ю. Ю.* Самоотношение и отношения со значимыми взрослыми как факторы удовлетворенности жизнью у подростков // Социальная психология и общество. 2017. Т. 8. №. 1. С. 108-125.
28. *Гордеева Т. О.* Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы // Современная психология мотивации / 2002. С. 47.
29. *Грин А.* Мертвая мать // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо, А. В. Рассохина. СПб.: Питер, 2005. С. 333-361.
30. *Грошева Е.В.* Задачи психологического сопровождения семьи психически больного ребенка в условиях психиатрического стационара // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена Е. // 2008. № 74-2. С. 109-112.
31. *Гусева М.А., Антонов А.И., Лебедь О.Л., Карпова В.М., Цейтлин Г.Я.* Социальные проблемы семей, имеющих детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями, Высшее образование для 21 века: 6-я международная научная

конференция. Москва, 19-21 ноября 2009 г.: Доклады и материалы. Секция 8. Социальное образование/ отв.ред. С.В.Овчинникова. М.: Изд-во Моск. Гуманит. Ун-та, 2009. С. 46-53.

32. *Гуткевич Е.В.* Семья психически больного в системе социальных координат (Российские исследования) Семейно-генетический кризис // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 1. С. 71-76.

33. *Гуткевич Е.В.* Современная семья в аспекте психологии здоровья личности: проблемы развития и возможности превенции // Сибирский психологический журнал. 2014. № 51. С. 120-131.

34. *Гурович И. Я.* Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17. №. 1. С. 64-68.

35. *Гурович, И. Я., Шмуклер, А. Б., Шашкова, Н. Г., Висневская, Л. Я., Бабушкина, Е. И., Давыдов, К. В., Есаянц, Ж. Л.* Оптимизация психиатрической помощи (фармако-и психосоциальной терапии) больным шизофренией с длительными госпитализациями: пособие для врачей. Пособие для врачей, 2007, М, 26. С. 41.

36. *Дан М.В.* Личностная зрелость и ее роль в динамике эмоционального отношения и дистанции матери и совершеннолетнего ребенка с тяжелым заболеванием / Мир науки. Педагогика и психология. Издательство: Издательство "Мир науки" Том: 7 № 2. 2019. С. 47.

37. *Дан М.В.* Динамика эмоционального состояния матерей после переживания стресса-впервые возникшего тяжелого психического заболевания у совершеннолетнего ребенка // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. Т. 6. №. 4А. С. 222-232.

38. *Дан М.В.* Посттравматический стресс матерей совершеннолетних детей с острым первичным психическим расстройством // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. Т. 4. №. 101. С. 16-20.

39. *Дан М.В.* Эмоциональное принятие родного с психическим заболеванием при различном уровне личностной зрелости. Сравнительный анализ двух случаев / Историческая и социально-образовательная мысль. Том 7. № 4. 2015, С. 67-71.

40. Дан М.В. Посттравматический стресс у матерей, переживших первый психотический эпизод у совершеннолетнего ребенка / Психологические исследования. Вып. 8 / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 59–70.

41. Дан М.В. Личностная зрелость матерей и эмоциональное принятие совершеннолетнего ребенка с психотическим эпизодом / Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 294-307.

42. Дан М.В., Харламенкова Н.Е. Психологические последствия переживания матерью впервые возникшего психического заболевания у совершеннолетнего ребенка / Семья, брак и родительство в современной России. Вып. 2 / Под ред. А.В. Махнача, К.Б. Зуева. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 49-57.

43. Дан М.В. Эмоционально-личностная динамика матерей, ухаживающих за совершеннолетними детьми после первого психотического эпизода / Психологическая безопасность личности в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: сборник научных статей V Международной научно-практической конференции / Под ред. Р.В. Кадырова; Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2015. С. 205-212.

44. Дан М.В. Личностная зрелость и эмоциональное состояние матерей, ухаживающих за совершеннолетним ребенком с первым психотическим эпизодом, Психология – наука будущего: Материалы VI Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего». 19–20 ноября 2015 года, Москва / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 126-129.

45. Даутова К.А., Диханбаева Г.А. Проблема семей имеющих детей инвалидов // Вестник КазНМУ. 2018. №1. С. 86.

46. Долгих А.А. Социокультурная позиция матери как составляющая родительской зрелости в отечественной психологии // Научно-педагогическое обозрение. 2016. № 2 (12). С. 38-45.

47. *Дорохов М. Б.* Эмпирическое исследование изменения «временных перспектив» в психотравматической ситуации // Научно-исследовательские публикации. 2014. № 1(5). С. 86-102.

48. *Егорова А.И.* Личностная зрелость как интегральная характеристика личности будущего специалиста // Актуальные проблемы и перспективы развития современной психологии. 2013. № 1. С. 182-185.

49. *Ениколопов С. Н.* Стигматизация и проблема психического здоровья // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию ЮФ Полякова) / М.: Московский городской психолого-педагогический университет, 2013. С. 109-121.

50. *Ерментаева А. Р.* Аналитический обзор зарубежных исследований коппинг-стратегии личности // International scientific review of the problems of philisophy, psychology and pedagogy. 2018. С. 55-61.

51. *Есина О. Б.* Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики. / СПб., 2017. С 145-146.

