

УДК 159.922.76

Ирина Евгеньевна Валитова

канд. психол. наук, доц., проф. каф. социальной работы
Брестского государственного университета имени А. С. Пушкина

Irina Valitova

PhD, Professor at the Department of Social Work
of Brest State A. S. Pushkin University

e-mail: irvalitova@yandex.ru

ТИПОЛОГИЯ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

При рождении в семье ребенка с отклонениями в развитии психологическая помощь семье на ранних сроках переживания кризисной ситуации особенно актуальна, однако теоретическое обоснование содержания и мишеней работы психологов с семьей разработано еще недостаточно. Цель статьи – построить эмпирически обоснованную типологию совладания на пути к принятию матерями ребенка с неврологической патологией на протяжении раннего возраста. Исследование проводилось с помощью клинической беседы, опросников и методики оценочных шкал. В проведенном исследовании выявлены комплексные характеристики переживания матерями детей раннего возраста кризисной ситуации рождения ребенка с неврологической патологией, которые отражают отношение матери к ребенку, его заболеванию и самой себе. Сочетание характеристик переживания кризисной ситуации позволило определить типы совладания, критерием выделения которых является ценностно-смысловая направленность матери: на ребенка, на себя, на реабилитацию. При каждом типе совладания женщина выстраивает определенное отношение к своему ребенку, к себе самой, использует разные виды внутренних ресурсов и проявляет активность разной степени в реабилитации ребенка.

The Typology of Coping Behavior of Mothers Having Early Age Children with Neurological Pathology

When a child with developmental disabilities is born in a family, psychological assistance to this family at early stages of experiencing a crisis situation is particularly relevant, however, the theoretical substantiations of the targets and content of psychologists' work with the family is insufficient. The purpose of this article is to build an empirically based typology of coping on the way to mothers' acceptance of a child with neurological pathology during an early age. The study was conducted using clinical interviews, questionnaires, and assessment scales. The study revealed complex characteristics of mothers of early age children experiencing the crisis situation of giving birth to a child with neurological pathology, which reflects the mother's attitude to the child, to his/her disease and to herself. The combination of characteristics of experiencing a crisis situation allowed to determine the types of coping, the criterion of which is the value and meaningful orientation of the mother: to the child, to herself, to rehabilitation. With each type of coping, a woman builds a certain attitude to her child, to herself, uses different types of internal resources, and she is more or less active in the rehabilitation of the child.

Введение

Появление в семье ребенка с отклонениями в развитии является ситуацией жизненного кризиса, который делает невозможной реализацию жизненного замысла, а результатом переживания этой невозможности является «метаморфоза личности, перерождение ее, принятие нового замысла жизни, новых ценностей, новой жизненной стратегии, нового образа “Я”» [1, с. 47]. Стадиальность переживания кризиса рождения ребенка с отклонениями в развитии отражает механизмы адаптации женщины к

сложившейся жизненной ситуации, а также трансформацию ее личности и отношений с ребенком. В содержании стадий описываются ведущие эмоциональные состояния матери, ее отношение к себе как к матери особого ребенка и ее отношение к своему ребенку. В теоретическом аспекте наиболее дискуссионным является вопрос о последовательности прохождения матерью стадий кризиса на пути принятия ребенка, притом, что механизмы достижения принятия остаются недостаточно исследованными. В аспекте оказания психологической помощи

особенно актуальна проблема эффективности совладания женщиной с кризисом рождения особенного ребенка, однако пробелы в исследованиях приводят к трудностям в оказании психологической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. В наибольшей степени эта ситуация характерна для раннего периода совладания матери с кризисом рождения особенного ребенка.

Цель статьи – построить эмпирически обоснованную типологию совладания на пути к принятию матерями ребенка с неврологической патологией на протяжении раннего возраста.

