

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Исследование психоэмоционального состояния матерей, воспитывающих детей с особенностями развития

Студент

А.В. Давтян

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный

руководитель

д.мед.н., профессор В.Е. Якунин

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2021

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы исследования психоэмоционального состояния матерей, воспитывающих детей с особенностями развития....	13
1.1 Особенности психоэмоционального состояния матерей воспитывающих детей с особенностями развития	13
1.2 Факторы влияния на психоэмоциональное состояние матерей воспитывающих детей с особенностями развития	24
Глава 2 Эмпирическое исследования психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития	35
2.1 Теоретические основы исследования.....	35
2.2 Методы исследования	49
2.3 Обработка и обсуждение результатов исследования.....	54
2.4 Рекомендации по организации психологической помощи...	80
Заключение.....	91
Список используемой литературы.....	94
Приложение А Статистические данные об испытуемых	109
Приложение Б Результаты психодиагностики по полному тесту Люшера	113
Приложение В Результаты психодиагностики по тесту Джерсайлда	118
Приложение Г Результаты психодиагностики по тесту «Индекс жизненной удовлетворенности»	119
Приложение Д Результаты психодиагностики по опроснику «Нервно- психического напряжение»	121
Приложение Е Результаты психодиагностики по методике «Шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина»	122

Приложение Ж Результаты психодиагностики по методике методики «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций»	123
Приложение И Результаты статистического анализа всех тестов	132
Приложение К Программы психологической помощи	134

Введение

Актуальность исследования. Интеграция в социальную среду, воспитание и обучение детей с особенностями развития (детей с интеллектуальной недостаточностью, сенсорными нарушениями, речевыми расстройствами, нарушениями опорно-двигательного аппарата, эмоционально-волевой сферы и поведения) чаще становятся сферой психолого-педагогических научных исследований. Особое внимание уделяется изучению проблем детей с ограниченными возможностями здоровья и с особыми образовательными потребностями, а также изучению взаимодействий специалистов и родителей детей с особенностями развития разных возрастных групп, но очень мало внимания уделяется изучению проблем психологического здоровья родителей таких детей.

Рождение детей с ограниченными возможностями или с особенностями развития является фактором риска (поведенческого, биологического, генетического, социального характера), для возникновения разных сомато-психологических проблем в семье, поскольку, от родителей требуется мобилизация всех своих материальных, личностных, социально-коммуникативных и физических ресурсов, которые необходимы для адаптации к новой роли и функциям, при опеке, воспитании и социализации ребенка. Об этом в своих исследованиях писали русские исследователи Н.В. Лукьянченко [62], Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина [64], а также зарубежные исследователи Э.М. Смит и Д.Г. Гживач [99], А. Фейзи, Б. Наджми, А. Салези, М. Чорами и Р. Ховейдафар [100], Ким-М. Гилсон, Э. Дэвис [103], С.М. Маркиз, К. Мак-Грааль, М. Хейс [104]. Насколько они удачно справятся с этими проблемами, во многом зависит от их психического и психологического состояния.

Психоэмоциональное состояние – важный компонент психического и психологического состояния личности, оно во многом зависит от образа жизни человека, стиля поведения, личностных качеств и занимаемой жизненной позиции, от защитных реакций на внешние факторы. Специалисты считают, что позитивный эмоциональный настрой, ясные цели и уверенность в себе, имеют хорошие перспективы на укрепление и поддержание собственного физического, психологического и психического здоровья. Изучение разных аспектов психоэмоционального состояния личности – важный аспект изучения проблем науки «Психология здоровья».

Изучению проблем психологического состояния и программ социальной поддержки родителей детей с особенностями развития, по сравнению с родителями детей без каких-либо особенностей посвящены исследования Э.М. Смит и Д.Г. Гживач [16, 99], А. Фейзи, Б. Наджми, А. Салези, М. Чорами и Р. Ховейдафар [100], Ким-М. Гилсон, Э. Дэвис [103], С.М. Маркиз, К. Мак-Грааль, М. Хейс [104]. Лонгитюдные исследования компонентов психологического состояния (наличие стресса, депрессии, психических заболеваний, соматических заболеваний и т.п.) родителей имеющих детей с особенностями развития и нужды в постоянной медицинской помощи подтверждали, что эти родители более подвержены риску приобретения психосоматических заболеваний, стресса и депрессии. Исследователи считают, что состояние психологического здоровья во многом зависит от состояния и возраста ребенка с отклонениями развития и проблемами здоровья, а также от особенностей психоэмоционального состояния личности матерей, с чем обусловлены основные и индивидуальные направления организации психологической помощи.

Проблемы психоэмоциональных особенностей отношений в семьях, воспитывающих детей с разными отклонениями в развитии, которые влияют на психоэмоциональное состояние родителей, в частности матерей, раскрываются в

работах О.Ю. Андриенко [5], А.М. Арутюняна [8, 29], А.А. Баранова [13], Ю.Ф. Васильевой [21, 22], Е.С. Гринина [32, 44], И.В. Добрякова, О.В. Защирино [33], Г.А. Евлампиева [34], Ю.Б. Зеленской [35, 36], П.А. Кислякова [37, 45], Л.М. Колпакова [49], Н.А. Крушной [42, 55], Е.М. Мастюкова [64], С. Блекбурн [102], Н. Дейл [105].

На основе изучения психоэмоциональных особенностей семей, детей с особенностями развития разработаны концепции их психолого-педагогического сопровождения и помощи, которые предложены в работах Н.В. Антонова [5], М.Р. Арпентьева [6], А.М. Арутюнян [7], Ю.А. Афонькина [8, 9, 10], Е.Ф. Ачильдиева [11], А.А. Баранова [12], Е.С. Гринина [33], С.В. Калинина [45], М.В. Ипполитовой [43], П.А. Кислякова [45], М.Г. Киселевой [46, 51], Е.В. Кулагиной [57], Н.В. Лукьянченко [60, 63], Е.В. Орлова [73], Е.А. Стребелева [86]-[87], Е.А. Петрова [76], С.К. Хаидова [100], О.В. Югова [53, 102], Н.С. Мнацаканяна [121].

Исследования показывают, что особенно уязвимы матери детей с особенностями развития, и именно они нуждаются в психолого-педагогической помощи. Поэтому, мы считаем, что изучение психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития, позволит раскрыть основные направления организации их психологической помощи.

Исходя из вышеприведённых доводов, нами выбрана проблема научного исследования: психоэмоциональное состояние матерей, воспитывающих детей с особенностями развития.

Цель диссертационной работы – исследование психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития.

Объект исследования – психоэмоциональное состояние матерей.

Предмет исследования – уровни тревожности, удовлетворенности жизнью, нервно-психического напряжения и защитных стратегий матерей, воспитывающих детей с особенностями развития.

Гипотеза исследования:

– психоэмоциональное состояние матерей, воспитывающих детей с особенностями развития, имеет особые показатели, которые необходимо учитывать при оказании психологической помощи (это в основном обусловлено объективными проблемами воспитания ребенка и с особенностями его развития);

– такие показатели выявляются при определении уровня выраженности общей, ситуативной и личностной тревожности, удовлетворенности жизнью, психического напряжения и психоэмоциональных реакций, как параметров психоэмоционального состояния, обусловленные проблемами воспитания ребенка и их с особенностями развития.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи:**

– теоретическое обоснование проблем воспитания ребенка с особенностями развития и особенностей психоэмоционального состояния их родителей, в частности матерей;

– теоретический обзор внешних и внутренних факторов, которые влияют на психоэмоциональное состояние семьи, и матери, воспитывающих детей с особенностями развития;

– эмпирическое исследование психоэмоционального состояния (общей, ситуативной и личностной тревожности, удовлетворенность жизнью, нервно-психического напряжения, стратегии преодоления стрессовых ситуаций) матерей, воспитывающих детей с особенностями развития в сравнении с психоэмоциональным состоянием матерей, воспитывающих детей без каких-либо особенностей (как статистической нормы);

– определение направления организации психологической помощи матерям, воспитывающим детей с особенностями развития.

Теоретико-методологические основы исследования. При рассмотрении связи психологического здоровья и психоэмоционального состояния мы ссылались на основные концепции В.Э. Пахальяна [73] и представленные Ю.Г. Фроловой [93], Б.С. Братуся [17], Г.С. Никифорова [69, 78], Е.П. Ильина [39], В.К. Сафонова [82].

Для рассмотрения психологического состояния основой послужили два подхода: инструментальный и гностический. Базовым явились: биологическая теория эмоций и принцип системного подхода П.К. Анохина [2,3], и классификация эмоций К.Э. Изарда [38].

При изучении взаимосвязи психического и эмоционального состояния личности, мы рассмотрели концепции Б.А. Вяткина и Л.Я. Дорфмана [25], В.А. Ганзена [26], Е.П. Ильина [39]. О влиянии стрессоров в жизни родителей детей с особенностями развития на их здоровье, мы рассмотрели в исследованиях И.Е. Валитова [19, 71], Э.М. Смит и Д.Г. Гживач [99], А. Фейзи, Б. Наджми, А. Салези, М. Чорами и Р. Ховейдафар [100], Ким-М. Гилсон, Э. Дэвис [80, 103], С.М. Маркиз, К. Мак-Грааль, М. Хейс [104].

Для описания рекомендаций по психологической помощи ссылались на принципы, методы и приемы, предложенные Р.С. Немовым [68], Б.К. Коллинз [101] и К. Блегбурн [102] и другими.

Методы исследования:

– теоретические методы: изучение и анализ психологической, научно-методической и сравнительной литературы по рассматриваемой проблеме и для определения методов изучения психоэмоционального состояния по выявленным признакам;

– эмпирические методы: метод анкетирования.

Методики исследования:

- Полный цветовой тест Люшера;
- тест «Психические состояния личности» (Джерсайлд);
- опросник «Индекс жизненной удовлетворенности» (Нойгартен А.О.);
- тест «Шкала нервно-психического напряжения» (Немчин Т.А.);
- тест «Шкала самооценки уровня тревожности (Спилбергера-Ханина);
- тест «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций (С. Хобфолл).

Экспериментальная база исследования: родители (матери) детей, посещающих центр развития «АЙБ БЕН ГИМ» при общественной организации «Харизма» и «Республиканский педагого-психологический центр» при министерстве Образования, науки, культуры и спорта (Республика Армения, г. Ереван). В исследовании приняли участие 50 человек, из них 20 человек вошли в эмпирическое исследование (10 матерей детей с особенностями развития – экспериментальная группа, 10 матерей детей без каких-либо особенностей – контрольная группа), 30 – участвовали в анкетировании и наблюдении. Возраст участников от 25 до 45 лет.

Научная новизна исследования в представлении анализа особенностей психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития, как компонента их психологического здоровья.

Теоретическая значимость исследования заключается в дополнении имеющихся исследований о проблемах психологического здоровья и психоэмоционального состояния родителей детей с особенностями развития.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования результатов и материалов настоящего исследования в деятельности региональных учреждений психолого-педагогической помощи, в практике семейного консультирования и разработке программ психолого-педагогической

помощи родителей, в частности матерей, воспитывающих детей с особенностями развития.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечена обоснованностью методологии исследования; проведением исследования на теоретическом и практическом уровнях, современными методами исследования, которые соответствуют цели работы и поставленным задачам; сроками исследования, личным участием автора в исследовании и получении научных результатов. Статистический анализ и интерпретация полученных результатов проведены с использованием современных методов обработки информации, в частности с применением методов математической статистики для обработки полученных результатов (компьютерная программа, SPSS 23.0).

Личное участие автора заключается в непосредственном участии во всех этапах исследования, в статистической обработке эмпирических данных, в описании полученных результатов, в написании и оформлении рукописи диссертации и основных публикаций по выполненной работе.

На защиту выносятся следующие положения:

– объективные проблемы воспитания ребенка с особенностями развития не влияют на статистически значимые изменения психоэмоционального состояния их матерей, но у них замечены различия на уровнях общей, ситуативной и личностной тревожности, удовлетворенности жизнью, психического напряжения, конструктивности в отношениях и психоэмоциональных реакциями в пределах норм;

– у матерей, воспитывающих детей с особенностями и без особенностей развития в степенях выраженности удовлетворения жизнью, тревожности, нервно-психической напряженности, конструктивности в отношениях, как параметрах психоэмоционального состояния выявлены статистические различия в ранговом анализе. В степенях выраженности внутреннего напряжения, ситуативной

тревожности, конфликтности, агрессивных и импульсивных реакций у матерей воспитывающих детей с особенностями развития граничащие результаты ближе к патологиям, а уровень конструктивности в отношениях на низком уровне, что подтверждает состояние их конфликтности;

– психологическая помощь матерей, воспитывающих детей с особенностями развития, должна направляться на решение проблем психоэмоционального напряжения и снижения уровня тревожности и конфликтности, с помощью формирования внутриличностных положительных установок, для возможности разрядки и выбора позитивных методов защитных стратегий.

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялись в ходе обсуждения на заседаниях кафедры ТГУ и Гаварского государственного университета (г. Гавар, Республика Армения), на III Конгрессе «Психическое здоровье человека XXI века» (октябрь, 2020 г., г. Москва), на ежегодных конференциях «Студенческие Дни науки в ТГУ» (апрель, 2020 г., апрель, 2021 г., г. Тольятти); на XLI международной научно-практической конференции «Педагогика и психология в современном мире: теоретические и практические исследования» (ноябрь, 2020 г., г. Москва); на научной конференции, посвященной 200-летию Гевонда Алишана, Гаварского государственного университета, 2020 г., на XLVI Международной научно-практической конференции «Педагогика и психология в современном мире: теоретические и практические исследования» (апрель, 2021 г., г. Москва).

Структура работы: магистерская диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, приложения. Основное содержание работы изложено на 95 страницах, использованы 14 рисунков, 29 таблиц (включая представленные в приложениях таблицы математического анализа, анкеты, опросники, методики применимые в исследовании). Список литературы состоит из 125 источников и ресурсов, в том числе 11 на иностранных языках.

Основное содержание работы.

Во введении отражены актуальность, степень ее разработанности; проблемы; определяются объект, предмет, цель, гипотеза, формулируются задачи работы; характеризуются теоретико-методологические основы, методы и этапы исследования, научная новизна, теоретическая и практическая значимость результатов исследования; приводятся сведения об апробации результатов исследования; выдвигаются положения, выносимые на защиту.

В первой главе изложены обобщённые теоретические данные по изучению особенностей психоэмоционального состояния родителей детей с особенностями развития, теоретический обзор внешних и внутренних факторов, которые влияют на психоэмоциональное состояние семьи, и матерей, воспитывающих детей с особенностями развития.

Во второй главе представлены теоретические основы и эмпирическое исследование психоэмоционального состояния (общей, ситуативной и личностной тревожности, удовлетворенность жизнью, нервно-психического напряжения, стратегии преодоления стрессовых ситуаций) матерей детей с особенностями развития, сравнительного анализа психоэмоционального состояния матерей, воспитывающих детей с особенностями и без особенностей развития. Также представлены рекомендации по организации психологической помощи матерей, воспитывающих детей с особенностями развития.

В результате проведенной исследовательской работы были сделаны выводы, которые представлены в заключении.

В 9-и приложениях представлены таблицы математического анализа, анкеты, опросники, методики, примененные в исследовании.

Глава 1 Теоретические основы исследования психоэмоционального состояния матерей воспитывающих детей с особенностями развития

1.1 Особенности психоэмоционального состояния матерей воспитывающих детей с особенностями развития

Психическое и психологическое здоровье населения является важным фактором социально-экономического и культурного развития государства. Исходя из статистических данных, в последние два десятка лет наблюдается повышение роста различных нервно-психических расстройств, особенно у детей. Значительно увеличилось число патологических беременностей и родов, что в свою очередь влияет на распространение соматических заболеваний с нарушениями психического развития. По данным медицинских исследований, распространенность перинатального поражения центральной нервной системы у детей составляет от 45 до 80 процентов [4, с. 183-184]. Между тем, перинатальная патология центральной нервной системы даже в случае благоприятного исхода имеет отдаленные последствия и отрицательно влияет на психическое развитие и социальную адаптацию ребенка [81, 84]. Распространенность основных форм психических заболеваний детей каждые десять лет возрастает на 10-15 процентов, нервно-психические заболевания в 70 процентов случаев являются причиной инвалидности детей.

В связи с тенденцией интегрирования детей с разными особенностями развития в образовательную и культурную среду в постсоветских странах активно внедряется инклюзивное образование. Но, несмотря на гуманитарный аспект инклюзивного образования, в обществе, и в частности в учебных заведениях, отсутствует достаточная осведомленность общества об особенностях такого образования. Основной проблемой также остается компетентность учителей в

работе с детьми, на инклюзию которых в основном направлена эта модель образования: детей с особенностями развития, с ограниченными возможностями и особыми образовательными потребностями.

В «борьбу» за права обучения и социализацию особых детей активно учувствуют члены гражданского общества и их родители. Это «борьба» не только за жизнь и социализацию своих детей, но и за права на собственную социально-культурную свободу в обществе, за сохранение семьи, возможность профессионального развития и т.д., поскольку для многих родителей с появлением такого ребенка в семье жизнь становится причиной психоэмоционального напряжения.

Поскольку семья есть сложная система со сложным внутренним строением, своей психологической структурой и специфическими функциями, она не может не влиять и определять характеристики индивидов – составляющих ее элементов [20, 83]. В связи с этим, в рассмотрении вопросов психологического здоровья, необходим комплексный подход, в котором одним из важнейших компонентов является психоэмоциональное состояние родителей и членов семьи. В этой главе мы рассмотрим некоторые факторы влияния на их состояние.

При исследовании проблем в этой сфере мы сталкивались с разными Определениями детей с особенностями здоровья. В литературе по коррекционной педагогике встречается понятие «дети с ограниченными возможностями» – это дети, имеющие в том числе различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие им вести полноценную жизнь. В этом случае «наличие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного, с точки зрения общества, развития. Потеря слуха на одно ухо или поражение зрения на один глаз, необязательно ведет к отклонению в развитии, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы с

сохраненными анализаторами» [74, с. 26]. Такие дети из специальных школ были перераспределены в инклюзивные школы.

В законодательной терминологии инклюзивного образования республики внедрено понятие «дети с особыми образовательными потребностями», который используется как в широком социальном, так и научном контексте. В научном контексте данный термин ориентирует исследователей на «проницаемость» границ между науками об аномальном и нормальном ребенке, так как дети с особыми образовательными потребностями могут быть как дети с психофизическими нарушениями, так и не имеющие таковых. В последнем случае особые образовательные потребности могут быть обусловлены социокультурными факторами» [24, с. 63; 88]. К этой категории можно отнести детей, которые отстают в учебе из-за изменений языковой, культурной среды, из-за социально-психологических проблем в семье и т.п.

Можно встретить так же понятие «дети с особыми потребностями». Принято считать, что это дети, которые не укладываются в идеальный портрет психического и физического развития. Большинство из них – это дети с особенностями психофизического развития, имеющие физические и (или) психические нарушения, которые «приводят к отклонениям в общем развитии и препятствуют получению образования без создания для этого специальных условий» [118, с. 216]. Таковыми можно считать детей с потерей слуха, зрения, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые нуждаются в организации специальных условий для обучения. Такие дети в основном посещают специальные школы, где обеспечены условия для организации их обучения и воспитания, а более легкие виды патологий распределены по инклюзивной программе.

Термин «особые потребности» (употребляемый французским ученым Г. Лефранко) используется в отношении лиц, чья социальная, физическая или

эмоциональная особенность требует специального внимания и услуг, для реализации их возможностей и потенциала.

В нашем исследовании мы использовали термин «дети с особенностями развития» (ДОР), что, по нашему мнению, более подходит для характеристики нашего объекта, поскольку мы рассматриваем проблемы в более расширенном контексте, а не только в образовательном и потребностном.

Рождение в семье ребенка с особенностями развития или особыми потребностями требует от родителей особого психологического напряжения и подготовки для преодоления грядущих проблем [9,10], [85, 91], [95], [96]. Но еще сложнее решается вопрос о том, кто должен нести основную ответственность за уходом ребенка. Анализ анкетных данных 50-и родителей детей с особенностями развития в государственной некоммерческой организации «Республиканский педагогико-психологический центр» при Министерстве науки, образования и спорта республики Армении показал, что в основном вся нагрузка лежит на матерях, а на отцах - материальное обеспечение семьи. Это отдаляет их от психоэмоциональных нагрузок и проблем, связанных с уходом за ребенком с особенностями развития, поэтому в их образе жизни не проявляются большие изменения. К такому выводу также пришла Е.В. Кулагина, отмечающая, «что адаптация таких семей часто происходит за счет обращения родителей к традиционному распределению семейных ролей. Здесь на отца возлагаются обязанности по экономическому обеспечению семьи, а матери исполняют роль «домохозяйек», занимаясь воспитанием и обслуживанием детей, и ведением домашнего хозяйства» [56, с. 54]. Многие исследователи подтверждают, что дополнительные факторы стресса, связанные с воспитанием ребенка с особыми потребностями в здоровье, могут повредить здоровью родителей таких детей [99, 102]. Исследования особенностей психоэмоционального состояния родителей отражены в трудах И.Ю. Левченко [59], В.В. Ткачева [91], Ю.А. Афонькина [9, 11]

и других. В их работах семья ребенка с особенностями развития рассматривается как дисфункциональная система, имеющая свои особенности, обусловленные деформациями на разных уровнях. В.В. Ткачевой выделены:

- психологический уровень деформации;
- социальный уровень деформации;
- соматический уровень деформации.

В исследованиях вышеуказанных авторов показано влияние нарушений развития ребенка на родителей, определены травмирующие и фрустрирующие психику факторы, которые в свою очередь, обуславливают характер дето-родительского взаимодействия в семье в зависимости от нозологической группы, к которой относится ребенок [9, 116].

Психологическое состояние как самостоятельную категорию впервые отметил В.Н. Мясищев [65], но Н.Д. Левитов обосновал проблемы психологического состояния [58]. Однако изучение психологического здоровья или психологического состояния родителей детей с особенностями развития в работах исследователей не представлены. Поэтому, мы ссылаемся на общие методологические источники и основы с рассматриванием проблем таких родителей под влиянием факторов влияния в их жизни. А также нами рассмотрены концепции психофизиологии состояний человека Е.П. Ильина [39].

О связи психоэмоционального состояния на здоровье человека пишут В.Э. Пахалян и Ю.Г. Фролова, где «психическое здоровье» рассматривается как баланс между различными психологическими свойствами и процессами, а психологическое здоровье, как «состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастнопсихологические воз-

можности» [75, 117]. С этой точки зрения психологическое состояние родителей является основой для выбора благополучной жизненной модели, которое необходимо для решения проблем воспитания ребенка с особенностями развития.

Ю.Г. Фролова рассмотрела «психологическое здоровье» как состояние, отражающее такой уровень развития личности, который характеризуется принятием себя и других, спонтанностью, автономностью, адекватностью и гибкостью восприятия окружающего мира, духовностью, креативностью, ответственностью за свою жизнь, осознанностью существования, способностью к саморегуляции». Она считает, что это позволяет человеку адаптивно функционировать на различных уровнях жизнедеятельности [98, с. 7].

Таким образом, мы рассмотрели системную взаимосвязь между психологическим здоровьем личности и его психоэмоциональным состоянием, как реагирование на факторы окружающей его среды.

Семейная среда, здоровые взаимоотношения в семье являются важными компонентами, как для родителей, так и для обеспечения здоровья и развития ребенка, особенно с особенностями развития. Важным фактором здоровой семейной среды является психоэмоциональное состояние родителей, что зависит от эмоциональных и физических характеристик, когнитивных установок и влияет на их поведение в различных ситуациях. К качествам психического здоровья относят чувство самоуважения, уровень тревожности и равновесия [79, 119].

В процессе инклюзивного образования важным критериями способностей родителей к адаптации в социальной среде и помощи своему ребенку в этом, является так же их социальное здоровье. Социальное здоровье личности – это его способность к полноценному выполнению своих социальных функций, степень его участия в жизни общества, количество и качество межличностных связей. Социальное здоровье родителей – это обладание необходимыми ресурсами для адаптации в обществе и способности конструктивно взаимодействовать со своим

окружением и окружением своего ребенка, не теряя вместе с этим стремление к саморазвитию, удовлетворению своих личностных потребностей и реализации жизненных целей [98, с. 8].

Качество жизни родителей детей с особенностями развития, мы рассмотрели, как характеристику общего состояния и степени их восприятия, удовлетворения их физических, эмоциональных, социальных и прочих потребностей и возможности достижения благополучия и самореализации [93]. Для этого мы рассмотрели трехмерную модель здоровья В.П. Куликова, в которой «наряду с континуумом количественных проявлений здоровья (продолжительность жизни, энергетический потенциал, адаптивные возможности, резистентность, физическое развитие и проч.) и качественных проявлений здоровья (психологическая стрессоустойчивость, тревожность, удовлетворенность жизнью и проч.) представлена глубинная ось, отражающая поведенческую адаптацию» [57, с. 17]. В модели учитываются не только показатели соматического и психического здоровья, но и «результат их взаимодействия, реализуемый в поведении субъекта, характеризующийся числом степеней свободы поведения или свободой жизни как возможностью принятия решений, активного влияния на свою жизнь и жизнь окружающих» [57, с. 17]. Исходя из этого, мы рассмотрели возможность выбора путей самореализации матерей детей с особенностями развития, как проявление самоуверенности, раскрепощенности, оптимизма, удовлетворенности, что положительно влияет на их физическое и психологическое состояние в целом.

Для определения того, насколько объективные проблемы воспитания особенного ребенка в семье влияют на психоэмоциональное состояние их матерей мы рассмотрим нормы и патологические проявления некоторых параметров психоэмоционального состояния их личности.

Б.С. Братусь отмечает, что понимание нормы самая спорная тема для специалистов, потому что, «во-первых, чего-то среднего, устоявшегося, не выделяющегося из массы, и, во-вторых (что необходимо связано с первым), наиболее приспособленного, адаптированного к определенной среде» [17, с. 21]. Он считает, что «признаки аномалии выводятся из понятия нормы, и так как, между условными полюсами «нормы» и «патологии» находится обширное поле отклонений, аномалий развития, то норму можно определить, как баланс сил, патологию, как крайнюю противоположность нормы, аномалию, как переходное состояние между двумя антиподами (пограничное состояние)» [17, с. 32].

Я. Неплох считает, что среднеуровневая нормальная личность - это «образ человека с адекватным данной среде и обществу характером жизни, стремлениями, возможностью самоконтроля поведения и аффекта человека, поддерживающего связи с окружающими или близкими ему людьми и не препятствующего отправлению ими естественной деятельности» [70, с. 36]. Вследствие этого определяется, что приспособительным поведением человека является психическая норма.

С точки зрения психологических наук, ситуация рождения ребенка с особенностями развития в семье является фактором риска (поведенческого, биологического, генетического, социального характера), для возникновения психоэмоционального напряжения, реакций и сомато-психологических проблем [69, с. 10], поскольку, определено требует от родителей мобилизации всех своих материальных, личностных, социально-коммуникативных и физических ресурсов, которые необходимы для адаптации к новой роли и функциям, для ухода за ребенком. Насколько они удачно справятся с этим, во многом зависит от их психологического здоровья, устойчивости эмоционального состояния и эмоциональных реакций. Под воздействием разных непредвиденных трудностей

воспитания особенного ребенка значительно повышен риск перехода на патологическое психологическое и даже психическое состояние личности.

