

Дан Марина Владимировна

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ СТРЕССОРА
«ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ РЕБЕНКА» У МАТЕРЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ
ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ

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

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Работа выполнена в лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук (ИП РАН)

| | |
|-------------------------------|--|
| Научный руководитель: | Доктор психологических наук, профессор, Харламенкова Наталья Евгеньевна |
| Официальные оппоненты: | <p>Хазова Светлана Абдурахмановна - доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры социальной психологии ФГБОУ ВО Костромского государственного университета</p> <p>Вачков Игорь Викторович, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры социальной педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»</p> |
| Ведущая организация: | Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» |

Защита состоится «28» мая 2020 года в 11:00 часов на заседании диссертационного совета Д 002.016.03 на базе Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук по адресу: 129366, Москва, ул. Ярославская, д.13, корп.1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук (ИП РАН) и на сайте <http://www.ipras.ru/>

Автореферат разослан «__» марта 2020 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 002.016.03
кандидат психологических наук



Никитина Е. А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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

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

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

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

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

Дифференцированность и гибкость психотерапевтических реабилитационных услуг, предоставляемых пациентам и реализуемых через психолого-педагогические консультации, социально-психологические службы, отделы социального обеспечения, различные терапевтические направления, постоянно возрастает (Вачков, Галиева, 2018). Большое значение приобретает изучение комплексного воздействия психотравмирующей ситуации тяжелого заболевания на семью в целом. В фокусе большинства научных исследований остается работа с больным через родственников (Косенко, Солоненко, 2009; Куприянова, 2015; Chien, 2016; Ghosh, 2012).

Востребованы исследования, сосредоточенные на благополучии остальных членов семьи, которые, являясь опосредующим и важным звеном в системе лечебно-реабилитационных мероприятий, оказываются под действием чрезмерных психоэмоциональных нагрузок и испытывают серьезные последствия переживания стресса тяжелого заболевания и в целом – кумулятивный стресс.

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

Особенности взаимоотношений в семьях, заботящихся о ребенке с тяжелым заболеванием, изучаются достаточно широко – рассматриваются вопросы формирования личности родителей, особенности переживания ими негативных состояний, уровень стрессоустойчивости, специфика детско-родительских отношений (Нестерова, 2006; Айсина, 2016; Сусллова, 1999; Семакина, 2017; Багаев, 2013; Григорьева, 2013; Степанова, 2019). Психологическое состояние матери становится ключевым в изучении данных проблем, поскольку отношения в диаде мать – ребенок являются максимально близкими и выступают источником развития ребенка, обеспечивающим формирование ключевых возрастных новообразований (Карабанова, 2010). Известно, что для матерей, имеющих детей с тяжелыми заболеваниями, выраженность симптомов стресса является более сильной, чем для матерей, воспитывающих детей без заболеваний (Miodrag, Hoadpp, 2010; Estes, 2009; Cachia, Anderson, Moore, 2016). Больной ребенок не изолирован от семьи, но находится в тесных взаимоотношениях с родителями и другими родственниками,

влияет на семейную систему в целом (Головей, Данилова, Данилова, 2017; Михайлова, 2013). Депрессивные, тревожные, соматические и другие негативные проявления у матерей после переживания изучаемого стрессора могут стать фактором риска для ее физического и психологического благополучия (Хазова, Ряжева, 2012).

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

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

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

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

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

ресурсов матери (личностной зрелости) и эффективного принятия ею профессиональной социально-психологической поддержки.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Цель исследования – анализ психологических последствий воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребенка» у матерей с разным уровнем личностной зрелости до и после участия в программе профессиональной социально-психологической поддержки.

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

Теоретические:

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

Методические:

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

Эмпирические:

- оценить интенсивность посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у матерей после дебюта тяжелого заболевания ребенка;
- исследовать степень личностной зрелости матерей, переживших психотравмирующее влияние тяжелого заболевания ребенка;
- выявить характер связи между личностной зрелостью матери и посттравматическим стрессом, психопатологической симптоматикой;
- выявить закономерности изменения уровня посттравматического стресса после прохождения программы профессиональной социально-психологической поддержки;
- исследовать эмоциональное отношение матери к ребенку и дистанцию с ним до участия матери в программе социально-психологической поддержки и после нее;
- выявить изменения эмоционального отношения и дистанции с ребенком в соотношении с личностной зрелостью матери и уровнем посттравматического стресса.

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

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

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

Статистическими методами обработки данных выступали: критерий ранговой корреляции Спирмена для изучения взаимосвязи между двумя признаками; G-критерий знаков и T-критерий Уилкоксона для выявления отличий в уровне признака

двух зависимых выборочных совокупностей; Н – критерий Краскела-Уоллеса, критерий углового преобразования Фишера. Статистическая обработка данных производилась с помощью компьютерной программы SPSS Statistics 17.0.

Методики исследования:

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

2. Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (ШОВТС) (Impact of event scale – revised, IOES-R), разработанная Д. Мармар и В. Вейс (Marmar, 1996; Weiss, 1995) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2001)

3. Миссисипская шкала (Keane, 1987, 1988) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2001) для изучения выраженности ПТСР.

4. Диагностика уровня личностной зрелости, разработанная Ю.З. Гильбух (Гильбух, 1994).