Рассмотрение стадий преодоления кризиса на пути принятия ребенка с отклонениями в развитии не может быть полным без описания переживаний матери, которое позволит увидеть изнутри психологическое содержание каждой стадии. Ф. Е. Василюк определяет переживание как особую форму деятельности, возникающую в ситуациях невозможности достижения субъектом ведущих мотивов и планов его жизни, крушения идеалов и ценностей, результатом которой является преобразование психической реальности. В данном понимании переживания акцентируется значение «пережить», т. е. перенести тягостные события, преодолеть тяжелое чувство или состояние, вытерпеть, выдержать [1, с. 47].

Согласно фазовой модели переживаний матери (М. Jonas [2]), отклонение в развитии ребенка означает для его матери утрату на трех уровнях. На каждом уровне концентрируется один из аспектов утраты жизненных возможностей: чувство утраты ребенка, чувство утраты самоопределения, чувство утраты социальной позиции. Чувство утраты ребенка проявляется в том, что матери находятся в поисках своего благополучно развивающегося ребенка, вместо того чтобы наиболее полно воспринять особенности развития своего реального ребенка. Идеи о чувстве утраты матерью ребенка и утраты самоопределения созвучны идее о потере «ребенка мечты» – рожденный ребенок не соответствует социальным представлениям о том, какого ребенка должна родить обычная (нормальная, полноценная, среднестатистическая) женщина. Потеря «ребенка мечты» также объясняется *фено-*

меном ожиданий, под которым понимается система ожиданий родителей относительно ребенка и своего собственного поведения в отношении последнего [3]. Рождение ребенка с отклонениями в развитии отменяет прежние ожидания, в то время как новые еще не сформированы. Отсутствие ожиданий создает благоприятные условия и для формирования отрицательных ожиданий в отношении особого ребенка как бесперспективного и не оправдавшего надежд.

Чувство утраты самоопределения объясняется М. Jonas отсутствием позитивных примеров определения «мать ребенка с отклонениями в развитии». С типичным определением матери напрямую связан ребенок, который считается «нормальным» – это типично развивающийся, подрастающий, взрослеющий и становящийся самостоятельным. Особенный ребенок развивается по-другому и не подходит под ролевое определение, связанное с материнством. Чувство утраты социальной позиции проявляется в том, что мать особенного ребенка чувствует себя не принимаемой обществом, для которого ни она, ни ее ребенок не подходят. Женщина воспринимает и принимает стигматизацию не только по отношению к своему ребенку, но также и по отношению к самой себе, и материнское отношение к ребенку тем самым окрашивается в чувства ущербности и неполноценности.

Итоговой стадией переживания кризиса рождения ребенка с отклонениями в развитии многими авторами называется стадия принятия ребенка, или эмоциональной реорганизации, адаптации и ориентирования. Матери в конечном итоге достигают такого принятия произошедшего с ними, которое позволяет им изо дня в день сохранять разумно сбалансированный уровень [4]. На этой стадии матери начинают любить и ценить своего ребенка [5]; развивают реалистичный взгляд на своего ребенка и на его нарушение; у матерей формируется позитивная установка по отношению к себе, они переключаются с собственных переживаний на интересы ребенка, у матерей вырабатывается оптимальный стиль взаимодействия с социальным окружением [6]; они преодолевают социальные стереотипы в отношении ребенка [7]. Матери отделяют себя от ребенка и его нарушение от его личности, проявляют критичность к себе, оце-

нивая себя в целом положительно, не испытывают чувств вины и долженствования, адекватно оценивают других, проявляют установку на уважение других людей, направлены на перспективу, их образ будущего имеет конкретное содержание и вызывает в целом положительное отношение или отношение «я смогу с этим жить» [8].

Таким образом, описанное исследователями благоприятное переживание матерью кризиса, или совладание с ним, проявляется в принятии себя как матери особого ребенка и в принятии самого ребенка, в признании как возможностей, так и ограничений ребенка и своих собственных, в отстаивании своей ценности и ценности ребенка, в организации жизнедеятельности ребенка, направленной на удовлетворение базовых потребностей матери и ребенка: «Принятие – это любовь к себе и ребенку, очищенная от стыда за его и свое несовершенство. Это не “люблю, несмотря ни на что”, а “люблю, смотря на все”. Люблю с открытыми глазами и открытым сердцем, вижу все наши с ним возможности и все ограничения и позволяю им быть. Не отвергаю ни одну из своих и его частей, способностей, неспособностей, признаю их наличие и даю им место. Делаю то, что в моих силах и помогаю ребенку делать то, что ему по силам» [9]. Общая динамика преодоления ситуации жизненного кризиса определяется как переход от отрицания к принятию жизненной ситуации через активную внутреннюю работу по изменению смысла этой ситуации и модификации собственного «Я».