Эмоциональное состояние представляет широкий спектр эмоциональных реакций: от раздражительности, тревоги, благодушия, до депрессивных и эйфорических [112, с. 103-107]. Вопросу определения связи психологического состояния и свойствами личности посвящены труды многих исследователей, из них несомненный интерес представляет трехмерная модель здоровья В.П. Куликова [57] и концепция Г.С. Никифорова о распределение критериев психологического здоровья по структурным составляющим личности [69, с. 148]. Было установлено, что психологического здоровья личности тесно взаимосвязано с его психологическим и эмоциональным состоянием, что дает нам основу исследования психоэмоционального состояния матерей воспитывающих детей с особенностями развития и оценить степень риска развития патологий. Эмпирические наблюдения показывают, что поскольку в основном вся нагрузка лежит на матерях, то напряжение выявляется именно у них с проявлениями разнообразных эмоциональных срывов и состояниями, связанные с неудовлетворённостью основными жизненными потребностями: фрустрация, дискомфорт, стресс, тревога и т.п. На развитие психоэмоционального напряжения в основном влияют: социум, условия жизни, отношения в семье, на работе, бытовые проблемы, привычки, влияющие на здоровье и так далее. Мы считаем, что изучение различных аспектов и факторов влияния на психологическое, в частности психоэмоциональное состояние матерей детей с особенностями развития позволит найти эффективные теоретические и практические решения в оказании помощи по преодолению их жизненных трудностей и сохранения психологического здоровья в целом. Гипотетически основными критериями социального здоровья родителей является:

- их социально-психологическая адаптированность к своей роли и роли

своего чада в обществе;

- отрицание мысли о самопожертвовании и принятие позиции самоактуализации, в независимости от объективных проблем;
- социальная направленность собственной деятельности и развития ребенка оптимистические жизненно смысловые ориентации.

По вопросу определения психоэмоциональных особенностей отношений в семье ребенка с особенностями развития, А.Я. Варга выделяет четыре образующие: «принятие или отвержение ребёнка, межличностная дистанция с ребёнком («симбиоз»), формы и направление контроля (авторитарная гиперсоциализация) и социальная желательность поведения. Каждая образующая, в свою очередь, представляет собой сочетание в различных соотношениях эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов» [20].

Особенности психоэмоционального состояния семей, имеющих детей с особенностями развития мы провели по классификации Т.В. Лоза, который рассматривает четыре группы.

Первая группа родители с сильно выраженными чувствами родительства, что проявляется как гиперопека и ограничение социальных контактов. У них искаженные представления о естественных и потенциальных ресурсах своего ребёнка. Характерно то, что психоэмоциональному состоянию матерей этой группы свойственно гипертрофированное чувство тревожности и нервно психической напряжённости. В большинстве случаев такой стиль воспитания становится свойственно стилю поведения всех членов семьи.

Вторая группа характеризуется стилем холодного общения – гипопротекцией. Психоэмоциональному состоянию членов семьи свойственны слабый эмоциональный контакт с ребёнком, что компенсируется излишней фиксацией и вниманием к лечению ребёнка, предъявляя завышенные требования к медицинскому персоналу. Таким родителям, особенно матерям, свойственно

агрессивное поведение по отношению к специалистам и органам опеки, иногда даже к донорам.

Третья группа проявляет конструктивность и гибкость в отношениях и в совместной деятельности, что характерно стилю сотрудничества. Психологическому состоянию членов семьи свойственна вера в успех своего ребёнка и в его сильные стороны, что может иногда привести к разочарованию и унынию, если не добиваются ожидаемых результатов. Такие родители часто меняют специалистов, что вредит и ребёнку и им. Вечная возня и беготня, недоверие и требовательность приводит к нервно напряженным отношениям, иногда и к конфликтам.

К четвёртой группе Т.В. Лоза относит репрессивный стиль семейного общения, который характеризуется авторитарной и лидирующей позицией родителей. состоянию членов семьи свойственны пессимистические взгляды на будущее ребёнка, жесткие требования и наказания за их невыполнение. В этих семьях от ребёнка требуют выполнения всех требований, упражнений, заданий, не учитывая его ограничения и индивидуальные возможности [60, 123].

Таким образом, мы рассмотрели проблему формирования в семьях разных стилей воспитания и отношений к проблеме ребёнка, а также факторы риска формирования отрицательных психологических состояний его членов.

1.2 Факторы влияния на психоэмоциональное состояние матерей воспитывающих детей с особенностями развития

В этой подглаве мы рассмотрели некоторые факторы, которые по нашим эмпирическим суждениям актуальны и имеют значительное влияние на формирование особенностей психоэмоционального состояния родителей, в частности матерей воспитывающих детей с особенностями развития. Для этого мы использовали информации социологических исследований и анкетирования (использованы также анкетные данные детей, посещающих государственную некоммерческую организацию «Республиканский педагого-психологический центр» при Министерстве образования, науки и спорта Республики Армения). Разработанная нами анкета содержит 18 вопросов, которые позволяют выяснить некоторые данные о ситуации в семье и о самооценке собственных чувств и психоэмоциональном состоянии родителей.

Факторы социально-культурного спектра. Ю.Б. Зеленская отмечает, что «семья – это нечто большее, чем простая сумма ее составляющих. Семьи отличаются друг от друга по своей структуре: по своему составу, культурному и идеологическому стилю каждая семья является уникальной, что в свою очередь обуславливает процесс семейных взаимоотношений. Ребенок с особенностями развития – одна из структурных особенностей семьи, где любые события, происходящие с ним, непременно затрагивают всех остальных» [35, с. 10-11].

К особенностям социально-культурного и идеологического стиля семей можно отнести те функции, которые описываются в законах. Например: семья есть важная репродуктивная (детородная) форма, ядро нации; семья – это объект воспроизводства национально-культурных ценностей; ведение домашнего хозяйства; уход и материальная поддержка несовершеннолетних и нетрудоспособных членов семьи; оказание психологической поддержки;

предоставление определенного социального статуса членам семьи, организация досуга, взаимообогащение интересов. Все эти особенности, так или иначе, влияют на организацию семьи, где растёт ребенок с особенностями развития.

Многие национальные и этнокультурные стереотипы в моноэтнических государствах при рождении ребенка с особенностями в развитии в семье становятся главной причиной психологического напряжения и конфликтов. Это приводит к ухудшению супружеских отношений, к конфликтам между членами семьи, стеснительному поведению в общении, к отторжению ребенка и многому другому, и в конце концов, к худшему – распаду семьи (в основном уходят отцы, и вся нагрузка остается на матерях).

Например, анализ данных 50-и семей детей с особенностями развития (взятых из архива 2018-2019 гг. ГНКО «Республиканского педагогического психологического центра», которым я руководила) и анкетных данных 30-и матерей показал, что:

- одна из трех семей с ребенком особенностями развития неполная, и ребенок остался под опекой матери;
- одна из трех - длительное время находится в борьбе за сохранение семьи, где мать ради ребенка терпит все нападки со стороны родственников и мужа;
- и только в одной из трех - муж и жена вместе сплочённо борются за развитие и социализацию своего чада (рисунок 1).

Многие родители, еще при рождении отказываются забирать ребенка с проблемами здоровья домой, и оставляют на попечительство государства. Это для них в некотором роде решает проблемы столкновения с мнением социальной среды и дальнейшими проблемами опеки и воспитания такого ребенка. Они надеются, что легче свыкнуться с этим, нежели всю жизнь мучатся. В таких случаях старшие в семье с отцом ребенка не говорят матерям о том, что они отказались от ребенка, а представляют ей, что ребенок не выжил. В таких случаях матери стараются

быстро забеременеть, чтобы забыть случившееся и оградить себя от обвинений по поводу рождения нездорового ребенка.



Рисунок 1 – Особенности семей воспитывающий детей, имеющих особенности развития

Но выявление у ребенка особых психоэмоциональных отклонений, которые проявляются в более позднем возрасте (например, расстройства аутистического спектра), становится причиной стрессовых и депрессивных переживаний для родителей, которые долгое время с трудом свыкаются с мыслью, что их ребенок особенный, и нуждается в особом режиме ухода и отношений. Это оказывает сильное влияние не только на личную и семейную, но и на социально-профессиональную жизнь. В таких семьях кто-то постоянно должен ухаживать за ребенком, водить его на занятия и т.д. Довольно часто молодым родителям на помощь приходят бабушки и дедушки, тети и дяди, братья и сестры, чтобы они могли работать и обеспечивать нужды и затраты семьи.

Характерно то, что проблемы в жизни родителей детей с особенностями развития никогда не заканчиваются, они с ростом ребенка и не оставляют права на

выбор и свободную жизнь для их опекунов, что становится причиной для профессионального, психологического, социального кризиса и деформации личности родителей, а в некоторых случаях и других членов семьи. Все это влияет на психоэмоциональное напряжение родителей (особенно матерей) и часто становится причиной для психосоматических заболеваний. Число семей, где матери не смогли работать или потеряли работу, составляет 4 из 5. А это безусловно может повлиять на их психоэмоциональное состояние, стать причиной деформации и эмоционального выгорания личности.

В исследованиях распространенности ограничений активности среди родителей детей с ограниченными возможностями в два раза выше, чем у родителей без особенностей – 23,1 и 11,9 процентов [99]. Например, более высокий уровень физических проблем, включая боли в спине и функциональные ограничения, были выявлены у матерей детей с церебральным параличом, по сравнению матерей, нормально развивающихся детей [125].

Факторы психолого-педагогического спектра. Диагноз ребенка ставит родителей перед стрессовой ситуацией и серьезными проблемами. Первый вопрос, который мучает их, это то, почему так случилось именно с ними, с их ребенком. После осознания проблемы начинает мучить вопрос: «Что же делать дальше?» [31]. В процессе адаптации к ситуации и к мысли, что нет другого пути, кроме того чтобы принять факт существования особенности ребенка, многие родители переживают эмоциональный кризис, преодоление которого зависит от их психоэмоциональных особенностей и межличностных отношений.

Н.А. Крушная более подробно изучала проблемы родительского отношения к детям, отношений в семьях, воспитывающих детей с задержкой психического развития. Она считает, что «если структура семьи удовлетворяете потребностям её членов, то семья функциональная, если нет, то она дисфункциональная» [55, с. 37]. В числе факторов дисфункций отмечается «присутствие в семье ребенка с

психосоматическими симптомами, родители которого более склонны разряжать напряжение на детях, по сравнению с родителями здоровых детей и детей с нарушениями поведения. Важной характеристикой родительского отношения к ребенку с особенностями развития является любовь, которая определяется через радость и удовольствие от общения с ним, стремление обеспечить его защиту и безопасность, безусловное принятие и внимание, целостное отношение к нему»[55, с. 39]. С другой стороны, остается неудовлетворенной потребность родительской контроля и требовательности, которая приводит к психоэмоциональному дисбалансу.

Факторы социально-психологического спектра. Семья ребенка с особенностями развития и проблемами здоровья чаще всего делает основной акцент на обеспечение условий для физического и психического развития ребенка. Но как отметила Л.М. Колпакова, «родители в большинстве случаев осознают проблемы, связанные со здоровьем ребенка и его лечением, но в то же время, проблемы общения с ребенком, понимания его внутреннего мира для многих не считается значимыми» [49].

Социально-психологические особенности семьи с ребенком с особенностями развития зависят от многих индивидуальных психологических особенностей родителей, ожиданий по отношению к ребенку, отношения к несчастьям вообще, от наличия и особенностей других детей и т.д. Но существуют проблемы, с которыми сталкиваются почти все родители детей с особенностями развития [87, с. 15].

Мы заметили, что на психологическое состояние родителей воспитывающих детей с особенностями развития сильное влияние оказывают постоянные и длительные стрессовые состояния, которые проявляются самотерзанием, самообвинением, скрытой депрессией, высокой тревожностью и изолированностью. Психологическая напряженность у отцов проявляется в

постоянных обвинениях в адрес матерей, в алкоголизме, изолированности от окружения, избегании или неловкости построения отношений с ребенком.

В социальном плане семьи, воспитывающие детей с особенностями развития, из-за личностных установок родителей, становятся малообщительны и избирательны в контактах, члены семьи сужают круг своих знакомых и ограничивают общение с родственниками, или предпочитают появляться в кругу без ребенка, что в свою очередь влияет на отношения близких и родственников с ними, и которые тоже начинают избегать контактов, чтобы не обременять вопросами и любопытством.

Причиной стрессов и конфликтов стало также инклюзивное образование. Множество проблем организации процесса инклюзии, влияют не только на родителей детей с особенностями развития, а также и на родителей детей без каких-либо ограничений и особенностей. Типичным является постоянный «тихий конфликт», когда воспитатели в детских садах, учителя в школах, одноклассники просто игнорируют ребенка с особенностями развития. Более серьезные противоречия в классе могут привести к открытой травле. Например, бывают случаи, когда у ребенка есть какие-то психоэмоциональные или поведенческие особенности, он может разговаривать на занятиях, неадекватно себя вести, издавать громкие звуки, крики, убегать, кувыраться и отвлекать других детей. В таких ситуациях достаточно часто происходит обращение к администрации учреждения, психологическое нападение на родителей детей с особенностями развития со стороны родителей здоровых детей, чтобы они не водили таких детей в школу.

Достаточно часто можно встретить и неагрессивные виды отношения к таким детям: М.С. Голубева назвала их моделями «больной человек» или «объект жалости». В таких случаях окружающие невольно совершают действия, травмирующие родителей: жалость, стеснение людей при общении с ребёнком и

т.д. [30, с. 184], что становится причиной негативного или даже агрессивного отношения родителей детей с окружающими.

По данным исследований, проведенных Детским фондом ООН в Армении в 2012 г., 5 процентов мальчиков и 7 процентов девочек, имеющих разные формы отклонений, почти не выходят из дома (выходят только к врачу), 12 процентов не имеют друзей, 33 процентов не участвуют в семейных мероприятиях. Только один из трех детей с инвалидностью посещает детские сады (в городах 44 процентов, а в деревнях почти 23 процентов). Имеем примерно такое же число и по посещению школы. Только один из 4-х имеет возможность получать коррекционные и реабилитационные услуги (рисунок 2)[121].



Рисунок 2 – Социальная активность детей с инвалидностью.

Мы определили основные проблемы родителей под влиянием факторов социально-психологического спектра: 1) избегание собственной деятельности в сотрудничестве со специалистами, потому что считают, что сами не компетентны

в оказании помощи своему ребенку и нужно доверять только специалистам, 2) не обращают внимания на собственное психосоматическое здоровье, в связи с обременением проблемами, связанными с уходом за ребенком. В поликлиниках, центрах реабилитации и развития очень редко проводятся специально организованные курсы или консультации, где специалисты помогают родителям с решением проблем, связанных с организацией ухода детей с особенностями развития, а с внутрисемейными трудностями, проблемами в межсупружеских отношениях редко кто обращается к специалистам – это еще не вошло в культурный быт многих общественных структур.

Таким образом, семья, воспитывающая ребенка с особенностями развития, становится семей с особым психологическим статусом, который проявляется из-за многочисленных повседневных забот и трудностей, редко встречающиеся в жизни семей, где растёт ребенок без каких-либо особенностей и проблем со здоровьем.

Один из важных компонентов проблем психологических аспектов – это отношение родителей к проблемам ребенка, где исследователи выделяют несколько видов семей.

Семьи, которые игнорируют дефект или особенность ребенка и важность воспитания, опираются на неоправданный оптимизм («все пути для тебя открыты»). Психологическое состояние матерей в таких семьях в основном проявляется безразличием или выбором свободного стиля воспитания, что может привести к глубокой психической травме, при столкновении с социальными нормами в процессе интеграции. Особенно такие трудности могут проявляться в подростковом и юношеском возрасте, при выборе профессии, когда они понимают ограниченность собственных возможностей. Отношение ребенка к матери может резко ухудшиться, стать игнорирующим и агрессивным. Это может привести к психологическому истощению, выгоранию, беспомощности матери, когда она

понимает, что все ее попытки дать свободу проявляются в отрицательных качествах ребенка.

Противоположность этому типу являются семьи, которые предъявляют ребенку непосильные требования, заставляя его прилагать чрезмерные усилия для их выполнения, ребенок перенапрягается физически и страдает морально, видя постоянное недовольство взрослых. В основном такие требования представляют отцы к матерям, что приводит к постоянному контролю за поведением и режимом ребенка, беготне за удачей. В таких случаях тоже есть риск эмоционального выгорания и истощения матерей, особенно в кризисные возрастные периоды, где дети начинают проявлять свое «Я» и отвергать контроль и требования непосильные для него.

В литературе рассматриваются (В.С. Сомерс) [19, с. 92-93], [72, с. 40-41] несколько типов отношения родителей к своему ребенку, имеющему отклонения в развитии:

- принятие ребенка и его ограниченных возможностей здоровья;
- реакция отрицания;
- реакция чрезмерной защиты и опеки;
- скрытое отвергание ребенка;
- открытое отречение, отвергание ребенка.

Первые два типа отношений, являются положительными для ребенка, здесь он полноправно принимает участие в жизни семьи, где члены семьи обеспечивают возможности его разностороннего развития. В общей картине они проявляются теми же влияниями на психологию родителей и их психологическое здоровье, что и вышеописанные нами два типа.

Часто причиной эмоционального напряжения и выгорания могут стать часто необоснованные самоупреки, самообвинение родителей. Они чувствуют вину, разочарование, физическую боль, несчастье и т.д. Большая часть самооценки

родителей зависит от глубины этого переживания ответственности. Положительное развитие ребенка укрепляет самооценку родителей, и наоборот.

При оценке родительско-детских отношений ряд исследователей считают важным и определенным роль личностных особенностей их матерей [18].

Например, есть спонтанные матери, которые максимально удовлетворяют любые потребности своего ребенка, они, не относясь критически к сложившейся ситуации. По шкале спонтанности часто такие мамы предъявляют достаточно высокие требования к ребенку и эмоционально принимают его проблемы. У них меньше выражена неразвитость родительских чувств, и страх за ребенка.

Есть матери с проявлением агрессивности, они склонные к активной самореализации, самоутверждению, отстаиванию своих интересов, часто вопреки интересам окружающих. У них в воспитании «наблюдается ситуация, при которой ребенок оказывается на периферии внимания родителя, до него «не доходят руки», но в то же время агрессивная мать потакает ребенку, удовлетворяя все его запросы» [18].

Следующая категория, это ригидность матерей, которая рассматривается как склонность к субъективизму в оценках, с инертностью, склонностью к педантизму и подозрительности. Им свойственны: сверхопека ребенка, усиленные родительские чувства, которое проявляется в неосознанном стремлении того, чтобы ребенок стал для них чем-то большим, нежели просто ребенком. Часто они требовательны в воспитании и настойчивы в своих претензиях.

Интровертность также является характерной чертой описания матерей. Таким матерям свойственна замкнутость, часто обращенная в свой внутренний мир. В воспитании они нетребовательны, не стремятся к расширению родительских чувств, испытывают воспитательную неуверенность и страх потери ребенка.

Другой тип сенситивный, здесь выраженные чувствительность, конформность матерей, которые склонны к мелочной опеке, контролю, навязывая ребенку свои взгляды и действия, ограничивая их самостоятельность.

Проведенные исследования показали, что личностные особенности играют немаловажную, если не скажем решающую роль в формировании родительско-детских отношений, что необходимо учитывать при организации психологического поддержки и помощи семьям, воспитывающим детей с особенностями развития. Этим объясняется значение семьи, а также психоэмоциональное здоровье матерей в успешной социализации детей с особенностями развития.

Таким образом, изучая факторы влияния на формирование психоэмоциональных особенностей родителей, в частности матерей воспитывающих детей с особенностями развития, мы выявили некоторые проблемы формирования их психоэмоционального состояния:

- особые стереотипные установки по отношению к детям с особенностями развития и к их матерям в семьях (обвинения матерей, стыд и ограждение от социального мнения, часто гиперопека, страх за социализацию ребенка и тому подобное);
- проблемы межсупружеских отношений и распределений ответственности между ними;
- проблемы отношений в всеобщей инклюзивной образовательной среде;
- проблемы воспитания и социализации ребенка.

На основе выявленных теоретических и эмпирических данных мы определили основные направления нашего эмпирического исследования: изучение психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития, которые проявляются в психоэмоциональном напряжении, тревожности, жизненных установках и защитных реакции на разные ситуации.

Глава 2 Эмпирическое исследования психоэмоционального состояния матерей воспитывающих детей с особенностями развития

2.1 Теоретические основы исследования

Организация и основные этапы исследования. Исследование осуществлялось в три этапа.

На первом теоретико-поисковом этапе (сентябрь, 2019 г. – декабрь, 2019 г.) осуществлялось изучение и анализ теоретического и эмпирического материала с целью установления степени научной разработанности исследуемой проблемы, составлялась программа исследования. Была сформулирована тема и рабочая гипотеза, определен объект, предмет, задачи и теоретическая позиция исследования.

На втором опытно-экспериментальном этапе (январь, 2020 г. – март, 2021 г.) был разработан и апробирован диагностический инструментарий по выявлению факторов влияния на психоэмоциональное состояние матерей детей с особенностями развития и на их психоэмоциональное состояние. Осуществлялась обработка, проверка, сравнительный анализ и систематизация полученных результатов.

На третьем заключительно-обобщающем этапе (апрель, 2021 г. – май 2021 г.) проводился анализ, обобщение и систематизация результатов экспериментальной работы. Формировались выводы, осуществлялось оформление диссертационной работы.

В «Психологическом словаре» психологическое состояние определяется как «психологическая категория, в состав которой входят разные виды интегрированного отражения воздействий на субъект как внутренних, так и внешних стимулов без отчетливого осознания их предметного содержания» [114,

с. 287]. В таком понимании состояние – это лишь интегрированное отражение субъектом воздействий на него разных стимулов.

В этой подглаве представлены теоретические основы изучения психоэмоционального состояния матерей воспитывающих детей с особенностями развития, их психоэмоционального напряжения, тревожности, жизненных установок.

Основой для изучения психологического состояния, как переживании связанного с эмоциональным состоянием личности, послужили концепции Б.А. Вяткина и Л.Я. Дорфмана [25]. Е.П. Ильин отмечает [39], что именно в переживаниях отражается личностный аспект психических состояний человека.

В первой главе мы теоретически обосновали, что родителям детей с особенностями развития свойственны особые переживания, которые формируют им свойственное психоэмоциональное состояние. Для их изучения мы выбрали два подхода: инструментальный и гностический (классификация С.Т. Посоховой). Первый подход мы использовали для выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей матерей детей с особенностями развития с помощью специальных методов: наблюдения, тестирования, анкетирования, второй - для распознавания их психической реальности, через раскрытие их индивидуальных реакций на внешние объективные проблемы. На гностический подход мы опирались при решении следующих задач: определение общих закономерностей при формировании психических образований у матерей детей с особенностями развития; установление связи между единичными случаями и возможностью их познания; выявление характеристик поведения или состояния матерей детей с особенностями развития, по сравнению с психоэмоциональным состоянием матерей детей без особенностей развития (как возможными среднестатистическими нормами).

Базовым положением явились: биологическая теория эмоций П.К. Анохина, где он рассматривает роль ведущей эмоции, которая участвует в формировании направленности поведения и постановки цели. Он считает, что «ситуативные эмоции, возникающие при оценке отдельных этапов действия, позволяют корректировать поведение и достигать поставленной цели» [2, с. 173]. А также его принцип системного подхода, который состоит в том, что «он заставляет исследователей искать логические связи в «половодье аналитических фактов» и дает возможность «объяснить и поставить на определенное место даже тот материал, который был задуман и получен исследователем без всякого системного подхода» [2, с. 12].

Для изучения эмоций связанных с переживаниями матерей детей с особенностями развития (эмоциональный интерес, возбуждение, переживание, удовольствие, печаль, горе, депрессия, страх, тревога, стыд, вина, совесть, любовь) мы ссылались на классификацию и концепции, изложенные К.Э. Изардом: «Эмоция – это нечто, что переживается как чувство (feeling), которое мотивирует, организует и направляет восприятие, мышление и действия» [38, с. 20-21].

Согласно точке зрения В.К. Сафонова, «существуют «состояние объекта» и «состояние субъекта». Первое характеризует «состояние психики» в целом (т. е. статус-кво), второе — «психическое состояние». Состояние психики (состояние объекта) является интегральной характеристикой психической сферы человека в конкретный момент времени, а психического состояния (состояние субъекта) детерминирует количественные и качественные характеристики психических процессов, выраженность проявления психических свойств» [82]. Но тогда получается, что психическое состояние является причиной состояния психики, а состояние психики является следствием психического состояния. Матери, воспитывающие детей с особенностями развития, переживают состояние объекта

по отношению к ребенку и субъекта, по отношению к себе самой. Поэтому важно рассматривать ее психоэмоциональное состояние в этих двух аспектах.

Исследования психического здоровья, в частности наличия депрессивных симптомов у родителей детей с особенностями развития, утверждают, что повышенное воздействие стрессоров, которые могут сопровождать воспитание ребенка с особыми потребностями в здоровье, приводит к повышенному уровню депрессивных симптомов и депрессии у родителей. Несколько исследований показали, что диагностированная депрессия и депрессивные симптомы были особенно выше у матерей [99].

Многие зарубежные исследования подтверждают, что повышенное воздействие стрессоров может представлять серьезную угрозу для психоэмоционального состояния и потенциально увеличивать риск повреждению здоровья родителей детей с особенностями развития (Э.М. Смит и Д.Г. Гживач [99], А. Фейзи, Б. Наджми, А. Салези, М. Чорами и Р. Ховейдафар [100], Ким-М. Гилсон, Э. Дэвис [103], С.М. Маркиз, К. Мак-Грааль, М. Хейс [104]).

Е.П. Ильин считает, что «состояние в самом широком понимании – это реакция функциональных систем на внешние и внутренние воздействия, направленная на получение полезного для организма результата (адаптации к данным, в том числе и изменившимся, условиям существования)» [40].

Эффективность процесса адаптации выражается в сохранении целостности организма и обеспечении его нормальной жизнедеятельности в данных условиях. Он ссылается на мнение П.К. Анохина о том, что «было бы совершенно непрогрессивным для живой природы, если бы система «стремилась» найти лишь устойчивое состояние», ... что «система «стремится» получить запрограммированный результат и ради результата может пойти на самые большие возмущения во взаимодействиях своих компонентов... Именно результат при затрудненном его получении может привести всю систему в крайнее

беспокойное и отнюдь не устойчивое состояние» [2, с. 31]. Таким образом, «реакция функциональной системы важна не только для сохранения ее стабильности и устойчивости, но и для изменения с целью адаптации к новым условиям существования» [2, с. 19].

На вышеупомянутых подходах мы построили описание состояния матерей воспитывающих детей с особенностями развития, что можно характеризовать на трех уровнях, свойственных человеку, как субъекту: физиологическом, психофизиологическом и психическом.

На физиологическом уровне у них наблюдаются состояния от покоя, спокойствия, не возбужденности и заторможенности до состояния возбужденной активности, гипер коммуникабельности.

Мы ссылаемся на определение состояния человека как целостную системную реакцию (на уровне организма и часто – личности) на внешние и внутренние воздействия, направленные на сохранение целостности организма и обеспечение его жизнедеятельности в конкретных ситуациях.

Часто, в определениях состояний, отсутствуют два очень важных аспекта: 1) понимание сути психического состояния как единства переживания и поведения и 2) рассмотрение ситуации как основной причины, вызывающей психическое состояние. Этот вопрос мы рассмотрели у Е.П. Ильина. Он отмечает не только о единстве переживаний и поведения, но и о «единстве физиологических изменений с переживанием и поведением, что можно видеть в схеме структуры (уровней) реагирования (состояния)». Он рассматривает эмоции как состояние, подчёркивая, что «эмоция – это реакция на ситуацию, в которой оказывается значимый объект» [40].