5. Моделирование психологической дистанции «Измерение дистанции взаимодействия - шкала CIDS» (The comfortable Interpersonal Distance Scale), разработанная М. Duke и S. Nowicki (Точилина, 2006).

6. Цветовой Тест Отношений (ЦТО) Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда (Бажин, Эткинд, 1985).

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

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

Система коррекции психоэмоционального состояния родителей представлена в подходах Ривкиной Н.М., Сальниковой Л.И., Хритинина Д.Ф., Петрова Д.С., Добряковой И.В., Сальниковой И.А. и др. Психические состояния матерей, перенесших стресс, рассматривались в трудах Беляевой С.И., Ветчаниной Е.Г., Моисеевой С.Н., Певневой А.Н. Рафиевой З.Х., Савиной Е.А., Чаровой О.Б., Шебанец Е.Ю. и др.

Научная новизна исследования:

Проведено комплексное теоретико-эмпирическое исследование последствий переживания матерью стрессора высокой интенсивности «тяжелое заболевание ребенка». В рамках данного исследования были подробно изучены феномены психопатологической симптоматики в группах матерей с разным уровнем посттравматического стресса, имеющих различную интенсивность проявления

признаков стресса. Исследованы общие закономерности и различия проявления психопатологических симптомов у матерей в зависимости от степени выраженности посттравматического стресса и уровня личностной зрелости. Эмпирически подтверждено, что матери с низким уровнем посттравматического стресса отличаются низкими показателями психопатологических симптомов.

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

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

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

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

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

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

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

Положения, выносимые на защиту:

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

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

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

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

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

Этапы исследования:

Эмпирическое исследование состояло из нескольких этапов.

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

На втором этапе участники исследования принимали участие в программе профессиональной социально-психологической поддержки родственников, получившей в мировой практике название «Психообразование». На данном этапе не проводилось специальных психодиагностических мероприятий, однако наблюдение за участниками группы, являлось информативным – оно позволило дополнить и иллюстрировать полученные на первом и третьем этапе данные, а также углубить понимание выявленных феноменов.

На третьем этапе все тестовые методики были применены повторно.

Эмпирическую базу составили участники исследования – 68 матерей в возрасте от 39 до 70 лет, имеющих совершеннолетних детей с тяжелым психическим

заболеванием ребенка, участвующих в профессиональной социально-психологической программе.

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

Обоснованность и достоверность результатов исследования подтверждается:

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

Структура исследования. Диссертационное исследование состоит из оглавления, введения, 3 глав, подразделяемые на 11 параграфов, заключения, перечня использованных источников.

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность разрабатываемой проблемы, определяются объект, предмет исследования, его цели, задачи, отмечается научная новизна, теоретическая и практическая значимость, методология исследования, определены основные положения, выносимые на защиту.

Первая глава диссертации «Феноменология личностной зрелости», состоит из двух параграфов.

В параграфе 1.1 «Феномен и понятие личностной зрелости», отмечается, что феномен личностной зрелости не раз становился предметом психологического анализа (А. Маслоу, К. Холл, Ф. Перлз, Б. Г. Ананьев, А. Л. Журавлев). Большинство авторов личностная зрелость характеризуется высокой степенью когнитивного, эмоционального и социального развития (Малярчук, 2015, Портнова, 2008). Личностно зрелых людей наделяют такими качествами, как ответственность, целеустремленность, активность в достижении поставленных целей, самостоятельность и независимость мышления, стремление к развитию, креативность, адекватность восприятия самого себя и других людей, доброжелательность, эмпатичность, готовность оказать помощь нуждающимся в ней и др. Личностно зрелый человек эмоционально устойчив, а, значит, способен совладать с самыми разными стрессовыми ситуациями.

Понятие «зрелость» рассматривается, как правило, с двух точек зрения: как возрастной этап и как уровень развития (Андерсон, 1998). Случается и так, что зрелый возраст не является показателем психологической зрелости человека. В рамках данной работы личностная зрелость рассматривается в контексте совладания матерей со стрессовой ситуацией – тяжелым заболеванием ребенка. Несмотря на то, что различные аспекты этого феномена были достаточно хорошо рассмотрены в работах отечественных и зарубежных исследователей, затруднительно четко определить конструкт личностной зрелости. Зарубежными психологами феномен «зрелость личности» описывается перечнем отдельных характеристик (А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Крайг). Авторы включают в него способность к саморегуляции, стремление поступать осознанно, проявлять самостоятельность, креативность, самосовершенствование, выражение активной жизненной позиции, умение понимать и принимать других и себя (Крайг, 2002).

Формирование личностной зрелости определяется, как одна из главнейших задач, которая должна решаться при работе по повышению стрессоустойчивости. Представлено изучение взаимосвязи личностной зрелости и реализации человека как профессионала, специалиста в своей трудовой деятельности (Вахитов, Гилязетдинова, 2012; Егорова, 2013; Колесникова, 2015; Погорова, 2013).

Во параграфе 1.2 «Личностная зрелость родителя» отмечается, что одним из современных и актуальных направлений исследований личностной зрелости является изучение особенностей личностной зрелости родителей; представлены точки зрения исследователей на структуру личностной зрелости родителей (Mondell, Tyler, 1981; Захарова, 2008; Пронина, Маркова, 2015).