Среди всего многообразия эмоций и чувств, испытываемых матерью, наиболее часто называется чувство вины. Чувство вины, как и чувство стыда, трактуется как этические эмоции и относится к сфере моральных чувств; однако если стыд возникает из-за реальной или воображаемой негативной оценки, исходящей от других людей, чувство вины появляется после совершения поступка и возникает вследствие негативной оценки человеком собственных мыслей или действий. Чувство вины анализируется в контексте функционирования самосознания личности. К. Муздыбаев [10] рассматривает вину как способ проявления рефлексивного отношения человека к себе, когда его «Я» выступает одновременно в

виде субъекта и объекта самоанализа и тесно связана с социальной ответственностью. Е. Т. Соколова [11] связывает переживание вины и стыда со слабостью «Я», с рассогласованием реального «Я» и идеального «Я».

Чувство вины у матери ребенка с отклонениями в развитии А. М. Сорокин [3] соотносит с преобладающим интернальным локусом контроля матери в отношении происхождения заболевания ребенка, с иррациональным чувством страха за ребенка, который придает иррациональный характер и чувству вины. На действенность чувства вины в конструировании ущемленной идентичности у матери указывает Я. А. Солодкова [12]. Для адаптации матери и всей семьи к заболеванию ребенка прогностически более благоприятным является поиск причины болезни ребенка в поведении матери, т. к. матери в этом случае обнаруживают более высокий уровень принятия ребенка, а семья в большей степени занимается лечением ребенка [13].

В исследованиях совладания личности со стрессом наиболее популярным является когнитивно-поведенческий подход, реализованный в концепции Р. Лазаруса и С. Фолкмана, в котором система защитно-совладающего поведения личности рассматривается как один из наиболее ярких показателей действия адаптационных процессов. Люди реагируют на события, которые они оценивают в качестве стрессовых, копинг-процессом; последний включает в себя изменяющиеся с течением времени поиск информации, выполнение и торможение действий и когнитивные процессы. Копинг-процессы выполняют функции регуляции эмоций и регуляции отношений человека с окружающей средой. Разработанная на основе работ Р. Лазаруса и С. Фолкмана классификация Н. Эндлера и Д. Паркера [14], получившая наибольшую популярность в кризисной психологии, включает три стратегии совладания: направленную на решение проблемы, на саморегуляцию эмоциональных состояний и стратегия избегания, которая считается наименее эффективной.

Эффективность совладания А. В. Лянцевич [15] предлагает рассматривать с позиций понимания кризисной ситуации как взаимодействия личности и ситуации, которая «определяется как объективной логикой ситуации, так и ее субъективной значимо-

стью для личности и ее индивидуальными способностями и возможностями... Критерием эффективности совладания в таком случае является успешное решение субъектом задач по совладанию согласно требованиям кризисной ситуации» [15, с. 248]. Под эффективным совладанием в этом контексте понимается восстановление благополучного функционирования личности в рамках решения задач, поставленных кризисной ситуацией. Ситуация инвалидности или заболевания трактуется автором как ситуация потери или ситуация вреда/угрозы, этим ситуациям соответствуют задачи осмыслить, принять неизменное, принять ухудшение и надеяться на улучшение, адаптироваться к новым условиям или бороться (преобразовывать обстоятельства), бороться за улучшение и смириться с ухудшением. Одним из способов совладания является «идущее вниз» социальное сравнение, т. е. нахождение образа человека, оказавшегося в подобной ситуации в еще худшем положении, которое выступает в качестве фона для оценки своего положения как не столь тяжелого, не слишком трагичного, что обеспечивает чувство собственного благополучия. Более конструктивное совладающее поведение характерно для тех матерей детей с расстройством аутистического спектра (РАС), которые в сложной жизненной ситуации умеют запрашивать социальную поддержку [16].

