

УДК 159.9

Д. С. Сологуб

аспирант кафедры общей психологии и психологии развития личности
Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРЕЙ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ РЕБЕНКА (НА ПРИМЕРЕ ПОСТАНОВКИ МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА)

В статье отражены психологические особенности матерей в момент постановки ребенку диагноза, показаны различия в переживаниях в зависимости от тяжести и характера диагноза, проанализированы основные механизмы психологических защит, используемых в момент переживания.

Ключевые слова: психологические особенности матерей, постановка диагноза, ранний детский аутизм, психосоматическое расстройство.

В отечественной психологии основные направления исследований функционирования индивида в стрессовых и потенциально травматических условиях определили Ю. А. Александровский, Ф. Б. Березин, Е. Калмыкова, Ц. П. Короленко, М. В. Леви, М. Ш. Магомед-Эминов, Ф. З. Меерсон, В. В. Нечипоренко, В. Я. Семке, Н. В. Тарабрина. Большинство исследователей эта проблема рассматривалась в основном в рамках стрессологии и психопатологии (В. А. Бодров, М. Е. Зеленова, Е. О. Лазебная, А. Г. Маклаков, Н. Н. Пуховский, А. Л. Пушкарев, Е. В. Снедков и др.). Преимущественное рассмотрение круга данных вопросов с методологических позиций клинического подхода не учитывает смысложизненной проблематики переживания травматического события.

В общей психологии и психологии личности эти вопросы не получили достаточной разработки. В связи с повышением исследовательского интереса к факторам личности, определяющим влияние травматического события на функционирование человека, мы считаем достаточно обоснованным заявление М. Ш. Магомед-Эминова о необходимости изучения переживания травматического события в рамках общей психологии и психологии личности.

В своем эмпирическом исследовании мы высказали предположение о том, что степень и характер диагноза будут влиять на особенности переживания матерью этого момента. Как исходную позицию мы приняли взгляд о том, что психиатрический диагноз рассматривается как более тяжелое травматическое событие по сравнению с психосоматическим диагнозом, который оказывает меньшее влияние на психику и поведение ребенка. Это обусловило выбор исследовательского инструментария, который включал в себя следующие методики:

- тест смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева;
- шкала оценки влияния травматического события;
- методика исследования типологий психологической защиты Р. Плутчик в адаптации Г. Келлермана.

На наш взгляд, данные методики позволяют увидеть ряд важных психологических особенностей у матерей, детям которых поставлены два типа диагноза: психиатрический и психосоматический. Эти особенности следующие:

- каковы смысложизненные ориентации матерей в зависимости от степени и тяжести диагноза ребенка;
- каковы особенности влияния данного травматического события на психологические особенности матерей;
- какие механизмы психологических защит используют матери, находясь в ситуации затяжного стресса.

При обработке результатов исследования использовались стандартные методы математического анализа данных: вычисление средних, стандартного отклонения, t-критерий Стьюдента, критерий проверки нормальности распределения Колмогорова — Смирнова.

В целом в исследовании принимало участие 78 человек, женщин, находившихся на лечении в дневном стационаре детской специализированной консультативной поликлиники г. Донецка. Испытуемые находились в возрастном периоде от 20 до 32 лет, что обусловило выделение двух возрастных групп при анализе результатов исследования.

Первый период — от 20 до 25 лет, второй период — от 26 до 32 лет.

В первую группу испытуемых вошли мамы детей с психосоматическим расстройством, представляющие «условную психическую норму», — группа А (n=21);

– вторая группа испытуемых, мамы детей с диагнозом «ранний детский аутизм», пациенты детской областной психиатрической больницы г. Донецка, — группа В (n=57).

Определены объект, предмет и методы исследования; поставлены задачи исследования. Проведено уточнение путей исследования согласно цели и задачам исследования.

Распределение испытуемых в группе А (n=21) по возрасту представлены в таб. 1.

Таблица 1

Распределение испытуемых по возрасту и полу в группе А

Возраст	Количество (n и %) испытуемых (из 21 человека)	
	n	%
20–25 лет	15	71
26–32 года	6	29
Итого:	21	100

Распределение испытуемых в группе В (n=57) по возрасту представлено в таб. 2.

Результаты исследования смысложизненных ориентаций личности по методике СЖО в двух группах испытуемых — группе А (n=21), группе В (n=57) показали наличие статистически достоверных различий.

Анализ данных, полученных с помощью теста Д. А. Леонтьева «Смысложизненные ориентации», свидетельствует о том, что среднегрупповые

значения в группе А находятся в зоне нормативных значений, а среднегрупповые показатели в группе В имеют тенденцию к сниженным значениям, что может свидетельствовать о нарушении смысложизненных ориентаций вследствие тяжелого травматического события.