Показано наличие существенных отличий в том, как родители с разным уровнем личностной зрелости воспитывают своих детей: воспитание понимается и представляется ими как процесс. Личностно зрелых родителей характеризует наличие

терпения к проявлению ребенком негативных эмоций, они настроены на то, что в целом общение может приносить больше радости, чем хлопот, поощряют активность и самостоятельность заболевшего, а также выбирают такие воспитательные средства и методы, которые благоприятно сказываются на физическом и психологическом восстановлении и развитии своего совершеннолетнего ребенка.

Вторая глава диссертации «Специфика стрессора «тяжелое заболевание ребенка»: психологические последствия для матери и факторы, способствующие совладанию со стрессом» содержит три параграфа.

В параграфе 2.1 «Специфика стрессора «тяжелое заболевание ребенка» дана характеристика общей теории стресса (Селье, 1960; Тарабрина, 2007); выделены особенности стресса при психическом заболевании ребенка в семье (Гуткевич, Семке, Семке, 2011); указано на психосоциальные последствия неполноценности ребенка; выделены специфические черты стрессора «тяжелое заболевание ребенка» (Будаева, 2013, Литвинова, 2017, Бохан, 2019).

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

Во параграфе 2.2 «Совладание со стрессом, вызванным тяжелым заболеванием ребенка» подчеркивается, что проблема ресурсов и копинг-стратегий, помогающих совладать со стрессом, является одной из самых актуальных не только в российском обществе, но и мировом пространстве в целом. Характеризуются основные подходы, классификации и способы психологического преодоления стресса; отмечается роль психологии совладающего поведения, которая дает возможность анализировать семью как систему, изучать её развитие, динамику, структуру, изменение связей и те факторы, благодаря которым сохраняется целостность системы (Haskell, 1987; Нартова-Бочавер, 1997; Рогозин, 2016; Мельникова, 2018).

Обосновываются выводы, что последствия стресса могут обретать хронический характер, становясь значительным препятствием на пути реабилитации и ресоциализации семьи в целом и матери, в частности. Без своевременной профессиональной социально-психологической помощи родственникам и пациенту, трудно восстановить нормальное психическое и социальное благополучие семьи в целом и благополучие ее отдельных членов.

В параграфе 2.3 «Основные подходы к анализу психологических последствий влияния стрессора «тяжелое заболевание ребенка». Программы и модели психологической помощи родственникам» отмечается, что большинство отечественных программ психологической работы с родителями ребенка, страдающего тяжелым психическим заболеванием, реализованы в рамках пациенто-центрированного подхода, при котором центром является больной ребенок, а семья и

ее благополучие выступает одним из факторов, влияющих на течение заболевания и успех терапии. Основной акцент делается на психологическом образовании родителей относительно причин и особенностей заболевания их ребенка, их родительской роли в процессе лечения и профилактики рецидивов. В силу того, что работа при таком подходе реализуется, как правило, в групповой форме, родители, встречаясь с другими семьями, столкнувшись с похожим стрессором, кроме всего, получают социальную поддержку и понимание с их стороны, что способствует снижению уровня эмоционального напряжения. Вместе с тем, такая работа не всегда бывает достаточной для совладания с посттравматическим стрессом (далее – ПТС) матерей, в результате чего их психическое состояние характеризуется апатией, тревогой, депрессивными симптомами и другими негативными признаками, указывающими на необходимость дополнительной психологической работы с ними (Benson, 2018; Бочаров, 2009; Haroon, Wuzna, Amina et al., 2018; Werner, 2015; Корень, 2012; Корман, 2010; Судьин, 2012, 2015; Резников, 2011).

Делается вывод, что ресурсы и факторы, помогающие матери совладать со стрессом, связанным с внезапно возникшим психическим заболеванием совершеннолетнего ребенка, принято рассматривать в структуре исследовательских подходов, которые выбирают ученые для изучения эмоциональных реакций матерей с ПТС (Alptekin, 2004; Бочаров, 2009; Былим; Mugno, 2007; Корман, 2015; Alptekin, 2004).

Выделены три основных подхода: аналитический, системный и психотерапевтический. Аналитический подход предполагает анализ отдельных эмоциональных реакций членов семьи, вызванных обозначенным нами стрессором; Системный сосредоточен на изучении отдельных эмоциональных реакций членов семьи в ответ на стрессор и их взаимосвязи с другими психологическими феноменами. В психотерапевтическом подходе рассмотрение эмоциональных реакций родителей, столкнувшихся с изучаемым стрессором, происходит средствами психотерапевтической практики той или иной направленности.

Высокую эффективность показали: проблемно-ориентированная библиотерапия, группы поддержки, программа «Семья семье», мультисемейные группы, программа снижения стресса на основе осознанности, интегративная модель системной психосоциальной помощи больным и их родственникам, и, наиболее реализованная в нашей стране, программа профессиональной социально-психологической помощи «психообразование» (Pekkala, Merrinder, 2004; Еричев, 2005; Косенко, 2009; Väuml, 2006; Серазетдинова, 2006).

Третья глава диссертации «Эмпирическое исследование психологических последствий влияния стрессора «тяжелое заболевание ребенка» и их связи с уровнем личностной зрелости матери» содержит шесть параграфов.