52. *Жедунова Л. Г.* Семья с больным ребенком: содержание психологической помощи // Ярославский педагогический вестник. 2015. № 5. С. 184-188.

53. *Журавлев А. Л., Сергиенко Е. А.* Феномен и категория зрелости в психологии. 2007. С. 18.

54. *Заборина Л.Г.* Базисные убеждения родителей детей-инвалидов в условиях хронического стресса. М.: Институт Психологии РАН, 2016. С 16.

55. *Захарова Е.И.* Личностная зрелость – вершина развития человека // Психология освоения родительства / М., 2014. С. 159-173.

56. *Захарова Е.И.* Развитие личности в ходе освоения родительской позиции // Культурно-историческая психология. 2008. № 2. С. 24-29.

57. *Зеленкова Т.В.* Интегративная модель помощи больным шизофренией и их родственникам в контексте системной семейной психотерапии // Психическое здоровье. 2009. Т. 7. № 10. С. 36-44.

58. *Зеленкова Т.В.* Особенности системного подхода при включении родителей детей с расстройствами аутистического спектра в лечебно-реабилитационный процесс // Психическое здоровье. 2016. Т. 14. № 9 (124). С. 53-59.

59. *Знаков В. В., Турок Е. М.* Понимание и переживание террористической угрозы // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2010. №. 1. С. 2-29.

60. *Игумнов С. А., Жебеняев В. А.* Современные подходы в психотерапии расстройств депрессивного спектра (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2011. №. 4. С. 24-29.

61. *Ильин Е.П.* Психология страха // Учебное пособие для ВУЗов. СПб.: Питер, 2017. С. 154.

62. *Кадыров Р.В., Маслова М.В.* Программа краткосрочной психологической помощи в переживании утраты близкого, больным психическими расстройствами. Ульяновск: Зебра, 2016. С 35.

63. *Казаковцев Б.А.* Психосоциальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами // Психическое здоровье. 2008. Т. 6. № 5. С. 14-31.

64. *Карабанова О. А.* Семейное психологическое консультирование теория, практика, образование // Национальный психологический журнал. 2010. №. 1. С. 18-22.

65. *Коган О.С., Галиуллина С.Д.* Особенности психологии болезни и инвалидности. Уфа: УГУЭС. 2016. С. 48.

66. *Колесникова А.А.* Личностная зрелость в контексте профессиональной идентичности студентов разных специализаций // Мир науки, культуры, образования. 2015. № 2 (51). С. 293-296.

67. *Колесникова Н. И.* Личностные аспекты понимания психического у взрослых // Психологические исследования. 2010. № 6. С. 11-18.

68. *Кон И.С.* В поисках себя: личность и ее самосознание. М.: Политиздат, 1984. С. 335.

69. *Корень Е.В.* Бремя семьи у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 4. С. 46-50.

70. *Корень Е.В.* Групповая психосоциальная мультисемейная терапия с родителями детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра: пилотное исследование // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. №1. С. 71–76.

71. *Корман Т.А.* Качество жизни родителей детей, больных шизофренией // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2010. № 1. С. 70-80.

72. *Корман Т.А.* Качество жизни родственников больных шизофренией (К методологии исследований) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015. № 3. С. 15-21.

73. *Косенко В.Г., Солоненко А.В.* Эффективность психокоррекционной работы с семьями пациентов с первым психотическим эпизодом // Сборник региональной научно-практической конференции «Развитие Кубанского региона: экономические и социально-психологические аспекты» / Краснодар, 2009. С. 352-358.

74. *Крайг Г.* Психология развития. СПб.: Питер, 2000. С. 58-59.

75. *Крюкова Т.Л.* Социокультурный контекст совладания в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции) // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2012. Т. 18. № 4. С. 135-142.

76. *Крюкова Т.Л.* Человек как субъект совладающего поведения // Психологический журнал. 2008. Т. 2, №. 2. С. 88–95.

77. *Куфтяк Е. В.* Развитие психологии семейного совладания // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2013. Т. 19. №. 3. С. 31-32.

78. *Куприянова И.Е., Слонимская Е.М., Бехер О.А.* Нервнопсихические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 118-119.

79. *Куприянова Т.А.* Программа (модуль) психосоциальной терапии для родителей детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра // Современная терапия психических расстройств. 2015. №3. С. 26-32.

80. *Кушнарченко Е. Е., Терскова А.А.* Социально-экономические и психологические проблемы семей с детьми с инвалидностью в 90-е гг. XX в. // Эпоха науки. 2018. С. 137.

81. *Лафи С.Г.* Психологические особенности травматического стресса при ожоговой болезни: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1993. – 174 с.

82. *Леонтьев А. Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл, Академия, 2005. С. 352.

83. *Леонтьев Д.А.* Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1. / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 56-65.

84. *Литвинова Н.Ю.* Психологические ресурсы совладающего поведения в жизнедеятельности человека. // Психология стресса Монография / Владим. гос. ун-т им. А. Г. и Н. Г. Столетовых. Владимир: Изд. ВлГУ, 2017. С. 49.

85. *Лиманкин О. В.* Оценка пользователей – вневедомственный регулятор качества психиатрической помощи. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. М., 2013. №4. С. 113–121.