Таблица 2

Распределение испытуемых по возрасту и полу в группе В

Возраст	Количество (n и %) испытуемых (из 57 человек)	
	n	%
20–25 лет	15	71
26–32 года	6	29
Итого:	57	100

Таблица 3

Средние и стандартные отклонения субшкал и общего показателя ОЖ в группе А (n=21)

Возрастная группа	20–25 лет		26–32 года	
	Среднее знач.	Станд. откл.	Среднее знач.	Станд. откл.
1-Цели	29,38	6,24	32,90	5,92
2-Процесс	28,80	6,14	31,09	4,44
3-Результат	23,30	4,95	25,46	4,30
4-ЛК-Я	18,58	4,30	21,13	3,85
5-ЛК-Жизнь	28,70	6,10	30,14	5,80
Общий ОЖ	128,76	27,73	140,72	24,31

Из данных методики, представленных в таблицах 3, 4 мы видим, что показатели по 5 субшкалам теста и общего показателя ОЖ достаточно высоки и соответствуют показателям нормы. Учет возрастного аспекта исследования говорит о том, что в периоде 26–32 года смысложизненные ориентации личности находятся на более высоком уровне. Это можно объяснить тем, что этот период считается периодом зрелости, а предыдущий — периодом ранней зрелости, в котором формирование определенных психических механизмов еще не завершено.

В группе В мы наблюдаем такое распределение показателей:

Таблица 4

Средние и стандартные отклонения субшкал и общего показателя ОЖ в группе В (n=57)

Возрастная группа	20–25 лет		26–32 года	
	Среднее знач.	Станд. откл.	Среднее знач.	Станд. откл.
1-Цели	21,33	3,14	22,90	4,72
2-Процесс	19,80	3,25	21,09	3,84
3-Результат	20,31	2,98	22,46	3,56
4-ЛК-Я	15,48	2,30	16,13	3,22
5-ЛК-Жизнь	22,21	4,10	25,14	5,03
Общий ОЖ	99,13	15,77	107,72	20,37

Анализ полученных данных в группе В позволил нам говорить о следующих закономерностях: сниженные показатели по субшкале «Цели» — $21,33 \pm 3,14$ и $22,90 \pm 4,72$ соответственно в возрастных группах 20–25 лет и 26–32 года говорят об уменьшении в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Но при этом заниженные показатели в старшей возрастной группе немного выше, что подтверждает наше предположение о необходимости выделения двух возрастных групп испытуемых.

Показатели по субшкале «Процесс» — $19,8 \pm 03,25$ и $21,09 \pm 3,84$ могут свидетельствовать о неудовлетворенности своей жизнью в настоящем. Субшкала «Результат» измеряет удовлетворенность прожитой части жизни, оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть. Заниженные баллы по этой шкале $20,31 \pm 2,98$ и $22,46 \pm 3,56$ могут означать неудовлетворенность тем отрезком времени, который человек прожил после травматического события. Субшкала «Локус контроля — Я» определяет отношение к себе как к сильной личности, способной преодолеть ряд трудностей. В группе В показатели составили $15,48 \pm 2,30$ и $16,13 \pm 3,22$. Мы можем говорить о том, что испытуемые в группе испытывают сомнения относительно собственных сил для преодоления трудностей. По субшкале «Локус контроля — жизнь» показатели составили $22,21 \pm 4,10$ и $25,14 \pm 5,03$. Это может свидетельствовать о том, что испытуемые в группе занимают пассивную позицию в отношении управления собственной жизнью.

Исходя из вышеизложенных результатов мы можем утверждать, что у матерей, дети которых больны психосоматическим расстройством, но являются психически относительно здоровыми, смысложизненные ориентации не являются столь нарушенными, как у матерей, дети которых страдают аутизмом.

Сравнительный анализ по методике «Шкала оценки влияния травматического события» также показал существенные различия в двух группах испытуемых.