В параграфе 3.1 «Характеристика методов и выборки исследования» приводится описание проведенного эмпирического исследования. Участниками исследования стали 68 матерей в возрасте от 39 до 70 лет, имеющих совершеннолетних детей с недавно дебютировавшим психическим заболеванием и проходивших программу социально-психологической помощи родственникам «Психообразование». Были отобраны лишь те кандидаты, которые прошли весь курс

психообразовательной программы и два этапа психологического тестирования. Специфика ситуации, в связи с которой матери обращались за профессиональной помощью, не позволила включить в исследование матерей, которые не участвовали в психообразовательной программе по этическим соображениям. В качестве группы сравнения были выбраны матери с низким уровнем ПТС, принимавшие участие в программе.

Психообразовательная программа реализовывалась на базе Психиатрической клинической больницы № 14, филиала № 2 – Психоневрологического диспансера № 10 г. Москвы и Психиатрической клинической больницы № 15, филиала № 2 – психоневрологического диспансера № 16.

В ходе исследования использовались следующие психодиагностические методики: шкала оценки тяжести воздействия травматического события (ШОВТС) (Impact of event scale – revised, IES-R), разработанная Д.С. Мармар и С. Вейс (Marmar, 1996; Weiss, 1995) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2007); опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List) разработанный Л. Дерогатис (Derogatis, 1990) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2001); Миссисипская шкала (Keane, Caddell, Taylor, 1988) в адаптации Н.В. Тарабриной (Тарабрина, Агарков, Быховец и др., 2007) направлена на изучение выраженности ПТСР; методика диагностики уровня личностной зрелости Ю.З. Гильбух (Гильбух, 1994); Моделирование психологической дистанции «Измерение дистанции взаимодействия - шкала CIDS» (The comfortable Interpersonal Distance Scale), разработанная М. Duke и S. Nowicki (Т.В. Точилина, 2006), позволяет диагностировать психологическую дистанцию; цветовой Тест Отношений (ЦТО) Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда (Бажин, Эткинд, 1985).

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

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



Рис.1. Модель исследования

Во параграфе 3.2 «Посттравматический стресс матерей как реакция на дебют тяжелого заболевания совершеннолетнего ребенка» проанализированы результаты проведенного эмпирического исследования.

По результатам оценки средних значений и стандартных отклонений данных методики ШОВТС и сопоставления их с описанными ранее данными исследований воздействия других стрессоров (Тарабрина, 2001, с. 131), уровень интенсивности переживаемого травматического воздействия у матерей близок к данным, полученным на выборках студентов и беженцев вне экстремальных условий (без ПТСР).

При расчете коэффициента корреляции Спирмена для интегральных показателей по методике ШОВТС и показателей по Миссисипской шкале была выявлена умеренная положительная взаимосвязь на достаточно высоком уровне значимости – $r=0,56$ при $p \leq 0,001$. Согласно полученным данным, можно констатировать наличие прямой связи между оценкой матерями влияния травматического события «тяжелое заболевание ребенка» и общей выраженностью симптомов посттравматического стресса.

Сопоставление данных по МШ, позволило разделить выборку на три группы по показателю нижнего (LQ = 28.5) и верхнего (UQ = 86.0) квартилей.

Значимые различия по интегральному показателю ШОВТС обнаружены при сравнении подгрупп с низким и умеренным ПТС ($U=74.0$, $p \leq 0,05$), низким и высоким ПТС ($U=51.0$, $p \leq 0,05$). По шкалам «вторжение» и «избегание» значимых различий между подгруппами не обнаружено. Основные различия между подгруппами по интегральному показателю создаёт шкала «возбудимость», обнаруживая значимые различия в подгруппах с низким и умеренным ($U=89.5$, $p \leq 0,05$), и с низкими и высоким ПТС ($U=49.5$, $p \leq 0,01$).

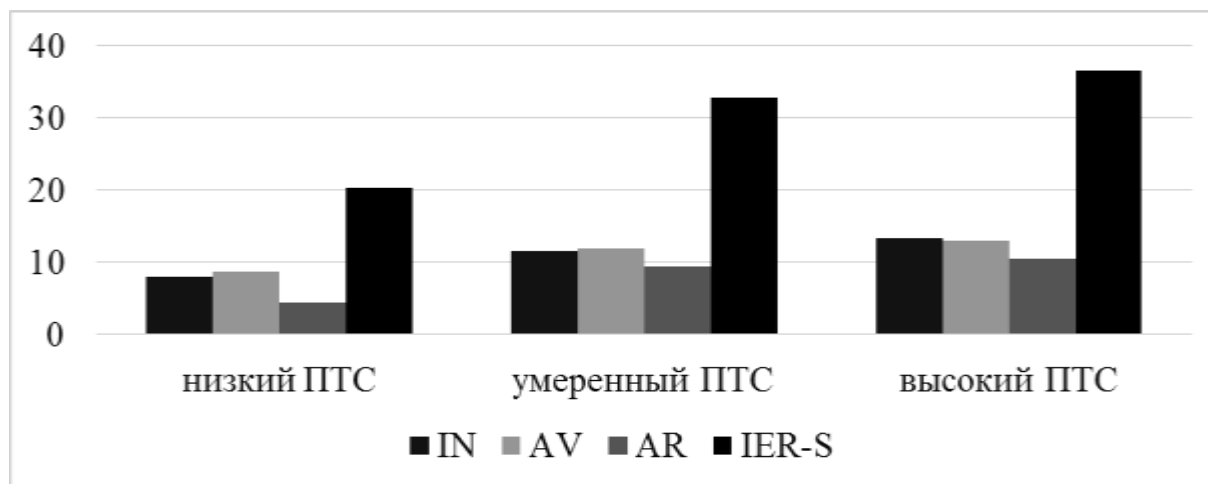


Рис. 2. Соотношение средних значений по показателям ШОВТС

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

По результатам диагностики психопатологической симптоматики у матерей с помощью методики SCL-90-R, обнаруживается тенденция к тому, что по большинству показателей средние значения превышают значения нормы и приближаются к показателям людей с клинически диагностированными

заболеваниями невротического спектра (депрессии, панические атаки, тревожно-фобические расстройства и др.).

