

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

На правах рукописи

Сергиенко Анна Игоревна

**Психологические факторы посттравматического роста у родителей
детей с ограниченными возможностями здоровья**

19.00.13 – Психология развития, акмеология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук, профессор
Холмогорова Алла Борисовна

Москва, 2021

Содержание

Введение	4
Глава 1. Психологические концепции критической жизненной ситуации, посттравматического стресса и посттравматического роста ...	13
1.1. Концепция преодоления критических жизненных ситуаций в теории деятельности: психология переживания Ф.Е. Василюка.....	14
1.2. Понятие жизненного кризиса в экзистенциальной психологии и психотерапии.....	23
1.3. Посттравматическое стрессовое расстройство и посттравматический рост как возможные последствия переработки травматических событий.....	28
Глава 2. Психологические факторы посттравматического роста у родителей детей с ОВЗ	52
2.1. Рождение и постановка диагноза ребенку с ОВЗ как критическая жизненная ситуация для родителей и ее последствия.....	52
2.2. Убеждения и ценности как психологические факторы переработки травматической ситуации и возможности посттравматического роста у родителей детей с ОВЗ.....	59
2.3. Копинг-стратегии как психологические факторы переработки травматической ситуации и возможности посттравматического роста у родителей детей с ОВЗ.....	66
2.4. Роль взрослого в развитии ребенка с ОВЗ с позиции культурно исторической психологии.....	77

Глава 3. Эмпирическое исследование психологических факторов посттравматического роста у родителей детей с ОВЗ.....	86
3.1. Дизайн исследования, характеристика методик и обследованных групп.....	86
3.2. Посттравматический рост и уровень эмоционального благополучия у родителей детей с ОВЗ.....	93
3.3. Базисные убеждения и их связь с посттравматическим ростом и эмоциональным благополучием у родителей детей с ОВЗ.....	100
3.4. Копинг-стратегии и их связь с посттравматическим ростом и эмоциональным благополучием родителей детей с ОВЗ.....	107
3.5. Посттравматический рост, эмоциональное благополучие, базисные убеждения и стратегии совладания у родителей в зависимости от возраста ребенка с ОВЗ и оценки тяжести его состояния родителем.....	124
3.6. Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ и ее связь с посттравматическим ростом и эмоциональным благополучием родителя.....	129
3.7. Выделение мишеней психологической помощи родителям детей с ОВЗ на основе концепции R. Janoff-Bulman и данных проведенного исследования	139
Обсуждение результатов.....	171
Выводы.....	185
Заключение.....	188
Список литературы.....	191
Приложение 1.....	212
Приложение 2	214

Введение

Актуальность. В Российской Федерации, по данным на 28 июня 2019 года насчитывается 670 тысяч детей с инвалидностью, а это на 19 тысяч больше, чем в 2018 году. Соответственно, растет число семей, в которых воспитываются дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), при этом основной причиной детской инвалидности являются психические расстройства (данные Минздрава РФ), что делает особенно актуальным исследование возможных путей психологической помощи родителям, воспитывающим детей с такими расстройствами.

Для родителей постановка диагноза ребенку, свидетельствующего о его ментальной инвалидности, является кризисной, связанной с радикальными изменениями семейной системы и ее позиции в обществе, а также жизненных планов на будущее (Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 2000; Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey B., 2004). Так как диагноз часто окончательно необратим, ситуация может восприниматься родителями как безвыходная и не позволяющая реализовывать свои внутренние потребности (Василюк Ф.Е., 1984). Указанные экстремальные переживания вызваны радикальными переменами в жизни родителей детей с ОВЗ и их планов на будущее относительно себя, в том числе как родителя, а также представления о том, какое будущее ждет их ребенка (Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey B., 2004).

Распространенными последствиями психотравмирующей ситуации являются психические и психосоматические заболевания родителей, которые затрудняют сложный процесс воспитания ребенка с ОВЗ и негативно сказываются на его развитии и эмоциональном состоянии (Майрамян Р.Ф., 1976; Мастюкова Е.М., Московкина А.Г., 2003; Рыженко И. В., Карданова М.С., 2003; Савенышева С.С., Аникина В.О., Мельдо Э.В., 2019; Ткачева В.В., 2004). Показано, что низкий уровень психоэмоционального благополучия родителей негативно отражается на их способности реалистично и адекватно оценивать происходящее (Головей Л.А, Манукян В.Р., Трошихина Е.Г., Александрова О.В., Рыкман Л.В., 2019). Между тем, задачи инклюзии детей и

молодежи с ОВЗ, которые стоят перед современным образованием (Алехина С.В., 2015; Коробейников И.А. Ворошилова Е.Л., 2017; 2019; Рубцов В.В., Алехина С.В., Хаустов А.В., 2019; Шеманов А.Ю., 2017), требуют активной воспитательной позиции родителей и адекватной поддержки конструктивной активности ребенка с их стороны.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является одним из наиболее подробно исследованных и распространенных негативных последствий психотравмы (Ахмедова Х. Б., 2004; Тарабрина Н.В., 2001). Однако, даже на фоне ПТСР, может происходить позитивная личностная трансформация, спровоцированная психотравмирующим событием (Харламенкова Н.Е., 2016; Zoellner T., Maercker A., 2006). Но она возможна только тогда, когда пострадавший оказывается способен занять осознанную и активную позицию по отношению к вызванной стрессом ситуации. Термин «посттравматический рост» (далее – ПТР) вошел в концептуальный аппарат исследователей психической травмы и общепринят в научной среде для обозначения позитивных изменений, вызванных трансформацией личности вследствие совладания с трудными жизненными ситуациями и кризисами (Леонтьев Д.А., 2016; McDonough V.T., 2012; Tedeschi R.G., Calhoun L.G., 1995, 2018). Пионеры этих исследований – Tedeschi R.G. и Calhoun L.G. (1995) дали такое определение ПТР: позитивные личностные изменения, вследствие кризисной жизненной ситуации травматического характера.

Поиск путей помощи родителям детей с ОВЗ побудил специалистов обратиться к феномену ПТР и привел к возникновению целого направления исследований, посвященных этому феномену и факторам, которые могут способствовать его возникновению у родителей детей с ОВЗ (Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey B., 2004; Barak-Levy Y., Atzaba-Poria. N., 2013; D. Barnett, M. Clements, 2003 и др.). Исследования ПТР и его факторов у родителей детей с ОВЗ особенно интенсивно ведутся на протяжении последнего десятилетия. Найдены положительные связи ПТР у данного контингента с копинг-стратегиями, направленными на поиск новых смыслов и на положительную

переоценку ситуации (Zhang, 2013; Beighton, Wills, 2016), с показателями психического здоровья (Motaghedi, Haddadian, 2014), использованием социальной поддержки (Greer, 2006) и уровнем самоэффективности (Zhang, 2015). Однако полученные данные достаточно противоречивы и фрагментарны, практически отсутствуют комплексные исследования различных факторов ПТР в соотношении с депрессивной симптоматикой, которая может возникать у родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ.

Основные данные о ПТР и его факторах у родителей детей с ОВЗ накоплены в зарубежной психологии. В отечественной же психологии понятие ПТР по отношению к данному контингенту до сих пор не использовалось, а имеющиеся исследования сфокусированы преимущественно: 1) на негативных последствиях стресса (Левченко И. Ю., Ткачева В. В., 2008; Мастюкова Е.М., Московкина А.Г., 2003; Ткачева В.В., 1999; Шебанец Е.Ю., 2012); 2) коррекции эмоциональных нарушений родителей (Кочерова О.Ю., Филькина О.М., 2014); 3) особенностях копинг-стратегий и их связи с эмоциональным благополучием родителей (Бабич Е.Г., 2011; Гостунская Я.И., 2016; Хазова С.А., Ряжева М.В., 2012; Голубева М.С., 2003); 4) а также на сравнении базисных убеждений двух групп родителей: с нормотипичными детьми и с детьми с ОВЗ (Заборина Л.Г., 2006). Между тем, исследование ПТР у родителей детей с ОВЗ может способствовать открытию новых возможностей при оказании психологической помощи этому контингенту.

Таким образом, актуальность и новизна данного исследования заключаются в комплексном изучении феномена ПТР и его связи с уровнем эмоционального благополучия у родителей детей с ОВЗ, а также в выделении психологических факторов, способствующих ПТР, то есть личностному росту родителей в кризисной ситуации воспитания ребенка с ОВЗ. Тем самым создается важная научная база для совершенствования методов помощи, направленных на повышение качества жизни и личностное развитие как

родителей, так, опосредованно, и самих детей с ОВЗ через позитивные трансформации и улучшение психологического состояния их родителей.

Объект исследования: ПТР родителей детей с ОВЗ.

Предмет исследования: психологические факторы ПТР родителей детей с ОВЗ.

Цель исследования: выявить и систематизировать психологические факторы ПТР родителей детей с ОВЗ.

Гипотеза исследования: ПТР родителей детей с ОВЗ тесно связан с уровнем их эмоционального благополучия, а также с такими психологическими факторами, как копинг-стратегии, система убеждений и позиция в воспитании ребенка.

Задачи:

1. Провести анализ концептуального аппарата психологических теорий, важных для понимания механизмов ПТР у родителей детей с ОВЗ, и на этой основе выделить специфику психотравмирующей ситуации, связанной с рождением и постановкой диагноза ребенку с ОВЗ.

2. На основании анализа теоретических моделей механизмов ПТР и существующих эмпирических данных о факторах ПТР разработать методический комплекс для исследования проявлений и факторов, способствующих ПТР у родителей детей с ОВЗ.

3. Провести эмпирическое исследование выраженности феномена ПТР и уровня эмоционального благополучия родителей детей с ОВЗ с учетом возраста ребенка и субъективной оценки родителем тяжести симптомов ребенка.

4. Исследовать связь системы убеждений, копинг-стратегий и родительских установок в воспитании ребенка с ОВЗ с выраженностью феномена ПТР у родителей детей с ОВЗ с учетом возраста ребенка.

5. Проанализировать и обсудить полученные результаты и сформулировать выводы на основании полученных результатов исследования.

Теоретико-методологическими основами данного исследования выступают: классические концепции стресса и хронического стресса (Селье Г., Folkman S., Lazarus R.S. и др.); теории психической травмы и посттравматических реакций личности (Полетаева А.В., Тарабрина Н.В., Ялом Дж., Janoff-Bulman R., и др.); модель ПТР (Таку К., Tedeschi R.G., Calhoun L.G.); культурно-историческая психология (Л.С. Выготский) и представления о субъектной позиции, разработанные в рамках рефлексивно-деятельностного подхода к оказанию помощи в проблемных ситуациях (Зарецкий В.К., Зарецкий Ю.В.); концепции базисных убеждений личности (Анцыферова Л.И., Тарабрина Н.В., Ялом Дж., Epstein S., Janoff-Bulman R.); подход к анализу трудных жизненных ситуаций, развиваемый в отечественной психологии (Анцыферова Л.И., Бодров В.А., Василюк Ф.Е., Китаев-Смык Л.А., Леонтьев Д.А., Михайлова Н.Ф.).

Методики исследования. В качестве основной методики исследования для оценки ПТР использовался «Опросник посттравматического роста» (ОПТР; R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun, 1996; адаптация М.Ш. Магомед-Эминова; 2004). Для оценки эмоционального благополучия родителей использовалась «Шкала депрессии Бека» (1961, адаптация Н.В. Тарабриной). Для оценки субъективного восприятия родителем состояния и поведения ребенка использовался Лист наблюдений Т. Ахенбаха (адаптирован в Научно-методическом центре «ДАР» им. Л.С. Выготского, 1995).

Психологические факторы ПТР изучались с помощью двух основных опросников: 1) «Шкала базисных убеждений» (R. Janoff-Bulman, 1989; адаптирована О.А. Кравцовой); 2) «Опросник способов совладания» (Р. Лазарус и С. Фолкман, 1988; адаптирован Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой, 2004).

Позиция родителя в воспитании ребенка оценивалась с помощью авторского опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» (Холмогорова А.Б., Сергиенко А.И., Герасимова А.А., 2020). С некоторыми родителями, параллельно с заполнением опросников, была

проведена беседа для получения дополнительной информации относительно совладания ими с трудными жизненными ситуациями и текущими проблемами, возникшими в процессе воспитания ребенка с ОВЗ.

Для математического анализа была использована статистическая компьютерная программа SPSS Statistics 23.0. Для обеспечения достоверности полученных результатов были использованы коэффициент корреляции Спирмена и метод множественного линейного регрессионного анализа, который позволяет определить степень влияния независимых переменных на зависимую, критерии Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса. Для валидации опросника использовался факторный конфирматорный анализ с использованием программы RStudio (версия R 3.6.1, пакет lavaan 0.6-3).

Организация и эмпирическая база исследования

Исследование преимущественно проведено в инклюзивной школе г. Москвы (Школа № 1321). Также создавались электронные формы опросников, для заполнения которых привлекались родители детей с ОВЗ, объединенные в различные сообщества.

Характеристика обследованных групп. В исследовании (апрель 2017 г. – февраль 2019 г.) приняли участие 208 человек. Из них в валидации опросника участвовали 201 респондент (женщины). В основном исследовании психологических факторов ПТР приняли участие 113 человек (106 женщин, 7 мужчин). В основной выборке (N=113) средний возраст – 39 лет, возрастной интервал от 25 до 50 лет. Две трети выборки составили родители детей с расстройством аутистического спектра (РАС), а одна треть – родители детей с другими видами ментальной инвалидности.

Всем детям (возраст от 4 до 20 лет) официально диагноз поставлен не менее одного года назад.

Достоверность полученных результатов и выводов обеспечена теоретической обоснованностью гипотез исследования; репрезентативностью и достаточным объемом выборки; тщательно подобранным методическим

комплексом и адекватными методами статистической обработки данных; выводы формулируются в опоре на доказательные данные.

Научная новизна работы. Впервые в отечественной психологии проведено исследование, посвященное ПТР родителей детей с ОВЗ. Данная работа также является первым комплексным исследованием связи ПТР с эмоциональным благополучием родителей и такими его факторами, как поведенческие стратегии и система убеждений родителей ребенка с ОВЗ. Разработана новая методика диагностики воспитательной позиции родителей - опросник «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ». Впервые показано, что для родителей с выраженным ПТР характерна воспитательная позиция в форме поддержки субъектной позиции ребенка с ОВЗ.

Теоретическая значимость. Выделена специфика кризисной ситуации рождения и воспитания ребенка с ОВЗ для родителей и описаны механизмы возникновения ПТР у родителей в этой ситуации. Расширены представления о факторах ПТР у родителей детей с ОВЗ, в том числе впервые показана его связь с воспитательной позицией родителя.

Практическая значимость. На основании полученных данных выделены мишени психологической помощи, которые позволяют повысить уровень психологического благополучия и вероятность развития ПТР у родителей детей с ОВЗ. Приведенные рекомендации могут быть использованы как в образовательной среде, так и в сфере здравоохранения в процессе взаимодействия специалистов с родителями детей ОВЗ. Практическая значимость исследования заключается также в разработке и валидации новой методики диагностики родительской позиции в воспитании ребенка с ОВЗ. Весь разработанный в исследовании методический комплекс может быть использован для оценки состояния родителей и выделения задач психологической помощи в каждом индивидуальном случае взаимодействия специалиста и родителя.

Результаты исследования внедрены в практику психологической службы Школы № 1321 «Ковчег» г. Москвы и ФРЦ «Кашенкин луг», где полученные данные используются при индивидуальном и групповом консультировании родителей. Также полученные данные были использованы для информационной поддержки психологов в рамках серии вебинаров на базе МГППУ «Психологическая помощь населению во время пандемии». Результаты исследования используются в процессе обучения студентов и психообразовательных программах для родителей в МГППУ.

Положения, выносимые на защиту:

1. Ситуация рождения и постановки диагноза ребенку с ОВЗ является травматической для родителей и имеет следующую специфику: стресс, связанный с диагнозом, является хроническим, необратимым и «двойным», т.е. связанным с переживаниями за будущее ребенка и собственные жизненные перспективы. У значительной части (более трети) родителей детей с ОВЗ в процессе совладания с травматической ситуацией отмечаются выраженные признаки посттравматического роста в виде улучшения взаимоотношений с окружающими, возникновения новых целей и интересов, роста самооэффективности, принятия ситуации, духовного роста и смены приоритетов. При этом выраженность ПТР не зависит от возраста ребенка и субъективного восприятия родителями тяжести его состояния.

2. ПТР у родителей детей с ОВЗ способствует их большему эмоциональному благополучию (снижению выраженности или отсутствию депрессивной симптоматики), в то время как генерализованная субъективная оценка тяжести состояния ребенка (без выделения конкретных проблем), напротив, приводит к росту симптомов депрессии.

3. В качестве психологических факторов ПТР у родителей детей с ОВЗ выступают базисные убеждения и копинг-стратегии. Базисные убеждения в благосклонности окружающего мира и людей по отношению к ним и их детям и осмысленности мира способствуют ПТР у родителей детей с ОВЗ. Такие копинг-стратегии, как активная осознанная позиция в преодолении

возникающих проблем и переосмысление травматической ситуации рождения ребенка с ОВЗ с точки зрения задач личностного роста, также способствуют ПТР у родителей. Совладающая стратегия в виде жесткого планирования изменений ситуации, связанной с диагнозом ребенка, напротив, препятствует ПТР у родителей детей с ОВЗ.

4. Установка родителя на поддержку субъектной позиции ребенка с ограниченными возможностями здоровья связана с более выраженными проявлениями ПТР, с большим эмоциональным благополучием, убежденностью в доброжелательности мира и направленностью на позитивное переопределение ситуации.

5. При оказании психологической помощи родителям детей с ОВЗ, в соответствии с полученными результатами, важно стимулировать и поддерживать: их направленность на поиск новых смыслов и ресурсов для личностного роста; толерантность к неопределенности относительно будущего и переключение внимания на поиск зоны ближайшего развития ребенка в каждой конкретной ситуации; способность замечать и поддерживать конструктивную активность (субъектную позицию) ребенка и эмоциональный контакт с ним.

ГЛАВА 1

КОНЦЕПЦИИ КРИТИЧЕСКОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РОСТА В ПСИХОЛОГИИ

В современных гуманитарных науках, в том числе, философии, психологии и педагогике, сконцентрирован большой объем знаний о факторах, оказывающих влияние на развитие личности. Вместе с тем, по-прежнему ожидают своей разработки вопросы психологии взрослых в условиях критических (психотравмирующих) жизненных ситуаций во взаимосвязи с возможностями достижения ими личностного роста.

Для разработки этих вопросов особенно важную роль играют концепции, позволяющие проанализировать особенности проживания критических ситуаций. Это в первую очередь экзистенциальная психология и психотерапия [50; 61], а также психология переживания Ф.Е. Василюка [10].

Деструктивные последствия критических психотравмирующих ситуаций в форме посттравматического стресса глубоко проработаны в исследованиях Н.В. Тарабриной и ее сотрудников [42; 57; 61]. Однако многочисленные исследования подтверждают, что психологическая травма может стать также источником личностного роста. Механизмы такого влияния стали предметом теоретического осмысления и эмпирических исследований в современной психологии. Так, Н.Е. Харламенкова использует понятия «компенсация» и «сверхкомпенсация» применительно к психотравмирующим ситуациям различного генеза, отталкиваясь от идей Л.С. Выготского, выдвинутых им при анализе двойной роли дефекта для психического развития ребенка [64].

Однако само понятие посттравматического роста было введено зарубежными психологами и рассматривалось с двух позиций: организмической теории J. Linley [137], а также концепции ПТР R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun [170-174], основанной на теории базисных убеждений R. Janoff-Bulman [128].

В современной психологии выделяется целый ряд понятий, которые

важны в контексте предлагаемого исследования: «психотравмирующее событие», «психическая травма», «критическая жизненная ситуация», «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), «посттравматический рост» (ПТР).

1.1. Концепция преодоления критических жизненных ситуаций в теории деятельности: психология переживания Ф.Е. Василюка

Ф.Е. Василюк в своей работе «Психология переживания», вводит понятие **критической жизненной ситуации, как ситуации невозможности** реализовывать свои внутренние потребности [10]. В этой сугубо теоретической работе Ф.Е. Василюк поставил задачу, ориентированную на психологическую практику – разработка теоретических основ для создания психологической службы помощи человеку в тех критических жизненных ситуациях, которые традиционно считаются безвыходными и которые не могут быть разрешены ни самой совершенной и продуманной предметно-практической деятельностью, ни психическим отражением. В качестве примера такой «экзаменационной» ситуации Ф.Е. Василюк в своих работах цитирует R.S. Peters [147], который утверждает, что в случае опасности человек может убежать, однако, если у него горе, которое невозможно разрешить с помощью предметно-практических действий, то это резко затрудняет возможность справиться с ситуацией [10].

Основной постулат теории деятельности, был сформулирован А.Н. Леонтьевым, который утверждает, что жизнь человека является системой «сменяющих друг друга деятельностей» [34, с. 81]. Опираясь на этот постулат, а также, исходя из необходимости сохранения (восстановления) и поддержания полноценной жизни в «экзаменационной» ситуации и в ситуациях ей подобных, Ф.Е. Василюк вводит понятие «переживания-деятельности», как нового, особого вида деятельности, способного разрешать такие критические ситуации (далее по тексту – «переживание, как особый вид

деятельности»). Для этого он разводит традиционную и деятельностную категории «переживания».

С одной стороны, в традиционном понимании «переживание» - это эмоциональное отражение предметного мира в сознании субъекта (далее по тексту – «переживание, как отражение»). Благодаря ему возможна констатация факта и пристрастная оценка ситуации, но не ее разрешение.

С другой стороны, «переживание-деятельность» - это особый вид внутренней деятельности субъекта, позволяющей справиться с критической ситуацией и восстановить душевное равновесие [10].

Практическая ценность такой, дополняющей классическую теорию деятельности, категории состоит в рассмотрении ее в виде эффективного психологического механизма преодоления критической ситуации.

Продуктом такой особой деятельности является реальное преобразование психологической ситуации, в которой оказывается пострадавший в предметно-безвыходных обстоятельствах. Результатом переработки внутренних переживаний являются субъективные состояния, которые проявляются в виде новых ценностей, осмысленности, душевном равновесии и умиротворенности [10].

Ф.Е. Василюк определяет критическую жизненную ситуацию как невозможность реализовывать свои внутренние потребности, и, в соответствии с этим, «переживание-деятельность» рассматривается как рекреационный процесс, который позволяет изменить ситуацию невозможности и создать ситуацию «возможности» [10].

Под перспективой воплощения в реальность жизненных потребностей («необходимостей») здесь понимается осмысленность (смысл) жизни, что охватывает целый ряд психологических состояний, варьирующихся от чувства удовольствия, до осмысленности своего существования [10].

В противоположность этому «невозможность» определяется как нахождение в ситуации отсутствия смысла, сопровождающейся ощущением безвыходности, отчаяния и неизбежности происходящего [10].

Подобная стратификация указывает на такой глобальный разрушительный результат «ситуации невозможности», как разрушение (утрата) смысла жизни. Но, с другой стороны, это же позволяет выделить глобальную цель переживания, как особого вида деятельности. Эта цель – смыслопостроение, поиск (формирование) нового смысла жизни в посттравматических условиях, взамен утраченного [10].

Возможность психологического преобразования критической жизненной ситуации и ранее упоминалась различными исследователями. Это и субъективное отражение реальности в психологической теории деятельности А.Н. Леонтьева [32] и С.Л. Рубинштейна, и «сверхкомпенсация» Л.С. Выготского и У. Штерна, и стремление к устранению «комплекса неполноценности» А. Адлера, как механизм социальной адаптации там, где прямая компенсация невозможна, и обходные пути, как форма замещения дефектной функции организма полноценной у Л.С. Выготского и Т. Липса [13], и феноменология Э. Гуссерля с его «жизненными мирами» и «феноменологической редукцией» - уходом от восприятия физической реальности к переживаниям и психологическому отражению этой реальности. Но все эти упоминания, при всех их значимости, теоретической и практической обоснованности, носят разрозненный характер, применительно каждый к своей цели исследований.

Опираясь на результаты своих предшественников, Ф.Е. Василюк систематизировал механизмы и закономерности совладающего поведения, психологической защиты и компенсации именно для «ситуаций невозможности». При этом он ссылается на эмпирическую и теоретическую доказательную базу, обеспечивая тем самым достоверность каждого элемента конструкта «переживания-деятельности».

Прежде всего, Ф.Е. Василюк, опираясь на культурно-историческую психологию [13], прямо указывает на ключевую роль социальной адаптации в посттравматический период. Автор утверждает, что пострадавший справляется с психологическими последствиями жизненного кризиса не

только путем внутренней трансформации своих переживаний, но и с помощью активной творческой предметно-практической деятельности, которая направлена вовне, при этом целью ее является общественно-значимый продукт. В процессе его достижения человек выражает свои переживания в деятельности, что способствует генерированию и повышению значимости смысла жизни [10].

Кроме того, он выводит критическую жизненную ситуацию за пределы традиционных рамок стресса, конструируя «ситуацию невозможности» как комбинацию нескольких различных психологических состояний, каждое из которых вносит свой специфический «разрушительный» вклад на пути к этой «невозможности» - это [10]:

Ф.Е. Василюк описывает критическую жизненную ситуацию через ряд понятий, с помощью которых ниже будет представлена критическая жизненная ситуация родителей детей с ОВЗ:

1. **Психологический стресс**, который, применительно к теме исследований понимается, как реакция, опосредованная оценкой угрозы и комплексом защитных процессов, вызванная событиями, квалифицируемыми как нарушающие процесс контроля ситуации, адаптации и препятствующие самоактуализации. В случае родителя ребенка с ОВЗ, стрессор – это диагноз ребенка, а его необратимость усугубляет стресс, делая его повседневным и формируя угрозу существованию привычного жизненного мира, вызывая ужас перед будущим и горе утраты желаемых образов и перспектив для себя и своего ребенка.

2. **Фрустрация** базовых психологических потребностей носит патогенный характер [10]. По А. Маслоу, это прежде всего потребности в любви, безопасности и уважении. Непреодолимые фрустрационные барьеры, порожденные травматической ситуацией (например, ограничения, требования и вызовы, связанные с диагнозом ребенка с ОВЗ) вызывают особое фрустрационное поведение, для которого, в частности, характерны утрата целевой ориентации, апатия, деструкция, регрессия. Прежде всего

фрустрационные процессы приводят к разрушению базисных убеждений о мире и о себе, которые оказываются неприменимыми после постановки тяжелого диагноза ребенку, а попытки опираться на них наталкиваются на непреодолимые фрустрационные посттравматические барьеры.

3. **Конфликт**, как столкновение (одновременная актуализация) противоречивых (несовместимых) мотивов, целей, желаний, ценностей. В отличие от фрустрации, где барьеры либо объективно непреодолимы, как в «экзаменационном примере» R.S. Peters [147], либо субъективно самоочевидны и бесспорны (например, приоритетность абилитации ребенка с ОВЗ), конфликтная ситуация возникает тогда, когда возникший запрет не очевиден пострадавшему, и становится критической, когда человек не может соотнести между собой объективную реальность и противоречащие ей собственные устремления [10]. Из этого следует, что необходимым условием критической конфликтной ситуации, применительно к родителям детей с ОВЗ, является столкновение личных (в том числе витальных и социальных) мотивов и желаний (характерных и доступных в предтравматический период) с требованиями и ограничениями, связанными с постановкой диагноза и особыми потребностями ребенка с ОВЗ (в посттравматический период). Возникновение критической конфликтной ситуации возможно только при наличии у человека внутренней системы ценностей и ответственности за свои побуждения [10].

4. **Кризис**, как переломный момент на жизненном пути [10]. Все вместе взятые – стресс, фрустрация, конфликт, и каждый из них – порознь, могут существенно затруднять реализацию привычных жизненных целей, разрушать смысл жизни, препятствовать самоактуализации и сохранению социального статуса. При особо разрушительном характере психологической травмы, каковой является и постановка диагноза ребенку с ОВЗ, все вышеуказанные барьеры создают не просто затруднения. Они делают невозможной реализацию предтравматического жизненного пути, результатом чего становится трансформация личности, которая приводит к возникновению

нового «образа-Я», новых ценностей и смысла жизни, которые в результате позволяют выработать новую жизненную стратегию [10]. В этом последнем утверждении и заключается принципиальная возможность роста (развития), но уже «нового образа-Я», в рамках «новой жизненной стратегии». Ситуацию постановки диагноза ребенку также можно рассматривать как вариант критической жизненной ситуации, характеристики которой будут рассматриваться в Главе 2 параграф 2.1. Акцент делается на обзоре именно кризисной критической ситуации, в которой, несмотря на ее экстремальность и высокую вероятность негативных последствий для индивида, тем не менее, при надлежащей психолого-педагогической помощи, всегда остаются перспективы [10]: развития, то есть роста (как долговременной программы), и эффективной краткосрочной антикризисной помощи (на уровне работы со стрессом, фрустрацией, конфликтами).

Указанные выше перспективы достигаются в процессе переживания - особого вида деятельности, направленной на поиск психологического выхода и психологическое преобразование критической (кризисной) жизненной ситуации. Также, как и иные виды деятельности, процесс переживания реализуется в рамках определенных целевых детерминант, среди которых Ф.Е. Василюк выделяет следующие четыре:

- 1. Избегание (вытеснение)** – «Здесь-и-теперь удовлетворение». Ф.Е. Василюк определяет эту детерминанту, в терминологии Зигмунда Фрейда, как «принцип удовольствия», то есть вытеснение и избегание всего, что вызывает негативные переживания и воспоминания. Как самостоятельная, такая цель может приобрести деструктивный характер, так как способы ее достижения опираются на искаженное восприятие реальности, возникающее путем самообмана [10]. Несмотря на то, что избегание и вытеснение не могут полностью помочь человеку справиться со своими переживаниями, они играют свою позитивную роль – снижают уровень остроты стресса, тревожности, иных негативных последствий травмирующего события [10; 137]. У родителей детей с ОВЗ данная стратегия может привести к искажению

восприятия реальности, отрицанию диагноза ребенка, а также к неудачным попыткам добиться от ребенка тех результатов, которые для него являются недостижимыми вследствие диагноза, либо не находятся в зоне его ближайшего развития.

2. Реализация мотива, направленного на удовлетворение жизненных потребностей [10]. В данном исследовании такими потребностями являются как особые потребности ребенка с ОВЗ, так и собственные потребности (работа, социальное окружение, семейные отношения, отдых, здоровье и прочее), измененные посттравматическими требованиями и ограничениями. Возможности такого механизма переживания также ограничены, так как они сужают жизненное пространство индивида к границам, строго определенным особенностями кризисной ситуации, не избавляя, при этом, от ситуации невозможности и рисков деструктивных последствий (неврозы, ПТСР, психосоматика, регрессия, асоциальное поведение и образ жизни).

3. Упорядочение внутреннего мира [10]. Эта целевая детерминанта имеет особое значение, так как главной целью переживания, как совладающего поведения, Ф.Е. Василюк считает достижение целостности и согласованности внутреннего мира [10]. В процессе формирования «новых» и отбраковки «старых» базисных убеждений снижается когнитивный дисбаланс между личностными побуждениями и возможностями (или невозможностями) их реализации. Тем самым, эта ключевая целевая детерминанта приобретает компенсаторное (замещающее) значение, выступая в качестве способа ликвидации или компенсации препятствий для самоактуализации [10], кроме того, открывая новые возможности в новых условиях. Примером подобного способа совладания у родителей детей с ОВЗ может быть постепенное принятие диагноза ребенка и вызванных им изменений в жизни самих родителей, которое позволит сформировать новый жизненный мир с учетом новой ситуации.

4. Самоактуализация. Как конечный, желаемый и необходимый результат психологических компенсаторных процессов [10, с. 54],

самоактуализация, также, как и сверхкомпенсация во взглядах Л.С. Выготского [13], обеспечивает социальную адаптацию в тех случаях, когда прямая адаптация невозможна. Предоставляя тем самым, выход из предметно-безвыходной ситуации через возможности реализации «новых» жизненных замыслов в «новой» когнитивной схеме «новых» базисных убеждений. То есть - в «новом» жизненном мире, который уже не сможет быть прежним. Однако у родителей детей с ОВЗ есть возможность повлиять на то, как изменится их жизнь с учетом сложившейся ситуации. Например, сменить профессию. Результатами могут быть совершенно неожиданные открытия в области взаимоотношений с окружающими людьми, собственных возможностей и обнаружение новых областей применения собственных навыков и умений.

Проведенный Ф.Е. Василюком анализ целевых детерминант позволяет разделить «переживание-деятельность», как совладающее (компенсаторное, замещающее) поведение в ситуации невозможности, на два уровня: нижний и высший. Нижний уровень – адаптация к жизненному миру (посттравматический жизненный мир меняет индивида) и высший – преобразование (трансформация) жизненного мира (индивид меняет посттравматический жизненный мир).

Такие целевые детерминанты, как «Избегание (вытеснение)» и «Реализация мотива» относятся к нижнему уровню. Они имеют ограниченный ресурс и представляют собой пример совладающего поведения, направленного на приспособление к новой реальности и позволяющего удовлетворить собственные потребности [10].

В то же время, к высшему уровню совладающего поведения в предметно-безвыходной ситуации относятся «Упорядочение внутреннего мира» и «Самоактуализация». Их ресурс не ограничен предметными действиями. Он расширяется и определяется, прежде всего, успешной трансформацией жизненного мира, компенсаторными когнитивными схемами (новыми базисными убеждениями) в соответствии с законами «сверхкомпенсации». Следует особо подчеркнуть, что высший уровень совладающего поведения не

просто предполагает достижение некоей условной нормы, но выдвигает, как одно из принципиальных требований, личностное развитие [10], в том числе, и в системе «ребенок с ОВЗ - его родители».

Тем самым Ф.Е. Василюк определяющую роль в процессе совладания с предметно-безвыходной кризисной ситуацией отводит именно трансформации жизненных миров, как единственно возможному механизму психологического выхода из ситуации невозможности. Данный подход приобретает особое значение с позиций современной психологии, в которой, наряду с убеждением в необходимости адаптации к новому жизненному миру, все большее внимание уделяется императиву «активного преобразования мира человеком» [34].

Таким образом, Ф.Е. Василюк фактически вывел основные принципы ПТР, среди которых важно выделить на данном этапе три основополагающих [10]:

- никто не может пережить за человека кризисную ситуацию, он обязан сделать это самостоятельно;
- процесс «переживания» кризисной ситуации управляем и его можно организовать таким образом, чтобы это привело к личностному росту или, в крайнем случае, не позволило процессу пойти патологическим путем;
- именно поэтому, психологу и другим помогающим специалистам следует обратить основное внимание на процесс «переживания» в ситуации жизненного кризиса.

При этом Ф.Е. Василюк в ответ, на вопрос: «Что же можно сделать, когда, казалось бы, ничего сделать нельзя?» обосновано предлагает пересмотреть свой жизненный мир «До», чтобы привести его в соответствие с посттравматическими ограничениями и возможностями. И речь здесь идет о конструировании новых жизненных миров, как о реальном, сложном и болезненном процессе. Но, не как о чуде со счастливым бытием и полным избавлением от невзгод и несчастий.

1.2. Понятие жизненного кризиса и типология критических жизненных ситуаций в экзистенциальной психологии и психотерапии

С точки зрения экзистенциальной психологии, кризис является неотъемлемой частью жизни и рассматривается как процесс, который позволяет открыть новые возможности. О. Bollnow в своей книге «Existenzphilosophie und Padagogik» утверждает, что жизнь и кризис – единое целое. С точки зрения автора, кризис – это внезапный интенсивный разрыв нормального течения жизни [87]. Кризис является чем-то экстраординарным для личности и несет за собой кардинальные перемены в жизненном мире индивида, кроме того, может протекать как в негативном, так и в положительном ключе.

Темой «травмы и смысла» занимался основатель «логотерапии» В. Франкл, который два с половиной года провел в концлагере, потерял близких и много раз сам был на грани смерти. Однако, он «не сломался», а даже вырос как личность благодаря тому, что у него был «смысл», который В. Франкл видел в необходимости издать рукопись, сохранившуюся на тот момент только у него в памяти. Теория В. Франкла основывается на трех постулатах: «свобода воли», «воля к смыслу» и «смысл жизни». Движущей мотивационной силой в человеке он всегда считал устремление к поиску смысла, которое в случае фрустрации трансформируется в апатию и может приводить к депрессиям, различным деструктивным зависимостям и агрессивному поведению [61].

А. Лэнгле, последователь В. Франкла, травму сравнивает с физическим ранением, которое насильственно преодолевает наше сопротивление и нарушает целостность границ. Кроме того, А. Лэнгле пишет, что психологическая травма ранит душу и приносит страдание, которое оказывает негативное влияние на жизнь человека [50].

В экзистенциальной психологии существует четыре «измерения» представлений: об окружающем мире, жизни, себе и будущем. Психотравмирующая ситуация нарушает их все. Таким образом, травма

предполагает перемещение из комфортных представлений о жизненном мире, себе и представлений о своих взаимоотношениях с этим миром (в настоящем и будущем) в ситуацию, когда приходится испытывать страдание и дискомфорт.

Серьезная травма не просто нарушает, а разрушает все 4 вышеуказанных «измерения» и воздействует на самые глубокие слои экзистенции. Человек испытывает шок от того, что с ним вообще могло такое произойти, перестает по ощущениям быть самим собой, а особенно нарушается базовое доверие к миру. Психотравмирующая ситуация как бы «выбивает опору из-под ног». Травма предполагает разрушение того, что имело или имеет ценность для индивида, а также ставит под сомнение то, что будет происходить дальше – появляется чувство неуверенности и неопределенности, что подразумевает дальнейшую переоценку ценностей. Человек сталкивается с реальностью, с которой он вынужден смириться и учиться в ней быть, появляется ощущение потери контроля. Кроме того, не обязательно травмирующая ситуация должна происходить с самим индивидом, иногда достаточно быть свидетелем какой-то ситуации, либо она может произойти со значимым близким (например, болезнь и инвалидность ребенка).

Таким образом, согласно А. Лэнгле «ранение» (или травма) подразумевают:

- «Личностную затронутость». Здесь предполагается поиск ответа на «почему?», и это «почему?» ищется в себе, что выражается в самокопании с тенденцией к самообвинению через задаваемые самому себе вопросы: «По какой причине со мной произошло то, что не должно было произойти?» Подразумевает поиск причины «Почему это происходит со мной?» и «Виноват ли Я? И в чем?».

- «Потрясение от неожиданности». Психотравмирующая ситуация никогда не входит в представления об идеальной картине мира индивида.

- «Разрушение ценностей», что сказывается на ощущении полноты жизни.

- «Сомнения по поводу перспектив». Человек задает себе вопрос «Как мне

жить дальше?» [50].

Таким образом, «ранение» нарушает взаимоотношения с собой, окружающим миром и людьми, а также своими представлениям о будущем, то есть нарушается базисное доверие по отношению к миру, пропадает иллюзия неуязвимости и появляется ощущение безысходности и бессмысленности.

В. Франкл и А. Лэнгле утверждают, что травма и «раны» сами по себе не имеют смысла, однако для совладания с возникшими переживаниями необходимо совершить «экзистенциальный прыжок» и тогда у ситуации может появиться смысл. С точки зрения В. Франкла, «смысл» индивид не придумывает, а находит в окружающем мире и для придания миру осмысленности были выделены три пути:

- «Творчество и труд». Принципиально важно, чтобы деятельность была общественно-полезная.

- «Чувство прекрасного и любви». То есть переживания, связанные с созерцанием чего-то красивого, например, природа или произведение искусства.

- «Поиск смысла». Данный путь заключается в том, чтобы найти положительное значение и смысл в переживании страдания, вызванного травмой. С точки зрения В. Франкла, этот путь приемлем только тогда, когда придерживаться первых двух нет возможности, и именно этот путь он использовал в концлагере [61].

В процессе совладания А. Лэнгле и В. Франкл говорят о важной роли внутреннего диалога, который позволяет сохранить связь с собой и теми ценностями, представлениями, которые у человека остались, таким образом, получается найти в этом опору. Например, В. Франкл подчеркивал, что, когда он был в концентрационном лагере, одним из стимулов, поддерживавших в нем желание жить, было желание увидеть снова родных и близких людей.

Кроме того, этот внутренний диалог помогает абстрагироваться от происходящего вокруг на какой-то период времени, что позволяет побыть в ресурсном состоянии. В ситуации, когда В. Франкл находился в концлагере,

подобное дистанцирование может быть ресурсным, однако, если проанализировать ситуацию, то чрезмерное дистанцирование может быть опасным, так как снижает степень контакта с реальностью и не позволяет адекватно оценивать происходящее и действовать целесообразно ситуации.

Самый главный инструмент совладания с психотравмирующими переживаниями А. Ленгле, на примере В. Франкла, озвучивает как «перестраивание жизни в ключе свободы», то есть в ключе свободно мыслить и иметь свое мнение вне зависимости от тех обстоятельств, которые тебя окружают.

Осознание внутренней свободы позволяет раскрыть для себя особый смысл, то есть приходит понимание, что не так важно почему эта ситуация произошла, а важно зачем она произошла. Важно, что всегда есть свобода выбора, как поступать в сложившейся ситуации, что есть возможность сделать что-то ценное для себя и окружающих.

Одним из последователей экзистенциального подхода в отечественной психологии является Д.А. Леонтьев, который в своей статье «Человек и жизненный мир: от онтологии к феноменологии», рассматривая онтологию и феноменологию жизненных миров, говорит о том, что внешний мир может оправдывать или нет наши ожидания, однако, внутренний мир позволяет в реалиях несовершенства окружающего мира сконструировать идеальный мир [34].

Перспективы совладания с ситуацией невозможности, в которой оказались родители детей с ОВЗ лежат не столько в предметно-практической деятельности, сколько в психологическом преобразовании ситуации невозможности в ситуацию новых возможностей.

Варианты таких преобразований достаточно хорошо представляет феноменология жизненных миров, предложенная Д.А. Леонтьевым вслед за введением такой типологии Ф.Е. Василюком [34]. Все эти миры существуют, и мы всегда их можем наблюдать со стороны или быть (или стать) их частью.

Первый тип жизненного мира – «традиционалистский жизненный мир». На сегодня это тип является доминирующим. Здесь жизнь основана на воспроизведении самого себя. Главным здесь является прошлое, как незыблемый символ и стандарт. Настоящее обязано повторять прошлое, а будущее – повторять настоящее. Основным принципом отношений индивида и общества является коллективизм, подчинение интересам общества. Принцип жизни - подчинение норме.

Не исключено, что большинство родители детей с ОВЗ могут оказаться представителями именно этого мира. Восстановление подобного мира после его разрушения возможно, но не в прежнем качестве, так, как и ребенок, и его родители перестают соответствовать своему стандарту в этом мире. Здесь возможна исключительно адаптация (преимущественно в форме ассимиляции) к жизни в том же мире, но с ограниченными собственными возможностями. Ситуация невозможности здесь не преодолена. Новые возможности не возникли, поскольку здесь нет возможности самовыражения, здесь возможно занять только то место, которое предоставляется обществом, исходя из интересов общества, но не индивида. Но решена, по крайней мере, задача выживания.

Второй тип жизненного мира, который выделяет Д.А. Леонтьев – «гедонистический». Гедонистический мир живет понятием «здесь и сейчас», прошлое и будущее не являются значимыми, таким же незначимым является должное (как обязанности перед другими). При рождении ребенка родителям всегда приходится менять прежний образ жизни, однако при постановке диагноза ребенку (например, связанного с ментальной инвалидностью) жизнь родителей меняется более кардинально, что предполагает отказ от привычных желаний и потребностей.

Третий тип жизненного мира в типологии Д.А. Леонтьева – «прогрессистский». Это тот мир, в котором индивиды выходят за рамки традиций и удовлетворения собственных потребностей. Это мир людей созидающих, накапливающих знания, конструирующих, созидающих,

строящих. Это мир науки, культуры, творчества. Главный принцип – самореализация в форме личного вклада в жизнь общества. Направлен этот мир на будущее, базируясь как на настоящем, так и на прошлом.

Построение именно этого мира является наиболее перспективным после разрушения предтравматического жизненного мира. Именно в нем становятся реальностью новые возможности:

1) восстановить оптимальное функционирование и снова стать полноценным членом общества через механизмы замещения (компенсации) дефектных функций возможными;

2) получить дальнейшее развитие (посттравматический рост) через механизм сверхкомпенсации и совершенствование в доступной сфере новых возможностей.

У родителей детей с ОВЗ, несмотря на психотравмирующую ситуацию, существует возможность провести внутреннюю работу, которая может привести к личностному росту и переходу в третий тип жизненного мира в классификации Д.А. Леонтьева.

1.3. Посттравматическое стрессовое расстройство и посттравматический рост как возможные последствия переработки травматических событий

Согласно Г. Селье, стресс – неспецифический ответ организма на любое изменение условий, требующее приспособления. Во многих случаях реакции на стресс являются целесообразными и адекватными. Но природа человека такова, что он дает реакцию не только на реальную физическую опасность, но также и на угрозу, и на некоторые символы опасности, испытанной непосредственно им в прошлом, или вошедшие в подсознание как общекультурный опыт человечества.

Н.В. Тарабрина утверждает, что травматическим стресс становится тогда, когда стрессор нарушает когнитивную модель мира, структуру «самости» и аффективную сферу [57].

Психическая травма – это переживание человека, которое вызывает непереносимые душевные страдания [57]. Нарушения, развивающиеся вследствие психической травмы, вызывают стойкие личностные изменения не только у пострадавших, а также у членов их семей и очевидцев. Меняются все уровни функционирования, а именно: физиологический, личностный, эмоциональный и социальный.

В современной психологии стресс чаще всего рассматривается с позиции негативного воздействия. Данный подход имеет долгую историю и появился на основе медицинских исследований, связывающих определенные расстройства с травматической ситуацией [36]. З. Фрейд в работе «Исследование истерии» утверждает, что психотравмирующее влияние на человека может оказывать любое событие, которое сопровождается яркими негативными переживаниями, а характер травмы зависит от восприимчивости пострадавшего.

Согласно классификации МКБ-10, **«Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD - Posttraumatic Stress Disorder)** – это патологическая, отсроченная по времени, реакция на психотравмирующую ситуацию, которая несет угрозу жизнедеятельности человека. ПТСР, прежде всего, характеризуется эмоционально-личностными изменениями, которые приводят к нарушению целостности индивидуальности [57].

В отечественной психологии важный вклад в исследования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и его последствий был внесен Н.В. Тарабриной и ее сотрудниками [42; 57; 64]. Выделяются в современных исследованиях следующие факторы возникновения ПТСР:

- низкий уровень интеллектуального развития и образования;
- отсутствие или недостаточный уровень поддержки в семье, нарушения в семейной структуре;
- отношение к пережитому ранее опыту (чем больше травмирующих ситуаций переживали пострадавшие и чем выше они оценивали их влияние,

тем ярче была выражена психопатологическая реакция на стрессовую ситуацию)

Согласно МКБ-10, ПТСР включает следующую симптоматику: навязчивые воспоминания, мысли и кошмары, связанные с психотравмирующим событием; регулярное проживание эмоций, сопровождающих травматическое событие при воспоминании о нем либо при возникновении ассоциаций с ним; избегание воспоминаний и ситуаций, напоминающих о психотравмирующей ситуации; психогенная амнезия относительно момента психотравмы; как последствия часто встречаются проблемы со сном, раздражительность, повышенная чувствительность и вспышки гнева; нарушаются когнитивные функции (прежде всего, внимание).

При наличии ПТСР данные симптомы возникают в течении 6 месяцев после травматической ситуации. Н.В. Тарабрина подчеркивает (и это очень важно для исследований ситуации невозможности, каковой является ситуация родителей детей с ментальной инвалидностью), что ПТСР предполагает нарушение временной перспективы восприятия своего будущего [57].

В статье Х.Б. Ахмедовой, посвященной посттравматическим изменениям личности у гражданских лиц вследствие угрозы их жизни, утверждается, что влияние на человека психотравмирующей ситуации зависит от его реакции на это событие, способов совладания со своими переживаниями, а также внутренних (эмоциональная устойчивость, личностные ресурсы, особенности защитных механизмов) и внешних (эмоциональная связь с окружающими и их поддержка) ресурсов [6]. Течение ПТСР может иметь хронический характер и часто сочетается с другими психосоматическими и психическими заболеваниями, включая аффективные и аддиктивные расстройства.

В случае длительного или хронического нахождения в психотравмирующей ситуации могут заостряться некоторые свойства личности и нивелироваться другие, могут проявляться совершенно не свойственные прежде черты [6]. В первую очередь, исследования особенностей проживания хронической психотравмирующей ситуации

проводились с военными, пострадавшими от военных конфликтов и стихийных бедствий [6; 10; 24; 36; 57]. Кроме того, имеются отдельные исследования родителей детей с ОВЗ, которые также находятся в длительной травмирующей ситуации, обусловленной рождением ребенка с инвалидностью [8; 19; 31; 38; 43; 45; 48; 85; 125; 130; 153].

Однако, не всегда возникает ПТСР, как следствие психотравмирующей ситуации. Альтернативой изучению негативных последствий травмы, является подход, позволяющий рассматривать стресс как катализатор позитивных личностных трансформаций или «посттравматического роста» (ПТР) [173].

Посттравматический рост как возможный результат переживания экстремальных травматических событий

Идея ПТР изначально находит свое отражение в религии и литературе, философии и мировой культуре. А. Маслоу утверждает, что предиктором самоактуализации является трагедия. Одним из прародителей теории ПТР можно считать В. Франкла, который утверждал, что путем реализации своих свободы и ответственности, человек может обнаружить и реализовать смысл в любой конкретной ситуации, в том числе психотравмирующей [61]. В последнее время феномен ПТР вызывает особый интерес в научной среде, в связи с растущим вниманием к психологическим процессам, позитивно влияющим на психику человека. Американский ученый G. E. Richardson в 2002 году описывает растущий интерес к ПТР как смещение вектора парадигмы от «проблемно-ориентированного подхода к «воспитанию сильных сторон» [151].

Пострадавшие от психотравмирующего события объясняют связанные с ним позитивные личностные изменения либо как результат своеобразного обучения в процессе совладания со стрессом, либо как прямой результат произошедшего события. Прежде всего, ПТР описывает не процесс «выздоровления» и не возвращение к «предтравматическому уровню жизни», а делает акцент на использовании эмоционального стресса как «трамплина»

для личностного роста [186]. Например, серьезная болезнь может привести к смене приоритетов и сместить их фокус внимания с работы на времяпровождение со значимыми людьми. Или человек, переживший потерю, открывает для себя, что он, оказывается, может быть намного сильнее морально, чем предполагал ранее.

Одним из положительных последствий травматического события может быть чувство сближения с другими людьми («товарищами по несчастью», семьей), что демонстрируют, например, исследования матерей детей с перинатальными проблемами [77], онкологических больных [94] и испытуемых, переживших крушение теплохода [186]. К позитивным изменениям также относят появление уверенности в себе и ощущение внутренней силы, способность ценить повседневную жизнь и принимать ее такой, какая она есть [42].

R. Janoff-Bulman считает, что люди действуют, руководствуясь устойчивыми убеждениями о себе, о мире и о своем месте в этом мире, которые кажутся неоспоримыми, стабильными и не подвергаются сомнению, образуя знакомый и безопасный жизненный мир. Однако, психотравмирующие события часто не позволяют пострадавшим вести такой же образ жизни, как и до психотравмы, подвергая сомнению уже имеющиеся убеждения и определяя их как несоответствующие обновленной реальности [128]. Цитируя С.М. Parkes, R. Janoff-Bulman [128] выделяет термин «Мир убеждений» (Assumptive World) – базисные стабильные убеждения о мире и самом себе, подтвержденные многолетним опытом и являющиеся опорой для человека при принятии решений и планировании своих действий [144]. Подобное понятие достаточно широко используется в современной психологии под самыми различными, но близкими по своей смысловой нагрузке, названиями: «Модели мира» (World Models) – Дж. Боулби [88]; «Структуры смысла» (Structures of meaning) - Р. Marris [141]; «Теория реальности» (Theory of Reality) – S. Epstein [105]; «Жизненный мир» - Ф.Е. Василюк [10], Д.А. Леонтьев [33; 34], когнитивные схемы А. Бека [86]. Однако,

во всех случаях идет речь о некоей базисной понятийной системе (механизме когнитивной обработки личностью входящей информации), выработанной индивидом с течением времени, о системе, которая предполагает определенные ожидания (прежде всего по отношению к будущему - понимание перспектив и последствий событий и собственных поступков) относительно нас самих и окружающего мира, обеспечивая тем самым возможность оптимального функционирования (жизнедеятельности).

«Assumptive world» или «предполагаемый мир», «мир убеждений» - это организованная система («схема») убеждений, которая отражает представление человека о себе и об окружающем мире на основании предшествующего опыта [128; 133; 144]. Эти убеждения позволяют человеку сориентироваться в себе и окружающем мире, дают ощущение реальности и смысла жизни, подсказывают ориентацию и защищают в психотравмирующей или любой другой экстремальной ситуации, а также оказывают влияние на поведение, мышление и эмоциональный фон [128]. Таким образом, не только окружающий мир оказывает влияние на наши убеждения, а и наши убеждения оказывают влияние на ожидания каждого отдельного индивида и на то, как он формирует свой жизненный мир.