К такому выводу пришел также Н.Д. Левитов. Он отметил, что «всякое психическое состояние является как переживанием субъекта, так и деятельностью

различных его функциональных систем и имеет внешнее выражение не только по ряду психофизиологических показателей, но и в его поведении»[58].

В.А. Ганзен структуру психического состояния рассматривает на трех уровнях [26, 27], (рисунок 3).

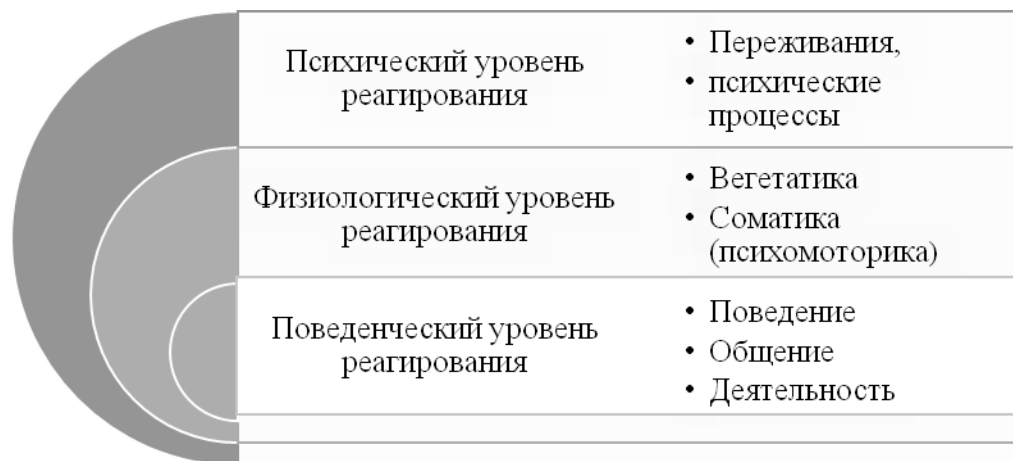


Рисунок 3 – Структура психического состояния (В.А. Ганзен).

Поскольку эмоции являются сложной совокупностью телесных и психических изменений, включающую в себя психологическое возбуждение, чувства, познавательные процессы и поведенческие реакции, возникающие в ответ на ситуацию, которая воспринимается как лично значимая [28, с 613], то можно сказать, что изменения в эмоциональной сфере влияют на изменения и в соматическом состоянии человека, становясь причиной многих психосоматических заболеваний. По словарю М.И. Дьяченко и Л.А. Кандыбович, «состояние – это целостная, временная и динамичная характеристика психической деятельности, которая, закрепляясь, может переходить в устойчивую черту личности» [110]. В научной литературе все эмоциональные состояния по форме протекания делятся на: чувственный тон, настроение, эмоции, аффект, стресс, фрустрацию, страсть, высшие чувства.

Стадии эмоциональных переживаний по поводу рождения ребенка с особенностями здоровья в семье описаны И.Е. Валитовой: «1) отрицание; 2) стресс (шок); 3) поисковая активность; 4а) приближение к принятию или 4б) созависимость; 5) принятие. Она утверждает, что несмотря на длительный период совладения семьи с кризисом, следы этой жизненной трагедии могут остаться, как шрамы на теле, и иногда напоминать о себе. В некоторых случаях стадии отрицания и стресса (шока) меняются местами, что в действительности отражает индивидуальные особенности переживания такого горя со свойственными им психологическими реакциями и эмоциональными переживаниями» [19, с. 431-438].

Е.П. Ильин рассматривает эмоции как «состояние реакции на ситуацию, в которой оказывается значимый объект» [40, с. 19], следовательно, эти реакции имеют приспособительный (адаптивный) характер. Он подчеркивает также, что полезный результат для организма может не совпадать с ожидаемым человеком полезным эффектом. Он приводит пример того, что «возникновение состояния страха неблагоприятно для человека, но является целесообразной и полезной реакцией организма на угрожающую ситуацию...» [40, с. 19]. Но, по его мнению, не все состояния обеспечивают эффективность результата, который вступает в противоречие с целью поведения человека и с его задачами. Он считает, что человек может «вызвать ряд состояний произвольно (самовнушением) или внушением извне и тем самым реакциям функциональной системы задать соответствующее направление, что необходимо для эффективной деятельности» [40, с. 19]. Это происходит с матерями, при осознании своей роли в жизни своего ребенка, который фактически с ее помощью долгое время должен приспособливаться к жизни, и не всегда к самостоятельной.

Исходя из эмпирически наблюдаемых и анкетных данных, мы отметили, что первая эмоциональная реакция матерей на диагноз это шок и стресс. После, это

переходит в форму «борьба за жизнь и развитие своего чада», что уменьшает начальное напряжение. Происходит подавление собственного Эго матери, после чего происходит переход в стадию сублимирования или вытеснение тревоги на оптимистический настрой. На подсознательном уровне, усиливается отрицание любого неблагоприятного сценария, что требует постоянного волевого напряжения и самоотдачи. Со временем это напряжение переходит в стабильное скрытое стрессовое состояние и может повлиять на их психоэмоциональную устойчивость и здоровье. Опыт работы с такими матерями доказывает, что они «цепляются» за любую позитивную мысль, формирующую надежду, и это помогает им преодолеть трудности и становится фактором формирования личности с сильными психоэмоциональными качествами, но скрытым и подавленным напряжением. Результаты наших эмпирических наблюдений графическим образом показано на рисунке 4.

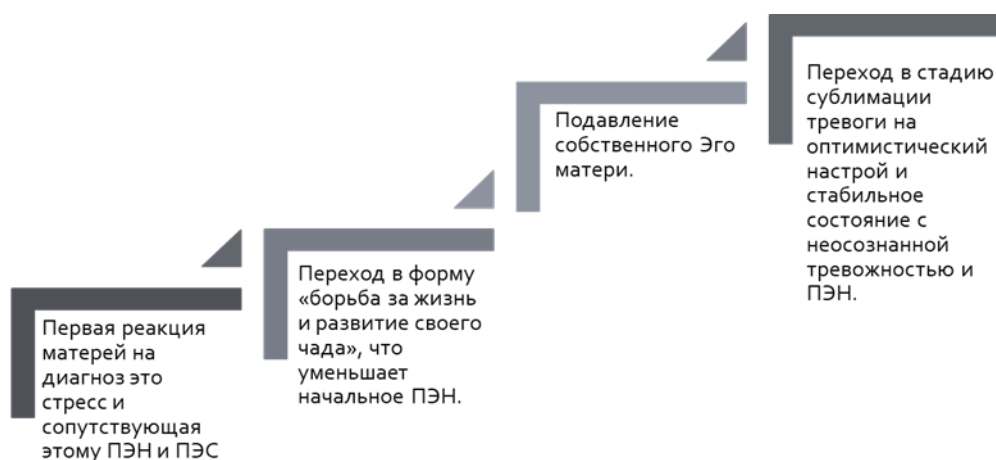


Рисунок 4 – Стадии формирования психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития.

В длительное время в нашей практической деятельности, мы заметили также, что психоэмоциональное состояние матерей детей с особенностями развития проявляется в «окрасках» психопатологического напряжения и

невротических реакций особенно на темы, связанные с проблемами детей с особенностями развития (они как бы всех таких детей соотносят со своим). Мы считаем, что такие реакции являются отражением высокой тревожности, страхов и травмированной самооценки, обиженности на судьбу и общество, которая тесно сплетена с инстинктом защиты своего чада и его подобных.

Исследователи отмечают, что определенные личностные и эмоциональные особенности матери, особенно тревожность, являются фактором дисгармонизации ее отношений с ребенком. Е.Е. Малкова отмечает, что «базисная тревога, порождаемая деструктивными импульсами со стороны матери, является основной движущей силой развития отклонений личности ребенка» [63, с. 68].

С.И. Беляева заметила, что «тревога матери – это комбинация негативных эмоций: страха, печали, стыда, гнева и вины. ... Тревожность как черта личности может исказить или даже купировать естественные проявления материнской любви, вплоть до появления в поведении матери деструктивных форм реагирования на собственного ребенка» [14, с. 2].

Она считает, что, «когда мать испытывает чувство тревоги, ее чувствительность к потребностям ребенка может как повышаться, так и снижаться, что, в конечном итоге, негативно влияет на формирование личности ребенка» [14, с. 2]. У матерей детей с особенностями развития тревожность имеет более глубокое и специфическое проявление. Часто их любовь к своему чаду является ее самоотверженной готовностью дать ребенку свое плечо поддержку, тепло, нежность, одобрение, компенсируя его проблемы и невозможность социализации.

Но бывает и так, что в состоянии тревоги у матери проявляется грубость и раздражительность, что влияет на эмоциональную связь с ребенком, лишая его поддержки, необходимой как на протяжении всего детства, так и, безусловно, в случаях с особенностями развития.

При использовании метода наблюдения за реакциями в социальных сетях на те или иные темы, связанные с проблемами и безопасностью таких детей, и в общении с ними, мы заметили, что, у матерей, под длительным воздействием травмирующего фактора или воздействия (в нашем случае, это ребенок с особенностями развития и проблем, связанных с его рождением и воспитанием в семье) начинаются именно невротические реакции, о которых они в последствии анализируя даже сожалеют, но в этот момент редко контролируют.

Известно, что невротическая реакция, как пограничная с патологией, ограничена во времени и почти всегда имеется четкое начало возникновения, течения и развития на конкретную психогению. Мы заметили, что психогения для таких матерей имеет бессознательную-инстинктивную характеристику, что отражает часто сплетение обиды на жизнь, страха за ребенка и неуверенности в его будущем.

Для невротических реакций характерно, прежде всего, «возникновение в непосредственной связи с неблагоприятной жизненной коллизией и разнообразными стрессовыми обстоятельствами; этиологический фактор — психогении (микросоциальные вредности, действующие одновременно, или пролонгировано, в изолированном виде или же в непосредственной связи одна за другой)» [54].

В начальных стадиях, когда, матери еще не адаптированы к своей роли, невротические реакции характеризуется своим специфическим набором компонентов или признаков — быстрое раздражение и угасание. Только при острых и затяжных реакциях начинают проявляться вазовегетативные и характерологические синдромы с тенденцией их фиксации. Может возникнуть аффективное сужение сознания. Поведение человека в этой ситуации становится присущим ему в соответствии с его темпераментом, типом нервной системы, его ядру личности, его истинным и теперь уже не скрываемым отношением к данной

травматической для него ситуации и к конкретным субъектам, участвующих в ней. Могут проявиться поведенческие признаки невротических реакций на темы, связанные с проблемами детей особенностей развития и с их личной жизнью: возбудимая; тормозимая; шизоидная; истерическая; паранойяльная [112].

В таких состояниях некоторые родители могут проявлять агрессивность, плаксивость, иногда возбужденно привлекать внимание окружающих людей и искать у них помощи и поддержки (социальная поддержка), некоторые могут впадать в эмоциональное оцепенение, уходить в себя. Часто не выдерживают напряжения особенно отцы, они убегают или физически удаляются, замыкаются в себе.

В этой стадии очень важна психологическая поддержка и эмпатия со стороны окружения и специалистов. Это помогает почувствовать себя частью окружения и не впадать в состояние депрессии. Специалистам нужно знать, что на следующем этапе невротические реакции стихают, угасают и человек, осознает причину своего соматовегетативного дискомфорта – слабость в конечностях, общее утомление до истощения, чувство тяжести в голове и теле, головокружения и т.д., они начинают критически относиться к своему поведению и состоянию, понимают, что подобные состояния вредны и для них, и для ребенка, за которого они несут ответственность. Таким образом, невротические реакции редко переходят в форму патологий.

И.Е. Валитова отмечает, что «у матерей детей с особенностями развития под влиянием адекватного образа ребенка, постепенно ослабляются ее переживания по поводу несбывшихся ожиданий, что влияет на стабилизацию ее эмоционального состояния. Они перестают стремиться исправлять свершившееся и не защищаются от него. Они начинают осуществлять поиск нового содержания жизни, которого были лишены в связи с рождением особого ребенка и которое могло бы дать им чувство уверенности в себе и наполнить жизнь смыслом» [19].

Таким образом, важно принятие себя как матери, имеющей особого ребенка, с девизом: «Я – мать особого ребенка, я лучшая мать для него. И это не мешает мне жить полноценной жизнью». Это является итоговой стадией разрешения женщиной жизненного кризиса. Если конечно до этого доходит. Это может длиться месяцы, или даже годы. Адаптация зависит от индивидуальных психологических особенностей, ценностных ориентиров и личностных установок женщины, имеющей ребенка с особенностями развития.

Для определения задач психологического сопровождения и помощи, важно выявить на какой стадии находится мать или родители вообще, чтобы определить направление психологической помощи.

Удачным можно считать такое воздействие, которое поможет личности безболезненно, объективно оценивая ситуацию, пройти все стадии кризиса родительской идентичности и прийти к осознанному принятию собственной ситуации.

Пономаренко И.В., Курусь И.А., Митенко А.А., Волохова С.А., Андреев А.Б. выявили, что уровень эмоционального интеллекта родителей детей с ограниченными возможностями здоровья достоверно выше, чем у родителей здоровых детей. Они считают, что «родители детей с ограниченными возможностями здоровья лучше умеют управлять эмоциями, более точно понимают значение тех или иных эмоциональных проявлений, способны сдерживать их. Подобные качества могут быть усилены семейной ситуацией у таких родителей. Воспитательные воздействия родителей должны способствовать развитию у ребенка сочувствия и сопереживания по отношению к другим людям, принятию себя как важного и значимого для них. Дети, которые постоянно находятся в состоянии болезни, больше требуют к себе внимания, любви и ласки, а отрицательные эмоции родителей негативным образом сказываются на них и способны усиливать болезненные проявления. Поэтому родителям, которые воспитывают ребенка с

особенностями здоровья, необходимо научиться управлять эмоциями и сдерживать свои негативные эмоциональные импульсы. За счет того, что этим родителям необходимо уметь определять и контролировать свои эмоции, их уровень эмоционального интеллекта в целом выше, чем у родителей здоровых детей» [75, с. 52-57].

Специалисты считают, что воспитание ребенка в семье должно начинаться с воспитания, самовоспитания и самообразования родителей. Они должны знать, не только как ухаживать за ребенком, но и ориентироваться в том, каким образом развивать психику ребенка и формировать его как личность, между тем, не теряя свое Я.

Для этого программы оказания психологической помощи нужно формировать с учетом особенностей, интересов и возможностей, не только ребенка, но и их родителей, в частности, матерей. Это требует наличия специальных знаний, при необходимости перестройки межличностных отношений в семье, отказа от не эффективных способов коммуникации и выработки наиболее оптимальной стратегии эмоциональных реакций (копинг-стратегии) и тактики воспитательной работы с учетом особенности ребенка, условий жизни, типа семьи, и других факторов.

Е.В. Иванова, В.В. Ткачева и др. отмечают несколько уровней качественных особенностей, которые имеют место в семьях детей с особенностями развития, и которые проявляются через их психологические составляющие.

Присутствие в семье ребёнка с особенностями развития рассматривается как «хронический стрессоген, что становится причиной нервно-психической перегрузки родителей и неудовлетворительности своим состоянием. Хронический стресс (беспокойство, усталость, апатия, переживания и так далее), вызванный болезнью ребенка и его проблемами, часто превышают уровень допустимых

нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах взрослых членов семьи» [66].

Так как стресс, имеющий длительный и постоянный характер, может оказывает сильное отрицательное воздействие на здоровье материей детей с особенностями развития, то можно заметить, что они часто жалуются на колебания артериального давления, бессонницу, частые и сильные головные боли и так далее. Исследования показали, что, «чем старше становится ребенок, т.е. чем дольше продолжается психопатогенная ситуация, тем в большей степени у некоторой части матерей проявляются нарушения здоровья. Возникают аутоиммунные, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта» [66].

На социальном уровень, часто замыкание родителей в рамках собственной семейной системы, где интересы сфокусированы только на проблемах больного ребенка, а потребности и интересы других членов семьи рассматриваются как второстепенные и незначительные, такое поведение, становится причиной конфликтов и споров между супругами и другими детьми в семье.

В семьях появляются также финансовые трудности. «Необходимы затраты на дорогостоящие препараты, процедуры, медицинское оборудование, пребывание в стационаре, транспортные расходы перед отцами ставит трудную задачу обеспечения, из-за чего, матери осяются единственной опорой для ребенка. ... Проводя большую часть времени с нуждающимся в постоянном уходе ребенком, она оказывается наиболее уязвленной возникающими при этом трудностями при взаимодействии как с членами семьи, так и с различными социальными структурами» [66]. Другие исследования показали, что трудности, связанные с опекой детей с особенностями развития, становятся также причиной для формирования более стойкого эмоционального интеллекта и эмоционального канала эмпатии, чем у родителей детей без каких-либо особенностей [76].

В общем итоге, можно сделать вывод, что в семьях, где родился и растёт ребенок с особенностями развития психоэмоциональное состояние родителей, в частности матерей, рассматривается как важный фактор для организации жизни и комфорта ребенка. Но для этого важно контролирование ими и адекватные реакции на внешние факторы риска и стресса не только для них самих, а также и для их ребенка, что становится причиной постоянного нервно-психического напряжения и формирования специфических защитных механизмов их личности.

2.2 Методы исследования

Исходя из выше сделанных доводов, на первом этапе мы провели исследование по трем направлениям: исследования 1. психоэмоционального состояния, 2. психоэмоционального напряжения, 3. эмоциональных реакций. На втором этапе провели сравнительный анализ результатов экспериментальной и контрольной группы, для выявления особенностей психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития. Для исследования мы придерживались направлений и методов, количественно-качественного анализа, приведенных на рисунке 5.

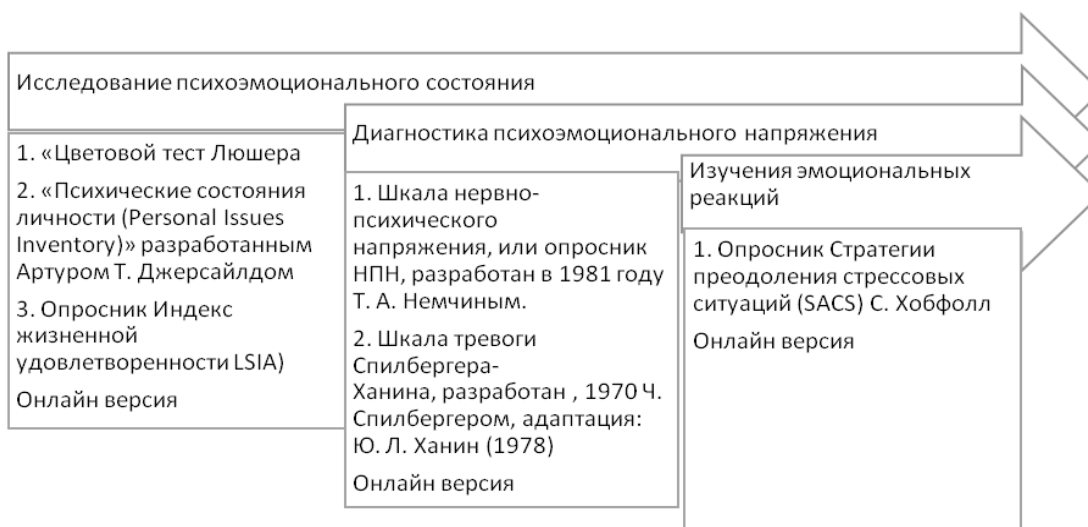


Рисунок 5 – Классификация методов исследования.

Для диагностики психоэмоционального состояния матерей и выявления скрытых, неосознанных проблем мы выбрали 3 теста. Более целесообразной и информативной для трактовки нами выбран «Полный цветовой тест Люшера (онлайн версия, ЦТЛ был опубликован в 1948 году, а полноценное руководство, выпущенное в 1970 г.)» [120]. Тест Люшера с высокой степенью достоверности диагностирует психофизиологическое состояние, стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности, помогает определить наличие и причины психологического стресса. В оригинале тест представлен в двух вариантах: полном («клинический цветовой тест Люшера»), с помощью семи цветowych таблиц, и кратком восьми цветовом («быстрый или сокращенный тест Люшера»).

Первый из них достаточно сложный и применяется в основном в тех случаях, когда цветовой тест является единственным инструментом психодиагностического исследования. Несмотря на сложность, мы выбрали этот вариант, поскольку поставили перед собой задачу с помощью количественного анализа выявить проблемные зоны двух выборок в разных психофизиологических аспектах. Результаты обрабатывались автоматически с помощью компьютерной программы.

Для исследования психоэмоционального состояния мы также выбрали опросник «Психические состояния личности (Онлайн версия, Personal Issues Inventory)» разработанный А.Т. Джерсайлдом (Arthur Thomas Jersild, 1950). Методика направлена на выявление таких стойких негативных внутренних состояний, как одиночество, ощущение бессмысленности существования, половой конфликт, враждебный настрой, безнадежность и другие [77].

Для анализа эмоционального состояния матерей и их психологических установок нами выбран опросник «Индекс жизненной удовлетворенности» [34, 77], (Life Satisfaction Index A, LSIA), который предназначен для определения

общего психологического состояния человека, степени его психологического комфорта и социально-психологической адаптации. Тест разработан Б. Ньюгартеном (Bernice L. Neugarten, 1961 г.), адаптация Н.В. Паниной (1993 г.). Помимо интегрального показателя, опросник позволяет выделить пять различных аспектов удовлетворенности жизнью.

Психоэмоциональное напряжение мы рассмотрели, как важную характеристику для описания психоэмоционального состояния, что является набором разнообразных неблагоприятных эмоциональных состояний, связанных с неудовлетворённостью основных жизненных потребностей. Согласно «Психологическому словарю» психическая напряженность, это «психическое состояние, обусловленное предвидением неблагоприятного для субъекта развития событий и сопровождаемое чувством общего дискомфорта, тревоги, иногда страха, однако, в отличие от страха, включает в себя готовность овладеть ситуацией, действовать в ней. На развитие психоэмоционального напряжения влияют условия жизни, личностные особенности, образ жизни, отражающийся на здоровье, в частности, уровень физической активности. Выше мы уже описали факторы, которые могут стать причинами психоэмоциональное напряжение матерей детей с особенностями развития» [114].

Для исследования психоэмоционального напряжения матерей детей с особенностями развития мы выбрали методику «Шкала нервно-психического напряжения, или опросник НПН», разработанным в 1981 г. Т.А. Немчиным [43]. Опросник представляет перечень признаков нервно-психического напряжения, составленный по данным клинико-психологического наблюдения, и разделенных на три степени выраженности: слабая, умеренная, чрезмерная.

Для исследования особенностей тревожного состояния, как компонента эмоциональной напряжённости матерей детей с особенностями развития, мы выбрали тест «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина», (онлайн версия, автор

Ч. Спилбергер (1970 г.), адаптация: Ю.Л. Ханина (1978 г.)) [108]. Тест является практическим информативным способом самооценки личности, как уровня тревожности в данный момент (ситуативная тревожность, как состояние), так и личностной тревожности (как устойчивой характеристики личности в целом).

Для измерения эмоциональных состояний матерей детей с особенностями развития мы опирались на тот факт, что оно характеризуется длительностью и обладает меньшей интенсивностью, чем их эмоциональные реакции в момент выявления проблем у детей. Исследования проводились с такими матерями, у которых эмоциональная реакция на факт особенности своего ребенка был уже пройденным этапом, и они свыклись с диагнозом, а эмоции перешли на более глубокие свойства личности.

Ребенок с особенностями развития в семье изменяет социальный статус, материальное положение матери, что неизбежно приводит к перемене привычного образа жизни и деятельности, требует в короткий срок перестройки устоявшихся паттернов поведения и необходимости формирования новых жизненных стереотипов [74, 75]. Специфические трудности ситуаций, связанных с ребёнком с особыми потребностями и проблемами развития, формируют характерный для них особый стиль защитных стратегий, «позволяющий сознательно и целенаправленно разрешать проблемные и экзквизитные ситуации, предвосхищать их возникновение и снимать психоэмоциональное напряжение, возникающее в результате воздействия различных стрессоров» [52]. Результаты исследования показали, что родители детей с особыми потребностями в медицинской помощи, благодаря защитным процессам или другим ресурсам, могут процветать, несмотря на проблемы, связанные с воспитанием и опекой ребенка. Со временем такие родители, приобретут новые навыки и отношения, которые помогают им приспособиться к условиям особенностей своей жизни [99].

Для исследования эмоциональных реакций, в частности предпочитаемых стратегий преодоления затруднительных (стрессогенных) ситуациях нами выбрана методика «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций С. Хобфолл» [109] (адаптация Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой). С. Хобфолл рассматривает преодолевающее поведение как совокупность когнитивно-поведенческих действий, зависящих от ситуационного контекста.

В соответствии с ключом подсчитывается сумма баллов по каждой строке, которая отражает степень предпочтения той или иной модели поведения в сложной (стрессогенной) ситуации (в нашем случае стрессогеном считается ребенок с особенностями развития и проблемы его опеки в семье) [99, 100]. Конструктивной и «здоровой» считаются те стратегии, где стиль преодоления является и активным, и просоциальным. Активное преодоление в совокупности с положительным использованием социальных ресурсов (конструктивных коммуникаций) повышает стрессоустойчивость человека.

Статистический анализ сделан программой SPSS с использованием методов корреляционного и рангового анализа. Поскольку у нас объем выборки маленький (n равно 20), вместо параметрического анализа мы использовали непараметрический статистический анализ [67]: в частности, для корреляционного анализа был применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена - это «непараметрический метод, который используется с целью статистического изучения связи между явлениями. В этом случае определяется фактическая степень параллелизма между двумя количественными рядами изучаемых признаков и дается оценка тесноты установленной связи с помощью количественно выраженного коэффициента»[47, с. 96]. Для сравнения средних значений двух независимых выборок был использован непараметрический критерий U Манна-Уитни. Результаты исследования приведены в следующей главе. Для того, чтобы сравнить результаты между средними значениями

переменных был использован ранговый анализ. Порядковые шкалы иногда называют ранговыми. Ранг элемента x_i — это его порядковый номер в вариационном ряду. Ранг элемента — это число элементов выборки, меньших или равных этому элементу. Ранги являются знаковыми статистиками от разностей выборочных значений. О том, у кого большие показатели, надо судить по средним рангам из таблицы Ранги. Значимость приводится в последней строке таблицы «Статистические критерии».

2.3 Результаты исследования

В этой подглаве представлены результаты эмпирического исследования психоэмоционального состояния матерей воспитывающих детей с особенностями развития.

Цель исследования: получить данные о психоэмоциональном состоянии матерей детей с особенностями развития, определить их особенности.

Нами выдвинуты гипотезы:

- существует связь между объективными проблемами воспитания ребенка с особенностями развития и психоэмоциональным состоянием их матерей (H_{01} гипотеза);
- существуют различия в степени выраженности удовлетворенностью жизнью, тревожности, напряженности и психоэмоциональных реакциях, как параметрах психоэмоционального состояния, которые обусловлены проблемами воспитания ребенка с особенностями развития (H_{02} гипотеза).

Методы исследования в соответствии рабочей гипотезой исследования и поставленными задачами, были использованы следующие методы:

- эмпирические методы (анкетирование и тесты);
- сравнительный метод использовался для выявления психоэмоциональных

особенностей матерей детей с особенностями развития, по сравнению с матерями детей без особенностей развития;

– корреляционный метод применялся для выявления взаимосвязи психоэмоциональных особенностей с жизненной позицией матерей детей с особенностями развития;

– методы математической статистики.