По оценке различий в выявленных подгруппах матерей с низким, умеренным и высоким уровнем ПТС, проведен статистический анализ выраженности сопутствующих симптомов, полученных с помощью методики SCL-90-R, сопоставлены средние значения по каждому из симптомов.

Соотношение различий в подгруппах с разной выраженностью ПТС представлено на рис. 3.

Установлено, что отсроченные переживания матерью воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребенка» соотносятся с признаками посттравматического стресса и психопатологической симптоматики. При высоком уровне посттравматического стресса преобладают признаки физиологической возбудимости, а также ряд психопатологических симптомов – обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, враждебность и психотизм.

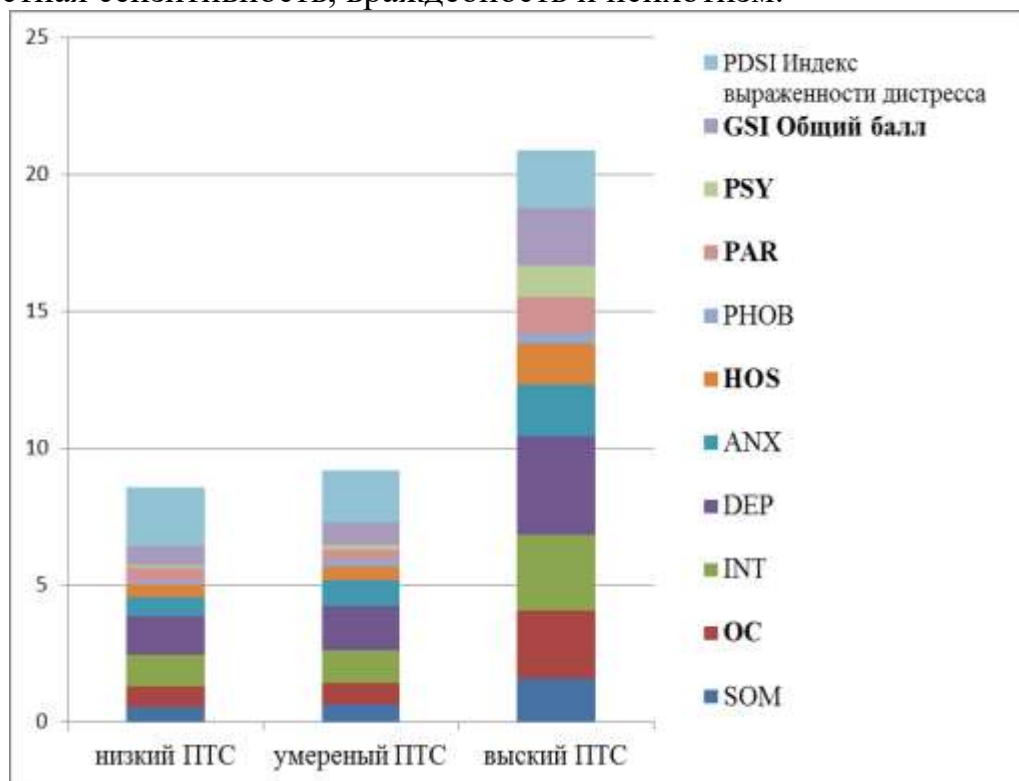


Рис. 3. Выраженность психопатологической симптоматики в подгруппах с разным уровнем ПТС по SCL-90-R

Примечание: SOM – шкала «Соматизация»; OC – шкала «Обсессивность-компульсивность»; INT – шкала «Межличностная сензитивность»; DEP – шкала «Депрессивность»; ANX – шкала «Тревожность»; HOS – шкала «Враждебность»; PHOB – шкала «Фобическая тревожность»; PAR – шкала «Паранойяльные тенденции»; PSY – шкала «Психотизм»; GSI – общий индекс тяжести симптомов; PDSI – индекс наличного симптоматического дистресса;

статистически значимые различия выделены **полужирным шрифтом**

Для уточнения значимых различий между подгруппами с низким, умеренным и высоким уровнем ПТС применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни, позволяющий попарно сравнивать отдельные подгруппы. Различия обнаруживаются между подгруппами с низким и высоким ПТС для симптомов обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, враждебность и психотизм. У этих

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

Таким образом, матерей с «высоким ПТС» (31%) отличает более выраженные симптомы обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, враждебности и психотизма.

Подводя итог анализа результатов, можно констатировать, что у матерей был выявлен посттравматический стресс, варьировавшийся от низкой степени выраженности до высокой. Выявлено значительное относительно нормы повышение депрессивности, межличностной сензитивности и обсессивности-компульсивности; остальные симптомы, исследуемые SCL-90-R, также превышают значения, полученные при сравнении с данными выборки, относящейся к норме.