R. Janoff-Bulman предполагает, что базисное ощущение безопасности формируется еще в детстве в процессе взаимодействия со значимыми близкими, и поэтому является фундаментальным (базисным) для здоровой личности [128]. Убеждения, которые поддерживают чувство безопасности являются фундаментальными (базисными) в нашем предполагаемом жизненном мире и среди них можно выделить три категории: убеждение в том, что мир доброжелателен к нам (доброжелательность мира); убеждение в том, что все в этом мире происходит не просто так, а со смыслом (осмысленность мира); убеждение в собственной значимости (ценность собственного Я).

Убежденность в доброжелательности мира проявляется через веру в то, все происходящие события, как правило, благоприятны для нас и, в конечном счете, приводят к положительному результату (ничего плохого с нами

произойти не может). Убеждение относительно осмысленности мира формируется в процессе понимания того, что все вокруг имеет смысл, а также, что существует причинно-следственная связь между поступками, событиями и результатом. Собственная значимость означает, что мы воспринимаем себя как положительную и нравственную личность, достойную уважения. Таким образом, наш предполагаемый жизненный мир дает нам основания думать, что мы хорошие люди, которые живут в доброжелательном мире, где все, чаще всего, имеет свой смысл и свою причину [128]. Однако, в случае психологической травмы, каждое из этих предположений оспаривается [133]. Те предположения, которые поддерживали ранее и придавали жизни определенность, вскоре становятся иллюзиями и возникает внезапное разочарование. Подобные ситуации R. Janoff-Bulman объясняет тем, что вследствие психотравмирующих обстоятельств у пострадавшего разрушаются фундаментальные представления об окружающем мире и себе [128].

Разрушение привычного жизненного мира, в результате психотравмирующего события, приводит к тому, что все имеющиеся схемы и стратегии управления «Я» и окружающим миром становятся бесполезными. Мир перестает быть безопасным и доброжелательным местом, где живут хорошие люди, способные управлять происходящим [133]. Таким образом, разрушение жизненного мира и несостоятельность старых убеждений предполагают возникновение ощущений опасности и паники вследствие временной невозможности находить для себя ответы на вопросы, отсутствия понимания логики происходящего и как на него можно повлиять.

Понятие базисных убеждений является важной составляющей когнитивных схем у А. Бека, которые лежат в основе переработки опыта и могут меняться в процессе жизнедеятельности под воздействием этого опыта [86]. Травмирующее событие, как правило, вызывает чувство уязвимости [128], степень выраженности которого зависит от схем (комбинаций базисных убеждений), то есть от способа обработки информации о травмирующем опыте. R. Janoff-Bulman предполагает, что в результате благополучного

совладания с психотравмирующей ситуацией базисные изменения претерпевают кардинальные изменения. М.А. Падун и Н.В. Тарабрина утверждают, что в подобной ситуации базисные убеждения имеют тенденцию частично восстанавливаться, однако, у человека при этом разрушается представление о собственной неуязвимости. Наряду с восстановлением убежденности в доброжелательности и справедливости мира появляется ощущение, что так бывает не всегда [42].

Многочисленные исследования [88; 106-108; 128; 167] показывают, что одним из фундаментальных (то есть являющихся основой жизнедеятельности) для нормотипичной личности является чувство **неуязвимости** (защищенности и безопасности). Сформированное еще в раннем детстве в результате надежной и предсказуемой опеки со стороны значимых близких, это чувство кажется нам незыблемым и неоспоримым. Поэтому, до тех пор, пока мы не подвергаемся воздействию негативных факторов, мы живем и действуем на основе чувства собственной неуязвимости - фундаментальной веры в то, что негативное, а тем более экстремальное, травмирующее событие не произойдет с нами [128; 146; 177]. С другой стороны, наиболее распространенным откликом на экстремальное психологическое воздействие является чувство **уязвимости**. [84; 128; 129; 146; 178; 180]. Таким образом фундаментальное отличие посттравматического жизненного мира от предтравматического проявляется в переходе от «неуязвимости» к «уязвимости».

R. Janoff-Bulman говорит о том, что **базисные (фундаментальные) убеждения** в критических жизненных ситуациях прежде всего поддерживают ощущение целостности, безопасности и защищенности [128].

Таким образом, воздействие стрессора на психику человека приводит к дезинтеграции. Процесс восстановления после травмы состоит в ее преодолении с помощью попытки восстановить базисные убеждения. Данный процесс проходит два основных этапа: 1) срабатывают механизмы защиты, которые защищают психику в момент особо тяжелых переживаний. 2) попытка вернуться к тем базисным убеждениям, которые были актуальны до

психотравмирующего события. Однако, возвращение к прежним убеждениям не всегда возможно, вследствие чего начинается реинтерпретация травматических событий и поиск нового смысла, положительных изменений, вызванных травмой [41].

В современной психологии существуют две основные модели теории ПТР, которые опираются на концепцию базисных убеждений R. Janoff-Bulman, т.е. на имплицитные представления о себе, окружающем мире и взаимоотношениях с ним.

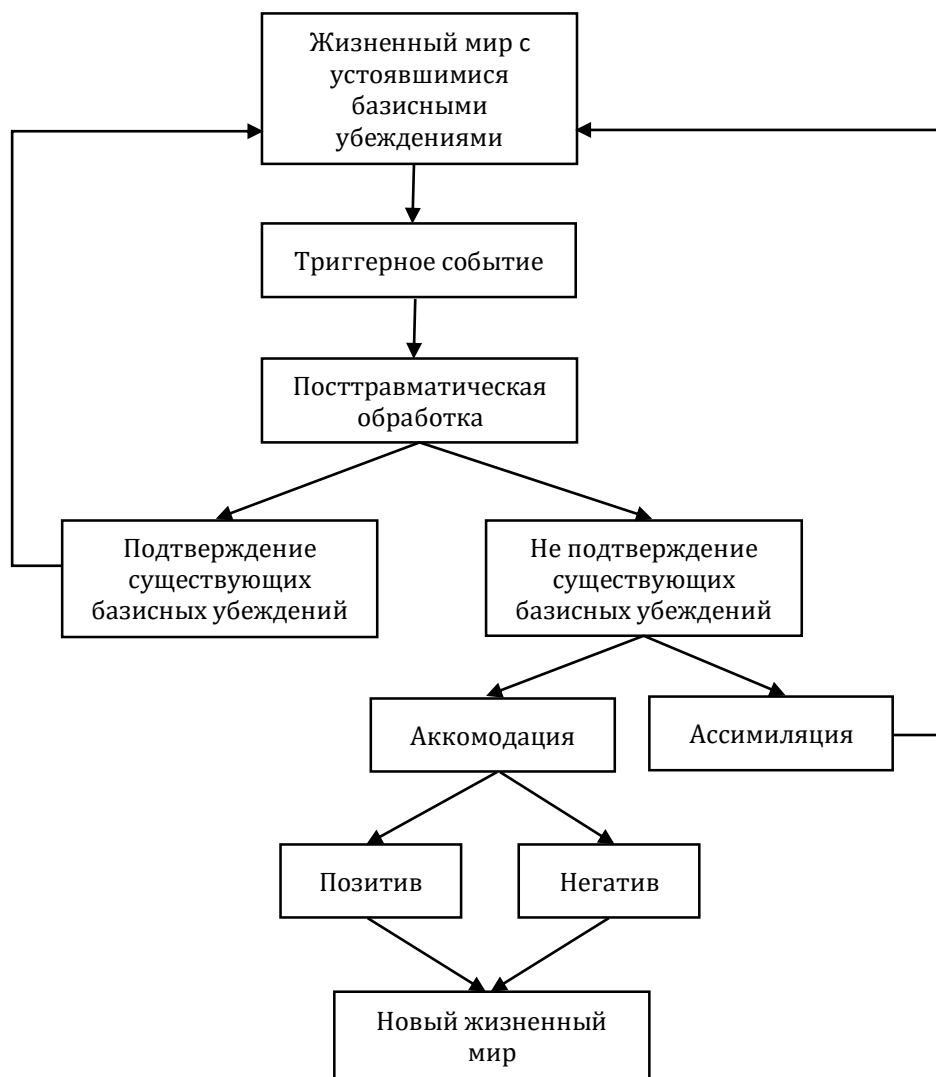


Рисунок 1 – Организмическая ценностная теория роста

Первая модель ПТР (рис. 1) называется «организмическая» [137]. Р.А. Linley и S. Joseph утверждают, что ПТР является нормой и изначально, с самого рождения заложен как механизм интеграции положительного и

негативного опыта путем включения природных когнитивных процессов. Совладание с травматическими переживаниями и их интеграция объясняются процессами аккомодации и ассимиляции в опоре на понятия Ж. Пиаже. В случае, если ассимиляция нового опыта в систему базисных убеждений невозможна, ввиду особенностей психотравмы, происходит изменение представлений о жизненном мире [132]. ПТР является вариантом позитивных изменений.

Для описания ПТР используются различные термины. ПТР упоминается как поиск преимуществ, или как рост, связанный со стрессом, процветание, позитивные психологические изменения [186], или «противодействующий» рост [137]. Данное исследование опирается на вторую теоретическую модель ПТР, которую разработали R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun, поскольку она наиболее точно отражает значение явления: ПТР происходит не после рядовых стрессовых переживаний, а именно после чрезвычайного травматического события [172].

В 1995 году R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun ввели понятие посттравматического роста (Posttraumatic Growth) или сокращенно – ПТР (PTG). В данном понятии (которое они рассматривали и как процесс, и как результат переживания психической травмы «сейсмического» характера) они объединили ряд позитивных психологических личностных трансформаций, инициированных травмирующим событием и осознаваемых пострадавшим. С их точки зрения, эти изменения вызваны как утратой (невозможностью реализации в посттравматических обстоятельствах) тех или иных видов деятельности, жизненных перспектив, смыслов, так и объективной необходимостью (как осознанной, так и неосознанной) восстановления своего эмоционального благополучия и социальной полноценности. В результате таких психологических преобразований (взглядов на новую жизненную ситуацию и на свое место в ней) у пострадавшего могут проявиться новые умения и качества, ранее у него отсутствующие, а также получить активное развитие ранее не актуальные (или второстепенные) способности и

возможности [172]. Изменения возникают только, когда пострадавший занимает активную позицию относительно процесса совладания с последствиями психотравмирующей ситуации. Примерами позитивных психологических изменений являются повышение ценности жизни, возникновение новых жизненных приоритетов, повышение уверенности в собственных силах, выявление новых возможностей, улучшение взаимоотношений с близкими, а также позитивные духовные изменения [170; 172; 173].

Основным отличием ПТР от совладания со стрессом является то, что происходит не только восстановление, но и выход на более высокий уровень психологического функционирования. Термином «рост» R.G.Tedeschi и L.G. Calhoun подчеркивают, что человек развился выше своего предыдущего уровня адаптации, психологического функционирования или жизненного сознания [170].

R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun в 2004 году концептуализировали процесс ПТР: травмирующее событие, имеющее «сейсмические» масштабы, разрушает мировоззрение и жизненный мир человека, что является вызовом для всех его базисных убеждений, целей и более раннему опыту совладания с дистрессом. Возникающее эмоциональное расстройство инициирует процесс руминации и активизирует копинг-стратегии. Руминация¹ первоначально является скорее автоматической, чем произвольной и связана преимущественно с мысленным обращением к травме и проблемам, вызванным ею. После того, как какая-либо из копинг-стратегий успешно сработает (например, принятие ситуации и отказ от нереалистичных целей)

¹ R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun используют понятие «руминация» в позитивном смысле как процесс внутренней работы направленной на поиск новых смыслов и переработку возникшего кризиса. Можно провести аналогию с понятием переживания-деятельности у Ф.Е. Василюка. В современной когнитивной-психологии и психотерапии руминативное мышление используется преимущественно в негативном смысле, как фактор, способствующий хронификации депрессии.

руминация превращается в более осознанное размышление о травме и о ее влиянии на жизнедеятельность. I. Wataru и K. Taku предполагают, что руминация, в ее конструктивной версии когнитивной обработки (поиск нового смысла и новых возможностей, изменение отношения к ситуации), играет ключевую роль в проверке и переоценке имеющихся базисных убеждений применительно к сложившейся ситуации, что в случае несоответствия потенцирует поиск новых и процесс личностных изменений [176].

Таким образом, ПТР концептуализируется как многомерная конструкция, подразумевающая изменения в базисных убеждениях, целях, поведении и идентичности, а также развитие жизненной мудрости. R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun утверждают, что ПТР зависит не только от характера психотравмирующей ситуации, но также от личностных особенностей пострадавшего и социальных факторов (прежде всего, поддержка семьи и близких) [171].

С точки зрения R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun [170], одним из предикторов ПТР является принятие того, что ситуацию нельзя изменить, своеобразное «согласие с реальностью». Ряд других исследователей [97; 114; 148; 163] отнес также к числу предикторов ПТР стратегии совладания, и среди них такие, как: «Положительная переоценка», «Поиск решения проблемы», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности». R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun утверждают, что чаще всего ПТР характерен для людей с умеренно выраженными копинг-стратегиями. Люди с выраженными копингами будут мало подвержены стрессу, успешно справляться с ним и возвращаться к предыдущим убеждениям и жизненному миру, которые были у пострадавшего до травмы. В свою очередь, люди со слабыми возможностями совладания с травматической ситуацией будут более подвержены ее негативному влиянию [171]. В подтверждение этому, было установлено, что респонденты с высоким уровнем жизнестойкости мало подвержены развитию ПТР. Это объясняется тем, что травматические переживания носят для них достаточно поверхностный характер и не затрагивают глубинные чувства, а,

следовательно, их жизненный мир остается в целостности и сохранности [152; 179; 182].

Проводя в течение многих много лет интервью с людьми, которые пережили тяжелое травмирующее переживание, R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun осуществляли смысловую обработку данных, проводили статистический анализ. В результате, были выделены пять сфер, где может развиваться ПТР: поиск в жизни новых возможностей; ощущение уверенности в себе и собственных силах; чувство благодарности и тесной связи с окружающим; рост интереса к духовной и экзистенциальной стороне жизни; понимание ценности жизни [173].

Кроме того, по результатам интервьюирования, R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun разработали Опросник посттравматического роста (ОПТР) [173], который в последующем был адаптирован М.Ш. Магомед-Эминовым [36].

Вышеуказанная концепция поддерживается теорией R. Janoff-Bulman, которая ввела три поясняющие модели ПТР [127]:

- «Стойкость через Страдания», которая подразумевает новое отношение к себе;

- «Психологическая Подготовленность» - позволяет сфокусироваться на конструктивных изменениях и личностном росте;

- «Экзистенциальная Переоценка» - подразумевает возникновение новой внутренней системы ценностей.

Группа американских ученых [156; 175] обобщила целый ряд исследований, посвященных личностной трансформации [156]. В результате чего было выявлено, что позитивная личностная трансформация является следствием определенных факторов, таких как:

1. Появление дезориентирующей ситуации, которая нарушает привычный ход жизни.

2. Осознание и принятие актуальной ситуации (субъекту психотравмы необходимо совершить первый шаг навстречу ПТР, посмотреть на себя и сложившуюся ситуацию, реально оценить ее и принять).

3. Осознанная активная направленность на решение возникших проблем и на совладание с возникшей ситуацией (формирование субъектной позиции).

Все исследования, посвященные ПТР, проводились только во взрослом возрасте и были получены данные, что у людей в зрелом и старческом возрасте реже происходит ПТР, чем у молодых [187]. Зависимость от пола не была установлена точно, так как были получены противоречивые данные. Одни исследования подтвердили, что у женщин ПТР происходит чаще, чем у мужчин [162], а другие не показали никаких различий [159].

Неоднозначным остается вопрос соотношения ПТР и ПТСР – воспринимать ли их как параллельные процессы, или ПТР является «антитезой» ПТСР? Некоторые исследования отрицают их зависимость друг от друга и доказывают, что эти процессы могут проходить параллельно и не взаимодействовать друг с другом [64; 123; 143], а некоторые утверждают, что они друг с другом отрицательно коррелируют [117; 138; 186]. Интересно, что исследования, которые использовали стандартизированные методики по выявлению ПТР не выявили никакой связи между ПТР и ПТСР, однако, исследования, использовавшие метод интервью или самостоятельно составленные шкалы для выявления ПТР, обнаружили отрицательную связь между ПТР и ПТСР. Т. Zoellner и А. Maercker утверждают, что они являются отдельными независимыми конструктами, представляющими разные измерения проживания психотравмирующей ситуации. Эти оба конструкта не рассматриваются как крайние точки одного и того же континуума адаптации к травматической ситуации. ПТР и процесс адаптации происходят, с их точки зрения, независимо друг от друга, так как области роста связаны не только с адаптацией, но и позитивными изменениями в когнитивной и эмоциональной жизни [186]. ПТР это не тоже самое, что повышение эмоционального фона или снижение уровня дистресса [171]. Таким образом, ПТР и посттравматический стресс могут быть параллельными процессами.

ПТР возникает параллельно попыткам приспособиться к тяжелым жизненным обстоятельствам и высокому уровню психологического дистресса.

Будет ли у человека в результате травмирующей ситуации развиваться ПТСР и\или ПТР - зависит от множества факторов. Прежде всего, это зависит от интенсивности стресса и от наличия поддержки со стороны социума, близких людей, специалистов [173]. Также, на развитие ПТСР и\или ПТР влияет то, как человек взаимодействует с новым опытом, а именно, личностные факторы и отношение к ситуации. Принятие ситуации, осознанность происходящего и готовность взять ответственность за собственную жизнь и оптимизм являются первым шагом к ПТР. Для ПТСР характерно нарушение временной перспективы восприятия своего будущего и смыслообразования, тогда как поиск нового смысла и построение планов на будущую жизнь, с учетом травматической ситуации (свершившейся или хронической, например, в ситуации с появлением в семье ребенка с ОВЗ), способствует ПТР [24; 36].

Те исследования, которые были проведены зарубежными специалистами с участием родителей, потерявших своих детей, не выявили систематических взаимосвязей между ПТР и депрессивной симптоматикой [171; 186]. Тем не менее, лонгитюдное исследование [186] жертв сексуального насилия показало, что, по прошествии значительного времени после травмирующего события (12 месяцев), между ПТР и депрессивной симптоматикой все же может наблюдаться отрицательная корреляция. Учитывая, что оба вышеуказанных психотравмирующих события имеют «сейсмический» характер для пострадавших, так же, как для родителей детей с ОВЗ «сейсмический» характер имеет постановка диагноза их ребенку, мы считаем возможным принять во внимание эти результаты в целях данной работы.

S.H. Filipp в 1999 г. рассматривает ПТР как процесс интерпретации. Автор предполагает, что в процессе совладания с потерями и травмами люди проходят три процесса. Согласно ее теории, процессы восприятия реальности делятся на аттентивные (от слова «внимание») и компаративные («сравнительные») процессы. Аттентивные процессы защищают позитивные иллюзии и надежды. Компаративные процессы определяют временно облегчающие, но не избавляющие от страдания (паллиативные), сравнения

путем социальных сравнений. После этого следует стадия «интерпретирующей реальности», которая развивается путем руминации и поиска ответов на вопросы «Что произошло?» и «Почему?». В рамках этой концептуализации ПТР является одной из возможностей построить «интерпретирующую реальность» [186]. Y.H. Schorr и L. Roemer в исследовании, проведенном в 2002 году на студентах колледжа обнаружили, что те респонденты, которые искали смысл, а не причину произошедшего, с большей вероятностью отмечали у себя ПТР [154].

В отечественной психологии традиции исследования ПТР сконцентрированы на пострадавших от прямой психотравмы [24; 36; 64]. При этом ключевым трансформационным механизмом предполагается построение нового «смыслообразования», взамен утраченного «старого» привычного жизненного уклада (смысла жизни).

О.Г. Квасова в статье «Трансформация временной перспективы личности в экстремальной ситуации» делает вывод, что так как старая временная перспектива разрушена, то в результате совладания с последствиями психотравмы формируется новая временная перспектива. При этом необходимо учитывать (и своевременно принимать адекватные меры), что трансформация временной перспективы, как реакции на травматическое переживание, имеет два плана: негативный, подразумевающий редукцию временной перспективы, и позитивный – формирование новой целостной временной перспективы [24].

Х.Б. Ахмедова говорит о том, что травматические ситуации бросают вызов человеку, однако характер изменений может быть не только негативным, но и положительным [6]. В своей работе «Переживание и молитва» Ф.Е. Василюк рассматривает процесс переживания психотравмирующей ситуации как возникновение особого личностного смысла, который позволяет определить степень и значение потерь, смириться с ними, видоизменить свои взгляды на жизнь, осознать смысл происходящего

и сформировать новые внутренние опоры в жизни [10]. Н.В. Тарабрина также говорит о возможности личностного роста в результате травмы [57].

Примечательно, что законы компенсации и сверхкомпенсации в работах Л.С. Выготского [13] имеют непосредственное отношение именно к ситуации невозможности – к развитию ребенка с неустранимыми дефектами (например, слепота). В современной психологии, Н.Е. Харламенкова [64] развивает учение А. Адлера и Л.С. Выготского [13], конкретизирует понятия «компенсации», «замещения» и «сверхкомпенсации», применяя их за пределами детской дефектологии к самым различным трудным жизненным ситуациям. Н.Е. Харламенкова подчеркивает, что в современной мировой психологии активно развивается изучение компенсации, в том числе в сфере изучения: 1) субъективного восприятия человеком процесса старения [182]; 2) эмоционального выгорания [100]; 3) преодоления трудных жизненных ситуаций [136, 150]. Отдельно Н.Е. Харламенкова делает акцент на исследованиях особенностей восстановления утраченных функций после физической или психологической травмы путем компенсации с помощью различных техник [64].

Обобщая и развивая учение Л.С. Выготского о компенсации и сверхкомпенсации (развитие уникальных возможностей организма и психики, как восполнение, прежде всего, «социальной неполноценности», а не дефекта) [64], Н.Е. Харламенкова рассматривает принципы компенсации и сверхкомпенсации для обеспечения оптимального функционирования, предусматривающего: компенсацию дефицита функций; стабилизацию, то есть защиту от деградации; и поступательность (сверхкомпенсация).

При этом она обозначает компенсацию как совладание с субъективно воспринимаемыми как неполноценность процессами, которое происходит путем либо целенаправленной тренировки, утраченной или дефектной функции, либо путем переключения на иной вид деятельности, где субъект способен достичь успеха [64].

Сущность же сверхкомпенсации состоит в том, что любое негативное воздействие на организм вызывает с его стороны защитные реакции, которые чаще всего намного сильнее, чем это было бы необходимо для нормализации состояния [13]. При этом процессы компенсации направлены прежде всего не на устранение самого дефекта, а на совладание со сложностями им созданными [13].

Развивая взгляды Л.С. Выготского [13] на компенсаторные возможности психологического выхода из критической ситуации и на компенсаторный механизм ПТР с точки зрения ситуации невозможности, Н.Е. Харламенкова прямо указывает, что компенсация потенцирует личностный рост, путем развития собственных возможностей, позволяющих быть успешными в новом формате деятельности, взамен невозможности сделать это в другой сфере, а также предполагает совладание с чувством неполноценности. Таким образом, процесс преодоления влияния травматической ситуации на психику может привести к ПТР [64].

Явление сверхкомпенсации также, как и ПТР, не происходит само по себе, однако, даже осознание такой возможности вселяет надежду и дает силы на пути к ней [13]. Она является следствием упорной воспитательной работы психолога-педагога, который, кроме всего прочего, должен учитывать особенности последствий дефекта, компенсаторные возможности и постепенность становления личности в новых условиях, предлагая задачи исключительно из зоны ближайшего развития [13].

Исходя из того, что в данной работе подобная психотравмирующая ситуация рассматривается как ситуация невозможности, особую актуальность приобретают механизмы психологического преобразования – компенсация, замещение и сверхкомпенсация.

Компенсация и замещение, с точки зрения Н.В. Харламенковой, есть близкие, но не тождественные понятия [64] и их необходимо различать, чтобы представлять возможные векторы выхода из критической ситуации, которые могут как позитивными (конструктивными), так и негативными

(деструктивными). Понимая компенсацию, как достижение той же цели, но обходными путями (в обход дефектной функции), а замещение - как смену цели (смену вида деятельности) [64], в данной работе предполагается следующее их приложение к ситуации невозможности, актуальной для родителей детей с ОВЗ:

- Главная конструктивная (позитивная) цель - это восстановление родителями своего социального статуса с учетом особенностей, ограничений и требований, связанных с ребенком с ОВЗ.

- Компенсаторные механизмы, связанные с деятельностью, направленной на достижение этой цели, носят позитивный характер. Для реализации обходных путей (необходимых для ее достижения) могут использоваться механизмы замещения на уровне конкретных действий (составляющих эту деятельность), замещая невозможные действия возможными. Такое замещение также имеет позитивный вектор.

- Компенсаторная деятельность будет носить негативный характер, если, например, главная цель (восстановление социального статуса) будет ориентирована на достижение собственного социального благополучия (статуса) без учета интересов ребенка с ОВЗ.

- Деструктивный характер может приобретать замещение, когда ориентированная на возобновление социального статуса деятельность (с учетом интересов ребенка с ОВЗ), замещается (подменяется) любой иной деятельностью, не связанной с социализацией (собственной и ребенка), например, алкоголизм, уход из общества «в себя», отшельничество, аскетизм и минимальное жизнеобеспечение ребенка.

В основе отечественных исследований ПТР лежит субъектный подход, который активно развивается и в отечественной (Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, В.К. Зарецкий, А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин и другие) и зарубежной школах психологии [119; 186].

R. Harre утверждает, что понятию «субъектность» соответствует способность действующего лица быть активной движущей силой, направленной на совладание с вызовами окружающего мира [119; 186].

Предполагается, что наиболее глубинным проявлением субъектности являются: во-первых, понимание и контроль собственных мотивов, чувств и побуждений, управляющих нашими действиями, а во-вторых, изменение своего образа жизни, своей идентичности, исходя из особенностей новой «измененной» реальности [33; 119].

ПТР является элементом совладания с травмирующей ситуацией и является необратимым, поскольку, в результате позитивной личностной трансформации человек выходит на совершенно новый для себя уровень личностного развития и никогда не сможет уже воспринимать жизнь так, как воспринимал ее до воздействия стрессора на него и его жизнь.

Таким образом, выделяется два возможных пути трансформации личности в результате экстремальной психической травмы:

1. Деструктивный, обусловленный тем, что необходимые для нормального психического функционирования схемы либо отсутствуют, либо они «застыли» в своей самой простой форме или даже в примитивной, деструктивной стадии приспособления к удовлетворению основных потребностей (алкоголизм, наркотики и т.д.). Возможные последствия – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Когнитивные концепции психической травмы предполагают, что психическая патология возникает в результате нарушения работы успешно действующих схем или проявляется их неполноценность. К дисфункциональным нарушениям на поведенческом, эмоциональном и когнитивном уровнях прежде всего относят разрушение или искажение представлений об образе «Я» и мира вокруг [42; 96; 166].

2. Конструктивный, для которого характерны схемы, способные совладать с переживаниями, вызванными конкретной посттравматической ситуацией, и которые не только обеспечивают оптимальную

жизнедеятельность, но и дальнейший личностный рост. Возможные последствия – посттравматический рост (ПТР). В результате совладания с травматическими переживаниями меняется отношение пострадавшего к жизни, повседневным событиям и взаимоотношениям с окружающими. Происходит так называемая переоценка, которая позволяет построить свой новый жизненный мир исходя из имеющихся реалий.

Опираясь на указанные положения, специалисты развивают концепцию психологической помощи, одной из целей которой является содействие в развитии ПТР, лицам, пережившим травматические события, которая включает в себя когнитивный подход в психотерапии психической травмы, направленный на коррекцию дисфункциональных убеждений (относительно себя и взаимоотношений с окружающим миром) [42].

С точки зрения R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun, психолог (либо другой помогающий специалист) должен занимать позицию эксперта-компаньона, что подразумевает, прежде всего, сосредоточение на том, о чем говорит пострадавший, и на контакте с ним, а не на попытку изменить его состояние. С самого начала процесса оказания помощи при психотравме необходимо помнить о возможности ПТР и делать акцент на его признаках в процессе общения с пострадавшим. Также важно помнить, что ПТР не устраняет травму, а видоизменяет отношение к ней. Часто ситуация может быть настолько разрушительна для жизненного мира человека, что само упоминание о ПТР может восприниматься отрицательно. В этом случае специалисту важно принимать позицию пострадавшего. Акцент на первоочередном снижении симптоматики, сопровождающей переживание травматической ситуации, будет способствовать замедлению роста, таким образом, пострадавшему необходимо позволить пережить все чувства, связанные с травмой, а специалист при этом должен находиться рядом и занимать поддерживающую позицию. В процессе оказания психологической помощи необходимо понимать различие между борьбой за выживание и адаптацией к новым обстоятельствам. По мнению R.G. Tedeschi и L.G.

Calhoun, когда специалист помогающей профессии говорит о ПТР, то он имеет в виду не положительную сторону самой травмирующей ситуации, а рост, который может произойти в процессе адаптации к новому жизненному миру [169].

Выводы:

1. Ситуацию воспитания ребенка с ОВЗ можно назвать критической для родителя и проанализировать, используя выделенные в концепции переживания-деятельности Ф.Е. Василюка понятия, описывающие критическую жизненную ситуацию: психологический стресс (основным стрессором является диагноз ребенка и его полная необратимость); фрустрация (вызванные диагнозом ребенка ограничения, требования и вызовы, которые приводят к разрушению базисных убеждений); конфликт (столкновение личных желаний и потребностей родителей с требованиями и ограничениями, вызванными диагнозом и особыми потребностями ребенка с ОВЗ); кризис (осознание невозможности возвращения к стилю жизни до момента понимания того, что у ребенка есть особенности в процессе развития после постановки ему диагноза, создает возможность для создания нового образа жизни и образа-Я с учетом актуальной ситуации). Несмотря на множество трудностей в процессе воспитания ребенка с ОВЗ, при надлежащей психолого-педагогической помощи, существуют перспективы личностного **роста для их родителей**. Данная перспектива достигается в процессе переживания-деятельности, которая может реализовываться в рамках определенных детерминант: избегание или вытеснение (искаженное восприятие реальности и нереалистичные требования к ребенку могут привести к фрустрации и ретравматизации); реализация мотива (удовлетворение потребностей своих и ребенка с ОВЗ); упорядочение внутреннего мира (принятие ребенка с ОВЗ и вызванных его диагнозом изменений в собственной жизни); самоактуализация (построение новых отношений с миром, собой и окружающими).

2. С позиции экзистенциального анализа, кризис присутствует в жизни каждого человека и способствует возникновению новых возможностей и смыслов (А. Ленгле, В. Франкл, Д.А. Леонтьев). В результате, чрезмерная травма затрагивает самые глубокие слои экзистенции и разрушает систему представлений человека о жизни, себе, окружающем мире и будущем. Травма сама по себе не имеет смысла, однако, пути совладания со своими переживаниями («творчество и труд», «чувство прекрасного и любви», «поиск смысла») могут привести к «экзистенциальному прыжку», который поможет обнаружить смысл в происходящем.

3. Согласно классической концепции стресса Г. Селье, стресс - это реакция на изменение условий, требующих приспособления к ним. Стресс становится травматическим, когда он нарушает структуру самости, когнитивную и аффективную модели мира и оказывает деструктивное воздействие на аффективную сферу (Н.В. Тарабрина). Одним из негативных последствий психотравмы является посттравматическое стрессовое расстройство. Однако, результатом переживания экстремальных травматических событий может быть и посттравматический рост, растущий интерес к которому демонстрирует смену парадигмы в научном сообществе с проблемно-ориентированного взгляда на подход, основывающийся на поиске сильных сторон, ресурсов и возможностей.

4. Существуют две основные модели ПТР, которые основаны на концепции базисных убеждений и жизненных миров R. Janoff-Bulman: «организмическая ценностная теория роста» (как заложенный с самого рождения механизм аккомодации и ассимиляции) и модель ПТР, разработанная R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun (как последствия чрезвычайного травматического события). Подчеркивается, что основным последствием ПТР является не только совладание со своими переживаниями, но также выход на новый, ранее не достижимый, уровень личностного развития.

5. Исследования связи ПТР и ПТСР демонстрируют неоднозначную связь между ними: некоторые авторы утверждают, что они являются

параллельными процессами, однако, есть данные, которые демонстрируют отрицательные корреляции. Т. Zoellner и А. Maercker предлагают рассматривать ПТР и ПТСР как независимые процессы, а не как два полюса одного и того же континуума. Имеющиеся исследования не выявили систематических связей ПТР с депрессивной симптоматикой, однако, в лонгитюдном исследовании отмечается значимая отрицательная корреляция между ними.

ГЛАВА 2

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РОСТА У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ

В данной главе на основе многочисленных исследований рассматриваются особенности кризисного состояния родителей, находящихся в психотравмирующей ситуации, связанной с диагнозом их ребенка. Здесь и далее под ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) понимается необратимая ментальная инвалидность ребенка, а под «психотравмирующим событием» - рождение ребенка с необратимой ментальной инвалидностью или постановка диагноза, который свидетельствует о его необратимой ментальной инвалидности. Особенное внимание в Главе 2 уделено анализу исследований копинг-стратегий и убеждений родителей детей с ОВЗ. Кроме того, рассматривается роль поддержки субъектной позиции ребенка в процессе воспитания детей с ОВЗ.

2.1. Рождение и постановка диагноза ребенку с ОВЗ как критическая жизненная ситуация для родителей и ее последствия

Согласно классификации типов стресса по Г. Селье, выделяется эустресс и дистресс. Эустресс подразумевает благоприятный стресс, то есть такой, с которым человек способен справиться и усовершенствовать свои навыки. В свою очередь, дистресс предполагает такой уровень стресса, который превышает адаптационные возможности психики и является деструктивным для пострадавшего. Можно предположить, что в большинстве случаев, когда семья готовилась к появлению желанного и запланированного ребенка, родители переживают эустресс при его рождении, но только при условии, что ребенок нормотипичный. В противоположность этому, стресс, вызванный рождением ребенка с инвалидностью, либо постановка диагноза ребенку, связанного с ментальной инвалидностью, является в начале острым, а потом и хроническим дистрессом, т.е. неблагоприятным стрессом, который истощает защитные силы организма, так как имеющиеся адаптационные механизмы

становятся малоэффективными. Согласно Савеньшевой С.С. с соавторами, возникновение «родительского стресса» связано со сложностями в воспитании и индивидуальными особенностями ребенка, особенно такими, как характер и здоровье [51].

Появление в семье ребенка с ОВЗ является для родителей чрезвычайно сильным психотравмирующим фактором. Стресс родителей, вызванный данными переживаниями, является постоянным и чаще всего характеризуется невозможностью окончательного устранения стрессора. Родителям детей с ОВЗ, одновременно с процессом проживания горя по поводу диагноза ребенка, потерей образа себя как родителя (часто еще и как специалиста в профессиональной сфере), радикального изменения представлений о будущей жизни своей и ребенка, приходится заниматься еще и реабилитацией \ абилитацией ребенка, поиском помогающих специалистов.

Психотравмирующее влияние появления в семье ребенка с ОВЗ выходит за рамки стресса и приобретает характер критической жизненной ситуации, имеющей статус «ситуации невозможности» (см. параграф 1.1) и включающей в себя ряд психологических состояний, каждое из которых вносит свой разрушительный вклад [10]: 1) психологический стресс; 2) фрустрация; 3) конфликт - столкновение несовместимых мотивов, целей, желаний, ценностей; 4) кризис - кризис жизни и критический поворотный пункт жизненного пути.

Этапы совладания с переживаниями, вызванными известием об ограниченных возможностях здоровья ребенка, довольно часто сравнивают с процессом переживания горя или утраты. И. В. Рыженко и М.С. Карданова выделяют пять этапов родительской психической реакции на постановку необратимого диагноза детям с ОВЗ: шок (острый, дисфункциональный этап – психическое застывание в момент ознакомления с диагнозом), отрицание (острый, дисфункциональный этап – деструктивный отказ от согласия с реальностью), агрессия (острый, дисфункциональный этап – необъективная агрессия по отношению к несправедливому миру и к себе, как возможному

виновнику), депрессия (острый, дисфункциональный этап – деструктивное болезненное состояние), принятие (начало конструктивного этапа адаптации к новым жизненным обстоятельствам) [48].

Создатель биопсихосоциальной модели G. Engel [103] в своей работе «Является ли горе болезнью?» продемонстрировал, что процессу горевания присущи основные характеристики соматических болезней: известная этиология (в данном случае постановка диагноза ребенку), дистресс, относительно предсказуемые симптомы и течение, функциональные нарушения. Также, как и при лечении соматических заболеваний, существует два пути развития: выздоровление («неосложненное горе») или хронификация процесса («осложненное горе») [161; 185]. Вследствие длительного переживания горя, примерно у 10% перенесших утрату людей возникает синдром «осложненного горя», который может продолжаться длительное время на фоне травматического дистресса (отрицание диагноза родителями детей с ОВЗ, злость, тревога, навязчивые мысли и избегание всего, что напоминает об утрате), дистресс расставания (чувство вины за произошедшее, тоска по утраченному и отрицательные эмоции) [185].

Некоторые родители детей с ОВЗ не справляются с подобными переживаниями, часто фиксируются на одном из этапов и у них происходит хронификация процесса горевания. Это способствует тому, что ситуация приобретает разрушительный характер и может оказать крайне негативное влияние на психофизическое и социальное развитие как ребенка с ОВЗ, так и его родителей. Стресс родителей детей с ОВЗ является как бы двойным, то есть переживания возникают не только за себя и свой образ жизни, но и за ребенка. Подобная ситуация нарушает привычный уклад жизни, является хронической и представляется родителям, как не имеющая перспективы ее разрешения, вследствие чего происходит определенная личностная трансформация [156]. Однако, именно от того, как родители взаимодействуют с новым «опытом», зависит полюс данных изменений: будут ли они отрицательными или положительными. Распространенными последствиями

такой травматизации являются различные заболевания, которые по механизму порочного круга усугубляют тяжелое эмоциональное состояние как родителей, так и детей [38; 48; 59].

В своем исследовании Хаин А.Е. продемонстрировала особенности адаптации семей подростков с онкогематологическими заболеваниями. Для таких семей ресурсным является высокий уровень сплоченности, который может быть вызван дополнительной социальной изоляцией, связанной с процессом лечения. Кроме того, для них характерна фиксация на негативных переживаниях, элиминирование эмоций и тенденция в семейной идеологии не доверять окружающим, что связано с дополнительными сложностями в процессе адаптации к ситуации и повышением уровня дистресса. В свою очередь, семейный перфекционизм, направленный на принятие ситуации как вызова, способствует снижению уровня эмоционального дистресса [63].

Гостунская Я.И. пишет о том, что диагноз ребенка и его статус заболевания несут ряд специфических проблем на каждом этапе развития ребенка, а также могут оказывать неблагоприятное влияние на все сферы жизни семьи, что характеризуется [16]:

- возникновением нарушения временной перспективы у родителей (представлений о будущем ребенка);
- эмоциональным и физическим истощением родителей, вызванным эмоциональными переживаниями за ребенка и постоянной потребностью заниматься его лечением, коррекцией поведения;
- разочарованием и ощущением беспомощности родителей, вызванным несоответствием родительских ожиданий и поведения, уровня развития ребенка;
- нарушениями в семейной системе и снижением социального статуса семьи;
- сложностями во взаимоотношениях с окружающими, что является результатом столкновения с общественным мнением.

После постановки ребенку диагноза, связанного с ментальной инвалидностью, родителям практически невозможно вернуться к прежнему образу жизни [156]. Именно поэтому малоэффективны попытки помогающих специалистов бороться со стрессом и задействовать ранее успешно функционировавшие схемы поведения. Вследствие этого для поиска новых путей помощи таким родителям появилось целое направление исследований, направленных на понимание феномена ПТР [82; 85; 89; 95; 156].

Когда мы говорим о психологических переживаниях стрессовой ситуации, то преимущественно имеем ввиду единичную психотравмирующую ситуацию, то есть ту, которая произошла однажды и уже завершилась, либо хронический стресс. Однако, психологический стресс, связанный с воспитанием ребенка с ОВЗ, имеет свои отличительные особенности: он является не только хроническим, но еще и видоизменяется. По мнению S. Вуга, А. Zyta и К. Swirynkalo родители детей с ОВЗ в процессе адаптации справляются с многочисленными стрессорами, которые могут быть продолжительными, различной интенсивности, а также меняться в зависимости от возраста ребенка и актуальной ситуации его развития. Данные авторы утверждают, что эти стрессоры связаны с проблемами развития ребенка, особенностями семейного воспитания, требованиями общества, процессами реабилитации \ абилитации и процедурой лечения ребенка [91].

Исследования, посвященные стрессу, который испытывают родители детей с ментальной инвалидностью, в частности, с аутизмом, выявили, что данный стресс зависит от множества факторов. Различные зарубежные исследования обнаружили высокий уровень стресса у родителей детей с ОВЗ [75; 90; 101], который значительно превышает уровень стресса родителей нормотипичных детей [78-80; 164; 165; 174]. Им регулярно приходится сталкиваться с различными стрессорами [98], под которыми понимаются эмоциональные, поведенческие и коммуникативные проблемы ребенка [81; 86]. Авторы особенно выделяют трудности родителей детей с расстройством аутистического спектра (РАС), так как их поведение и потребности особенно

резко отличается от нормотипичных детей и часто негативно воспринимаются обществом. Согласно С. Sharpley [160], наиболее значительными источниками стресса, испытываемого родителями детей с РАС, являются: 1) хронический характер проблем; 2) неодобрение поведения ребенка, демонстрируемое обществом и членами семьи; 3) недостаточная профессиональная поддержка специалистами.

Зарубежные эмпирические исследования доказывают негативное влияние на родителей ситуации воспитания детей с ОВЗ: проблемы совладания со сложностями и адаптацией к новой жизненной ситуации [120 – 122], снижение качества жизни [109], а также высокие показатели симптомов тревоги и депрессии [99; 149]. Некоторые исследования были посвящены поиску различий и общего у матерей и отцов в переживании стрессовой ситуации, связанной с воспитанием ребенка с ОВЗ. Было установлено, что матери испытывают больший стресс, чем отцы, в связи с низким уровнем самостоятельности, поведенческими проблемами и особенностями физического развития ребенка [135].

Также было выявлено, что материнский стресс, в отличие от отцовского, связан с уровнем усвоения социальных навыков их детьми [81]. С. Knussen и Р. Sloper [134] также обнаружили связь негативных переживаний с проблемами ребенка, связанными с его поведением, зависимостью в социально-бытовой сфере, высоким уровнем тревожности и низким уровнем коммуникативных навыков. В свою очередь, у отцов, высокий уровень стресса был связан преимущественно с коммуникативными проблемами, нарушениями физического развития у ребенка и с тем, как ситуация постановки диагноза отразилась на их профессиональной деятельности и финансовом положении семьи. Однако, некоторые исследования показывают, что в некоторых случаях отцы больше, чем матери подвержены стрессу в ответ на проблемы, связанные с поведением и коммуникативными навыками ребенка [139]. Согласно данным исследования М. Margalit проблемное

поведение ребенка является предиктором стресса в равной степени, как для отцов, так и для матерей [140].

Подобные противоречивые результаты позволяют предположить, что при определении предикторов стрессового состояния каждую выборку следует рассматривать в социальном и этническом контексте с позиций культурно-исторической психологии.

Ю.А. Разенкова подчеркивает необходимость поддержки семей детей с ОВЗ на уровне социальных служб, что позволит родителям расширить свою социальную сеть и повысить качество ранней диагностики и помощи детям, а также максимально реализовать актуальные потребности семьи [46].

Суммируя данные разных исследований, как теоретических моделей критической ситуации, так и эмпирических данных относительно психического состояния родителей детей с ОВЗ, можно подытожить, что стресс для данного контингента является двойным (переживания связаны не только с ребенком, а также со своими жизненными перспективами). Кроме того, стресс родителей детей с ОВЗ является хроническим и окончательно непреодолимым ввиду того, что травматическая ситуация с течением времени видоизменяется (ребенок с ОВЗ взрослеет, меняются потребности и требования к его поведению и развитию), вследствие чего может происходить ретравматизация. Как утверждают О. С. Никольская, Е. Р. Баенская и М. М. Либлинг, родители ребенка с ментальной инвалидностью становятся особенно ранимыми и требуют специализированной помощи именно в периоды возрастных кризисов ребенка и таких его критических точек развития, как поступление в детский сад и школу, переход из младшей школы в старшую, подростковый период и т.д. [40].

2.2. Убеждения и ценности как психологические факторы переработки травматической ситуации и возможности посттравматического роста у родителей детей с ОВЗ

Травмирующее событие, как правило, вызывает чувство уязвимости [128], степень выраженности которого зависит от схем (комбинаций базисных убеждений), то есть от способа обработки информации о травмирующем опыте. Возможны различные варианты таких схем (различные комбинации функциональных и дисфункциональных базисных убеждений) как для условно нормотипичного (предтравматического) состояния, так и для критической жизненной ситуации. Их принципы построения основаны на модели R. Janoff-Bulman [128] и на тех ответах, которые предположительно выберет для себя индивид как отклик на последствия травмирующего события.

Чувство уязвимости, вызванное последствиями травматических переживаний, обычно характеризуется сниженным эмоциональным фоном, тревожностью и растерянностью, а в некоторых случаях проявляется в виде симптоматики ПТСР. В процессе совладания с психотравмирующими ситуациями, которые мы не в состоянии кардинально изменить, возникает конфликт, спровоцированный попытками вернуться к прежнему образу жизни и использовать старые схемы поведения, которые уже не актуальны и не эффективны. В результате возникает необходимость в развитии новых схем, что на первом этапе чаще всего вызывает протест и негативный эмоциональный отклик [128].

Одним из первых исследований личностного роста родителей детей с ментальной инвалидностью является работа G. Affleck с соавторами (1985 г.). Больше половины родителей нашли определенные положительные моменты в последствиях происходящего, при этом, около 20% упомянули о преимуществах, связанных с улучшением внутрисемейных взаимоотношений, личностным ростом и повышением ценности и значимости для них ребенка.

Кроме того, респонденты отмечали изменения на экзистенциальном уровне, связанные с более позитивным взглядом на жизнь [77].

Л. Г. Заборина в своем исследовании сравнивала родителей детей с ОВЗ с низким реабилитационным потенциалом и родителей нормотипичных детей. По данным автора, у родителей детей-инвалидов основные изменения, вызванные хроническим стрессом, происходят в ценностно-смысловой плоскости, что отражается на базисных убеждениях относительно осмысленности мира, ценности своего «Я» и возможности влиять на происходящие события [17]. По сравнению с родителями нормотипичных детей, родители детей с ОВЗ ниже оценивают собственную ценность, удачливость, а также появляется убежденность в том, что они не могут оказать влияние на окружающий мир и избежать негативных событий.

Многочисленные исследования, касающиеся ПТР родителей детей с ОВЗ, преимущественно представлены в зарубежных источниках [75; 82; 83; 85; 89; 95; 104; 125; 130; 153; 156; 157; 173; 183; 184]. В исследовании N. Luthra и A. Perry приняли участие 94 семьи детей с аутизмом. Полученные данные продемонстрировали, что хорошая осведомленность родителей относительно диагноза и особенностях развития своего ребенка повышает их уверенность в себе, как родителе, и в методах своего воспитания [153]. L. Jones, R.P. Hastings, V. Totsika, L. Keane, и N. Rhule в своих исследованиях пришли к выводу, что принятие родителями диагноза своего ребенка способствует более позитивному взгляду на процесс совладания с трудностями [89].

L. Barakat, S. Buchi, S. Engelkemayer, S. Mewit, I. Hungerbuehler исследовали родителей детей с ОВЗ и обнаружили, что ПТР у большинства родителей возникает после того, как их дети подвергаются потенциально травматическим событиям [83; 89; 104; 125], а также, что матери демонстрируют более высокий уровень личностного роста, чем отцы [89; 125]. Кроме того, чем серьезней заболевание ребенка, тем более высокий уровень ПТР характерен для родителей [95]. Таким образом, у них возникает необходимость и внутренняя потребность помочь своему ребенку, вследствие

чего они сконцентрированы не столько на своих проблемах, сколько на решении задач помощи ребенку.

Статистически со временем уровень депрессии родителей детей с ОВЗ может снижаться по мере привыкания к ситуации (воспитание ребенка с ОВЗ). Косвенно такую возможность доказывает исследование С. G. Davis (1998), в котором лица, справляющиеся с потерей члена семьи, обследовались 4 раза в течение 20 месяцев после травмирующей ситуации. Было выявлено, что через несколько месяцев поиск преимуществ от сложившейся ситуации связан с более низкими показателями депрессии, тревожности и симптомов ПТСР, кроме того, данная статистическая связь со временем становится все сильнее [186].

Исследование L. Abbeduto, M. M. Seltzer и др., продемонстрировало, что для родителей детей с более тяжелыми нарушениями характерны более высокий уровень постоянно растущей тревожности и безнадежности [75].

Однако, O. Rubin и M. Schreiber-Divon [153] в своем исследовании матерей детей с тяжелыми ментальными нарушениями (выборка 106 испытуемых) выявили, что чем тяжелее диагноз и состояние ребенка, тем более выражен ПТР у матерей. Они же указали, что вышеуказанные показатели не зависят от возраста матери, уровня дохода, количества детей в семье, и возраста ребенка.

O. Rubin и M. Schreiber-Divon, анализируя полученные результаты, говорят о том, что, во-первых, матери детей с более тяжелыми нарушениями лучше осознают всю тяжесть диагноза и принимают его, отказываясь от нереальных мечтаний, связанных с будущим своего ребенка. В тоже время, родители детей с более умеренными нарушениями, надеются на выздоровление ребенка и строят планы (часто нереальные) относительно будущего своего ребенка. Во-вторых, чем больше трудность, с которой сталкивается человек, тем больше он пытается найти способов и ресурсов не только во внешнем мире, но и внутри себя, для совладания с возникшей ситуацией [153].

В теории В. Франкла центральным является принцип «трагического оптимизма» или убеждение, что у людей есть способность творчески превращать страдания в «что-то позитивное или конструктивное», когда они находят в этом смысл [61]. Возможно, родители детей с более тяжелыми нарушениями легче находят в сложившейся ситуации смысл, так как однозначно не могут устранить причину своего переживания – тяжелое заболевание ребенка. Одновременно с этим, родители детей с более легкими нарушениями развития постоянно переживают, что этого «страдания» можно было бы избежать.

R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun указывают на связь между ПТР и ростом уровня сочувствия, сострадания и чуткости по отношению к переживаниям других людей, формированием нового мировоззрения [173]. О. Rubin и M. Schreiber-Divon предполагают, что материнская забота о ребенке с более тяжелой степенью инвалидности в большей степени вызывает эти состояния [166].

Y. Barak-Levy и N. Atzaba-Poria [82] в 2013 году провели исследование, связанное со степенью принятия родителями диагноза своего ребенка и его связью с их личным ростом. Они сравнили опыт матерей и отцов, воспитывающих детей с задержкой развития, анализируя стратегии совладания родителей со стрессом. В исследовании принимали участие две группы родителей: те, у которых поставлен четкий диагноз ребенку и те, у которых оставалась неопределенность относительно диагноза их детей. Те родители, у которых было четкое понимание диагноза ребенка, сообщили о своем личностном росте, связанном с постановкой диагноза ребенку. В то время, как родители, у которых ребенку не был поставлен четкий диагноз, говорили о чувстве вины, низком уровне благополучия и негативном мышлении. Исследователи проанализировали три типа совладающего поведения: эмоциональный, когнитивный и поведенческий. По всем параметрам более эффективно справлялись со своими переживаниями, связанными с диагнозом и состоянием ребенка, те родители, у которых было

четкое понимание диагноза ребенка. Таким образом, большая определенность относительно сложившейся ситуации способствует снижению уровня стресса.

Результаты исследований, представленные американскими психологами D. Barnett, M. Clements, M. Kaplan-Estrin, J. Fialka, K. Scorgie, L. Wilgosh, D. Sobsey [85; 156; 157], показывают, что воспитание ребенка с ОВЗ может позитивно влиять как на личностный рост родителей, так и на функционирование семьи в целом. Например, это может привести к улучшению отношений между супругами, повысить терпимость, активизировать различные формы сотрудничества, запустить механизмы личностного роста родителей. Также С.Л. Park с соавторами [186] обнаружили, что испытуемые, потерявшие значимых близких и сообщавшие о появившихся положительных аспектах вследствие совладания со связанными с этим событием переживаниями (то есть респонденты, способные к позитивному переопределению), стали более оптимистичными.