Таблица 5

Сравнительный анализ достоверных различий средних значений данных по тесту ШОВТС по t-критерию Стьюдента в группах А и В

Возраст\группа	20–25 лет		26–32 года	
	Группа А	Группа В	Группа А	Группа В
IN — субшкала «вторжение»	$12,31 \pm 9,12$	$15,43 \pm 12,18$	$11,12 \pm 8,44$	$16,71 \pm 11,24$
AV — субшкала «избегание»	$13,43 \pm 10,19$	$18,26 \pm 13,79$	$13,27 \pm 9,87$	$16,48 \pm 12,88$
AR — субшкала «физиологическая возбудимость»	$9,23 \pm 8,24$	$12,56 \pm 10,46$	$8,14 \pm 7,28$	$15,73 \pm 13,42$
IES-R — общий балл	$35,71 \pm 27,55$	$46,25 \pm 36,43$	$32,53 \pm 25,59$	$48,92 \pm 39,85$

Качественный анализ полученных результатов позволил сделать следующие заключения:

Шкала IN, которая показывает степень наличия ночных кошмаров, навязчивых чувств, образов или мыслей для группы А, представлена в пределах нормы для обоих возрастных периодов. Так, показатели по этой шкале составили $12,31 \pm 9,12$ для возраста 20–25 лет и $11,12 \pm 8,44$ для возраста 26–32 года. Также по этой методике мы не выявили ярко выраженных различий между возрастными категориями в исследуемой группе А.

Для группы В показатели по шкале IN завышены и составляют $15,43 \pm 12,18$ и $16,71 \pm 11,24$ соответственно возрасту 20–25 и 26–32 года. Такие числовые характеристики говорят о наличии у испытуемых группы В симптомов «вторжения», навязчивых мыслей и образов о пережитом событии, что является основанием для проведения коррекционного воздействия со стороны психологов и психотерапевтов.

Шкала AV показывает наличие попыток смягчения или избегания переживаний, связанных с травматическим событием, снижение реактивности.

Для группы А показатели также находятся в пределах нормы и составляют $13,43 \pm 10,19$ для возрастной категории 20–26 лет и $13,27 \pm 9,87$ для 26–32 лет. Это показывает, что для этих двух возрастных периодов значительных отличий нет, а также нет отклонений от показателей нормы, что свидетельствует об относительном отсутствии симптома избегания.

Иначе обстоит ситуация в группе В. Показатели наличия симптома избегания достаточно высоки. Это $18,26 \pm 13,79$ и $16,48 \pm 12,88$ соответственно возрасту 20–25 лет и 25–32 года. Обращает на себя внимание то, что в периоде ранней зрелости избегание как посттравматическое переживание выражено больше, что может проявляться в неготовности говорить о подавленном переживании, скрывать от себя и окружающих болевые ощущения, связанные с диагнозом, игнорировать наличие переживаний.

Шкала AR показывает такие реакции, как злость и раздражительность; гипертрофированная реакция испуга; трудности с концентрацией; психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями; бессонница. В группе А показатели не превышают допустимый предел нормы и имеют значения $9,23 \pm 8,24$ и $8,14 \pm 7,28$. Ситуация в группе В такого характера: $12,56 \pm 10,46$ и $15,73 \pm 13,42$ для 20–25 лет и 26–32 лет. Видно, что по этой шкале различия очень существенные. Повышенная нервная возбудимость, которая подтверждена показателями в баллах, характерна для невротичных личностей, испытывающих чувство вины.

Подводя итоговый анализ по результатам методики для групп А и В, можно сказать о том, что самые существенные различия показателей в баллах получены по шкале «физиологическая возбудимость», что говорит о большей невротизации испытуемых группы В. Показатели по шкале «вторжение» и «избегание» менее выражены, но также существенны. Это значит, что испытуемые группы В больше подавляют свои психические переживания, склонны к отрицанию страданий для психологической проработки, но при этом уязвимы для бессознательных неконтролируемых вторжений воспоминаний и образов о травматическом событии.

С целью понять все особенности психологических переживаний двух групп матерей мы предложили испытуемым методику исследования типологий психологической защиты Р. Плутчик в адаптации Г. Келлермана.

Результаты методики изложены нами в таб. 6.

Таблица 6

Сравнительный анализ достоверных различий средних значений данных по тесту типологий психологической защиты по t-критерию Стьюдента в группах А (n=21) и В (n=57)

Механизмы защиты	20–25 лет			26–32 года		
	Группа А	Группа В	t	Группа А	Группа В	t
Отрицание	2,15	3,34	3,48	2,86	4,17	3,45
Подавление	3,47	4,00	-1,26	5,41	5,87	0,78
Регрессия	5,05	5,17	-0,19	5,10	5,77	-1,03
Компенсация	4,37	4,40	-0,08	4,56	4,63	0,15
Проекция	5,42	5,66	0,39	8,47	8,60	-0,24
Замещение	2,94	3,45	1,25	3,90	4,37	0,85
Интеллектуализация	6,26	6,35	-0,23	6,23	6,70	1,04
Реактивное образование	2,60	2,91	-0,64	2,83	4,41	3,93