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

Психотравмирующее влияние стрессора «тяжелое заболевание ребенка» сильнее проявилось у женщин второй подгруппы – «умеренный ПТС». У этих матерей психопатологические симптомы по методике SCL-90-R и признаки ПТСР по Миссисипской шкале выражены умеренно относительно матерей, вошедших в состав третьей подгруппы.

Третья подгруппа – «высокий ПТС». Уровень обсессивности-компульсивности, раздражительности, тревоги, враждебности, психотизма также значимо выше у матерей этой подгруппы. По большинству рассматриваемых признаков показатели оказались высокими. Это свидетельствует о том, что психическое состояние матерей данного типа наиболее тяжелое, психопатологические симптомы – выраженные, признаки ПТС – интенсивные.

В параграфе 3.3 «Соотношение личностной зрелости и ее компонентов со степенью проявления психопатологической симптоматики и уровнем посттравматического стресса» сделан вывод, что личностная зрелость выступает предиктором способности идентифицировать переживание стресса матерью и проявлений отдельных психопатологических симптомов, позволяя тем самым быть в контакте со своими переживаниями, уметь дифференцировать свое психоэмоциональное состояние, что способствует целенаправленной профилактике стресса и является предпосылкой обращения за специализированной помощью и профессиональной социально-психологической поддержкой.

Установлено, что компоненты личностной зрелости «мотивация достижений» ($U=151,00$, $p=0,021$), «Я-концепция» ($U=158,00$, $p=0,031$), «чувство гражданского долга» ($U=136,00$, $p=0,008$) и «способность к психологической близости с другими» ($U=143,50$, $p=0,013$) имеют значимые различия в подгруппах с низким и умеренным уровнем ПТС, а «чувство гражданского долга» ($U=102,50$, $p=0,024$) значимо различается ещё и в подгруппах с низким и высоким уровнем ПТС. Интегральный показатель уровня личностной зрелости имеет высокие значения в подгруппах с высоким и умеренным ПТС и низкие значения – в подгруппе матерей с низким ПТС.

Значимые корреляции были выявлены между шкалами теста Гильбуха «чувство гражданского долга» ($r=0,403$, $p=0,002$), «жизненная установка» ($r=0,304$, $p=0,024$), интегральным показателем личностной зрелости ($r=0,287$, $p=0,034$) и шкалой «возбудимость» по ШОВТС. Так же были выявлены связи между показателями «отношение к Я» ($r=0,235$, $p=0,05$), «чувство гражданского долга» ($r=0,311$, $p=0,01$), интегральным показателем личностной зрелости ($r=0,299$, $p=0,013$) и выраженностью ПТС по Миссисипской шкале.

Для выявления связи психопатологической симптоматики, изучаемой с помощью SCL-90-R, с компонентами личностной зрелости также был проведен корреляционный анализ методом Спирмена.

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

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

Наибольшее количество взаимосвязей с психопатологическими симптомами было выявлено у такого параметра личностной зрелости, как *отношение к своему «Я»*. Все корреляции отрицательные.

Способность к психологической близости с другими людьми связана с обсессивно-компульсивными симптомами, признаками депрессии, тревожности и враждебности по принципу обратной связи. Она также согласована с низкими показателями тяжести (GSI) и общим количеством отмечаемых симптомов (PST).

Проведенный анализ показывает, что компоненты личностной зрелости – *мотивация достижений*, *отношение к «Я»* и *способность к психологической близости с другими людьми* можно рассматривать в качестве важных личностных ресурсов, которые связаны с низкими показателями многих психопатологических симптомов эмоционального и социального спектра.

Высокие значения *Я-концепции*, *выраженное чувство гражданского долга*, *позитивная жизненная установка* соотносятся с более высокими показателями ПТС, измеренными по Миссисипской шкале, которые при этом колеблются в рамках

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

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

В параграфе 3.4 «Изменение уровня посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у матерей после профессиональной социально-психологической поддержки» обосновываются положение о том, что после психообразовательной программы улучшилось психоэмоциональное состояние матерей, а интенсивность проявления психопатологической симптоматики существенно снизилась, вернув женщинам способность к лучшей адаптации к изменившимся условиям жизни семьи; количество посттравматических реакций значимо снизилось, тем самым еще больше повысив уровень адаптированности и способности совладать с фрустрирующим воздействием стресса. Все это рассматривается нами в качестве благоприятных условий для создания оптимального психологического микроклимата в семье, где каждый его член получает необходимую поддержку и заботу, а также способствует облегчению течения психического заболевания у ребенка, снижению остроты психотических эпизодов, увеличению продолжительности периодов ремиссии.

Значимые различия были установлены и относительно проявления симптомов *избегания* любых напоминаний о фрустрирующем стимуле ($Z = -3,893$, $p = 1 \cdot 10^{-6}$). После курсов было зафиксировано значимое снижение уровня симптомов *физиологической возбудимости* ($Z = -4,225$, $p = 1 \cdot 10^{-6}$).

В целом снизилась степень психотравмирующего влияния стрессора «тяжелое заболевание ребенка», поскольку изменились значения по интегральному показателю влияния травматического события.

После прохождения программы у матерей выявлено значимое снижение почти всех психопатологических симптомов по тесту SCL-90-R, а также показателей общего индекса тяжести симптомов (GSI), показателей индекса наличного симптоматического дистресса (PDSI) и общего числа утвердительных ответов (PST).