Исследования L. Wilgosh, K. Scorgie и др. документально подтвердили, что многие родители детей с ментальной инвалидностью отмечают позитивную личностную трансформацию и повышение эффективности управления собственной жизнью вследствие психотравмирующей ситуации, связанной с воспитанием ребенка с ОВЗ [156]. Авторы использовали качественный и количественный методы и прежде всего – анализ интервью с родителями. Некоторые родители заявляли, что без такого особенного опыта воспитания своих детей с ОВЗ их жизнь так бы и осталась прежней и они не открыли бы для себя новые возможности. Например, в исследовании К. Scorgie мать ребенка с синдромом Дауна отметила: «Я не знаю, каким бы человеком я была, если бы не Натан. Я не трачу много времени на мысли о том, чтобы происходило, если бы Натан был нормальным. Но я трачу много времени на размышления: «Кем бы я была без Натана?». Родители также отмечали, что стали чувствовать себя сильнее и уверенней, проявлять больше заботы и терпения по отношению к окружающим, лучше понимать свои потребности, а также отмечали духовный рост. Некоторые из них также

меняли профессию и отмечали изменения в отношениях с другими людьми. В данном исследовании К. Scorgie выявил девять аспектов, которые помогают родителям эффективно управлять собственной жизнью.

Первые три аспекта связаны с эффективными стратегиями управления жизнью: позитивное переосмысление своих мыслей и чувств, балансирование ролей и обязанностей, использование ресурсов. Исследование продемонстрировало, что родители детей с ОВЗ, успешно справляющиеся со своими переживаниями, используют стратегии совладания, позволяющие доверять своим инстинктам относительно того, что лучше подходит для их детей. Кроме того, такие родители активно сотрудничают с командой специалистов, помогающих ребенку в процессе абилитации \ реабилитации, все время находятся в поиске полезной информации относительно диагноза и того, как можно помочь ребенку, а также пытаются понять, что же их дети могут дать семье и обществу.

Вторые три аспекта относятся к личностным и характерологическим особенностям самих родителей, связаны с принятием решений и общей философией жизни. Подчеркивается важность таких качеств, как культивирование позитивного отношения к жизни, решительность и терпимость.

Последние три аспекта концентрируются на личностной трансформации, а также на изменениях, оказывающих влияние на отношения с окружающим миром и восприятие своего будущего. Родители в интервью выделили определенные личностные черты, которые помогли им и их семьям позитивно посмотреть на ситуацию воспитания ребенка с ОВЗ: сочувствие по отношению к другим, желание совершать хорошие дела, уверенность в себе, а также возможность расставить приоритеты и осознание того, что действительно важно на данный момент [156].

В процессе исследований, Н. J. Znoj (1999) обнаружил в двух выборках (у людей с повреждениями спинного мозга и скорбящих родителей), что ПТР был умеренно положительно связан с чувством осмысленности окружающего

мира. Таким образом, людям, которые убеждены в том, что мир имеет смысл, легче извлечь пользу и обнаружить новый смысл в бедственном положении. Кроме того, исследования данного автора были посвящены поиску связи симптомов депрессии и ПТР, однако, взаимосвязь не была выявлена [186]. Одновременно с этим лонгитюдное исследование пострадавших от сексуального насилия демонстрирует, что изначально не было связи между депрессией и ПТР, однако, по прошествии времени отмечается их значимая отрицательная связь [186].

В указанных выше зарубежных исследованиях приводятся данные о родителях детей с ментальной инвалидностью, связанные с возможностями ПТР. Прежде всего, это принятие и адекватная оценка состояния своего ребенка, информационная осведомленность по поводу диагноза. Изменение жизненной философии и восприятие ситуации в позитивном ключе дает большой ресурс для совладания с ситуацией. Большинство исследователей склоняются к мысли, что чем тяжелее диагноз ребенка, тем больше шансов на ПТР у родителей. Важным аспектом являются социальная поддержка и умение принять ее. Некоторые родители детей с ОВЗ находят для себя ресурс и смысл жизни в помощи семьям с подобными проблемами.

Отечественная школа психологии преимущественно делает акцент не на личностной трансформации, а на устранении негативных последствий стресса [31; 38; 59; 70], коррекции эмоциональных нарушений родителей [18; 46]. При этом исследования преимущественно направлены на социально-психологические особенности совладающего поведения у родителей [7]. И только в последние годы (2019-2020) начинают проводиться мероприятия, группы встреч, тренинги, посвященные положительной личностной трансформации родителей детей с ментальной инвалидностью, в том числе и с опорой на статьи, которые написаны на основе эмпирического исследования, приведенного в Главе 3 данной работы. Личностная трансформация рассматривается отечественными специалистами как одна из задач в программе реабилитации родителей детей с ОВЗ.

Например, целью программы реабилитации родителей детей с синдромом Дауна Центра ранней помощи «Даунсайд Ап», которую написала Киртоки А.Е., указано восстановление идентичности и самооценки родителей детей с ОВЗ, то есть своеобразная попытка вернуть их в то состояние, которое было до появления в семье ребенка с инвалидностью. Однако, в результатах работы она отмечает не восстановление старого представления о мире и жизни, а возникновение нового видения ситуации, когда родители начинают видеть ребенка не как причину негативных событий, а как шанс открыть для себя новые возможности и посмотреть на мир по-другому [43].

2.3. Копинг-стратегии как психологические факторы переработки травматической ситуации и возможности посттравматического роста у родителей детей с ОВЗ

Основная задача, которая стоит перед родителями после постановки ребенку диагноза – пережить острый период стресса и научиться функционировать в новых обстоятельствах. Изначально речь о росте не идет. Изменения, которые произошли, воспринимаются исключительно как «катастрофические» и проявляются в разрушении собственных представлений о безопасном мире.

В случае подобных экстремальных травмирующих событий родители сталкиваются с кардинальными переменами, понимание которых не укладывается в имевшиеся ранее представления и не поддаются объяснению сформированными до психотравмы базисными убеждениями, что может привести к деструкции всей понятийной системы человека. В результате, имеющаяся схема представлений о мире, себе и окружающих претерпевает кардинальные изменения. При этом, когда «новая» схема, адекватная ситуации, еще не сформировалась, а старая уже разрушена, возможен переходный период, когда индивид находится в ситуации неопределенности и неизвестности ввиду того, что новый базисный аппарат репрезентаций о мире, самом себе и других людях еще не сформирован [42].

Кроме того, как утверждает R. Janoff-Bulman, люди часто сопротивляются изменениям и пытаются вернуть свою жизнь в прежнее русло [128]. Задача выживания, с которой сталкиваются «пострадавшие», представляет собой сложную когнитивную дилемму: они должны информацию о своем негативном посттравматическом положении интегрировать (совместить) в систему (схему) своих «предтравматических» убеждений. То есть, они решают задачу сохранения прежней схемы и ее ассимиляции в видоизменившихся условиях, что часто не совместимо с реальностью. Сопротивление изменениям и ограниченные возможности ассимиляции несут риски системных разрушений и особо тяжелых последствий.

Поэтому пострадавшие должны переработать «новый» опыт, привести его, насколько это возможно, в соответствие со «старыми» схемами и тем самым сохранить те свои «старые» убеждения, которые остаются применимыми. Таким образом индивид сможет сохранить свое «Я» и в какой-то степени адаптироваться/приспособиться к жизни в старом мире на период до построения нового жизненного мира (этапа посттравматического роста). Но все же они должны прийти к пересмотру своих старых убеждений, чтобы исключить разрушение всей системы и получить возможность воспринимать мир, как не совсем угрожающий.

R. Janoff-Bulman выделяет следующие стратегии совладания с возникшими переживаниями и вызванной ситуацией когнитивным диссонансом [128]:

- 1) самообвинение;
- 2) позитивное переосмысление посттравматической ситуации;
- 3) отрицание;
- 4) повторяющиеся навязчивые мысли.

1. Самообвинение - как правило, жертвам кажется, что они сами виноваты в травмирующих событиях. При этом R. Janoff-Bulman [128] выделяет два типа самообвинения:

Характерологическое самообвинение - обвинение в несчастье своего характера или определенных личностных качеств.

Поведенческое самообвинение - обвинение в несчастье своего прошлого поведения или бездействия, оно является более адаптивным, чем характерологическое, поскольку позволяет пострадавшим:

1) свести к минимуму чувство уязвимости и сохранить чувство контроля над будущим в форме изменения своего поведения и совершения предупредительных действий;

2) избежать когнитивного кризиса, так как он позволяет или сохранить «старые» базисные убеждения или свести к минимуму необходимость изменения схемы, например, продолжать верить в доброжелательность и справедливость мира, в то, что пострадавший заслуживает позитивного результата и это был не случайный случай в злобном мире;

3) игнорировать, в значительной степени, несоответствующие схеме последствия травматического события - событие интерпретируется таким образом, чтобы максимально увеличить возможности ассимиляции.

2. Позитивное переосмысление посттравматической ситуации – этот процесс тоже является адаптивным и включает в себя интерпретацию новой информации таким образом, чтобы максимизировать ее соответствие ранее существовавшим базовым убеждениям:

1) поиск того хорошего, что еще осталось и что еще может быть;

2) самопознание новых позитивных качества, полученных в результате травмирующего опыта (самопознание, изменение приоритетов, переоценку своей жизни). Фокусируясь на этих позитивных моментах, пострадавшие могут продолжать верить, что мир - это доброжелательное, справедливое место и что они достойные люди.

3. Отрицание – самые высокие уровни отрицания наблюдаются сразу же после травмирующего события, когда потенциальный шок для понятийной системы является наибольшим, поскольку отрицание:

1) замедляет процесс изменений, смягчая атаки на базисные убеждения;

2) снижает влияние угрожающей информации до допустимых доз.

4. Навязчивые, повторяющиеся мысли (руминация) - эти мысли являются признаками того, что новая информация хранится в активной памяти, при этом:

1) неоднократное размышление о своем травмирующем опыте способствует усвоению этих новых данных и пониманию травматического опыта в объеме, достаточном для построения жизнеспособного жизненного мира.

Все приведенные копинг-стратегии являются в определенном смысле адаптивными, так как являются необходимыми на первом этапе совладания с ситуацией невозможности. Когда человек интегрирует новую, несоответствующую прошлому опыту, информацию, схемы модифицируются и базисные убеждения меняются. Но наш жизненный мир, ставший для нас привычным и незыблемым за многие годы опыта, не может быть просто резко изменен. Его изменение должно быть постепенным, чтобы понятийная система могла поддерживать стабильность и согласованность в процессе когнитивной интеграции, включающей в себя как ассимиляцию, так и аккомодацию.

Атрибуция (приписывание) самообвинения и позитивное переосмысление представляют собой работу с информацией, которая делает более ассимилируемыми в старые схемы критически-несоответствующие данные.

Позитивное переосмысление посттравматической ситуации служит для того, чтобы снизить вероятность травмы в предположительном мире жертвы.

Поведенческое самообвинение и позитивное переосмысление помогают разрешить когнитивный кризис, воздействуя на данные, которые должны быть интегрированы в понятийную систему.

Отрицание и навязчивые, повторяющиеся мысли облегчают согласование между новой информацией и старыми схемами, не влияя на интерпретацию новой информации, а скорее влияя на ход процесса адаптации, что важно,

когда существует вероятность полного разрушения схемы. Отрицание и повторяющиеся мысли являются взаимосвязанными процессами. Навязчивые, негативные мысли чередуются с отрицанием, поскольку последний процесс начинается, когда навязчивые мысли становятся невыносимыми.

В критической, кризисной жизненной ситуации «невозможности» наша психика активизирует бессознательные (механизмы защиты) и сознательные процессы (копинг-стратегии) совладания с возникшими переживаниями. Под совладающим поведением (копинг-стратегиями, копингами), исходя из общепризнанных определений [1; 4; 28], в данных исследованиях понимаются целенаправленные активные когнитивные, эмоциональные, поведенческие попытки (действия) родителей (осознанные и непроизвольные), ориентированные на преодоление эмоционального неблагополучия, социальной неполноценности и чувства уязвимости, вызванных такой психотравмирующей ситуацией, как постановка диагноза ребенку с ОВЗ. Кроме того, часто с использованием совладающего поведения связывают возможности поиска дополнительных ресурсов и личностного роста [28; 29; 112].

В отечественной психологии традиция изучения совладающего поведения, которая раскрывает и доказывает важность копинг-стратегий для здоровья человека в разные возрастные периоды, возникла в 90-е года XX века. Одним из первопроходцев в данном направлении является Костромской государственный университет, где исследования проводились под руководством Т.Л. Крюковой [27-29]. Развивается это направление на основе психологии субъектности С.Л. Рубинштейна, А.В. Брушлинского и К.А. Абульхановой. При этом основной акцент делается на активности и осознанности субъекта по отношению к процессу совладания [28; 29]. В качестве задач копинг-стратегий данное научное направление выделяет: максимальное нивелирование негативного влияния психотравмирующей ситуации и поиск ресурсов, возможностей для возвращения ранее характерной индивиду активности; принятие, адаптация, регуляция и преобразование

жизненной ситуации; потенцирование уверенности в себе и своем положительном образе Я; стремление к эмоциональному равновесию и его поддержка; установление, сохранение и поддержание конструктивных отношений с окружающими. Совладающее поведение рассматривается как определенное зеркало активности субъекта в процессе переработки травмирующих переживаний. Основным критерием копинг-стратегий является осознанный выбор способа совладания индивидом, кроме того выделяют такие критерии, как: целенаправленность, социальная обусловленность, контролируемость, адекватность ситуации, способность к обучению новым копинг-стратегиями [29].

С точки зрения М.А. Падун и Н.В. Тарабриной, совладание с критической жизненной ситуацией происходит в три этапа [42; 129].

На первом этапе преимущественно действуют защитные механизмы (отрицание, эмоциональное «онемение»), которые позволяют индивиду сохранить свою психику (задача выживания) под гнетом травмы и защищают его от чрезвычайного возбуждения. В конце данного этапа отмечается важная закономерность, когда механизмы защиты уже не так ярко выражены, однако воспоминания и переживания относительно психотравмирующего события проще воспроизводятся и перестают вызывать такой сильный эмоциональный отклик как раньше [42].

На втором этапе индивид пробует осмыслить психотравмирующее событие, но при этом все еще стремится восстановить утраченную картину мира [54].

И первый и второй этапы являются адаптационными, позволяющими решить задачу выживания и подготовиться к этапу трансформации жизненных миров (схем, базисных убеждений)

Третий этап, которому и посвящена данная работа, - это этап ПТР. После того, как попытки вернуться к прежнему образу жизни терпят неудачу, индивид начинает переосмысливать ситуацию и, конфронтируя с последствиями психотравмы, начинает искать позитивно окрашенные

моменты в актуальной ситуации и путем личностной трансформации формировать новую картину мира [42].

Конструктивные когнитивные копинг-стратегии (адаптивные механизмы)

Концепция Р. Janoff-Bulman опирается на понятия ассимиляции и аккомодации Ж. Пиаже. Ассимиляция предполагает использование имеющихся когнитивных схем для адаптации к изменениям жизненного мира вследствие психотравмы, а аккомодация путем активности субъекта приводит к изменению когнитивных схем и Я-концепции. Р. Janoff-Bulman [128] выделяет ряд когнитивных копинг-стратегий, которые, зачастую неосознанно, используются пострадавшими: «самообвинение» (рассматривается Р. Janoff-Bulman с точки зрения поведенческого самообвинения и приобретения опыта деструктивного поведения, которого следует избегать в будущем, что сводит к минимуму потребность изменить имеющуюся когнитивную схему поведения и позволяет с учетом нового опыта вернуться к ней); «позитивное переосмысление посттравматической ситуации»; «отрицание»; руминации. Атрибуция (приписывание) самообвинения и позитивное переосмысление представляют собой работу с информацией, которая критически-несоответствующие данные делает более ассимилируемыми в старые схемы. Позитивное переосмысление посттравматической ситуации служит для того, чтобы снизить вероятность травмы в «предположительном» мире индивида, пострадавшего от психотравмирующей ситуации. Поведенческое самообвинение и позитивное переосмысление помогают разрешить когнитивный кризис, воздействуя на данные, которые должны быть интегрированы в понятийную систему. Отрицание и навязчивые, повторяющиеся мысли (руминации) облегчают согласование между новой информацией и старыми схемами, не влияя на интерпретацию новой информации, а скорее влияя на ход процесса адаптации, что важно, когда существует вероятность полного разрушения схемы. Отрицание и повторяющиеся мысли являются взаимосвязанными процессами. Навязчивые,

негативные мысли чередуются с отрицанием, поскольку последний процесс начинается, когда навязчивые мысли становятся невыносимыми.

Все приведенные копинг-стратегии являются в той или иной мере адаптивными, но, даже при всей ограниченности адаптации, являются необходимыми на первом этапе совладания с ситуацией невозможности. Когда человек интегрирует новую несоответствующую информацию, схемы модифицируются и базисные убеждения меняются. Но наш жизненный мир, ставший для нас привычным и незыблемым за многие годы опыта, не может быть просто резко изменен. Его изменение должно быть постепенным, чтобы понятийная система могла поддерживать стабильность и согласованность в процессе когнитивной интеграции, включающей в себя ассимиляцию и аккомодацию. Процесс когнитивной переработки подразумевает регулярное обращение к эмоциональным переживаниям и содержанию психотравмы (руминирование), что делает болезненным процесс копинга с последствиями психотравмы.

Родители детей с ОВЗ могут по-разному реагировать на ситуацию связанную с воспитанием ребенка с особенностями развития. Некоторые родители не могут смириться с произошедшей ситуацией и для них характерно ее полное непринятие, другие, наоборот, прилагают максимальные усилия для сохранения собственного эмоционального благополучия и оказания максимально эффективной помощи своему ребенку с учетом его особенностей [7; 15]. С точки зрения В.В. Ткачевой, вследствие хронической психотравмирующей ситуации в семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ возникают деструктивные изменения, происходящие на трех уровнях: социальном, соматическом и психологическом [59].

Один из наиболее ранних подходов к исследованию социально-психологических характеристик семей, имеющих детей с ОВЗ, основывается на двойной семейной модели адаптации АВСХ (Н.И. McCubbin, J.M. Patterson, 1983), где А - психотравма, В - имеющиеся ресурсы в семье, которые помогают справиться с проблемой, С – то, как семья воспринимает психотравмирующую

ситуацию, кризис, X – уровень стресса, который был получен (определяется соотношением A , B и C показателей) [142; 145]. Данная модель рассматривала копинг как основной процесс адаптации к психотравме, связанной с инвалидностью ребенка. Были выделены три типа ресурсов: личные ресурсы каждого члена семьи (физическое и эмоциональное здоровье, финансовое благополучие, образование и т.д.), внутренние ресурсы семейной системы (модель общения, степень сплочения, адаптивность, взаимная поддержка) и социальная поддержка по отношению к семье (поддержка вне семьи со стороны социума). Семейная адаптация является положительным ответом на стрессоры с использованием эффективных стратегий совладания с психотравмирующими переживаниями.

В научной среде принято выделять два типа копинг-стратегий, которые были обозначены Р. Лазарусом и С. Фолкман, как «проблемно-ориентированные» (активные, осознанные и целенаправленные усилия, сфокусированные на разрешении проблемы) и «эмоционально-ориентированные» (характеризующиеся позитивной переоценкой, поиском социальной поддержки, избеганием или дистанцированием, чувством ответственности и высоким уровнем самоконтроля) [35].

М.С. Голубева провела исследование копинг-стратегий в семьях, воспитывающих ребенка с сенсорными нарушениями, которое показало, что постепенно уровень экстремального стресса родителей снижается, однако не исчезает совсем. Родители детей с ОВЗ чаще используют проблемно-ориентированные копинг-стратегии и реже такие, как «избегание», «дистанцирование», «конфронтативный копинг». М. С. Голубева подчеркивает, что постепенно переживания родителей видоизменяются, за счет принятия диагноза ребенка и они начинают больше обращать внимание на положительные стороны, находить ресурсы, позитивно оценивать происходящие события [15].

Е.В. Хорошева также отмечает, что родители детей с ОВЗ чаще используют «проблемно-ориентированный» копинг, чем «эмоционально-

ориентированный» [69]. Е. Г. Бабич тоже утверждает, что это наиболее адаптивная стратегия в процессе социализации и воспитания ребенка [8].

Зарубежные исследования также подтверждают приведенные выше данные: «... эмоционально-ориентированный» стиль совладания со стрессом положительно коррелирует с такими проблемами здоровья, как депрессия, тревожность и соматические расстройства, в то время как «проблемно-ориентированный» подход отрицательно коррелирует с этими проблемами [93; 102; 124].

С.А. Хазова и М.В. Ряжева [62] в результате исследования динамики совладающего поведения родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, показали, что ввиду истощения и хронического стресса у родителей происходит замена «проблемно-ориентированных» стратегий на деструктивные и «эмоционально-ориентированные». Авторы отмечают, что в процессе принятия ситуации родители детей с ОВЗ постепенно начинают дистанцироваться от проблемы и преуменьшать ее значимость (копинг-стратегия «Дистанцирование»), чаще используют копинг-стратегию «Избегание» и «Конфронтативный копинг», однако продолжают использовать копинг «Положительная переоценка». С помощью интервью авторами было установлено, что постепенно происходит сужение социальных контактов родителей по разным причинам (чувство вины, вынужденное одиночество, эмоциональная и физическая усталость), общение происходит преимущественно с родителями, имеющими те же проблемы с детьми. Из этого следует, что родители детей с инвалидностью начинают демонстрировать «энергосберегающее поведение».

Л.М. Шипицина [72] и М.В. Ряжева [49] в своих исследованиях показали, что эмоциональное благополучие зависит не только от уровня стресса, но и находится в тесной взаимосвязи с особенностями совладания со стрессом. Была выявлена положительная связь между поиском окончательного решения проблемы (целью которого является полное выздоровление ребенка) и высоким уровнем депрессивной симптоматики.

В результате анализа влияния совладающего поведения на эмоциональное состояние родителей детей с ОВЗ С.А. Хазовой и М.В. Ряжевой [62] было выявлено, что копинг-стратегии «Конфронтация», «Дистанцирование» и «Избегание» положительно коррелируют со степенью выраженности депрессивной симптоматики. Таким образом, авторы утверждают, что симптомы депрессии снижают эффективность совладающего поведения.

Таким образом, можно подытожить, что стратегии совладания «Конфронтация», «Дистанцирование» и «Избегание» связаны с ростом выраженности симптомов депрессии.

Согласно научным исследованиям, ПТР достаточно часто встречается у людей, которые столкнулись с тяжелыми жизненными ситуациями [92] и смогли занять по отношению к ним активную и осознанную позицию [172; 173]. R.G. Tedeschi и L. G. Calhoun выявили, что люди с ПТР связывают этот факт прежде всего с потерей, которая разрушила их представления о себе и окружающем мире. Несмотря на то, что говорить о «полезности» травмы нельзя, здесь уместно подчеркнуть именно «полезность» конструктивного совладания с ней, когда в ходе восстановительного процесса, пострадавшие обнаруживали у себя скрытые ресурсы и открывали для себя новые возможности, начинали больше ценить свою жизнь, окружающих и отношения с ними, что позволяло им выйти на новый уровень экзистенциального развития. Было выявлено, что именно психотравмирующее событие запускает механизм совладания с последствиями психотравмы и инициирует ПТР [169].

Исследования показали, что процесс совладания со стрессом у матерей детей с ОВЗ взаимосвязан с положительными показателями психосоциальной адаптации [115], с позитивным восприятием [116] и некоторыми аспектами ПТР [184]. W. Zhang в своем исследовании, посвященном взаимосвязи копинг-стратегий, руминации и ПТР родителей детей с РАС, рассматривает конструктивные и деструктивные стратегии совладания со стрессом. Автор с

помощью регрессионного анализа выявил влияние конструктивных копинг-стратегий на ПТР и его шкалу «Отношение к другим», однако на ПТР деструктивные стратегии совладания со стрессом не оказывают значимого воздействия в его исследовании [184].

S. Вуга, А. Zyta и К. Swirynkalo в своем исследовании рассматривали копинг-стратегии (опросник COPE) матерей детей с ОВЗ и выяснили, что для них наиболее характерны «поиск социальной поддержки», «принятие», «сосредоточенность на проблеме» и «обращение к религии». При этом, «обращение к религии» и «сосредоточенность на проблеме» способствуют развитию ПТР [91].

Н.Ј. Znoj (1999) в своем исследовании ПТР у родителей с психологической травмой, связанной с утратой и заболеванием ребенка, указал на то, что существующая взаимосвязь между ПТР и копинг-стратегией «Принятие», а также «Положительной переоценкой», не является линейной. Разделив выборку на три группы по степени выраженности ПТР, автор обнаружил, что группа с высоким ПТР значительно чаще использовала копинг-стратегии «Принятие» и «Положительная переоценка» [186].

Таким образом, исходя из уже имеющихся исследований, наиболее конструктивными стратегиями совладания со стрессом являются проблемно-ориентированные копинг-стратегии, которые воздействуют на эмоциональное состояние родителей детей с ментальной инвалидностью. При этом, фактором ПТР являются конструктивные стратегии совладания с травматическими переживаниями, сосредоточенные на проблеме и поиске поддержки извне (в данном случае, со стороны религии).

2.4. Роль взрослого в развитии ребенка с ОВЗ с позиций культурно исторической психологии.

Теория психического развития, разработанная в культурно-исторической психологии, ориентирована прежде всего на практику воспитания и обучения. Она выделяет: культуру, как источник развития, аккумулирующий

психические «орудия»; сотрудничество ребенка со взрослым в своей зоне ближайшего развития (ЗБР), как необходимое условие развития; обучение как движущую силу, идущую, по словам Л.С. Выготского, впереди развития [12]. Родители первыми начинают транслировать ребенку инструменты культуры. Именно стиль взаимодействия ребенка с родителем определяет то, как ребенок будет в дальнейшем взаимодействовать с другими людьми и окружающим миром, а также оказывает влияние на его самооффективность и уверенность в себе.

Л.С. Выготский писал в 1920-х годах о том, что в случае наличия дефекта в процессе формирования и развития ребенка, его можно расценивать и как недостаток и как возможность, которая стимулирует ребенка двигаться вперед [12]. В ситуации рождения в семье ребенка с ОВЗ особенное значение для эффективной коррекции и компенсации дефицитов развития ребенка имеет стиль взаимодействия с ним родителей, о чем пишет в своих более поздних работах Л.С. Выготский и делает акцент на важности поиска обходных путей в процессе воспитания детей с ОВЗ. Особое внимание уделяется поиску ресурсов каждого конкретного ребенка в противовес фиксации на дефекте и адаптации к нему [13]. Каждый случай уникален и требует творческого подхода, а также активного и осознанного сотрудничества всех участников процесса: ребенка, принимающих в его воспитании участие взрослых и специалистов.

Рефлексивно-деятельностный подход (РДП) – это основанный на многовекторной модели развития [19] комплексный психологический и педагогический подход, направленный на преодоление трудностей, проявляющихся в ходе учебного процесса. Его особенность заключается в: консультативном характере помощи обучаемым и обучающим (или, в терминах нашего исследования – родителям детей с ОВЗ и их детям); в содействии самостоятельному поиску решения и самостоятельному разрешению трудностей; дальнейшее активное развитие консультируемых [21, с. 10].

В рамках развития концепции культурно-исторической теории, в РДП было выделено понятие «субъектной позиции» ребенка, которая является необходимым условием сотрудничества в процессе воспитания и обучения [21], а также оказывает благоприятное влияние на эмоциональное благополучие и улучшение продуктивности в учебной деятельности ребенка [22; 23]. Кроме того, субъектная позиция ребенка связана с повышением уровня социальной компетентности – оказание помощи другим, развитие эмпатии [67].

Исходя из основных принципов РДП, механизм саморазвития ребенка активируется благодаря поддержке его субъектной позиции взрослыми. В.К. Зарецкий именно активацией данного механизма объясняет сформулированный Л.С. Выготским принцип [19], когда даже самое малое достижение в научении, приводит к значительным успехам в развитии обучаемого. Исходя из этого, субъектная позиция ребенка [66, с. 115; 22], представляется с позиции РДП одним из наиболее значимых предикторов его социального научения и социальной адаптации. Под субъектной позицией ребенка с ОВЗ здесь понимается его способность (и готовность) проявлять активное осознанное участие в разрешении собственных проблем. [66; 22].

В.К. Зарецкий и А.Б. Холмогорова в совместной статье [20] говорят о совместном развитии учителя и ученика. Таким образом, ситуация обучения является совместной деятельностью, которая оказывает влияние на всех ее участников и повышает качество процесса. Эту точку зрения в своих работах активно поддерживал Л.С. Выготский, который рассматривал сотрудничество как одну из базовых ценностей в процессе развития ребенка [14].

Данный подход Л.С. Выготский считал принципиально важным для развития ребенка и рассматривал сотрудничество как базовую ценность [14].

Принципы РДП хорошо согласуются с принципами содействия в развитии ПТР в формате «эксперта-компаньона» у Tedeschi R.G. и Calhoun L.G. [169]. В таком случае, роль «эксперта-компаньона» заключается не в наставничестве, а в позиции сотрудничества [20]. То есть, родителю

необходимо и самому занять субъектную позицию по отношению к собственной деятельности для того, чтобы развивать субъектную позицию ребенка.

Ученики и учителя, а применительно к теме настоящих исследований – это дети с ОВЗ и их родители, в РДП рассматриваются именно как субъекты деятельности, то есть, как участники образовательного процесса, которые самостоятельно пытаются решить определенную трудность. Исходя из этого, на основании исследований В.К. Зарецкого, можно выделить следующую систему основных принципов РДП, как системного психолого-педагогического консультативного вмешательства [21]:

- консультант как педагог, участвуя в процессе обучения дает ребенку объяснение материала и ситуации, сопровождает процесс и дает обратную связь, относительно его учебной деятельности;

- консультант как психолог содействует раскрытию потенциала учащегося в процессе решения проблем, что способствует укреплению его субъектной позиции;

- помощь консультанта заключается в содействии учащемуся в процессе решения проблем, но ни в коем случае не дает готовые способы решения;

- помощь носит поступательный характер, в пределах «зоны ближайшего развития»;

- работа консультанта направлена на «сверхкомпенсацию», так как помощь ориентирована именно на содействие развитию учащегося, а не на результат.

В процессе подобного консультативного вмешательства происходит формирование когнитивной схемы, применимой в конкретной критической ситуации, то есть - осознание и изменение тех инструментов и стратегий, которые могут помочь в осуществлении запланированной деятельности [21].

Ю.В. Зарецкий в своем исследовании выделил три позиции учеников по отношению к процессу их обучения: субъектная, объектная и негативная. При сравнении учащихся в зависимости от характера их позиции было выявлено,

что учащиеся с высокими показателями субъектной и объектной позиции эмоционально благополучны, у них преобладают хорошие взаимоотношения с окружающими, однако у учащихся с преобладанием субъектной позиции более ярко выражена учебная мотивация. В случае превалирования негативной позиции, для учащихся характерны низкий уровень мотивации по отношению к учебе и сложности во взаимоотношениях с родителями, школой и обществом в целом, а именно игнорирование правил и норм поведения, отказ от участия в школьном досуге [23]. Таким образом, субъектная позиция положительно влияет не только на мотивацию к учебной деятельности, а также на эмоциональное благополучие и характер взаимоотношений с окружающим миром.

Вопрос о путях поддержки субъектной позиции ребенка особенно актуален для детей с ОВЗ и их родителей, так как она играет существенную роль в процессе абилитации. Воспитание ребенка с инвалидностью сопровождается хроническим стрессом у родителей [16; 156], что накладывает отпечаток на их эмоциональное состояние и особенности социального взаимодействия. Перед родителями встает задача постоянного решения различных проблем, связанных с особенностями развития ребенка (поведенческие и коммуникативные проблемы, коррекция задержки психического развития, сложности с самоконтролем и т.д.). В свою очередь, решая подобные проблемы родители часто занимают авторитарную позицию, которая облегчает задачу на первый взгляд, однако на самом деле препятствует развитию самостоятельности ребенка, у которого развивается «выученная беспомощность».

Важным фактором, оказывающим влияние на психическое развитие ребенка, является отношение родителей к самому ребенку и его особенностям, связанным с диагнозом. Е.Б. Айвазян указывает на необходимость «непрерывающегося диалога» между матерью и ребенком, который направлен со стороны родителей на «отзеркаливание» действий и эмоций ребенка, а также на поддержку его поведения, похвалу и т.д. [2]. Восприятие ребенка

родителями, как слабого и неспособного ничего сделать, постоянно нуждающегося в дополнительной помощи, создает обратный эффект и, в свою очередь, препятствует развитию самостоятельности [56]. Кроме того, в таких семьях часто наблюдается созависимость и жертвенность у родителей, при этом к ребенку предъявляется заниженный уровень требований [39; 51]. Часто родители обвиняют себя в случившемся и чувствуют неуверенность в том, что смогут адекватно справиться с ситуацией, что приводит к сверхвключенности в дела ребенка и не способствует его автономии и самостоятельности.

Психологическая поддержка семей, в которых воспитываются дети с ОВЗ, представляет собой комплексный подход и предполагает учет индивидуальных различий и особенностей реагирования родителей на травматическую ситуацию, вызванную постановкой диагноза ребенку [11]. Шеманов А.Ю. и другие эксперты в области инклюзивного образования подчеркивают необходимость комплексного подхода и командной работы всех специалистов учебных заведений и родителей детей с ОВЗ. При этом подчеркивается необходимость активной, гибкой и осознанной позиции в отношении образовательного и воспитательного процесса у всех его участников. Кроме того, указывается на важность поддержки инклюзивного подхода в широкой социальной среде для повышения мотивации участников образовательного процесса [52; 71], так как именно активная позиция субъекта в самом процессе абилитации \ реабилитации обеспечивает ее максимальную успешность [71; 73].

Воспитание ребенка с ментальной инвалидностью связано с серьезными моральными и материальными затратами. В результате, родители посвящают все свое время ребенку, часто забывая о себе. В свою очередь, еще Л.С. Выготский утверждал, что успешная адаптация ребенка к социуму зависит от проводника в виде взрослого.

Бесконечный оптимизм Л.С. Выготского относительно развития любого ребенка, даже с самым тяжелым диагнозом, позволил ему говорить о теории обходных путей. Эти пути будут совершенно не такими, как у нормотипичных

детей, однако, они также ведут к развитию, что также подразумевает индивидуальный подход к каждому ребенку с особенностями развития. Пока родители будут делать все вместо ребенка с ОВЗ или пытаться подстроить его под нормотипичную среду, то потребности делать что-то самостоятельно у него не будет, а значит и возможности найти собственный ресурс для развития также останутся нереализованными. Однако, если родитель начинает видеть своего ребенка как того, кто может развиваться, пусть даже своим собственным особым путем, и дают ему возможность, в том числе методом проб и ошибок, раскрыть собственный потенциал, то у него появляется интерес, он начинает видеть новые возможности. Поиск обходных путей родителями начинается со здорового оптимизма по отношению к возможностям своего ребенка, а также реализуется путем поддержания его конструктивной активности, когда он может самостоятельно двигаться и развиваться, конечно же при сопровождении родителей и специалистов, но сам. Это творческий процесс, который позволяет родителям находиться в настоящем, а не руминировать по поводу утраченных возможностей.

Субъектная позиция в воспитании подразумевает сотрудничество родителя и ребенка, которое, как было сказано выше, позволяет ученику и учителю развиваться вместе. Таким образом, не только родитель помогает ребенку развиваться, а также ребенок может быть проводником в процессе реабилитации взрослого и построении его нового жизненного мира, исходя из сложившихся обстоятельств (воспитание ребенка с ОВЗ) [74]. Именно исходя из этих предположений, специально для данного исследования на основе ключевых принципов РДП, нами был разработан опросник, ориентированный, прежде всего, на родителей, которые воспитывают детей с ОВЗ, и получивший название «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ». Данные валидизации этого опросника представлены в нашей статье, которая посвящена позитивной взаимосвязи между осознанной родительской активностью, направленной на формирование и поддержку субъектной позиции ребенка с ОВЗ, и ПТР их родителей [68]. Опросник включает

двенадцать вопросов и может быть использован для диагностики воспитательной позиции родителей детей с ОВЗ.

Выводы:

1. Родители остро переживают ментальную инвалидность ребенка и процесс его последующего воспитания, что является для них критической жизненной ситуацией. Стресс вызванный подобной ситуацией является двойным (переживания по поводу жизненных перспектив не только ребенка, но и своих), хроническим (ввиду часто невозможности окончательно устранить стрессор и регулярной ретравматизации). Родители не могут вернуться к образу жизни, который был у них до постановки диагноза, что приводит к радикальному видоизменению их представлений о жизненном мире. Именно поэтому неэффективна психологическая помощь, направленная на возвращение родителя к его состоянию «до диагноза». Поиск путей помощи родителям детей с ОВЗ привел к развитию целого направления исследований, посвященных феномену их ПТР.

2. Сравнение родителей детей с ОВЗ, с родителями нормотипичных детей в исследовании Л.Г. Забориной показывает, что для первых характерна более низкая ценность «Я», они считают себя менее достойными и удачливыми, а также появляется убежденность в том, что они не могут повлиять на окружающий мир и избежать негативных событий. Однако, согласно данным зарубежных исследований, осведомленность родителей о диагнозе ребенка (N. Luthra, A. Perry) и его возможных перспективах, а также принятие диагноза ребенка (L. Jones, R.P. Hastings, V. Totsika, L. Keane, и N. Rhule), повышают уверенность в себе как родителе и способствует оптимистичному взгляду на процесс совладания с возникающими трудностями. Зарубежные исследования делают акцент на личностной трансформации, а внимание представителей отечественной школы преимущественно было направлено на устранение негативных последствий травматической ситуации. Однако в последнее время отечественные специалисты также активно начинают уделять внимание

личностному росту вследствие психологической травмы или хронического стресса.

3. Ряд зарубежных и отечественных исследований (Cohan, S.L., Chavira, D.A., Stein, M. B.; Endler, N.S., Parker, J.D.; Higgins, J.E., Endler, N.; Е.Г. Бабич; С.А. Хазова, М.В. Ряжева; Е.В. Хорошева) позволил установить, что эмоционально-ориентированные и избегающие стили совладания являются предикторами высокого уровня стресса и депрессивной симптоматики у родителей детей с ментальной инвалидностью. В свою очередь, проблемно-ориентированные способствуют повышению уровня эмоционального благополучия.

4. Конструктивные копинг-стратегии, а также направленные на поиск поддержки в религии и сосредоточенность на проблеме, способствуют развитию ПТР. Для испытуемых с более высоким уровнем ПТР свойственны такие стратегии совладания со стрессом как «Принятие» и «Положительная переоценка».

5. Готовность родителей замечать и укреплять проявления субъектной позиции ребенка с ОВЗ способствует их совместному росту и развитию, а значит и преодолению критической жизненной ситуации. Таким образом, родители с помощью поддержки конструктивной активности ребенка дают ему возможность проявить свою индивидуальность и обнаружить для себя новые возможности в обход ограничений, вызванных диагнозом. Подобный подход требует от родителей гибкости, терпения и креативности, что позволяет сосредоточиться преимущественно на настоящем и меньше руминировать по поводу утраченных возможностей.

ГЛАВА 3

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РОСТА У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ

3.1. Дизайн исследования, характеристика методик и обследованных групп

Целью данного исследования является выявление и систематизация факторов, влияющих на ПТР родителей детей с ОВЗ.

Для реализации вышеуказанной цели были выделены следующие эмпирические задачи:

1. На основании анализа теоретических моделей механизмов ПТР и существующих эмпирических данных о факторах ПТР разработать методический комплекс для исследования феномена ПТР и психологических факторов, способствующих его возникновению у родителей детей с ОВЗ.

2. Провести эмпирическое исследование выраженности феномена ПТР и уровня эмоционального благополучия родителей детей с ОВЗ с учетом возраста ребенка и субъективной оценки родителем тяжести симптомов ребенка.

3. Исследовать связь системы убеждений, копинг-стратегий и родительских установок в воспитании ребенка с ОВЗ с выраженностью феномена ПТР у родителей детей с ОВЗ с учетом возраста ребенка.

4. Проанализировать и обсудить полученные данные и сформулировать выводы на основании полученных результатов исследования.

Гипотеза исследования.

Зарубежные исследования среди основных факторов ПТР выделяют базисные убеждения личности и копинг-стратегии [75], направленные на совладание с психотравмирующей ситуацией. Однако, данная проблема недостаточно исследована применительно к родителям детей с ОВЗ [91]. Тем не менее, в опоре на существующие модели кризисной ситуации и ПТР, а

также на зарубежные исследования ПТР у родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, была выдвинута следующая гипотеза: ПТР родителей детей с ОВЗ тесно связан с уровнем их эмоционального благополучия, а также с такими психологическими факторами, как копинг-стратегии, система убеждений и позиция в воспитании ребенка.

Процедура и методы исследования:

Перед заполнением опросников испытуемым было предложено заполнить анкету с социодемографическими данными: пол и возраст опрашиваемого, уровень образования, пол и возраст ребенка, диагноз ребенка, возраст, в котором был поставлен диагноз и возраст, в котором началась коррекционная работа. С целью выработки неформального настроя при заполнении опросников и получения дополнительной информации, в анкету также были включены дополнительные вопросы относительно отношения родителей к ребенку. Некоторые родители комментировали процесс заполнения опросников, некоторые цитаты приведены в тексте диссертации. Родители были предупреждены о том, что их персональные данные будут видоизменены так, чтобы их нельзя было узнать по заполненным материалам. Все использованные методики были адаптированы на российской популяции.

1. В качестве основного инструмента при исследовании проявлений (оценке) феномена ПТР в мировой практике используется опросник посттравматического роста - Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), разработанный R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun (1996). **Опросник посттравматического роста** (ОПТР), адаптирован М.Ш. Магомед-Эминовым (2004). Он состоит из 21 (двадцати одного) вопроса. Включает в себя общий показатель ПТР, содержащий шкалы: Отношение к другим, Новые возможности, Сила личности, Духовные изменения, Повышение ценности жизни [36; 173].

Опросник направлен на измерение степени выраженности ПТР, который понимается как рост личности в ситуации травматического стресса, сопровождаемый изменениями и приобретением качеств, которых не было до

травматического события [36].

2. Для оценки выраженности нарушений эмоционального неблагополучия использовалась *Шкала депрессии Бека* (А. Бек, 1961; адаптирован Н.В. Тарабриной, 2001) [57].

Шкала разработана А. Беком на основе клинических наблюдений, вследствие чего были выявлены наиболее характерные симптомы депрессии. Опросник включает в себя 21 категорию, каждая из которых описывает определенный симптом. Категории состоят из четырех утверждений, расположенных в соответствии со степенью выраженности симптоматики. В опроснике выделена основная шкала «Депрессия», характеризующая степень выраженности депрессивной симптоматики. Кроме того, выделены две подшкалы: «Когнитивно-аффективная депрессия» и «Соматические симптомы депрессии». Максимальный балл по шкале «Депрессия» - 63. Баллы от 0 до 13 считаются условной нормой, а чем больше баллов набрал респондент, тем выше уровень депрессивной симптоматики: 14-19 – легкая, 20-28 – умеренная, а 29-63 балла – тяжелая степень.

3. *Лист наблюдений Т. Ахенбаха*, включающий 113 утверждений о состоянии и поведении ребенка, относительно которых родителям предлагается выразить согласие или не согласие. Методика позволяет выявить субъективный взгляд родителей на состояние ребенка (поведенческое, психическое, эмоциональное, физическое). В данной работе использовалась форма Child Behavior Checklist для детей в возрасте от 4 до 18 лет [25; 76]. Приведенные в листе наблюдений утверждения дают возможность определить особенности отклоняющегося от нормы поведения, которые подразделяются на внутренние и внешние проблемы.

Факторы ПТР изучались на основе следующих опросников:

4. *Шкала базисных убеждений* (R. Janoff-Bulman, 1989 г.; адаптирована О. А. Кравцовой) [44]. Несмотря на то, что есть более поздняя адаптация М.А. Падуню и А.В. Котельниковой в 2007 г., в исследовательских целях была взята адаптация О.А. Кравцовой, так как в ней большее количество шкал,

полностью аналогичных оригинальному варианту опросника, который используется в зарубежных исследованиях. Методика предназначена для диагностики лиц, переживших психотравмирующее событие и позволяет определить особенности когнитивной сферы.

Методика состоит из 8 шкал и трёх объединяющих их факторов: фактор «Общее отношение к благосклонности окружающего мира» (шкалы «Благосклонность мира» и «Доброта людей»), фактор «Общее отношение к осмысленности мира» (шкалы «Справедливость мира», «Контролируемость мира» и «Случайность как принцип распределения происходящих событий»), фактор «Убеждение относительно собственной ценности» (шкалы «Ценность собственного «Я», «Степень самоконтроля» и «Степень удачи, или везения»)

5. **Опросник способов совладания** – адаптация (Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляева, 2004 г.) методики Ways of Coping Questionary (Р. Лазарус и С. Фолкман, 1988 г.) [27].

Используемый адаптированный опросник состоит из 50 вопросов, распределенных на 8 групп (шкал). Каждая шкала соответствует определенному типу совладающего поведения (копингу): Конфронтативный копинг; Дистанционирование; Самоконтроль; Поиск социальной поддержки; Принятие ответственности; Бегство-избегание; Планирование решения проблемы; Позитивная переоценка.

6. Позиция родителя в воспитании своего ребенка исследовалась с помощью авторского опросника **«Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ»** (А.Б. Холмогорова, А.И. Сергиенко, А.А. Герасимова, 2020), включающего 12 вопросов, объединенных в общий конструкт: установка родителей на глубокий эмоциональный контакт с ребенком, а также на формирование и поддержку тех активностей ребенка с ОВЗ, которые носят конструктивный характер в его предметной деятельности (эмоциональной, поведенческой, когнитивной). Апробация происходила на родителях детей с ОВЗ (матери) и представлена ниже в Главе 3, пункт 3.5. Валидизация методики приведена подробно в статье «Установка на поддержку

субъектной позиции ребенка и посттравматический рост у родителей детей с ОВЗ» [68].

Математический анализ была проведен путем использования статистической компьютерной программы SPSS Statistics 23.0. Для обеспечения достоверности полученных результатов были использованы коэффициент корреляции Спирмена и метод множественного линейного регрессионного анализа, который позволяет определить степень влияния независимых переменных на зависимую, критерии Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса. В процессе валидизации опросника использовался факторный конфирматорный анализ с применением программы RStudio (версия R 3.6.1, пакет lavaan 0.6-3).

Характеристика обследованной группы.

Полная выборка респондентов состояла из 208 человек (апрель 2017 г. – февраль 2019 г.). Из них в валидизации опросника участвовал 201 респондент (женщины). В основном исследовании психологических факторов ПТР приняли участие 113 человек (106 женщин, 7 мужчин).

Подробное описание половозрастного состава обследованных групп приведено в табл. 2. Все родители проживают в г. Москва.

Всем детям (возраст которых составляет от 4 до 20 лет) не менее одного года назад был официально поставлен диагноз, связанный с ментальной инвалидностью (РАС, ДЦП, умственная отсталость, синдром Дауна).

При обработке результатов исследования, выборка не делилась по полу, ввиду наличия противоречивых данных по поводу различий в переживаниях эмоционального стресса у матерей и отцов детей с ОВЗ [75; 78-81; 90; 101; 164; 165; 174].

Процедура исследования начиналась с объяснения родителям детей с ОВЗ цели исследования, при этом давались гарантии конфиденциальности и заполнения анкеты с демографическими данными. Затем, респонденты заполняли опросники, все желающие могли получить обратную связь от психолога на основании обработки их индивидуальных данных.

Таблица 1

Половозрастной состав обследованных групп

№	Направление исследования	Количество	Возрастная группа	Пол	Диагноз ребенка	
					РАС	Другие ОВЗ
1	Исследование факторов посттравматического роста (копинг-стратегии, базисные убеждения)	113 человек	От 25 до 50 лет (средний возраст 39,16 лет)	Женщин 108 Мужчин 5	75 человек (66,4%)	38 человек (33,6%)
2	Исследование субъективного восприятия родителями тяжести состояния ребенка и его связь с эмоциональным состоянием и ПТР	27 человек	От 35 до 48 лет (средний возраст 40,33 лет)	Женщин 25 Мужчин 2	20 человек (74,1 %)	7 человек (25,9 %)
3	Валидизация методики «Родительская поддержка субъектной позиции»	201 человек	От 25 до 50 лет (средний возраст 39,6 лет)	Женщины	140 человек (69,6 %)	61 человек (30,4%)
4	Исследование влияния установки на поддержку субъектной позиции ребенка и ПТР у родителей детей с ОВЗ	107 человек	От 25 до 50 лет (средний возраст 38,5)	Женщины	70 человек (65,4%)	37 человек (34,6%)

Таким образом, выделено четыре группы испытуемых, результаты обследования которых были проанализированы с помощью методов математической статистики с целью исследования ПТР и выраженности симптомов депрессии у родителей, воспитывающих детей с ОВЗ (табл. 1).

1. Исследование факторов ПТР проведено на выборке из 113 респондентов (108 – женщины, 5 - мужчины), средний возраст составляет 39,16 лет. Среди них 66,4% родителей, детям которых был поставлен диагноз РАС.

2. Исследование субъективного восприятия родителями тяжести состояния ребенка и его связь с эмоциональным состоянием и ПТР было проведено на 27 респондентах (25 женщин; 2 мужчины), средний возраст составил 40,33. У всех есть дети с ОВЗ (возраст от 10 до 16 лет). Родители детей с РАС составляют 74,1%, родители детей с другими ОВЗ - 25,9%.

3. В валидации опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка» принял участие 201 респондент (матери детей с ОВЗ), средний возраст 39,6 лет. Родители детей с РАС составляют 69,6%, родители детей с другими ОВЗ - 30,4%.

4. В исследовании связи установки на поддержку субъектной позиции ребенка с ПТР у родителей детей с ОВЗ и для проверки конвергентной валидности опросника приняли участие 107 человек (матери детей с ОВЗ), средний возраст 38,5 лет. Родители детей с РАС составляют 65,4%, родители детей с другими ОВЗ - 30,4%.

Исследование преимущественно проведено в инклюзивной школе г. Москва (Школа № 1321 «Ковчег»). В каждом классе созданы благоприятные условия для обучения детей с ОВЗ, есть групповые и индивидуальные тьюторы, учителя относятся с пониманием к особенностям развития детей и продумывают образовательную программу так, чтобы ребенок максимально развивался в зоне его ближайшего развития. Если у ребенка серьезные проблемы с поведением (агрессия, аутоагрессия, перевозбуждение во время занятий и т.д.), то родителям разрешают находиться в коридоре во время уроков. Несмотря на то, что школа инклюзивная и к детям поддерживается бережное отношение, персонал старается максимально приблизить формат обучения и взаимодействия (в столовой, на переменах и т.д.) к условиям нормотипичной среды. Тревожные родители имеют возможность обратиться к психологу за помощью и поддержкой (каждую неделю проводятся индивидуальные и групповые занятия).

Кроме того, создавались электронные формы опросников, для заполнения которых привлекались родители детей с ОВЗ, объединенные в различные сообщества. Родители были предупреждены об анонимности исследования, а также дали согласие на обработку их данных. Многим из родителей, по желанию, была дана обратная связь по результатам опроса.

3.2. Посттравматический рост и уровень эмоционального благополучия у родителей детей с ОВЗ

В данном параграфе на основной выборке, состоящей из 113 родителей детей с ментальной инвалидностью, проведена оценка выраженности феномена ПТР и степени выраженности депрессивной симптоматики. Как видно на рис. 2, у 38% респондентов выявлены высокие показатели ПТР (43 человека), 47% демонстрируют среднюю выраженность ПТР (53 человека), у 15% не обнаружен ПТР (17 человек).

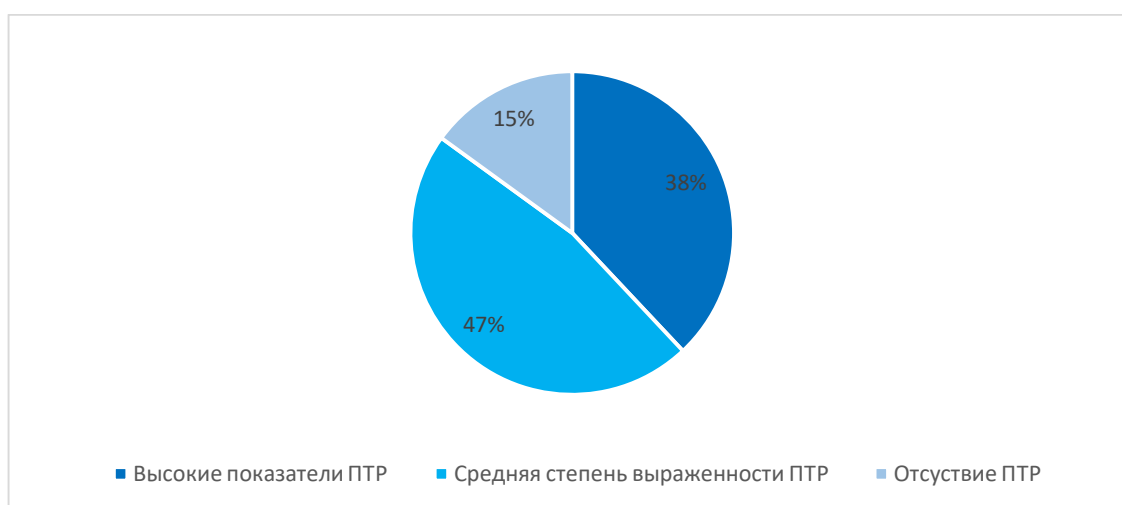


Рисунок 2 – ПТР родителей детей с ОВЗ

В процессе беседы родители, которые демонстрируют высокий уровень ПТР, обозначили положительные изменения, которые возникли у них благодаря рождению ребенка с ОВЗ: «То, что мой ребенок родился таким, дает мне дополнительные силы двигаться вперед!», «Спасибо моему А.! Благодаря ему я повзрослела и стала сильнее, но не как лидер в компании, а глубоко внутри себя», «Иногда мне кажется, что я счастливее и сильнее тех, у кого нет наших проблем. Ведь я знаю, что в сложной ситуации я справлюсь и у меня будут силы преодолеть препятствие». Подобные высказывания позволяют увидеть зоны личностного роста не только с помощью опросника, но и непосредственно с помощью рефлексии родителей своего состояния.