Исходя из данных таблицы мы получили статистически достоверные различия между группой А (представители условной нормы) и группой В (представители нарушения) только по двум типам психологических защит — отрицанию и реактивному образованию. Это значит, что по сравнению с матерями — представителями детей «условной психической нормы», матери детей с нарушениями психического здоровья наиболее ярко используют отрицание в качестве защиты. Это видно исходя из таких показателей: 2,15 и 3,34 балла, t-критерий — 3,48 для 20–25 лет и 2,86 и 4,17, t-критерий — 3,45 для 26–32 лет соответственно. Также в возрастной группе 26–32 года были получены статистически достоверные различия по типу реактивного образования — среднее значение для группы А — 2,83, для В — 4,41, t-критерий составил 3,93. Такое значение критерия справедливо на уровне значимости 1 %.

Выявление ведущего типа психологической защиты — отрицания позволило нам разработать программу психотерапевтической помощи, направленную на проработку принятия факта диагноза, что позволило бы трансформировать болезненные переживания более продуктивно.

Основными целями и задачами программы психотерапевтической помощи стало достижение таких результатов:

- научить матерей детей с психиатрическим и психосоматическим диагнозом принимать ситуацию, и тем самым снимать внутриспсихическое напряжение;
- вывести на уровень осознания наличие психологической защиты от болезненных переживаний;
- выработать конструктивный навык переживания травматического события.

Рекомендации специалистов этим семьям должны предусматривать все то, что поможет интеграции ребенка в общество: сообщение оптимальной информации по физиологии, психологии и педагогике аномальных детей, перспективах развития. Кроме того, следует предоставить сведения о возможностях медицинских, психологических и социальных служб и побуждать обращаться за помощью к специальным педагогам (дефектологам) и к психотерапевтам для поддержания благоприятного психологического климата в семье.

Список литературы

1. Буянов М. И. Ребенок из неблагополучной семьи: записки детского психиатра. М.: Просвещение, 1988. С. 53.
2. Велегжанна Г. Г. Часто болеющий ребенок в семье // Материалы II Всероссийской научной конференции «Психологические проблемы современной российской семьи». В 3 частях. Часть 1 / Под ред. В. К. Шабельникова, А. Г. Лидерса. М., 2005. С. 234–239.
3. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. С. 341–344.
4. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. С. 153–155.
5. Менделевич О. В. Роль семьи в развитии детской тревожности: психосоматический аспект // Материалы II Всероссийской научной конференции «Психологические проблемы современной российской семьи». В 3 частях. Часть III / Под ред. В. К. Шабельникова, А. Г. Лидерса. М., 2005. С. 36–41.
6. Молоховская О. В. Влияние материнского отношения на состояние соматического и эмоционального благополучия младенца // Материалы II Всероссийской научной конференции «Психологические проблемы современной российской семьи». В 3 частях. Часть III / Под ред. В. К. Шабельникова, А. Г. Лидерса. М., 2005. С. 57–68.
7. Энгстрём И., Ларссон Б. (Engstrom I., Larsson B.) Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. С. 309–315.
8. Сагдуллаев А. А. О проблемах отношений в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1996. № 5. С. 75–79.
9. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М.: УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2004. С. 11–47.
10. Ткачева В. В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. 1999. № 3. С. 30–36.

Д. С. Сологуб

аспірант кафедри загальної психології та розвитку особистості
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, м. Одеса

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАТЕРІВ В СТРЕСОВИХ
СИТУАЦІЯХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ДИТИНИ
(НА ПРИКЛАДІ ПОСТАНОВКИ МЕДИЧНОГО ДІАГНОЗУ)**

Резюме

У статті висвітлено психологічні особливості матерів у момент постановки дитині діагнозу, показані відмінності у переживаннях залежно від тяжкості і характеру діагнозу, проаналізовано основні механізми психологічних захистів, що використовуються в момент переживання.

Ключові слова: психологічні особливості матерів, постановка діагнозу, ранній дитячий аутизм, психосоматичний розлад.

D. S. Sologub

Postgraduate department of general psychology and personality development
Odessa National University named after I. I. Mechnikov, Odessa city

**PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF MOTHERS IN STRESSFUL
SITUATIONS, CONNECTED WITH THE HEALTH OF THE CHILD
(ON THE EXAMPLE OF SETTING THE MEDICAL DIAGNOSIS)**

Summary

The article covers the psychological characteristics of mothers at the time of child's diagnosis, showing the differences in the experiences depending on the severity and nature of the diagnosis, analyses the main mechanisms of psychological defense, used at the moment of the experience.

Key words: psychological characteristics of mothers, diagnosis, early children's autism, psychosomatic disorder.