В связи с карантином, часть исследований проводились по онлайн версиям тестов. С целью конкретизации исследований нами определены: 1. возрастная и социальная группа, 2. эмоциональное состояние и настрой, 3. личностные установки и психическое благосостояние. С учетом того, что ребенок растёт в основном в молодых и перспективных семьях, нами выбрана возрастная группа от 25 до 45 лет (это также самый творческий и продуктивный период зрелости).

Результаты исследования.

Первый этап: исследование анамнестических и социальных данных.

Метод анкетирования (Приложение А). В исследовании участвовали 50 матерей детей с особенностями развития, 30 из них проходили только по этому методу, а 20 являются участниками второй части исследования. Результаты анкетирования и бесед показали, что основную ответственность (99 процентов), по уходу за ребенком несут мамы, 1 процентов - мамы и бабушки. 95 процентов матерей больше всего испытывали страх и нуждались в поддержке в начальный период выявления проблем у детей: от момента постановки диагноза до осознания и принятия, который длился у них в среднем до года. Возраст ребенка при этом колебался в диапазоне от 6 месяцев до 3 лет. Особенно страшным ударом для многих родителей был диагноз «аутизм» в период от 1.5 до 2 лет. Бывали случаи, что матери детей с диагнозом много лет сами себя убеждали, что у их ребенка нет проблем, и только после 7-и лет начинали свыкаться с мыслью, что у их ребенка

что-то не так, «как у всех». У 98 процентов первая реакция – шок, другие виды реакций: страх, неуверенность, паника, тревожность в основном после шока.

На вопрос, кто стал для них основной опорой в поддержке на этом этапе, 65 процентов опрошенных отмечают, что именно самые родные и близкие (матери, супруги) помогли им справиться в трудный период, 23 процентов признались, что ходили в церковь, к разным гадалкам, 38 процентов признались, что им помогла любовь и вера в ребенка, это дало им силы для борьбы, 8 процентов считает, что им помогла сила характера и духа, 20 процентов ответили, что им помогли специалисты.

Около 30 процентов родителей осознают, что в первую очередь от них зависит развитие ребенка и забота о нем. Но при этом, 32 процентов проявляют большую заботу о физическом состоянии ребенка, не учитывая интеллектуально-эмоциональные особенности ребенка. 57 процентов родителей считают себя ответственными за эмоциональный настрой ребенка к выполнению заданий на развитие, и это зависит в целом от их эмоциональной установки. Трудности воспитания и ухода за ребенком с особенностями развития, отмечены по трем категориям: психологические, материальные, физические. У 95 процентов были отмечены все 3 вида трудностей, но по иерархической шкале на первом месте психологические (ср. бал 9,5- по десятибалльной шкале). На вопросы об изменении отношений в семье 39 процентов ответили – в отрицательную, 15 процентов – незначительно в худшую, 6 процентов – незначительно в лучшую, 15 процентов – в положительную сторону. В итоге, почти 55 процентов отношений изменились в худшую сторону, что подтверждает об отрицательном влиянии присутствия ребенка с особенностями развития на отношения в семье.

Анализ анкетных данных показал также, что у матерей в основном выражена потребность в психологической, социальной и профессиональной

помощи в понимании своих действий и функций, особенно для оказания помощи своему ребенку.

Явно, что для каждой женщины потребность в сильном плече, на которую они могли бы опереться в трудной ситуации слишком велика. Конечно такой опорой должны быть их супруги. Но в реальности не всегда удается получить их понимание и поддержку. Заменой могут стать родственники или близкий люди, специалист, который занимается с ребенком и пользуется доверием матери, другие мамы, воспитывающие ребенка с особенностями развития, которые преодолели подобные трудности. Проведенная нашим центром статистика наблюдений показывает, что около одна треть женщин вынуждены воспитывать детей с особенностями развития без постоянной поддержки супругов (и в его присутствии, и в разводе).

Такие же проблемы выявились у наших матерей во время диагностической части тренингов «Мама, мое сердце в твоих руках!», которые мы проводили с использованием колод метафорических ассоциативных карт «ОХ» и «Превосходный сосуд» (которых мы разработали и интерпретировали на основах национально-культурных особенностей армян, по аналогии метафорически-ассоциативных карт Т. Ушаковой «Огонь, мерцающий в сосуде») (Приложение И).

4 из 10 матерей, которые участвовали в тренингах отметили себя в формах сжатых в горле сосудов с более широкой нижней частью и комментировали свой выбор одиночеством в процессе преодоления трудностей, связанных с проблемами ребенка, что мешает им проявляться в жизни со своими истинными желаниями и качествами, иметь собственно-личностное пространство и реализоваться. Они отмечали, что их супруги из-за стыда, чувства вины или страха отдалились от них, и даже боялись развода.

Приведем пример из одного рассказа матери, про своего ребенка с диагнозом расстройства аутистического спектра 3 года: «Я в состоянии

замещения, у меня не возникают материнские чувства сострадания к моему ребенку, из-за того, что она разрушила наши с мужем отношения. У мужа появился какого-то страха и агрессивная реакции по отношению ко мне и к ребенку, он не говорит, но мне кажется, что он винит меня в том, что у дочки такие проблемы... Я себя чувствую крайне напряженной, неуверенной и не имею представления как мне нужно поступать в той или иной ситуации... То, что я себя чувствую не защищенной и одинокой передается и дочке, мне кажется она чувствует, что я ее не так сильно люблю, как если бы любила, если бы у нее не было ее проблем...».

На вопрос, какие у нее ожидания от тренинга она ответила: «возобновление теплых отношений с мужем, и поиск путей душевного сближения с дочерью и понимание путей ее правильного воспитания.

На втором этапе было проведено исследование особенностей психоэмоциональное состояние матерей детей с особенностями развития, а также, сравнительный анализ. Как статистической нормой были рассмотрены средние значения по переменным показателей психоэмоционального состояния матерей детей без каких-либо особенностей. Психоэмоциональное состояние рассмотрено нами как совокупность эмоционального напряжения и реакций.

В исследовании принимали участие 20 матерей.

Выборку для экспериментальной группы исследования составили 10 матерей детей с особенностями развития. Средний возраст – 34,5. Возраст детей, воспитывающихся в семьях участников исследования, охватывает диапазон от 5 до 10 лет, из них: – 4 детей дошкольного возраста от 2,5 до 7 лет, 4-оя посещают инклюзивные школы. Степень выраженности нарушений интеллекта у детей различна – от задержки психического развития до расстройств аутистического спектра разной степени.

Основные особенности у таких детей проявляются в поведенческих особенностях, отсутствием или своеобразием речи, интеллектуальными нарушениями и трудностями социализации, гиперреактивностью, что является важным фактором психоэмоционального напряжения особенно их матерей.

Анализ социального статуса матерей позволил выявить, что 90 процентов из них имеют высшее профессиональное образование (50 процентов – психолого-педагогическое). При этом профессионально реализуют себя 40 процентов (10 процентов – специальная педагогика), имея постоянную работу. Остальные 6 матерей занимаются воспитанием ребенка с особенностями развития дома, сопровождают его в образовательные организации и на дополнительные коррекционные занятия в различные центры психолого-педагогической помощи. 6 из них замужем, имеют семьи и других детей, 4 в разводе, с одним или 2-я детьми.

Контрольную группу составляли 10 матерей детей без каких-либо особенностей развития. Средний возраст – 32,4. Все замужем, имеют с одного до 3-ех детей. Все с высшим профессиональным образованием, 5 из них с психолого-педагогическим. Работают только 3. Данные об испытуемых приведены в таблице А.1 (Приложение А).

На первом тестовом исследовании нами был использован «Полный восьмицветовой тест Люшера» (онлайн версия). Основным индикатором, для выявления которого служит методика, является степень выраженности актуального эмоционального напряжения, что проявляется через следующие переменные:

- тревожность и внутренние конфликты;
- характеристика общего настроения;
- стремления, мотивированные самопониманием;
- эмоциональное отношение к высокозначимым лицам;
- характеристика воли и самооценка;

- возбудимость и импульсивность;
- желаемые цели и средства эмоционального поведения, устремления и защитное эмоциональное поведение;
- существующие проблемы или поведение, порождённое стрессом;
- сдерживаемые качества, временно утраченные свойства, отложенные возможности, ограничиваемые, воспринимаемые как неуместные и находящийся в резерве;
- источники неосознаваемой тревожности, потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности;
- актуальная эмоциональная проблема.

В онлайн версии теста Люшера случаи неблагоприятной компенсации и выявленных проблем оцениваются звездочками:

- * – показывает наличие конфликта, но не обязательно серьёзного характера.
- ** – свидетельствует о наличии осязаемого конфликта.
- ***– это серьёзный внутренний конфликт.

Выдвигаем H_{01} гипотезу о том, что существует разница между психоэмоциональным состоянием матерей детей воспитывающих особых детей и матерей детей без каких-либо особенностей (эта разница обусловлена влиянием объективных проблем воспитания ребенка с особенностями развития с психоэмоциональным состоянием их матерей).

Альтернативная гипотеза, о значимости различий (утверждает наличие различий или существование связи) (H_{A2}). В соответствии с этой гипотезой, различия достаточно значимы и обусловлены влиянием независимой переменной.

Для статистического изучения связи между независимыми переменными по результатам исследования обработаны по программе SPSS, с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для сравнения средних значений

двух независимых выборок применили непараметрический критерий U Манна-Уитни.

Результаты исследования приведены в приложении Б.

Мы определили те сферы, где были выявлены основные конфликты в двух группах. Характерно, что особых различий не было выявлено, но основными проблемными выявлялись по переменным:

- тревожность и внутренние конфликты (ТВК) (в таблице мы посчитали среднее значение ТВК в двух группах);
- характеристика общего настроения (ХОН) (результаты этой и нижестоящих компонентов приведены по сумме звездочек);
- желаемые цели и средства эмоционального поведения, устремления и защитное эмоциональное поведение (ЖЦСЭП);
- существующие проблемы или поведение, порождённое стрессом (СПППС);
- источники неосознаваемой тревожности, потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности (ИНТПЗН).

В статистическом анализе по критерию Манна-Уитни (таблицы Б.3 и 4) по всем параметрам p -уровень U критерия больше 0,05; таким образом, между двумя выборками по всем переменным статистически значимых различий не было выявлено. H_{01L} не может быть отклонена, статистически достоверные различия не обнаружены.

Для определения направления различий между показателями переменных в двух выборках мы воспользовались таблицей под заголовком Ранги – чем выше показатель в столбце «Средний ранг» для строк 1-ой 2-ой выборки, тем выше уровень выраженности той или иной переменной.

Мы видим, что результаты переменных «Характеристика общего настроения» и «Желаемые цели и средства эмоционального поведения,

устремления и защитное эмоциональное поведение», которые характерны для общего психоэмоционального состояния матерей, не слишком отличаются. По результатам переменных «Тревожность и внутренние конфликты» и «Существующие проблемы или поведение, порождённое стрессом», у первой группы значительно ниже, чем у второй, что говорит о сильных личностных качествах, которые управляют настроением. Это дает нам повод предположить, что у матерей детей с особенностями развития более сильные личные качества и высокая стрессоустойчивость.

Результаты переменных «Источники неосознаваемой тревожности, потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности» наоборот: немного выше у первой выборки, что является показателем того, что у них проблемы не решены, а вытеснены в связи с потребностью вечной борьбы за своего ребенка и которые в виде внутренних конфликтов остаются как источниками внутреннего напряжения. Графическое отражение средних результатов, вычисленных по программе Excel показано на рисунке 6.

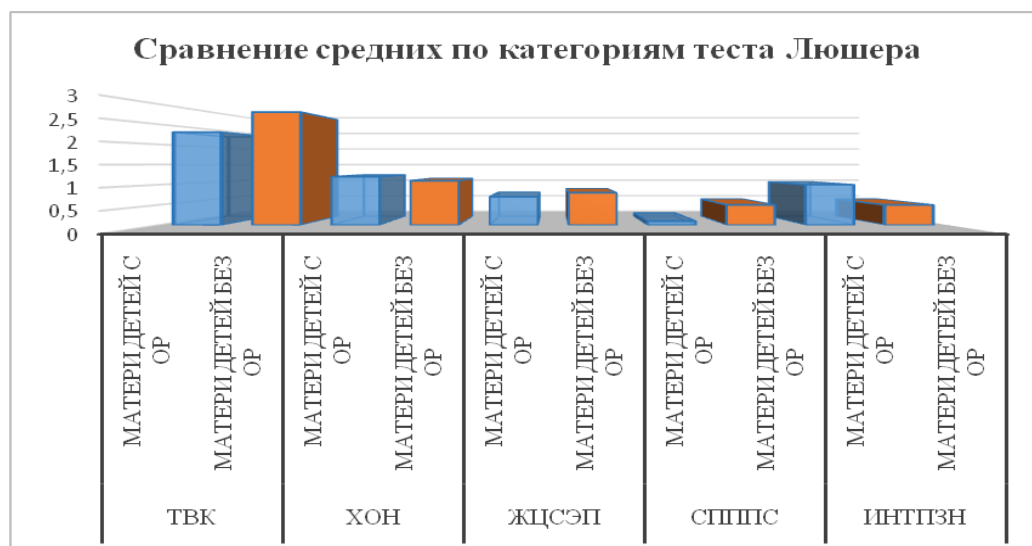


Рисунок 6 – Сравнение средних по тесту Люшера.

Следующая наша задача выявить имеется ли корреляционная связь между переменными психоэмоционального состояния у матерей детей с особенностями и без особенностей развития, а также сравнить показатели двух выборок.

У матерей детей с особенностями развития обнаружена статистически незначимая, умеренная положительная прямая взаимосвязь между уровнем «Тревожность и внутренние конфликты» и «Источники неосознаваемой тревожности, потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности» (r равно 0,654, p равно 0,40. что больше 0,05, значимости на уровне 0,05), следовательно, можем отметить, что чем больше тревожность и внутренние конфликты, тем выше значения источников неосознаваемой тревожности, потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности. В остальных случаях монотонная связь: взаимосвязь либо не существует, либо слабая, незначимая.

Обнаружена статистически значимая, сильная положительная связь между уровнем «Тревожность и внутренние конфликты» и «Желаемые цели и средства эмоционального поведения, устремления и защитное эмоциональное поведение», «Источники неосознаваемой тревожности, потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности»: 1) r равно 0,707, при p равно 0, что меньше 0,01, 2) r равно 0,654, при p равно 0,002, что меньше 0,01. Но между последними двумя переменными взаимосвязи не выявлено.

При корреляционном анализе (таблица Б.5) 2-ух выборок выявлена слабая положительная связь между уровнем «Тревожность и внутренние конфликты» и «Желаемые цели и средства эмоционального поведения, устремления и защитное эмоциональное поведение», «Источники неосознаваемой тревожности, потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности» на уровне 0,01, а также между «Желаемые цели и средства эмоционального поведения, устремления и защитное эмоциональное поведение», «Источники неосознаваемой тревожности, потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности».

Следовательно, можем отметить, что у второй выборки так же, как и у первой, чем больше тревожность и внутренние конфликты, тем значимы желаемые цели и средства эмоционального поведения, устремления и защитное эмоциональное поведение, а также источники неосознаваемой тревожности и потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности. А значит, что результаты по тесту Люшера не зависят от присутствия ребенка с особенностями развития в жизни матери.

В этом случае наша $H_{01.2}$ гипотеза о том, что существуют статистически значимые различия в параметрах психоэмоционального состояния матерей воспитывающих детей с особенностями развития, которые обусловлены проблемами воспитания ребенка с особенностями развития, отвергается.

Для исследования психоэмоционального состояния мы также выбрали опросник «Психические состояния личности» (Т. Джерсайлда). Методика направлена на выявление таких стойких негативных внутренних состояний, как:

- одиночество (О);
- ощущение бессмысленности существования (ОБС);
- свобода выбора (СВ);
- половой конфликт (ПК);
- враждебный конфликт (ВК);
- расхождение между реальным и идеальным «Я» (РМЯ);
- свобода воли (С. Воли);
- безнадежность (БН);
- чувство неприкаянности (ЧНП).

Обработка результатов показывает (таблица В.1), что во всех тестовых компонентах общего психологического состояния у двух выборок результаты сильно не отличаются. Интересно, то, что по сравнению с остальными пунктами у матерей детей без особенностей немного выражены пункт «Одиночество» и

«Безнадежность», что подтверждает наличие о большей степени нужды в социальной помощи. Но по сравнению с первой выборкой (среднее значение 3,6) у второй выборки (среднее значение 2,5) ниже результат враждебности, но вместе с тем, у обоих оно выше всех остальных. Это даёт основу предполагать, что первая выборка, возможно из-за своих трудностей социализации, более враждебна по отношению к обществу, это подтверждает предположение о том, что имеет место естественный материнский инстинкт при защите своих прав и прав своего ребенка. Интересно, что свобода выбора и воли, половой конфликт и чувство неприкаянности на низком уровне в двух выборках, что дает нам повода предположить, что в этом плане у двух групп состояние схожие. Графическое отражение средних результатов, вычисленных по программе Excel, показано на рисунке 7.

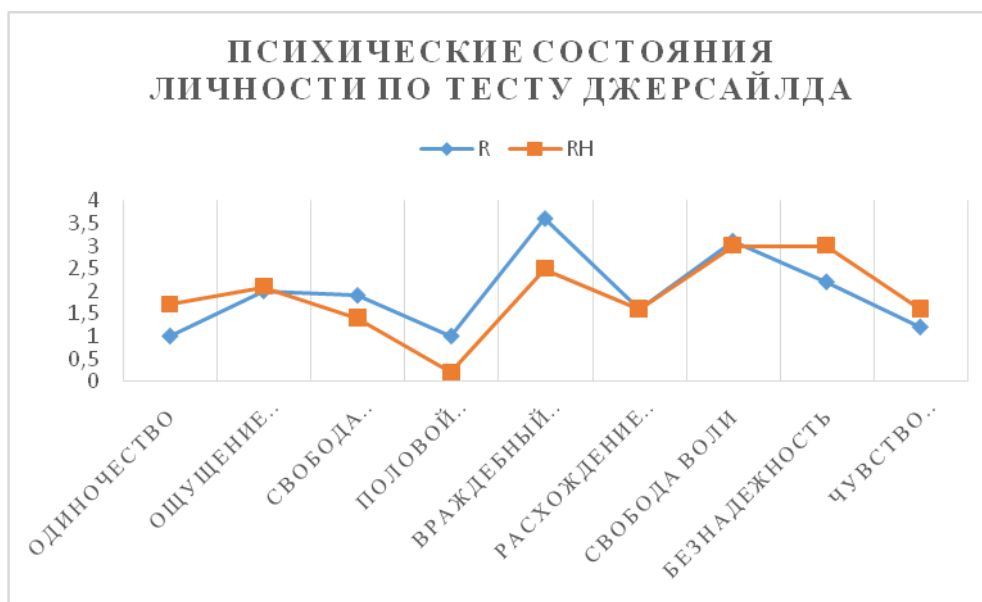


Рисунок 7 – Психические состояния личности по тесту Джерсайлда.

Для повышения валидности анализа эмоционального состояния матерей и их психологических установок нами выбран опросник «Индекс жизненной удовлетворенности», который включает:

- интерес к жизни (ИЖ);
- последовательность в достижении целей (ПДЦ);
- согласованность между поставленными и достигнутыми целями
- положительная оценка себя и собственных поступков (СЦ);
- общий фон настроения (шкала показывает степень оптимизма, удовольствия от жизни) (ОН).

Для статистического изучения связи между явлениями по результатам исследования обработаны по программе SPSS, с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для сравнения средних значений двух независимых выборок применили непараметрический критерий U Манна-Уитни.

Результаты исследования приведены в Приложении Г.

В статистическом анализе по критерию Манна-Уитни по всем параметрам p -уровень U критерия больше 0,05; таким образом, статистически значимых различий не было выявлено (таблицы Г.2 и 3).

Для определения направления различий мы воспользовались таблицей Ранги – чем выше показатель в столбце «Средний ранг» для строк 1-ой и 2-ой выборки, тем выше уровень выраженности той или иной переменной.

Анализ итоговых показателей выявил наличие значимых различий между их средними значениями – в первой выборке они немного выше, чем во второй (от 1-3-ех единиц). Это свидетельствует о том, что общие критерии удовлетворённости жизнью у двух групп разные: у матерей с детьми с особенностями развития они немного выше, чем у матерей детей без особенностей (рисунок 8).



Рисунок 8 – Сравнение средних значений в двух группах по тесту «Индекс жизненной удовлетворенности»

В этом случае наша H_{02} гипотеза о том, что существуют различия в степени выраженности в параметрах удовлетворенностью жизнью, которые обусловлены проблемами воспитания ребенка с особенностями развития также отклоняется, но различия проявляются в положительном аспекте: у матерей воспитывающих детей с особенностями развития положительные результаты в границах нормы выше, чем у матерей детей без каких-либо особенностей.

Это вероятно связано с тем, что мамы детей с особенностями развития более ярко проявляют удовлетворенность жизнью при меньших потребностях, происходит расстановка ценностей: на первый план ставятся нужды ребенка: в опеке, в здоровье, в социализации и так далее, и они учатся радоваться каждому маленькому продвижению своего ребенка, а у матерей детей без особенностей развития материальные и другие потребности преобладают, по мере социальной обеспеченности и из-за больших притязаний.

Сопоставляя анкетные данных по качеству супружеских отношений конкретных испытуемых с показателями «Индекса жизненной

удовлетворенности», мы выявили, что показатель зависит не столько от проблем, связанных с ребенком, сколько от отношений супругов. Выявлены случаи, где показатель «Индекс жизненной удовлетворенности» напрямую зависел от качества отношений между супругами. В семьях, где рос ребенок с особенностями развития, но отношения супругов по результатам анкетного опроса соответствовали положительной оценке, показатель «Индекс жизненной удовлетворенности» был, соответственно, более высоким. Наоборот, были случаи, где в семье рос ребенок без особенностей развития, но отношения между супругами не налаживались, и результат теста был очень низким. Следовательно, психоэмоциональные установки матерей свидетельствует о потребности в психологической защите и понимания со стороны членов семьи, особенно супругов. А если они в разводе, то эта потребность вытесняется, сублимируется чем-то другим (профессиональным ростом, стремлением доказать свою независимость, все отдачей благотворительной деятельности и тому подобное) что может привести к внутренним конфликтам и напряжению.

На третьем этапе мы провели диагностику психоэмоциональной напряжённости, как важной характеристик психоэмоционального состояния. Для этой цели мы использовали онлайн версии 2-ух тестов.

Выдвинута Н₀₃ гипотеза о том, что существуют различия в степени выраженности психоэмоционального напряжения, которые обусловлены проблемами воспитания ребенка с особенностями развития.

Шкала нервно-психического напряжения, или опросник НПН» (Т.А. Немчина) (Приложение Д). Результаты исследования приведены в Таблице 1. и в рисунке 9. Обработка и интерпретация данных выполнялись по программе WordExcel.



Рисунок 9 – Результаты нервно-психического напряжения в 2-ух выборках.

В статистическом анализе уровня нервно-психического напряжения по критерию Манна-Уитни p -уровень U критерия больше 0,05, таким образом, статистически значимых различий не было выявлено. А значит H_0 не может быть отклонена, статистически достоверные различия не обнаружены.

Таблица 1 – Результаты теста нервно-психического напряжения в 2-ух выборках.

Нервно-психическое напряжение			
	30-90		30-90
R1	47	RN1	40
R2	49	RN2	45
R3	0	RN3	38
R4	50	RN4	41
R5	51	RN5	42
R6	50	RN6	46
R7	74	RN7	45
R8	57	RN8	41
R9	57	RN9	41
R10	50	RN10	61
	48.5		44

Для определения направления различий мы воспользовались таблицей Ранги (Таблица Д.3). Количественный анализ результатов дает нам повод предположить, что, несмотря на нормативные результаты общего состояния, у матерей детей с особенностями развития на 6.4 балла выше средний результат нервно-психического напряжения, что подтверждает предположение о том, что в состоянии матерей детей с особенностями развития внутреннее нервное напряжения выше, чем у матерей детей без каких-либо особенностей, но все же в границах средней нормы. Это проявляется также из-за семейных установок и стереотипов, что женщина, мать не должна проявлять бурных эмоций, она должна носить груз ответственности молча, без каких-либо эмоциональных проявлений. Из-за постоянной вынужденной сдержанности эмоций они часто становятся тревожными и замкнутыми, а те, кто проявляет свои эмоции, вынуждены защищаться от внешних пререканий.

Таким образом, статистическая H_{03} гипотеза о том, что существуют различия в степени выраженности психоэмоционального напряжения, которые обусловлены проблемами воспитания ребенка с особенностями развития, отвергается.

«Шкала тревоги Спилбергера-Ханина» является информативным способом определения уровня тревожности и в данный момент (реактивная тревожность, как состояние), и как устойчивой характеристики личности. Обработка и интерпретация данных выполнялись по программе WordExcel и SPSS. Результаты исследования представлены в приложении Е. и на рисунках 11 и 12.

Мы продвигаем H_{04} гипотезу о том, что существуют различия в степенях ситуативной и личностной тревожности, которые обусловлены проблемами воспитания ребенка с особенностями развития.

В результате проведенного исследования уровней личностной и ситуативной тревожности в двух выборках было выявлено, что по критерию Манна-Уитни p -уровень U критерия больше 0,05; это значит, что не выявлены статистически значимые различия между выборками. А значит H_{04} не может быть отклонена, статистически достоверные различия не обнаружены.

Для определения направления различий мы опять воспользовались таблицей Ранги (Таблица Е.3). Количественный анализ результатов дает нам повод предположить, что, несмотря на общее среднее значение в нормах, все же, у матерей детей с особенностями развития на 4,7 балла выше средний результат по ситуативной тревожности, и на 4,2 балла по личной тревожности. Из графической обработки результатов по программе WordExcel видно, что показатели в первой выборке резко меняются, и сходятся в 60 процентов, а во второй группе более линейно взаимосвязаны и сходны на 80 процентов. Это значит, что у первой группы более часто можно наблюдать ситуативную тревожность и эмоциональную не контролируемость, взрывы тревожно-обусловленного

поведения, чем во второй группе. Графическое отражение средних результатов, вычисленных по программе Excel показано на рисунках 10 и 11.

Выше описанные особенности подтвердили, что в двух группах есть различий в средних уровнях тревожности и в линейности, что свидетельствует о высоких эмоционально волевых регуляциях во второй группе, и низких в первой, что мы связываем с влиянием разных стрессогенных факторов в этой группе (ребенка с особенностями развития в семье, проблемы обучения, социализации, реабилитации и коррекции).