Уровень эмоционального благополучия обследуемых родителей детей с ОВЗ отражен на рис. 3, демонстрирующим, что симптомы тяжелой депрессии

характерны для 7% респондентов, умеренной – для 24%, легкой – для 21%, отсутствие симптомов - для 48% опрошенных родителей детей с ОВЗ.

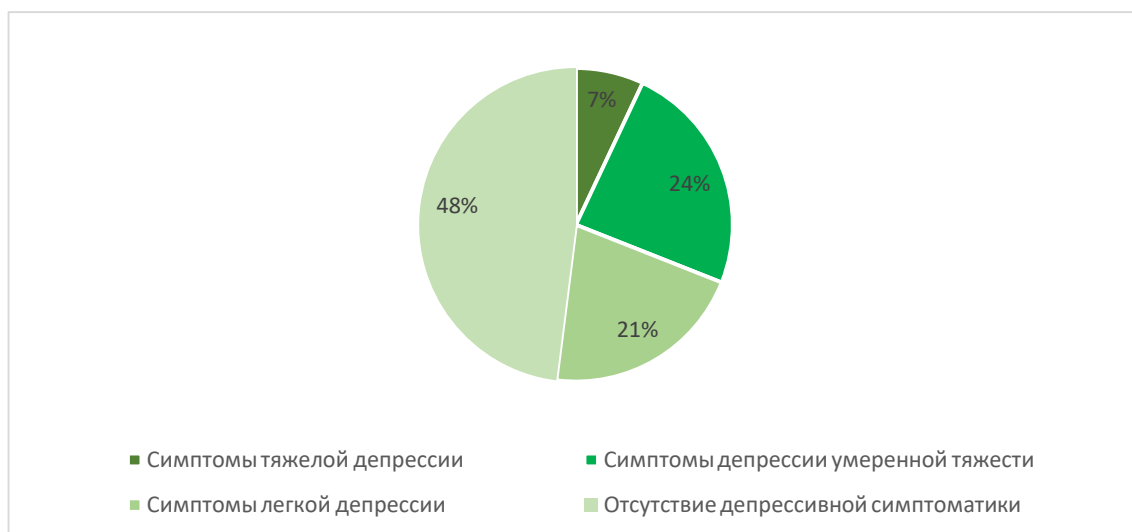


Рисунок 3 – Симптомы депрессии у родителей детей с ОВЗ

В табл. 2 приводится процентное соотношение тяжести симптомов депрессии по всей выборке, а также в зависимости от показателей ПТР. Для удобства интерпретации, исходя из табл. 2, симптомы депрессии были объединены в две группы: 1) выраженная и умеренная симптоматика (31%); 2) легкие симптомы или их отсутствие (69%).

Таблица 2

Распределение родителей в зависимости от выраженности симптомов депрессии (N=113)

Тяжесть симптомов (балл)	Группы							
	Общая выборка родителей N=113		Родители с выраженным ПТР N= 43		Родители со средней степенью ПТР N= 53		Родители без ПТР N= 17	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Выраженная (>29)	8	7	3	7,0	4	7,6	1	5,8
Умеренная (19-28)	27	24	9	20,9	12	22,6	6	35,3
Легкая (14-18)	24	21	11	25,6	11	20,7	2	11,8
Отсутствие депрессии (0-13)	54	48	20	46,5	26	49,1	8	47,1

При высоких и средних показателях ПТР наблюдается похожая картина, когда отсутствие или симптомы легкой депрессии наблюдаются у 69,8 - 72,0%, тяжелой и умеренной – у 27,9 – 30,2%. При низких показателях ПТР

отсутствие или симптомы легкой депрессии наблюдаются у 59,0%, тяжелой и умеренной – у 41,0%.

Исходя из данных, приведенных в табл. 2, уровень депрессивной симптоматики в процентном соотношении отличается в зависимости от выраженности ПТР, тем не менее значимых различий не выявлено. Наглядно данные результаты представлены на рис. 4.

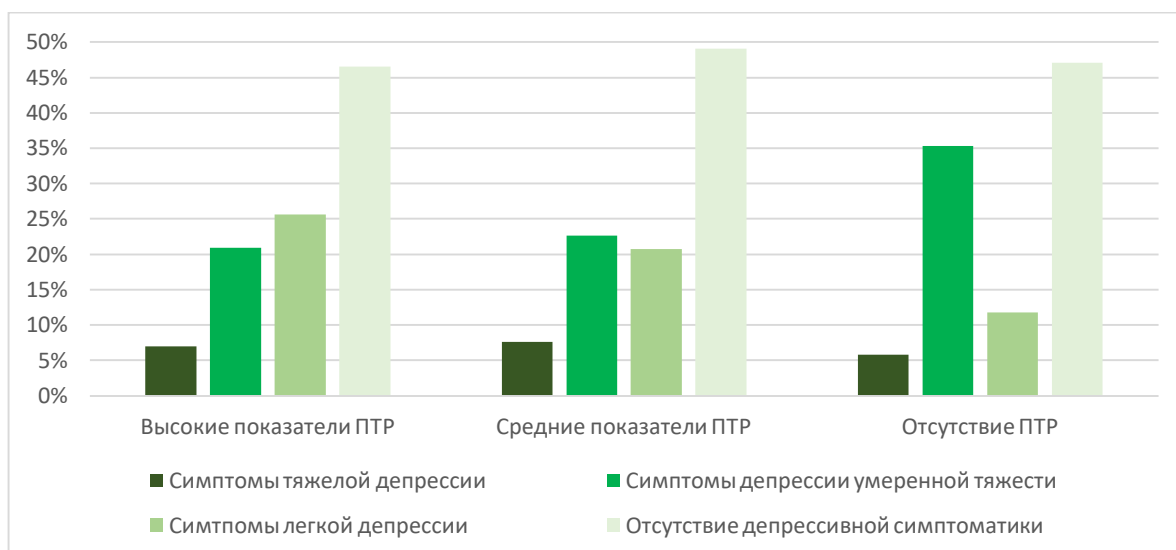


Рисунок 4 – Выраженность депрессивной симптоматики в зависимости от показателей ПТР у родителей детей с ОВЗ

В Шкале депрессии Бека есть пункт, который проясняет наличие или отсутствие суицидальных мыслей и намерений. В данной выборке не было обнаружено испытуемых, у которых присутствовало бы намерение совершить суицид. Однако 36% (41 человек) отметили наличие мыслей суицидальной направленности (рис. 5). Это довольно большой процент - значительно выше, чем в общей популяции, что говорит о тяжелых переживаниях, которые иногда испытывают родители детей с ОВЗ.

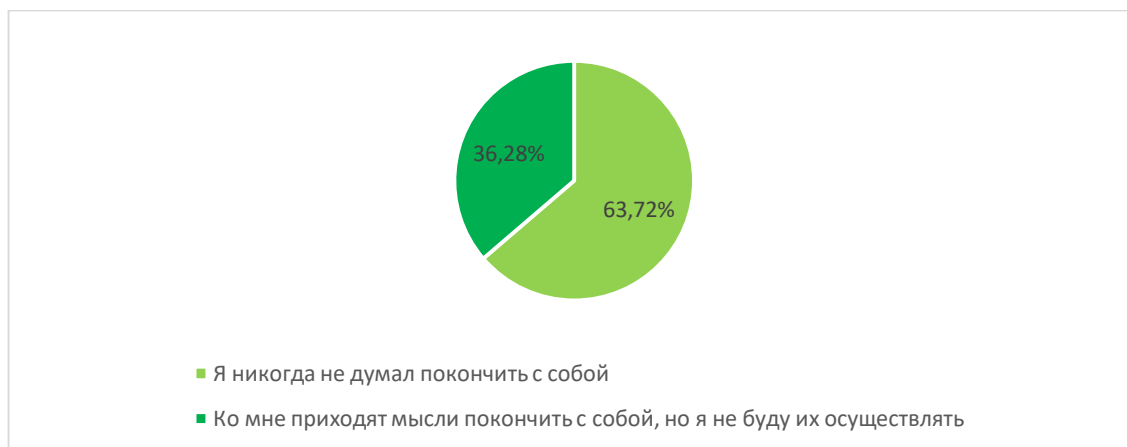


Рисунок 5 – Суицидальные мысли у родителей детей с ОВЗ

Как видно на рис. 6 (см. подробнее данные регрессионного анализа в табл. 2 нашей статьи [54]), с помощью критерия Манна-Уитни при разделении выборки на две группы в зависимости от тяжести симптомов депрессии, обнаружены отличия в показателях ПТР, которые демонстрируют личностный рост в форме открытия для себя новых возможностей (различия на уровне тенденции) и ощущения собственной силы личности ($p < 0,05$). Чем менее выражена депрессивная симптоматика, тем выше показатели этих шкал.

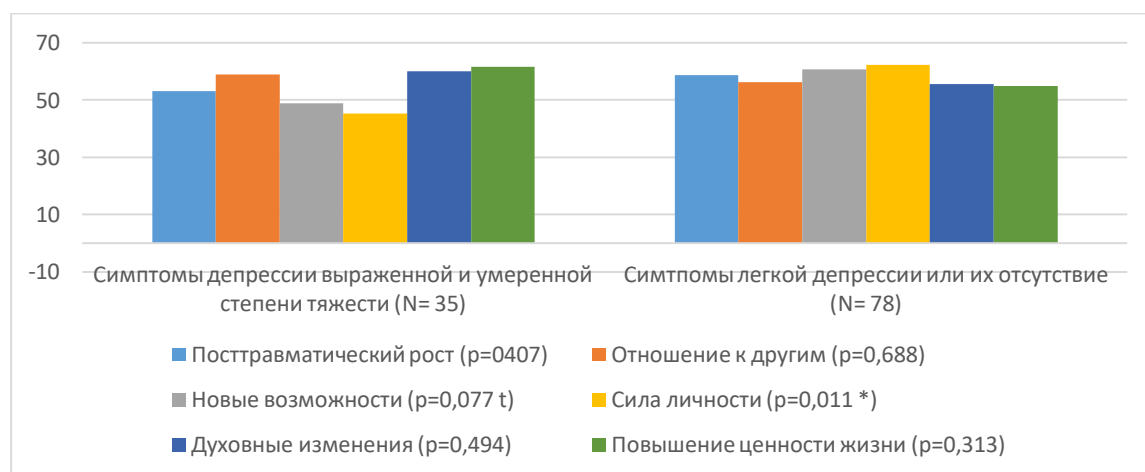


Рисунок 6. – Показатели шкал ПТР в зависимости от тяжести депрессивной симптоматики (N=113)

Примечание: Критерий Манна-Уитни; $t p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Как следствие, родители детей с ОВЗ, у которых отсутствуют либо слабо выражены симптомы депрессии, чувствуют большую уверенность в своих силах и занимают более активную позицию по отношению к жизни, чем родители с выраженной депрессивной симптоматикой.

В процессе заполнения опросников некоторые родители комментировали этот процесс. Качественный анализ комментариев продемонстрировал, что родители с более высоким уровнем ПТР и отсутствием или легкой выраженностью депрессивной симптоматики говорили о своих детях с положительной эмоциональной окраской речи или вспоминали приятные моменты («Любая маленькая его победа для меня счастье!»). Однако, родители с низкими показателями ПТР и выраженными симптомами депрессии чаще использовали негативные высказывания, связанные с тревогой по поводу своего ребенка или ощущением бессилия («Иногда меня просто трясет от его поведения! И так не очень весело», «Как он будет дальше... куда пойдет... и я понимаю, что некуда. Эти мысли все время мучают меня»).

Как видно на рис. 7 (см. подробнее данные регрессионного анализа в табл. 3 нашей статьи [54]), определенные шкалы опросника ПТР оказывают влияние на степень выраженности депрессивной симптоматики ($F=6,258$, $p<0,001$). Данная модель объясняет 26,2% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,262$).

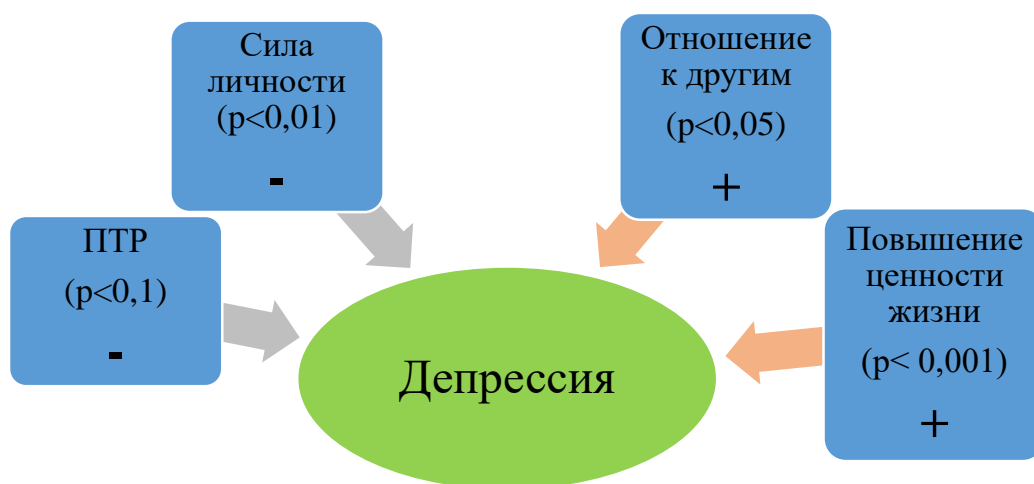


Рисунок 7. – Шкалы «Опросника посттравматического роста», влияющие на показатели шкалы «Депрессия» (N=113)

Способствуют снижению депрессивной симптоматики как общий показатель ПТР (на уровне тенденции, $p<0,1$), так его шкала Сила личности (влияние статистически значимо, $p<0,01$). Таким образом, на эмоциональное благополучие положительно влияет принятие актуальной ситуации, а также

активная позиция, уверенность в собственных силах и возможностях относительно совладания с трудностями. Именно ПТР в ситуации хронического стресса позволяет родителям детей с ОВЗ путем переработки когнитивных диссонансов, переосмысления ситуации и поиска нового смысла снизить степень эмоциональных переживаний [129]. Одна из матерей с высоким показателем ПТР и уже достаточно взрослым ребенком отметила: «Постепенно появляется чувство уверенности. Преодоление сложностей с моим ребенком делают меня спокойней и уверенней в себе».

Однако, есть шкалы ПТР, которые повышают выраженность симптомов депрессии, связанные с отношением к другим людям и отношением к жизни как ценности. Негативное социальное сравнение с нормотипичными семьями и детьми может способствовать возникновению у родителей деструктивных руминаций, связанных с утраченными надеждами и представлениями о жизни в связи с инвалидностью ребенка. Данные сравнения стимулируют особенно острое ощущение ценности каждого счастливого момента жизни, что также может приводить к негативным эмоциональным переживаниям, вызванным осознанием возникших ограничений в связи с диагнозом у ребенка.

Невзирая на то, что помощь и поддержка окружающих для многих является ресурсом, осознание собственной беспомощности и вынужденной необходимости в помощи других людей может негативно влиять на самооценку родителей. Кроме того, расширение круга контактов возможно использовать как стратегию избегания собственных чувств и своего ребенка. Например, часто встречаются случаи, когда родители детей с ОВЗ открывают благотворительные фонды и \ или становятся активными участниками борьбы за права и возможности людей с ОВЗ. Данная позиция позволяет им чувствовать себя значимыми, какой-то период времени эта деятельность является отдушиной и одним из факторов ПТР (открытие для себя новых возможностей). Однако полностью посвятившие себя благотворительной деятельности часто возлагают на себя слишком много ответственности, что приводит к эмоциональному истощению и отсутствию времени на

собственного ребенка с инвалидностью, что в совокупности способствует возникновению чувства вины и депрессивной симптоматики.

Выводы по разделу 3.2

1. В основной выборке (N = 113) выявлено 38% родителей с высокими показателями ПТР, у 47 % - средние показатели и 15 % - низкие. При этом 36% респондентов (41 человек) отметили наличие мыслей суицидальной направленности. Для родителей детей с ОВЗ, у которых высокий уровень ПТР, лишь 28% демонстрируют симптомы тяжелой и умеренной депрессии, однако при отсутствии ПТР мы видим данную симптоматику у 41% респондентов. При выраженности депрессивной симптоматики в легкой степени или при ее отсутствии показатели ярче выражены по таким шкалам ПТР как «Новые возможности» ($p < 0,1$) и «Сила личности» ($p < 0,05$).

2. На выраженность симптомов депрессии оказывают влияние разные аспекты ПТР. Снижению симптомов депрессии способствует шкала ПТР «Сила личности» ($p < 0,01$), а также, на уровне тенденции, общий показатель ПТР ($p < 0,1$). Однако усилению симптомов депрессии способствуют шкалы ПТР «Повышение ценности жизни» ($p < 0,001$) и «Отношение к другим» ($p < 0,05$).

3. Оказывая психологическую помощь родителям детей с ментальной инвалидностью, важно обращать внимание родителей на рост их уверенности в своих силах и на поиск внутренних и внешних ресурсов. Также им необходима регулярная эмоциональная поддержка со стороны специалистов и доброжелательно настроенных окружающих как в случае возникновения тяжелых эмоций, вызванных переживанием боли утраченных ожиданий, так и в любых начинаниях, связанных с поиском новых возможностей либо с актуализацией ранее не использованных. В том числе важно акцентировать внимание родителей на успехах ребенка с ОВЗ здесь и сейчас, при этом важно избегать невыгодных социальных сравнений с нормотипичными детьми и

сравнивать ребенка исключительно с ним самим в плане динамики позитивных изменений за определенный промежуток времени.

3.3. Базисные убеждения и их связь с посттравматическим ростом и эмоциональным благополучием у родителей детей с ОВЗ

ПТР подразумевает трансформацию базисных убеждений. Тот формат взаимодействия с миром и людьми, который был до постановки диагноза ребенку, для родителей является уже не актуальным. Любые попытки вернуться к образу себя и к своим представлениям относительно ребенка «до диагноза» являются травматичными для родителей. Одна из матерей высказалась: «Жизнь резко разделилась на до и после. Были мечты, ожидания. А сейчас все реже хочется смотреть ее совсем ранние видео до отката. Тяжело это эмоционально. Не будет, как хотелось. Будет по-другому». Из этих фрагментов самонаблюдения родителей понятна острая необходимость создания нового жизненного мира и видоизменения уже имеющихся базисных убеждений для преодоления эмоциональной дезадаптации.

На рис. 8 приведены базисные убеждения, выраженность которых значимо отличается в зависимости от уровня ПТР (Критерий Манна-Уитни). Чем выше у родителей детей с ОВЗ показатели ПТР, тем больше они убеждены в доброжелательности окружающего мира и людей (на уровне тенденции) и тем ярче выражено убеждение в справедливости мира ($p < 0,05$). Последнее объясняется тем, что у родителей появляются новые смыслы и внутренняя установка меняется с позиции «За что мне это?» на «Зачем мне это?».

Базисное убеждение в удаче и везении ($p < 0,05$) больше выражено у родителей детей с ОВЗ со средними показателями ПТР. Таким образом, при умеренном ПТР появляется надежда на лучшее и вера в чудо, которые поддерживают родителей. Однако, родители детей с ОВЗ с высокими показателями ПТР более трезво воспринимают ситуацию связанную с диагнозом ребенка (в том числе его последствиями для жизни семьи) и начинают в большей мере надеяться на свои силы, а не на чудо.

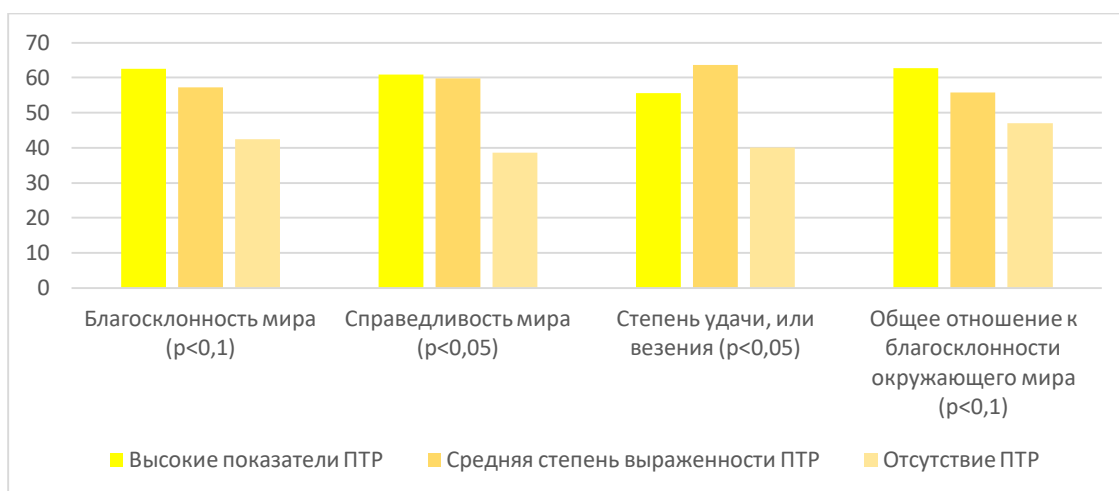


Рисунок 8. – Базисные убеждения в зависимости от показателей ПТР

Ниже приведены результаты, полученные в результате множественного линейного регрессионного анализа. Применительно к данному исследованию, зависимые переменные – это шкалы ОПТР, независимые – базисные убеждения в концепции R. Janoff-Bulman [128]. Регрессионный анализ не определил влияния базисных убеждений, выявленных после психотравмирующего события, на общий показатель ПТР, однако обнаружено их влияние на некоторые шкалы ПТР.

По данным регрессионного анализа (см. подробнее данные регрессионного анализа в табл. 6 нашей статьи [54]), только базисное убеждение в общей благосклонности окружающего мира способствует личностному росту в сфере отношений с другими людьми ($F=2,115$, $p<0,05$). Данная модель объясняет 43,3% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,433$).

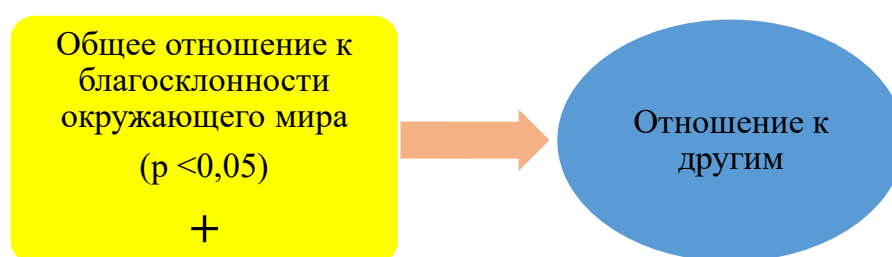


Рисунок 9 – Базисные убеждения родителей детей с ОВЗ, оказывающие влияние на шкалу ПТР «Отношение к другим»

Как видно на рис. 9, убежденность родителей детей с ОВЗ в том, что окружающий мир - принимающий и доброжелательно настроенный, позволяет им изменить свое отношение к взаимодействию с окружающими в лучшую сторону. Некоторые родители отмечают, что стали более чуткими и восприимчивыми, стали меньше критиковать окружающих и обращать больше внимание на положительные качества. Изменения во взаимоотношениях с другими людьми можно проиллюстрировать фразой: «Я стала более терпимой к людям. Наверное, в этом мне помог К. Я раньше сильно критиковала других... а научившись принимать выходки К. – мне проще принять других. Наверное, в этом положительный момент». Кроме того, одна из матерей рассказывала о том, как тяжело, когда окружающими негативно воспринимается поведение ее ребенка с РАС. В результате, она практически перестала общаться с людьми вне нуклеарной семьи. Однако, опыт принятия ребенка позволил ей посмотреть на ситуацию с другой стороны и снова расширить свою сферу общения.

Как видно на рис. 10 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 7 нашей статьи [54]), только две шкалы опросника базисных убеждений положительно влияют на ПТР в сфере поиска новых возможностей ($F=1,945$, $p<0,05$). Данная модель объясняет 17,5% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,175$).



Рисунок 10 – Базисные убеждения родителей детей с ОВЗ, оказывающие влияние на шкалу ПТР «Новые возможности»

Как видно на рис. 10, поиску новых целей, возможностей и смыслов способствуют базисные убеждения в благосклонности окружающего мира и

людей, а также убежденность в том, что все вокруг имеет определенный смысл (на уровне тенденции к значимости, $p < 0,1$).

Как видно на рис. 11 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 8 нашей статьи [54]), только одна шкала опросника базисных убеждений на уровне тенденции положительно влияет на показатель ПТР, отвечающий за духовные изменения. ($F=1,727$, $p < 0,1$). Данная модель объясняет 15,8% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,158$).

Убежденность в доброжелательности мира и доброте людей способствует росту показателей по шкале ПТР «Духовные изменения». Для верующих людей церковь, как правило, является безусловно принимающим объектом, который воспринимается как опора и поддержка в сложной ситуации. Получение подобной поддержки дает ощущение стабильности и опоры, что может способствовать усилению религиозности, вере в высшие силы, а также стремлению к более глубокому пониманию духовных и экзистенциальных вопросов.

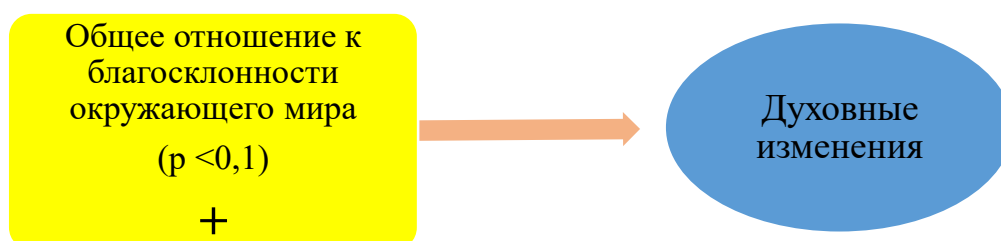


Рисунок 11 – Базисные убеждения родителей детей с ОВЗ, оказывающие влияние на шкалу ПТР «Духовные изменения»

Одна из матерей (с низким ПТР) подчеркнула в процессе заполнения опросников, что потеряла веру и стала враждебно относиться к религии: «Я не понимаю, как мир и Бог могли позволить такому случиться с моим ребенком!». Другая мать (с высоким ПТР), ранее стеснялась нежелательного поведения своего ребенка и переживала из-за негативного отношения окружающих, вследствие чего у нее появился враждебный настрой к другим людям. Однако, постепенно они стали ходить в храм, где ребенка принимали таким, какой он есть и мальчик стал «сыном полка». Сейчас он ходит туда каждое воскресенье,

учится рисовать иконы. Мать тоже успокоилась, почувствовала поддержку и стала чаще обращаться за помощью к Богу: «Если не он, то кто тогда?».

Исходя из представленных данных, убежденность родителей детей с ОВЗ в том, что к ним и к их ребенку мир и окружающие люди настроены доброжелательно, оказывает наиболее значимое положительное воздействие на процесс трансформации травматического опыта в направлении личностного роста и поиска новых смыслов.

Симптомы депрессии и базисные убеждения родителей детей с ОВЗ

На основе критерия тяжести симптомов депрессии основная выборка была распределена на две группы: с выраженной и умеренной тяжестью и с отсутствием или легкой степенью выраженности симптомов. Результаты сравнения этих групп по выраженности базисных убеждений у родителей детей с ментальной инвалидностью представлены на рис. 12 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 4 нашей статьи [54]). Исходя из полученных данных, все значимые различия продемонстрировали, что у эмоционально благополучных респондентов ярче выражены практически все базисные убеждения. Наиболее явные отличия между группами обнаружены по степени убежденности в доброжелательности и осмысленности мира, а также в вере в собственную удачливость и ценность своего Я. Менее значимые различия выявлены относительно убеждений в доброте окружающих и возможности контролировать мир, а также справедливости его устройства.

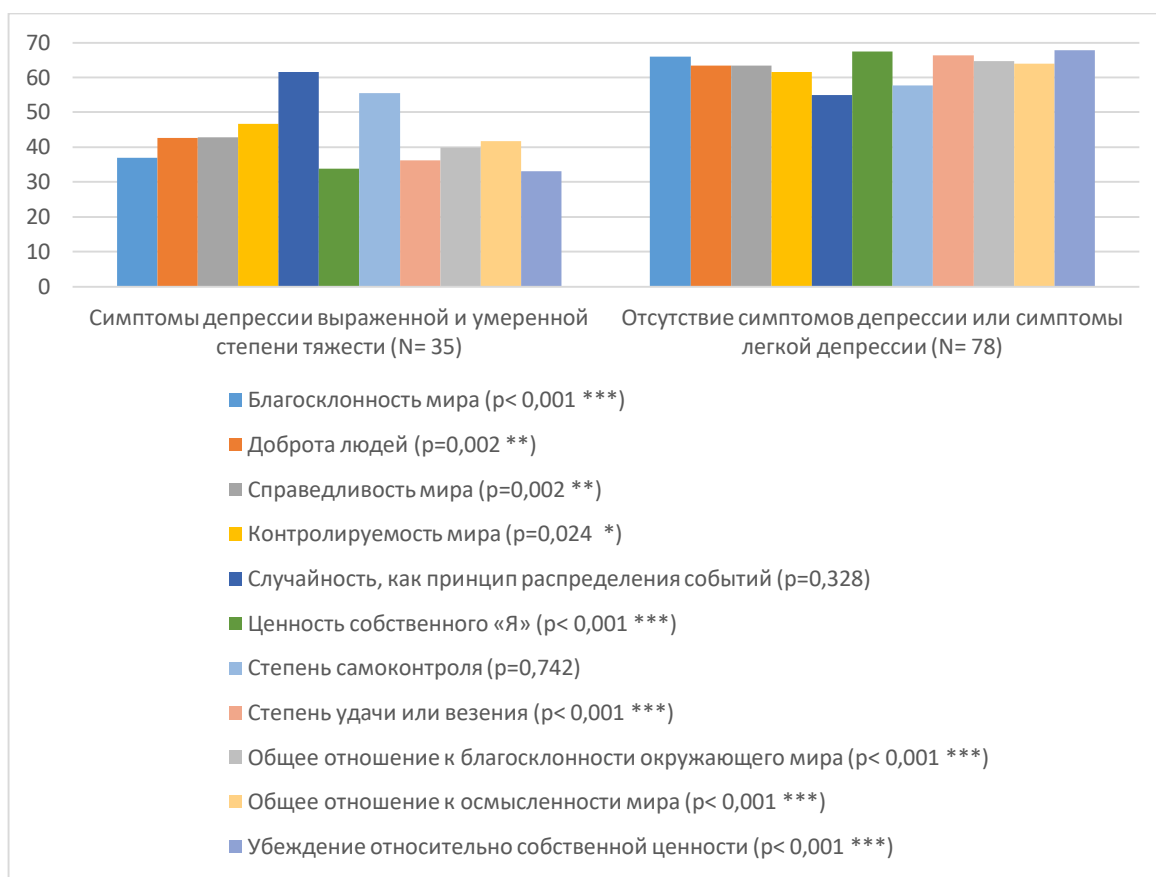


Рисунок 12 – Различия в показателях выраженности базисных убеждений в зависимости от тяжести симптомов депрессии (N=113)

Примечание: Критерий Манна-Уитни; $t p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Множественный регрессионный анализ не продемонстрировал влияние базисных убеждений на депрессивную симптоматику. Предположительно, у родителей детей с ОВЗ на данный момент уже присутствуют новые убеждения, которые сформировались после психотравмирующей ситуации и могут находиться в равновесии с эмоциональным благополучием родителя. Однако, выявлено воздействие на соматические проявления депрессии базисного убеждения, связанного с доброжелательностью окружающих людей.

Как видно из рис. 13 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 5 нашей статьи [54]), убежденность в доброте людей уменьшает проявления соматических симптомов депрессии ($F=3,282$, $p < 0,001$). Данная модель объясняет 26,3% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,263$).

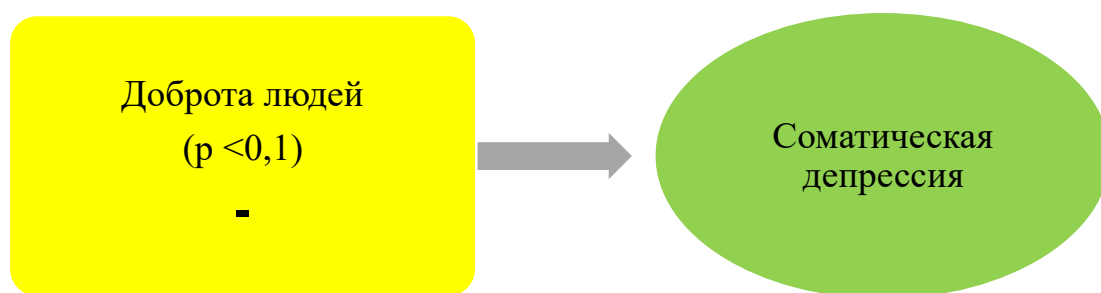


Рисунок 13 – Базисные убеждения родителей детей с ОВЗ, оказывающие влияние на показатели по шкале «Соматическая депрессия»

Родители детей с ОВЗ постоянно находятся в напряжении и ожидании негативного отношения к ним и к их ребенку из-за его нежелательного поведения или необычной внешности. Соматические симптомы могут маскировать связанные с этим неприятные переживания, смещая фокус внимания с негативных мыслей на физическое самочувствие. Однако, убежденность родителей детей с ОВЗ в доброжелательном отношении окружающих к ним и их ребенку позволяет им расслабиться, довериться и способствует снижению психосоматических проявлений.

Выводы по разделу 3.3

1. При высоких показателях ПТР восприятие окружающего мира у родителей детей с ОВЗ отличается акцентом на его справедливость ($p < 0,05$) и доброжелательность ($p < 0,1$), что отличает их от родителей с низкими показателями ПТР. При этом, родители со средними показателями ПТР больше полагаются на удачу и везение ($p < 0,05$).

2. Базисные убеждения родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, не оказывают значимого влияния на общий показатель ПТР. В свою очередь, некоторые базисные убеждения оказывают воздействие на отдельные аспекты ПТР. Базисное убеждение в том, что мир благосклонен к тебе, положительно влияет на шкалы ПТР: «Отношение к другим» ($p < 0,05$, объясняет 43,3% дисперсии) и «Новые возможности» ($p < 0,05$, объясняет 17,5% дисперсии) совместно с базисным убеждением «Общее отношение к осмысленности

мира»). На уровне тенденции к значимости это же базисное убеждение влияет на шкалу ПТР «Духовные изменения» ($p < 0,1$, объясняет 15,8% дисперсии).

3. Эмоциональное благополучие родителей связано с убеждениями в доброте, осмысленности, справедливости и контролируемости мира, а также в его доброжелательности, в собственной ценности и удачливости. Кроме того, вера в то, что окружающие люди доброжелательно настроены способствует уменьшению соматических симптомов депрессии ($p < 0,05$).

4. Помогающие специалисты при работе с родителями, которые воспитывают детей с ОВЗ, должны уделять особое внимание мониторингу и содействию процессам конструктивных изменений жизненного мира и появления новых смыслов, а также роста уверенности в собственных силах и возникновения новой системы отношений с окружающими. Многие родители детей с ОВЗ воспринимают окружающий мир, как враждебный, именно поэтому важно помогать искать максимально доброжелательные и конструктивные формы взаимодействия с окружающей средой и людьми, что, исходя из полученных данных, способствует ПТР и снижает уровень депрессивной симптоматики.

3.4. Копинг-стратегии и их связь с посттравматическим ростом и эмоциональным благополучием родителей детей с ОВЗ

Копинг-стратегии являются важным фактором ПТР у родителей детей с ОВЗ. На рис. 14 приведены показатели выраженности копинг-стратегий у родителей детей с ментальной инвалидностью с разной выраженностью ПТР (Критерий Манна-Уитни).

Как видно на рис. 14, у респондентов с более высокими показателями ПТР ярче представлены те копинг-стратегии, которые отражают активную позицию в совладании с травматическим опытом и расширение связи с миром.

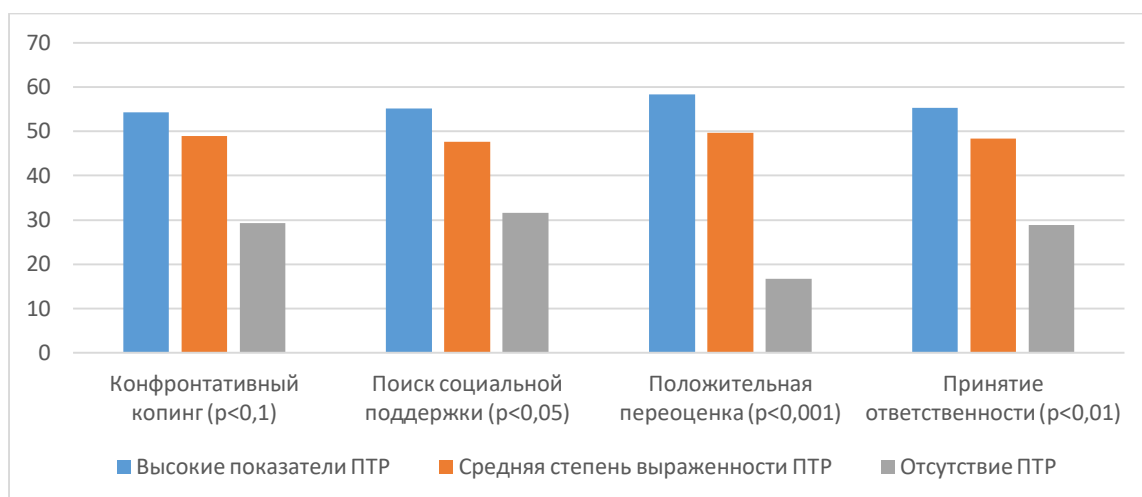


Рисунок 14 – Копинг-стратегии в зависимости от показателей ПТР

Ниже на рисунках 15-20 представлены результаты множественного линейного регрессионного анализа (здесь: независимые переменные - различные копинг-стратегии, зависимые – общий показатель ПТР и его шкалы). Более подробно данные этого исследования изложены в нашей статье [53].

Как видно на рис. 15 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 1 нашей статьи [53]), на общий показатель ПТР наиболее значимое положительное влияние оказывают копинг-стратегии, направленные на положительную переоценку и принятие ответственности за происходящее, кроме того, на уровне тенденции, также положительно влияет конфронтативный копинг, а значимое негативное воздействие оказывает жесткое планирование, направленное на предметно-деятельностное разрешение проблемы, которая не может быть подобным образом разрешена ($F=6,422$, $p<0,001$). Данная модель объясняет 37,5% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,375$).

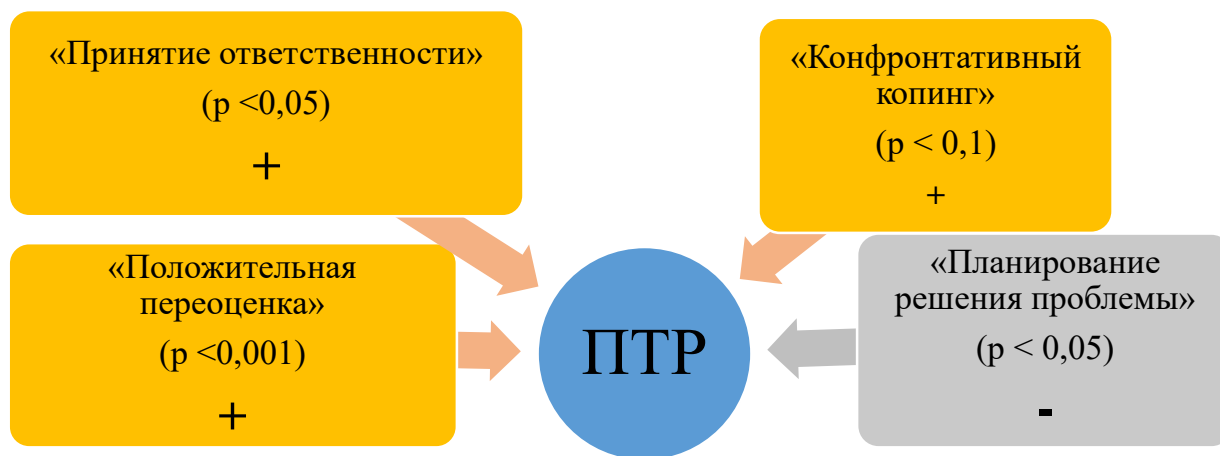


Рисунок 15 – Копинг-стратегии родителей детей с ОВЗ, оказывающие влияние на общий показатель опросника ПТР (N=113)

Копинг-стратегия «Положительная переоценка» оказывает наибольшее влияние на ПТР и одновременно представляет собой наиболее важный механизм ПТР (и включена в этот конструкт), поэтому полученные связи представляются абсолютно логичными. Таким образом, поиск положительных моментов и фокусирование на личностном росте в сложившейся ситуации способствуют ПТР.

Копинг-стратегии «Принятие ответственности» и «Планирование решения проблемы» оказывают противоположное влияние на ПТР. Можно предположить, что принятие ответственности за решение возникающих в процессе реабилитации \ абилитации ребенка проблем и за построение своего нового жизненного мира и новой роли «родителя ребенка с ОВЗ» способствуют ПТР у родителей. Однако, усилия, направленные на кардинальные изменения в сложившейся ситуации (иллюзия, что еще немного и я полностью вылечу ребенка), не учитывая его возможности и зону ближайшего развития, наоборот, препятствуют ПТР.

Принятие ответственности на себя подразумевает адекватную активную позицию и понимание того, что может сделать родитель в данной ситуации. В процессе заполнения опросников многие из родителей, не зная и не думая о ПТР, интуитивно подбадривают себя и двигаются в направлении личностного роста. Например, одна из матерей выразилась: «Духовное развитие – это как

езда на велосипеде. Если вам тяжело, значит вы катитесь вверх, если легко – вниз».

Несмотря на то, что «Конфронтативный копинг» в большинстве случаев трактуется как неадаптивная стратегия, она на уровне тенденции способствует ПТР. Таким образом, умеренное ее использование может быть полезным для решения актуальных проблем. Стенические эмоции побуждают к действию и препятствуют возникновению симптомов депрессии, в отличие от астенических.

Шкала ПТР «Отношение к другим» характеризует стремление к построению конструктивных отношений с людьми, способность к взаимопомощи (как инструментальной, так и эмоциональной поддержки) [168].

Как видно из рис. 16 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл.2 нашей статьи [53]), копинг-стратегии, направленные на положительную переоценку ситуации, принятие ответственности за свои действия, а также на поиск социальной поддержки, положительно влияют на шкалу ПТР «Отношение к другим» ($F=4,955$, $p<0,001$). Данная модель объясняет 31,5% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,315$).

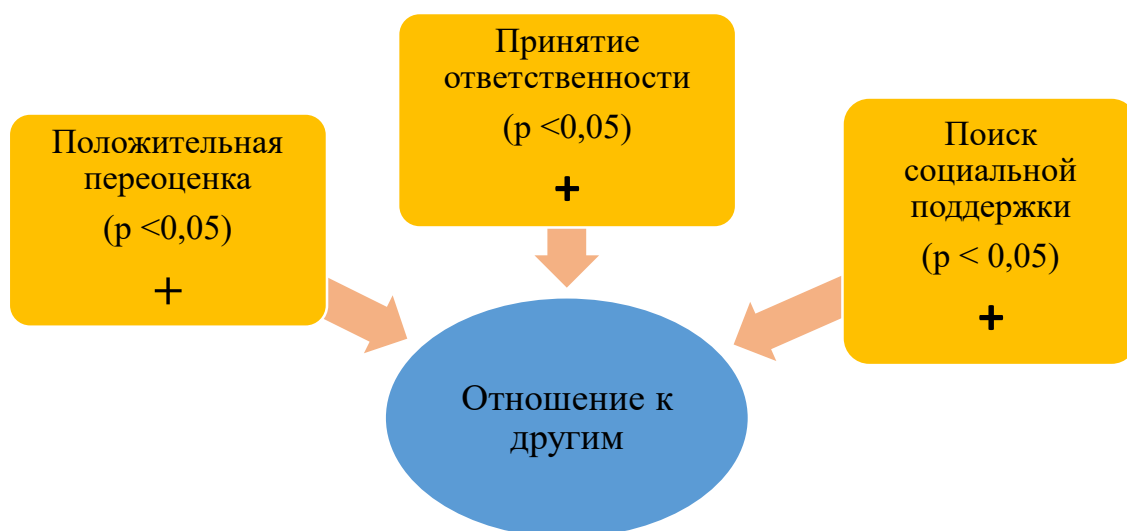


Рисунок 16 – Копинг-стратегии родителей детей с ОВЗ, влияющие на шкалу ПТР «Отношение к другим» (N=113)

Факторами, способствующими личностному росту, являются: способность обращаться за помощью к другим (друзья, родственники, специалисты, родители детей с похожим диагнозом, общество) и принимать ее; принадлежность к тематическим сообществам, которые оказывают информационную, практическую и психологическую поддержку семьям детей с ОВЗ. Одной из задач в процессе оказания психологической поддержки родителям детей с ментальной инвалидностью может быть повышение уровня доверия к другим людям и обществу, а также принятие того, что просить о помощи не только нормально, но и необходимо в определенные моменты. Одна из матерей ребенка с ОВЗ так высказалась по поводу опыта принятия социальной поддержки: «Я раньше была очень резкая в суждениях и оценках. А сейчас стала мягче... я научилась по-другому смотреть на других, жизнь научила меня».

Под «Принятием ответственности» понимается осознание ответственности за собственные действия и рефлексия относительно их последствий. Позиция, которую предпочитают занимать некоторые родители, звучит так: «Если у меня ребенок с ОВЗ, то окружающие теперь мне обязаны и должны относиться ко мне особенно бережно», что предполагает смещение своей зоны ответственности за происходящее на окружающих с обвинениями их в причинах проблемных ситуаций. Тем не менее, личностному росту в социальной и коммуникативной сфере способствует именно принятие ответственности за себя и свое поведение в процессе общения.

Вопреки возможным сложностям в социальной сфере, вызванным нехваткой времени на общение ввиду занятости абилитацией ребенка с ОВЗ или негативной реакцией окружающих на его нежелательное поведение, родители, принявшие и переосмыслившие влияние диагноза ребенка на их отношения с другими людьми, отметили, что стали более отзывчивыми, открытыми и искренними.

Шкала ПТР «Новые возможности» дает возможность определить степень ПТР, проявляющегося в виде нахождения новых интересов, целей,

смыслов и стремлений, которые позволяют повысить качество жизни с учетом вызванных психотравмирующим событием обстоятельств [168].

Как видно на рис. 17 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 3 нашей статьи [53]), на степень выраженности зависимой переменной «Новые возможности» оказывают значимое положительное влияние конфронтативный копинг и способность переосмыслить ситуацию в положительном направлении ($F=5,715$, $p<0,001$). Данная модель объясняет 34,7% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,347$).



Рисунок 17 – Копинг-стратегии родителей детей с ОВЗ, влияющие на шкалу ПТР «Новые возможности» (N=113)

Таким образом, готовность к риску и активная жизненная позиция («Конфронтативный копинг»), а также переосмысление сложившихся обстоятельств и фокусирование внимания на том, что есть хорошего (несмотря ни на что) в ситуации воспитания ребенка с ОВЗ («Положительная переоценка»), позволяют родителям обнаружить новые возможности и ставить перед собой новые цели, которые являются стимулом к личностному росту и повышают качество жизни.

Фокусирование внимания родителей на положительных аспектах позволяет посмотреть на ситуацию не только как на трудное жизненное испытание, но и как на источник мотивации к действию, исходя из следующей позиции: «Как я могу данную ситуацию использовать так, чтобы было полезно, интересно и приятно?», «Какие возможности у меня появляются?». Многие отмечали, что действовали не только «ради чего-то», а скорее «вопреки» сложившейся ситуации, при этом именно упорство и активная

позиция («Конфронтативный копинг») не позволяли поддаваться негативным мыслям и помогали доводить до конца свои начинания.

Таким образом, происходит активизация скрытых ресурсов, которые позволяют человеку обнаружить в себе скрытый потенциал и способности. Примером личностного роста в сфере «Новые возможности» может быть смена профессии: некоторые становятся специалистами по развитию детей с ОВЗ, некоторые открывают в себе талант организатора или правозащитника (проведение конференций и концертов, открытие благотворительных фондов, открытие школ, детских центров и т.д.).

Шкала ПТР «Сила личности» отражает личностный рост, который проявляется в виде роста уверенности в себе, своих силах, мыслях и действиях. Следствием чего является готовность справляться с возникающими трудностями на фоне принятия реальной ситуации [168].

Как видно из рис. 18 (см. подробнее данные регрессионного анализа в табл. 4 нашей статьи [53]), на зависимую переменную «Сила личности» оказывает положительное воздействие стратегия совладания со стрессом и травматическими переживаниями, которая позволяет переоценить ситуацию с положительной точки зрения ($F=2,793$, $p<0,01$). Данная модель объясняет 20,6% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,206$).

Благодаря концентрации внимания на положительных аспектах происходящего и переосмыслению перспектив в позитивном ключе, родители детей с ОВЗ обнаруживают и аккумулируют скрытые внутренние ресурсы, которые способствуют повышению уверенности в своих силах и придают уверенность в действиях, направленных на решение проблем в новой жизненной ситуации (см. рис.18).

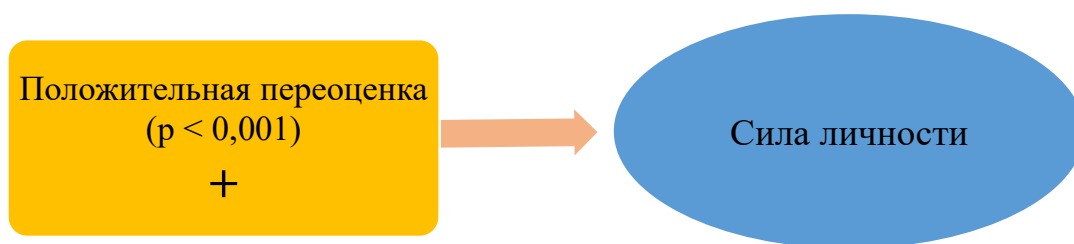


Рисунок 18 – Копинг-стратегии родителей детей с ОВЗ, влияющие на шкалу ПТР «Сила личности» (N=113)

Положительная переоценка ситуации воспитания ребенка с ментальной инвалидностью может предполагать не только рост у родителей уверенности в себе и внутренней силы, но и смену приоритетов и способность рассчитывать свои силы адекватно ситуации: «Жизнь научила меня реально оценивать свои возможности и направлять силы в нужное русло. Не то чтобы я стала хотеть меньше... просто больше понимаю, что могу, а что нет. Оказывается, я могу больше, чем думала раньше».

Шкала ПТР «Духовные изменения» позволяет оценить изменения религиозных и духовных установок [168].

Как видно из рис. 19 (см. подробнее данные регрессионного анализа в табл. 5 нашей статьи [53]), на уровень указанной зависимой переменной негативно влияет стратегия «Планирование решения проблемы», а позитивно – стратегия, направленная на переоценку актуальной ситуации с позитивной точки зрения ($F=4,618$, $p<0,001$). Данная модель объясняет 30% дисперсии такой зависимой переменной, как «Депрессия» ($R^2=0,300$).



Рисунок 19 – Копинг-стратегии родителей детей с ОВЗ, влияющие на шкалу ПТР «Духовные изменения» (N=113)

Стратегия совладания «Положительная переоценка» позволяет переосмыслить ситуацию на экзистенциальном уровне, что помогает родителям детей с ОВЗ обозначить новый жизненный курс, признать изменившийся образ жизни и встать на путь духовного роста. Иногда родители в процессе принятия диагноза ребенка придают его особенностям мистическое значение, что позволяет находить в этом ресурс для дальнейшего роста. Например, одна из матерей рассказывает истории о том, как ее сын с РАС предсказывает будущее и видел образ монахини на куполе церкви, в которую они регулярно ходят. На фоне поведенческих и коммуникативных проблем подобные «способности» дают ей повод гордиться своим ребенком.

Аналитический подход к решению проблем и концентрация на действиях, направленных на окончательное их разрешение в долговременной перспективе («Планирование решения проблемы») негативно влияет на личностный рост в духовной сфере, который подразумевает определенное доверие по отношению к «высшим силам» и толерантность к неопределенности. Кроме того, процесс развития ребенка с ОВЗ можно прогнозировать, но нельзя однозначно предсказать. Ситуация неопределенности часто провоцирует у родителей негативные фрустрирующие переживания, спровоцированные несоответствием имеющихся надежд и реальности. Фрустрация может вызывать негативное отношение к религии и вере: «Как я могу ходить в церковь к Богу, если он позволил такому случиться с моим ребенком и со мной! Есть ли там что-то вообще, если такое случилось!», «Я потеряла доверие к религии после того, как поставили диагноз К.». Тем не менее, многие находят опору в религии.