86. *Мадорский В.В.* Эффективность различных стратегий психореабилитации при шизофрении // Современная терапия психических расстройств. М., 2012. №4. С. 27.

87. *МакДугалл Дж.* Театр души. Иллюзия и правда на психоаналитической сцене. СПб.: ВЕИП, 2002. – 309 с.

88. *Малярчук Н.Н.* Понятия социально-личностного подхода: «личностная зрелость» и «социальная зрелость» // Исторические, философские, политические и

юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2014. № 4-1. С. 129-132.

89. *Маслоу А.* Мотивация и личность. 3-е изд. СПб.: Питер, 2012. – 352 с.

90. *Махмутова Р. К.* Особенности родительских установок матерей с разным уровнем личностной // Психология. ВШЭ. 2013. №2. С.165-172.

91. *Мельникова М.Л.* Психология стресса: теория и практика // Учебно-методическое пособие. Екатеринбург: [б. и.], 2018. С. 56.

92. *Международная классификация болезней МКБ-10.* [Электронный ресурс] // <http://www.mkb10.ru/>. Дата обращения 05.03.2019

93. *Мещеряков Б., Зинченко В.* Большой психологический словарь. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК. 2004. С. 117.

94. *Михайлова Н. Ф.* Систематическое исследование индивидуального и семейного стресса повседневной жизни в полных семьях подростков с сенсорными нарушениями // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2013. №. 4. С. 141.

95. *Назарова Е.Н.* Роль семьи в формировании культуры здорового образа жизни детей старшего дошкольного возраста // Научный форум: Педагогика и психология: сб. ст. по материалам XV междунар. науч.-практ. конф. № 2 (15). М.: Изд. «МЦНО».2018. С. 37-44.

96. *Нартова–Бочавер С.К.* «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. № 5. С. 20–30.

97. *Овчарова Р.В.* Психология личности: учебное пособие. Под ред. Р. В. Овчаровой, С. В. Уманского. Курган: Изд-во КГУ, 2010. С. 230.

98. *Одинцова М. А.* Психология стресса: учебник и практикум для академического бакалавриата // Серия: Бакалавр. Академический курс. М.: Издательство Юрайт, 2016. С. 299.

99. Олпорт, Г. Становление личности: избранные труды / Г. Олпорт / пер. с англ. Л. В. Трубицыной и Д. А. Леонтьева; под общ.ред. Д. А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – 461 с.

100. *Падун М.А.* Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психол. журнал. 2008. Т. 29 № 4. С. 98-106.
101. *Падун М.А.* Регуляция эмоций и ее нарушения // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2015. Т. 8. № 39. С. 5.
102. *Плотникова Ю. С., Молчанова А. А., Бишель М.* Семьи детей с тяжелыми формами заболеваний как объект социальной работы // Социально-гуманитарные чтения. 2018. С. 86.
103. *Погорова Р.И.* Личностная зрелость как условие профессиональной жизнестойкости психолога // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2013. № 11 (31). С. 10.
104. *Погосова Г. В.* Психоэмоциональные расстройства у больных сердечнососудистыми заболеваниями: вопросы лечения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018. Т. 5. №. 2. С. 94-99.
105. *Полетаева А. В.* Ценностно-смысловые ориентации личности как фактор переживания последствий психической травмы // Социальная работа в Сибири: Сборник научных трудов / Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. С. 137-141.
106. *Портнова А.Г.* Личностная зрелость: подходы к определению // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 37-41.
107. *Празднова В.А.* Интегративный подход к групповой психотерапии с родственниками больных шизофренией // Психическое здоровье. 2012. Т. 10. № 12 (79). С. 64-68.
108. *Празднова В.А.* Особенности семейных отношений и перспективы семейной психотерапии в семьях больных генерализованным тревожным расстройством // Психическое здоровье. 2010. Т. 8. № 3 (46). С. 36-40.
109. *Празднова В.А.* Синергетические эффекты интегрирования методов групповой психотерапии // Психическое здоровье. 2015. Т. 13. № 1 (104). С. 28-35.
110. *Празднова В.А.* Синергетические эффекты интегрирования методов групповой психотерапии. Часть II // Психическое здоровье. 2015. Т. 13. № 3 (106). С. 37-44.

111. *Празднова В.А.* Системная психотерапия родственников лиц, страдающих психическими расстройствами психотического уровня: Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». М.: Медпрактика, 2007. С. 195.
112. *Празднова В.А.* Фигура матери в семейном контексте лиц с психическими расстройствами шизофренического спектра // Психическое здоровье. 2009. Т. 7. № 7. С. 36-42.
113. *Пронина А.Н.* Взаимосвязь личностной зрелости приемных родителей и процесса социализации-индивидуализации детей дошкольного возраста // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2015. № 2. С. 31-37.
114. *Прохорова О.Г.* Подготовка молодёжи к родительству // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. 2008. №1. С. 5-12.
115. *Добряков И.В., Защиринская О.В.* Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. СПб.: Речь, 2007. С. 400.
116. *Пятакова Г.В.* Личностные особенности детей с последствиями тяжелых ожоговых травм: Материалы Конгресса «Психическое здоровье в Германии и России: клиническая и исследовательская инициатива». СПб., 2013. С. 28-31.
117. *Реан А.А.* Социальная педагогическая психология. Под ред. А.А. Реана, Я. Л. Коломинского. СПб.: Питер, 2007. С. 480.
118. *Резников М.К.* Интерпретация психологического состояния матерей детей с патологией психического развития // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2011. № 44. С. 167-170.
119. *Ривкина Н. М.* Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Соц. и клин. психиатрия. 2009. № 1. С. 65-75.
120. *Ривкина Н.М.* Групповая психосоциальная работа с семьями в системе комплексной помощи пациентам с первым психотическим эпизодом // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 3. С. 42-49.

121. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. Под ред. К. Роджерса. М.: Изд-во «ЭКСМО- пресс», «Универс», 2001. С. 416.
122. *Роджерс К.* Полноценно функционирующий человек // Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс.1994. С. 234-247.
123. *Руженская Е.В.* Современные подходы к организации социореабилитации лиц с психическими расстройствами // Вестник Ивановской медицинской академии. 2016. Т. 21. № 2. С. 10-15.
124. *Самойлова Д. Д., Барыльник Ю. Б.* Изменчивость показателей уровня качества жизни и социального функционирования пациентов с шизофренией в зависимости от проводимого лечения // В мире научных открытий. 2016. №. 7 (79).
125. *Сандомирский М.Е.* Защита от стресса. Работа с подсознанием. М.: СПб: Питер; Издание 2-е, 2016. С. 304.
126. *Сафуанов Ф.С.* Индивидуально-психологические особенности родителей как предикторы высококонфликтных разводов // Психологическая наука и образование. 2012. № 2. С. 60-70.
127. *Селье Г.* На уровне целого организма: пер. с англ. М.: Наука, 1972. С. 121.
128. *Селье Г.* Очерки об адапционном синдроме: пер. с англ. М.: Медицина, 1960. С. 254.
129. *Селье Г.* Стресс без дистресса: пер. с англ. М.: Прогресс, 1982. С. 122.
130. *Селье Г.* Эмоциональный стресс: пер. с англ. М.: Наука, 1970. С. 120.
131. *Семенов М.Ю.* Отношение личностно зрелых людей к деньгам // Психологический журнал. 2012. Т. 33. №1. С.66-72.
132. *Сечко А.В., Поляхов И.В.* Психологическая помощь детям и подросткам, больным сахарным диабетом // Коллективная монография. Под общей редакцией А.В. Кокурина, В.И. Екимовой, Е.А. Орловой. Модели и технологии оказания психологической помощи детям и подросткам в экстремальных ситуациях. Пермь. Изд.: ИП Сигитов Т.М. Пермь. 2018. С. 134-154.

133. *Серазетдинова Л.Г., Петрова Н.Н., Малеваная О.В.* Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 1. С.37.
134. *Сергиенко Е.А.* Субъектная регуляция совладающего поведения // Совладающее поведение: современное состояние и перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. М.: ИП РАН, 2008. С. 67–83.
135. *Сергиенко Е.А.* Контроль поведения и защитные механизмы // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23–25 сент. 2010 г.: в 2 т. / отв. ред. Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. Кострома: Изд-во Костром. гос. ун-та им. Н.А. Некрасова, 2010. Т. 1. С. 65–67.
136. *Слободчиков В. И.* Психология человека: введение в психологию субъектности: учеб. пособие для вузов. Под ред. В.И. Слободчикова, Е. И. Исаева. М.: Школа-Пресс, 1995. С. 384.
137. *Солдатова Е.Л.* Связь эго-идентичности и личностной зрелости // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2015. Т. 8. № 1. С. 29-33.
138. *Солдаткин В.А.* Посттравматическое стрессовое расстройство. Монография. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ Минздрава России. 2016. 624 с.
139. *Солохина Т.А., Шевченко Л.С.* Семья и психическое расстройство: что может помочь семье преодолению болезни // Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье / Под ред. В.С. Ястребова. М.: МАКС Пресс, 2008. С. 8.
140. *Солохина Т.А.* Качество жизни родственников психически больных // Журнал неврологи и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. № 98. С. 42-46.
141. *Солохина Т.А., Ястребова В.В.* Комплексная программа психосоциальной реабилитации в рамках общественной организации: методические основы и оценка эффективности // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. 2018. С. 741-753.

142. Судьин С.А. Психическая болезнь и семья: субъективные и объективные проблемы // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2012. №2. С. 390-395.
143. Судьин С.А. Психически больной и его семья в теории и практике социологии психического здоровья: монография. Н. Новгород: НИСОЦ, 2015. С. 116.
144. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр, 2007. С. 208.
145. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. С. 304.
146. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Под общ. ред. Н.Е. Харламенковой. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. – 344 с.
147. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. С. 175.
148. Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Коробкова Л.И., Ворона О.А., Падун М.А. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы // Вестник РФФИ. 2006. № 1. С. 10-20.
149. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Уровень посттравматического стресса и патопсихологическая симптоматика у пациентов, оперированных по поводу менингиомы // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 3. С. 32–49.
150. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. СПб, 2008. С. 87.
151. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Теория и методы. Часть 1. М.: Издательство «Когито-Центр», 2007. С. 207.

152. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С. 272.
153. Тест-опросник личностной зрелости: брошюра / Под ред. Ю.З. Гильбух. К.: НПЦ Психодиагностика и дифференцированное обучение, 1994. С. 24.
154. *Толкачёва О.Н.* Базисные убеждения, посттравматический стресс и рост после травмы позвоночника // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2016. Т. 16. № 3. С. 326-329.
155. *Торндайк Э., Уотсон Д. Б.* Основные направления психологии в классических трудах. Бихевиоризм. М.: ООО «Издательство АСТ–ЛТД», 1998. С. 36.
156. *Точилина Т.В.* Динамика социальных контактов при переходе от младшего к среднему подростковому возрасту: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2006. 147 с.
157. *Третьяченко В.Н.* Особенности взаимосвязи локуса контроля, личностной зрелости и копинг-стратегий в старшем школьном возрасте // Вестник магистратуры. 2014. № 11-1 (38). С. 158-161.
158. *Тхостов А.Ш.* Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1984. № 12. С. 1839–1884.
159. *Филиппова С.Н.* Болезнь и ребенок. Жизненные потребности больного ребенка и его семьи. Лекционный материал. Подольск, 2009. С. 23.
160. *Хазова С.А., Ряжева М.В.* Динамика совладающего поведения родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2012. Т. 18. № 3. С. 203-209
161. *Харламенкова Н. Е.* Спонтанность и контроль в зрелых личностных отношениях // и категория зрелости в психологии. 2007. С. 128.
162. *Харламенкова Н.Е., Воронцов С.А.* Угрожающее жизни заболевание и его отдаленные психологические последствия // Вестник Костромского

государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2016. № 4. С. 144–148.

163. *Харламенкова Н.Е.* Генез самоутверждения личности в процессе взросления: Дисс. ... докт. психол. наук: 19.00.13. Москва, 2004. С. 409.

164. *Холмс Д.* Анормальная психология. СПб.: Питер, 2003. С. 304.

165. *Хритинин Д.Ф.* Семейно-ориентированный подход к реабилитации лиц с психическими расстройствами // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2009. № 3. С. 55-61.

166. *Чодороу Н.* Воспроизводство материнства: психоанализ и социология гендера. М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2006. С. 496.

167. *Шамионов Р.М.* Личностная зрелость и профессиональное самоопределение в подростковом и юношеском возрасте: Дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 1997. С. 157.

168. *Шипицына Л. М.* «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд., перераб. и дополн. СПб.: Речь, 2005. С. 477.

169. *Шляпкинова И.А.* Структурные особенности личностной зрелости взрослого человека // Наука ЮУрГУ: Материалы 66-й научной конференции / 2014. С. 1558-1565.

170. *Шпунтова В.В.* О критериях личностной зрелости: ценности и ценностные ориентации // Современные исследования социальных проблем. 2014. № 4 (20). С. 210-226.

171. *Щукина М.А.* Саморазвитие как компонент личностной зрелости и удовлетворенности жизнью // Психология обучения. 2015. № 5. С. 60-72.

172. *Эльячефф К.* Дочки матери. Третий лишний? М.: Наталья Попова, «Кстати», Издательство «Института общегуманитарных исследований», 2006. С. 448.

173. *Эриксон Э.* Детство и общество. СПб.: Университетская книга, 1996. С. 592.

174. *Ястребов В. С., Лиманкин О. В.* Современные тенденции развития системы психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117. №. 10. С. 4-9.
175. *Ae-Ngibise K.A.* The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Glob Health Action*, 2015. №12(2). P. 26957.
176. *Ake E.* Multiple family group treatment reduces distress for caregivers of people with schizophrenia // *Evidence-Based Mental Health*. 2004. № 3. P. 85.
177. *Alptekin K.* Quality of life assessment in Turkish patients with schizophrenia and their relatives // *Psychol Rep*. 2004. № 95. P. 197-206.
178. *Alter C.L., Pelcovitz D., Axelrod A., Goldenberg B., Harris H., Meyers B., et al.* Identification of PTSD in cancer survivors // *Psychosomatics*. 1996. № 7. P. 137—143.
179. *Alvarez-Jiménez M.* Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis/ *Schizophr Bull*, 2011. 15(3). P. 619-630.
180. *American Psychiatric Association et al.* Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub, 2013.
181. *Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., Pitschel-Walz, G.* Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families // *Schizophrenia bulletin*. 2006. V. 32. №. suppl_1. P. S1-S9.
182. *Benson P.* Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication // *Journal of Autism and Developmental Disabilities*. 2009. № 39. P. 350–362.
183. *Benson P. R.* The impact of child and family stressors on the self-rated health of mothers of children with autism spectrum disorder: Associations with depressed mood over a 12-year period // *Autism*. 2018. V. 22. №. 4. P. 489-501.
184. *Billings A.G., Moos R.H.* Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression // *J. of Personal and Social Psychology*. 1984. № 46. P. 877–891.