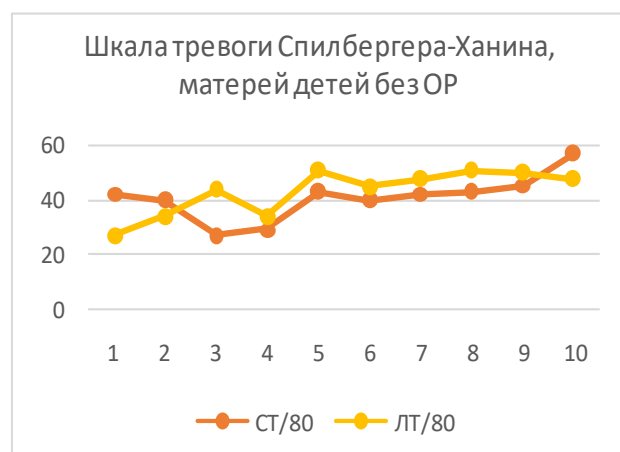
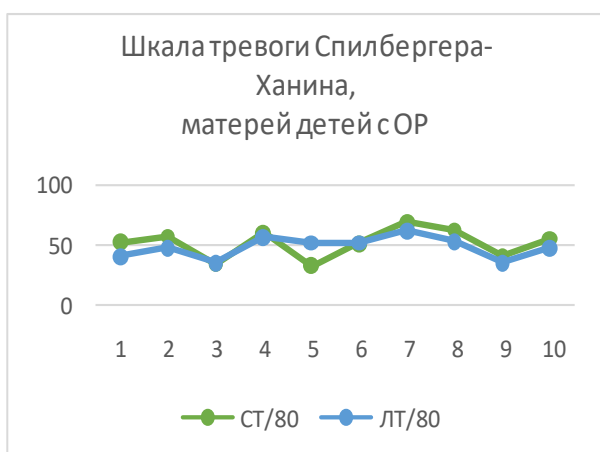


Рисунок 10 и 11 – Сравнительная картина ситуативной и личностной тревожности у матерей детей с особенностями развития и без особенностей

В первой группе тревожность является ведущим качеством состояния личности лишь у 2-ух матерей (у 8-и из 10-и в пределах нормы), для 80 процентов случаях можно сказать, что тревожность скорее выступает как реакция на переживаемые трудности, а не является устойчивой чертой в структуре личности.

Таким образом, мы видим, что существуют различия в степенях ситуативной и личностной тревожности, которые могут быть обусловлены проблемами воспитания ребенка с особенностями развития в пределах нормы.

Для исследование эмоциональных реакций матерей детей с особенностями развития, как важного компонента психоэмоционального состояния личности мы использовали методику «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций (SACS) С. Хобфолл» [99] (Приложение Ж.3). Преодолевающее поведение мы рассмотрели, как совокупность когнитивно-поведенческих действий, зависящих от ситуационного контекста.

Цель нашего исследования изучение особенностей эмоциональных реакций матерей воспитывающих детей с особенностями развития.

Представлена H_{05} гипотеза о том, что у матерей детей с особенностями развития положительные защитные стратегии выражены больше, чем у матерей, которые воспитывают детей без каких-либо особенностей.

Результаты исследования обработаны по программе SPSS, с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для сравнения средних значений двух независимых выборок применили непараметрический критерий U Манна-Уитни. Результаты исследования приведены в таблицах приложения Ж.

Здесь рассмотрены следующие стратегии: ассертивные действия (АД); вступление в социальный контакт (СК); поиск социальной поддержки (ПСП); осторожные действия (ОД); импульсивные действия (ИД); избегание (И); манипулятивные действия (МД); асоциальные действия (АСД); агрессивные действия (АГД); и общий индекс конструктивности (ОИК), где ИК равно АП / ПА, где АП — сумма показателей субшкал «ассертивные действия», «вступление в социальный контакт», «поиск социальной поддержки»; ПА – сумма показателей субшкал «избегание», «асоциальные действия», «агрессивные действия».

В двух группах выборок по всем параметрам стратегий, по критерию Манна-Уитни было выявлено p -уровень U критерия больше 0,05, это значит, что в группах не выявлены статистически значимые различия между средними результатами этих параметров и в обеих группах результаты в пределах нормы.

Но из таблицы Ранги (таблица Ж.3) и рисунка 12 видно, что у матерей детей с особенностями развития немного высокие результаты по параметрам ассертивные действия, осторожные действия, импульсивные действия, агрессивные действия и низкие по вступлению в социальный контакт, поиск социальной поддержки, манипулятивные действия, асоциальные действия, и общий индекс конструктивности. По параметру «Избегание» в двух группах равный результат. Графическое отражение средних результатов, вычисленных по программе Excel показано на рисунке 12.

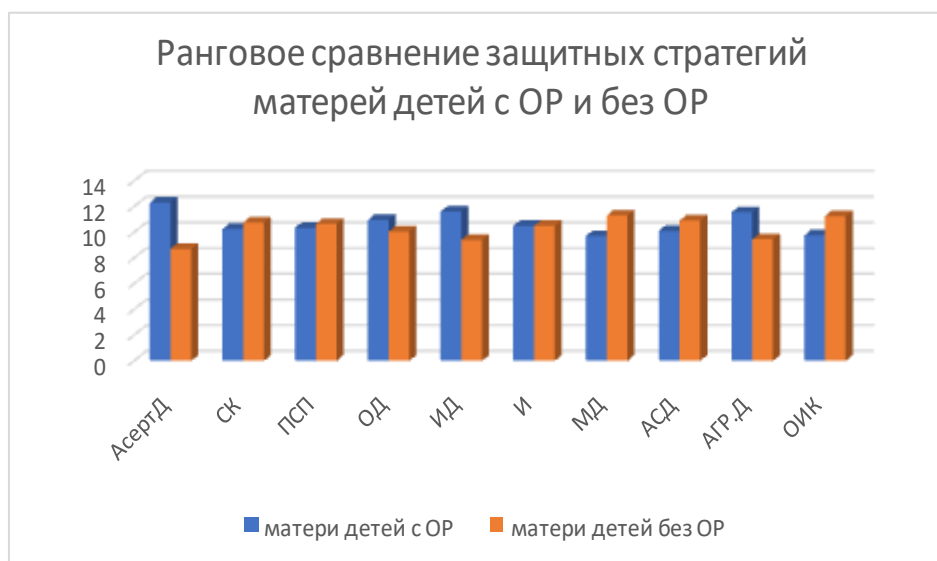


Рисунок 12 – Ранговое сравнение защитных стратегий матерей детей с особенностями и без особенностей развития

Результаты корреляционного анализа с использованием критерии Спирмена, (на уровне значимости 0,01) показали, что существует статистически значимая положительная взаимосвязь между «вступление в социальный контакт» и «поиск социальной поддержки» (r равно 0,829, при p равно 0, что меньше 0,01); статистически значимая умеренная положительная взаимосвязь между

«вступлением в социальный контакт» и «избеганием» (r ровно 0,580, при p ровно 0,007 меньше 0,01), статистически не значимая умеренная отрицательная взаимосвязь между «манипулятивными действиями» и «общим индексом конструктивности» (r ровно минус 0,462, при p ровно 0,040, что больше 0,01,).

В обеих выборках высокий общий индекс конструктивности (ОИК), что проявляется: в статистически значимой сильной отрицательной связи с асоциальными действиями (r равно минус 0,767, при p равно 0, что меньше 0,01), и статистически значимой сильной отрицательной взаимосвязи с агрессивными действиями (r ровно минус 0,786, при p ровно 0, что меньше 0,01,). Можно сказать, что если индекс конструктивности ниже, то вероятность асоциальных и агрессивных действий высокая, и наоборот. В наших случаях общий индекс конструктивности в обеих группах в пределах 0,5 баллов выше среднего, что можно считать нормой.

Из матрицы матерей детей с особенностями развития отмечаем корреляцию между асоциальными действиями и индексом конструктивности выявлена статистически значимая сильная отрицательная взаимосвязь (r равно минус 0,855, при p равно 0,002, что меньше 0,01). А между агрессивными действиями и индексом конструктивности выявлена статистически не значимая сильная отрицательная взаимосвязь (r равно минус 0,665, при p равно 0,036, что меньше 0,01). Это значит, что асоциальными действиями всегда ниже, когда высокий показатель индексом конструктивности. Статистически не значимая сильная положительная взаимосвязь выявлены между асоциальными действиями и манипулятивными действиями (r равна 0,760, при p ровно 0,011, что больше 0,01,) и асоциальными действиями и агрессивными действиями (r ровно 0,738, при p ровно 0,015, что больше 0,01), это значит, что низкий результат и в первых видах стратегий повышает вероятность проявления такого же результата во-втором виде.

Таким образом, наша H_{05} гипотеза о том, что у матерей детей с особенностями развития положительные защитные стратегии выражены больше, чем у матерей, которые воспитывают детей без каких-либо особенностей не подтвердилась.

Мы выявили, что индекс общей конструктивности и проявления отдельных видов стратегий в двух выборках сильно не отличаются. Исходя из этого можно предположить, что на проявление той или иной стратегии влияют ситуация, которая провоцирует проявление защиты и психологические особенности личности в целом, и у матерей детей с особенностями развития выражены агрессивные и асоциальные стили поведенческих реакций (рисунок 13).

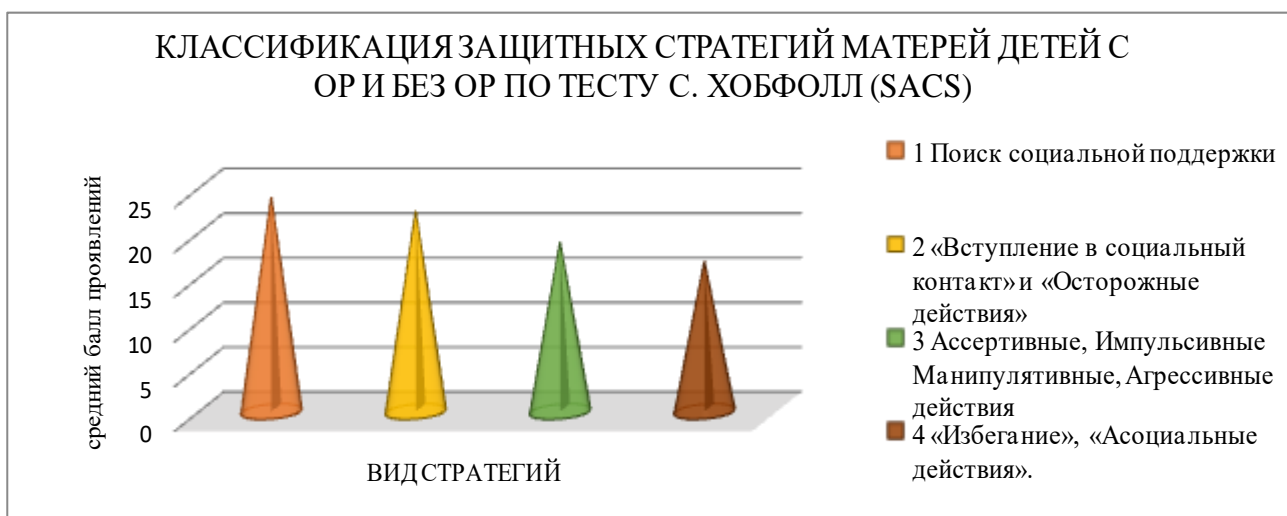


Рисунок 13 – Классификация защитных стратегий матерей детей с особенностями развития и без особенностей по тесту С. Хобфолл

Из общей картины поведенческих стратегий у обеих выборок выявлены примерно такие соотношения: на первом месте «Поиск социальной поддержки», на втором - «Вступление в социальный контакт» и «Осторожные действия», на третьем - «Ассертивные действия», «Импульсивные действия», «Манипулятивные действия», «Агрессивные действия», на четвертом – «Избегание», «Асоциальные

действия» (Графическое отражение средних результатов, вычисленных по программе Excel - Рисунок 13). Это значит, что матерям детей с особенностями и без особенностей развития более свойственны стратегии поиска социальной поддержки и вступления в социальный контакт, что говорит о вероятности подверженную стресса, если социальная поддержка не соответствует их потребностям.

Обобщая результаты тестов и опросников, с целью проверки нашей генеральной H_0 гипотезы о том, что существует разница между психоэмоциональным состоянием матерей детей воспитывающих особых детей и матерей детей без каких-либо особенностей (эта разница обусловлена влиянием объективных проблем воспитания ребенка с особенностями развития с психоэмоциональным состоянием их матерей), мы сравнили результаты следующих методик:

- «Опросника нервно-психического напряжения»;
- «Индекс жизненной удовлетворенности»;
- «Шкалу личной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина»;
- параметр «Тревожность и внутренние конфликты» по тесту Люшера;
- параметр «Общий индекс конструктивности» по тесту СПСС.

Результаты исследования приведены в приложении 3.

В двух группах выборок по всем тестам, по критерию Манна-Уитни было выявлено p -уровень U критерия больше 0,05, это значит, что в группах не выявлены статистически значимые различия между этими параметрами (Таблица И.1.). Таким образом наша H_0 гипотезы о том, что существует разница между психоэмоциональным состоянием матерей детей воспитывающих особых детей и матерей детей без каких-либо особенностей не подтвердилась.

Но из таблицы рангов (таблица И.2) видим, что кроме «Тревожность и внутренние конфликты» и «Общий индекс конструктивности» по всем

компонентам ранговый результат у матерей детей с особенностями развития выше, чем у матерей детей без особенностей. Это говорит о том, что по всем параметрам у них высокие, но нормативные результаты. Это значит, что несмотря на то, что не выявлены патологические проявления тревожного и нервного напряжения, конфликтности, все же результаты у матерей воспитывающих детей с особенностями развития сильно отличаются в границах норм и ближе к критическим: у них высокие результаты «нервно-психического напряжения» – на 6.4 балла, что больше почти на 40 процентов, что означает о наличии более стабильного нервного напряжения. Такая же картина намечается по результатам ситуативной и личностной тревожности, здесь мы видим разницу между группами на 4,7 и 4,2 балла, что примерно больше на 37 процентов в обоих случаях (Рисунок 14).

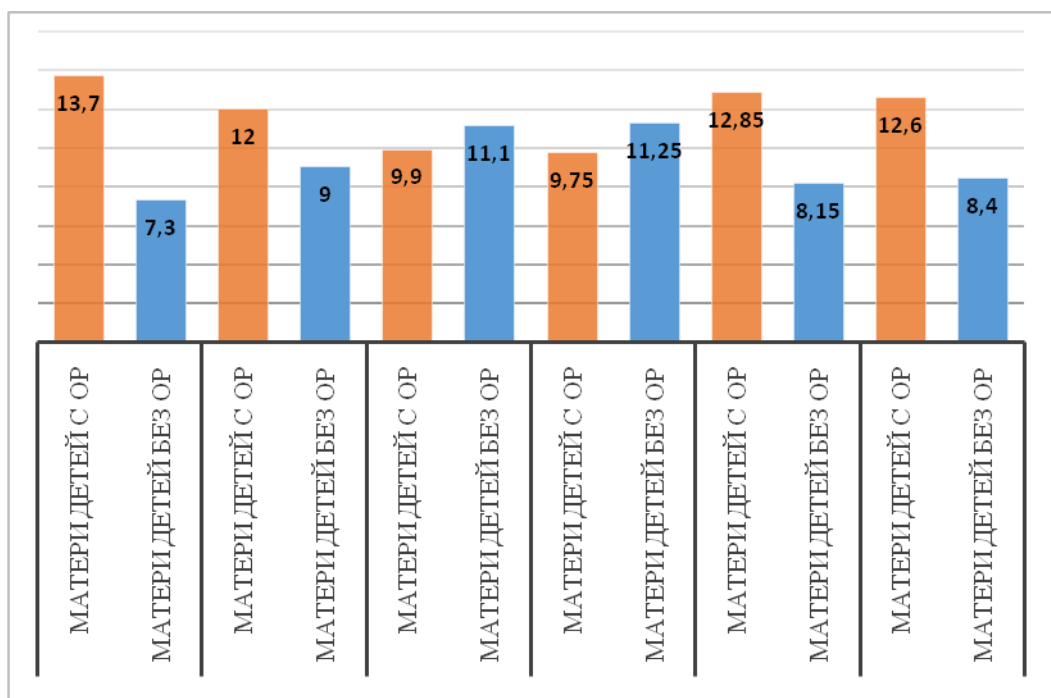


Рисунок 14 – Сравнение средних ранговых результатов всех 6-и методик и тестов.

Из рисунка 14 можно отметить, что результаты по шкалам «Тревожность и внутренние конфликты» (ТВК) и «Общий индекс конструктивности» (ОИК) более высокие у матерей детей без каких-либо особенностей, что подтверждает предположение о том, что у матерей детей с особенностями развития более сильные стратегии совладения, что подавляет их внутренние конфликты и менее слабое стремление к конструктивным отношениям. С помощью корреляционного анализа на уровне значимости 0,01, по программе SPSS выявлено статистически не значимая умеренная положительная связь между уровнями «нервно-психического напряжения» и «ситуативной тревожности» (r ровно 0.607, при p ровно 0,005, что меньше 0,01), здесь говорить о строгой детерминации, или о наличии функциональной связи нельзя [47, с. 97]. То же можно сказать и по отношению «нервно-психического напряжения» и «личностной тревожности», здесь корреляции значимой на уровне 0,05, выявлена статистически не значимая умеренная положительная связь (r равно 0,534, при p ровно 0,015, что меньше 0,05) (Таблица И.2.).

Таким образом, отвергается наша статистическая H_0 гипотезы о том, что существует связь между объективными проблемами воспитания ребенка с особенностями развития и психоэмоциональным состоянием их матерей, но выявлено, что все же результаты у матерей воспитывающих детей с особенностями развития сильно отличаются в границах норм и ближе к критическим.

Обобщая анализ результатов эмпирического исследования можно сказать, что матери, воспитывающие детей с особенностями развития — это особый феномен. Актуальный уровень их психоэмоционального состояния не имеет патологических проявлений, но частично обусловлено объективными проблемами воспитания ребенка с особенностями развития, у них выше уровень внутренних конфликтов и неосознанных источников тревожности и страхов, в пределах норм,

но ближе к критическим. Также у них выраженное стремление к социальным контактам, но низкий уровень конструктивности в отношениях, что отражает не удовлетворенность потребности к социальным контактам и потребности к социальной помощи. Высокие результаты по тревожности и конструктивным поведенческим стратегиям подтверждают, что у них сильные личные качества, и они скрывают свои внутренние проблемы, внутренние конфликты, вытесняя их осознанием своей ответственности в жизни ребенка с особенностями развития.

2.4 Рекомендации по организации психологической помощи матерей детей с особенностями развития

Выявленные особенности психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития предполагают организацию соответствующей психологической помощи, что является не только важной частью системы психокоррекционных работ развивающих и реабилитационных центров, и без которого не возможна эффективность работ с детьми, но и важной частью организации профилактики и коррекции программ их психологического здоровья. В этой под главе мы рассмотрели некоторые теоретико-практические аспекты по организации такой помощи.

Содержание психологической помощи включает многообразие теорий и практик, варьирующихся от специфического применения такого метода, как глубинное интервью, до многообразных техник социально-психологического тренинга, целью которых является диагностическая, коррекционная, терапевтическая, образовательная, профессиональная и другая помощь человеку [92, 94, с. 4], что также применимо по отношению к матерям детей с особенностями развития. В основе программ психологической помощи мы рекомендуем рассмотреть:

– два основные направления организации психологической помощи матерей детей с особенностями развития: социально-коммуникативное и психологическое;

– и концепции направлений психоаналитической, поведенческой, экзистенциально-гуманистической, когнитивной и позитивной психологии [97, с. 19-23].

Методологической основой для рекомендаций психолого-педагогической помощи, послужили: системный, комплексный, семейно-ориентированный и клиенто-ориентированный подходы. Ребенок с особенностями развития, в таких подходах, является частью семейной системы, а его возможности и потенциал развития рассматриваются в контексте семейных отношений, где мать является субъектом, которая несет основную ответственность за опеку и воспитание ребенка в семье.

Поскольку у матерей детей с особенностями развития выявлены проблемы в семейных отношениях и в личностных сферах (скрытая или вытесненная тревожность, изолированность, враждебность, конфликтность и напряженность из-за семейных конфликтов и отношений) то рекомендуем психологическую помощь организовать в двух направлениях:

– стимулирование положительных семейных и дружеских контактов, через формирование положительного отношения к себе, к своему ребенку и к супругу;

– в понимание и организация своих действий и функций в роли матери ребенка с особенностями развития, при этом не жертвуя своей личностью, интересами и жизненными целями.

Мы предлагаем программу психологической помощи матерей детей с особенностями развития с точки зрения клиенто-централизованного подхода, где нужно рассматривать все личностные роли и направления матерей: 1)

женщина, как личность, как субъект собственной жизни, 2) женщина как супруга, хозяйка и жена, 3) женщина как мать и 4) женщина, как социально-профессиональный субъект.

Как основные принципы психологической помощи нами рассмотрены [1, с. 47-57, 97, с. 33-41]:

- принцип единства теории, диагностики и коррекции, где результаты диагностики служат базовыми основами при организации коррекционных работ, что позволяет определить задачи и эффективность коррекционной работы;
- принцип комплексности, здесь психологическая помощь рассматривается как единый комплекс клинических, психологических и педагогических воздействий;
- принцип деятельностного и личностного подхода, где коррекция основана на понимании уникальности личности и направлена на его развитие, процесс психологической помощи должен основываться на организации различных видов деятельности;
- каузальный принцип, где психологическая помощь направляется на адаптацию к ситуациям не подлежащих к изменениям, устранению причин и источников возникновения вторичных проблем, симптомов и синдромов.

И.В. Вачков и С.Д. Дерябо [23] выделяют четыре основные цели психологической помощи: информирование, консультирование, интервенция и тренинг.

С целью информирования матерей детей с особенностями развития рекомендуем проводить регулярные опросы и диагностическое наблюдение, с целью выявления той психологической информации, которая не хватает для самостоятельного осуществления желаемых изменений в своей жизни и в жизни

своего ребенка: «Что говорят специалисты по поводу того или иного положения?»).

Специалисты рекомендуют информацию, в которой раскрываются разные грани жизненных ситуаций, в которых находятся, матери детей с особенностями развития и предлагать индивидуально разработанные и разнообразные пути их решений, которые помогут им добиться желаемого результата (фактически, «поставил диагноз» и предложил «схему лечения»), по схеме: «Объясни, как мне лучше поступить в этой ситуации».

Часто, во время консультаций, специалисты сталкиваются с проблемой, когда мамы хотят или даже требуют, чтобы психолог не столько дал им информацию или предложил алгоритм необходимых изменений, сколько взял и произвел эти изменения в их жизни сам, по схеме: «Сделай так, чтобы мне стало хорошо». В этом плане рекомендуем соблюдать строгие правила психологической этики, и мотивировать клиента мыслить и действовать по определенным схемам самостоятельно и получать удовольствие от результата собственных мыслительных схем.

На этом этапе в основном помогают групповые и тренинг программы, на которых можно организовать упражнения и игры, где можно мотивировать матерей стремиться не столько избавиться от той или иной проблемы в данный момент, а научиться самостоятельно решать ее в перспективах. Это очень важно, для формирования самопомощи и самоорганизации для них. На этом этапе программа строится по схеме: «Научи меня делать самому то, что сейчас не получается!»).

Предлагаем примерную программу психолого-педагогической помощи матерей детей с особенностями развития.

Программа состоит из 3-ех частей.

Адаптивно-формирующий: когда родители только узнают о диагнозе ребенка, состояние психоэмоционального шока, внутреннего и внешнего конфликта. Психолог готовит родителей к свыканию с мыслью, что их ребенок особенный и у них особая участь быть его родителями. Основной идеей, вокруг которого проводятся консультации и беседы, это то, что они имеют право выбора, и если их выбор вера и надежда, основанная на любви к ребенку, то они должны привыкнуть к новым условиям их жизни.

Психолого-педагогическая или просветительская: проводятся просветительские консультации или специальные семинары, лекции, где родители знакомятся с характеристикой особенностей развития их ребенка, его возрастными и психологическими особенностями, проблемами воспитания, обучения и социализации. В качестве значимого фактора социализации детей с нарушениями развития, в частности с расстройствами аутистического спектра, Г.А. Евлампиева отмечает эмоциональную зрелость их родителей, т.е. способность дифференцировать собственные эмоциональные реакции в зависимости от потребностей и специфики развития ребенка на каждом возрастном этапе [35].

Психолого-педагогическое воздействие нужно направлять на переструктурирование совокупности жизненных ценностей матери. От демонстративной и чувственной эмпатии и переживания проблемы как неразрешимой, переключение на поэтапную творческую деятельность. Основным в этом мы считаем направление по развитию личностных установок и эмоционального интеллекта особенно матерей, как субъектов собственной жизни, что, по нашему мнению, является важным компонентом эффективности всех процедур.

Обобщая психоэмоциональные проблемы матерей мы рассмотрели три основные группы, которые провоцируют психоэмоциональное напряжение, тревожность, конфликтность:

Личностные проблемы (внутренние конфликты, вынужденное отречение от собственного комфорта и т.п.). Личностные особенности матерей, имеющих детей с особенностями развития, формируется в ходе их столкновения с трудной жизненной ситуацией, в которой она оказалась по воле судьбы. Стресс и эмоциональное напряжение могут спровоцировать проявлению акцентированных черт характера, не эффективных стратегий совладения и негативных особенности поведения.

При травмированном состоянии или выявления психологических патологий, ссылаясь на предложенные О.А. Федосеевой, рекомендуем три уровня психо-коррекционных работ:

- общий уровень содержит задачу предупреждения и снижения эмоционального дискомфорта у всех родственников в связи с проблемами ребенка в частности матерей (проведение бесед, специальных лекций, дискуссий, тренингов);
- на специальном уровне предполагается решение задач организации конкретных психо-коррекционных воздействий (тренингов, терапевтических, групповых, игровых и др. встреч), направленных на развитие навыков эмоционального самоанализа, самоконтроля, самонаблюдения, релаксации и коммуникативных навыков членов семьи, и в частности матерей;
- на дифференцированном уровне решаются задачи конкретных поведенческих расстройств и проблем семьи с учетом клинико-психологических, психологических, индивидуально-типологических особенностей всех членов, в частности матерей [92].

У матерей детей с особенностями развития эмпирически наблюдаются эмоциональное состояние обусловленное ожиданием: тревожность и страх за ребенка и за себя, из-за нагрузки и ответственности по уходу за ребенком и отречением от личных интересов, у них часто также можно наблюдать монотонное состояние и эмоциональное выгорание.

Психологическую помощь в этом плане должна направляться на развитие и поддержание эмоционального равновесия, оптимизма и сохранения желаемых и ценных для личности видов деятельности, и этим способствовать самоактуализации и самоутверждению матерей как в семье, так и в профессиональной деятельности и карьере.

Проблемы супружества (конфликты по поводу проблем и ухода за ребенком, неприятие факта особенностей развития, болезни и т.п.). Проблемы супружества проявляются в основном с рождением или диагнозом ребенка: помимо закономерного кризиса, связанного с рождением детей, им приходится преодолевать немало трудностей, связанных с состоянием здоровья ребенка. Супруги вынуждены перестраивать свои взаимоотношения, ценностные ориентиры. Часто они ребенка с особенностями развития превращают в объект манипуляции друг друга. Иногда на долю ребенка выпадает роль «козла отпущения» за семейные трудности, из-за того, что «он не такой, как все».

Исследователи отмечают трудности семейного кризиса при совпадении с кризисом середины жизни личности, часто приводят супругов к осознанию, что выше по карьерной лестнице они уже вряд ли поднимутся, хотя в юности мечтали о многом. Супруг-отец, например, может испытывать разочарование, которое сильно влияет на всех членов семьи, в том числе и на супругу. В семьях, в которых воспитывается ребенок, требующий постоянного внимания и ухода, особенно тяжело в «средний период брака» приходится женщинам. Если мать посвятила всю себя заботам о ребенке (детях), то сейчас она может испытывать

горечь и сожаление по поводу упущенных возможностей в карьере, непрожитую и истраченную молодость и т.д..

Психологическую помощь при проявлениях таких проблем нужно направлять на научение взаимоуважению и уважению личности ребенка, помогать родителям найти компромиссные методы воспитания, развития и реабилитации ребенка, совместно справляться с трудностями, найти тот тип отношений, при котором каждый из супругов или членов семьи почувствует свою эмоциональную важность в общих целях и организации взаимопомощи. Преодолевая такой кризис, многие супружеские пары находят пути выстраивания глубоких, уважительных отношений друг с другом.