Шкала ПТР «Повышение ценности жизни» содержит высказывания, отражающие изменение иерархии ценностей с акцентом на важность пребывания «здесь и теперь» и на близость с окружающими людьми [168].

Как видно из рис. 20 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 6 нашей статьи [53]), ПТР в сфере повышения ценности жизни способствует «Положительная переоценка», а значимое негативное влияние

оказывает независимая переменная «Планирование решения проблемы» ($F=3,390$, $p<0,01$). Данная модель объясняет 24% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,240$).



Рисунок 20 – Копинг-стратегии родителей детей с ОВЗ, влияющие на шкалу ПТР «Повышение ценности жизни» (N=113)

Из этого следует, что личностному росту, связанному с изменением приоритетов и осознанием ценности каждого момента жизни, способствует переосмысление происходящего, направленное на поиск того хорошего, что было приобретено (или остается возможным) в сложившейся ситуации («Положительная переоценка»). Воспринимая ситуацию инвалидности ребенка как катастрофическую, имеющую «сейсмическое» воздействие на жизнь каждого члена семьи, родители, прежде всего, склонны к негативному селектированию. Одной из мишеней в работе психолога может быть помощь родителям в фокусировке внимания на положительных моментах (например, успешность ребенка в чем-то, достижения самого родителя, приятные мелочи и т.д.). Кроме того, специалист помогающей профессии должен заострить внимание на том, что не стоит делать глобальные выводы на основе отдельных конкретных проблемных ситуаций, а скорее воспринимать их как задачи, которые необходимо решить.

В то же время, копинг «Планирование решения проблемы», препятствует личностному росту по шкале «Повышение ценности жизни» (рис. 20).

Из этого следует, что представления о будущем у родителей детей с ОВЗ чаще всего имеют негативную окраску, ввиду проблемного поведения ребенка в данный период времени и трудностей, вызванных его диагнозом.

Деструктивное руминирование на подобные темы не дает возможности сосредоточиться на настоящем и решать текущие трудности.

Стратегии, связанные с дистанцированием, избеганием и самоконтролем, не влияют на ПТР.

Как видно из рис. 21 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 1 в Приложении 1), из девяти независимых переменных (шкал опросника «Методика по выявлению копинг-стратегий» - WCQ) три стратегии совладания со стрессом («Конфронтативный копинг», «Принятие ответственности», «Бегство-избегание») способствуют росту симптомов депрессии, а две из них - «Планирование решения проблемы», «Дистанцирование», наоборот, снижают степень выраженности симптомов депрессии ($F=6,684$, $p<0,001$). Данная модель объясняет 41,4% дисперсии зависимой переменной «депрессия» ($R^2=0,414$).

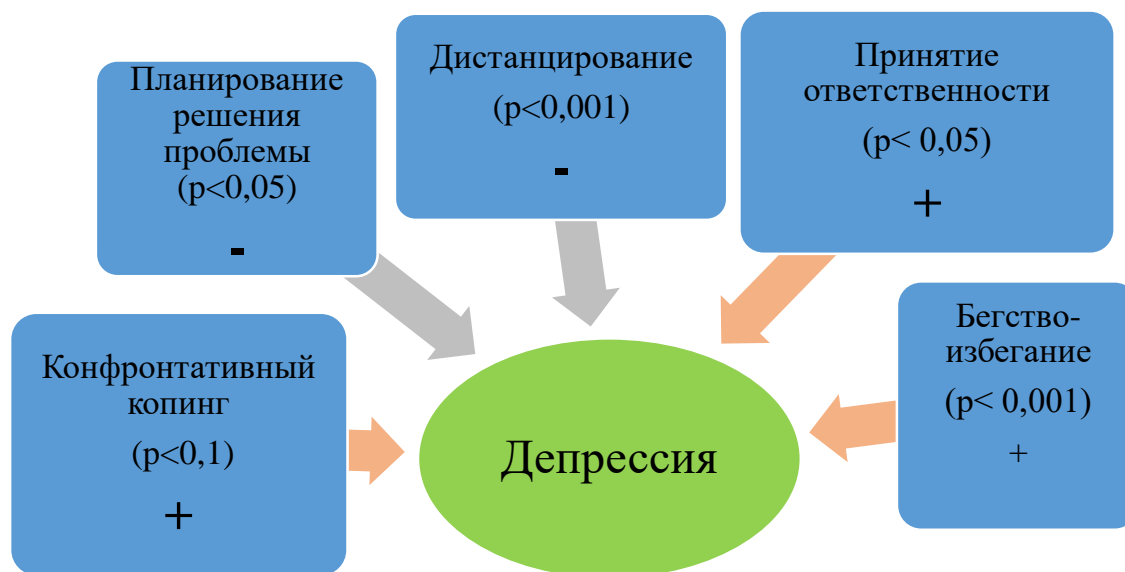


Рисунок 21 – Копинг-стратегии родителей детей с ОВЗ, влияющие на показатели шкалы «Депрессия» (N=113)

Таким образом, конфронтация в форме агрессии по отношению к окружающим (направленная на изменение ситуации), бегство от проблемы или ее отрицание, а также возможное принятие на себя ответственности за диагноз и проблемы ребенка, провоцируют возникновение депрессивной симптоматики у родителей детей с ментальной инвалидностью. В то же время дистанцирование от проблемы без ее отрицания (как своеобразная

майндфулнес-стратегия), а также попытка взять ее под контроль в форме планирования ее решения снижают выраженность симптомов депрессии.

Сравнение данных о влиянии копингов родителей детей с ментальной инвалидностью на ПТР и их эмоциональное благополучие показывает разнонаправленность влияния двух шкал: конфронтативный копинг и стратегия решения проблем (табл. 3). Это указывает на различия в механизмах ПТР и депрессивных состояний у родителей в ситуации переживания кризисной ситуации рождения и воспитания ребенка с ОВЗ. Рассмотрим и проанализируем выявленные зависимости, отраженные в табл. 3.

Таблица 3

Сравнение влияния копинг-стратегий на ПТР и эмоциональное благополучие

	ПТР	Эмоциональное благополучие
Конфронтативный копинг	+ ($p = 0,051^t$)	- ($p = 0,074^t$)
Планирование решения проблемы	- ($p = 0,034^*$)	+ ($p = 0,020^*$)
Положительная переоценка	+ ($p < 0,001^{***}$)	
Дистанцирование		+ ($p = 0,001^{***}$)
Принятие ответственности	+ ($p = 0,044^*$)	- ($p = 0,035^*$)
Бегство-избегание		- ($p < 0,001^{***}$)

Примечание: ^t $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

«Конфронтативный копинг» оказывает положительное влияние на ПТР и его шкалу «Новые возможности», однако способствует усилению депрессивной симптоматики. Данный факт можно объяснить особенностями конфронтативного копинга. Исходя из содержания вопросов шкал, можно сделать вывод, что если данный копинг проявляется в форме активных и решительных усилий, направленных на изменение ситуации и поиск возможностей на совладание с ней, то это способствует ПТР и обнаружению респондентом новых возможностей для себя в сложившейся ситуации. Но, если конфронтативный копинг выражается в агрессивном поведении по

отношению к окружающим, то это может способствовать ухудшению этих отношений и снижению уровня эмоционального благополучия.

Стратегия «Планирование решения проблем» по-разному связана с посттравматическим ростом (препятствует ему) и с эмоциональным благополучием (способствует ему, снижая симптомы депрессии). Это требует объяснения. Можно предположить, что склонность планировать решение проблем может, на определенном этапе, смягчать тяжелые чувства родителей детей с ОВЗ, создавая иллюзию возможности полного контроля за ситуацией и ее разрешения. В то же время посттравматический рост предполагает: устойчивость и толерантность к неопределенности, готовность встретиться с проблемой, разрешение которой выходит за пределы предметно-деятельностных возможностей человека (отменить диагноз и связанные с ним проблемы социализации) и готовность все же продолжать делать то, что возможно в настоящий момент.

Копинг, направленный на переоценку ситуации с положительной точки зрения, способствует увеличению степени выраженности ПТР и всех его шкал, при этом на эмоциональное благополучие ее влияние не обнаружено. Можно предположить, что принятие рождение ребенка с ОВЗ как вызова судьбы и шанса для личностного роста вовсе не обязательно вызывает позитивные чувства.

Как уже отмечалось выше, копинг-стратегия «Дистанцирование» оказывает положительное влияние на эмоциональное благополучие как способность быть «майндфул» и не подключаться к негативным чувствам, однако не оказывает влияния на ПТР, для возникновения которого она, видимо, не так важна. Выше отмечалось также, что механизм отрицания в форме стратегии «Бегство-избегание» оказывает негативное воздействие на эмоциональное состояние родителей детей с ОВЗ. Но данная стратегия оказалась также не значимой для возникновения ПТР.

Копинг-стратегия «Принятие ответственности» предполагает признание своей роли в проблеме. Принятие ответственности может проявляться по-

разному: чувство вины способствует снижению уровня эмоционального благополучия, однако признание ответственности за свои дальнейшие действия, связанные с абилитацией\реабилитацией ребенка и своей жизнью в новых условиях, могут быть конструктивными и позволяют сформировать новые когнитивные схемы взаимодействия с окружающим миром и способствуют ПТР.

ПТР возникает вследствие и на фоне определенной степени эмоционального неблагополучия и дискомфорта. Как было показано выше, некоторые копинг-стратегии, способствующие ПТР, снижают уровень эмоционального благополучия. Несмотря на то, что выраженность депрессивной симптоматики сама по себе значимо не влияет на ПТР, дискомфорт, вызванный ею, может активизировать способы совладания, которые приведут в итоге к ПТР. Без этого внутреннего дискомфорта и стремления преодолеть его ПТР не возникает. В целом же, как видно из табл. 3, у родителей с высокими показателями по некоторым шкалам ПТР меньше выраженность депрессивной симптоматики.

Шкала депрессии Бека включает две подшкалы: когнитивно-аффективной симптоматики и соматических симптомов. Рассмотрим влияние копинг- стратегий на каждую из них в отдельности.

Как видно из рис. 22 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 2 в Приложении 1), из девяти независимых переменных (шкал опросника «Методика по выявлению копинг-стратегий» - WCQ) три стратегии совладания со стрессом («Конфронтативный копинг», «Принятие ответственности», «Бегство-избегание») способствуют усилению проявлений когнитивно-аффективной депрессивной симптоматики. Однако две из них («Планирование решения проблемы», «Дистанцирование») снижают их выраженность ($F=7,466$, $p<0,001$). Данная модель объясняет 44,2% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,442$).

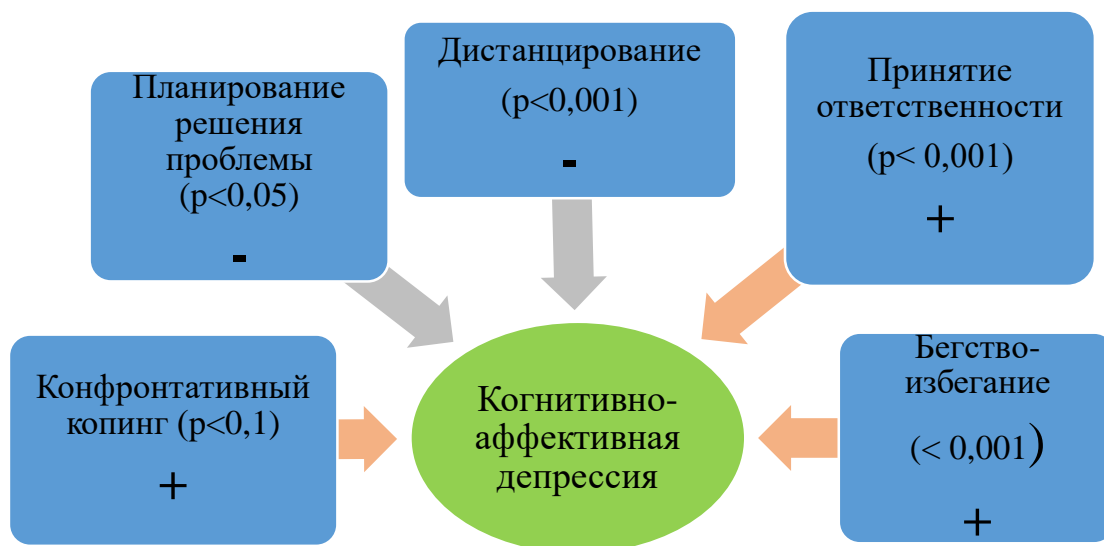


Рисунок 22 – Копинг стратегии, оказывающие влияние на шкалу «Когнитивно-аффективная депрессия» (N=113)

Исходя из зависимостей, приведенных на рис. 22, можно предположить, что на общий показатель «Депрессия» и на его когнитивно-аффективные аспекты влияют одни и те же стратегии совладания со стрессом.

Как видно из рис. 23 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 3 в Приложении 1), из девяти независимых переменных (шкал опросника «Методика по выявлению копинг-стратегий» - WCQ) одна стратегия совладания со стрессом («Бегство-избегание») способствует повышению выраженности соматических симптомов депрессии, однако две из них («Планирование решения проблем» и «Дистанцирование») снижают степень проявления вышеуказанной симптоматики ($F=2,490$, $p<0,05$). Данная модель объясняет 20,9% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,209$).

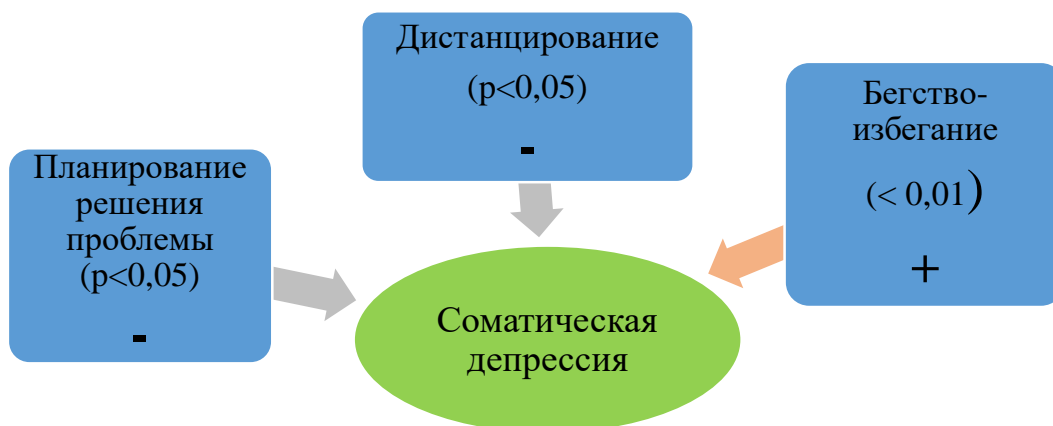


Рисунок 23 – Копинг стратегии, оказывающие влияние на шкалу «Соматическая депрессия» (N=113)

Из этого следует, что когнитивные усилия отстраниться от ситуации и возможность посмотреть на нее с мета-позиции, а также возможность аналитически осмыслить происходящее и распланировать дальнейшие действия способствуют снижению соматических проявлений депрессивной симптоматики. В свою очередь, стремление избежать напоминаний о проблеме или механизм отрицания приводит к невозможности осознания и психологической переработки проблемы способствует росту соматических эквивалентов депрессии.

Выводы по разделу 3.4

1. Наиболее значимое влияние на ПТР родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, демонстрирует стратегия совладания со стрессом, которая направлена на положительное переосмысление происходящего ($p < 0,001$). Также положительное воздействие на ПТР оказывают способность к принятию ответственности ($p < 0,05$) и конфронтации ($p < 0,1$). Отрицательно влияет на ПТР ($p < 0,05$) стремление распланировать свою деятельность так, чтобы окончательно решить свою проблему\ситуацию (т.е. иллюзорное планирование будущего своего и ребенка без опоры на действительность в виде реабилитационного потенциала ребенка).

2. Положительное влияние на шкалу ПТР «Отношение к другим» оказывают такие стратегии совладания со стрессом, как: положительное переосмысление проблемной ситуации («Положительная переоценка»; $p < 0,05$); понимание своего влияния и роли в актуальной ситуации («Принятие ответственности»; $p < 0,05$); использование внешних ресурсов для разрешения проблемной ситуации («Поиск социальной поддержки»; $p < 0,05$).

3. На шкалу ПТР «Сила личности» значимое положительное влияние оказывает стратегия совладания со стрессом, направленная на переосмысление актуальной ситуации и поиск в ней положительных аспектов ($p < 0,001$), которая за счет изменения отношения к ситуации позволяет

адекватно ее оценить и сформировать уверенность в себе в новых жизненных обстоятельствах.

4. На шкалу «Духовные изменения» значимое положительное влияние оказывает копинг «Положительная переоценка» ($p < 0,001$), которая подразумевает философское, экзистенциальное осмысление актуальной проблематики с акцентом на религию и веру. В свою очередь, копинг-стратегия «Планирование решения проблемы», которая по своей сути противоречит ориентации на веру и чудо, препятствует личностному росту в духовном и экзистенциальном аспектах, так как подразумевает аналитический подход и достижение прямого решения проблемы (в ситуации с воспитанием ребенка ОВЗ чаще всего она окончательно неразрешима).

5. Такой аспект ПТР, как ценность жизни усиливается под влиянием стратегии положительной переоценки ($p < 0,001$) и, напротив, ослабляется под влиянием стратегии «Планирование решения проблем» ($p < 0,05$). Последнее связано с невозможностью планомерного разрешения кризисной ситуации, на которую направлена данная стратегия.

6. Как показало исследование, механизмы воздействия стратегий совладания со стрессом на ПТР и на эмоциональное благополучие родителей (снижение депрессивной симптоматики) различны. А именно, выявлено, что разнонаправленное воздействие оказывают «Конфронтативный копинг», «Принятие ответственности», «Планирование решения проблемы». Склонность планировать решение проблемы на определенном этапе может смягчать тяжелые чувства родителей детей с ОВЗ, создавая иллюзию контроля по отношению к ситуации и возможности ее полного разрешения. Однако, подобная иллюзия не позволяет трансформировать свои убеждения и жизненный мир, что препятствует ПТР. Кроме того, снижению депрессивной симптоматики способствует стратегия «Дистанцирование», а ее повышению способствует стратегия «Бегство-избегание» (данные копинги значимо не воздействуют на ПТР). Наиболее значимая копинг-стратегия для ПТР «Положительная переоценка» не влияет на депрессивную симптоматику.

Таким образом, эмоциональное благополучие в виде низкого уровня или отсутствия симптомов депрессии с одной стороны, и ПТР с другой, являются параллельными процессами, которые косвенно связаны, однако, не являются взаимно определяющими.

3.5. Посттравматический рост, эмоциональное благополучие, базисные убеждения и стратегии совладания у родителей, в зависимости от возраста ребенка с ОВЗ и оценки тяжести его состояния родителем

На выборке из 27 родителей детей с ментальной инвалидностью была изучена зависимость ПТР и депрессивной симптоматики от субъективного восприятия родителем тяжести психофизического состояния ребенка.

Субъективные представления родителя о тяжести состояния здоровья и сложностях, вызванных поведением своего ребенка с ОВЗ, оказывают воздействие только на шкалу ПТР «Духовные изменения». Влияние на иные шкалы ПТР в данных исследования обнаружено не было (более подробно результаты регрессионного анализа представлены в нашей статье [55] в табл. 1) ($F=2,702$, $p<0,05$). Данная модель объясняет 68% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,68$).

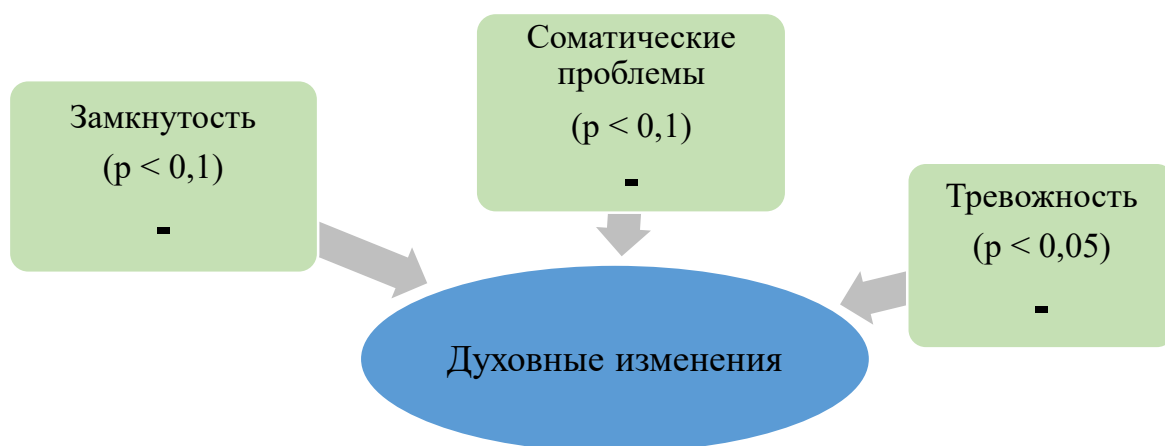


Рисунок 24 – Шкалы Листа наблюдений Т. Ахенбаха, влияющие на шкалу ПТР «Духовные изменения» (N=27)

Когда родители видят много эмоциональных и физических проблем у ребенка, их внимание может быть сконцентрировано не на экзистенциальных вопросах, а на решении этих проблем.

Наиболее значимое воздействие на шкалу «Духовные изменения» оказывает представление родителей о высокой тревожности ребенка. Личностный рост, согласно шкале «Духовные изменения», означает, в том числе, усиление религиозности, что подразумевает опору родителя духовно на что-то вовне. Однако, когда ребенок проявляет тревожность, то опорой для него приходится быть самому родителю. Кроме того, приписывание ребенку высокого уровня тревожности может быть отражением тревожности родителя.

Как видно на рис. 25 (см. подробней данные регрессионного анализа в табл. 2 нашей статьи [55]), субъективное восприятие родителем тяжести психологического и физиологического состояния ребенка и его заболевания оказывают воздействие на эмоциональный фон родителя. Убеденность родителей в том, что у их ребенка много внутренних проблем (соматические нарушения, а также нарушения, связанные с социальной адаптацией и развитием эмоционального интеллекта) повышают у них уровень депрессивной симптоматики. Если родители отмечают лишь отдельные симптомы в рамках внутренних проблем ребенка, то это напротив приводит к снижению депрессивной симптоматики ($F=2,979$, $p<0,05$). Данная модель объясняет 70,1% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,701$).



Рисунок 25 – Шкалы Листа наблюдений Т. Ахенбаха, влияющие на общий показатель депрессии (N=27)

Субъективное восприятие родителями ребенка, как имеющего много внутренних проблем, способствует повышению выраженности депрессивной симптоматики. В то же время, если родитель воспринимает проблему не глобально, а более конкретно (например, соматические проблемы, тревожность или сложности с социализацией), то симптомы депрессии становятся менее выраженными. Можно предположить, что в подобной ситуации родители не «сгущают проблемы», которые могут вызывать ощущение беспомощности и отчаяния, а наоборот, решают проблемы «точечно», по мере их поступления, что позволяет им мобилизоваться и более оптимистично смотреть на ее разрешение.

Влияние возраста детей с ОВЗ на депрессивную симптоматику, базисные убеждения и копинг-стратегии родителей

В зависимости от возраста детей (с опорой на периодизацию Д.Б. Эльконина) основная выборка (113 родителей детей разного возраста) была разделена на три группы: «Дошкольный возраст», «Младший школьный возраст» и «Отрочество». В данной работе возраст ребенка представляет интерес, прежде всего, как хронологический показатель, характеризующий временной интервал между исследованием и фактом установления диагноза, связанного с ментальной инвалидностью, который преимущественно ставится в период от 0 до 5 лет. Каждая из выделенных групп родителей заполнила одни и те же опросники: Опросник посттравматического роста, Шкала депрессии Бека, Шкала базисных убеждений, Опросник способов совладания. Сравнение полученных результатов не показало различий для групп родителей детей разных возрастных категорий по используемым копингам и общему показателю симптомов депрессии (см. подробнее табл. 3 в нашей статье [55]).

Как уже было показано выше, вследствие психотравмирующей ситуации «сейсмического» характера (диагноз ребенка) у родителей разрушаются имеющиеся ранее базисные убеждения, что является пусковым механизмом для ПТР [171]. Вследствие этого происходит построение новых убеждений и жизненного мира. Таким образом, отсутствие различий по степени

выраженности ПТР можно объяснить тем, что событие имеющее сейсмический характер произошло какое-то время назад, а текущие процессы (как правило, они не являются кризисными, экстремальными), даже вызывающие ретравматизацию, носят адаптационный характер и не оказывают непосредственного воздействия на ПТР. В свою очередь, текущие проблемы и, возникающие в процессе воспитания ребенка с ОВЗ, различные стрессовые ситуации могут оказывать опосредованное воздействие на новые базисные убеждения.

По мере взросления ребенка, изменения в базисных убеждениях у родителей отмечаются только в более ярком проявлении убеждений в общей благосклонности окружающего мира и доброте людей (рис.26; см. подробнее в табл. 3 в нашей статье [55]). То есть, после того, как ребенку поставили диагноз, у родителей возникает ощущение собственной внутренней стигматизации, отверженности обществом их и ребенка, чувство отчужденности. Несмотря на это, с течением времени приходит осознание, что мир и люди вокруг не всегда враждебно настроены, а могут быть принимающими, поддерживающими и доброжелательно настроенными.

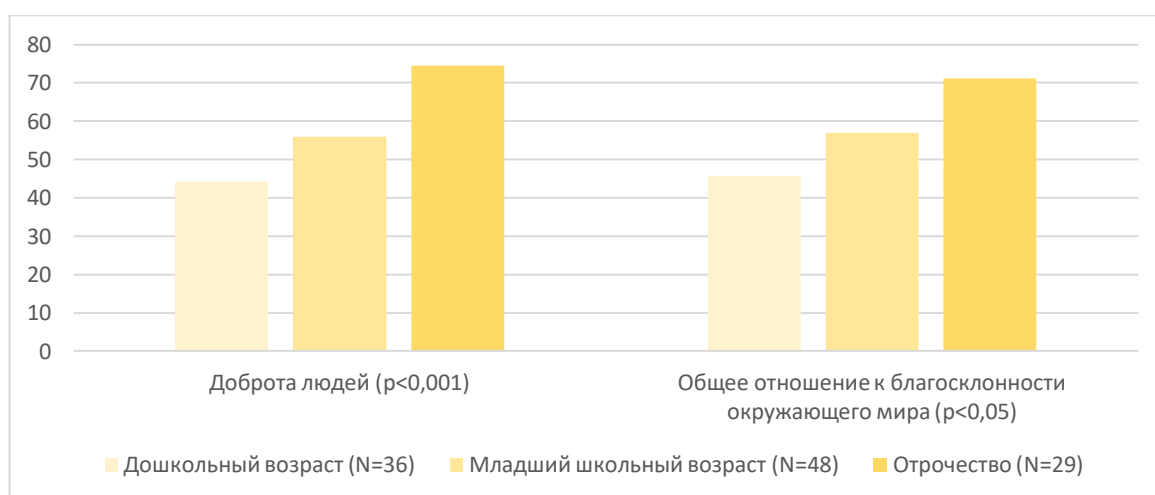


Рисунок 26 – Различия в показателях выраженности базисных убеждений в зависимости от возраста детей (N=113)

Судя по данным, представленным на рис. 27 (см. подробней табл. 3 в нашей статье [55]), по мере взросления ребенка и по прошествии

значительного промежутка времени после постановки диагноза, просматривается тенденция к уменьшению проявлений соматических симптомов депрессии (уровень тенденции к статистической значимости). На диаграммах (рис. 27) также можно отметить снижение уровня симптоматики и по шкалам «Депрессия» и «Когнитивно-аффективная депрессия», однако, для данной выборки они не являются статистически значимыми.

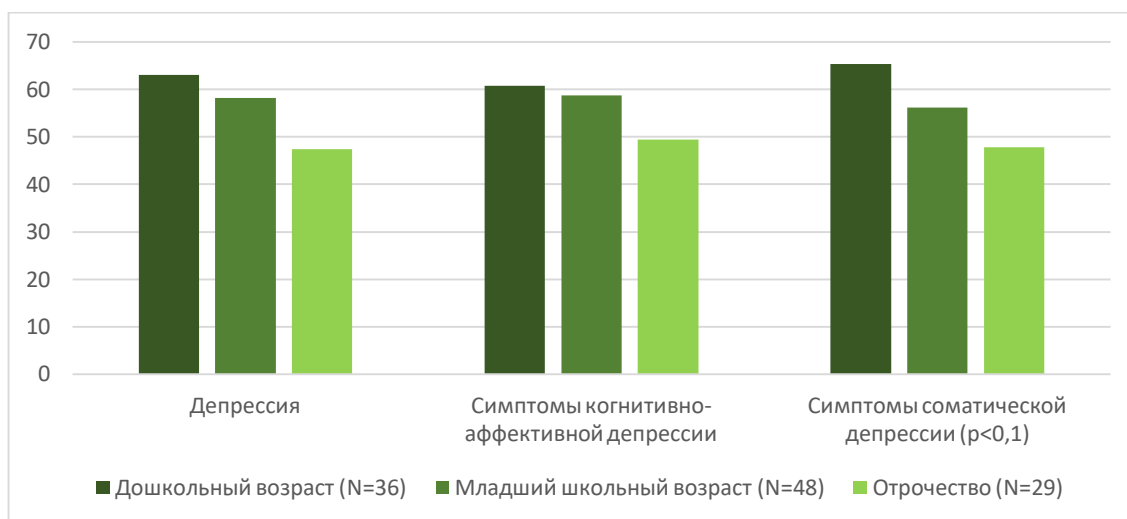


Рисунок 27 – Различия в показателях выраженности симптомов депрессии в зависимости от возраста детей (N=113)

Возможным объяснением полученных результатов может быть постепенное принятие родителями изменений в своей жизни, вызванных инвалидностью ребенка, и принятие его диагноза. Часто родители детей с ОВЗ находят поддержку, понимание, возможность выразить свои чувства и поделиться опытом в сообществах родителей, оказавшихся в такой же ситуации.

Выводы по разделу 3.5

1. Чем более глобально воспринимаются родителем внешние и внутренние проблемы ребенка, тем выше показатели симптомов депрессии ($p < 0,05$; 70,1% дисперсии). Если же родитель воспринимает внешние и внутренние проблемы дифференцированно, то это способствует снижению симптомов депрессии.

2. По мере увеличения промежутка времени после постановки диагноза ребенку у родителей снижаются проявления симптомов соматической депрессии ($p < 0,1$); растет убежденность в доброжелательности мира ($p < 0,05$) и людей ($p < 0,001$) по отношению к ним.

3. Родители, недавно узнавшие о диагнозе, особенно нуждаются в помощи специалистов, связанной с возможностью выражения и валидации их эмоциональных переживаний, что крайне важно для профилактики психосоматических заболеваний. Для снижения субъективного уровня генерализации проблем ребенка, родителям следует четко определять проблемы ребенка с примерной программой их разрешения с учетом зоны актуального и ближайшего развития. Подобный подход позволит родителям воспринимать проблемы ребенка более дифференцированно и снизить уровень эмоционального напряжения.

3.6. Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ и ее связь с посттравматическим ростом и эмоциональным благополучием родителя

Согласно гипотезе данного исследования, родительская позиция в воспитании ребенка связана с посттравматическим ростом. Для ее проверки разработан опросник, первичная валидизация которого приведена в данном параграфе. Опросник был разработан на основе идеологии и конструкта опросника «Субъектная позиция в учебной деятельности», который позволяет диагностировать позицию ученика в процессе обучения [22] и выделяет 4 вида позиций: субъектная (понимание своей роли в процессе обучения и активный подход к учебной деятельности), объектная (стремление тщательно выполнять указания учителя), пассивная (избегание активности) и негативная (протест по отношению к учебному процессу). В первоначальной версии нашего опросника была попытка выделить все эти виды позиций родителя в процессе воспитания, однако, в результате валидизации осталась одна шкала, которая оценивает степень готовности родителя: замечать и поддерживать

собственную активность ребенка; быть чутким к элементам конструктивности такой активности в разных видах деятельности; быть способным оказывать при этом ребенку необходимую помощь, оценивая его эмоциональное состояние и зону ближайшего развития.

Конструктивная валидность опросника проверялась на выборке из 201 человека, все они были женщины. Конвергентная валидность проверялась на выборке из 107 родителей, в этой выборке также все были женщины.

Процедура валидации опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ»

Проверка конструктивной валидности. Средний возраст обследованных матерей (201 человек) составил 40 лет (разброс от 25 до 50 лет), причем более двух третей (70%) воспитывали детей с РАС, остальные воспитывали детей с другими ментальными нарушениями (разброс возрастного диапазона детей от 4 до 20 лет). Тестирование проходило в три этапа: пилотный, основной, дополнительный. Заполнение опросника не вызывало трудностей, однако после первичного пилотного опроса, благодаря комментариям заполнявших, были дополнены и видоизменены некоторые утверждения.

Процедура сбора данных. Заполнение опросника происходило как онлайн (Google-форма), так и при личной встрече в инклюзивных школах. При заполнении опросника каждый участник давал согласие на обработку своих данных. Обязательно сообщалось о том, что все данные будут закодированы (каждой анкете присваивался свой номер), анонимны и представлены исключительно в виде статистических данных.

В Google-форме, непосредственно перед самим опросником, приведено обращение к родителям детей с ОВЗ:

«Вашему вниманию предлагается новый опросник из 30 вопросов, который был специально разработан для диссертационного исследования, которое позволит диагностировать актуальное психологическое состояние родителей детей с ОВЗ и впоследствии разработать эффективные методы

помощи. Вся полученная информация конфиденциальна и анонимна. В работе будут использованы только статистические данные».

Перед заполнением опросника респондентам предлагалась анкета, проясняющая социодемографические данные, и затем следовала инструкция с просьбой ответить на вопросы. Для ответов использовался шкала Ликерта. Подробная процедура валидизации и текст опросника приводятся в нашей статье «Установка на поддержку субъектной позиции ребенка и посттравматический рост у родителей детей с ОВЗ» [68].

Проверка конвергентной валидности опросника и его связь с посттравматическим ростом и эмоциональным благополучием родителя

Возраст 107 обследованных матерей колебался от 20 до 50 лет, средний возраст 38,5.

Как видно из рис. 28 (см. подробнее табл. 2 в нашей статье [68]), обнаружены значимые различия в показателях валидизируемого опросника между группами матерей с высоким, средним и низким ПТР по данным Опросника посттравматического роста. Чем выше ПТР, тем более выражена готовность родителя замечать и поддерживать собственную инициативу ребенка или, иными словами, его субъектную позицию. Можно предположить, что родители детей с ОВЗ, для которых характерен ПТР, в большей мере склонны к сотрудничеству и глубокому эмоциональному контакту со своими детьми, поощрению активности ребенка, а также стремятся повысить его уровень осознанности и рефлексии относительно его деятельности с учетом зоны ближайшего развития.

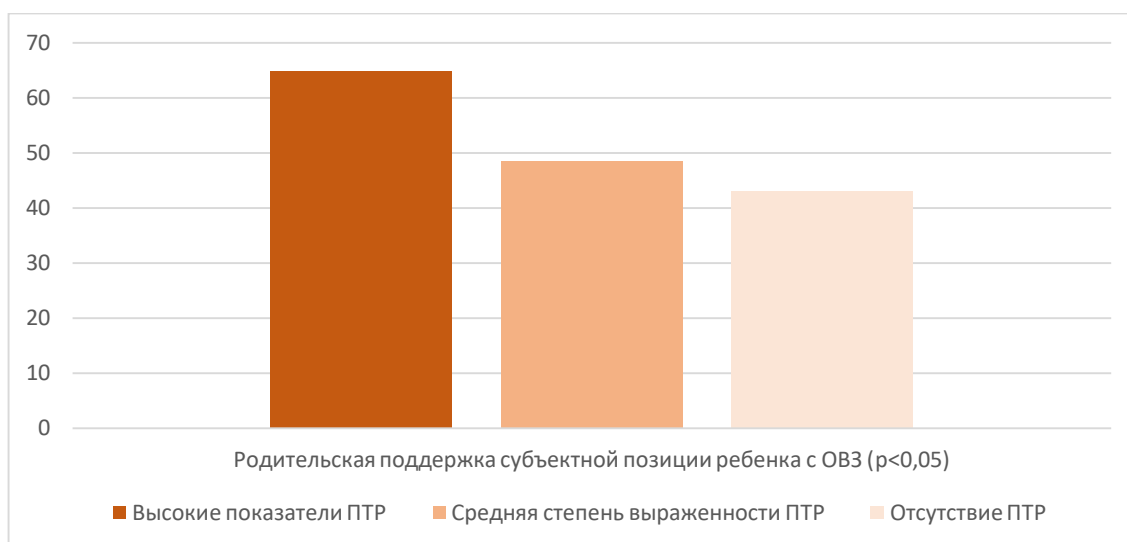


Рисунок 28 – Показатели валидируемого опросника при высоком, среднем и низком ПТР родителей (N=107)

Как видно на рис. 29 (см. подробней табл. 3 в нашей статье [68]), выявлена значимая связь валидируемого опросника с общим показателем ПТР и его и шкалами, отражающими поиск новых возможностей и ощущение своей силы как личности (рис. 29).

Выявленные связи слабые, однако коэффициент корреляции r -Spearman подтверждает их значимость ($p < 0,05$). Наиболее сильная связь «Родительской поддержки субъектной позиции» со шкалой «Новые возможности», говорит о том, что родители, которые развивают и поддерживают субъектную позицию ребенка, также проявляют субъектную позицию по отношению и к своей жизни. А именно, это может выражаться в готовности искать для себя новые перспективы и смыслы, путем рефлексивного анализа, принятия и осознанности в сложившейся ситуации (воспитание ребенка с ОВЗ). Кроме того, несмотря на слабую связь со шкалой «Сила личности», можно сделать вывод, что уверенные в себе и своих силах родители более склонны проявлять субъектную позицию в процессе воспитания ребенка с ОВЗ.

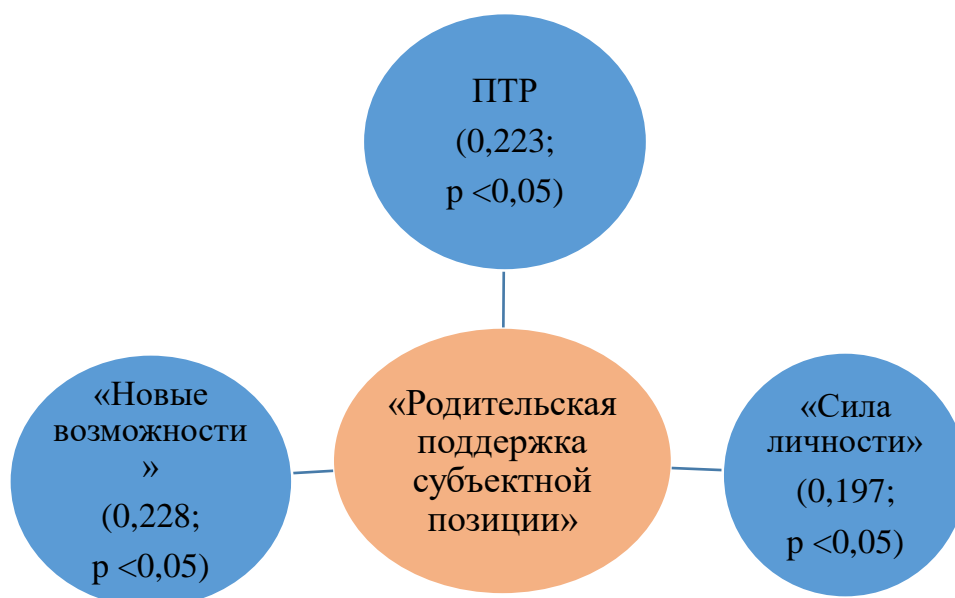


Рисунок 29 – Связь показателей валидизируемого опросника с отдельными шкалами «Опросника посттравматического роста» (N=107)

В процессе заполнения опросника некоторые матери комментировали свои ответы и одна из них отметила, что принятие диагноза ребенка и его возможностей в зоне ближайшего развития (а не того каким он должен быть, что делать и как себя вести, исходя из нормотипичной схемы развития), позволяет установить более близкий эмоциональный контакт с ним, а также облегчает поиск методов реабилитации \ абилитации: «Иногда я чувствовала отчаяние. Я и сейчас его иногда чувствую, но сейчас оно другое... более спокойное. Я поняла, что нужно опираться на потребности ребенка. Конечно же, при этом, помогая ему научиться быть в обществе, общаться и многое другое. Я поняла, что нельзя заикливаться на его плохом поведении. Здесь как в айкидо, когда ты сначала идешь за партнером, а потом постепенно его выводишь туда, куда ты считаешь нужным. И ему тогда кажется, что все идет своим чередом. Этот путь позволил мне понять своего ребенка и помогать ему развиваться».

После постановки диагноза ребенку образ жизни родителей кардинально меняется. Однако, принятие возникает не сразу и какой-то период времени родители стараются приблизить ребенка к условной «норме», таким образом «нормализовав» и свою жизнь. Однако, подобный подход осложняет

восприятие актуальных потребностей ребенка и делает практически невозможным тесный эмоциональный контакт с ним, так как невозможность ребенка реализовать требования родителя часто провоцирует обоюдное раздражение и конфликты. Одна из матерей отметила, что принятие ребенка таким, какой он есть, значительно улучшило эмоциональное состояние и ее, и ребенка, а также появились силы для занятий своими личными делами и уверенность в правильности собственных действий: «Я стала меньше раздражаться и кричать... а он стал спокойней... я нашла время для своих дел, на которые не хватало времени раньше ... и мы стали ближе друг к другу». Мать ребенка сместила акценты в процессе абилитации ребенка: перевела на упрощенную форму обучения и позволила ребенку больше уделять времени спорту и рукоделию, чем академическим навыкам. В результате ребенок стал более самостоятельным в повседневной жизни и активней проявляет свою креативность (начал снимать мультфильмы, рисовать). Поведенческие проблемы ребенка сохранились, однако воспринимались родителем спокойней.

Как видно на рис. 30 (см. подробней табл. 4 в нашей статье [68]), у родителей с более высоким уровнем эмоционального благополучия значимо ($p < 0,05$) больше выражена способность замечать и укреплять собственную инициативу ребенка с ОВЗ, чем у родителей с симптомами депрессии, выраженной или умеренной степени тяжести (рис. 30).

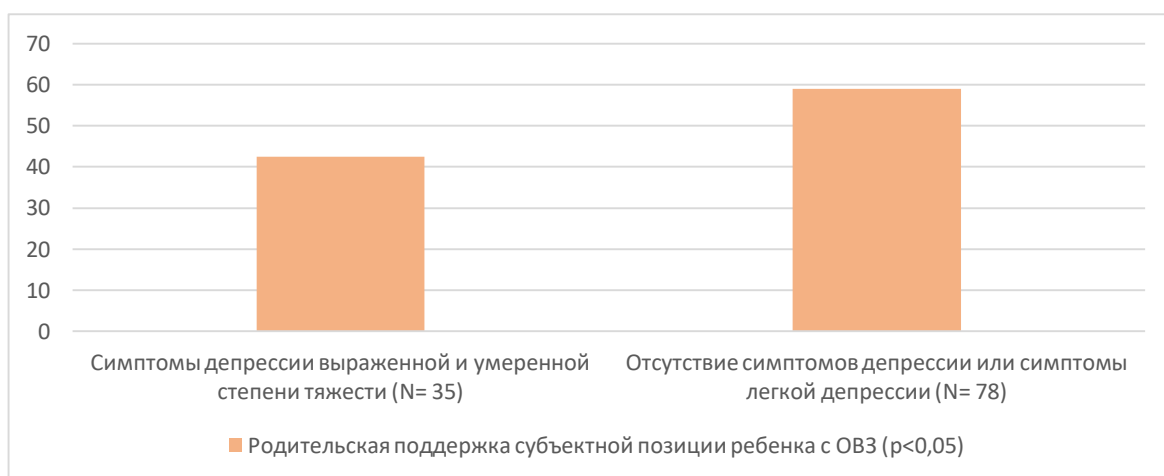


Рисунок 30 – Показатели валидируемого опросника при разной тяжести симптомов по Шкала депрессии Бека (N=107)

Руминативное мышление является предиктором депрессии [65] и может быть связано у родителей детей с ОВЗ, например, с актуальными трудностями, вызванными воспитанием ребенка, несбывшимися надеждами и утраченными после постановки диагноза представлениями о будущем своем и ребенка. Однако способность родителей замечать и укреплять собственную инициативу ребенка предполагает сосредоточенность на процессе общения и эмоциональном контакте с ребенком, что позволяет переключиться с негативных мыслей и сосредоточиться на ситуации «здесь и сейчас».

Как видно из рис. 31 (см. подробней табл. 5 в нашей статье [68]), существует слабая, но значимая отрицательная связь ($p < 0,01$) показателей валидизируемого опросника с общим баллом по шкале «Депрессия», а также с его частной шкалой «Когнитивно-аффективные симптомы депрессии».



Рисунок 31 – Связь показателей валидизируемого опросника и симптомов по Шкале депрессии Бека (N=107)

Данные связи подтверждают приведенное выше предположение, что родители, замечающие и поощряющие собственную активность ребенка, если она носит конструктивный характер, меньше фиксируются на своих негативных переживаниях, которые могут сопровождаться чувством вины, суицидальными мыслями и пессимистичным взглядом на будущее. Родители,

которые замечают и укрепляют собственную инициативу ребенка, чувствуют себя более уверенно и придают осмысленность процессу воспитания ребенка с ОВЗ. Одна из матерей сообщает, что после шока в момент сообщения диагноза и негативного прогноза специалистов относительно способности обучения ребенка, она решила, несмотря ни на что, поддерживать его самостоятельность и сейчас замечает плоды этого.

Для того, чтобы выявить базисные убеждения, которые характерны для родителей способных замечать и укреплять собственную инициативу ребенка с ОВЗ, все родители (по данным валидизируемого опросника) были разделены на три группы в зависимости от выраженности готовности матери замечать и поддерживать собственную инициативу ребенка (см. подробней табл. 6 в нашей статье [68]).

Как видно на рис. 32, чем больше показатели валидизируемого опросника, тем ярче выражены базисные убеждения, касающиеся благосклонности мира и самооценности, при этом такие родители меньше склонны воспринимать события окружающего мира, как случайные (все различия значимы, см подробнее [68]).

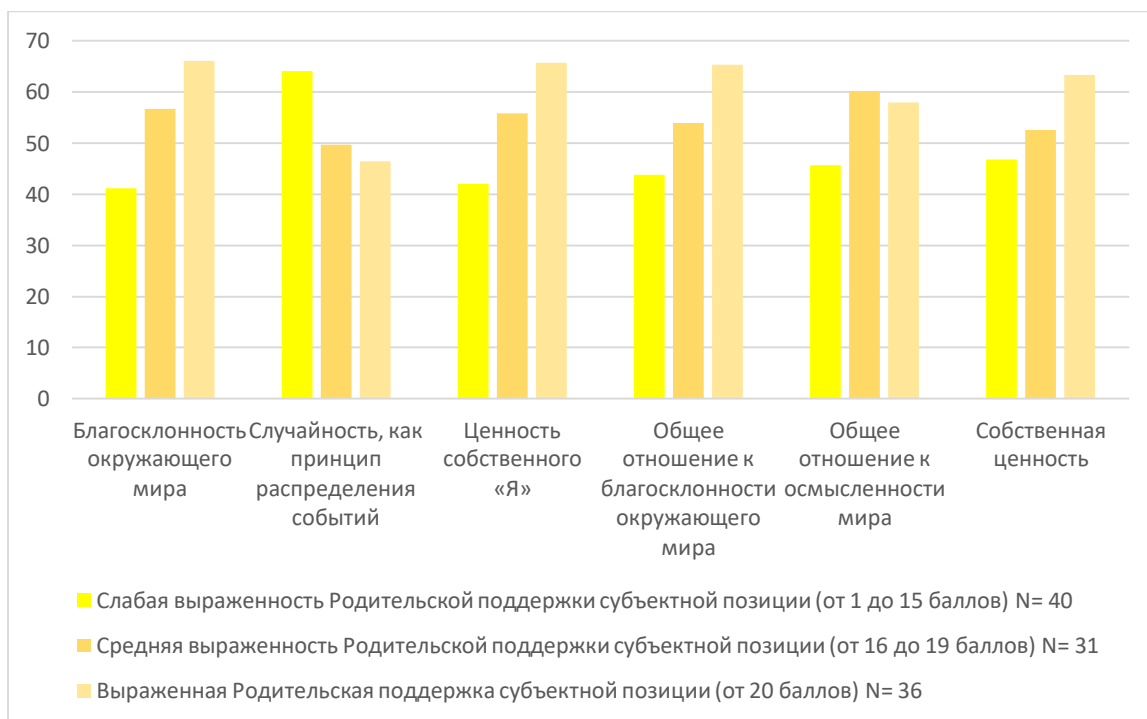


Рисунок 32 – Показатели Шкалы базисных убеждений личности при разных значениях показателя валидизируемого опросника (N=107)

Исходя из полученных данных, те родители, у которых ярче выражена поддержка субъектной позиции ребенка реже полагаются на удачу, а доверяют себе, уверены в собственной эффективности и доброжелательности окружающего мира по отношению к ним и к их ребенку. Чаще всего такие родители вели активный образ жизни еще до рождения ребенка, что сформировало у них способность замечать и укреплять собственную инициативу ребенка с ОВЗ.

Одна из респондентов (с высокими показателями по шкале «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ») еще до рождения ребенка занималась спортом и, когда врачи поставили ее перед фактом неутешительного вердикта (относительно развития ребенка), у нее активизировалось спортивное упорство, что приумножило усилия, направленные на абилитацию сына, помогло добиться успеха и вселить уверенность в собственных силах. По словам матери, в этом процессе ей способствовали оптимизм и вера в то, что ее усилия будут, пусть и не сразу, вознаграждены.

Как видно из рис. 33 (см. подробней табл. 7 в нашей статье [68]), выявлены значимые, умеренные по силе взаимосвязи показателя валидизируемого опросника с целым рядом базисных убеждений, касающихся отношений с миром и с другими людьми. То есть, чем выше готовность матери поддержать собственную инициативу ребенка, тем более благосклонным он воспринимает окружающий мир и более доброжелательными окружающих людей, а также больше ценит собственную личность.

Таким образом, установка родителей поддерживать позицию ребенка с ОВЗ взаимосвязана с убежденностью матерей в том, что мир доброжелателен и в нем есть люди, которые готовы поддержать и помочь. Также, обнаружена положительная связь с представлениями о себе, как о достойном человеке, который заслуживает любви и уважения.

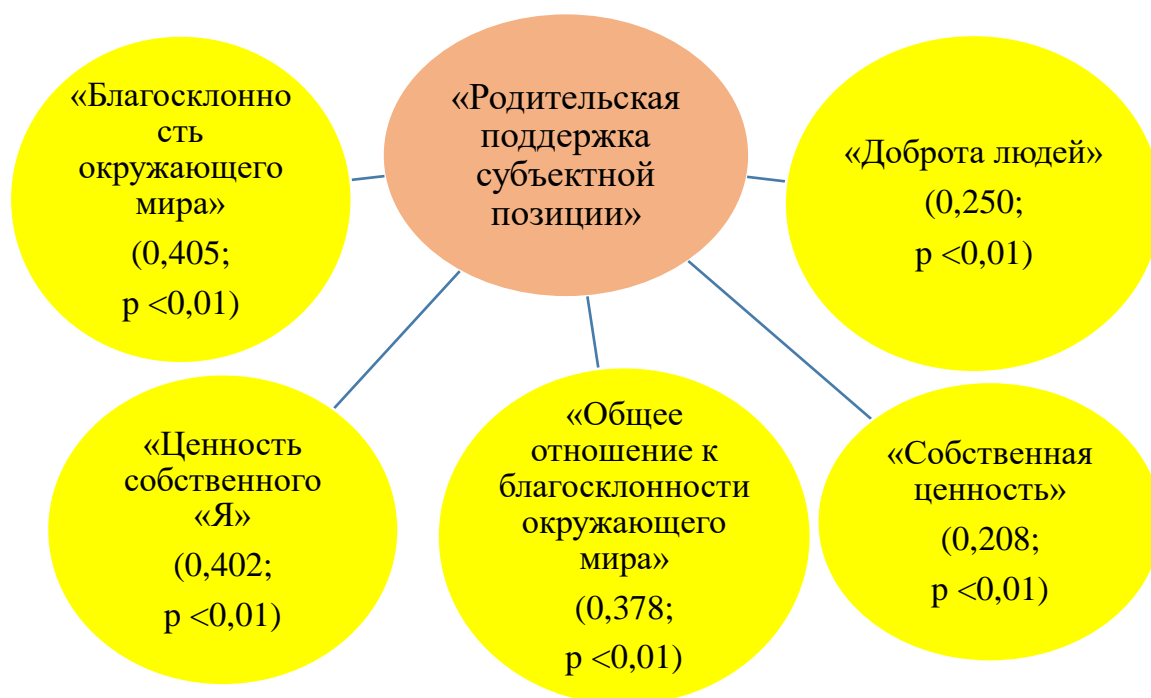


Рисунок 33 – Связь показателей валидируемого опросника и Шкалы базисных убеждений (N=107)

Следует подчеркнуть, что, со слов родителей, важное значение для них имеют сообщества родителей и благотворительные проекты, где можно встретиться с семьями, у которых похожая ситуация, и поделиться своими переживаниями. Видимо, наличие таких сообществ, а также позитивного опыта помощи и поддержки со стороны социального окружения, делает мир в сознании родителей более безопасным и принимающим, снижает страх отвержения как своего ребенка с ментальной инвалидностью, так и себя самого в качестве родителя такого ребенка.