Более низкий уровень посттравматического стресса, измеряемого методиками ШОВТС и Миссисипской шкалой, после участия в программе был обнаружен в подгруппах с высоким и умеренным ПТС; анализ изменений в подгруппе с низким ПТС значимых различий не выявил.

Для исследования изменения *психопатологической симптоматики* в подгруппах с разным уровнем посттравматического стресса, проведен статистический анализ данных, полученных с помощью методики SCL-90-R до программы и после.

Наиболее важным является сопоставление различий в подгруппах. Для всех подгрупп, разделенных по уровню ПТС, характерно уменьшение *межличностной сензитивности, обсессивности-компульсивности, депрессивности, тревожности, общего индекса тяжести симптомов и индекса наличного симптоматического дистресса*.

Кроме общих показателей динамики ПТС и выраженных эмоциональных реакций матерей, были обнаружены особенности изменений, характерные для каждой подгруппы.

В подгруппе с «высоким ПТС» кроме снижения уровня стресса наблюдается характерное для этой подгруппы сочетание изменений в симптомах *соматизации и психотизма*. В подгруппе с «умеренным ПТС» кроме общей динамики выявлена значимая динамика в сторону уменьшения *соматизации*. В подгруппе с «низким ПТС» были обнаружены различия по ряду симптомов, а именно: *враждебности и паранойяльности*.

Сделан вывод, что после психообразовательных курсов значимое снижение было зафиксировано относительно:

- проявлений соматизации, основанной на жалобах нарушений работы основных систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной системы и др.;
- симптомов обсессивности-компульсивности, основанных на присутствии навязчивых иррациональных мыслей, вызывающих психологическое напряжение, снять которое призваны определенные действия, воспринимаемые как непреодолимые и повторяющиеся;
- проявлений межличностной сензитивности, при которой женщины чувствуют себя неполноценными при взаимодействии с другими людьми, что может быть связано с явлением стигматизации относительно присутствия члена семьи с тяжелым психическим заболеванием;
- интенсивности депрессивного состояния, ощущения апатии, глубокой печали; тревожности, эмоционального напряжения, страха за будущее, ощущения безнадежности существования, пессимизма;
- враждебности со свойственными ей переживаниями агрессии, чувством раздражительности, вспышками гнева и ярости;
- паранойяльных тенденций, основанных на подозрительности в искренности и добросердечных намерениях других людей, напряженном ожидании негатива, критики, осуждения;
- симптомов психотизма, указывающих на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни.

Для всех подгрупп характерно снижение симптомов межличностной сензитивности, депрессивности, тревожности, обсессивности-компульсивности, общего индекса тяжести симптомов и индекса наличного симптоматического дистресса. Симптомы враждебности и паранойяльности значимо снижаются лишь в подгруппе «низкий ПТС».

В параграфе 3.5 «Тип отношения и дистанция матери с ребенком при различном уровне личностной зрелости до и после профессиональной социально-психологической поддержки» приводятся результаты анализа взаимосвязей уровня личностной зрелости, типа отношения и дистанции матери с заболевшим совершеннолетним ребенком. В целом, между этими категориальными переменными существует определенная связь, которая, однако, носит нелинейный характер, а, значит, не отражает пропорциональность изменения переменных.

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

Статистический анализ показал, что между уровнем личностной зрелости матерей и уровнем дистанции с заболевшим ребенком существует значимая связь ($\chi^2_{\text{эмп}} = 17,53$; $p \leq 0,01$), каждый уровень личностной зрелости обладает своими специфическими чертами, определяющими свои типы дистанции (например, матери с низкой личностной зрелостью делятся на два типа: те, которым комфортна большая дистанция и те, которым важна маленькая дистанция).

Выявлено, что позитивное отношение к болевшему ребенку свойственно женщинам с разным уровнем личностной зрелости. Вместе с тем, негативное отношение, больше характерно для матерей с более низким уровнем личностной зрелости, нейтральное же отношение, наоборот, с более высоким.

Результаты повторной диагностики типа отношения матери к ребенку и дистанции после прохождения психообразовательной программы показали, что общая тенденция как для типа отношения, выявляемого с помощью методики ЦТО, так и для дистанции, определяемой методикой CIDS, была связана с положительным эффектом.

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

В подгруппах матерей с различным уровнем личностной зрелости наблюдались следующие различия: у женщин с низким уровнем личностной зрелости ($n=34$) возросла частота выбора нейтрального отношения ($\phi^*_{\text{эмп}} = 5.064$, $p \leq 0,01$), снизилось

число выборов негативного отношения ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 3.826$, $p \leq 0,01$), частота выбора позитивного отношения значимо не изменилась ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 0.755$, $p > 0,05$); в подгруппе с высоким уровнем личностной зрелости ($n=34$) значительно снизилась частота выбора негативного ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.387$, $p \leq 0,01$) и нейтрального ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 1.818$, $p \leq 0,01$) отношения, возросла частота позитивного отношения ($\varphi^*_{\text{эмп}} = 3.249$, $p \leq 0,01$); более близкая дистанция до участия в психообразовательной программе была одинаково свойственна матерям, как с низким (14 матерей), так и с высоким уровнем личностной зрелости (13 матерей), однако после программы обнаружено, что при высоком уровне личностной зрелости возрастает количество матерей, выбирающих меньшую дистанцию (13 матерей до программы, 21 после), а при низком уровне личностной зрелости сокращается (14 матерей до программы, 7 после). После участия в программе психообразования увеличилось количество матерей, выбирающих среднюю психологическую дистанцию с заболевшим ребенком; сократилось количество матерей, выбирающих большую дистанцию с ребенком, как при низком уровне личностной зрелости (19 матерей до программы, 10 после), так и при высоком (8 матерей до программы, 2 после).