Проблемы родительства (кто должен нести ответственность за уход, обучение, воспитание ребенка с особенностями развития). На психологическом уровне такие проблемы проявлялись через негативные реакции родителей, чрезмерную защиту, протекции, скрытое или открытое отвержение, отречение задерживают развитие ребенка и негативно влияют на формирование его личности. Особо важную роль играют в таких случаях бабушки и дедушки, которые не свыкаются с мыслью, что у ребенка есть особые потребности, которые диктуют особый стиль жизни и противятся программам и беготне по коррекции и реабилитации.

Психологическая помощь в таких случаях направляется на то, чтобы просветить всех членов семьи о том, какие психологические проблемы и какие трудности ждут их в ходе воспитания особого ребенка, научить их взаимно эмпатии и уверенному самоуправлению, помощи себе, друг другу и своему ребенку. Оказанная психолого-педагогическая поддержка родителей, в частности матерей детей с особенностями развития, направлена на цель формирования социальных компетенций родительства, что считается важным компонентом выполнения своих социально ролевых функций по отношению к ребенку:

- представлять, как необходимо достигать цели наиболее эффективным способом;
- понимать жизненно важные решения;
- забывать блокирующие неприятные чувства;
- преодолевать неуверенность;
- правильно понимать собственные чувства и желания;
- отдавать себе отчет в отношении прав и обязанностей и себя и других;
- отчётливо представлять, что и когда нужно делать;
- представлять роль разных социальных институтов, их требования по отношению к личности [50].

В процессе просвещения родителей, важно помогать им в сохранении положительного и здорового психоэмоционального состояния и мотивировать к здоровому образу жизни. С этой целью можно использовать рекомендации по соблюдению общего режима, владению приемами аутогенной тренировки, эффективными защитными стратегиями (очень эффективно работает в этом плане метод психологического айкидо, который был разработан М.Е. Литваком [61]), управлению собственным дыханием (дыхательные упражнения), что помогает регулировать эмоциональное состояние, особенно в стрессовых ситуациях [62].

Рекомендуем применять разные методы психологического воздействия на матерей с целью формирования самоактуализации, управления временными и личностными ресурсами (тайм менеджмента), возможности реализовать свои цели и профессиональные стремления, организовав вместе с этим занятость ребенка, задействовав в этом и других членов семьи, что способствует сохранению психологического самоконтроля, преодолению психоэмоционального напряжения и раскрытию собственных скрытых ресурсов.

Согласно позиции В.А. Бодрова [15, с. 113–122], ресурс – это физические и духовные возможности человека, мобилизация которых обеспечивает выполнение

его программы и способы (стратегии) поведения для предотвращения или купирования стресса. В качестве ресурсов матерей мы имели ввиду их мечты, стремления, профподготовку, сильные волевые качества, связи и т.п.

В программе оказания психологической помощи рекомендуем использовать методы, основанные на концепциях психоанализа, поведенческого анализа, проективные методики, нейролингвистическое программирование, рефлексии, методы групповой терапии с использованием МАК и авторских сценариев [41, с. 73-85,89, 90, 101, 106, 107, 111, 113, 114, 115, 122,124]. Рекомендуем МАК колоды «Сага», «Он», «Огонь горящий в сосуде» (Т. Ушаковой, адаптированная нами с культурными особенностями армянского народа, с дополнением новых карт с афоризмами и вопросами, что сделало возможным более продуктивно работать с родителями детей с особенностями развития) и другие.

Примеры конспектов семинаров и тренингов к программе психологической поддержки матерей, воспитывающих детей с особенностями развития, представлены в приложениях К.

Для организации групповых форм психологической помощи рекомендуем использовать также метод психологического тренинга с арт-терапией по инструкции изложенной А.М. Копытиным [48, с. 287–294]. Наш выбор обусловлен тем, что опыт группового взаимодействия через искусство позволяет участникам выявить сходность испытываемых проблем, трудностей, эмоциональных переживаний, а также получать возможность лучше понимать себя и свои состояния, идентифицировать себя с другими, обучаться новым поведенческим стратегиям и навыкам. Использование групповой формы взаимодействия в ходе тренинга способствует снижению травматических переживаний у матерей детей с особенностями развития. Результативности психологической помощи с позиции субъективного оценивания проводились признаками, выделенными Р. Немовым [68] и Н. Дейлом [105]:

- «субъективное совместное чувство удовлетворения после встречи как у психолога, так и у клиента;
- наличие положительных изменений, которые и были целью психологической помощи;
- влияние на один аспект изменило другой (например, положительные изменения в личностном плане изменили межличностные отношения)».

Субъективный подход при оценивании не дает возможности оценить количественно результативность консультаций, но исходя из наблюдаемых изменений по отношению к самим себе, к мужу, к ребенку и к жизни в целом, можно выявить положительную динамику по всем случаям.

Таким образом, мы предлагаем основное направление индивидуальной помощи матерям детей с особенностями развития, который заключается не в том, чтобы фиксироваться не на отношении к проблемам вне себя, вне своего контроля, а к своему положению по отношению к этому и к самому себе, к своим ресурсам. В результате психологической помощи матерей детей с особенностями развития важно научить их реагировать на проблему, связанную с ребенком с особенностями развития без самообвинений и самотерзаний, без стыда и агрессии, регулировать свое психологическое и эмоциональное состояние, что поможет повысить адаптацию к реальности, раскрытию своих собственных внутренних и внешних ресурсов и, следовательно, более безболезненным реагированиям на объективные стрессогенные факторы среды. А это важный аспект сохранения психологического и психоэмоционального здоровья личности.

Заключение

Таким образом, достигнута цель диссертационной работы, что являлось изучение проблем психологического и психоэмоционального здоровья матерей детей с особенностями развития в армянских семьях.

В первой части исследования были проанализированы и обобщены теоретические данные по изучению особенностей психоэмоционального состояния родителей детей с особенностями развития, дан теоретический обзор внешних и внутренних факторов, которые влияют на психоэмоциональное состояние семьи, и матерей, воспитывающих детей с особенностями развития.

Мы изучили теоретические аспекты психоэмоционального состояния семей, в частности матерей воспитывающих детей с особенностями развития. Анализ теоретических исследований подтвердил, что в семьях, где растет ребенок с особенностями развития, ответственность и объективные проблемы ухода, воспитания, обучения и социализации ребенка формируют особое психоэмоциональное состояние их матерей.

Теоретически и эмпирически выявили, что формирование психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития в основном обусловлено средой и социальными нормами (стереотипами), которые формировались по отношению к ребенку с особенностями развития и к их матерям. Например, в армянских семьях часто встречаются такие явления, как обвинение матерей в рождении ребенка с особенностями и их идентификация в обществе, или гиперопека (жалость) по отношению к ребенку, ответственность которого также ставится на мать.

Во второй части представлены: теоретическое обоснование выбранных методов эмпирического исследования психоэмоционального состояния (общей, ситуативной и личностной тревожности, удовлетворенность жизнью, нервно-

психического напряжения, стратегии преодоления стрессовых ситуаций) матерей детей с особенностями развития, и сравнительного анализа психоэмоционального состояния матерей, воспитывающих детей с особенностями и без особенностей развития.

Мы определили и применили методы эмпирического исследования психоэмоционального состояния матерей детей с особенностями развития, провели сравнительный анализ психоэмоциональных особенностей матерей воспитывающих детей с особенностями и без особенностей развития, где результаты последних рассматривались как статистическую норму.

Анализ результатов исследования подтвердил предположение о том, что психоэмоциональное состояние матерей, воспитывающих детей с особенностями развития, имеет особые показатели, которые проявились при определении уровня выраженности общей, ситуативной и личностной тревожности, удовлетворенности жизнью, психического напряжения и психоэмоциональных реакций, как параметров психоэмоционального состояния.

У матерей воспитывающих детей с особенностями развития без каких-либо особенностей не выявлены статистически значимые различия на уровне статистических норм, патологические проблемы, но актуальный уровень их психоэмоционального состояния положительно взаимосвязано с уровнями внутренних конфликтов и неосознанных источников тревожности и страхов, что отражает проблемы влияния внешней среды и отношений. Также у них выраженное стремление к социальным контактам, но низкий уровень конструктивности в отношениях, что отражает не удовлетворенность потребности к социальным контактам и потребности к социальной помощи, из-за отверженности и постоянной обремененности проблемами опеки, воспитания и образования ребенка с особенностями развития.

Мы выявили, что мать ребенка с особенностями развития — это особый феномен, у которой есть не только трудности, но и сильные внутренние ресурсы для борьбы с ними: сила воли, надежды и мечты, потребности в самореализации себя и своего ребенка. Актуальный уровень их психоэмоционального состояния не имеет патологических проявлений, но частично обусловлено объективными проблемами воспитания ребенка с особенностями развития, у них выше уровень внутренних конфликтов и неосознанных источников тревожности и страхов, в пределах норм, но ближе к критическим. Также у них выраженное стремление к социальным контактам, но низкий уровень конструктивности в отношениях, что отражает не удовлетворенность потребности к социальным контактам и потребности к социальной помощи.

Преодоление внутренних эмоциональных препятствий, страхов, тревожности, неуверенности, выявление своих внутренних ресурсов для личного развития и самореализации рассмотрено нами как основными направлениями организации их психологической помощи.

Очень надеюсь, что программы психоэмоционального здоровья родителей детей с особенностями развития станут приоритетными в проектах образовательных и здоровьесберегательных учреждений, которые помогут преодолеть негативные психологические и социальные воздействия на здоровье не только ребенка, но и членов его семьи.

Список используемой литературы

1. Адаптация и реабилитация в социальной работе: учебное пособие / под общ. ред. Н.Ш. Валеева. - 2-е изд., доп. и испр. Казань : КНИТУ, 2011. 586 с.
2. Анохин П. К. Эмоции // Психология эмоций. Тексты / Состав.: Ю.Б. Гиппенрейтер и В.К. Вилюнас. М. : Изд-во МГУ, 1984. С. 173. - 288 с.
3. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем // Принципы системной организации функций. М., 1973.
4. Ахутина Т. В., Пылаева Н. М., Методология нейропсихологического сопровождения детей с неравномерностью развития психических функций // А.Р. Лурия и психология XXI в.: доклады II Международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А. Р. Лурия / под ред. Т.В. Ахутиной и Ж.М. Глозман. М., 2003. С. 183-184.
5. Андриенко О. Ю. Перемены в жизни семьи с появлением ребенка-инвалида // Власть и управление на Востоке России. 2007. № 4(41). С. 220-227.
6. Антонова Н. В. Некоторые особенности Я-концепции родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Бурятского университета. 2010. № 5. С. 219-224.
7. Арпентьева М. Р., Психологическая реабилитация семей, воспитывающих детей с ОВЗ // Известия Саратовского университета. Серия Акмеология образования. Психология развития. 2017. Т.6. Вып. 1(21).
8. Арутюнян А. М. Проблемы семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Санкт-Петербургский образовательный вестник. 2016. С. 41-43.
9. Афонькина Ю. А. Психолого-педагогическое сопровождение семьи в контексте социализации ребенка с инвалидностью // Проблемы современного педагогического образования. Сер.: Педагогика и психология [Текст]: сборник

научных трудов / Ю.А. Афонькина. Ялта: РИО ГПА, 2017. Вып. 57. Ч.4. С. 244-250.

10. Афонькина Ю. А. Реабилитационный потенциал семьи, воспитывающей ребенка с инвалидностью: коллективная монография / Ю.А. Афонькина, Е.М. Омельченко. Мурманск: МАГУ, 2019. 140 с.

11. Афонькина Ю. А. Организационно-методические основы инклюзивного образования: учебное пособие / Ю. А. Афонькина, Т. В. Кузьмичева. Мурманск : МАГУ, 2018. 114 с.

12. Ачильдиева Е. Ф. Семья с ребенком-инвалидом. Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования. М., 2008. 39 с.

13. Баранов А. А. Семья как субъект сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья / А. А. Баранов, А. С. Сунцова // Вестник Владимирского государственного университета имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых. Педагогические и психологические науки. 2017. Вып. 29(48). С. 88-98.

14. Беляева С. И. Тревожность и проявление материнской любви в семьях с делинквентными подростками // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10, № 2. С. 11. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12110.

15. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Процессы и ресурсы преодоления стресса // Психол. журн. 2006. № 2. Т. 27. Ч. 2.

16. Брагина Е. А. Актуальные проблемы специальной психологии и специальной педагогики : учебно-методическое пособие / Е. А. Брагина. Ульяновск : УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. 54 с. Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. URL: <https://e.lanbook.com/book/129661>

17. Братусь Б. С. Аномалии личности. М. : Мысль, 1988. 301 с. http://pedlib.ru/Books/1/0497/1_0497-59.shtml

18. Брутман В. И., Варга А. Я. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000. Т. 21, № 2. С. 79–87.
19. Валитова И. Е. Специальная психология: учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим и педагогическим специальностям / И.Е. Валитова. Минск: Изд-во Гревцова, 2014. 481 с.
20. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия: краткий лекционный курс. СПб., 2001. 144 с.
21. Васильева Ю. Ф. Факторы психической дезадаптации детей-инвалидов в сфере семейных отношений // Проблемы профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов с детства: Тезисы докладов республиканской национально-практической конференции. Л., 1990.
22. Варнакова Ю. В. Психологическая помощь семьям, имеющих детей-инвалидов // Современные наукоемкие технологии. 2010. № 8. С. 99-101; URL: <http://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=25302>
23. Вачков И. В., Дерябо С. Д. Окна в мир тренинга. Методологические основы субъективного подхода к групповой работе: Учебное пособие. 2-е изд., перераб. и доп. СПб. : Речь, 2004. 272 с.
24. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М. : Издательский центр «Академия», 2003. 208 с.
25. Вяткин Б. А., Дорфман Л. Я. О системном анализе психических состояний// Новые исследования в психологии. М., 1987. № 1 (36). С. 3-7; № 2. С. 3-7.
26. Ганзен В. А. Системные описания в психологии. Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1984. 176 с.

27. Ганзен В. А., Юрчепко В. Н. Системно-понятийное описание психических состояний человека // Вестник ЛГУ. 1976. № 5.
28. Герриг Р., Зимбардо Ф. Психология и жизнь / Р. Герриг, Ф. Зимбардо; [Пер. с англ. В. Белоусов и др.]. СПб. : Питер, 2004. 954 с.
29. Гордова Л. Д. Роль матери и семьи в жизни ребенка-инвалида / Л.Д. Гордова, Ю. Н. Кириченко, Д. В. Разиньков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012. № 4. С. 51-53. URL: <https://journals.eco-vector.com/1560-9537/article/view/35739/23973>.
30. Голубева М. С. Качество социальной поддержки родителей, воспитывающих детей с сенсорными нарушениями // Другое детство: Сборник тезисов участников Второй Всероссийской конференции по психологии развития. М. : МГППУ. 2009. С. 182-188.
31. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. Л. : Изд-во ЛГУ. 1988. 560 с.
32. Гринина Е. С. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Е. С. Гринина, Т.Ф. Рудзинская // Известия Саратовского университета. Серия Акмеология образования. Психология развития. 2016. Т.5. Вып. 2(18). С. 163-168.
33. Добряков И. В., Зациринская О. В. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. СПб. : Речь, 2007. 400 с.
34. Евлампиева Г. А. Роль и значение эмоциональной зрелости родителей в процессе социализации аутичных детей дошкольного возраста // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. Т. 6. № 5А. С. 112-124.
35. Зеленская Ю. Б., Колесникова Н. Г. Организация работы с родителями в дошкольном образовательном учреждении для детей с задержкой психического развития. СПб. : Институт специальной педагогики и психологии, 2008. 48 с.

36. Зеленская Ю. Б., Милованова О. В. Проблемы детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. // Актуальные вопросы теории и практики психологии отношений: материалы всерос. науч.-практ. конференции / науч. ред. С.А. Минюрова, С. В. Духновский. Екатеринбург, 2010. С. 90-92.

37. Иванова В. С., Гребенникова Е. В. Личностные особенности матерей и родительско-детские отношения в семьях, воспитывающих детей-инвалидов с детским церебральным параличом / В.С. Иванова, Е.В. Гребенникова, И.Л. Шелехов // Научно-педагогическое обозрение. 2017. № 2(16). С. 48-53.

38. Изард К. Э. Психология эмоций. СПб. : Питер, 2012. 464 с: ISBN 978-5-314-00067-0. С. 52-71.

39. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с.

40. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология. СПб. : Питер, 2002.

41. Ингерлейб М. Б. Метафорические ассоциативные карты. Полный курс для практики, СПб. : Питер, 2020. 192 с.

42. Ипполитова М. В., Бабенкова Р. Д. Воспитание детей с церебральными параличами в семье. М., 1993.

43. Истратова О. Н., Психодиагностика. Коллекция лучших тестов, РнД. : Феникс, 2006.

44. Калинина С. В., Моисеева А. А. Повышение реабилитационного потенциала семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, на основе ресурсного подхода / С. В. Калинина, А.А. Моисеева // Вестник Новгородского государственного университета. 2016. № 5 (96). С. 47- 49.

45. Кисляков П. А. Психологическое благополучие семьи, воспитывающей ребенка с интеллектуальной недостаточностью / П.А. Кисляков, Е.А. Шмелева. // Образование и наука. 2017. Т.19. № 1. С. 142-159.

46. Костакова И. В. Психологическая коррекция личности: учебное пособие / И.В. Костакова. – Тольятти : ТГУ, 2016. 214 с. ISBN 978-5-8259-0916-5. – Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/139719>

47. Кричевец А. Н., Корнеев А. А. Основы статистики для психологов. – Москва, Акрополь, 2019. 286 с., URL:https://handbook.mathpsy.com/wp-content/uploads/2019/12/mathStatPsy_webQuality.pdf

48. Копытин А. М. Руководство по групповой арт-терапии. СПб. : Речь, 2003. 320 с.

49. Колпакова Л. М. Особенности психологического климата в семье ребенка-инвалида // Материалы III Всероссийского съезда психологов. СПб. : СПбГУ. 2003. Т. 4. С. 326-329.

50. Коррекционно-педагогическая поддержка родителей воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья: коллективная монография. Научн. рук. Л.С. Сековец, Н. Новгород, Нижегородский институт развития образования, 2011. 166 с., <http://www.niro.nnov.ru/?id=31377>.

51. Корытова Е. А. Роль реабилитационной активности семьи в воспитании ребенка с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс]: Проблемы и перспективы развития образования: материалы VIII Международной научной конференции (г. Краснодар, февраль, 2016) / Е.А. Корытова. - Краснодар: Новация, 2016. С. 88-91. URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/187/9713/>.

52. Корытова Г. С., Еремина Ю. А. Факторная структура копинг-поведения матерей, воспитывающих детей раннего возраста с нормативным уровнем психосоциального развития, Сибирский психологический журнал. 2017. № 65. С. 22–39.

53. Корятова Г. С. Базисные стратегии совладения в профессиональном поведении // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (TSPU Bulletin). 2013. Вып. 4 (132). С. 117–123.

54. Кровяков В. М. Психотравматология, 2005. Глава 2. Реакция на стресс и нарушения адаптации. Невротические, связанные со стрессом расстройства. Реактивные состояния и психозы. – Психотравматология. - Кровов В.М., URL: https://www.psyoffice.ru/8/psychology/book_o273_page_12.html.

55. Крушная Н. А., Отношения в семьях, воспитывающих детей с задержкой психического развития: монография. Челябинск : Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет, 2017. 211 с.

56. Кулагина Е. В. Семьи с детьми-инвалидами: социально-экономическое положение (на примере Москвы) // Народонаселение. 2002. № 1.

57. Куликов В. П. Трехмерная модель здоровья. Сангивность и пативность // Валеология. 2000. №1. С. 15–21.

58. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека. М. : Просвещение, 1964. 344 с.

59. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. М. : Просвещение, 2008. 239 с.

60. Лоза Т. В. Стили семейного воспитания в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, Мир науки, культуры, образования. № 3 (34) 2012, ISSN 1991-5497, <file:///D:/stili-semeynogo-vozpitanija-v-semyah-imeyuschih-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya.pdf>

61. Литвак М. Психологическое айкидо, ООО «Феникс». 2019. URL: <https://www.litmir.me/br/?b=17678&p=1>.

62. Лукьянченко Н. В. Социально-психологические аспекты помощи родителям детей с особенностями развития: учебное пособие. Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2018. 133 с.

63. Малкова Е. Е. Тревожность и развитие личности. СПб. : Рос. гос. пед. Университет им. А.И. Герцена, 2013. 268 с.

64. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений /Под ред. В. И. Селиверстова. М. : Гум. изд. центр ВЛАДОС, 2003. 408 с.

65. Мясищев В. Н. О типах поведения и типах нервных систем // Вопросы изучения и воспитания личности. Вып. 3 - 4. М., 1932., Мясищев В.Н. Психические состояния и отношения человека //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1966. № 1-2.

66. Матяш Н. В., Павлова Т. А. Психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вестник БГУ. 2015. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-problemy-semi-vospityvayushey-rebenka-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya> (дата обращения: 07.11.2020).

67. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб. : Речь, 2004. 392 с.

68. Немов Р. С. Психология: Учеб. для студ. пед. вузов: В 3 кн. Кн. 1. Общие основы психологии. М., 1994. 576 с.

69. Никифоров Г. С. Здоровье как системное понятие / Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2000. С. 128–189.

70. Неплох Я. М. Человек, познай себя. Записки психиатра. СПб., 1991.

71. Орлова Е. В. Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с проблемами в развитии в системе ранней помощи: учебное пособие / Е.В. Орлова, Е.А. Чернявская, Н.Н. Шерешик. Омск : ОмГПУ,

2017. 178 с. ISBN 978-5-8268-2109-1. – Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/112940>.

72. Основы коррекционной педагогики. Учебно - методическое пособие / Авторы-сост. Зайцев Д.В., Зайцева Н.В., ПИ СГУ им. Н.Г. Чернышевского. Саратов, 1999. 110 с.

73. Пахальян В. Э. Психопрофилактика и безопасность психологического здоровья детей // Прикладная психология. 2002. № 5-6. С. 83-95.

74. Петрова Е. А. Современные технологии работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья: сборник материалов Ежегодной международной научно-практической конференции "Воспитание и обучение детей младшего возраста". 2016. С. 819-822.

75. Пономаренко И. В., Курусь И. А. Особенности эмпатии и эмоционального интеллекта у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья // Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. 2019. № 4 (39). С. 52-57, URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41602476>.

76. Подобина О. Б. Совладающее поведение на этапе принятия роли матери // Перинатальная психология и психология родительства. 2006. Вып. 3. С. 96–108.

77. Прохоров А. О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М. : ПЕР СЭ, 2004.

78. Психология здоровья: учебное пособие / Е.А. Денисова, С.А. Кузьмичев, Т.В. Чапала, И.В. Малышева. Тольятти: ТГУ, 2017. 107 с. Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/139724>.

79. Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2003.

80. Психология диалога и мир человека: сборник научных трудов / под редакцией Л.Г. Дмитриевой, Г.В. Дьяконова. Уфа : БГПУ имени М. Акмуллы, [б.

г.]. Том 2. 2017. 284 с. Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/107001>.

81. Психология личности: учебное пособие / Г. А. Виноградова, Е. А. Денисова, И.В. Костакова, В.В. Пантелеева. Тольятти: ТГУ, 2017. 111 с. ISBN 978-5-8259-1207-3. Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/139721>

82. Психологическая помощь: практическое пособие / Е.П. Кораблина, И.А. Акиндинова, А.А. Баканова, А. М. Родина; под редакцией Е. П. Кораблиной. М. : Издательство Юрайт, 2017. 323 с. (Профессиональная практика). ISBN 978-5-534-04728-8. Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/407611> (дата обращения: 08.02.2021).

83. Сафонов В. К. Психическое состояние // Психология / Под ред. А.А. Крылова. М., 2004.

84. Селигман М., Дарлинг Р. Б. Обычные семьи, особые дети. М. : Теревинф, 2009. 368 с.

85. Султанова А. С. Влияние негрубого перинатального поражения нервной системы на психический онтогенез: нейропсихологический анализ // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. Т. 7.

86. Слепко Ю. Н., Ледовская Т. В. Анализ данных и интерпретация результатов психологического исследования [Текст]: учебное пособие; изд-е 2-е, испр. и доп. / Ю.Н. Слепко, Т.В. Ледовская, А.Э. Цымбалюк. Ярославль: Изд-во ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, 2015. 164 с. <http://yspu.org/images>.

87. Стребелева Е. А., Мишина Г. А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка раннего возраста с отклонениями в развитии: пособие для педагога-дефектолога и родителей. М. : ПАРАДИГМА, 2014. 72 с.

88. Стребелева Е. А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка раннего возраста с отклонениями в развитии: пособие для педагога-дефектолога и родителей. М. : ПАРАДИГМА, 2014. 72 с.

89. Старобина Е. М. Психологические особенности и качество жизни матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями: Служба практической психологии в системе образования: Психологическая компетентность специалистов (состояние, факторы, условия формирования): сборник материалов XIX Международной научно-практической конференции / Е.М. Старобина, А.Н. Кургинова, И.Е. Кузьмина, Т.К. Суворова. СПб. : АППО, 2015. С. 300-304.

90. Тарарина Е. Практикум по арт-терапии. Шкатулка мастера / Изд.: Астамир-В: 2016. ISBN: 978-617-7083-16-9.

91. Ткач Р. М. Основы психологической помощи: пять правил успешной консультации: Учеб. пособие. К.: МАУП, 2006. 116 с.: URL : http://maup.com.ua/assets/files/lib/book/p06_14.pdf.

92. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1998. № 4. С. 17–26.

93. Федосеева О. А. Особенности работы с семьей, воспитывающей «особого» ребенка. Текст: непосредственный // Молодой ученый. 2018. № 6 (192). С. 157-161. — URL: <https://moluch.ru/archive/192/48275/> (дата обращения: 24.02.2021).

94. Фролова Ю. Г. Психология здоровья: пособие. Минск : Высшая школа, 2014. 256 с. ISBN 978-985-06-2352-2. Текст: электронный // Электронно-библиотечная система IPRBOOKS: [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/35533.html> (дата обращения: 11.01.2020).

95. Фетискин Н. П., Козлов В. В. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., Изд-во Института Психотерапии, 2002.

96. Хаидов С. К. Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья: организация, содержание, воспитание, технологии: учебник / С.К. Хаидов, Н.А. Степанова, С.Г. Лещенко. Тула : ТГПУ, 2016. 417 с. ISBN 978-5-9907802-3-1. Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL : <https://e.lanbook.com/book/101515> (дата обращения: 23.11.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

97. Цапина С. Ю. Психологическая помощь семьям, воспитывающим детей раннего и дошкольного возраста с тяжелой психофизической патологией // ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Альманах № 38, Института коррекционной педагогики, 2019 / Almanac Institute of special education, ISSN 2312-0304, [Электронный ресурс] [URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-35/psychological-assistance-to-families-raising-children-of-early-and-preschool-age-with-severe-mental-and-physical-pathology](https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-35/psychological-assistance-to-families-raising-children-of-early-and-preschool-age-with-severe-mental-and-physical-pathology) (дата обращения: 20.01.2020).

98. Югова О. В. Специфика родительской позиции и семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Череповецкого государственного университета. 2017. №2. С. 195-203.

99. Amy M. Smith and Joseph G. Grzywacz, Health and Well-being in Midlife Parents of Children with Special Health Needs, 2014 Sep; 32(3): 303–312. doi: 10.1037/fsh0000049, [URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159415/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159415/)

100. Awat Feizi, Badroddin Najmi, Aseih Salesi, Maryam Chorami, and Rezvan Hoveidafar, Parenting stress among mothers of children with different physical, mental, and psychological problems, J Res Med Sci. 2014 Feb; 19(2): 145–152.