Выводы по разделу 3.6

1. Разработанный опросник в окончательной версии включает двенадцать вопросов и обладает приемлемой конструктивной и конвергентной валидностью.

2. Родители с высокими показателями по разработанному опроснику (т.е. склонные поддерживать активность ребенка и сохранять эмоциональный контакт с ним) отличаются более высокими показателями ПТР, включая готовность к изменениям (в связи с новыми возможностями), позитивному

переопределению ситуации, и проявлению силы личности (решимости справиться с возникающими сложностями).

3. Родители с высокими показателями по разработанному опроснику (т.е. склонные поддерживать активность ребенка и сохранять эмоциональный контакт с ним) сами более эмоционально благополучны: не склонны к фиксации на негативных аспектах жизни и пессимизму по поводу будущего, а также к появлению суицидальных мыслей.

4. Родители с высокими показателями по разработанному опроснику (т.е. склонные поддерживать активность ребенка и сохранять эмоциональный контакт с ним) отличаются большей верой в благосклонность окружающего мира, его осмысленность и ценность своей личности (не склонны доверять случайностям, а больше полагаются на себя).

5. Разработанный опросник может быть использован в практике для диагностики воспитательной позиции родителя ребенка с ОВЗ, а также для выделения мишеней психологической помощи, способствующей как развитию детей (поддержке их субъектной позиции), так и ПТР родителей.

3.7. Выделение мишеней психологической помощи родителям детей с ОВЗ на основе концепции R. Janoff-Bulman и данных проведенного исследования

Как уже было ранее отмечено, критическая жизненная ситуация, причиной которой является постановка неблагоприятного (необратимого) диагноза ребенку с ОВЗ, имеет крайне разрушительный «сейсмический» характер. Прежде всего, постановка такого диагноза в одночасье (то есть мгновенно, в реальном масштабе времени, безо всякой подготовки и без малейшего опыта переживания подобных ситуаций) разрушает весь комплекс позитивных представлений о жизненных перспективах и смыслах (собственных, ребенка и семейных в целом).

Одним из проявлений подобной критической ситуации является чувство собственной уязвимости, как обратная сторона потери иллюзии безопасности

и базисной веры в то, что подобная ситуация может произойти с кем угодно, но только не со мной [128]. К ужасу родителей, которые естественно, знали о существовании детей с ОВЗ «где-то там...», как крайнее несоответствие с убежденностью в собственной неуязвимости, ЭТО произошло с ними.

«Дотравматическое» чувство неуязвимости является базисным, так как формируется еще в раннем детстве в процессе ухода и заботы со стороны значимых близких, а также доброжелательного социального окружения. В дальнейшем, оно преимущественно поддерживается (или в крайнем случае не разрушается) в ходе нормотипичной жизнедеятельности. В процессе этого формируются убеждения о себе, о мире и о своем месте в этом мире, основанные на личном опыте. Именно этими убеждениями, которые являются неоспоримыми и не противоречащими личному опыту, люди руководствуются в своей жизнедеятельности. В концепции R. Janoff-Bulman [128] эти убеждения называются базисными, поскольку именно они обеспечивают такие фундаментальные потребности личности, как защищенность, безопасность, неуязвимость.

Попытки применения «дотравматических» базисных убеждений к новой для родителей ситуации, как правило, оказываются неудачными, что еще больше усиливает чувство уязвимости. По сути, базисные убеждения являются некими «стандартами», которые служат для сравнения и принятия решения в процессе анализа поступающей информации, являясь элементами сложного понятийного механизма – когнитивной схемы, формирующей адекватную систему представлений - «жизненный мир».

К сожалению, некоторые базисные убеждения для родителей детей с ОВЗ невозможно или затруднительно помочь выработать, взамен разрушенных, поскольку помогающий специалист не ставит своей целью введение в заблуждение и создание иллюзорных представлений.

В этом и заключается одна из проблем помощи в «ситуации невозможности», предположительный выход из которой:

- направлять усилия на «возможное», то есть на те базисные убеждения, которые являются позитивными и конструктивными в данной ситуации и которые компенсируют «негативы»;

- снижать роль (влияние) негативных последствий разрушения дотравматических базисных убеждений и невозможности (трудности) выработки, взамен их, новых позитивных.

Таким образом, одна из главных задач помогающего специалиста – это способствовать перестройке когнитивной схемы и выработке адекватной и конструктивной в условиях критической жизненной ситуации [128].

Ниже представлен анализ базисных убеждений в концепции R. Janoff-Bulman и возможный механизм решения вышеуказанной задачи на основе результатов эмпирических исследований психологических факторов ПТР у родителей детей с ОВЗ, которые приведены выше в главе 3 данной работы. С этой позиции, работа с когнитивными схемами предстает как инструмент психологического вмешательства в процессе когнитивной психотерапии посттравматического стресса. В свою очередь, исследование психологических факторов ПТР у родителей детей с ОВЗ (уровень эмоционального благополучия родителей, их базисные убеждения, копинг-стратегии, взаимосвязь этих факторов и связь с ПТР, поддержка родителями субъектной позиции ребенка с ОВЗ) становится основой для выбора оптимальных способов помощи родителям в процессе выработки новых конструктивных когнитивных схем.

Всего R. Janoff-Bulman [128] в своей модели выделяет три группы базисных убеждений, которые имеют определенную иерархию (уровни), согласно которой каждый предшествующий уровень способствует формированию последующего уровня. Ниже, в описании этих групп, используется сквозная нумерация, указывающая на общее количество базисных убеждений в этой модели (всего восемь): 1) «Доброжелательность мира»; 2) «Доброжелательность людей»; 3) «Справедливость»; 4) «Управляемость»; 5) «Случайность»; 6) «Самооценка»; 7) «Самоконтроль»; 8)

«Удача». Название того или иного убеждения прямо указывает на то, во что индивид верит или, наоборот, не верит. Названия базисных убеждений приведены на языке оригинала и в переводе на русский язык, включая общепринятые англоязычные сокращения.

ПЕРВАЯ ГРУППА – ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ МИРА

Убеждения этого уровня определяют насколько позитивно/негативно люди воспринимают мир и отражает убеждения о том, какие события происходят чаще - позитивные или негативные.

Этот уровень включает два базисных убеждения:

1. Доброжелательность мира - неперсонализированного мира (Benevolence of the world - BW):

Оценивается доброжелательность абстрактного мира. Чем больше человек убежден в благосклонности мира, как такового, тем большее он верит в то, что несчастье - это исключение, а хорошие события - правило.

2. Доброта людей (Benevolence of people – BP):

Оценивается доброжелательность людей. Чем больше человек убежден в этом, тем больше он верит в то, что большинство окружающих хорошие, добрые, отзывчивые, а также, что на их помощь и понимание можно рассчитывать.

ВТОРАЯ ГРУППА – ОСМЫСЛЕННОСТЬ МИРА (уровень, подчинённый первому - базисному):

Определяет принцип распределения позитивных/негативных событий. Как только человек определится со степенью, в которой происходят позитивные/негативные события он задается вопросом: «С кем и почему происходят плохие или хорошие события?».

Этот уровень включает три базисных убеждения:

3. Справедливость (Justice – J):

Оценивается связь между характером, моралью, добродетельностью и позитивными /негативными событиями. Чем больше убежденность в том, что люди заслуживают то, что получают и что события распределяются по

принципу справедливости, тем больше вера в то, что с «хорошими», добродетельными людьми плохие события скорее всего не произойдут. При этом «добродетельность» своего характера является определяющей для оценки чувства неуязвимости. Следует учитывать, что, как правило, люди переоценивают моральную сторону неуязвимости. При этом собственное надлежащее поведение (осторожность, предупредительность, осмотрительность) является определяющим для оценки чувства неуязвимости.

4. Управляемость (Controllability – C):

Оценивается связь между поведением, степенью участия в предупредительных действиях и позитивными /негативными событиями. Чем больше убежденность в том, что возможен контроль своего мира через собственное поведение, тем больше вера в то, что правильное поведение позволит не допустить негативное событие.

5. Случайность (Randomness – R):

Отсутствует оценка окружающего, себя и мира. Считается, что нет никакого способа понять, почему и с кем происходят позитивные или негативные события. Чем больше убежденность в случайности, тем меньше вера в справедливость и управляемость и тем больше вера в то, что ничего нельзя сделать для предотвращения негативного события и что все - дело случая.

ТРЕТЬЯ ГРУППА (уровень, подчинённый второму) – ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СЕБЕ:

Определяет самооценку. Как только человек определится с принципом распределения, он ставит сам перед собой вопрос: «Насколько он соответствует конкретному принципу распределения?».

Этот уровень включает три базисных убеждения, каждое из которых соответствует конкретному принципу распределения.

6. Самооценка / собственная ценность (Self-worth – SW):

Соответствует принципу «справедливость». Оценивается свой характер, собственная мораль, добродетельность. Высокая самооценка минимизирует

уязвимость даже в недоброжелательном мире и при убежденности в несправедливом распределении. И, наоборот, при низкой самооценке люди будут ощущать себя уязвимыми даже в крайне доброжелательном и справедливом мире.

7. Самоконтроль (Self-controllability - SC):

Соответствует принципу «управляемость». Оценивается свое поведение, степень, в которой видят себя как людей, участвующих в предупредительных действиях, или наоборот - как небрежных, игнорирующих то, что может произойти. Предупредительные люди в контролируемом мире будут ощущать себя минимально уязвимыми.

8. Удача (Luck - L):

Соответствует принципу «случайность». Представляет собой не подверженное логическому осмыслению восприятие себя, как удачливого (удачливой). При высокой уверенности в случайности происходящего и невозможности что-либо сделать для управления событиями, убежденность в собственной удачливости повысит неуязвимость даже в недоброжелательном мире и, наоборот, сделает более уязвимым даже в доброжелательном мире индивида, считающего себя неудачником.

На каждом уровне формирования базисных убеждений люди сами ставят перед собой вопросы, ответы на которые («ДА» или «НЕТ») позволяют им принимать решения, прогнозировать свое будущее и определять свое место в социуме. Эти ответы, которые не подвергаются сомнению и кажутся справедливыми и объективными, могут в ряде случаев создавать иллюзию стабильности, безопасности и, самое главное, минимизировать чувство уязвимости.

Комбинации ответов формируют те или иные представления о жизненном мире в категориях «позитив» и «негатив» или, иными словами – формируют когнитивные схемы, которые в модели R. Janoff-Bulman [128], по сути, представлены, как набор устойчивых и неоспоримых данных (представлений) о тех или иных внешних воздействиях (раздражителях,

ситуациях). С этой точки зрения когнитивные схемы представляют механизм интерпретации входящей информации на основе сравнения с шаблонами (стандартами), взятыми из предшествующего опыта [128].

Схемы позволяют нам распознать соответствие, несоответствие или неуместность данных, сравнивая их со строго принятыми ожиданиями. Именно изменение в этих фундаментальных схемах, то есть в твердо закрепленной нашей понятийной системе, происходит в случае психотравмирующих жизненных событий.

В случае экстремальных травмирующих негативных событий люди сталкиваются с критически «аномальными данными», которые не могут быть объяснены ранее существовавшими убеждениями. И эти убеждения просто становятся непригодными – «не работающими», «сломанными инструментами», что может угрожать разрушением всей системы представлений о себе и мире, так как поставлена под угрозу стабильность, согласованность, логика и смыслы, а впереди неизвестность и неведомые угрозы. Возникает задача выживания, в которой пострадавшие должны: 1) переработать новые данные; 2) привести их в соответствие со старыми убеждениями или пересмотреть их; 3) попытаться сохранить возможный баланс между «новым» и «старым», чтобы исключить разрушение всей системы представлений, что поможет им воспринимать мир, как не совсем угрожающий. Конечным желаемым результатом тех когнитивных стратегий и процессов, которые используются пострадавшими, может быть, построение новых схем (новых жизненных миров), не просто адекватных посттравматической ситуации, но таких которые позволят им разрешать свои когнитивные кризисы и обеспечить оптимальное жизненное функционирование в новых условиях или даже возможность дальнейшего развития, то есть посттравматический личностный рост. Не всегда индивид способен в критической жизненной ситуации, особенно в «ситуации невозможности», самостоятельно выбрать необходимые в каждый конкретный момент копинг-стратегии. Поэтому выявление базисных

убеждений и сопровождение процесса их разрушения и трансформации представляет нам как непростая, но важная задача психологической помощи, способствующей психологическому преобразованию «невозможности» в «новые возможности».

Многочисленные исследователи и когнитивные психотерапевты подчеркивают иерархичность убеждений [42 ;128]. Прежде всего речь идет о различении поверхностных и базисных убеждений.

Поверхностные убеждения - это очевидные мнения (знания, мысли) о себе и о конкретных качествах окружения (например, «я хороший специалист», «я умею плавать», «дождь мокрый»). Эти убеждения легко осознаются индивидом и их изменение – это научение, оно не приводит к разрушению схем, оно их плавно меняет с течением жизни, сохраняя стабильность и обеспечивая приспособление к текущим изменениям (например, взросление, создание семьи, учеба).

Базисные убеждения - это имплицитные убеждения о себе, о мире и своей репрезентации в этом мире. Они не осознаются в обычной обстановке, но их действие является очень сильным и ярко проявляется в кризисной ситуации, причем они воспринимаются человеком, как пригодные или непригодные для ее принятия и преодоления. Именно они являются схемообразующими и подвергаются сомнению в результате психической травмы.

Но и сами базисные убеждения, являющиеся результатом когнитивной обработки информации на соответствующем уровне, образуют достаточно строгую иерархическую структуру, которая может модифицироваться множеством способов в результате изменения самих базисных убеждений. Руководствуясь моделью R. Janoff-Bulman [128], эту иерархическую структуру можно представить следующим образом (табл. 4). В этой схеме признак «ДА» соответствует условиям, когда индивид принимает соответствующее базисное убеждение, и признак «НЕТ» - когда он его отвергает.

Иерархическая структура (уровни) базисных убеждений

Группы (уровни) базисных убеждений	Базисные убеждения (ключевые вопросы, объекты оценки, ответы = убеждения)											
<p>1. Убеждения в доброжелательности мира – первый, основной (базисный) уровень базисных убеждений.</p> <p>На этом уровне люди определяются, в какой степени достигаются плохие или хорошие результаты.</p> <p>Убежденность в преобладании плохих или хороших результатов ставит вопрос о том, как эти результаты распределяются. Почему это произошло или может произойти со мной?</p>	<p>1. Благосклонность неперсонализированного мира. Мир добр? Скорее всего, все будет хорошо?</p> <p>2. Доброта людей. Люди доброжелательны и отзывчивы?</p> <p>Оценивается социум и ближайшее окружение.</p> <table border="1" data-bbox="647 577 1513 622"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">ДА</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>						ДА			НЕТ		
ДА			НЕТ									
<p>2. Убеждения в осмысленности мира (принципы распределения) – второй, подчиненный базисному уровень базисных убеждений.</p> <p>На этом уровне люди определяются со смысловой нагрузкой события (почему, по какому принципу?).</p> <p>После избирания приоритетных для себя принципов распределения, возникает вопрос о своем соответствии этим принципам.</p>	<p>3. Справедливость. Каждый получает то, что заслуживает?</p> <p>Оцениваются нравственные аспекты бытия, т.е. в связи с <u>характером</u>, порядочностью т.п.</p> <table border="1" data-bbox="647 1335 935 1379"> <tr> <td style="text-align: center;">ДА</td> <td style="text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>		ДА	НЕТ	<p>4. Управляемость. Надлежащее поведение определяет, что будет со мной?</p> <p>Оцениваются аспекты контроля мира через собственное <u>поведение</u>, осторожность, предусмотрительность.</p> <table border="1" data-bbox="935 1335 1238 1379"> <tr> <td style="text-align: center;">ДА</td> <td style="text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>		ДА	НЕТ	<p>5. Случайность. Все происходит случайно? Нет способа понять причины?</p> <p>Оценка чего-либо отсутствует. Восприятие хаоса.</p> <table border="1" data-bbox="1238 1335 1513 1379"> <tr> <td style="text-align: center;">ДА</td> <td style="text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>		ДА	НЕТ
ДА	НЕТ											
ДА	НЕТ											
ДА	НЕТ											
<p>3. Убеждения, касающиеся себя - третий – подчиненный второму уровню базисных убеждений.</p> <p>Каждое из убеждений этого уровня формирует самооценку применительно к определенному принципу распределения.</p>	<p>6. Собственная значимость. Я заслуживаю хороших или плохих результатов?</p> <p>Самооценка <u>характера</u> (порядочности).</p> <table border="1" data-bbox="647 1783 935 1850"> <tr> <td style="text-align: center;">ДА</td> <td style="text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>		ДА	НЕТ	<p>7. Контроль. Я сделал достаточно, чтобы это не произошло?</p> <p>Самооценка <u>поведения</u> (действий).</p> <table border="1" data-bbox="935 1783 1238 1850"> <tr> <td style="text-align: center;">ДА</td> <td style="text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>		ДА	НЕТ	<p>8. Удача. Мне обычно везет и со мной это не произойдет?</p> <p>Самооценка на удачливость.</p> <table border="1" data-bbox="1238 1783 1513 1850"> <tr> <td style="text-align: center;">ДА</td> <td style="text-align: center;">НЕТ</td> </tr> </table>		ДА	НЕТ
ДА	НЕТ											
ДА	НЕТ											
ДА	НЕТ											
<p>Чувство уязвимости или неуязвимости – проявляется в разной степени, в зависимости от комбинаций (т.е. когнитивных схем) базисных убеждений с признаком «ДА» или «НЕТ»</p>												

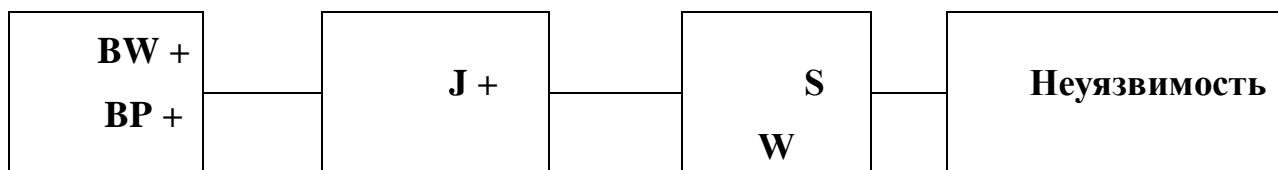
Как видно из табл. 4, фундаментальное чувство уязвимости или неуязвимости [128] может проявляться в разной степени, в зависимости от комбинаций (т.е. когнитивных схем) базисных убеждений с признаком «ДА» или «НЕТ», указывая на перспективы развития ПТР или ПТСР, или – одновременно и ПТР, и ПТСР.

Когнитивные схемы как мишени психологической помощи в критической жизненной ситуации.

Травмирующее событие, как правило, вызывает чувство уязвимости [128], которое в зависимости от схем (комбинаций базисных убеждений), то есть от способа обработки информации о травмирующем опыте, проявляется в каждом случае по-разному и с разной разрушительной силой, требуя строго индивидуального подхода и тонкого анализа когнитивных схем.

Примеры таких схем приведены ниже как для условно нормотипичного состояния, так и для критической жизненной ситуации. Принципы построения схем основаны на модели R. Janoff-Bulman и на тех ответах, которые предположительно выберет для себя индивид как отклик на последствия травмирующего события. Буквенные сокращения в схемах представляют собой общепринятые сокращенные названия базисных убеждений, исходя из их названий на английском языке: «Благосклонность мира» – **BW**; «Доброта людей» – **BP**; «Справедливость мира» – **J**; «Контролируемость мира» – **C**; «Случайность, как принцип распределения событий» – **R**; «Ценность собственного Я» – **SW**; «Степень самоконтроля» – **SC**; «Степень удачи и везения» – **L**. Знаки «+» и «-» означают позитивную или негативную убежденность (позитивный или негативный ответ на свой же вопрос о мире и себе).

Нормотипичная жизненная ситуация

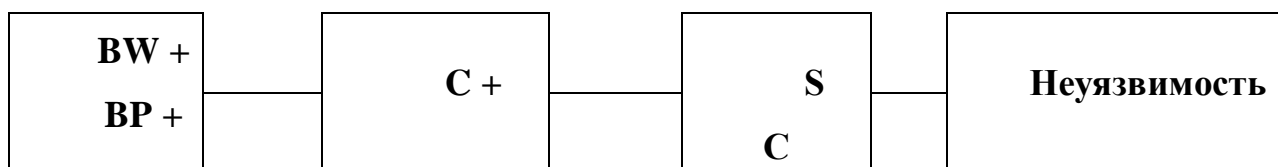


1) «**BW+**» - в мире, как правило, происходят хорошие события; «**BP+**» - люди добры и на их помощь можно рассчитывать;

2) «**J+**» - Мир справедлив, хорошие результаты чаще достаются достойным, тем, кто добродетелен, честен, высокоморален;

3) «**SW+**» - Я этого достоин (контроль характера, моральных и духовных сторон).

Нормотипичная жизненная ситуация

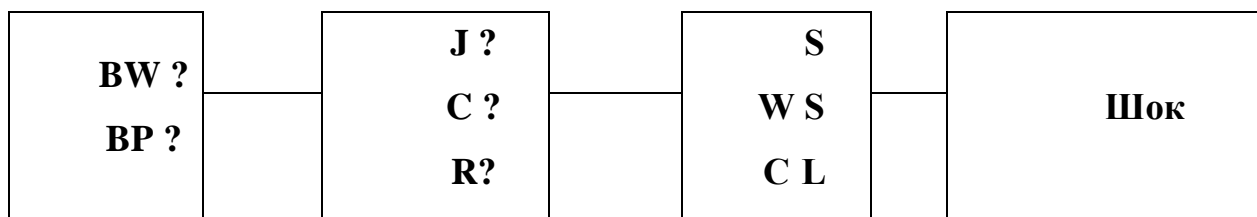


1) «**BW+**» - в мире, как правило, происходят хорошие события; «**BP+**» - люди добры и на их помощь можно рассчитывать;

2) «**C+**» - Мир управляем, хорошие результаты чаще достаются, тем, кто все для этого сделал;

3) «**SC+**» - Я все для этого делаю (контроль поведения, предупредительности).

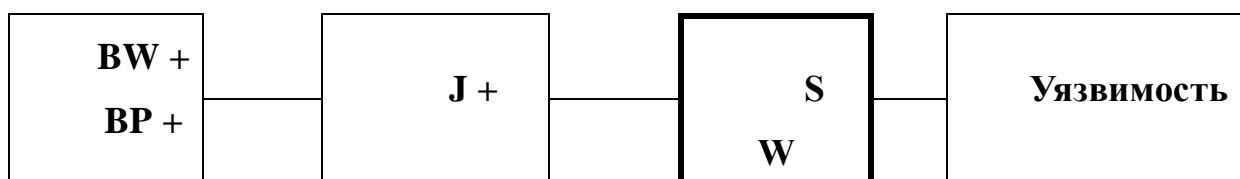
Таким образом, в условно нормотипичной ситуации уже присутствуют базисные убеждения, которые позволяют человеку успешно взаимодействовать с окружающим миром, людьми и собой. В данной ситуации психологическое вмешательство не требуется.

Травмирующее событие. Стадия шока, эмоционального застывания.

На этом этапе «старые» базисные убеждения уже неприменимы, а новые пока не выработаны индивидом. Вследствие чего возникает непонимание, как жить дальше, как воспринимать себя и какие отношения выстраивать с окружающими. В первое время может возникнуть шоковое состояние. Например, родители детей с ОВЗ говорят о полной растерянности какой-то период времени после постановки диагноза. Многие родители не сразу начинают реабилитационный \ абилитационный процесс с ребенком. Дополнительные вопросы в анкете с демографическими данными позволили прояснить, что, как правило, разница между этапом постановки диагноза и началом реабилитационных мероприятий, направленных на развитие ребенка, не менее одного года.

Таким образом, для смягчения острой фазы переживаний родителям детей с ОВЗ необходима психологическая помощь, которая будет, прежде всего, поддерживающей, в том числе в плане преподнесения необходимой информации о том, что можно делать в этой ситуации. Исходя из иерархии базисных убеждений, им необходимо помочь осознать, что мир и люди вокруг, в большинстве своем, не настроены против них и готовы помогать. При этом важны: информационная поддержка; поддержка психолога; группы общения и встречи с такими же родителями (которые могут поделиться опытом, на который можно опереться) и определить для себя, хотя бы примерно, первые шаги в «новом» жизненном мире.

Посттравматическая ситуация. Разрушение и восстановление схем (жизненного мира).



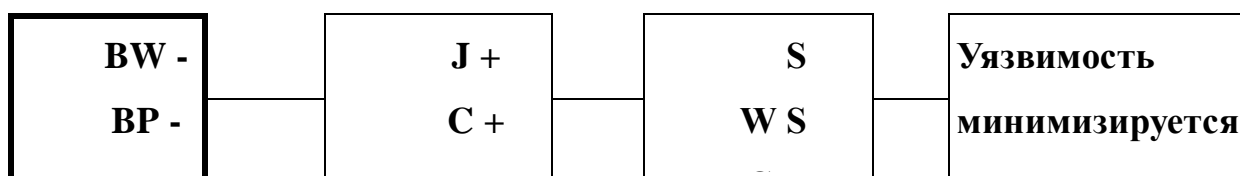
1) «**BW+**» - в мире, как правило, происходят хорошие события; «**BP+**» - люди добры и на их помощь можно рассчитывать;

2) «**J+**» - Мир справедлив, хорошие результаты чаще достаются достойным, тем, кто добродетелен, честен, высокоморален;

3) «**SW-**» - Но я этого не достоин (контроль характера, моральных и духовных сторон).

Когда родители детей с ОВЗ уже получили подтверждение, что далеко не весь мир и не все люди враждебно настроены по отношению к ним, то может появиться ощущение справедливости окружающего мира. Это означает, что раз со мной произошло «это» (болезнь ребенка), то значит «я заслужил/а» и появляется чувство вины. Многие родители начинают искать причину: чаще обвиняют себя, реже – окружающих. В данном случае требуется помощь, направленная на смещение фокуса внимания с самообвинения на поиск новых возможностей и осознание собственной ценности.

Посттравматическая ситуация. Разрушение и восстановление схем (жизненного мира).



1) «BW-» - в мире, как правило, происходят плохие события; «BP-» - люди далеко не всегда добры и на их помощь далеко не всегда можно рассчитывать;

2) Но, тем не менее, «J+» - Мир справедлив, хорошие результаты чаще достаются достойным, тем, кто добродетелен, честен, высокоморален, или «C+» - Мир управляем, хорошие результаты чаще достаются, тем, кто все для этого сделал;

3) «SW+» - Но я этого достоин (контроль характера, моральных и духовных сторон). Или – «SC+» - Но я все для этого делаю (контроль поведения, предупредительности).

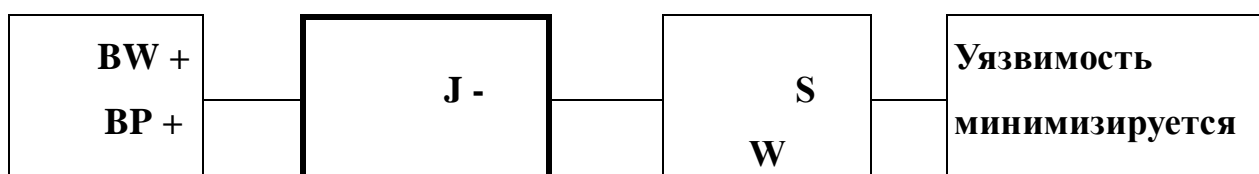
Данная вариация базисных убеждений достаточно часто встречается у родителей детей с ОВЗ, когда они воспринимают окружающий мир и людей враждебными. Однако, вопреки всему и несмотря ни на что, упорно занимаются коррекцией особенностей развития ребенка и налаживанием своей жизни. Такие родители убеждены, что смогут многого добиться собственным трудом и упорством, они ценят себя, своего ребенка, верят в свои силы и на первых этапах добиваются хороших успехов. Однако, исходя из полученных нами данных, восприятие мира как враждебного характерно для родителей с более высокими показателями депрессивной симптоматики, что может приводить в итоге к эмоциональному выгоранию и психосоматическим заболеваниям. В практике достаточно часто встречаются примеры родителей, которые в начале реабилитационного пути ребенка очень активны, получают новое образование коррекционного психолога или дефектолога (о таких говорят «отдает всю/всего себя»), однако они преимущественно делают все самостоятельно и не склонны принимать поддержку от окружающих.

Мишенью психологической помощи (на уровне «BW-», «BP-» на «BW+», «BP+») в такой ситуации является профилактика эмоционального выгорания, которая заключается, прежде всего, в принятии родителем идеи помощи того, что не нужно взваливать весь процесс на себя, а всегда можно обратиться за помощью к окружающим. Например, мама одного ребенка в

школе все время сидела рядом с ним, несмотря на то, что в классе был тьютор и понимающий учитель, а сама мама имела возможность находиться за дверью и при первой же необходимости зайти в класс. Кроме того, эта мама брала на себя очень много внеклассной работы (распечатывала плакаты, занималась праздниками для детей, покупала подарки и т.д.). Казалось бы, она открыта для любых начинаний специалистов, но при этом все время сама участвует в процессе и подменяет других людей. В итоге, ребенок не научился воспринимать других взрослых, у него не сформировалась субъектная позиция (только мама должна была подтверждать каждое его действие). Когда мама почувствовала, что устает и у нее начались боли в спине, она попыталась переключить ребенка на других, но это оказалось уже намного сложнее. В конце концов, они ушли из школы, а мама снизила свои притязания (копинг-стратегия жесткого планирования решения проблемы стала не актуальной). Выходом из ситуации оказалась полная смена обстановки, в которой ребенок и мама смогли сформировать новые когнитивные схемы. Переехав в загородный дом, мама с помощью психолога приняла решение, что реабилитационные занятия с ребенком и его потребности должны реализовываться в его темпе и по его запросам (то есть, мама стала больше поддерживать субъектную позицию ребенка). В результате улучшилось психологическое и физическое состояние мамы, она смогла открыть для себя новые возможности, а ребенок стал спокойней. Мишенью психологической помощи в данной ситуации должна была бы стать на более ранних этапах чрезмерная активность мамы, которая мешала проявиться активности ребенка, его субъектной позиции.

Схема 6

Посттравматическая ситуация. Разрушение и восстановление схем (жизненного мира).



1) «**BW+**» - в мире, как правило, происходят хорошие события; «**BP+**» - люди добры и на их помощь можно рассчитывать;

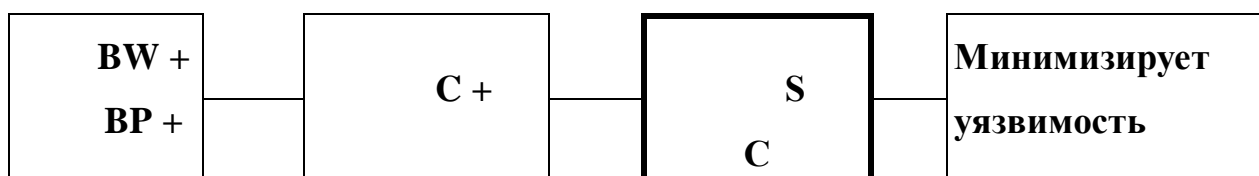
2) «**J-**» - Но мир несправедлив, хорошие результаты не всегда достаются достойным, тем, кто добродетелен, честен, высокоморален;

3) «**SW+**» - Но, несмотря ни на что, я достоин хороших результатов (контроль характера, моральных и духовных сторон).

Схема 6 является положительным антиподом Схемы 4, когда родитель понимает, что он не виноват в произошедшем (ограниченные возможности здоровья ребенка), однако, при этом не теряет веру в себя. Психологическая помощь может быть направлена на повышение веры родителя ребенка с ОВЗ в то, что путем упорных действий можно добиться определенных результатов в процессе абилитации/реабилитации ребенка (**J +**).

Схема 7

Посттравматическая ситуация. Разрушение и восстановление схем (жизненного мира).



1) «**BW**» - в мире, как правило, происходят хорошие события; **BP** - люди добры и на их помощь можно рассчитывать;

2) «**C+**» - Мир управляем, хорошие результаты чаще достаются, тем, кто все для этого сделал;

3) «**SC-**» - Но я недостаточно для этого делаю (контроль поведения, предупредительности).

Мишенью психологической поддержки здесь может быть помощь специалиста в осознании родителем реального вклада в процесс реабилитации ребенка с ОВЗ, который зависит от него. Некоторым родителям все время кажется, что они делают недостаточно и считают, что мир управляем. Это является проявлением копинг-стратегии направленной на планирование

решения проблемы. Исходя из полученных в данной работе эмпирических данных в параграфе 3.4, данная стратегия совладания со стрессом снижает уровень депрессивной симптоматики ситуативно, однако, не способствует ПТР.

Приведенный здесь набор схем не является исчерпывающим и может быть дополнен по мере необходимости, однако, даже в таком ограниченном виде, он указывает на возможность выявления как деструктивных базисных убеждений, так и тех базисных убеждений, которые даже в «ситуации невозможности» позволят восстановить базисное чувство собственной ценности и/или способствовать ПТР.

Исходя из этого, мы рассматриваем когнитивный подход как одно из перспективных направлений психологической помощи в критической жизненной ситуации, позволяющий преобразовать «ситуацию невозможности» в ситуацию новых возможностей.

Ключевые принципы содействия ПТР родителей детей с ОВЗ со стороны помогающих специалистов.

Ниже пойдет речь об общеметодологических ключевых принципах, направленных на расширение спектра подходов помогающих специалистов при работе с психологической травмой. Особенно это актуально для оказания психологической помощи и поддержки родителям, которые воспитывают детей с ОВЗ. В терминологии данных исследований родители детей с ОВЗ находятся в критической жизненной ситуации, характеризуемой как «ситуация невозможности». Такая критическая ситуация не может быть эффективно разрешена традиционными клиническими и психологическими методами ввиду неустранимости основного травмирующего фактора – необратимого диагноза, поставленного ребенку.

Руководствуясь данными зарубежных специалистов [131, 169] и проведенного нами эмпирического исследования, а также опытом применения этих данных в работе с детьми в инклюзивных учреждениях, можно сформулировать ряд принципов содействия ПТР у родителей детей с ОВЗ при

оказании им психологической помощи. Эти принципы, направленные на ПТР, могут успешно сочетаться с другими практиками и методами оказания психологической помощи данному контингенту [131, 169].

Общие принципы содействия ПТР:

1. Нельзя прописывать ПТР как рецепт.

Нельзя ставить пострадавшему задачу достичь ПТР, так как в острый период сама мысль о каких-то «преимуществах» является крайне аморальной для пострадавшего. Но, как на этом (остром) этапе, так и в последующие периоды, помогающий специалист должен постоянно помнить о терапевтических перспективах ПТР. То есть ПТР должен осознаваться не как цель, а как возможность. И осознаваться таковым, прежде всего, не пострадавшим, а помогающим специалистом.

2. Первоочередная задача помогающего специалиста – это борьба с дистрессом в острый период и последующее когнитивное вовлечение.

Посттравматический рост основан на личном опыте переживания травмирующей ситуации и на личном дотравматическом опыте. В состоянии дистресса когнитивная обработка затруднена. Руминации носят деструктивный характер. Любое обращение к собственному опыту – это возврат к болезненным воспоминаниям. До того момента, когда пострадавший вновь обретает способность когнитивной обработки, ПТР невозможен, но высока вероятность ретравматизации. При том, как в острый, так и в последующие периоды важно учитывать, что в собственном травматическом опыте всегда могут оставаться психически непреодолимые (критически болезненные) воспоминания, неосторожное обращение к которым может негативно сказаться и на текущем состоянии пострадавшего и на перспективах ПТР.

3. Каждый должен сам пережить критическую ситуацию. Никто за него этого сделать не сможет.

Этот основополагающий принцип ПТР вывел еще в 1984 году Ф.Е. Василюк в своей работе «Психология переживания» [10]. Ряд зарубежных

ученых [131, 169], в том числе Tedeschi R.G. и Calhoun L.G., [169], независимо от Ф.Е. Василюка, сформулировали этот принцип и внедрили его в практику, определив роль помогающего специалиста как «ЭКСПЕРТА-КОМПАНИОНА», то есть не как «строителя» ПТР, а как «посредника» между пострадавшим и его же опытом, помогающего безопасной когнитивной обработке.

4. Борьба не с травмой, а борьба за «новый» смысл.

Разговор о пользе травмы, о снижении значимости травмы и прямые указания на позитивные изменения являются контрпродуктивными, так как разрушительные последствия травмирующего события настолько значительны, что даже сама мысль о посттравматическом росте в большинстве случаев является недопустимой и аморальной.

Помогающий специалист не должен сосредотачиваться на самой травме (хотя ему придется регулярно возвращать к ней пострадавшего в процессе развития и закрепления «ростков» ПТР). Он должен сосредоточиться на конструктивном «сосуществовании» пострадавшего с травмирующими обстоятельствами и на формировании новых смыслов и новых возможностей, взамен утраченных.

Принципы помогающей активности «Эксперта-Компаниона».

1. Высокий уровень эмпатии.

В процессе работы с пострадавшим, Эксперт-Компанион должен:

- приложить все усилия для того, чтобы понять, о чем и как думает, что чувствует пострадавший;
- заметить момент, когда пострадавший сможет ощутить хоть какие-то новые возможности в данной ситуации, что может стать фактором ПТР;
- обладать способностью воспринять и отразить в сознании пострадавшего эти «ростки» ПТР.

2. Понимание тонкости помогающей активности и ее своевременности.

- Эксперт-Компанион, в своих обращениях к пострадавшему и в отражении его чувств, должен избегать банальностей (высокая

чувствительность пострадавшего ко всему, что связано с травмой, приводит к утрате доверия к помогающему специалисту и снижает вероятность ПТР);

- несвоевременное отражение осознанных пострадавшим факторов ПТР может быть либо контрпродуктивным (если это произошло в острый период), либо неэффективным (если отражение одного из факторов ПТР происходит в период осознания пострадавшим иных, более для него когнитивно-значимых факторов);

- своевременность и форма когнитивного отражения должна быть такой, чтобы восприятие элементов роста пострадавшим было для него когнитивно-значимым.

3. Высокая степень ответственности и квалификации.

Эксперт-Компаньон несет ответственность за принятые решения по эмпатическому отражению и возврату пострадавшего к травмирующим воспоминаниям.

Эксперт-Компаньон должен обладать достаточно высокой квалификацией, для того чтобы знать и узнавать факторы ПТР и понимать возможные негативные последствия некорректного или несвоевременного обращения пострадавшего к его воспоминаниям, к его опыту и к перспективам ПТР (то есть к возможному осознанию «позитивов» как чего-то аморального).

4. Умение слушать.

Отношение пострадавшего к той критической жизненной ситуации, в которой он пребывает, проявляется для Эксперта-Компаньона, прежде всего через повествования, то есть через рассказы пострадавшего о своем травматическом опыте. Поэтому, только умение внимательно и уважительно слушать позволит Эксперту-Компаньону:

- уловить момент перехода от деструктивных руминаций пострадавшего к конструктивным, то есть к моменту перехода из острой фазы в период, когда становится возможной когнитивная обработка травматического и посттравматического опыта;

- уловить при повторном пересказе (пересказ пересказа) те отличия, которые указывают на то новое, что говорит о тех или иных «ростках» ПТР;

- конструктивно участвовать в пересказе, помогая формировать новые когнитивные схемы пострадавшего, применимые в конкретной критической ситуации.

5. Высокая степень уважения, терпимости и бережного отношения.

Приукрашивание (или наоборот), иллюзии, очевидная наивность, недостаток жизненного опыта, знаний нередко присутствуют в повествованиях пострадавшего и как защитная реакция, и как проявление собственных способностей пострадавшего к адекватной когнитивной обработке и к построению новых когнитивных схем. Во всех этих случаях Эксперт-Компаньон должен уважительно и терпимо относиться к высказанному и, при необходимости, принять участие в пересказе «пересказанного» с целью коррекции когнитивной обработки в нужном направлении.

Следует помнить, что прямое обращение внимание пострадавшего на иллюзии и неконструктивные моменты в его повествовании могут нанести прямой вред.

Высокая чувствительность пострадавшего как к травмирующим обстоятельствам, так и к собственным недостаткам предполагают отказ Эксперта-Компаньона от прямых высказываний, заменив их на метафоры (на косвенные высказывания и на косвенный опыт, не имеющие прямого отношения к травме, а иногда и к самому пострадавшему).

6. Использование коллективного опыта.

Обращение к собственному опыту нередко становится более эффективным, если собственные представления о пережитом и дальнейших перспективах подтверждаются опытом других людей, переживших подобную психологическую травму. Поэтому в перечень помогающих активностей целесообразно включить групповую клиент-ориентированную терапию. В

этом случае Эксперт-Компаньон (не забывая о всех вышеуказанных принципах) становится посредником также и между участниками группы.

Сформулированные выше ключевые принципы содействия посттравматическому росту, приведенные в настоящем разделе, позволяют уже сегодня использовать подход, ориентированный на ПТР родителей детей с ОВЗ. И, тем не менее, остается актуальной разработка специализированной методики психологической помощи родителям с ОВЗ, направленной на построение новых когнитивных схем и, в результате, на ПТР и эмоциональное благополучие родителей и их детей с ОВЗ.

Пример построения когнитивной схемы на основе анализа беседы-интервью психолога и родителя ребенка с ОВЗ

Уже после проведенного исследования, одна из заполнивших опросники матерей (А.М.) согласилась ответить на вопросы полуструктурированного интервью. По данным опросников у А.М. низкий уровень ПТР. Интервью проводилось дистанционно ввиду режима самоизоляции и сложностей, вызванных пандемией коронавируса. Длительность беседы 82 минуты. Данные в интервью изменены с целью сохранения анонимности и конфиденциальности информации, однако, соблюден баланс искажения информации для того, чтобы сохранить максимальную ценность интервью для данной работы. Ниже приведена биография, которая является собирательным образом матери ребенка с ОВЗ и, в соответствии с этическими нормами, не позволяет узнать интервьюируемого.

У А.М. (42 года) сын с РАС, которому недавно исполнилось 14 лет. Живут они вдвоем, семья неполная. Мальчик с преимущественно сохранным интеллектом, вербальный, но существуют поведенческие проблемы, связанные с ритуалами и «застреванием» на определенных темах, а также повышенным уровнем тревожности, возникающем в случае каких-либо изменений, также выражена общая личностная незрелость.

А.М. родилась в полной семье, у нее есть сестра, которая старше на 2 года. Школу закончила с отличием. Параллельно училась в художественной школе и затем поступила в высшее учебное заведение, где познакомилась с будущим мужем. Они достаточно быстро оформили свои отношения, однако детей не хотели, так как на первом месте была карьера, и кроме того они очень любили путешествовать. Беременность была случайной и неожиданной. Однако, в итоге все были рады этому событию. Проблем с беременностью не было, ребенок родился вовремя. Развитие в первый год было по возрасту, речь появилась в 2 года. В начале никто не замечал особенностей развития и поведения ребенка, однако позже бабушка и дедушка начали делать замечания, что родители не так воспитывают своего ребенка. Так как ребенок был первым, А.М. в начале не замечала, что ребенок ведет себя необычно и не понимала претензий родителей. А.М. с мужем выполняли все указания педиатров, читали книги по воспитанию детей и старались, как могли. Однако, потом и сами начали замечать, что что-то не так. Муж начал раздражаться по этому поводу, обвинял жену в том, что она родила «неправильного» ребенка, понемногу начал отдаляться. Опрашиваемая очень гордая и потому решительно не давала себя и ребенка в обиду. До последнего момента (пока врачи не поставили диагноз) она была уверена, что с ребенком все нормально и это временные трудности. Еще до того, как ребенку поставили диагноз РАС, А.М. подала на развод и теперь предпочитает вообще не говорить о своем бывшем муже, контакт с ребенком он не поддерживает. Когда вся остальная семья узнала о диагнозе, то в начале испугались, а затем начали активно предлагать помощь. Однако, мать ребенка предпочитала всем заниматься сама, считала, что никто лучше, чем она не сможет помочь ее ребенку. Постепенно бабушка и дедушка стали уделять больше внимания ребенку своей старшей дочери, так как он менее проблемный, но и младшую дочь с внуком старались поддерживать, помогли с покупкой квартиры после развода и всегда ждали их у себя в гостях. Мать ребенка очень долго отрицала диагноз и пыталась всячески найти доказательства, что врачи ошиблись. Однако факты

противоречили ее желаниям. Опрашиваемая отложила все свои дела, увлечения, бросила работу, прервала успешную карьеру и сконцентрировалась на компенсации проблем своего ребенка. Эмоционально это было для нее очень сложно и хотелось получить поддержку. Но одновременно с этим, появилось чувство стыда за поведение своего ребенка и желание его защитить от осуждения других. Очень резко сузился круг знакомых. Со многими А.М. просто перестала общаться, прекратила какие-либо встречи, и друзья тоже стали постепенно отдаляться. В итоге сформировался самый близкий круг значимых людей, которые знали о диагнозе ребенка. Остальные даже не предполагают об этом ничего, а если начинают смотреть странно или делать замечания, то мать ребенка прекращает с ними всяческое взаимодействие. Ребенок учится в инклюзивной школе по общеобразовательной программе, хорошо развиты творческие способности, но А.М. практически не водит ребенка в школу (для этого все время есть какие-то причины). В то же время, ребенок занимается спортом, и А.М. старается не пропускать занятия. На предложение провести с ней интервью отнеслась в начале с тревогой, попросила выслать вопросы заранее. Но потом сама предложила время встречи и с энтузиазмом отнеслась к этому процессу.

В начале беседы мать ребенка была напряжена, но потом постепенно расслабилась, смеялась и говорила более свободно. Интервью приведено в Приложении 2 частично (опущены какие-то истории и примеры, которые дублировали то, что было уже сказано, а также некоторые комментарии психолога, которые имели слишком личный характер для А.М.).

Беседа имела также терапевтическую направленность в виде психологической поддержки, акценте на ресурсах и помощи в понимании видения дальнейшей траектории ближайшего будущего. Так как беседа с матерью не предполагала системную работу (по ее инициативе), то психолог максимально бережно старался отнестись к процессу интервью. Ответы на вопросы по поводу того этапа, когда поставили диагноз ребенку, с чего все начиналось, как это повлияло на вашу жизнь и так далее, погружает родителей

снова в тяжелые переживания. Потому проведение подобных интервью ассоциируется с хождением по тонкому льду, поскольку может очень легко ретравматизировать. Именно поэтому требуется особый профессионализм, чуткость и обязательный акцент на ресурсах, имеющихся у родителя. Подобные интервью уже проводились ранее, и часто, даже родителям с высоким ПТР и, казалось бы, давно принявшим диагноз ребенка и справившимся со своими переживаниями, требовалась последующая дополнительная беседа с психологом для того, чтобы прийти в психологическое равновесие (в случаях, когда не предполагалась системная работа, а проводилось интервью исключительно в исследовательских целях).

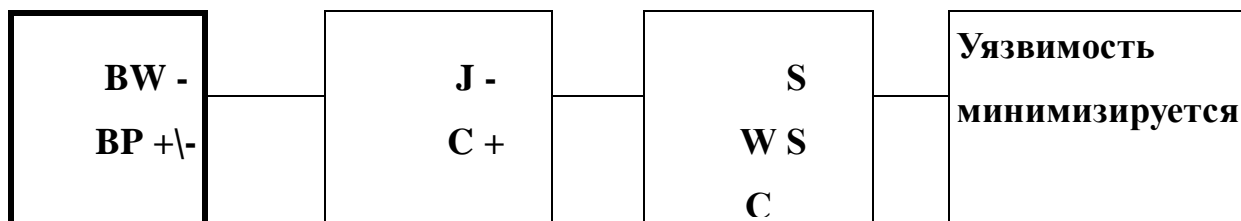
Опрашиваемая с большим трудом говорила о своих переживаниях. Когда вопросы касались ее, то ответы были максимально краткими. Судя по интонации и тону разговора, разговор на эту тему вызывал у нее грустные и неприятные эмоции. Однако, у матери автоматически включалась копинг-стратегия, направленная на избегание неприятных тем, и она переходила на разговор о ребенке, о его успехах. Можно предположить, что родители детей с ОВЗ, у которых низкий ПТР, более детоцентрированы и испытывают сложности контакта с собственным внутренним миром. Однако, разговоры об успехах ребенка являются ресурсными для родителя. Именно поэтому, психолог даже поддерживал подобные отхождения от темы с целью профилактики ретравматизации.

Исходя из концепции R. Janoff-Bulman, которая была проанализирована выше, можно составить примерную когнитивную схему, состоящую из комбинации базисных убеждений данной матери. И эта схема практически аналогична Схеме 5, когда родитель воспринимает окружающий мир и людей (преимущественно, но не всех, так как есть близкий круг тех, кому можно доверять) как враждебно настроенных, при этом имеет высокие моральные устои, стремится изменить окружающую действительность, а себя воспринимает как человека, который многое для этого делает и достоин хорошей жизни. Отличие только в том, что опрашиваемая воспринимает

окружающий мир, как несправедливый. В ее ответах прослеживается обида на несбывшиеся надежды и особенно по отношению к религии.

Схема 8

Предположительная схема жизненного мира



Данную схему можно проиллюстрировать некоторыми примерами из интервью:

1) «**BW**-» - в мире, как правило, происходят плохие события:

- (6) Никакого результата госпитализация не дала... кроме того, что очень сильно ухудшила наше состояние.

- Сюда же входят представления по поводу будущего: (60) Очень страшно себе представить, что будет дальше. (61) На сегодняшний день вообще не знаешь, что будет дальше. (66) И вообще очень страшно, так как не знаю после школы, что делать и куда идти. (67) Если раньше были иллюзии, что будет высшее образование, то теперь понятно, что этого не будет. (68) И я, если честно, не рассчитываю на то, что он сможет где-то работать.

(240) Если раньше ждал будущего и надеялся, что будет лучше, а теперь сложно ожидать чего-то хорошего. (241) Так как и мир меняется, к сожалению. (242) Понимаешь, что твой ребенок нужен только тебе и больше никому.

- Восприятие ситуации с коронавирусом: (262) Вся ситуация складывается так, чтобы выбросить их (*людей с PAC*) на обочину.

«**BP+**»: (20) Мы мало с кем встречаемся. (22) Тем не менее, те, кто видят, то каждый раз... мы опять же очень редко с кем-то встречаемся, живем мы камерно. (23) Но когда его кто-то видит, то говорят, что большая разница между тем, каким он был и каким стал. (24) Постоянно какой-то прогресс в положительную сторону все видят.

«ВР-» - люди далеко не всегда добры и на их помощь далеко не всегда можно рассчитывать:

- (13) У меня очень сузился круг знакомств. (14) По сегодняшний день очень мало посвященных, которые знают, что у О. есть какие-то проблемы... это очень близкие люди. (15) Потому что я никогда не озвучиваю его диагноз, так как если он странный, то пускай так и кажется людям.

Вне интервью мать ребенка сообщила, что почти ни с кем не общается близко, так как переживает по поводу негативного отношения к себе и ребенку.

- Недоверие к специалистам:

(170) Мало специалистов, которые хорошо помогали, но они встречаются. (171) Спецов, которые могут помочь прям очень мало.

(72) Вроде бы я очень стараюсь его вытянуть, но я понимаю, что при получении инвалидности все эти плюсы могут оказаться минусами. (73) Потому что они будут считать, что он достаточно социализирован и сможет сам себя обеспечивать. (74) Но это не так, он этого не сможет сделать.

- Прослеживается недоверие и к родительским сообществам: (180) Мне как-то... не знаю... (181) Мне конечно советы других родителей помогали. (182) Но я не знаю почему, но у меня на это очень мало времени. (183) Только если мне кто-то конкретно подскажет или расскажет, а найти что-то в чатах, спросить у кого-то у меня не бывает времени.

(292) Родители обычно дружат «диагнозами», вместе с нами ходят преимущественно дети с ДЦП. (293) Потому отношение родителей, что наши дети дураки, а с их детьми все нормально. (294) Там дети несчастны, т.к. у них ДЦП, а про нас думают, что дети дураки от дури!

Однако, одновременно с этим отмечает: (185) Действительно, советы других родителей больше всего помогают, потому что специалисты редко могут направить в нужном направлении.