185. *Bradley G.M.* Multiple-family group treatment for English- and Vietnamese-speaking families living with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 2006. 45(4). P. 521-530.
186. *Brewin, Chris R., Emily A. Holmes.* Psychological theories of posttraumatic stress disorder // *Clinical psychology review.* 2003. 23(3). P. 339-376.
187. *Brobst J.B.* Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities.* 2009. 26(4). P. 38–49.
188. *Boen H.* The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr.* 2012. 12(3). P. 27.
189. *Cabral R.* Multi-family group intervention in a programme for patients with first-episode psychosis: a Brazilian experience. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2010. 92(2). P. 527-532.
190. *Carpenter, W.T., Heinrichs, D.W., Hanion, T.E.* A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia / *Am J Psychiatry,* 1987. 12(1). P.89.
191. *Camberis A.* Maternal Age, Psychological Maturity, Parenting Cognitions, and Mother–Infant Interaction // *Infancy.* 2016. 83(4). P. 396–422.
192. *Canway V.J. Terry D.J.* Appraised controllability as a moderator of the effectiveness of different coping strategies: A test of the goodness of fit hypothesis // *Australian J. Psychology.* 1992. 64(1). P. 1–7.
193. *Chien W.* A Randomized Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Caregivers of People with First-Episode Psychosis. *Schizophr Bull.* 2016. 15(3). P. 1457-1466.
194. *Chien W.T.* One year follow up of a multiple-family group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 2004. 9(1). P. 1276-1284.
195. *Cohen L.J., Roth S.* The psychological aftermath of rape: Longterm effects and individual differences in recovery. *J. of Social and Clinical Psychology.* 1987. 38(4). P. 525–534.

196. *Cotton S.M.* Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. *Schizophr Res.* 2013. 11(3). P. 118-124.
197. *Cottrell D. J. et al.* Effectiveness of systemic family therapy versus treatment as usual for young people after self-harm: a pragmatic, phase 3, multicentre, randomised controlled trial // *The Lancet Psychiatry.* 2018. V. 5. №. 3. P. 203-216.
198. *Choi, K. W., Shaffer, K. M., Zale, E. L., Funes, C. J., Koenen, K. C., Tehan, T., Vranceanu, A. M.* Early Risk and Resiliency Factors Predict Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Caregivers of Patients Admitted to a Neuroscience ICU. *Critical care medicine*, 46(5), 2018, P. 713-719.
199. *Dabrowska A.* Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome // *Journal of Intellectual Disability Research.* 2010. 26(3). P. 266-280.
200. *de Miranda Azevedo R. Roest A.M. Carney R.M. Denollet J. Freedland K.E. Grace S.L. Hosseini S.H. Lane D.A. Parakh K. Pilote L. de Jonge P.* A bifactor model of the Beck Depression Inventory and its association with medical prognosis after myocardial infarction. *Health Psychology.* Jun 2016. 15(2). P. 614–624.
201. *DeCelles, K. A., DeVoe, S. E., Rafaeli, A., Agasi, S.* Helping to reduce fights before flights: How environmental stressors in organizations shape customer emotions and customer–employee interactions. // 2019. 72(1). P. 49-80.
202. *D'Iuso, D. A., Dobson, K. S., Beaulieu, L., Drapeau, M.* Coping and interpersonal functioning in depression. // *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, V. 50(4). P. 248.
203. *Derogatis L. R.* SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research. 1990. 12(1). P.216.
204. *Derogatis L. R. Morrow G.R. Fetting J. Penman D. Piasefsky S. Schmale A.M. Henrichs M., Carniche C.L.M.* The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // *Journal of American Medical Association.* 1983. № 249. P. 751—757.
205. *Dellazizzo I. et al.* s58. A randomized controlled trial comparing virtual reality therapy to cognitive behavioral therapy in schizophrenia with treatment refractory

hallucinations: preliminary results // *Schizophrenia bulletin*. 2018. V. 44. №. suppl 1. P. 346.

206. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R.* – American Psychiatric In. 1987. 23(2). P. 608.

207. *Duke M. P., Nowicki S.* A new measure and social-learning model for interpersonal distance. 1972. 16(1). P. 119-132.

208. *Eccleston C.* Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness Intervention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015. 15(1). P. 1115-121.

209. *Eccleston C., Abby T., Keogh E.* Using advanced technologies to improve access to treatment, to improve treatment, and to directly alter experience. // *Psychological Approaches to Pain Management (3rd Ed.): A Practitioner's Handbook*. Guildford Press, 2018. 36(3). P. 289-302.

210. *Ekas N.* Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010. 12(1). P.1274-1284.

211. *Falloon I.* Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N. Engl. J. Med*. 1982. 15(1). P. 1437-1440.

212. *Fjell A.* Multifamily group treatment in a program for patients with first-episode psychosis: experiences from the TIPS project. *Psychiatr. Serv*. 2007. 56(1). P. 171-173.

213. *Foldemo A.* Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Soc. Psychiatr. Psychiatric Epidemiol*. 2005. 12(3). P. 133-138.

214. *Furlong M.* Cochrane Review: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review) // *Evidence-based child health: a cochrane review journal*. 2013. 12(1). № 2. P. 318-692.

215. *Gau S.* Parental adjustment, marital relationship, and family functioning in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2012. 58(1). P. 263-270.