101. Belva C. Collins, Ed.D., Ed.D, Eight Paths to Leadership, «12 Ways to Support Families of Students with Disabilities», 2018, P.184, ISBN51714978-1-68125-171-4 [URL: https://blog.brookespublishing.com/12-ways-to-support-families-of-students-with-disabilities/](https://blog.brookespublishing.com/12-ways-to-support-families-of-students-with-disabilities/)

102. Blackburn C., Family experiences of early intervention services for young children with speech language and communication needs in England in Sukkar, H. Dunst, C. Kirby, J (Eds) Early Childhood Intervention: Working with families of young children with special needs London: Routledge pp. 217-236, Minuchin S., and Fishman C., Family Therapy Techniques, Harvard University Press, Cambri Massachusetts. 1981, pp. 28–49, (2016), URL: <https://www.researchgate.net/publication/311643394> Family Experiences of Early Childhood Intervention Services for Young Children with Speech and Language Needs in England.

103. Kim-Michelle Gilson, Elise Davis, Mental health care needs and preferences for mothers of children with a disability, February 2018, Child Care Health and Development 44(10)//DOI:10.1111/cch.12556

104. Marquis SM, McGrail K, Hayes M Mental health of parents of children with a developmental disability in British Columbia, Canada J Epidemiol Community Health 2020;74:173-178.

105. Naomi Dale, Working with Families of Children with Special Needs, Partnership and Practice, Published December 7, 1995, by Routledge, 346 P., ISBN9780415114110

106. Ricci F., Levi C., Nardecchia E., Psychological Aspects in Parents of Children with Disability and Behavior Problems, April 2017, European Psychiatry 41(S1):S792, DOI:10.1016/j.eurpsy. 2017.01.1519

Составные части ресурсов.

107. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. М.; СПб., 2004.

108. Большая энциклопедия психологических тестов / А. А. Карелин. М. : Владос. 2007. 312 с.

109. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса, СПб. : Питер, 2009, ISBN 978-5-388-00542-7, URL: <https://psytests.org/coping/sacs.html>.

110. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А. Психология: Словарь-справочник. Минск, 1998.
111. Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов. М. : Эксмо. 2007. ISBN 978-5-699-13698-8.
112. Практикум по общей и медицинской психологии: учебное пособие / В.В. Марилов, М.С. Артемьева, А.Е. Брюхин [и др.]. М. : РУДН, 2011. 232 с. ISBN 978-5-209-03530-5.
113. Педагогический энциклопедический словарь / гл. ред. Б.М. Бим-Бад. М. : Большая рос. энцикл., 2002. 528 с.
114. Психологический словарь / Под ред. В. В. Давыдова и др. М., 1983.
115. Новицкая Л. П. Уроки вдохновения // Ред. Ю.С. Калашникова. М. : Всероссийское театральное общество, 1984. 383 с.
116. Стребелева Е. А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2-3 лет): Ранняя диагностика умственного развития, "Ранний возраст". Альманах. 2001. №4. "Институт коррекционной педагогики Российской академии образования". Москва [Электронный ресурс] URL:<https://alldef.ru/ru/articles/almanah-4/metodicheskie-rekomendacii-k-psihologo-pedagogicheskomu>, (дата обращения: 20.11.2019).
117. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской федерации в 2016 году и задачах на 2017 год, г. Москва, 2017, [Электронный ресурс] URL: https://www.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/034/410/original/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4_2016.pdf?1493043486, (дата обращения: 20.12.2019).
118. «Факты для Жизни», 2010 – 2019, Unicef в Беларуси, Текст: электронный, <http://ffl.unicef.by/uploads/userfiles/files/ffl.pdf>, (дата обращения: 20.11.2019).

119. Федеральная служба государственной статистики (РОССТАТ) здравоохранение в России 2017, Статистический сборник. М., 2017. [Электронный ресурс] URL: https://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf, (дата обращения: 20.12.2019).

120. Психологические тесты онлайн: [URL: https://psyttests.org/coping/sacs.html](https://psyttests.org/coping/sacs.html).

121. «Речь об инклюзии», Доступность образовательных, социальных и здравоохранительных служб в Армении, ДФ ООН, 2012. (на армянском языке).

122. Мнацаканян Н. С. Социально-психологические особенности родительского отношения к детям с особыми нуждами, Автореферат диссертации по соисканию ученой степени кандидата психологических наук, 2019 (на армянском языке), [URL: https://aspu.am/website/images/files/Nune_stepani.pdf](https://aspu.am/website/images/files/Nune_stepani.pdf).

123. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. 3-е изд., испр. и доп. М. : Политиздат. 2011. 494 с.

124. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Supporting the Parents of Young Children; Breiner H, Ford M, Gadsden VL, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Nov 21.

125. Kaya K, Unsal-Delilioglu S, Ordu-Gokkaya NK, Ozisler Z, Ergun N, Ozel S, Ucan H. Musculo-skeletal pain, quality of life and depression in mothers of children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*. 2010; 32:1666–1672. doi: 10.3109/09638281003649912.

Приложение А

Статистические данные об испытуемых

Таблица А.1 – Статистические данные об испытуемых

Респонденты	Возраст	Семейное положение	Дети	Социальный статус/работа по спец.	Образование	Кто ответственный за опекой и организ. обр. жизни ребенка
Мамы детей с ОР						
R1	34	Замуж.	2	Нет	Высш.	мать
R2	35	Замуж.	2	нет	Высш.	Мать, бабушка
R3	39	Замуж.	3	да	Высш.	мать
R4	38	Развед.	1	да	Высш.	мать
R5	34	Замуж.	3	нет	Высш.	Мать, бабушка
R6	33	Развед.	1	да	Высш.	мать
R7	37	Замуж.	2	нет	Высш.	мать
R8	30	Замуж.	2	нет	Высш.	мать
R9	34	Развед.	3	нет	-	мать
R10	31	Развед.	2	да	Высш.	Мать, бабушка
Ср.возр	34.5					
Мамы детей без ОР						
RN1	28	Замуж.	2	нет	Высш.	Мать, бабушка
RN2	31	Замуж.	2	нет	Высш.	мать
RN3	48	Развед.	1	да	Высш.	мать
RN4	46	Замуж.	3	да	Высш.	мать
RN5	29	Замуж.	1	да	Высш.	Мать, бабушка
RN6	28	Замуж.	1	нет	Высш.	мать
RN7	31	Замуж.	2	нет	Высш.	Мать, бабушка
RN8	25	Замуж.	1	нет	Высш.	мать
RN9	32	Замуж.	2	нет	Высш.	мать
RN10	26	Замуж.	1	нет	Высш.	Мать, бабушка
Ср.возр	32.4					

Продолжение Приложения А

Анкета А.2 – Для родителей детей с ОР

1. Сколько лет вашему ребенку /с ОР или ОВ/:, Вам

Ваш пол /подчеркните/ Женский Мужской

2. Сколько членов в вашей семье?

..... из них взрослые, дети

3. В развивающих и коррекционных целях вы посещаете

- a. Развивающий центр
- b. Вы ходите в обыкновенный детский сад
- c. Вы ходите в инклюзивный детский сад
- d. Вы занимаетесь у частных специалистов
- e. Вы никуда не ходите

4. Оцените уровень услуг развивающих и коррекционных занятий с вашим ребенком.

1. 2. 3. 4. 5. Затрудняюсь ответить

5. Оцените изменения отношения в семье после рождения ребенка.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
В худшую сторону									В лучшую сторону	

Если не изменились оцените <0>, и подчеркните какими они были:

Отличные. Нормальные хорошие. Нормальные. Плохие. Очень плохие

6. Кто несет основную ответственность по уходу за ребенком

- a. Мама
- b. Папа
- c. Дедушка или бабушка
- d. Другие члены семьи

7. Помогают ли вам родные и близкие по вопросам развивающих и коррекционных процедур ребенка

Да, иногда, нет, у меня никого нет

8. Насколько крепок ваш брак

Очень крепкий Нормально Я в разводе Мы почти в разводе

9. К какой из этих категорий вы бы отнесли вашу семью

- a. неполная, и ребенок остался под опекой матери,
- b. длительное время находится в борьбе за сохранение семьи, где мать ради ребенка терпит все нападки со стороны родственников и мужа,

Продолжение Приложения А

Продолжение анкеты А.2

- c. муж и жена вместе сплочённо борются за развитие и социализацию своего чада
- d. напишите свой вариант

10. В вопросах оказания помощи своему ребенку вы доверяете:

- a. Только специалистам, сами ничего не делаете, потому что считаете, то вы не компетентны в таких вопросах
- b. Все делаете вы, не доверяете никому
- c. Делаете все, что говорит специалист, сотрудничаете с ним
- d. Ничего не делаете, потому что не верите, что возможны изменения в вашем случае
- e. Не делаете, потому что члены семьи противятся факту, что ребенок нуждается в особом подходе.

11. К какой категории родителя вы относитесь?

- a. Вы бросили работу, чтобы заниматься ребенком
- b. Вы в силах организовать все связанное с ребенком, вместе с этим вы занимаетесь своим делом, способны зарабатывать
- c. Вы пользуетесь всеми благами жизни
- d. Вы жертвуете свои интересы ради ребенка.

12. Оцените состояние вашего психологического состояния до рождения ребенка.

-5	-4	-3	-2	-1	1	2	3	4	5
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

В худшую сторону 0 В лучшую сторону
или

Отличные. Хорошо. Нормально. Плохое. Очень плохое

13. Оцените состояние вашего психологического состояния после того, как узнали о проблеме ребенка.

-5	-4	-3	-2	-1	1	2	3	4	5
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

В худшую сторону 0 В лучшую сторону
или

Отличные. Хорошо. Нормально. Плохое. Очень плохое

15. Опишите чувства, которые вы ощутили в момент осознания, что у вашего ребенка ОВ или ОР

16. Кто стал для вас основной опорой в поддержке на этом этапе.

17. Оцените трудности, которые вам приходится испытывать с ребенком

психологические, 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

материальные, 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

физические 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

Продолжение Приложения А

Продолжение анкеты А.2

18. Оцените в какой сфере вы нуждаетесь в помощи

психологической, 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

материальной, 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

физической 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

Приложение Б

«Полный тест Люшера»

Таблицы Б.1,2– Результаты Полного цветового теста Люшера.
Желтый-проблемные компоненты психики выявленные у респондентов

Отметки * переведены в 1 балл, ** -2 бала, ***-3 бала
«0» в тех компонентах, где не проявлялись психологические проблемы

	тест Люшера										
	Тревожность и внутренние конфликты	Характеристика общего настроения	Стремления, мотивированные самопониманием	Эмоциональное отношение к высокозначимым лицам	Характеристика воли и самооценка	Возбудимость и импульсивность	Жел. цели и средства эмоц. повед; ус.и защитное эмоц. Повед.	Сущест. Пробл. Или повед пораженное стрессом	Сдержив. качества, временно утраченные свойства, отложенные возможности, ограничив., восприн. как неуместные и находящ. в резерве	Источники неосознаваемой тревожности; потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности	Актуальная эмоциональная проблема
	0-12										
R1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R3	2	3	0	0	0	0	1	1	0	1	0
R4	5	2	0	0	0	0	2	0	0	2	0
R5	3	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0
R6	5	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0
R7	3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
R8	2	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0
R9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R10	3	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
RN1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
RN2	6	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0
RN3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RN4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RN5	4	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0
RN6	3	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0
RN7	2	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0
RN8	5	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0
RN9	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
RN10	6	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1-2

	Тревожность и внутренние конфликты	Характеристика общего настроения	Жел. цели и средства эмоц. повед; ус.и защитное эмоц. Повед.	Сущест. Пробл. Или повед поражденное стрессом	Источники неосознаваемой тревожности; потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности		Тревожность и внутренние конфликты	Характеристика общего настроения	Жел. цели и средства эмоц. повед; ус.и защитное эмоц. Повед.	Сущест. Пробл. Или повед поражденное стрессом	тревожности; потребности, затормаживаемые ввиду нецелесообразности
	0-12	0-3									
R1	0	0	0	0	0	RN1	2	1	0	0	1
R2	0	0	0	0	0	RN2	6	1	2	0	1
R3	2	3	1	1	1	RN3	0	0	0	0	0
R4	5	2	2	0	2	RN4	0	1	0	0	0
R5	3	2	1	0	1	RN5	4	1	1	2	1
R6	5	0	1	0	3	RN6	3	1	1	2	0
R7	3	0	1	0	1	RN7	2	3	1	1	0
R8	2	2	1	0	1	RN8	5	2	1	0	0
R9	0	1	0	0	0	RN9	0	1	1	0	0
R10	3	2	0	0	1	RN10	6	0	1	0	2

Продолжение Приложения Б

Таблицы Б.3,4 – Статистический и ранговый анализ 2-ух независимых выборок по критерию Манна-Уитни

	Статистические критерии				
	ТВК	ХОН	ЖЦСЭП	СПППС	ИНТПЗН
U Манна-Уитни	44.000	47.500	45.500	39.000	34.000
W Вилкоксона	99.000	102.500	100.500	94.000	89.000
Z	-.464	-.197	-.382	-1.191	-1.315
Асимп. знач. (двухсторонняя)	.643	.843	.702	.234	.188
Точная знч. [2*(1-сторон. знач.)]	.684 ^b	.853 ^b	.739 ^b	.436 ^b	.247 ^b

а. Группирующая переменная: выборки

б. Не скорректировано на наличие связей.

	выборки	Ранги		
		N	Средний ранг	Сумма рангов
ТВК	матери детей с ОР	10	9.90	99.00
	матери детей без ОР	10	11.10	111.00
	Всего	20		
ХОН	матери детей с ОР	10	10.75	107.50
	матери детей без ОР	10	10.25	102.50
	Всего	20		
ЖЦСЭП	матери детей с ОР	10	10.05	100.50
	матери детей без ОР	10	10.95	109.50
	Всего	20		
СПППС	матери детей с ОР	10	9.40	94.00
	матери детей без ОР	10	11.60	116.00
	Всего	20		
ИНТПЗН	матери детей с ОР	10	12.10	121.00
	матери детей без ОР	10	8.90	89.00
	Всего	20		

Продолжение Приложения Б

Таблица Б.5 – Корреляция результатов матерей детей с ОР по тесту Люшера.

		Корреляции					
		ТВК	ХОН	ЖЦСЭП	СПППС	ИНТПЗН	
Ро Спирмена	ТВК	Коэффициент корреляции	1.000	.031	.707*	.107	.654*
		Знач. (двухсторонняя)	.	.931	.022	.769	.040
		N	10	10	10	10	10
	ХОН	Коэффициент корреляции	.031	1.000	.282	.305	-.408
		Знач. (двухсторонняя)	.931	.	.429	.391	.242
		N	10	10	10	10	10
	ЖЦСЭП	Коэффициент корреляции	.707*	.282	1.000	.257	.246
		Знач. (двухсторонняя)	.022	.429	.	.473	.493
		N	10	10	10	10	10
	СПППС	Коэффициент корреляции	.107	.305	.257	1.000	-.090
		Знач. (двухсторонняя)	.769	.391	.473	.	.805
		N	10	10	10	10	10
	ИНТПЗН	Коэффициент корреляции	.654*	-.408	.246	-.090	1.000
		Знач. (двухсторонняя)	.040	.242	.493	.805	.
		N	10	10	10	10	10

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Продолжение Приложения Б

Таблицы Б.6,7 – Парная корреляция компонентов по тесту Люшера (коэффициент Спирмена).

		ТВК	ХОН	ЖЦСЭП	СПППС	ИНТПЗН	
R _o Спирмена	ТВК	Коэффициент корреляции	1.000	.031	.707**	.107	.654**
		Знач. (двухсторонняя)	.	.895	.000	.654	.002
		N	20	20	20	20	20
	ХОН	Коэффициент корреляции	.031	1.000	.282	.305	-.408
		Знач. (двухсторонняя)	.895	.	.228	.191	.074
		N	20	20	20	20	20
	ЖЦСЭП	Коэффициент корреляции	.707**	.282	1.000	.257	.246
		Знач. (двухсторонняя)	.000	.228	.	.274	.296
		N	20	20	20	20	20
	СПППС	Коэффициент корреляции	.107	.305	.257	1.000	-.090
		Знач. (двухсторонняя)	.654	.191	.274	.	.706
		N	20	20	20	20	20
	ИНТПЗН	Коэффициент корреляции	.654**	-.408	.246	-.090	1.000
		Знач. (двухсторонняя)	.002	.074	.296	.706	.
		N	20	20	20	20	20

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

		ТВК	ХОН	ЖЦСЭП	СПППС	ИНТПЗН	
R _o Спирмена	ТВК	Коэффициент корреляции	1.000	.120	.719**	.078	.705**
		Знач. (двухсторонняя)	.	.614	.000	.743	.001
		N	20	20	20	20	20
	ХОН	Коэффициент корреляции	.120	1.000	.328	.340	.033
		Знач. (двухсторонняя)	.614	.	.159	.143	.891
		N	20	20	20	20	20
	ЖЦСЭП	Коэффициент корреляции	.719**	.328	1.000	.242	.487*
		Знач. (двухсторонняя)	.000	.159	.	.304	.029
		N	20	20	20	20	20
	СПППС	Коэффициент корреляции	.078	.340	.242	1.000	-.117
		Знач. (двухсторонняя)	.743	.143	.304	.	.623
		N	20	20	20	20	20
	ИНТПЗН	Коэффициент корреляции	.705**	.033	.487*	-.117	1.000
		Знач. (двухсторонняя)	.001	.891	.029	.623	.
		N	20	20	20	20	20

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Приложение В

Результаты психодиагностики по тесту Джерсайлда

Таблица В.1 – Результаты исследования психические состояния личности Джерсайлда

респондент	Одиночество	Ощущение бесмысленности существования	Свобода выбора (отношение к авторитету)	Половой конфликт	Враждебный конфликт	Расхождение между реальным и идеальным «Я»	Свобода воли	Безнадежность	Чувство неприкаянности, бездомность
	0-8								
R1	0	2	0	0	4	2	2	2	0
R2	3	3	0	0	5	0	6	2	0
R3	0	2	2	0	2	0	4	1	0
R4	0	0	0	1	2	0	5	0	5
R5	0	4	6	2	8	2	4	2	2
R6	1	1	1	0	3	0	1	2	0
R7	6	3	6	6	6	5	3	7	5
R8	0	0	2	0	3	3	2	3	0
R9	0	2	1	1	2	2	2	2	0
R10	0	3	1	0	1	2	2	1	0
R	1	2	1.9	1	3.6	1.6	3.1	2.2	1.2
RN1	2	4	2	0	3	2	0	1	1
RN2	0	0	1	0	3	0	3	0	0
RN3	4	6	0	0	4	2	8	8	4
RN4	1	2	2	0	3	2	3	4	1
RN5	2	0	1	0	1	1	2	1	1
RN6	1	1	1	0	1	1	2	2	0
RN7	1	1	0	0	2	2	1	1	1
RN8	3	6	5	1	4	2	4	7	4
RN9	1	0	1	0	3	3	5	4	3
RN10	2	1	1	1	1	1	2	2	1
	1.7	2.1	1.4	0.2	2.5	1.6	3	3	1.6

Приложение Г

Результаты психодиагностики по методике «Индекс жизненной удовлетворенности»

Таблица Г.1 – Результаты теста «Индекс жизненной удовлетворенности»

Респ.	Интерес к жизни	Последовательность в достижении целей		Положительная оценка себя и собственных	Общий фон настроения	ИЖУ	Респ.	Интерес к жизни	Последовательность в достижении целей		Положительная оценка себя и собственных	Общий фон настроения	ИЖУ
		Согласованность между поставленными	Согласованность между поставленными						Согласованность между поставленными	Согласованность между поставленными			
	8					40		8					40
R1	8	8	8	8	8	40	RN1	6	8	6	8	6	34
R2	6	3	6	6	4	25	RN2	5	6	4	6	6	27
R3	8	2	4	7	2	23	RN3	6	4	8	8	6	32
R4	7	7	4	6	5	29	RN4	6	6	5	6	8	31
R5	6	6	2	6	6	26	RN5	4	3	3	5	3	18
R6	6	6	7	8	8	35	RN6	5	4	3	7	4	23
R7	4	4	2	4	4	18	RN7	6	4	1	2	4	17
R8	4	4	2	4	5	19	RN8	4	4	2	4	2	16
R9	8	6	6	8	6	34	RN9	8	2	4	7	2	23
R10	6	4	2	6	1	19	RN10	2	6	0	2	0	10

Таблица Г.2 – Статистический и ранговый анализ 2-ух независимых выборок по критерию Манна-Уитни

	Статистические критерии ^а					
	ИЖ	ПДЦ	СЦ	ПС	ОН	ИЖУ
U Манна-Уитни	30.500	45.000	42.500	41.000	41.000	35.000
W Вилкоксона	85.500	100.000	97.500	96.000	96.000	90.000
Z	-1.536	-.392	-.575	-.697	-.691	-1.137
Асимп. знач. (двухсторонняя)	.125	.695	.565	.486	.490	.256
Точная знач. [2*(1-сторон. знач.)]	.143 ^b	.739 ^b	.579 ^b	.529 ^b	.529 ^b	.280 ^b

а. Группирующая переменная: выборки

б. Не скорректировано на наличие связей.

Продолжение Приложения Г

Таблица Г.3 – Статистический и ранговый анализ 2-ух независимых выборок по критерию Манна-Уитни

	выборки	Ранги		Сумма рангов
		N	Средний ранг	
ИЖ	матери детей с ОР	10	12.45	124.50
	матери детей без ОР	10	8.55	85.50
	Всего	20		
ПДЦ	матери детей с ОР	10	11.00	110.00
	матери детей без ОР	10	10.00	100.00
	Всего	20		
СЦ	матери детей с ОР	10	11.25	112.50
	матери детей без ОР	10	9.75	97.50
	Всего	20		
ПС	матери детей с ОР	10	11.40	114.00
	матери детей без ОР	10	9.60	96.00
	Всего	20		
ОН	матери детей с ОР	10	11.40	114.00
	матери детей без ОР	10	9.60	96.00
	Всего	20		
ИЖУ	матери детей с ОР	10	12.00	120.00
	матери детей без ОР	10	9.00	90.00
	Всего	20		

Приложение Д

Результаты психодиагностики по опроснику нервно-психического напряжения

Таблица Д.1 – Таблица результатов теста

Нервно-психического напряжения			
	30-90		30-90
R1	47	RN1	40
R2	49	RN2	45
R3	0	RN3	38
R4	50	RN4	41
R5	51	RN5	42
R6	50	RN6	46
R7	74	RN7	45
R8	57	RN8	41
R9	57	RN9	41
R10	50	RN10	61
	48.5		44

Таблицы Д.2, 3 – Статистический и ранговый анализ 2-ух независимых выборок по критерию Манна-Уитни

Статистические критерии

	НПН
U Манна-Уитни	18.000
W Вилкоксона	73.000
Z	-2.428
Асимп. знач. (двухсторонняя)	.015
Точная знч. [2*(1-сторон. знач.)]	.015 ^b

- а. Группирующая переменная: выборки
 б. Не скорректировано на наличие связей.

	выборки	Ранги		
		N	Средний ранг	Сумма рангов
НПН	матери детей с ОР	10	13.70	137.00
	матери детей без ОР	10	7.30	73.00
	Всего	20		

Приложение Е

Результаты психодиагностики по методике «Шкала самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина)

Таблица Е.1 – Результаты по тесту «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина, STAI».

	СТ/80	ЛТ/80		СТ/80	ЛТ/80
R1	52	40	RN1	42	27
R2	57	48	RN2	40	34
R3	33	35	RN3	27	44
R4	60	56	RN4	29	34
R5	32	52	RN5	43	51
R6	51	52	RN6	40	45
R7	69	62	RN7	42	48
R8	62	53	RN8	43	51
R9	40	35	RN9	45	50
R10	55	48	RN10	57	48
	51.1	48.1		40.8	43.2

Таблицы Е.2, 3 – Статистический и ранговый анализ 2-ух независимых выборок по критерию Манна-Уитни

Статистические критерии^а

	СТ	ЛТ
U Манна-Уитни	26.500	29.000
W Вилкоксона	81.500	84.000
Z	-1.781	-1.596
Асимп. знач. (двухсторонняя)	.075	.111
Точная знач. [2*(1-сторон. знач.)]	.075 ^b	.123 ^b

а. Группирующая переменная: выборки

б. Не скорректировано на наличие связей.

	выборки	Ранги		
		N	Средний ранг	Сумма рангов
СТ	матери детей с ОР	10	12.85	128.50
	матери детей без ОР	10	8.15	81.50
	Всего	20		
ЛТ	матери детей с ОР	10	12.60	126.00
	матери детей без ОР	10	8.40	84.00
	Всего	20		

Приложение Ж

Результаты психодиагностики по методике «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций»

Таблица Ж.1 – Результаты по опроснику «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций СПСС/SACS»

	Ассертивные действия	Вступление в социальный контакт	Поиск социальной поддержки	Осторожные действия	Импульсивные действия	Избегание	Манипулятивные действия	Асоциальные действия	Агрессивные действия	Общий индекс конструктивности
	06--30					ИК =0.2--2				
R1	19	27	26	15	25	16	10	9	16	1.75
R2	23	16	20	22	20	13	20	19	21	1.11
R3	24	17	25	24	14	14	15	12	16	1.57
R4	23	18	18	22	13	21	27	22	29	0.81
R5	19	27	29	23	20	21	21	17	24	1.2
R6	23	29	30	25	9	17	29	15	15	1.74
R7	23	17	20	21	22	7	16	8	19	1.81
R8	14	20	19	23	17	17	13	6	8	1.7
R9	24	29	27	30	26	20	20	14	15	1.63
R10	21	24	24	19	22	18	19	16	22	1.23
RN1	23	19	20	21	14	16	24	9	18	1.44
RN2	20	25	28	27	19	15	20	13	12	1.82
RN3	17	22	22	21	16	15	13	11	13	1.56
RN4	19	22	24	23	14	17	12	10	7	1.91
RN5	22	20	19	19	15	16	15	11	15	1.9
RN6	22	29	30	25	10	17	29	16	15	1.75
RN7	20	24	23	19	22	19	20	16	22	1.33
RN8	19	28	29	23	19	21	21	18	24	1.3
RN9	23	14	20	20	20	10	22	19	20	1.15
RN10	18	24	25	23	22	22	22	21	21	1.04

ИК = АП / ПА, где АП — сумма показателей субшкал «ассертивные действия», «вступление в социальный контакт», «поиск социальной поддержки»;
 ПА — сумма показателей субшкал «избегание», «асоциальные действия», «агрессивные действия».

Продолжение Приложения Ж

Таблицы Ж.2, 3 – Статистический и ранговый анализ 2-ух независимых выборок по критерию Манна-Уитни

	Статистические критерии									
	АсертД	СК	ПСП	ОД	ИД	И	МД	АСД	АГР.Д	ОИК
U Манна-Уитни	32.000	47.500	48.500	45.500	39.000	50.000	42.000	46.000	39.500	42.500
W Вилкоксона	87.000	102.500	103.500	100.500	94.000	105.000	97.000	101.000	94.500	97.500
Z	-1.386	-.190	-.114	-.344	-.838	.000	-.608	-.303	-.798	-.567
Асимп. знач. (двухсторонняя)	.166	.849	.909	.731	.402	1.000	.543	.762	.425	.571
Точная знч. [2*(1- сторон. знач.)]	.190 ^b	.853 ^b	.912 ^b	.739 ^b	.436 ^b	1.000 ^b	.579 ^b	.796 ^b	.436 ^b	.579 ^b

а. Группирующая переменная: выборки

б. Не скорректировано на наличие связей.