2) «J-» - Мир несправедлив:

- Сожаление по поводу того, что раньше помощь детям с ментальной инвалидность оказывали не так профессионально: (187) Но вообще, конечно было плохо. (188) Но сейчас ситуация намного лучше. (189) Деток маленьких, кому ставят диагноз, направляют более точно и они лучше компенсируются. (190) Видела девочку в санатории, которая очень хорошо была скомпенсирована и у родителей спросила, куда они обращались... я таких вещей даже не знала! (191) Мы все как слепые котятка: где-то шишки набивают, где-то хороший эффект получают.

- Разочарование в собственных ожиданиях: (57) Тогда было больше надежд, конечно, что это можно все преодолеть с годами. (58) Но сейчас понимаешь, что такой динамики сумасшедшей, на которую я рассчитывала, никогда не будет. (59) И, конечно, маленькие детки – это маленькие проблемы, большие детки – это еще большие проблемы.

- Полное отвержение религии, как не оказавшей ожидаемую поддержку: (193) У меня, наоборот, произошел прям такой слом. (194) То есть до того, как у меня появился ребенок не могу сказать, чтоб я была воцерковленной, но я была достаточно верующим человеком. (195) Когда появились первые проблемы у О., то я тоже пыталась с помощью религии найти какую-то поддержку. (196) А потом прям совсем все сошло на нет. (197) У меня блок появился и я теперь не знаю... теперь это только ритуал: покрасить яйца, нарядить елку и все. (198) И как-то даже я теперь храмы именно с эстетической и с культурной точки зрения рассматриваю.

«С+» - Мир управляем, хорошие результаты чаще достаются, тем, кто все для этого сделал:

(31) Может быть я не объективна конечно, но мне кажется, что мое неприятие О. все же идет на пользу, потому что я не опускаю руки, стараюсь его тянуть к норме.

3) «SW+» - Но я этого достоин (контроль характера, моральных и духовных сторон): (301) Но ничего, Прорвемся!

Как таковых, цитат, подтверждающих это убеждение, в интервью практически нет, однако, в тоне матери и в ее позиции прослеживается убежденность в том, что они с ребенком достойны хорошей жизни.

«SC+» - Но я все для этого делаю (контроль поведения, предупредительности):

(40) Мне говорят, что можно найти няню, но ни одна няня не будет так заниматься с ребенком, как я с ним занимаюсь – это никому не нужно, ни за какие деньги. (41) Это каждодневный конечно такой тяжелый труд. (42) Поэтому я не могу ни на кого переложить, потому что никто не справится лучше, чем я.

Таким образом, исходя из имеющейся схемы, сразу можно увидеть мишени психологической помощи. Прежде всего, повышать уровень доверия к миру и другим людям, то есть помощь в отстройке разрушившихся убеждений базисного уровня. Параллельно с этим необходимо поработать с эмоциями, которые вызывают ощущение того, что мир несправедлив и можно надеяться только на самого себя.

Ведущей копинг-стратегией у данной матери является избегание, которое прослеживается в ее нежелании общаться с большим количеством людей, так как тогда они поймут, что с ее ребенком что-то не так, стремление перейти на семейный формат обучения, не смотрит телевизор и т.д. Таким образом, она как бы избегает самого диагноза, создав свою зону комфорта ((252) Дома комфортно и дома проблем никаких нет). А.М. понимает сама, что до сих пор не принимает диагноз. Но процесс принятия уже начался и ей необходима в этом поддержка, так как иллюзорные представления о будущем своем и ребенка разрушились, а новые пока еще не сформировались.

Исходя из текста интервью, А.М. очень рефлексивна по отношению к себе и происходящему, но все время ищет оправдания, тому, что она не предпринимает те или иные действия, которые позволят выйти из зоны комфорта и поставят ее в условия, когда надо будет столкнуться с окружающим миром.

Мать ребенка отмечает, что после того, как ему поставили диагноз, она стала более замкнутой, менее уверенной в себе, что может потенцировать ее копинг бегство-избегание. Таким образом, следующей мишенью помощи может быть повышение уверенности матери в себе и своих силах, что позволит ей выйти из замкнутого пространства, которое она создала сама.

Опрашиваемая практически не поддерживает субъектную позицию ребенка, хотя очень радуется любым проявлениям его самостоятельности. Отмечает, что одна из ее основных проблем - гиперопека. Это также является еще одной мишенью психологической помощи. Важно снизить уровень тревожности матери и акцентировать успехи ее ребенка. При этом не обязательно их озвучивать самому психологу, родитель сам о них расскажет с помощью наводящих вопросов со стороны специалиста.

Наибольшим ресурсом для матери являются успехи ребенка. Именно на них психолог всячески пытался обращать внимание опрашиваемой и подкреплял ее высказывания, с целью стимулирования копинга положительная переоценка, который способствует ПТР и является профилактикой ретравматизации.

Таким образом, даже на основании одного интервью с родителем ребенка с ОВЗ, учитывая психологические факторы ПТР и эмоционального благополучия, можно наметить мишени психологической помощи.

Выводы по разделу 3.7

1. Согласно концепции R. Janoff-Bulman, каждый человек в своей жизни руководствуется базисными убеждениями, которые обеспечивают фундаментальные потребности, а именно ощущения безопасности и неуязвимости. Базисные убеждения, которые были у родителей детей с ОВЗ в дотравматический период (то есть до постановки диагноза ребенку), в большинстве своем оказываются неприменимы к новой жизненной ситуации. Главными задачами помогающего специалиста в этой сфере является снижение негативных последствий разрушения дотравматических базисных

убеждений и помощь в процессе перестройки когнитивной схемы и выработки новой - адекватной сложившейся жизненной ситуации.

2. Базисные убеждения, согласно R. Janoff-Bulman, имеют определенную иерархию (доброжелательность мира, осмысленность мира, представления о себе), где каждый предыдущий оказывает влияние на последующий при формировании новой когнитивной схемы. Понимание особенностей психологических факторов ПТР у родителей детей с ОВЗ является основой для постановки задач помощи, направленной на содействие в выработке у родителей новых конструктивных и адекватных ситуаций когнитивных схем, которые могут способствовать и дальнейшему личностному росту.

3. Определенные комбинации базисных убеждений приводят к ощущениям «уязвимости» или «неуязвимости». Диагностика и определение иерархии, схемы базисных убеждений в данный момент времени у каждого отдельного родителя позволяет помогающему специалисту наметить основные векторы или задачи психологической помощи.

4. Психолог (или специалист иной помогающей профессии) в процессе психологической помощи, направленной на содействие возникновению ПТР, должен придерживаться определенных принципов: ПТР – это не цель, а возможность; помощь в совладании с негативными эмоциональными переживаниями, так как в состоянии дистресса когнитивная обработка информации затруднена, а возникновение новых конструктивных когнитивных схем практически невозможно; помогающий специалист должен занять роль Эксперта-Компаньона, который будет посредником между пострадавшим и его опытом, а человек сам продельвает работу направленную на выработку новых убеждений и концепции мира; основная цель не справиться с травмой, которую в ситуации воспитания ребенка с ОВЗ устранить невозможно, а найти новый смысл в сложившейся ситуации.

5. Эксперт-Компаньон в процессе помощи должен обладать высоким уровнем эмпатии, способностью к анализу, а также своевременно отражать чувства, делать акцент на тех психологических факторах, которые

способствуют ПТР. В работе с психотравмой, особенно с хронической и неустранимой, требуется высокий уровень профессионализма и бережного отношения к респонденту. Особенно важное значение в процессе переработки травмы приобретает обращение к коллективному опыту, а именно, группы встреч или общения, где могут поделиться опытом те, кто находится в подобной ситуации.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В текущей работе рассмотрены основные теоретические направления, в рамках которых проанализированы переживания родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ. А именно, рассмотрены следующие направления: экзистенциально-гуманистический подход, когнитивно-бихевиоральный подход, с опорой на базисные убеждения и концепция посттравматического роста.

Экзистенциально-гуманистическая концепция (В. Франкл, А. Лэнгле, Ф.Е. Василюк, Д.А. Леонтьев) рассматривает кризисные ситуации как неотъемлемую часть жизни, приводящую к переменам в жизненном мире индивида, которые могут иметь как положительную, так и негативную окраску. Представители экзистенциально-гуманистического подхода рассматривают переживание как особый вид внутренней деятельности субъекта, которая позволяет совладать с трудными жизненными ситуациями, а в результате найти из них психологический выход и восстановить душевное равновесие путем формирования нового смысла. Если рассматривать ситуацию воспитания ребенка с ОВЗ с позиции психологии переживания Ф.Е. Василюка, то для родителей она является ситуацией невозможности реализовывать свои внутренние потребности, необходимые для привычной и комфортной жизни, как они делали это до постановки диагноза ребенку. Как единственный возможный механизм психологического выхода из ситуации невозможности Ф.Е. Василюк обозначает трансформацию жизненных миров, как процесс преобразования своего актуального жизненного мира путем переоценки того, каким он был до события и упорядочить эти представления в соответствии с посттравматическими ограничениями и возможностями.

Когнитивно-бихевиоральная концепция делает акцент на важности поведенческих стратегий и базисных убеждений (А. Бек, R. Janoff-Bulman). В повседневной жизни поведение и копинг-стратегии индивида формируются на основании предыдущего жизненного опыта и имеющихся убеждений о себе, окружении и окружающем мире. Однако некоторые психотравмирующие

ситуации разрушительны для жизненного мира индивида и подвергают сомнению его базисные убеждения, что делает неэффективными ранее используемые стратегии совладания с ситуацией и вызванными ею переживаниями. R. Janoff-Bulman предполагает, что базисные убеждения видоизменяются в результате успешного совладания с экстремальной психотравмой и таким образом возникают новые способы совладания, схемы поведения.

В опоре на традиции экзистенциально-гуманистического и когнитивно-бихевиорального подходов, R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun разработали собственную концепцию посттравматического роста (ПТР), которая объединяет в себе идеи жизненного мира, базисных убеждений и важности смыслообразования в процессе проживания психотравмирующей ситуации. Несмотря на то, что идея ПТР не нова и попытки объяснить данный феномен делались и ранее [137], само это понятие было введено только в 1994 году. Под посттравматическим ростом подразумевают позитивные изменения личности в процессе совладания с кризисной и травматической для психики человека жизненной ситуацией [172]. Изменения возникают только, когда пострадавший занимает активную позицию по отношению к процессу совладания с последствиями психотравмирующей ситуации. Главное отличие ПТР от совладания с повседневным стрессом заключается в том, что человек не просто справляется с переживаниями, вызванными ситуацией, а происходит личностный рост, позволяющий выйти на более высокий уровень психологического функционирования.

Таким образом, ситуация воспитания ребенка с ОВЗ не только является психотравмирующей для родителей, но еще и несет за собой кардинальные изменения в их жизненной картине мира, то есть представлениях о себе как личности, как родителя, о будущем своем и ребенка, о взаимоотношениях с окружающими и миром в целом. Данную ситуацию невозможно изменить и ментальная инвалидность чаще всего сохраняется на всю жизнь. Однако, эта ситуация так же, как и состояние ребенка ОВЗ, в определенной степени

поддается коррекции, что может привести к пересмотру взглядов и отношения к жизни, а, в конечном счете, обретению новых смыслов и новых возможностей (взамен утраченных).

Проведенное исследование психологических факторов ПТР родителей детей с ОВЗ подтвердило, что копинг-стратегии и базисные убеждения являются значимыми факторами, оказывающими влияние на развитие ПТР. Помимо этого, в задачи данного исследования входило выявление специфики связи вышеуказанных факторов и ПТР.

Сравнение результатов данного исследования с проведенными ранее вызывает определенные сложности, так как в них для исследования факторов ПТР применялся другой инструментарий (интервью, различные невалидизированные шкалы или методики, которые, с точки зрения исследователей, могли диагностировать ПТР). Кроме того, изучаемые ранее типы стрессовых ситуаций довольно разнообразны по своей сути, поэтому существует актуальная потребность исследования ПТР в зависимости от этиологии психотравмы. Существуют единичные и только зарубежные исследования ПТР родителей детей с ОВЗ (ментальная инвалидность) поэтому при анализе результатов приводятся для сравнения исследования с участием родителей, потерявших своих детей, а также родителей детей с жизнеугрожающими или тяжелыми соматическими заболеваниями [153; 186]. Необходимо подчеркнуть, что в целом направление исследований ПТР родителей, оказавшихся в кризисной ситуации в связи с проблемами своих детей, является достаточно новым. Именно поэтому многие данные противоречивы и мало устоявшихся и общепринятых взглядов на факторы ПТР у этой группы родителей. Сравнение полученных нами данных с уже имеющимися изложено ниже.

ПТР родителей и субъективное восприятие тяжести состояния ребенка

В нашей выборке родителей детей с ОВЗ высокие показатели ПТР были зарегистрированы у 38% родителей. Полностью отсутствовали признаки ПТР лишь 15% респондентов.

О. Rubin и М. Schreiber-Divon [153] в своем исследовании матерей детей с тяжелыми ментальными нарушениями (выборка 106 испытуемых) выявили, что чем тяжелее диагноз и состояние ребенка, тем больше выражен ПТР у матерей. R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun также подчеркивают, что ПТР зависит от интенсивности психотравмирующей ситуации, то есть, чем тяжелее ситуация, тем более могут быть выражены изменения, связанные с личностным ростом [173]. В данном диссертационном исследовании учитывалась тяжесть состояния ребенка на основе субъективной оценки родителей, которая не оказывала влияния на ПТР, исключая те ситуации, когда эта оценка была чрезмерно глобальной и касалась одновременно целого ряда проблем ребенка. Можно предположить, что процессы негативного селектирования и сосредоточенности на проблемах ребенка фокусируют внимание родителя на текущей внешней ситуации, что исключает сосредоточенность на внутренних переживаниях, связанных с экзистенциальной составляющей.

Кроме того, оказалось, что субъективное восприятие проблем ребенка, как носящих глобальный характер во всех сферах, провоцирует депрессивную симптоматику у родителя, что может объясняться когнитивным искажением по типу свехобобщения, которое является доказанным фактором чувства безнадежности и депрессии [86]. В свою очередь, дифференцированное восприятие проблемы, когда родитель видит у ребенка отдельные конкретные проблемы (замкнутость ребенка, наличие у него соматических проблем, сложностей в процессе социализации и тревожности), мобилизует и способствует движению в направлении решения проблем, что снижает

выраженность депрессивной симптоматики и повышает уровень эмоционального благополучия.

ПТР и эмоциональное благополучие у родителей детей с ОВЗ

ПТР не исключает депрессивные переживания, однако по нашим данным они несколько чаще встречаются у родителей без признаков ПТР (у 41%), чем у родителей с высокой и средней степенью выраженности ПТР (у 28%).

В исследовании Н.Д. Зной в 1999 г. [186], не была выявлена связь между симптомами депрессии и признаками ПТР у родителей с психологической травмой, связанной с утратой и заболеванием ребенка. Люди, пережившие сексуальное насилие, в процессе совладания с этой травмой и ростом ПТР выходили из состояния депрессии [186]. В свою очередь, в нашем (не лонгитюдном) исследовании также прослеживается определенное влияние ПТР на снижение уровня депрессивной симптоматики. Это еще раз подтверждает сложность связей между депрессией и ПТР, которые могут отличаться в зависимости от этиологии психотравмы и типа выборки.

При всем том, что ни одно из ранее проведенных исследований не продемонстрировало усиливающего или ослабляющего влияния ПТР на депрессивную симптоматику, результаты нашего исследования показали, что определенные шкалы ПТР («Отношение к другим», «Повышение ценности жизни») повышают выраженность симптомов депрессии. Объяснить это можно деструктивным руминированием родителей по поводу утраченных в связи с рождением больного ребенка прежних ценностей жизни, а также с риском негативных социальных сравнений при расширении контактов с нормотипичными детьми и семьями. Кроме того, изменения жизненных приоритетов, повышение ценности жизни и каждого прожитого дня могут приводить к тому, что родители особенно остро переживают ограничения, которые накладывает ситуация воспитания ребенка с ОВЗ. Родители, которые глубже остальных осознают изменения, позволяющие выйти на новый уровень отношений с миром и окружающими, могут тяжелее переживать осознание собственной уязвимости и потребности в помощи других.

Базисные убеждения и ПТР у родителей детей с ОВЗ

О.Н. Толкачева, исследовавшая пострадавших от травмы позвоночника, утверждает, что репрезентация мира, как доброжелательного и справедливого, способствует уменьшению негативных проявлений и потенцированию развивающих компонентов последствий психотравмирующей ситуации [60]. Наши данные, касательно родителей детей с ОВЗ, не демонстрируют влияния убеждения в доброжелательности мира на общий показатель ПТР, однако, обнаружено его воздействие на отдельные шкалы Опросника посттравматического роста. «Общее отношение к благосклонности мира» является наиболее значимым базисным убеждением, которое оказывает влияние на разные аспекты ПТР. Уверенность родителей детей с ОВЗ в том, что мир доброжелателен к ним, а происходящее в нем имеет смысл, поддерживает морально и помогает родителям построить свой новый жизненный мир в новых условиях, вызванных постановкой диагноза ребенку.

Поиск смысла считается центральным для психологической адаптации и предполагается, что он связан с осознанием процесса ПТР. Y.H. Schorr и L. Roemer (2002) в исследовании, посвященном студентам колледжа обнаружили, что тот, кто говорил о поиске смысла в психотравмирующей ситуации и попытке переосмыслить произошедшее, с большей вероятностью отмечали у себя ПТР по сравнению с теми, кто пытался просто понять почему это произошло с ним [154]. В данном исследовании, посвященном анализу факторов ПТР родителей детей с ментальной инвалидностью, также было установлено, что поиск смысла оказывает влияние на обнаружение у респондентов новых возможностей в сложившейся ситуации. В подтверждение этого можно привести слова одной из матерей: «Когда я узнала про диагноз ребенка, то впала в ступор и ничего не могла делать. Только постоянно задавала себе или в пространство вопрос: «За что мне это?». И выхода не было... Но потом я изменила вопрос и спросила себя «Зачем мне это?». И я поняла. Я выучилась на коррекционного психолога и сейчас

работаю тьютором с такими же детками, как и мой ребенок! Я счастливый человек!»

В данном диссертационном исследовании, при сравнении родителей детей с ОВЗ по степени выраженности депрессивной симптоматики, было выявлено, что у родителей с более низкими проявлениями депрессивной симптоматики сильнее выражены базисные убеждения в благосклонности и доброжелательности окружающих, осмысленности мира и собственной ценности. Смена установки на то, что окружающие более доброжелательны по своей сути, чем воспринималось ранее, снижает соматические симптомы депрессии, т.е. общий уровень напряжения в форме изменения аппетита, нарушений сна падает в результате восприятия окружения не как враждебного [86]. Кроме того, индивид может позволить себе возможность поделиться переживаниями с окружающими, а не держать все в себе, что позволяет эмоциям выражаться вербально, а не путем психосоматических проявлений. Понимание значимости собственного Я, ощущение смысла происходящего и вера в удачу помогают подкрепить благоприятное эмоциональное состояние. Родители детей с ОВЗ, которые менее зациклены на тотальном контроле происходящего с ними и их ребенком более эмоционально благополучны, что говорит о более высокой толерантности к неопределенности.

Копинг-стратегии и ПТР у родителей детей с ОВЗ

Согласно данным диссертационного исследования, одним из самых важных факторов ПТР являются стратегии совладания со стрессом. Для родителей детей с ОВЗ с признаками ПТР характерны следующие стратегии совладания: «Принятие ответственности», «Поиск социальной поддержки» и «Конфронтативный копинг», которые отражают расширение связей с миром и активную позицию в совладании с травматическим опытом. Наиболее значимое положительное влияние на ПТР оказывает копинг-стратегия «Положительная переоценка». Идея ПТР изначально основана на положительном переосмыслении, потому данный результат является логичным и подтверждает наличие положительно-направленной личностной

трансформации. R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun [172], а также R. Janoff-Bulman [128] считают, что копинг «Положительная переоценка» имеет решающее значение для успешной адаптации к психотравмирующим событиям и является предпосылкой для личностного роста. То, что ПТР связан с позитивной реинтерпретацией, также доказывается в нескольких иных исследованиях [158; 186]. Согласно M. Linehan, основная причина негативных переживаний – это принятие реальности [140]. Таким образом, положительная переоценка ситуации позволяет принимать как ситуацию, так и себя в ней и дает возможность подумать: «Как я могу использовать ситуацию наиболее конструктивно?».

Данное диссертационное исследование выявило следующую зависимость, которая дополняет выводы более ранних работ, а именно: копинг-стратегия «Планирование решения проблемы» оказывает негативное влияние на ПТР родителей детей с ОВЗ. Полученный результат может объясняться тем, что при воспитании ребенка с ОВЗ жесткое планирование, основанное на прежних ценностях и убеждениях, препятствует принятию реальной ситуации и исключает гибкость в ее оценке. Однозначно предположить, как будет развиваться ребенок с ментальной инвалидностью невозможно, потому родителям приходится опираться только на зону ближайшего развития ребенка и рассматривать все с точки зрения «здесь и сейчас». Именно поэтому долгосрочное жесткое планирование чаще всего неконструктивно. Данное предположение подтверждается фразой одной из матерей с ПТР: «... понятно, как простраивать неделю. Мы дальше не планируем. ... С нашим, наверное, по-другому и нельзя». Таким образом, стратегия совладания «Планирование решения проблемы» может быть деструктивной при чрезмерно жестком планировании. Чрезмерно жесткое планирование мешает духовному росту и изменению отношения к жизни в целом на более позитивное, которое подразумевает определенную степень толерантности к неопределенности, а также доверия высшим силам, что подразумевает частичный перенос ответственности за происходящее и

осознание, что не все зависит от меня. При этом, однако, согласно полученным данным, данная копинг-стратегия положительно влияет на эмоциональное благополучие, возможно, за счет иллюзии контроля и определенности. Последнее еще раз доказывает сложный характер связей между симптомами депрессиями, ПТР и различными стратегиями поведения – то, что мешает ПТР, одновременно препятствует депрессии. Видимо, принятие всей тяжести ситуации с ограниченными возможностями контроля – это путь к ПТР, на котором неизбежны тяжелые переживания.

Тем не менее, на общий показатель ПТР оказывают влияние: «Принятие ответственности», которая подразумевает признание своей роли в процессе решения проблемной ситуации, и «Конфронтативный копинг», который часто рассматривается, как неадаптивный, однако умеренное его использование позволяет занять активную позицию по отношению к решению проблемных ситуаций, отстаивать свои интересы и сопротивляться трудностям.

Если рассматривать влияние копинг-стратегий на шкалы ПТР, то обязательно везде присутствует «Положительная переоценка». Именно она является наиболее важной, что полностью подтверждает упомянутые положения о ядре ПТР самих авторов концепции ПТР. На ПТР по шкале «Отношение к другим» дополнительно оказывают положительное влияние «Поиск социальной поддержки» и «Принятие ответственности». Таким образом, способность респондента принять поддержку от других людей, а также готовность анализировать свое поведение и взаимодействие с окружающими в новой роли родителя ребенка с ОВЗ способствует повышению качества взаимоотношений с окружающими. На умение родителей видеть и находить новые возможности с учетом актуальной ситуации оказывает положительное влияние «Конфронтативный копинг» и «Положительная переоценка», то есть активная позиция и переосмысление ситуации с позитивной точки зрения помогает найти новые смыслы.

Тема влияния копинг-стратегий на эмоциональное состояние родителей детей с ОВЗ исследовалась Л.М. Шипициной (2005) и М.В. Ряжевой (2012),

чьи исследования (с применением тех же методик оценки симптомов депрессии и выраженности разных стратегий, что и в данной работе) показали, что настрой родителей на поиск окончательного решения проблемы (шкала «Планирование проблем») связан с эмоциональными нарушениями и депрессией. Однако, согласно нашим данным, копинг «Планирование решения проблемы» снижает уровень депрессивной симптоматики. Различия в полученных результатах могут быть связаны с различиями в выборках и требуют дальнейших исследований.

Проведенные исследования показывают, что ПТР и такие его шкалы, как «Отношение к другим», «Сила личности» и «Повышение ценности жизни», в совокупности способствуют снижению выраженности симптомов депрессии. При этом для ПТР и эмоционального благополучия характерны разные механизмы влияния на них копинг-стратегий. «Конфронтативный копинг» оказывает положительное влияние на ПТР, однако снижает уровень эмоционального благополучия. «Планирование решения проблемы» негативно влияет на ПТР, но положительно сказывается на эмоциональном благополучии. «Положительная переоценка» способствует ПТР, однако не оказывает никакого влияния на эмоциональное благополучие. «Дистанцирование», в свою очередь, оказывает положительное влияние исключительно на эмоциональное благополучие. «Принятие ответственности» способствует ПТР, однако негативно влияет на эмоциональное благополучие. «Бегство-избегание» оказывает негативное влияние исключительно на эмоциональное благополучие.

Исходя из сказанного выше, можно предположить сложный механизм взаимодействия всех исследуемых переменных. Как уже известно, ПТР возникает вследствие определенной степени эмоционального неблагополучия и дискомфорта, как попытка вырваться из тяжелого состояния, обусловленного травмой. Если человек не чувствует потребности в изменениях и его копинг-стратегии достаточно устойчивы и эффективны,

чтобы устранить эмоциональный дискомфорт, то вследствие этого не возникает потребность в изменениях, а, следовательно, и ПТР (рис. 34).

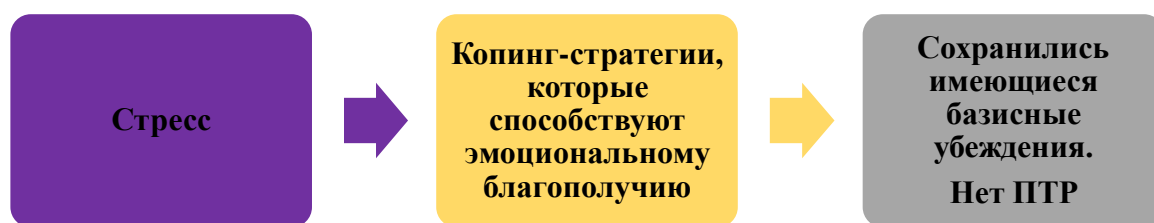


Рисунок 34 – Влияние копинг-стратегий, способствующих эмоциональному благополучию, на ПТР

Таким образом, копинг-стратегии, которые способствуют усилению депрессивной симптоматики вызывают эмоциональное неблагополучие, которое является необходимой предпосылкой ПТР, хотя далеко не всегда может им сопровождаться. В свою очередь, ПТР (прежде всего личностный рост по шкалам «Отношение с другими», «Сила личности», «Повышение ценности жизни») способствует улучшению эмоционального благополучия (рис. 35).

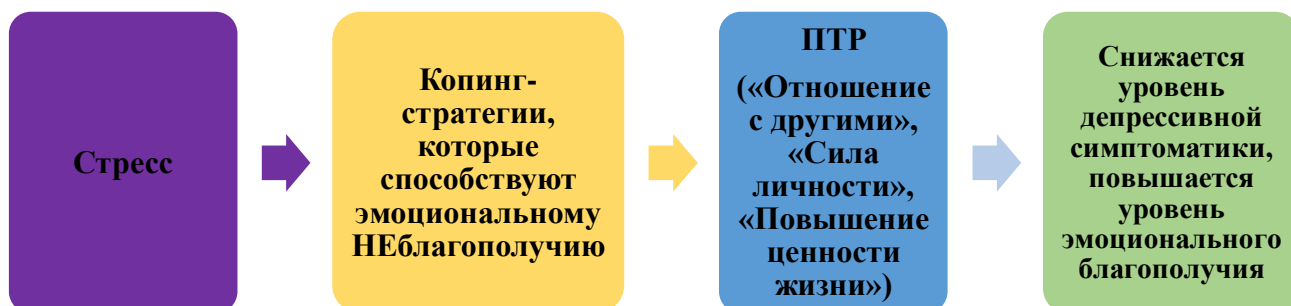


Рисунок 35 – Влияние копинг-стратегий, способствующих эмоциональному НЕблагополучию, на ПТР

Несмотря на то, что выраженность депрессивной симптоматики сама по себе значимо не влияет на ПТР, дискомфорт, вызванный ею, может активизировать рефлексию, которая позволяет пересмотреть и оценить степень адекватности имеющихся убеждений относительно себя и мира, что в результате может запустить способы совладания, которые приведут к ПТР. Без этого внутреннего дискомфорта и стремления привести себя в равновесное состояние ПТР не бывает. Копинг-стратегии, способствующие ПТР, с одной

стороны, не позволяют развиваться всепоглощающей, «лавинообразной» депрессии, а с другой стороны, поддерживают определенный уровень эмоционального дискомфорта, стимулирующего поиски новых смыслов, пересмотр стратегий и прежних базисных убеждений.

Кроме того, копинг-стратегии («Конфронтативный копинг», «Принятие ответственности»), способствующие ПТР и усилению депрессивной симптоматики, предполагают выход родителя ребенка с ОВЗ в субъектную позицию по отношению к проблеме, для которой не хватает собственных ресурсов, а также принятие рисков и необходимости действовать и искать эти ресурсы вовне, часто при изначальной недоверии к окружающим. Поэтому движение в сторону ПТР может сопровождаться симптомами депрессии, а пострадавший в результате психотравмы нуждается в поддержке и помощи со стороны близких и специалистов.

Также, проблема соотношения ПТР и симптомов депрессии обсуждается в контексте влияния времени, прошедшего после психотравмы, когда можно апеллировать к широко известной истине «время лечит».

В исследовании C.G. Davis [186] лица, справляющиеся с потерей члена семьи, обследовались 4 раза в течении 20 месяцев после травмирующей ситуации. Поиск преимуществ от сложившейся ситуации проспективно прогнозирует более низкие показатели депрессии, тревожности и симптомов ПТСР спустя несколько месяцев, кроме того, было выявлено, что статистическая связь со временем становится все сильнее.

С возрастом ребенка постепенно снижаются показатели депрессии у родителей, прежде всего ее соматические симптомы. Очевидно, родителям (в первое время после постановки диагноза ребенку) сложно выразить свои эмоции, что может быть связано с шоком, замораживанием эмоций и трудностями принятия диагноза. Кроме того, стадия отрицания в процессе горевания подразумевает сложности в осознании и выражении своих эмоций, которые за неимением другой возможности могут проявляться соматическим

путем. Предположительно отсутствие значительного снижения уровня симптомов депрессии может быть обусловлено возникновением новых критических ситуаций в процессе взросления ребенка с ментальной инвалидностью, которые связаны с взрослением и изменением социальной ситуации, в результате чего происходит регулярная ретравматизация.

О. Rubin и М. Schreiber-Divon [153] в своем исследовании матерей детей с тяжелыми ментальными нарушениями (выборка 106 испытуемых) указали, что показатели ПТР не зависят от возраста ребенка. В нашем исследовании на российской выборке также не было обнаружено различий по степени выраженности ПТР в зависимости от возраста ребенка, то есть промежутка времени, прошедшего после психотравмирующего для родителей диагноза. Можно предположить, что повседневные психотравмирующие события уже не несут для родителей «сейсмические разрушения» их жизненного мира и установок, а только опосредованно могут оказывать влияние на их, формирующиеся в новых условиях жизни, базисные убеждения. Также нами было выявлено, что в процессе взросления ребенка родители начинают воспринимать окружающий мир и людей, как более доброжелательно к ним настроенные, учатся видеть хорошее отношение и принимать помощь.

С.Л. Park с командой исследователей [186] обнаружили, что люди, которые сообщили о появившихся преимуществах (ПТР) вследствие борьбы с переживаниями потери значимых людей, стали более оптимистичны по отношению к жизни. Это также косвенно подтверждает результаты наших исследований: родители детей с ОВЗ с высокими и средними показателями ПТР более склонны видеть окружающий мир доброжелательным и принимающим, убеждены в его справедливости и верят в определенную степень удачи и везения, что в совокупности может подразумевать оптимистичный подход к ситуации. Как сказала в процессе заполнения опросников одна из матерей с высоким ПТР: «Мои проблемы решаются в 100 раз тяжелее, чем проблемы обычного ребенка. Но они решаются, и это дает мне силы идти вперед».

Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ

Когда родители поддерживают субъектную позицию ребенка, то это положительно сказывается и на их состоянии, а именно – ведет к росту показателей ПТР и снижению показателей депрессии. Такая позиция тесно связана с убеждениями в надежности и стабильности мира, разрушенными после рождения ребенка с ОВЗ. Подрадается, что субъектная позиция к воспитанию своего ребенка предполагает субъектную позицию и по отношению к собственной жизни. R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun утверждают, что для ПТР необходима осознанная активная позиция пострадавшего от психотравмирующей ситуации. В данном исследовании действительно было выявлено, что при высоком уровне ПТР значительно сильнее выражена способность родителей замечать и укреплять собственную инициативу ребенка с ОВЗ, чем у респондентов с умеренной или низкой степенью выраженности ПТР. Кроме того, обнаружена значимая связь данной позиции не только с общим показателем ПТР, а также с такими его шкалами как «Новые возможности» и «Сила личности». Полученные результаты говорят о том, что родители, поддерживающие субъектную позицию своего ребенка с ОВЗ, более гибкие и чуткие не только по отношению к процессу реабилитации\абилитации ребенка, но также переносят это отношение и на свое восприятие мира. Данный опросник может быть полезен не только для выявления наличия или отсутствия поддержки субъектной позиции ребенка, а также является индикатором готовности и наличия\возможности ПТР у конкретного родителя.

Выводы

1. Травматическая ситуация рождения ребенка с ОВЗ становится для родителей «двойным стрессом», включающим переживания как за судьбу ребенка, так и за собственную жизнь, которая резко меняется и в настоящем, и в будущей перспективе. Переживаемый стресс становится стимулом к разворачиванию деятельности переживания, что через открытие новых ценностей и отношений с миром может приводить к посттравматическому росту (ПТР) у родителей.

2. Выраженные признаки ПТР отмечаются у 38% родителей детей с ОВЗ. При этом связи между возможностями ПТР и возрастом ребенка не выявлено. Различные аспекты ПТР по-разному связаны с риском депрессивного состояния у родителей. Общий высокий уровень ПТР и, прежде всего, осознание собственной силы и способности справляться с трудностями снижают риск возникновения симптомов депрессии, а фиксация на ценности жизни и отношений с другими связана с повышенным риском руминирования на тему утраченных возможностей, а также невыгодных социальных сравнений, что, напротив, способствует усилению депрессивных симптомов.

3. На возможность ПТР оказывают положительное влияние базовые убеждения в благосклонности и осмысленности мира. Эти же убеждения, а также убеждение в собственной ценности отличают более эмоционально благополучных родителей с наименее выраженными симптомами депрессии.

4. Среди стратегий совладания со стрессом (копинг-стратегий) наиболее выраженным положительным влиянием на возможность ПТР у родителей детей с ОВЗ выделяется способность к положительной переоценке или способность находить позитивные стороны в трудных ситуациях. Также больше шансов к развитию ПТР у родителей, принимающих ответственность за происходящее и способных как к конфронтации и отстаиванию своих интересов в конфликтных ситуациях, так и поиску социальной поддержки у других людей. Однако склонность к чрезмерному планированию, напротив, может препятствовать принятию кризисной ситуации и личностному росту,

одновременно смягчая симптомы депрессии, так как эта копинг-стратегия нередко связана с отрицанием проблем и сохранением иллюзии возможности полного контроля над ситуацией и ее разрешения. Таким образом, механизмы влияния копинг-стратегий на ПТР и эмоциональное благополучие различны.

5. Характер субъективной оценки тяжести состояния ребенка играет важную роль для эмоционального благополучия родителей детей с ОВЗ. Причем определяющей оказывается степень дифференцированности такой оценки. Если глобальная негативная оценка состояния ребенка по самым разным аспектам в значительной степени способствует возникновению депрессивной симптоматики, то более дифференцированный подход и концентрация внимания на отдельных проблемах ребенка, напротив, способствует снижению симптомов депрессии у родителей, что можно объяснить большими возможностями мобилизации на поиск решения в последнем случае.

6. Разработанный опросник «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» обладает достаточной внутренней и внешней валидностью и позволяет оценить склонность родителей к поддержке конструктивной активности ребенка. Такая склонность оказалась связанной с большими возможностями ПТР и более благоприятным эмоциональным состоянием родителей детей с ОВЗ, а также с их убежденностью в благосклонности и осмысленности окружающего мира и собственной ценности. Родители с высокими показателями по данному опроснику не склонны полагаться на случайность и рассматривать ее как принцип распределения событий.

7. В процессе оказания психологической помощи, направленной на личностный рост и снижение выраженности депрессивной симптоматики родителей детей с ОВЗ, необходимо уделять особое внимание содействию в поиске новых смыслов и преодолению негативных переживаний за счет переосмысления родителями сложившейся ситуации как жизненного вызова и стимула для их личностного роста. При этом важен отказ от чрезмерно

жесткого планирования и направленности на определенный заранее заданный результат лечения и воспитания путем повышения толерантности к неопределенности относительно будущего и переключения внимания родителей на поиск зоны ближайшего развития ребенка в настоящем. Отдельно следует выделить такую мишень психологической помощи, как способность родителя поддерживать субъектную позицию ребенка и эмоциональный контакт с ним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании данных исследования эмоционального благополучия, совладающих и воспитательных стратегий, а также убеждений родителей детей с ОВЗ, связанных с возможностями их посттравматического роста, стала возможна оценка актуального состояния родителей и выделение мишеней помощи, направленных на преодоление кризиса и повышение уровня эмоционального благополучия родителей.

Как обосновано эмпирическими данными и их статистическим анализом, ПТР способствуют такие совладающие стратегии, как способность находить позитивное в сложных кризисных ситуациях, принимать ответственность за выход из них, не пренебрегая при этом возможностями поддержки со стороны окружающих. Также может быть полезным умение конфронтировать с трудностями, проявляя стеническое упорство, а не отказ от решения проблем. При этом, однако, склонность к жесткому планированию решения проблем, напротив, может блокировать возможности ПТР

Базовое убеждение родителей в благосклонности окружающего мира способствует конструктивному пересмотру отношений с другими людьми, открытию новых возможностей и духовного роста в кризисной ситуации рождения ребенка с инвалидностью. Родители с выраженными признаками ПТР больше верят в справедливость мироустройства, а родители с умеренными признаками ПТР больше рассчитывают на удачу, на чудо, которое вдруг позволит решить возникшие проблемы. Выявлено, что между ПТР и симптомами депрессии существует непрямая взаимосвязь. Однако, для ПТР и эмоционального благополучия характерны разные механизмы совладания с травматическими переживаниями.

Разработан и валидизирован опросник для диагностики воспитательной позиции родителей, воспитывающих детей с ментальной инвалидностью. Опросник позволяет определить, насколько родитель умеет видеть признаки конструктивной активности ребенка и конструктивно, с учетом ЗБР, поощрять его самостоятельность, а не решать проблемы за него, поддерживая

выученную беспомощность. Такая воспитательная позиция более характерна для родителей с высокими показателями ПТР и более низкой выраженностью депрессивной симптоматики.

Мишени и задачи психологической помощи родителям детей с ОВЗ

Как показали результаты эмпирического исследования, при работе с родителями, воспитывающими детей с ОВЗ, принципиально важными задачами психологической помощи являются: поддержка родителей в поиске новых смыслов и в попытках переосмысления и рассмотрения кризисной ситуации воспитания ребенка с ОВЗ как открывающей возможности для личностного роста; отказ от жесткого планирования результатов лечения и воспитания; повышение толерантности родителей к неопределенности относительно будущего и переключение их внимания на поиск зоны ближайшего развития ребенка в каждой конкретной ситуации; способность родителя замечать и поддерживать конструктивную активность ребенка (субъектную позицию) и эмоциональный контакт с ним; развитие способности родителей видеть признаки и поддерживать субъектную позицию ребенка; психообразовательная работа с населением, повышение толерантности общества по отношению к особенным детям и их родителям.

Сложный механизм взаимоотношений эмоционального состояния родителей и ПТР заключается в том, что симптомы депрессии на первом этапе переживания психотравмирующей ситуации являются нормой и предиктором ПТР. На данном этапе необходима психологическая поддержка и контейнирование эмоций, а форсирование событий и уход в планирование решения проблемы деструктивны в долгосрочной перспективе, несмотря на то, что планирование способствует улучшению эмоционального состояния ситуативно. Если целью помощи является ПТР, то специалистам также важно поддерживать субъектную позицию родителей детей с ОВЗ по отношению к себе и воспитанию своего ребенка, что постепенно может привести к радикальному принятию ситуации и ее положительной переоценке.

Ограничения исследования

Обследованная выборка состояла из родителей, чьи дети обучаются в московских образовательных учреждениях с хорошо подготовленными специалистами, что обеспечивает высокий уровень поддержки родителей и детей. Предположительно, в других регионах могут получиться иные данные относительно наличия ПТР у родителей детей с ОВЗ. Вместе с тем, основная цель данного исследования заключалась в поиске факторов, которые способствуют ПТР родителей детей с ОВЗ. Именно потому особенно важно обследовать респондентов с высокими показателями ПТР. Кроме того, в данном исследовании использовались опросниковые методы, что могло привести к некоторому искажению оценок.

Перспективы исследования

В дальнейших исследованиях планируется расширение выборки за счет включения в нее родителей из других регионов России. В Москве достаточно хорошо организованы условия для реабилитации \ абилитации, учебной деятельности и социальной адаптации детей с ОВЗ, что может оказывать положительное влияние и на эмоциональное состояние родителей, и на возможность их ПТР. Кроме того, выборка данного исследования состояла преимущественно из матерей, поэтому в дальнейшем планируется увеличение в ней числа отцов. Перспективным направлением является лонгитюдное исследование по данной теме, что могло бы прояснить динамику ПТР у родителей. Также планируется усовершенствование методического аппарата: дополнение количественных методов качественными (включая методы интервью и наблюдения) и дальнейшая валидизация и стандартизация опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» с учетом мужской выборки и в группах родителей детей с инвалидностью различной этиологии. Отдельным перспективным направлением является разработка программы психологической помощи родителям с ОВЗ, учитывающей результаты данного исследования и направленной на создание условий для возможности ПТР у родителей детей с ОВЗ.

Список литературы

1. Абульханова К.А. Время личности и время жизни [Текст] / К.А. Абульханова – СПб.: Алетейя, 2001. –304 с.
2. Айвазян Е.Б., Одинокова Г.Ю. Феномен «непрерывающийся диалог» и его роль в развитии ребенка раннего возраста с синдромом Дауна [Текст] /Е. Б. Айвазян, Г. Ю. Одинокова // Синдром Дауна XXI век –2012 –№ 1. –С.13–17.
3. Алехина С.В. Проект по созданию комплексной помощи детям с РАС в России [Текст] / С.В. Алехина // Аутизм и нарушения развития. – 2015. –Том 13. № 2. – С. 3–7.
4. Анциферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита [Текст] / Л.И. Анциферова // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. № 1. – С. 3–19.
5. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания. [Текст] / А.Г. Асмолов – М.: Смысл, 2002. – 480 с.
6. Ахмедова Х.Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни [Текст] / Х. Б. Ахмедова // Вопросы психологии. – 2004. – № 3. – С. 93–103.
7. Бабич Е.Г. Семья, воспитывающая ребенка-инвалида: жизненные трудности и совладание с ними. [Текст] / Е.Г. Бабич //Социальная политика и социология. – 2011. – № 2 (68). – С. 267–275.
8. Бабич Е.Г. Социально-психологические особенности совладающего поведения родителей формирующейся личности с ограниченными возможностями развития [Текст]: автореф. дисс. ... канд. наук: 19.00.05 / Бабич Елена Геннадьевна. – М. – 2011. – 25 с.
9. Битюцкая Е.В., Баханова Е.А., Корнеев А.А. Моделирование процесса совладания с трудной жизненной ситуацией [Текст] /Е. В. Битюцкая, Е. А. Баханова, А. А. Корнеев // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 2(18). – С. 41–55.

10. Василюк Ф.Е. Психология переживания [Текст] / Ф. Е. Василюк – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
11. Вачков И.В., Ерина Т.Н. Психокоррекция детско-родительских отношений в семье ребенка-дошкольника с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / И. В. Вачков, Т. Н. Ерина // Социальная психология семьи. Сборник: Материалы международной научно-практической конференции.; редакторы-составители Н. П. Болотова, М. Ю. Чибисова. –М. –2019. –С.22–27.
12. Выготский Л.С. Генезис высших психических функций [Текст] / Л. С. Выготский // Собр. соч.: В 6 т. – М: Педагогика, 1983. – Т. 3: Проблемы развития психики. – С.147.
13. Выготский, Л.С. Основы дефектологии [Текст] / Л.С. Выготский //Собр. соч.: В 6 т. Т. 5. /под ред. Т.А. Власовой. – М.: Педагогика, 1983. – 368с.
14. Выготский Л.С. Проблемы детской (возрастной психологии) [Текст] / Л. С. Выготский // Собр. соч.: В 6 т. – М: Педагогика, 1984. – Т.4. – С.243-432.
15. Голубева М.С. Совладающее поведение родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / М. С. Голубева // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия «Гуманитарные науки». – 2006. – Том 12, №2. – С.11–15.
16. Гостунская Я.И. Совладающее поведение родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Я. И. Гостунская // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психологическое благополучие современной семьи» (г. Ярославль, 01.12.2016г.). Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского – 2016. – С. 41–44.
17. Заборина Л.Г. Особенности базисных убеждений личности родителей детей-инвалидов [Текст] /Л.Г. Заборина // Педагогический профессионализм в современном образовании. – Новосибирск: НГПУ, 2006. – С.174-178.
18. Закирова Т.И., Калмыкова О. В. Коррекция эмоциональной сферы родителей в психолого-педагогическом сопровождении семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] /

Т.И. Закирова, О. В. Калмыкова // Общество: социология, психология, педагогика. – 2017. – №1.

19. Зарецкий В.К. Один шаг в обучении - сто шагов в развитии: от идеи к практике [Текст] / В. К. Зарецкий // Культурно-историческая психология. – 2016. – Том 12. № 3. – С. 149–188.

20. Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Педагогическая, психологическая и психотерапевтическая помощь в процессе преодоления учебных трудностей как содействие развитию ребенка [Текст] / В.К. Зарецкий, А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Том 25. №3. – С.33–59.

21. Зарецкий В.К. Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи [Текст] / В.К. Зарецкий // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – Том 21. №2. – С. 8–37.

22. Зарецкий Ю. В., Зарецкий В. К., Кулагина И. Ю. Методика исследования субъектной позиции учащихся [Текст] / Ю.В. Зарецкий, В.К. Зарецкий, И.Ю. Кулагина // Психологическая наука и образование. – 2014. №1. – С. 98–109.

23. Зарецкий Ю.В. Субъектная позиция школьников по отношению к учебной деятельности в разных возрастных периодах [Текст]: дис. канд. психол. наук :19.00.13 / Зарецкий Юрий Викторович; [Место защиты: Моск. гор. психол.-пед. ин-т]. – Москва, 2014. – 207 с.: ил. РГБ ОД, 61 14-19/211.

24. Квасова О.Г. Трансформация временной перспективы личности в экстремальной ситуации [Текст]: дис. канд. наук: 19.00.01 / Квасова Ольга Григорьевна. – М. – 2013. – 214 с.

25. Корнилова Т.В., Григоренко Е.Л., Смирнов С.Д. Подростковая группа риска [Текст] / Т.В. Корнилова, Е.Л. Григоренко, С.Д. Смирнов. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.

26. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация [Электронный ресурс]: монография/ Коробейников И.А. – Электрон.

текстовые данные. – Москва, Саратов: ПЕР СЭ, Ай Пи Эр Медиа, 2019. – 192 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/88183.html>. – ЭБС «IPRbooks»

27. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) [Текст] / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3. – С. 93–112.

28. Крюкова Т.Н., Сапоровская М.В., Куфтяк Е.В. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. [Текст] / Т.Н. Крюкова., М.В. Сапоровская., Е.В. Куфтяк – СПб.: Речь, 2005. –240 с.

29. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения. Монография. Кострома: Авантитул, 2004. – 121с.

30. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. [Текст] / Р.Лазарус. //Эмоциональный стресс. – М. – 1970. – С.178–209.

31. Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Методическое пособие. [Текст] / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.

32. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. [Текст] / А.Н. Леонтьев – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.

33. Леонтьев Д.А. Удары судьбы как стимулы личностного развития: феномен посттравматического роста [Текст] /Д.А. Леонтьев // Жизнеспособность человека. Индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты, / Под ред. А.В. Махнач, Л.Г. Дикой. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. – С. 144—158.

34. Леонтьев Д.А. Человек и жизненный мир: от онтологии к феноменологии [Текст] /Д.А. Леонтьев // Культурно-историческая психология. – 2019. –Том 15, №1. – С 25–34.

35. Либина А.В. Совладающий интеллект [Текст] /А.В. Либина. – М.: Изд-во Эксмо, 2008 – 400с.

36. Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста [Текст] /М.Ш. Магомед-Эминов // Вестник Тамбовского университета. Гуманитарные науки. – 2009. – Вып.3 (71). – С. 111–117.

37. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок [Текст]: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Р.Ф. Майрамян – М., 1976. – 24с.
38. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина. Под ред. В.И.Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
39. Морозова Е.В., Шатская А.Д. Актуальные аспекты психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка–инвалида [Текст] /Е.В. Морозова, А.Д. Шатская // Медико–социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями. – 2009. – № 4. – С. 35–37.
40. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи [Текст] / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – 2-е изд. стереотипное. – М.: Теревинф. – 2000. – 333 с.
41. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира. Теория, эмпирия, практика. [Текст] /М.А. Падун, А.В. Котельникова. – М: Институт психологии РАН. – 2012. – 206с.
42. Падун М.А., Тарабрина Н.В. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности [Текст] /М.А. Падун, Н.В. Тарабрина // Московский психотерапевтический журнал. – 2003 – № 1. – С. 121–140.
43. Поддержка семей в кризисной ситуации: профилактика отказов от новорожденных, помощь семьям, воспитывающих детей с особыми потребностями, работа с трудными подростками: методическое пособие [Текст] – Череповец, 2012. – 38 с.
44. Практикум по психодиагностике и исследованию толерантности личности [Текст] / Под ред. Г.У. Солдатовой, Л.А. Шайгеровой. – М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2003. – 112 с.
45. Психологические особенности матерей, воспитывающих детей инвалидов. [Текст] / О.Ю. Кочерова, О.М. Филькина, Н.В. Долотова, А.И. Малышкина, Е.Н. Антышева. // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – № 69(5-6). – С.98–101.

46. Разенкова Ю.А. Службы ранней помощи семье с особым ребенком: проблемы роста [Текст] / Ю.А. Разенкова // Синдром Дауна XXI век. – 2009. – № 1. – С. 42–47.

47. Рубцов В.В., Алехина С.В., Хаустов А.В. Непрерывность инклюзивного образования и психолого-педагогического сопровождения лиц с особыми образовательными потребностями [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. – 2019. – Том 11. № 3. – С. 1–14.

48. Рыженко И. В., Карданова М.С. Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятностные пути психологической помощи [Текст] /И.В. Рыженко, М.С. Карданова // Мир психологии. – 2003. – №3. – С.242–246.

49. Ряжева М.В. Феномен истощения ресурсов личности в ситуации пролонгированного стресса (на примере родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья): Квалиф. работа. [Текст] /М.В. Ряжева. – Кострома, 2012.

50. С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии: Сборник статей [Электронный ресурс] / Кривцова С.В., Лэнгле С., Ларченко О., – 5-е изд., (эл.) – Москва: Генезис, 2017. – 273 с.: – (Теория и практика экзистенциального анализа) ISBN 978-5-98563-509-6. – Текст: электронный. – URL: <https://znanium.com/catalog/product/979092>

51. Савенышева С.С., Аникина В.О., Мельдо Э.В. Факторы родительского стресса матерей детей раннего и дошкольного возраста: анализ зарубежных исследований [Текст] // Современная зарубежная психология. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 38–48.

52. Самсонова Е.В., Шеманов А.Ю. Методологические аспекты инклюзивного образования [Текст] /Е.В. Самсонова, А.Ю. Шеманов // Инклюзивное образование: преимущество инклюзивной культуры и практики. Материалы IV Международной научно-практической конференции. – М. – 2017. – С. 45–55.

53. Сергиенко А.И., Холмогорова А.Б. Посттравматический рост и копинг-стратегии родителей детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Сергиенко А.И., Холмогорова А.Б. // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 8–26.

54. Сергиенко А.И., Холмогорова А.Б. Симптомы депрессии, система убеждений и посттравматический рост родителей детей с ОВЗ [Текст] / Сергиенко А.И., Холмогорова А.Б. // Дефектология. – 2019. – № 4. – С. 23–37.

55. Сергиенко А.И. Эмоциональная дезадаптация и посттравматический рост родителя ребенка с ОВЗ: связь с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка [Электронный ресурс] / Сергиенко А.И. // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8. № 4. – С. 93–106.

56. Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б. Адаптация родителей к разным типам хронического инвалидизирующего заболевания ребенка (последствиями спинальной травмы и детского церебрального паралича в подростковом и юношеском возрасте) [Текст] / А.Ю. Суроегина, А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т.23, № 1. – С.177–195.

57. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. [Текст] / Н.В. Тарабрина. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.

58. Тарабрина Н.В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс [Текст] /Н.В. Тарабрина //Психологический журнал. – 2012 – Т.33, №6. – С. 20-33.

59. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии[Текст] /В.В. Ткачева. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2004. – 192 с.

60. Толкачева О.Н. Структурно-временная модель социально-психологической поддержки посттравматического роста личности [Текст] / О.Н. Толкачева // Интерактивная наука. – 2017. – № 11 (21). – С. 48-54.

61. Франкл В. Воля к смыслу [Текст] / В. Франкл. – М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 368 с.

62. Хазова С.А., Ряжева М.В. Динамика совладающего поведения родителей, воспитывающих ребёнка с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / С.А. Хазова, М.В. Ряжева // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2012; – Т. 18 – С.203–209.

63. Хаин А.Е., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психологической адаптации к стрессу в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у подростков и ухаживающих за ними матерей [Текст] / А.Е. Хаин, А.Б. Холмогорова // Вестник РГГУ. Психология. Педагогика. Образование. – 2017. – № 4. – С. 97–119.

64. Харламенкова Н.Е. Компенсация как один из механизмов психического развития личности [Текст] / Н.Е. Харламенкова // Принцип развития в современной психологии / Под. ред. А. Л. Журавлев, Е. А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. – 479 с. (Методология, теория и история психологии). – С. 235–253.

65. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства [Текст] / А.Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 1. – С.18–26.

66. Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли культурно-историческая концепция Л.С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? [Текст] / А.Б. Холмогорова., В.К. Зарецкий // Культурно-историческая психология. – 2011. – № 1. – С. 108–119.

67. Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н. Способность к эмпатии в контексте проблемы субъектности [Текст] / А.Б. Холмогорова, Е.Н. Клименкова // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 75–93.

68. Холмогорова А.Б., Сергиенко А.И., Герасимова А.А. Установка на поддержку субъектной позиции ребенка и посттравматический рост у родителей детей с ОВЗ [Текст] / Холмогорова А.Б., Сергиенко А.И.,

Герасимова А.А. // Культурно-историческая психология. – 2020. – Т. 16. № 1. – С. 13–24.

69. Хорошева Е.В. Сравнительное исследование семей, имеющих ребенка с нормативным и нарушенным развитием [Текст] / Е.В. Хорошева // Психологическая наука и образование. – 2010. – Том 15, № 5. – С. 52–59.

70. Шебанец Е.Ю. Факторы субъективного благополучия матери, имеющей ребенка-инвалида (с диагнозом ДЦП) [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01/ Шебанец Елена Юрьевна. – Краснодар: Универсервис, 2012. – 151 с.

71. Шеманов А.Ю. Социокультурные подходы к интеграции людей с ментальными нарушениями и психологическая реабилитация [Текст] /А.Ю. Шеманов // Сб. материалов научно-практической конференции «Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи». М.: МФЮА.–2016 – С.425–435.

72. Шипицына Л. М. "Необучаемый" ребенок в семье и обществе: социализация детей с нарушением интеллекта [Текст] /Л.М. Шипицына / /Ин-т спец. педагогики и психологии, Междунар. ун-т семьи и ребенка им. Рауля Валленберга. – Санкт-Петербург; Москва: Дидактика Плюс, 2002. – 495 с.

73. Щербакова А.М. Представления о семье и родительской роли взрослого у детей-сирот, воспитывающихся в институциональных условиях: проблема и пути решения [Текст] / А.М. Щербакова // Формирование представлений о семье и семейных отношениях в условиях образовательного учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: Серия «Ребенок без семьи». – М.: ОПОРА, 2011.

74. Эльконин Б.Д. Л.С. Выготский - Д. Б. Эльконин: знаковое опосредствование и совокупное действие [Текст] / Б.Д. Эльконин. // Вопросы психологии. –1996. – №5. – С. 57– 63.

75. Abbeduto, L. Psychological Wellbeing and Coping in Mothers of Youths with Autism, Down Syndrome, or Fragile X Syndrome [Text] / L. Abbeduto, M.M.

Seltzer, P. Shattuck // American Journal on Mental Retardation. – 2004. – №109 – P. 237–254.

76. Achenbach, T.M.; Rescorla L.A. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. [Text] / T.M. Achenbach; L.A. Rescorla // Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. – 2001. – P. 16–17.

77. Affleck G., Allen D.A., Tennen H. Causal and control cognitions in parents' coping with chronically ill children [Text] / G. Affleck, D.A. Allen, H. Tennen // Journal of Social and Clinical Psychology. – 1985. – №3. – P. 367–377.

78. Baker B.L., Blacher J., Crnic K. A. Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. [Text] / B. L. Baker., J. Blacher., K.A. Crnic. // American Journal on Mental Retardation. – 2002. – №107. – P. 433–441.

79. Baker B.L., Blacher J., Kopp C.B. Parenting children with mental retardation [Text] / B.L.Baker, J. Blacher, C. B. Kopp. // International Review of Research in Mental Retardation – 1997. – № 2 0. – P. 1–45.

80. Baker B L., McIntyre L.L., Blacher J. Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. [Elektronnyi resurs] / B.L. Baker., L.L. McIntyre., J. Blacher // Journal of Intellectual Disability Research – 2003. – №47 – P.217–230. https://www.researchgate.net/publication/41421128_Parenting_stress_and_coping_styles_in_mothers_and_fathers_of_pre-school_children_with_autism_and_Down_syndrome.

81. Baker-Ericzén, M.J., Brookman-Frazee, L., Stahmer, A. Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. [Text] / M.J. Baker-Ericzén., L. Brookman-Frazee., A. Stahmer. // Res. Pract. Pers. With Sev. Disabil. – 2005. – №30 (4) – P.194–204.

82. Barak-Levy, Y., Atzaba-Poria. N. Paternal versus maternal coping styles with child diagnosis of developmental delay [Text] / Y. Barak-Levy, N. Atzaba-Poria // Research in Developmental Disabilities. – 2013. – №34(6). – P. 2040-2046.

83. Barakat, L., Alderfer, M., Kazak, A.E. Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers [Text] / L. Barakat, M. Alderfer, A.E. Kazak // *Journal of Pediatric Psychology*. – 2006. – №31. – P. 413–419.
84. Bard, M., Sangrey, D. The crime victim's hook [Text] / M. Bard, D. Sangrey. – New York: Basic Books, 1979. – 238 p.
85. Barnett D. Building New Dreams: Supporting Parents' Adaptation to Their Child With Special Needs [Text] / D. Barnett; M. Clements, M. Kaplan-Estrin // *Infants & Young Children*. – 2003. – Vol.16, № 3 – P. 184–200.
86. Beck A., Hastings R.P., Daley D. Pro-social and behaviour problems independently predict maternal stress. [Text] / A. Beck., R.P. Hastings., D. Daley // *Journal of Intellectual & Developmental Disability* – 2004. – 29. – P. 339–49.
87. Bollnow O F. Krise und neuer Anfang. Beiträge zur pädagogischen Anthropologie [Text] / O.F. Bollnow. – Heidelberg, Quelle & Meyer. – 1966 – 152p.
88. Bowlby. J. Attachment and loss [Text] / J. Bowlby. Vol. 1. – Attachment. London: Hogarth, 1969. – 326 p.
89. Bučhi S. Grief and post-traumatic growth in parents 2–6 years after the death of their extremely premature baby [Text] / S. Bučhi, H. Močrgeli, U. Schnyder // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2007. – №76. – P.106–114.
90. Burke M.M., Hodapp R M. Relating stress of mothers of children with developmental disabilities to family – school partnerships [Text] / M.M. Burke, R.M. Hodapp//*Intellectual and Developmental Disabilities*– 2014–№52,1. –P.13-23.
91. Byra S., Žyta A., Čwirynkalo K. Posttraumatic growth in mothers of children with disabilities. [Text] / S. Byra, A. Žyta, K. Čwirynkalo // *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. – 2017. – Vol. 53 No. Supplement.–. P.15-27
92. Calhoun L.G., Tedeschi R.G., Cann A. Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth [Text] / L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi, A. Cann, et al // *Psychologica Belgica*. – 2010. – Vol. 50, № 1–2. – P. 125–143.
93. Cohan S.L., Chavira D.A., Stein M. B. Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the

literature from 1990-2005 [Text] / S.L. Cohan, D.A. Chavira, M. B. Stein //Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2006. – №47. – P.1085-1097.

94. Collins R.L., Taylor S.E., Skokan L.A. A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization [Text] / R.L. Collins, S.E. Taylor, L.A. Skokan //Social cognition. – 1990. – №8. – P. 263–285.

95. Colville G. Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: Maybe Nietzsche was right? [Text] / G. Colville // Archives of Disease in Childhood. – 2009. – №35. – P. 919–923.

96. Coyn J.C., Gotlib I.H. The role of cognition in depression: A critical appraisal [Text] / J.C. Coyn, I.H. Gotlib //Psychological Bulletin. –1983–№ 94. – P. 472–505.

97. Creamer, M., O'Donnell, M., Carboon, I. Evaluation of the Dispositional Hope Scale in injury survivors [Text] / M. Creamer, M. O'Donnell, I. Carboon // Journal of Research in Personality. – 2009. – №43(4). – P. 613–617.

98. Dabrowska, A. and Pisula, E. Parenting Stress and Coping Styles in Mothers and Fathers of Pre-School Children with Autism and Down Syndrome. [Elektronnyi resurs] /A. Dabrowska, and E. Pisula, //Journal of Intellectual Disability Research. – 2010. – №54. – P.266-280. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x>

99. Davis N.O., Carter A.S. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics [Text] / N.O. Davis, A.S. Carter // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – №38, 7. – P. 1278–1291.

100. Demerouti E., Bakker A.B., Leiter M. Burnout and job performance: The moderating role of selection, optimization and compensation strategies [Text] / E. Demerouti, A.B. Bakker, M. Leiter // Journal of Occupational Health Psychology. – 2014. – V. 19, № 1. – P. 96–107.

101. Duarte C. S., Bordin I. A., Yazigi L. Factors associated with stress in mothers of children with autism [Text] / C.S. Duarte., I. A. Bordin, L. Yazigi. // Autism. – 2005. – № 9, 4. – P. 416-427.

102. Endler, N.S., Parker, J.D. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. [Text] /N.S. Endler, J.D. Parker //Journal of Personality and Social Psychology. – 1990. – № 58(5). – P. 844–854.

103. Engel G. L. Is Grief a Disease?: A Challenge for Medical Research ... [Text] / G. L. Engel //Psychosomatic Medicine January – 1961. – Vol. 23, Issue 1. – P.18-22.

104. Engelkemayer, S., Mewit S. Posttraumatic growth in bereaved parents. [Text] / S. Engelkemayer, S. Mewit // Journal of Traumatic Stress – 2008. – № 21. – P.344–346.

105. Epstein, S. The stability of behavior: I. On predicting most of the people much of the time. [Elektronnyi resurs] /S. Epstein // Journal of Personality and Social Psychology. – 1979. – № 37(7). – P. 1097–1126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.7.1097>

106. Erikson, E. Childhood and society. [Text] / E. Erikson – New York: Norton, 1950. – 445p.

107. Erikson, E. Identity: Youth and crisis. [Text] / E. Erikson – New York: Norton, 1968. – 336 p.

108. Fairbairn, W. R. D. An object-relations theory of the personality. [Text] / W. R. D. Fairbairn – New York: Basic Books, 1952. – 14 p.

109. Fairthorne, J., Fisher, C., Bourke, J. Experiences impacting the quality of life of mothers of children with autism and intellectual disability. [Text] / J. Fairthorne, C. Fisher, J. Bourke //Psychology Research –2014–№ 4, 8. – P.666–684.

110. Frenkel-Brunswik E. Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual variable [Text] / E. Frenkel-Brunswik // Journal of Personality. – 1949. – Vol. 18 №1. – P. 108–143.

111. Frenkel-Brunswik E. Tolerance of Ambiguity as a Personality Variable [Text]/E. Frenkel-Brunswik//American Psychologist–948–Vol.3 №268–P. 385–401

112. Folkman S., Lazarus R.S. Coping and emotion [Text] / S. Folkman, R.S. Lazarus. // Stress and Coping: an Anthology / A. Monat, R.S. Lazarus (eds.). – New York: Columbia University Press, 1991. – P. 207–227.

113. Fornell, C G., Larcker, D.F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error [Text] / C.G. Fornell, D.F. Larcker //Journal of Marketing Research. – 1981 – №18(1). – P. 39–50.

114. Galea M. The Relationship of Personality, Spirituality and Posttraumatic Growth to Subjective Wellbeing. [Text] / M. Galea // Open Access Library Journal. – 2014. –№1(8). – P.1–10.

115. Glidden, L M., Natcher, A L. Coping strategy use, personality, and adjustment of parents rearing children with developmental disabilities [Text] / L.M. Glidden, A.L. Natcher //Journal of Intellectual Disability Research. – 2009 – № 53, 12. – P. 998–1013.

116. Greer, F.A., Grey, I.M., McClean, B. Coping and positive perceptions in Irish mothers of children with intellectual disabilities [Text] / F.A. Greer, I.M. Grey, B. McClean //Journal of Intellectual Disabilities. – 2006. – №10, 3. – P.231–248.

117. Hagedaars M.A., van Minnen A. Posttraumatic Growth in Exposure Therapy for PTSD. [Text] / M.A. Hagedaars, A. van Minnen // Journal of Traumatic Stress. – 2010. – №23(4). – P.504–508.

118. Hair J.F., Black, W.C. Babin, B.J. Multivariate data analysis. [Text] /J.F. Hair, W. C. Black, B J. Babin – Englewood Cliffs: Prentice Hall–2010 – 800p.

119. Harre R. Personal being. [Text] /R. Harre – Oxford: Blackwell–1983–300p

120. Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T. Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. [Text] / R.P. Hastings, H. Kovshoff, T. Brown. //Autism, 2005.9, №4, – P.377–391.

121. Hastings R.P., Beck A., Hill C. Positive contributions made by children with an intellectual disability in the family: mothers and fathers perceptions [Text] / R.P. Hastings, A. Beck, C. Hill //Journal of Intellectual Disabilities: JOID. – 2005 – № 9, 2. – P.155–165.

122. Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism,

[Text] / R.P. Hastings, H. Kovshoff, N.J. Ward //Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2005. – № 35, 5. – P. 635–644.

123. Helgeson V.S., Reynolds K.A., Tomich P.L. A meta-analytic review of benefit finding and growth. [Text] / V.S. Helgeson, K.A. Reynolds, P.L. Tomich // Journal of Consulting and Clinical Psycholog. – 2006. – №74(5) – P.797–816.

124. Higgins, J.E., Endler, N. Coping, Life Stress and Psychological and Somatic Distress. [Elektronnyi resurs] / J.E. Higgins, N. Endler // European Journal of Personality. – 1995 – 9. – P.253-270.

125. Hungerbuehler I., Vollrath M.E., Landolt M.A. Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses [Text] / I. Hungerbuehler, M.E. Vollrath, M.A. Landolt//Journal of Health Psychology–2011–№16(8)–P.1259-1267

126. Janoff-Bulman R., Frieze I.H. A theoretical perspective for understanding reactions to victimization [Text] / R. Janoff-Bulman, I. H. Frieze // Journal of Social Issues. – 1983. – №39. – P. 1-17.

127. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models [Text] /R. Janoff-Bulman // Psychological Inquiry. – 2004. – Vol.15, №1 – P.30–34.

128. Janoff-Bulman, R. Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. [Text] / R. Janoff-Bulman. – New York: Free Press, 1992. – 256 p.

129. Janoff-Bulman, R., McPherson Frantz, C. The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life [Text] / R. Janoff-Bulman, C. McPherson Frantz. //In M. J. Power & C. R. Brewin (Eds.) The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice: John Wiley & Sons Inc, 1997 – P. 91–106.

130. Jones, L. Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: The mediating role of mindfulness and acceptance. [Text] / L. Jones, R.P. Hastings, V. Totsika //American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. – 2014 – №2(171) – P. 171-185.

131. Joseph S., Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress [Text] / S. Joseph // Psychological Topics. – 2009 – №18, 2 – P. 335–344.

132. Joseph S., Linley P.A. Psychological assessment of growth following adversity: A review. [Elektronnyi resurs]/ In S. Joseph, P.A. Linley (Eds.) //Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. – Hoboken, NJ: Wiley, 2008 – P.21–38. (PDF) What doesn't kill us: Stephen Joseph discusses the psychology of post-traumatic growth. Available from: https://www.researchgate.net/publication/256408743_What_doesn't_kill_us_Stephen_Joseph_discusses_the_psychology_of_post-traumatic_growth

133. Kauffman, J. Safety and the assumptive world: A theory of traumatic loss. [Text] / J. Kauffman //In J. Kauffman, The series in trauma and loss. Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss–Brunner-Routledge, 2002 –P.205–211

134. Knussen, C., Sloper, P. Stress in families of children with disability: A review of risk and resistance factors [Text] / C. Knussen, P. Sloper //Journal of Mental Health. – 1992 – №1(3). – P. 241–256.

135. Koegel, R., Loos, L., Moes, D. Stress profiles for mothers and fathers of children with autism. [Text] / R. Koegel, L. Loos, D. Moes Schreibman, L. //Psychol. Rep. – 1992 –№71. – P. 1272–1274.

136. Landau M.J., Kay A.C., Whitson J.A. Compensatory control and the appeal of a structured world [Text] / M.J. Landau, A.C. Kay., J.A. Whitson // Psychological Bulletin. – 2015. –Vol. 141, №3. – P. 694–722.

137. Linley P.A., Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review [Elektronnyi resurs]/ P.A. Linley, S. Joseph// Journal of Traumatic Stress –2004–№17–P.11-21<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>

138. Love C., Sabiston C.M. Exploring the links between physical activity and posttraumatic growth in young adult cancer survivors. [Text] /C. Love, C.M. Sabiston //Psycho-Oncology. –2011. –№ 20(3) –P. 278–286.

139. Marcovitch Sh., Goldberg S., Lojkasek M. The concept of difficult temperament in the developmentally disabled preschool child. [Elektronnyi resurs] / Sh. Marcovitch, S. Goldberg, M. Lojkasek //Journal of Applied Developmental Psychology. – 1987. – Vol. 8. №2 – P. 151-164.

140. Margalit, M., Shulman, S. Stuchiner, N. Behavior disorders and mental retardation: the family system perspective [Text] / M. Margalit, S. Shulman, N. Stuchiner //Research in Developmental Disabilities. – 1989. – №10. – P. 315–326.
141. Marris P. Loss and Change. Reports of the Institute of Community Studies. [Elektronnyi resurs]/ P. Marris. Loss and Change. – London: Routledge and Kegan Paul, 1974 – 178 p.
142. McCubbin H.I. Family Schema, Paradigms and Paradigm Shifts. Components and Processes of Appraisal in Family Adaptation to Crises [Text] / H.I. McCubbin et.al. //in Cognitive coping, families, and disability. – Baltimore, MD: Paul H. Brookes – 1993. – P. 239–255.
143. Morrill E.F. The interaction of post-traumatic growth and posttraumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. [Text] / E.F. Morrill et.al. //Psycho-Oncology. –2008 – №17(9) – P. 948–953.
144. Parkes C.M. Determinants of outcome following bereavement. Omega. [Elektronnyi resurs] / C.M. Parkes // Journal of Death and Dying. – 1975. – №6(4). – P.303–323. <https://doi.org/10.2190/PR0R-GLPD-5FPB-422L>
145. Patterson J.M. The Role of Family Meaning in Adaptation to Chronic Illness and Disability [Text] / J.M. Patterson // Cognitive Coping, Families and Disability. – Baltimore, 1993. – P. 221–238.
146. Perloff L.S. Perceptions of vulnerability to victimization. [Text] /L.S. Perloff //Journal of Social Issues. –1983. – №39(2). – P.41-62.
147. Peters R.S. Education of emotions. [Text] / R.S. Peters. In: Feelings and emotions: The Loyola simposium. – N. Y., 1970. – P.187 –203.
148. Prati G., Pietrantonio L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. [Text] / G. Prati, L. Pietrantonio //Journal of Loss and Trauma. – 2009. – №14(5). – P. 364–388.
149. Quasir A., Riaz A., Sohail A. Co-morbidity of mental health problems among working and non-working mothers of children with intellectual disability [Text] / A. Quasir, A. Riaz, A. Sohail, // Journal of Pakistan Psychiatric Society. – 2015. – №12, 4. – P.18-21.

150. Randles D., Inzlicht M., Proulx T. Is dissonance reduction a special case of fluid compensation? Evidence that dissonant cognitions cause compensatory affirmation and abstraction [Text] / D. Randles, M. Inzlicht, T. Proulx // Journal of Personality and Social Psychology. – 2015. – Vol. 108. №5. – P. 697–710.

151. Richardson, G.E. The metatheory of resilience and resiliency. [Text]/ G.E. Richardson //Journal of Clinical Psychology. – 2002. –№ 58. – P.307–321.

152. Roger V.M. An examination of the relationships among trauma, posttraumatic growth and related factors. [Text] / V.M. Roger //Doctoral dissertation. 2007. ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3268719).

153. Rubin O., Schreiber-Divon M. Mothers of Adolescents with Intellectual Disabilities: The «Meaning» of Severity Level [Text] / O. Rubin, M. Schreiber-Divon //Psychology. – 2014. – №5. – P. 587–594.

154. Schorr, Y. H., Roemer, L. Posttraumatic meaning making: Toward a clearer definition. [Text] / Y. H. Schorr, L. Roemer //Poster presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies in Baltimore, Maryland, USA. – 2002.

155. Schutte N.S., Malouff J.M. The impact of signature character strengths interventions: A meta-analysis [Text] / N.S. Schutte, J.M. Malouff // Journal of Happiness Studies. – 2019. – Vol. 20 (4). – P. 1179–1196.

156. Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey D. The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations [Text] / K. Scorgie, L. Wilgosh, D. Sobsey //Developmental Disabilities Bulletin. – 2004. – Vol. 32, №1. – P. 84–110.

157. Scorgie K, Sobsey D. Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities [Text] / K. Scorgie, D. Sobsey // Mental Retardation. – 2000. – Vol. 3, №3. – P. 195–206.

158. Sears, S.R., Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive re-appraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. [Text] / S.R. Sears, A.L. Stanton, S. Danoff-Burg //Health Psychology. – 2003. – №22. – P. 487– 487.

159. Seidmahmoodi J., Rahimi C., Mohamadi N. Resiliency and religious orientation: Factors contributing to posttraumatic growth in Iranian subjects [Text] / J. Seidmahmoodi, C. Rahimi, N. Mohamadi //Iranian Journal of Psychiatry. – 2011. – № 6(4). – P.145–150.

160. Sharpley C.F., Bitsika V., Efremidis B. Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. [Elektronnyi resurs] / CF Sharpley. V. Bitsika, B. Efremidis //J Intellect Dev Disabil – 1997 – №22: – P. 19–28. (2) (PDF) The estimation of the functioning of families with ASD children. www.researchgate.net/publication/338078858_The_estimation_of_the_functioning_of_families_with_ASD_children.

161. Shear K., Shair H. Attachment, loss, and complicated grief [Text] / K. Shear, H. Shair //Developmental Psychobiology. – 2005. – №4. – P. 253-267.

162. Sheikh A.I., Marotta S.A. A cross-validation study of the Posttraumatic Growth Inventory [Text] / A.I. Sheikh, S.A. Marott //Measurement and Evaluation in Counseling and Development. – 2005. – №38(2). – P.66–77.

163. Sheikh A. Posttraumatic growth in trauma survivors: Implications for practice [Text] / A. Sheikh // Counseling Psychology Quarterly. – 2008. – №21(1). – P. 85–97.

164. Shyam R., Govil D. Stress and family burden in mothers of children with disabilities, [Text] / R. Shyam., D. Govil // International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies. – 2014 – №1, 4. – P.152-159.

165. Spratt E.G., Saylor C.F., Macias M.M. Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). [Text] / E.G. Spratt, C.F. Saylor, M.M. Macias //Preview.Families, Systems, Health – 2007–№25–P.435–49

166. Stein D.J. Schemas in the cognitive and clinical sciences: an integrative construct [Text] / D.J. Stein // Journal of Psychotherapy Integration. – 1992. – № 2. – P. 45–63.

167. Sullivan, H. S. The interpersonal theory of psychiatry. [Text] / H. S. Sullivan. – New York: Norton, 1953. – 393p.

168. Taku K., Cann A., Calhoun L.G. The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis [Text] / K. Taku, A. Cann, L.G. Calhoun et al // Journal of Traumatic Stress. – 2008. – Vol.21 №2. – P. 158–164.

169. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G., Groleau J.M. Clinical Applications of Posttraumatic Growth. [Text] / R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun, J.M. and Groleau. //In Joseph, S. (ed.) Positive Psychology in Practice: Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education, and Everyday Life. – Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, – 2015. – P. 503 – 518.

170. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. [Text] / R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun // Psychological Inquiry. – 2004 –Vol.15, №1 – P.1–18.

171. Tedeschi R.G., Shakespeare-Finch J., Taku K. Posttraumatic growth: theory, research and applications [Text] / R.G. Tedeschi, J. Shakespeare-Finch., K. Taku. – New York, NY: Routledge, 2018. – 256 p.

172. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering [Text]/ R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun. –Thousand Oaks, CA: Sage Publications. –.1995. – 175 p.

173. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. [Text] / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun //Journal of Traumatic Stress. – 1996. – №9. – P.455–471.

174. Tomanik S., Harris G.E., Hawkins J. The relationship between behaviour exhibited by children with autism and maternal stress. [Text] / S. Tomanik, G.E. Harris, J. Hawkins //Journal of Intellectual &Developmental Disability. – 2004 – №29. – P. 16 – 26.

175. Wade G.H. A concept analysis of personal transformation. [Text] / G.H. Wade //Journal of Advanced Nursing. – 1998. – №28. – P. 713 –719.

176. Wataru I., Taku K. Roles of Re-Examination of Core Beliefs and Rumination in Posttraumatic Growth among Parents of Children with Cancer:

Comparisons with Parents of Children with Chronic Disease. [Text] / I. Wataru., K. Taku // Article in Cancer Nursing – 2019 – P. 1–29.

177. Weinstein N.D. Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. [Text] / N.D. Weinstein // Health Psycholog. – 1983. – №2 –P.11–20.

178. Weisman A.D. Coping with Cancer Stress: [Text] / A.D. Weisman. – Boston Harvard Medical School, 1986. – 204p.

179. Willey R. The gift of trauma: Stories of posttraumatic growth and spiritual transformation in war survivors from Uganda and Viet Nam. [Text] / R. Willey //Doctoral dissertation. 2013.: ProQuest Dissertations and Theses database.

180. Wolfenstein, M. Disaster: A psychological essay. [Text] / M. Wolfenstein. – Glencoe, IL: The Free Press, 1957– 231p.

181. Wurm S., Warner L. M., Ziegelmann J.P. How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy? [Text] / S. Wurm., et. al // Psychology and Aging. – 2013. –Vol. 28, №4. – P. 1088–1097.

182. Zerach G., Solomon Z., Cohen A. PTSD, Resilience and Posttraumatic Growth Among Ex-Prisoners of War and Combat Veterans. [Text]/ G. Zerach., Z. Solomon., A. Cohen //Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. – 2013. – №50(2). – P. 91–99.

183. Zhang, W., Yan, T.T., Barriball, K L. Post-traumatic growth in mothers of children with autism: A phenomenological study. [Text] / W. Zhang, T.T. Yan., K. L. Barriball //Autism. – 2015. – №19(1). – P. 29–37.

184. Zhang, W., Yan, T., Du, Y., Liu, X. Relationship between coping, rumination and posttraumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorders. [Text] / W. Zhang., T. Yan., Y. Du., X. Liu //Research in Autism Spectrum Disorder. – 2013. – №7(10). – P.1204–1210.

185. Zisook S., Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know [Text] / S. Zisook, K. Shear // World Psychiatry–2009–Vol.8, №2–P.67–74.

186. Zoellner T., Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology - A critical review and introduction of a two component model [Text] /T. Zoellner., A. Maercker // Clinical Psychology Review. – 2006. – № 26 – P. 626–653.

Приложение

Приложение 1

Таблица 1

Копинг-стратегии, оказывающие влияние на эмоциональное благополучие (шкала «Депрессия») (N=113)

Независимые переменные	Beta	T	P
Конфронтативный копинг	0,178	1,833	0,074 ^t
Планирование решения проблемы	-0,226	-2,167	0,020*
Дистанцирование	-0,383	-3,684	0,001***
Принятие ответственности	0,221	2,150	0,035*
Бегство-избегание	0,440	4,032	< 0,001***

Примечание: Beta (β) – стандартный коэффициент регрессии; t–критерий Стьюдента; p – уровень статистической значимости β . ^t p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Таблица 2

Копинг-стратегии, оказывающие влияние на шкалу «Когнитивно-аффективная депрессия» (N=113)

Независимые переменные	Beta	T	P
Конфронтативный копинг	0,180	1,903	0,061 ^t
Планирование решения проблемы	-0,198	-1,942	0,042 *
Дистанцирование	-0,367	-3,618	0,001***
Принятие ответственности	0,282	2,808	0,006**
Бегство-избегание	0,429	4,026	< 0,001***

Примечание: Beta (β) – стандартный коэффициент регрессии; t - критерий Стьюдента; p - уровень статистической значимости β . ^t p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Копинг-стратегии, оказывающие влияние на шкалу «Соматическая депрессия» (N=113)

Независимые переменные	Beta	T	P
Планирование решения проблемы	-0,214	-1,770	0,048*
Дистанцирование	-0,304	-2,515	0,029*
Бегство-избегание	0,330	2,599	0,008**

Примечание: Beta (β) – стандартный коэффициент регрессии; t - критерий Стьюдента; p - уровень статистической значимости β . ^t p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Приложение 2

Ниже представлена беседа-интервью с матерью ребенка с РАС (14 лет), семья не полная. Подросток с высоким интеллектом, но с поведенческими проблемами. По данным исследования у матери низкий уровень ПТР.

Социодемографические данные ребенка и матери, а также целый ряд фактических данных в интервью изменены так, чтобы нельзя было идентифицировать конкретного человека. Для этого в целом ряде случаев взяты типичные ответы на вопросы и описания событий из жизни матерей детей с ОВЗ.

П. – психолог

М. – мать ребенка с ОВЗ

П. (1) Добрый день! В каком возрасте и как Вы узнали о том, что у О. есть РАС?

М. (2) Наверное, после трех с половиной лет я начала обращать внимание на какие-то проблемы. (3) И мы легли на консультацию в больницу. (4) Но вместо помощи ему начали давать лекарства, которые спровоцировали ухудшение. (5) Это все меня очень потрясло. (6) Никакого результата госпитализация не дала... кроме того, что очень сильно усугубила наше состояние. (7) И потом я уже обращалась по месту жительства к психиатру и получила консультацию в больнице. (8) Там поставили ему диагноз. (9) У меня конечно было ужасное потрясение, и я как бы не могла долго с этим ни согласиться, ни смириться конечно.

П. (10) Долго - это сколько примерно?

М. (11) Ну я, наверное, и по сегодняшний день не смирилась с этим и пытаюсь что-то изменить.

П. (12) Как Ваши окружающие, близкие отреагировали на эту новость?

М. (13) У меня очень сузился круг знакомств. (14) По сегодняшний день очень мало посвященных, которые знают, что у О. есть какие-то проблемы...

это очень близкие люди. (15) Потому что я никогда не озвучиваю его диагноз, так как если он странный, то пускай таким и кажется людям.

П. (16) Я правильно понимаю, что не хотите дополнительно стигматизировать ребенка?

М. (17) Ну да, очень-очень узкий круг знает, что у него какие-то проблемы.

П. (18) Остальные просто не замечают, не знают, или Вы с ними просто не общаетесь?

М. (19) Нет, очень сузился круг знакомых. (20) Мы мало с кем встречаемся. (21) Просто физически не видят его и его проблемы. (22) Тем не менее, те, кто видят, то каждый раз... мы опять же очень редко с кем-то встречаемся, живем мы камерно. (23) Но когда его кто-то видит, то говорят, что большая разница между тем, каким он был и каким стал. (24) Постоянно какой-то прогресс в положительную сторону все видят.

П. (25) Да, он молодец! (26) У него очень хороший прогресс. (27) Он даже очень близок к К. по уровню.

М. (28) Ну К. гораздо более сохранен, но у него другая проблема... то, что родители так же, как и я, не принимают этой проблемы и, наверное, потому у него больше проблем, чем могло бы быть.

П. (29) Как Вы думаете, как понимание и принятие диагноза ребенка могло бы изменить Вашу ситуацию?

М. (30) Я бы не сказала, что мое неприятие этой ситуации как-то сказывается. (31) Может быть я не объективна конечно, но мне кажется, что мое неприятие О. все же идет на пользу, потому что я не опускаю руки, стараюсь его тянуть к норме. (32) Любая мать не объективна. (33) У нас шоры на глазах, и мы видим только то, что нам нужно видеть. (34) Вижу цель и не вижу препятствий.

П. (35) Как это еще повлияло на Вас, на Вашу жизнь?

М. (36) Это в корне изменило мою жизнь, потому что я очень общительный человек по натуре. (37) У меня была работа интересная. (38) Я лишена возможности работать и по сегодняшний день. (39) Меня уговаривают выйти

на работу, но я понимаю, что это нереально. (40) Мне говорят, что можно найти няню, но ни одна няня не будет так заниматься с ребенком, как я с ним занимаюсь – это никому не нужно, ни за какие деньги. (41) Это каждодневный тяжелый труд. (42) Поэтому я не могу ни на кого переложить, потому что никто не справится лучше, чем я.

П. (43) Еще как-то повлияло? (44) Может быть на Ваше видение будущего?

М. (45) Ну вот как-то я не очень радужно свое будущее и будущее О. вижу. (46) И, конечно, был бы огромный плюс к социализации если бы был второй ребенок. (47) Это была бы совсем другая ситуация. (48) Не важно старший или младший, но я понимаю, что это очень здорово выстреливает если есть постоянное общение. (49) Еще может быть животное какое-то было бы большим плюсом. (50) Но у нас, к сожалению, так как мы вдвоем живем, нет такой возможности. (51) Животное мы завести не можем, так как мы время от времени куда-то уезжаем и оставить его будет не с кем. (52) И для животного это будет потрясение и большой проблемой будет договариваться с кем-то. (53) Это было бы очень большим плюсом, но к сожалению, у нас ни того, ни другого нет.

П. (54) Какие переживания и трудности сейчас есть? (55) Когда уже прошло такое значительное время после постановки диагноза (11 лет) и прошло первое потрясение. (56) Какие может быть тогда были мысли, когда только узнали.

М. (57) Тогда было больше надежд конечно, что это можно все преодолеть с годами. (58) А сейчас понимаешь, что такой динамики сумасшедшей, на которую я рассчитывала, никогда не будет. (59) И, конечно, маленькие детки – это маленькие проблемы, большие детки – это еще большие проблемы. (60) Очень страшно себе представить, что будет дальше. (61) На сегодняшний день вообще не знаешь, что будет дальше. (62) Дистанционное обучение – это убийственно для таких детей (*осознанно игнорируют дистанционное обучение*), потому что вся социализация сходит на нет. (63) Хорошо, что у нас осталась возможность заниматься спортом. (64) Потому что на сегодняшний

день посадили всех и они лишены любой возможности общаться. (65) У нас хотя бы есть спорт, который, во-первых, это выброс эмоциональный, и все-таки какое-то движение, контакты и все-таки что-то. (66) А вообще очень страшно, так как не знаю после школы что делать и куда идти. (67) Если раньше были иллюзии, что будет высшее образование, то теперь понятно, что этого не будет. (68) И я если честно, не рассчитываю на то, что он сможет где-то работать. (69) В каком-то творчестве он да, смог бы. (70) Но опять же, нужно чтобы все что он делает кто-то реализовывал, чтобы это было кому-то нужно, и кто-то этим занимался. (71) Все под большими вопросами. (72) Вроде бы я очень стараюсь его вытянуть, но я понимаю, что при получении инвалидности все эти плюсы могут оказаться минусами. (73) Потому что они будут считать, что он достаточно социализирован и сможет сам себя обеспечивать. (74) Но это не так, он этого не сможет сделать. (75) Опять же, инвалидизация дает то, что скорей всего ему дадут не его диагноз, а как правило у нас дают шизофрению. (76) А шизофрения подразумевает, что совсем ни в какой работе нельзя будет себя реализовать. (77) Хотя мы не ходим и не крутим диагнозами перед всеми, но тем не менее, это закрывает большое количество дверей. (78) Вряд ли что-то изменится в системе через два года и тем более сейчас инвалидность дают дистанционно, никто его смотреть не будет. (79) И потом такие моменты тоже очень частный случай, но меня очень пугает, что не будут давать розовую справку на руки, а она теперь будет в электронном виде. (80) Получается, О. будет сложно ходить и добиваться, что у него этот статус имеется и такие прям элементарные вещи станут сложными. (81) Понятно, что сейчас мы все ограничены, но раньше у нас как минимум раз в месяц был поход в музей и теперь с этим сложно. (82) Даже эту возможность сходить в музей у него с этими нововведениями... он скорей всего будет этого лишен.

П. (83) Дополнительные сложности.

М. (84) Да, да! (85) Так как таким людям вообще сложно чего-то добиваться. (86) Так как они не погружаются в процесс.

П. (87) Как изменилась Ваша жизнь, когда О. начал заниматься спортом?
(88) Не ваша с О. вместе, а именно Ваша.

М. (89) С одной стороны это очень тяжело в первое время, так как я таскала на себе тяжести, снаряжение: из трамвая в метро, из метро еще дойти и обратно. (90) Это очень тяжело. (91) Переживала, потому что для нас спорта не было. (92) Этот вид спорта изначально для ДЦП, а мы туда попали только потому, что пришли туда первыми. (93) И сначала на нас внимания не обращали, пока не появился другой тренер, который обратил внимание и поверил в О. (94) И когда появились соревнования, его начали брать на фестиваль, то и у меня второе дыхание открылось и у него появился большой интерес ко всему. (95) Он конечно научился инструкции выполнять. (96) До сих пор сами тренеры и никто не понимает, потому что казалось бы – такие дети не должны играть, но О. успешно играет. (97) Теперь он еще дополнительно занимается и футболом, это была его мечта. (98) И достаточно успешно занимается.

П. (99) А что это для Вас? (100) Какие мысли, чувства возникали? (101) Может быть на самоощущение повлияло?

М. (102) Для него самоутверждение и для меня тоже, что он все-таки на что-то способен. (103) А еще остальные видят, что у него что-то получается.

П. (104) То есть доказательство того, что О. может!

М. (105) Ну да! (106) Потому что мало кто в них верит вообще.

П. (107) Я правильно понимаю, что и Ваша вера укрепилась в то, что он может?

М. (108) Да, да! (109) Это меня очень подняло. (110) Потому что до этого было очень тяжело. (111) Уже просто никаких сил и надежд не было ни на что. (112) А тут появилось что-то новое и это получается. (113) Потому что мы пробовали в театр. (114) Он очень артистичен, но режиссер не знает, как с ним работать. (115) Просто именно не знает. (116) Поэтому он его не ставит на какую-то роль. (117) Это не очень понятно, потому что мы были в другом месте у ... *(называет известную фамилию)* и там нас ждут, но финансово я не

могу себе этого позволить. (118) Бесплатного очень мало сейчас, обычно это разовые какие-то гранты. (119) Хорошо, что в спорте у нас все стабильно. (120) Но то, куда мы ходим изначально для детей только до 18 лет, то есть еще несколько лет еще и все. (121) Но еще футбол останется скорей всего. (122) Если бы не он, то я не представляю, как еще мы бы дальше жили. (123) Закончилось бы все! (124) Потому что это очень большая интересная жизнь: все эти соревнования, фестивали, мероприятия постоянные. (125) Это многое нам дает.

П. (126) Правильно ли я понимаю, что одним из переломных моментов был спорт, когда открылись новые возможности для О.?

М. (127) Да, мы уже 3 года занимаемся. (128) И это дало большой шаг вперед.

П. (129) Было ли что-то, что изменило Ваше видение будущего, что Вы открыли для себя какие-то новые возможности?

М. (130) Получается, что... я говорю... пока это есть, то есть. (131) А если закончится, то ничего другого не будет. (132) Конечно говорят, что есть замещение одного другим и если теряешь в одном месте, то потом где-то в другом найдешь, но вот пока это все, что у нас есть.

П. (133) А были ли еще какие-то переломные моменты на позитив кроме футбола?

М. (134) Даже не знаю... периодически у О. какие-то вспышки, он чем-то увлекается и долго в этом «варится», потом насыщается и находится что-то следующее. (135) На самом деле, проблем его занять у меня нет. (136) Он очень самодостаточный, умеет думать. (137) Он очень много интересуется всем вокруг, несмотря на то, что очень ограниченное время пользуется телефоном и компьютером – только когда я куда-то ухожу или мне надо чем-то его занять. (138) И то я знаю, что он будет там искать. (139) Он будет искать музыку, книги, картинки. (140) Он будет искать определенные вещи по интересующим его темам. (141) И не то чтобы он заикливался на одном, а все время находит что-то новое. (142) Понятно, что его интересы вряд ли

интересны еще кому-то постороннему. (143) Но тем не менее, я понимаю... в музыке у него абсолютный слух, и он может часами играть, напеть любую мелодию. (144) Рисует он очень хорошо. (145) Может рисовать часами и если ему какой-то художник стилистически нравится, то он может сидеть и перерисовывать. (146) У него очень хорошо получается. (147) При чем, это началось еще очень давно. (148) Например, *(имя художника)*! (149) Он перерисовывал все картины по памяти в его стиле.

П. (150) Есть такой проект, где ребята с ОВЗ рисуют принты для одежды и даже что-то зарабатывают.

М. (151) Да? (152) Надо посмотреть. (153) Он сейчас увлекся новой темой и даже слепил всех персонажей. (154) Сделал из пластилина кукол. (155) Нужны были какие-то дополнительные элементы – он попросил, и мы нашли. (156) Ну просто супер получилось! (157) Я удивляюсь, как он это все сделал! (158) Недавно он тоже делал героя любимой книги у которого очень тонкая шея, миллиметра 3. (159) А голова тяжелая! (160) Я сказала, что шея не выдержит. (161) И О. нашел и воткнул палочку - прекрасно держится голова! (162) Наверное, как скульптор-кукольник он был бы очень хорош, любит это все делать.

П. (163) Смотрите, сколько у О. возможностей и способностей!

М. *(говорит с гордостью)* (164) У него уникальная память, и он идеально воспроизводит всю цветовую гамму одежды, цвета волос своих персонажей. (165) У меня было потрясение, когда ему было года три, то у него была раскраска по мультику и его случайно показали по телевизору. (166) Я смотрю на картинку, а она разукрашена один в один как в мультике по памяти. (167) Ну память у них у всех такая уникальная.

П. (168) Как Вы думаете, как-то повлияли на Ваше самоощущение контакты с нужными специалистами?

М. (169) Конечно! (170) Мало специалистов, которые хорошо помогали, но они встречаются. (171) Спецов, которые могут помочь прям очень мало. (172) О. больше года ходил на танцы и двигался очень неуклюже, а в последний раз

в санатории была преподаватель, которая работала по особой методике (173) Первый раз она взяла детей таких и попробовала заниматься. (174) Они слушали музыку, отмечали какие впечатления и ощущения она вызывает и как это двигаться под музыку. (175) За 10 занятий О. стал очень красиво двигаться. *(много рассказывает про музыку, танцы)* (176) У О. очень большой скачок после этого в функциональном плане и в плане музыки. (177) Заинтересовался классической музыкой и начал искать ее в интернете по названиям.

П. (178) Помогала ли Вам как-то поддержка родительского сообщества, родители, группы родителей? (179) Ощущали ли Вы поддержку?

М. (180) Мне как-то... не знаю... (181) Мне конечно советы других родителей помогали. (182) Но я не знаю почему, но у меня на это очень мало времени. (183) Только если мне кто-то конкретно подскажет или расскажет, а найти что-то в чатах, спросить у кого-то у меня не бывает времени. (184) Нет времени даже читать, очень редко что-то пишу сама. (185) Действительно, советы других родителей больше всего помогают, потому что специалисты редко могут направить в нужном направлении. (186) Хотя у нас была хорошая психиатр в детской поликлинике и много хороших вещей рекомендовала. (187) Но вообще, конечно было плохо. (188) А сейчас ситуация намного лучше. (189) Деток маленьких, кому ставят диагноз, направляют более точно и они лучше компенсируются. (190) Я видела недавно несколько очень хорошо скомпенсированных детей лет семи... и когда спрашивала у родителей куда они обращались, то узнала так много нового... когда О. был маленький – такого не было. (191) Мы все были как слепые котята: где-то шишки набивают, где-то хороший эффект получают.

П. (192) Религия как-то повлияла на Вас в этой ситуации?

М. (193) У меня наоборот произошел прям такой слом. (194) То есть до того, как у меня появился ребенок не могу сказать, чтоб я была воцерковленной, но я была достаточно верующим человеком. (195) Когда появились первые проблемы у О., то я тоже пыталась с помощью религии найти какую-то поддержку. (196) А потом прям совсем все сошло на нет. (197)

У меня блок появился, и я теперь не знаю... теперь это только ритуал: покрасить яйца, нарядить елку и все. (198) И как-то даже я теперь храмы именно с эстетической и с культурной точки зрения рассматриваю. (199) Мне интересно именно как произведение искусства. (200) Я прихожу и именно эстетическое получаю удовольствие. (201) Понятно, что я поставлю свечки, но как-то все это... (202) Нам всегда интересно с О. зайти и посмотреть на красивый храм. *(рассказывает про красивые храмы)*

П. (203) Что именно в Вас, как в личности, что в Вашей жизни изменилось после того, как О. поставили диагноз?

М. (204) Я стала очень замкнутой. (205) Еще очень повлияла ситуация с карантинном. (206) Очень закрытыми мы все стали. (207) Нас приучили сидеть дома и мне теперь очень комфортно, не хочется никуда выходить.

П. (208) А что-то еще изменилось?

М. (209) Я раньше была более уверенным в себе человеком, добивалась каких-то целей. (210) А теперь мне все очень непросто дается. (211) Переламаываю сама себя, уговариваю, что ради ребенка надо это сделать, но... очень стала тугой. (212) Трусихой стала!

П. (213) В жизни еще что-то изменилось?

М. (214) Очень ситуация с карантинном изменила все в худшую сторону. (215) Я понимаю, что О. привык к тому, что мы никогда не сидели долго на одном месте и все время куда-то ходили, но сейчас некуда. (216) Хотя летом мы сходили на в музей. (217) Я люблю это и ему очень интересно. (218) О. просит сходить в театр, а я говорю: «Оооооо... не скоро мы туда сходим».

П. (219) А какие позитивные изменения произошли в Вашей жизни?

М. (220) Как мои друзья мне говорят, что я правильно его воспитала. (221) Мы с ним варимся в одном котле. (222) Он очень многие мои интересы разделяет. (223) Мне очень приятно, что у меня растет такой хороший компаньон. (224) Приятно, что человек разделяет мои интересы *(смеется)*.

П. (225) Это действительно приятно, что у Вас похожие интересы! (226) Что-то еще было, что Вас вдохновляет?

М. (227) Я очень радуюсь его успехам. (228) Второй год подряд мы вдвоем справляем Новый год. (229) Это О. предложил устроить вечеринку и даже продумал программу. (230) Но я даже не знаю где он взял идею.

П. (231) То есть О. уловил Ваш прошлогодний порыв и в этом году сам проявила инициативу! (232) А про подобные вечеринки часто можно услышать в подростковых сериалах или мультиках.

М. (233) Да? (234) Я телевизор давно не смотрю и мне это очень помогло. (235) Особенно, когда нас посадили на карантин. (236) Я чуть не сошла с ума из-за того, что показывают! (237) И потому решила не смотреть телевизор. (238) В целом, выбирать не из чего и живем с тем, что есть. (239) Очень страшно как будет дальше. (240) Если раньше ждал будущего и надеялся, что будет лучше, а теперь сложно ожидать чего-то хорошего. (241) Так как и мир меняется, к сожалению. (242) Понимаешь, что твой ребенок нужен только тебе и больше никому.

П. (243) А поддержку кто-то Вам оказывает? (244) От кого Вы принимаете поддержку? (245) И принимаете ли.

М. (246) Мне друзья все время звонят: и с бывшей работы, и по интересам. (247) Не все знают про мои проблемы, но созваниваемся. (248) Сестра тоже периодически звонит. (249) Сейчас сложно, раньше можно было куда-то ходить. (250) Сейчас изоляция очень усугубляет ситуацию.

П. (251) А в каком смысле усугубляет?

М. (252) Дома комфортно и дома проблем никаких нет. (253) Сложнее каждый раз выходить в мир, потому что там все по-другому.

П. (254) Там все непредсказуемо?

М. (255) Да, начинается вторичная аутизация! (256) У кого-то она врожденная, а у кого-то приобретенная. (257) Для наших детей это все ужасно и тяжело носить маски. (258) Для моего О. это все равно – он может легко одеть, но я понимаю, что для кого-то это ужасно. (259) У меня у самой астма и мне тяжело физически. (260) А еще когда видишь людей в маске, то это очень ломает психику. (261) Я просто не знаю, может быть напрасно об этом думаю,

но для таких людей это очень плохо и способствует еще большей аутизации. (262) Вся ситуация складывается так, чтобы выбросить их на обочину. (263) Кстати, если бы была возможность, то я бы как некоторые перешла бы на семейный формат обучения. (264) Сейчас это уже поздно делать, но онлайн занятия ничего кроме перевозбуждения психики не дает. (265) Я понимаю, что учителям сложно, а детям еще сложнее. (266) У всех знакомых обычные дети потеряли интерес к учебе! (267) Знакомый мальчик сломался на дистанционном обучении и у него был нервный срыв. (268) Меня это очень впечатлило! (269) Ну и плюс подростковый возраст. (270) Нас так сорвало весной... что я думала его никогда не соберу. (271) Как показывает опыт, очень у многих идет значительное ухудшение в подростковом возрасте и мне очень страшно.

П. (272) Вы знаете, у многих бывают и улучшения. (273) На то, как будут преодолеваются новые трудности влияет множество факторов: насколько серьезно занимались с ребенком ранее, а также от отношения родителей к возникшей на данный момент проблеме - либо пустят на самотек и будут идти на поводу у истерик, капризов ребенка, либо будут пристраивать поведение ребенка, помогать ему построить свой новый мир). (274) Подросток меняется и его жизненный мир тоже меняется, само собой устоявшийся жизненный мир родителя также меняется. (275) Как и с обычными подростками, если мы идем на встречу этим изменениям, а не пытаемся их подстроить под старый шаблон, то есть положительные результаты даже у самых сложных детей (*привела несколько примеров*). (276) Очень многое зависит от позиции ближайших значимых людей.

М. (277) Да, здесь главное руки не опускать! (278) Конечно, моя проблема гиперопеки никуда не девается. (279) Хотя он старается делать какие-то вещи самостоятельно. (280) Но я боюсь, например, его самостоятельно в магазин отпустить и даже мусор выбросить. (281) Вот таким социальным навыкам каким-то...

П. (282) А если попробовать постепенно, начиная с расстояния 5 шагов?

М. (283) Крутишься и забываешь, что нужно пробовать. (284) А надо пробовать. (285) Он знает какие продукты покупать. (286) Но деньги для него пустой звук. (287) Он не понимает, что это такое. (288) Кстати, О. прекрасно ориентируется в метро, очень любит МЦК. (289) Но сейчас карточки социальные перекрыли и дорого ездить... (290) Слава Богу, что есть тренировки!

П. (291) Там, наверное, тоже есть свое сообщество родителей?

М. (292) Но родители обычно дружат «диагнозами», вместе с нами ходят преимущественно дети с ДЦП. (293) Потому отношение родителей, что наши дети дураки, а с их детьми все нормально. (294) Там дети несчастны, т.к. у них ДЦП, а про нас думают, что дети дураки от дури! (295) Немного свысока смотрят. (296) Сейчас это немного сгладилось, но все равно чувствуется. (297) Среди родителей везде такое отношение чувствуется. (298) Например, приезжаешь в санаторий и сразу слышишь: «Ооо, эти ментальники». (299) А то, что у того же ребенка с ДЦП такие же проблемы и часто аутизм. (300) Но все равно они себя позиционируют, что беда другая, а аутизм как следствие. (301) Но ничего, Прорвемся!

П. (302) Конечно прорвемся! (303) Главное, двигаться вперед и обращать внимание на то хорошее, что есть. (304) Так как, оно ресурсно, поддерживает, дает силы. (305) И это хорошее обязательно есть! (306) У О. столько талантов! (307) Их нужно только направить в правильное русло. (308) Вы большая молодец, что поддерживаете его начинания.

М. (309) Да, О. сам себя занимает! (310) А еще он недавно так хорошо поговорил по телефону (311) Даже не понятно было, что у него РАС и я очень удивилась. *(обсудили интересы мальчика)* (312) Спасибо большое, что поговорили со мной!

П. (313) Вам спасибо!