216. *Ghosh S.* Adaptation to a Spouse's Disability by Parents of Adult Children with Mental Illness or Developmental Disability. *Psychiatr Serv.* 2012. 17(1). P. 1118–1124.
217. *Gopalan G. et al.* Multiple Family Group Service Delivery Model for Children with Disruptive Behavior Disorders: Impact on Caregiver Stress and Depressive Symptoms // *Journal of emotional and behavioral disorders.* 2018. T. 26. №. 3. P. 182-192.
218. *Granholm E., Harvey P. D.* Social skills training for negative symptoms of schizophrenia // *Schizophrenia bulletin.* 2018. T. 44. №. 3. P. 472-474.
219. *Haroon W., Khawaja A. O., Ghayas S.* Ego Integrity, Physical Health Status and Death Anxiety in Older Adults // *Journal of Behavioural Sciences.* 2018.T. 28. №. 1. P. 18-32.
220. *Haskell W.L.* Developing and activity plan for improving health. Golston. – Washington: Hemisphere. 1987. 18(3). P. 37–55.
221. *Hastings R.* Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2005. 12(2). P. 635-644.
222. *Higgins D.* Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with and autism spectrum disorder. *Autism.* 2005. 13(1). P. 125-137.
223. *Hou R.* The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2014. 23(1). P. 45-53.
224. *Hunter D. E. K., Hoffnung R. J., Ferholt J. B.* Family therapy in trouble: Psychoeducation as solution and as problem // *Family process.* 1988. V. 27. №. 3. P. 327-338.
225. *Jackson C., Birchwood M.* Early intervention in psychosis: Opportunities for secondary prevention // *British Journal of Clinical Psychology.* 1996. V. 35. №. 4. P. 487-502.

226. *Jain S.* A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med.* 2007. 15(2). P. 11-21.
227. *Janoff-Bulman R.* Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, Special Issue: Social Cognition and Stress.* 1989. 7(2). P. 113-136.
228. *Janoff-Bulman R.* Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma / *Janoff-Bulman R.* NY.: Free Press, 1992.
229. *Kartalova-O'Doherty Y., Doherty D. T.* Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: a mixed methods analysis // *Scandinavian journal of caring sciences.* 2008. 22(1). P. 19-28.
230. *Katz J.* The Relationship Between the Perceived Risk of Harm by a Family Member with Mental Illness and the Family Experience. *Community Ment Health.* 2015. 15(1). P. 790-799.
231. *Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L.* Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity // *Journal of consulting and clinical psychology.* 1988. V. 56. №. 1. P. 85.
232. *Kearney J. A.* Standards of Psychosocial Care for Parents of Children with Cancer. *Pediatric blood & cancer.* 2015. 16(3). P. 632–683.
233. *Kessler, H., Holmes, E. A., Blackwell, S. E., Schmidt, A. C., Schweer, J. M., Bücker, A., Kehyayan, A.* Reducing intrusive memories of trauma using a visuospatial interference intervention with inpatients with posttraumatic stress disorder (PTSD) / *Journal of consulting and clinical psychology,* 86(12), 2018. P. 1076.
234. *King P. S.* Longitudinal Trajectories of Metabolic Control across Adolescence: Associations with Parental Involvement, Adolescents' Psychosocial Maturity, and Health Care Utilization. *Adolescent Health.* 2012. 42(3). P. 491-496.
235. *Knight G.* Ethnic Identity and Offending Trajectories Among Mexican American Juvenile Offenders: Gang Membership and Psychosocial Maturity. *Journal of research on adolescence.* 2012. V. 35. № 4. P. 782-796.

236. *Kroll J.* The reality of mental illness. Cambridge univ. press. 1986. 19(2). P. 128.
237. *Lam P.* Ways of coping of Chinese caregivers for family members with schizophrenia in two metropolitan cities: Guangzhou and Hong Kong, China. *Int J Soc Psychiatry.* 2015. 18(2). P. 591-599.
238. *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. 1984. P 150-153.
239. *Lazarus R.S.* Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
240. *Low C.A. Stanton A.L.* Activity disruption and depressive symptoms in women living with metastatic breast cancer. *Health Psychology.* Jan 2015. 34(1). P. 89–92.
241. *Lyssenko L.* Life Balance - a mindfulness-based mental health promotion program: conceptualization, implementation, compliance and user satisfaction in a field setting. *BMC Public Health.* 2015. 15(1). P. 740.
242. *Margolin G.* Adolescents' Aggression to Parents: Longitudinal Links with Parents' Physical Aggression. 2014. 18(4). P. 645-651.
243. *Martin C. I.* Maternal Stress and Problem-Solving Skills in a Sample of Children with Nonorganic Feeding Disorders. *Infant mental health journal.* 2013. 16(3). P. 202-210.
244. *Masunga K.* The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam. Tanzania *BMC Psychiatry.* 2016. 18(1). P. 146.
245. *McCann T. V., Lubman D. I., Clark E.* First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first-episode psychosis //Schizophrenia bulletin. 2009. V. 37. №. 2. P. 381-388.
246. *McCann T.V.* A randomized controlled trial of bibliotherapy for carers of young people with first-episode psychosis. 2013. 13(4). P. 1307-1317.