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

В параграфе 3.6 «Тип отношения и дистанция с ребенком матерей с разным уровнем посттравматического стресса и личностной зрелости до и после профессиональной социально-психологической поддержки» показано, что участие матерей в программе «психообразование» имеет большее значение в улучшении эмоционального отношения к заболевшему ребенку в случае, когда сочетаются умеренный и высокий уровень ПТС и высокая личностная зрелость. Сокращение психологической дистанции с ребенком можно прогнозировать при низком и высоком ПТС при наличии высокого уровня личностной зрелости.

Исходя из полученных результатов, сделан вывод о специфике *отношения* матери к заболевшему ребенку, учитывая остроту переживания посттравматического стресса и уровень ее личностной зрелости. Так, было показано, что при *низком уровне ПТС* у матерей с низким уровнем личностной зрелости участие в психообразовательной программе не оказывает значимого воздействия на улучшение отношения ($T=-1,923$; $p=0,33$), а при высоком становится более позитивным ($T=-4,119$; $p=0,002$). Различий в отношении к ребенку матерей с низким ПТС не было выявлено при сравнении подгрупп с низким и высоким уровнем личностной зрелости ни до программы ($U=20,50$; $p=0,516$), ни после ($U=25,00$; $p=0,956$).

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

значимо выше до программы ($U=38,00$; $p=0,038$) и после программы ($U=54,00$; $p=0,017$).

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

Программа профессиональной социально-психологической помощи положительно влияет на способность сократить *дистанцию* с ребенком при умеренном и высоком значениях ПТС матерей и с низким, и с высоким уровнем личностной зрелости. В подгруппе с *низким ПТС* дистанция матери с заболевшим ребенком после прохождения психообразовательной программы не меняется при низком уровне личностной зрелости ($T=1,801$; $p=0,072$), а при высоком уровне личностной зрелости дистанция значимо сокращается ($T=-4,215$; $p=0,001$). Различий в дистанции относительно уровня личностной зрелости отдельно в подгруппах с низким и высоким уровнем личностной зрелости не было выявлено ни до программы ($U=20,00$; $p=0,445$) ни после ($U=21,00$; $p=0,558$).

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

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

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

В заключении работы подводятся итоги диссертационного исследования, делаются **выводы**:

1. Установлено, что отсроченное переживание матерью воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребёнка» соотносится с признаками посттравматического стресса и психопатологической симптоматики. При высоком уровне посттравматического стресса преобладают признаки физиологической возбудимости, а также ряд психопатологических симптомов – обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, враждебность и психотизм.

2. Показано, что по степени выраженности личностной зрелости выборка матерей распределилась равномерно. При этом, высокому уровню личностной зрелости соответствуют низкие показатели посттравматического стресса. В целом обнаружено, что личностная зрелость связана с переживанием посттравматического стресса по принципу обратной связи, то есть её высокий уровень не прогнозирует снижение переживания ПТС, а выступает предиктором способности идентифицировать переживание стресса матерью.

3. Выявлено, что у личностно зрелых матерей психопатологическая симптоматика оказалась менее выраженной по сравнению с личностно незрелыми матерями. Отдельные компоненты личностной зрелости – мотивация достижения, Я-концепция, способность к психологической близости с другими сопряжены с низким уровнем симптомов межличностной сензитивности, депрессивности, обсессивно-компульсивной симптоматики и тревожности.

4. Участие матери в профессиональной социально-психологической программе сопряжено со снижением интенсивности проявления посттравматического стресса и психопатологических симптомов, при этом наиболее выражено снижаются симптомы обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, депрессивности, тревожности, общего индекса тяжести симптомов и индекса наличного симптоматического дистресса. Значимые изменения в психопатологической симптоматике имеют специфику у матерей с разным уровнем ПТС – снижение симптомов соматизации и психотизма характерно для матерей с высоким ПТС, а симптомов враждебности и паранойяльности — для матерей с низким уровнем ПТС. У матерей с умеренным ПТС снижаются показатели соматизации.

5. Личностная зрелость матери способствует установлению позитивного отношения к ребенку и сокращению дистанции в общении с ним после её участия в программе профессиональной социально-психологической поддержки. Для матерей с низким уровнем личностной зрелости после прохождения программы характерно установление нейтрального отношения к ребенку и средней дистанции взаимодействия с ним; у матерей с высоким уровнем личностной зрелости преобладают позитивное отношение к ребенку, тенденция взаимодействовать с ним на близкой дистанции. Положительные изменения в отношении к ребенку среди матерей с низким уровнем посттравматического стресса и дистанция с ним изменяются только при высоких значениях личностной зрелости; при умеренном и высоком уровнях посттравматического стресса позитивные изменения в отношении к ребенку и дистанции наблюдаются при всех значениях личностной зрелости.

Основные научные положения диссертационного исследования отражены в следующих публикациях:

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

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

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

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

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

Публикации в других изданиях:

5. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности // Под общ. ред. Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. 344 с.

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

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

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

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

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