	выборки	Ранги		
		N	Средний ранг	Сумма рангов
АсертД	матери детей с ОР	10	12.30	123.00
	матери детей без ОР	10	8.70	87.00
	Всего	20		
СК	матери детей с ОР	10	10.25	102.50
	матери детей без ОР	10	10.75	107.50
	Всего	20		
ПСП	матери детей с ОР	10	10.35	103.50
	матери детей без ОР	10	10.65	106.50
	Всего	20		
ОД	матери детей с ОР	10	10.95	109.50
	матери детей без ОР	10	10.05	100.50
	Всего	20		
ИД	матери детей с ОР	10	11.60	116.00
	матери детей без ОР	10	9.40	94.00
	Всего	20		
И	матери детей с ОР	10	10.50	105.00
	матери детей без ОР	10	10.50	105.00
	Всего	20		
МД	матери детей с ОР	10	9.70	97.00
	матери детей без ОР	10	11.30	113.00
	Всего	20		
АСД	матери детей с ОР	10	10.10	101.00

Продолжение Приложения Ж

	матери детей без ОР	10	10.90	109.00
	Всего	20		
АГР.Д	матери детей с ОР	10	11.55	115.50
	матери детей без ОР	10	9.45	94.50
	Всего	20		
ОИК	матери детей с ОР	10	9.75	97.50
	матери детей без ОР	10	11.25	112.50
	Всего	20		

Таблица Ж.4 – Корреляция результатов опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» матерей детей с ОР.

		Асерт										
		Д	ВСК	ПСП	ОД	ИД	И	МД	АСД	АД	ИК	
Ро Спирмена	АсертД	Коэффициент корреляции	1.000	-.146	.120	.484	-.060	-.174	.303	.189	-.044	-.107
		Знач. (двухсторонняя)	.	.687	.741	.156	.869	.630	.395	.601	.903	.769
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	ВСК	Коэффициент корреляции	-.146	1.000	.733*	.354	.191	.572	.267	-.055	-.338	.281
		Знач. (двухсторонняя)	.687	.	.016	.316	.598	.084	.456	.880	.339	.431
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	ПСП	Коэффициент корреляции	.120	.733*	1.000	.425	.135	.171	.259	.000	-.251	.274
		Знач. (двухсторонняя)	.741	.016	.	.221	.711	.636	.470	1.000	.485	.444
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	ОД	Коэффициент корреляции	.484	.354	.425	1.000	-.337	.261	.419	.006	-.479	-.061
		Знач. (двухсторонняя)	.156	.316	.221	.	.340	.467	.228	.987	.162	.867
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	ИД	Коэффициент корреляции	-.060	.191	.135	-.337	1.000	-.095	-.443	-.274	-.049	.293

Продолжение Приложения Ж

	Знач. (двухсторонняя)	.869	.598	.711	.340	.	.794	.199	.443	.893	.412
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
И	Коэффициент корреляции	-.174	.572	.171	.261	-.095	1.000	.514	.488	.304	-.500
	Знач. (двухсторонняя)	.630	.084	.636	.467	.794	.	.129	.153	.394	.141
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
МД	Коэффициент корреляции	.303	.267	.259	.419	-.443	.514	1.000	.760*	.370	-.480
	Знач. (двухсторонняя)	.395	.456	.470	.228	.199	.129	.	.011	.293	.160
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
АСД	Коэффициент корреляции	.189	-.055	.000	.006	-.274	.488	.760*	1.000	.738*	-.855**
	Знач. (двухсторонняя)	.601	.880	1.000	.987	.443	.153	.011	.	.015	.002
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
АД	Коэффициент корреляции	-.044	-.338	-.251	-.479	-.049	.304	.370	.738*	1.000	-.665*
	Знач. (двухсторонняя)	.903	.339	.485	.162	.893	.394	.293	.015	.	.036
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ИК	Коэффициент корреляции	-.107	.281	.274	-.061	.293	-.500	-.480	-.855**	-.665*	1.000
	Знач. (двухсторонняя)	.769	.431	.444	.867	.412	.141	.160	.002	.036	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Продолжение Приложения Ж

Таблица Ж.5 – Корреляция результатов опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» матерей детей без ОР

		Асерг										
		Д	ВСК	ПСП	ОД	ИД	И	МД	АСД	АД	ИК	
Ро Спирмена	Асерг	1.000	-.019	.567	.494	.317	.292	.488	.322	.554	.179	
	тД	Коэффициент										
		корреляции										
		Знач.	.959	.088	.147	.373	.413	.153	.364	.096	.621	
		(двухсторонняя)										
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	ВСК	Коэффициент	-.019	1.00	-.395	-	-.272	-.269	-.412	.528	-.133	.080
		корреляции		0	.375							
		Знач.	.959	.259	.285	.447	.452	.237	.117	.715	.826	
		(двухсторонняя)										
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	ПСП	Коэффициент	.567	-.395	1.000	.930	.671*	.003	.548	.166	.344	.116
		корреляции				**						
		Знач.	.088	.259	.000	.034	.993	.101	.647	.331	.749	
		(двухсторонняя)										
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	ОД	Коэффициент	.494	-.375	.930**	1.00	.833**	-.034	.500	.254	.385	.055
		корреляции			0							
	Знач.	.147	.285	.000	.003	.926	.141	.479	.271	.880		
	(двухсторонняя)											
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10		
ИД	Коэффициент	.317	-.272	.671*	.833	1.000	-.262	.159	.214	.102	-.338	
	корреляции			**								
	Знач.	.373	.447	.034	.003	.465	.661	.552	.778	.340		
	(двухсторонняя)											
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10		
И	Коэффициент	.292	-.269	.003	-	-.262	1.000	.194	-.040	.692*	.589	
	корреляции			.034								
	Знач.	.413	.452	.993	.926	.465	.590	.913	.027	.073		
	(двухсторонняя)											
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10		
МД	Коэффициент	.488	-.412	.548	.500	.159	.194	1.000	.145	.335	.515	
	корреляции											

Продолжение Приложения Ж

	Знач. (двухсторонняя)	.153	.237	.101	.141	.661	.590	.	.690	.343	.127
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
АСД	Коэффициент корреляции	.322	.528	.166	.254	.214	-.040	.145	1.000	.408	.477
	Знач. (двухсторонняя)	.364	.117	.647	.479	.552	.913	.690	.	.242	.163
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
АД	Коэффициент корреляции	.554	-.133	.344	.385	.102	.692*	.335	.408	1.000	.642*
	Знач. (двухсторонняя)	.096	.715	.331	.271	.778	.027	.343	.242	.	.045
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ИК	Коэффициент корреляции	.179	.080	.116	.055	-.338	.589	.515	.477	.642*	1.000
	Знач. (двухсторонняя)	.621	.826	.749	.880	.340	.073	.127	.163	.045	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Продолжение Приложения Ж

Таблица Ж.6 – Парная корреляция результатов опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» матерей детей с ОР и без ОР.

		Асерт	ВСК	ПСП	ОД	ИД	И	МД	АСД	АД	ИК	
P _o Спирмена	АсертД	Коэффициент корреляции	1.000	-.271	-.087	.149	-.132	-.331	.356	.129	.147	-.053
		Знач. (двухсторонняя)	.	.248	.716	.531	.579	.154	.123	.589	.536	.825
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	ВСК	Коэффициент корреляции	-.271	1.000	.829**	.422	.076	.580**	.208	.060	-.121	.236
		Знач. (двухсторонняя)	.248	.	.000	.064	.749	.007	.379	.801	.612	.316
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	ПСП	Коэффициент корреляции	-.087	.829**	1.000	.566**	.015	.311	.263	.160	-.064	.174
		Знач. (двухсторонняя)	.716	.000	.	.009	.949	.182	.262	.500	.788	.462
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	ОД	Коэффициент корреляции	.149	.422	.566**	1.000	-.319	.219	.325	.108	-.337	.159
		Знач. (двухсторонняя)	.531	.064	.009	.	.170	.353	.161	.651	.147	.502
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
ИД	Коэффициент корреляции	-.132	.076	.015	-.319	1.000	.072	-.306	.054	.295	-.196	
	Знач. (двухсторонняя)	.579	.749	.949	.170	.	.763	.189	.821	.207	.407	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
И	Коэффициент корреляции	-.331	.580**	.311	.219	.072	1.000	.336	.440	.383	-.358	
	Знач. (двухсторонняя)	.154	.007	.182	.353	.763	.	.147	.052	.096	.121	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	

Продолжение Приложения Ж

МД	Коэффициент корреляции	.356	.208	.263	.325	-.306	.336	1.000	.643**	.430	-.462*
	Знач. (двухсторонняя)	.123	.379	.262	.161	.189	.147	.	.002	.058	.040
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
АСД	Коэффициент корреляции	.129	.060	.160	.108	.054	.440	.643**	1.000	.681**	-.767**
	Знач. (двухсторонняя)	.589	.801	.500	.651	.821	.052	.002	.	.001	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
АД	Коэффициент корреляции	.147	-.121	-.064	-.337	.295	.383	.430	.681**	1.000	-.786**
	Знач. (двухсторонняя)	.536	.612	.788	.147	.207	.096	.058	.001	.	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
ИК	Коэффициент корреляции	-.053	.236	.174	.159	-.196	-.358	-.462*	-.767**	-.786**	1.000
	Знач. (двухсторонняя)	.825	.316	.462	.502	.407	.121	.040	.000	.000	.
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

В данной матрице мы видим множество данных, которые не подлежат обработке, для конкретизации мы использовали функцию синтекиса в программе SPSS и получили более конкретные результаты.

Продолжение Приложения Ж

Таблица Ж.7 – Парная корреляция результатов опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» матерей детей с ОР и без ОР.

		И	МД	ОД	АД	ИК	
Ро Спирмена	Асерт	Коэффициент корреляции	-.331	.356	.149	.147	-.053
	Д	Знач. (двухсторонняя)	.154	.123	.531	.536	.825
		N	20	20	20	20	20
	ВСК	Коэффициент корреляции	.580**	.208	.422	-.121	.236
		Знач. (двухсторонняя)	.007	.379	.064	.612	.316
		N	20	20	20	20	20
	АСД	Коэффициент корреляции	.440	.643**	.108	.681**	-.767**
		Знач. (двухсторонняя)	.052	.002	.651	.001	.000
		N	20	20	20	20	20
	ПСП	Коэффициент корреляции	.311	.263	.566**	-.064	.174
		Знач. (двухсторонняя)	.182	.262	.009	.788	.462
		N	20	20	20	20	20
	ИД	Коэффициент корреляции	.072	-.306	-.319	.295	-.196
		Знач. (двухсторонняя)	.763	.189	.170	.207	.407
		N	20	20	20	20	20

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Приложение И

Результаты статистического анализа всех тестов

Таблица И.1 – Статистический и ранговый анализ 2-ух независимых выборок по критерию Манна-Уитни по шести компонентам выявленных результатов

	Статистические критерии ^а					
	НПН	ИЖУ	ТВК	ИОК	СТ	ЛТ
U Манна-Уитни	18.000	35.000	44.000	42.500	26.500	29.000
W Вилкоксона	73.000	90.000	99.000	97.500	81.500	84.000
Z	-2.428	-1.137	-.464	-.567	-1.781	-1.596
Асимп. знач. (двухсторонняя)	.015	.256	.643	.571	.075	.111
Точная знч. [2*(1-сторон. знач.)]	.015 ^b	.280 ^b	.684 ^b	.579 ^b	.075 ^b	.123 ^b

а. Группирующая переменная: выборки

б. Не скорректировано на наличие связей.

	выборки	Ранги		
		N	Средний ранг	Сумма рангов
НПН	матери детей с ОР	10	13.70	137.00
	матери детей без ОР	10	7.30	73.00
	Всего	20		
ИЖУ	матери детей с ОР	10	12.00	120.00
	матери детей без ОР	10	9.00	90.00
	Всего	20		
ТВК	матери детей с ОР	10	9.90	99.00
	матери детей без ОР	10	11.10	111.00
	Всего	20		
ИОК	матери детей с ОР	10	9.75	97.50
	матери детей без ОР	10	11.25	112.50
	Всего	20		
СТ	матери детей с ОР	10	12.85	128.50
	матери детей без ОР	10	8.15	81.50
	Всего	20		
ЛТ	матери детей с ОР	10	12.60	126.00
	матери детей без ОР	10	8.40	84.00
	Всего	20		

Продолжение Приложения И

Таблица И.2 – Корреляция результатов шести компонентов 2-ух независимых выборок по критерию Манна-Уитни.

		НПН	ИЖУ	ТВК	ИОК	СТ	ЛТ
Р _о Спирмена	НПН Коэффициент	1.000	-.148	.287	-.131	.607**	.534*
	корреляции						
	Знач.	.	.533	.219	.581	.005	.015
	(двухсторонняя)						
	N	20	20	20	20	20	20
	ИЖУ Коэффициент	-.148	1.000	-.392	.210	-.320	-.413
	корреляции						
	Знач.	.533	.	.088	.373	.169	.070
	(двухсторонняя)						
	N	20	20	20	20	20	20
	ТВК Коэффициент	.287	-.392	1.000	-.058	.258	.379
	корреляции						
	Знач.	.219	.088	.	.806	.273	.100
	(двухсторонняя)						
	N	20	20	20	20	20	20
	ИОК Коэффициент	-.131	.210	-.058	1.000	-.273	-.265
	корреляции						
	Знач.	.581	.373	.806	.	.244	.258
(двухсторонняя)							
N	20	20	20	20	20	20	
СТ Коэффициент	.607**	-.320	.258	-.273	1.000	.620**	
корреляции							
Знач.	.005	.169	.273	.244	.	.004	
(двухсторонняя)							
N	20	20	20	20	20	20	
ЛТ Коэффициент	.534*	-.413	.379	-.265	.620**	1.000	
корреляции							
Знач.	.015	.070	.100	.258	.004	.	
(двухсторонняя)							
N	20	20	20	20	20	20	

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Приложение К

Программы психологической помощи

Программа К.1 Тренинг «Мама, мое сердечко в твоих руках»

Цель тренинга: помочь матерям детей с особенностями развития принимать своего ребенка и его особенности без испытаня тяжелого стресса, тревоги и эмоционального выгорания; не жертвовать собственной жизнью, а найти свои личные ресурсы, для того чтобы жить полной жизнью, не вредя своему психологическому и соматическому здоровью.

Задачи тренинга:

Диагностическая часть-помочь матерям познать и осознать свои психоэмоциональные скрытые, вытесненные проблемы, страхи, тревожность, стресс и депрессию.

Терапевтическая часть - с помощью психологических инструментов помочь найти свои внутренние ресурсы, для преодоления выявленных состояний и проблем.

Развивающая часть - помочь в планировании перспектив своего личного и профессионального развития и самореализации.

Структура тренингов

С помощью МАК «Превосходный сосуд» (которых мы разработали и интерпретировали на основах национально-культурных особенностей армян, по аналогии МАК Т. Ушаковой «Огонь, мерцающий в сосуде») выявить психоэмоциональные скрытые, вытесненные проблемы, страхи, тревожность, стресс и депрессию.

Наша терапия, мягко затрагивает эмоциональную сферу и открывает доступ к подсознанию, что позволяет выпустить наружу страхам, чувствам о которых, человек возможно даже и не предполагал. Особое внимание во время тренинга

Продолжение Приложения К

Продолжение программы К.1

уделяется работе со страхами, связанными с проблемами ребенка с ОР, его воспитанием, социализацией и будущим. Это особая болезненная сторона к которым матеря в течении времени свыкаются жить и чувство отходит куда –то в подсознание, вытесняется или проявляется через разные копинг стратегии.

Наша колода МАК «Превосходный сосуд» состоит из 4-ех частей: сосудов, карт-вопросов, наполнительных фоновых карт и карт с афоризмами про сосуды.

Часть первая

Знакомство

«Выбираем сосуды»

Часть знакомства тренинга проводим параллельно с диагностикой.

Первое задание: каждый участник выбирает сосуд, который соответствует его актуальному состоянию и личным качествам.

Отвечайте на вопросы: «Почему вы именно этот сосуд?»

- Где он находится?
- Из чего изготовлен?
- Есть ли что-то внутри сосуда или он пуст?
- Для чего он используется?
- Чего он хочет, о чем мечтает

Второе задание: каждый участник выбирает еще один сосуд, которым он бы хотел стать.

Снова ответьте на вопрос: «Почему именно этот?»

- Где хотел, чтобы он находился?
- Из чего был бы изготовлен?
- Что хотела бы чтобы было внутри сосуда или он пуст?

Продолжение Приложения К

Продолжение программы К.1

- Для чего он будет использоваться?
- Чего он будет хотеть, о чем мечтать?

Третье задание. Участники должны подумать, над тем, какие конкретные (не метафорические) шаги помогут им приблизиться к своему желаемому состоянию? Например, в личной жизни, в профессии, в семейной жизни, в общении и т.д.

Если необходимо, выберите третий, промежуточный сосуд и снова ответьте на вопрос «Почему это».

Часть вторая «Наполняем сосуды содержанием»

- Выберите наполнители (состояния души) для каждого сосуда
- Положите наполнители под сосуды
- Посмотрите на них внимательно и подумайте, какие чувства у вас вызывают эти картинки?

– А теперь попробуйте в актуальный сосуд поместить наполнитель из идеального сосуда.

Ответьте на вопросы:

- Изменилось ли ваше настроение?
- Какие реальные изменения вам доступны уже сегодня, для того, чтобы начать больше ценить себя?
- Что хорошего для себя вы можете сделать прямо сейчас?
- Какие конкретные шаги вы сделаете завтра?
- Через какой время вы сможете стать тем, что являет собой промежуточный сосуд?
- Осталась ли необходимость стать идеальным сосудом? Если да, когда вы сможете этого достичь?

Продолжение Приложения К

Продолжение программы К.1

Например:

Актуальный сосуд – чайник (полезная, но некрасивая), наполнители - яркие цветы. Выбрала мать 3-их детей, слишком семейная флегматик, не озабоченная своей внешностью, а настоящим и будущим своих детей, их образованием и карьерой. Желаемый сосуд- также чайник пара на берегу моря, явно супружество и отношения с мужем для нее на первом месте, а также скрытая озабоченность и страх потери, поскольку чайник у нее кипел.

Промежуточный сосуд – кувшин, (полезная, более удобная и красивая, чем чайник), наполнитель большая розовая георгина, что свидетельствует о мечтательном внутреннем ребенке, о чем она не подозревала. После разговора на эту тему она открылась о своих детских страхах.

Интерпретации.

ФОРМА СОСУДА

В нашем случае, в работе с мамами детей с ОР, мы рассматривали сосуд, как женский силуэт. Чем изящен, оригинален и симметричен этот силуэт, тем выше их самооценка, романтичность, женственность, хрупкость.

Изящный, с тонкой «талией», широкий снизу сосуд указывает на высокую внутреннюю самооценку и желание нравиться, быть в центре внимания.

Широкий, бесформенный сосуд – говорит о низкой самооценке но большой открытой духовности, непринятии своей женственности.

Выраженный низ - символизирует материнское начало, богатый внутренний заботливый мир женщины матери.

Узкий, без выраженных закругленных боков – холодная женская внутренность, возможно проблемы сексуальности.

Сосуд необычной, оригинальной формы – обычно свойственно женщинам, считающим себя особыми, избранными, не такими, как все.

Продолжение Приложения К

Продолжение программы К.1

Сосуд с узким горлом, свойственно женщинам, у которых проблемы в жизни, в самореализации, вынужденная закрытость и скованность.

НАПОЛНИТЕЛИ

Глина, земля (сухая или плодovitая), пустынный песок – материал, говорящий о женской силе и умении хранить тепло, но в худом виде внутренний дискомфорт, который мешает быть тем, кем они желали бы. Песок говорит о слишком вынужденной комформности, прорывающийся из чернозёма росток- о внутренней жизненной энергии, что готова прорваться на свет, не смотря на временные трудности.

Стекло, хрусталь, прозрачный, атласный материал – указывает на искренность, откровенность и незащищенности, стремление к роскоши, комфорту.

Драгоценные камни, хрусталь или золото, деньги – признаки женщины, любящей привлекать к себе внимание и ценящей себя очень высоко.

Пластмасса и прочие незамысловатые, дешевые материалы – говорят о том, что женщина считает себя обыкновенной, заурядной, трудоголиком, домохозяйкой.

Разные интерпретации получаются при сжатой бумаге, абстрактным рисункам, ржавому металлу, разбитой куклу и т.д.

Цветы в сосуде – говорят о стремлении к прекрасному о хорошем настрое к жизни.

МЕСТО И ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ

Ответы на вопросы: «Где находится сосуд?», «Для чего он предназначен?», «О чем мечтает?»

Продолжение Приложения К

Продолжение программы К.1

В зависимости от этого становится ясно: как себя ощущает человек в социальном окружении, и о каком мечтаете. Здесь трактовка может быть сугубо индивидуальной.

Сосуд треснул или сломался, возможно, у человека кризис или навалились какие-то проблемы. Если пылится в старом шкафу, им давно не пользовались, возможно, потребность во внимании, одиночество, замкнутость в себе и в нагнетании старых проблем.

Занимает почетное место: в музее, в парке, во дворце. Вы в центре внимания, и вам это явно по душе.

Ожидания и мечты сосуда – это потерянные желания человека. Чего он у вас хочет: чтобы с него стерли пыль веков? Поставили на видное место и полюбовались? Наполнили теплым молоком? И так далее. Главное, чтобы сосуд «делал важное дело и был доволен». Если он просто стоит и не знает, для чего он нужен – значит он не чувствуете свое предназначение, суть и на данный момент на распутье.

Программа К.2 – Тренинга для родителей

«Страх плохой советник»

У родителей детей с ОР страхи имеют специфику. Они часто забывают о своих личных переживаниях и страхах, поскольку на первый план встает вопрос «что будет с моим ребенком»? Часто эти переживания и страхи, через эмоциональную взаимосвязь родителей и ребенка, передаются друг от друга и у тревожной мамы начинает проявляться тревожный, а иногда и агрессивный ребёнок и наоборот – эмоционально не контролируемый ребенок становится причиной для эмоционального выгорания родителей.

Родители часто хотят, чтобы психологи помогли их ребёнку, и отвергают мысль, что им самим нужна помощь для формирования умения познания и преодоления своих собственных страхов.

Цель тренинга: развитие эмоционального интеллекта родителей, повышение уровня их психологической грамотности.

Задачи: научить родителей преодолевать собственные страхи, тревожность связанную с ребенком ОР, обучить методам саморегуляции, формировать стрессоустойчивость.

Материал к проведению: салфетки, музыка, краски, листы бумаги.

Ход тренинга.

Обсуждение правил тренинга.

Под музыку «Погружение в себя. Поющие чаши и маримба. Медитация познания внутреннего себя» каждый участник говорит, что он чувствует, о чем сейчас думает. После проговаривания все меняются местами.

Упражнение «Расскажи о своем страхе в трех модальностях»(необходимо вызвать свой страх, представить, что в этот момент видишь, слышишь, чувствуешь в теле) – все участники по очереди проговаривают свои страхи в этих

Продолжение Приложения К

Продолжение программы К.2

модальностях. Затем дается задание: «нарисуйте красками какой ваш страх, какого цвета и формы, от самого маленького к самому большому и дать им название».

3. Проговаривание и визуализация.

Снова звучит музыка – каждый осознает, погружается в свой страх. Затем участники меняются местами, пересеживаются, рассматривают рисунок соседа и рассказывают, что они чувствуют и видят в его рисунке.

Слушаем о себе со стороны.

Перерыв 15 минут в полном молчании.

4.Задания в парах: «Поговори со своим страхом»

«Поплачьте над своим страхом»

«Посмейся над своим страхом»

«Потанцуй со своим страхом»

5. Техника «Позитивного рисунка»: нарисовать каждому страху антипод.

6.Метод систематической десенсибилизации и прогрессивной мышечной релаксации– вызвать страх наименьший – напрячь свое тело (лицо, руки, живот, спину, ягодицы, ноги, пальцы на руках и ногах) – затем расслабиться, почувствовать расслабление в теле, то же с остальными страхами.

7. Смена различной музыки от тревожной, грустной до веселой, радостной – вызывать страх, напрягать мышцы, расслабляться. Делать это упражнение много раз, лучше всего до тех пор, пока человек в очередной раз не сможет напрячь мышцы.

8. Получение обратной связи от участников.

9. Информационная часть:

– страх парализует ум и творческие способности. «Когда эмоции кричат – интеллект молчит».

Продолжение Приложения К

Продолжение программы К.2

–страх может вызвать следующие заболевания:

–неврозы (раздражительность, головные боли, бессонница, слабость в теле, усталость)

–группа психосоматических заболеваний (болезни сердца, язва, гастриты, щитовидка, холециститы, сах. диабет, бронх. астма).

Маски страха – вина, раздражение (иногда страх может маскироваться под эти эмоции).

Психопатия – патологический характер на всю жизнь из-за страха (чаще забитый ребенок в детстве), не лечится. До 3-х лет закладываются все эмоции (в это время могут закладываться и страхи).

Самый страшный страх – страх смерти.

Не каждый человек может управлять своим страхом. Гипертрофированный страх – преувеличенные страхи (когда кто-то вложил эти страхи в голову)

Нормальные страхи – безопасности, проблем со здоровьем, страх потерять уважение группы людей, «лицо», страх смерти.

Навязчивые страхи (в рамках патологии) – страх постоянный, даже если нет объекта страха.

Страх – это «забегание в будущее» («а вдруг, а что, если»). Человек не может ничего сделать с будущим. «Здесь и сейчас». «Невозможно выпить воды из чашки, в которую еще не налили воды, и невозможно выпить из чашки, которая пролита».

Страх – это когда внимание человека направлено вовне. Когда внимание направлено внутрь себя, то энергия в теле человека. У человека с неврозом – внимание вне, нужно погружаться в себя с помощью медитаций, саморазвития.

Продолжение Приложения К

Продолжение программы К.2

Необходимо учить близких людей быть внутри себя (что чувствуешь, о чем думаешь).

10. Упражнение «Самосозерцающий массаж»: похлопывания руками лицо, шея, грудь, ноги, ягодицы, затем встать в круг друг за другом и похлопать по спине соседа, затем развернуться в другую сторону и похлопать по спине другого соседа. Музыка ритмичная, быстрая.

20. Восстановление дыхания под музыку.

21. «Сочини сказку про страх с плохим для страха концом»(короткую на 2 минуты).

22. Рефлексия. Техника И.3 – «Грани моего «Я»/Ролевая карта» А. Копытина (модификация Е. Тарариной).

Цель: актуализация и выражение чувств, связанных с разными периодами своей жизни до и после рождения ребенка с ОР, их осознание и интеграция.

Выявление дезадаптивных паттернов поведения и мышления, связанных с заявленной или предполагаемой психологической проблематикой. Укрепление образа «Я». Выявление и осознание потребностей, установок и ценностей. Обретение или переоценка смысла жизни. Исследование системы отношений, актуализация и разрешение внутриличностных конфликтов. Актуализация и осознание внутренних и внешних ресурсов, а также латентных ролей и свойств личности. Осознание динамики изменений.

Содержание. Участникам предлагается принести из дома или из своего профиля в соцсетях фотографии, на которых они представлены в различных ролях и личностных проявлениях. Им предоставляется полная свобода выбора. Во время презентации проводим обсуждение снимков, обсуждаем эмоции, которые человек ощущал в этот период своей жизни.