247. *McCann T.V.* A randomized controlled trial of guided self-help for improving the experience of caring for carers of clients with depression. 2015. 14(3). P. 1600-1610.
248. *Mondell S. Tyler F.B.* Parental Competence and Styles of Problem-Solving. Journ Play Behavior with Children. Developmental Psychology. 1981. V. 13. № 1. P. 73–78.
249. *Moos R.H., Tsu V.D.* The crisis of physical illness; an overview. 1977. 28(1).P. 3—21.
250. *Morris L. A.* The Impact of Work on the Mental Health of Parents of Children with Disabilities. Family relations. 2014. № 63. P. 101-121.
251. *Mugno D.* Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health Qual Life Outcomes. 2007. 21(3) P. 22.
252. *Oono I.* Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD) // Evidence-based child health: a cochrane review journal. 2013. № 8. P. 2380-2479.
253. *Pekkala E. T., Merinder L. B.* Psychoeducation for schizophrenia // Cochrane database of systematic reviews. 18(1). 2002. №. 2.
254. *Perlick D.* STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. J Nerv Ment Dis. 2008. 28 (5). P. 484-491.
255. *Pines A. M.* Burnout: An existential perspective //Professional burnout. – Routledge, 2017. 34(4). P. 33-51.
256. *Solish A., Perry A., Minnes P.* Participation of children with and without disabilities in social, recreational and leisure activities //Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2010. V. 23. №. 3. P. 226-236.
257. *Pilling S.* Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychol. Med. 2002. 32(5). P. 763-782.
258. *Randolph E. R.* Behavioral family management in schizophrenia: Outcome from a clinic-based intervention. 1994.164(4). P. 501-506.

259. *Sellwood W.* Needsbased cognitive-behavioural family intervention for patients suffering from schizophrenia: 5-year follow-up of a randomized controlled effectiveness trial. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007. 116(6) P. 447-452.
260. *Shapiro S. L., Carlson L. E., Astin J. A., Freedman B.* Mechanisms of mindfulness // *Journal of clinical psychology*. 2006. 62(3). P. 373-386.
261. *Shevlin, M., Hyland, P., Vallières, F., Bisson, J., Makhshvili, N., Javakhishvili, J., Roberts, B.* A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: an analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey / *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 2018. P. 138-147.
262. *Sivberg B.* Coping strategies and parental attitudes, a comparison of parents with children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Int J Circumpolar Health*. 2002. 13(1). P. 36-50.
263. *Stelle C. D., Sheehan N. W.* Exploring paternal maturity in the relationships between older fathers and adult children // *The International Journal of Aging and Human Development*. 2011. V. 72. №. 1. P. 45-65.
264. *Tarrier N.* Cognitive-behavioral therapy in first-episode and early schizophrenia. 2004. 54(1). P. 231-239.
265. *Teasdale J.* Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Clin Psychol*. 2000. 13. P. 615-623.
266. *Tedesch R. G.* Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. 16(4). P. 1-18.
267. *Thabet, A. A., Tawahina, A. A., El Sarraj, E., Vostanis, P.* Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip / *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2008. 17(4). P. 191.
268. *Toohey M.* Caregiver Positive and Negative Appraisals: Effects of the National Alliance on Mental Illness Family-to-Family Intervention. *J Nerv Ment Dis*. 2016. 38(2). P. 156-159.
269. *Veltro F.* Randomised controlled trial of a behavioral family intervention: 1 year and 11-years follow-up. *Epidemiol. Soc. Psychiatry*. 2006. 26(2). P. 44-51.

270. *Versteeg H. Baumert J. Kolb C. Pedersen S.S. Denollet J. Ronel J. Ladwig K.* Somatosensory amplification mediates sex differences in psychological distress among cardioverter-defibrillator patients. *Health Psychology*. 2010. Sep (3). P. 477–483.
271. *Viorst J.* Necessary Losses: The Loves, Illusions, Dependencies and Impossible Expectations That All of Us Have to Give Up in Order to Grow. New York: Simon&Shuster. 1986. June (2). P. 264.
272. *Vitaliano P. P. et al.* Psychiatric, Physical Health, Work, and health psychology. 1990. 65(4). P. 348-376.
273. *Weber H.* Belastungs verarbeitun // *Z. fur Klinische Psychologic*. 1992. №1. P. 17–27.
274. *Weiss M.J.* Harrdiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation // *Autism*. 2002. 183(1). P. 115-130.
275. *Werner S.* Affiliate stigma in developmental disability // *Journal of Intellectual Disability Research*. 2015. Part 3. № 59. Part 3. P. 272-283.
276. *White B. R.* Using Learned Helplessness to Understand the Effects of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder on Refugees and Explain Why These Disorders Should Qualify as Extraordinary Circumstances Excusing Untimely Asylum Applications // *Buff. L. Rev.* 2016. V. 64. P. 413.
277. *Woods R. T.* Pragmatic Multi-Centre Randomised Trial of Reminiscence Groups for People with Dementia and their Family Carers: Effectiveness and Economic Analysis. *PLoS One*, 2016. 132(1). P. 116.
278. *Wrosch C.* Goal Adjustment Capacities, Coping, and Subjective Well-Being: The Sample Case of Caregiving for a Family Member with Mental Illness. // *Pers Soc Psychol*, 2011. 122(4). P. 934–946.
279. *Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kendall, T.* (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis // *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), P. 268-274.

280. *Zygmunt A. Olfson M Boyer C. Mechanic, D.* Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. // *AJP*, 2002. 119(4). P. 1653-1664.