Исследования совладания матери с кризисной ситуацией рождения особенного ребенка проводятся также с позиций *концепции посттравматического роста (ПТР)*. Это понятие было предложено R. G. Tedeschi и L. G. Calhoun [17], которые понимают под ПТР процесс позитивных изменений, возникающих в результате жизненного кризиса: развитие свойств и качеств, которые ранее не были приоритетными, и приобретение новых взамен утраченных. В работах А. Б. Холмогоровой и А. И. Сергиенко [18], посвященных анализу ПТР матерей детей с РАС, установлено, что большинство матерей сосредоточены на ребенке, но не сосредоточены на себе, а оценка негативных качеств ребенка преобладает над оценкой его позитивных качеств. Для них характерно состояние руминации, т. е. постоянные мысли о том, что они сделали не так, как надо было сделать, они склонны обращаться к прошлому и анализировать события прош-

лого, у них преобладает вопрос «За что мне это дано?». Матери сравнивают свою жизненную ситуацию с более позитивными ситуациями матерей, имеющих обычных детей, сосредоточиваются на негативных аспектах своей жизни, т. е. для них характерно «идущее вверх сравнение», которое относится к неэффективным способам совладания.

Повышение уровня посттравматического роста матери происходит вследствие внутренних трансформаций: акцент на достижении ребенка; сравнение ребенка с ним самим и отказ от сравнения с другими детьми; обращение к самой себе и поиск внутренних ресурсов в сфере самосознания; понимание своей роли в достижении ребенком новых результатов; отказ от жесткого планирования в отношении ребенка и снижение уровня перфекционизма в воспитании и лечении ребенка; переход от позиции «За что?» к позиции «Зачем это для меня? Что я могу с этим сделать?». С процессом личностного роста и благополучия самих родителей напрямую связана установка на поиск ресурсов ребенка и поддержку его конструктивной активности в зоне ближайшего развития, а не концентрация на недостатках ребенка и на собственных негативных переживаниях и прогнозах.

Анализ процесса совладания и совладающего поведения матери необходимо проводить, опираясь на содержательно-структурную модель материнской позиции, которая включает несколько компонентов:

- 1) ценностно-смысловое отношение матери к ребенку и к самой себе;
- 2) образ ребенка в настоящем и будущем; эмоциональное отношение к ребенку;
- 3) эмоциональное отношение к себе как к личности и как матери особенного ребенка;
- 4) взаимодействие матери с ребенком.

Перечисленные компоненты конкретизируются в показателях представлений, суждений, эмоциональных состояний и поведения матери. Эти показатели выявлялись в эмпирическом исследовании с помощью разных методических инструментов – опросных и проективных методов исследования.

Организация и методы исследования

В качестве исследуемых выступали матери детей раннего возраста (от одного года до трех лет, средний возраст детей – 25 месяцев). В исследовании участвовали 122

матери детей с неврологической патологией, имеющих неврологические диагнозы по МКБ-10: последствия раннего органического поражения центральной нервной системы (G98.9, G98.8), детский церебральный паралич (G80.1, G80.2, G80.3, G80.4). Все дети проходили курсы реабилитации в Брестском областном центре медицинской реабилитации «Тонус». Они имеют отставание в двигательном, познавательном, речевом и социальном развитии разной степени тяжести.

В клинической беседе обсуждался широкий круг вопросов, велась аудиозапись, средняя продолжительность одной беседы – 41,6 минуты. Для анализа использовались транскрибированные материалы клинической беседы.

Перечень вопросов для обсуждения в клинической беседе

Блок «Ребенок». Расскажите о Вашем ребенке, какой он? Как развивается Ваш ребенок по сравнению с другими детьми этого же возраста? Он такой же или чем-то отличается? Как Вы думаете, какими качествами должен обладать ребенок этого возраста? Какие изменения произошли с Вашим ребенком за последние полгода? Бывают ли у Вашего ребенка проблемы в поведении, с которыми Вам трудно справиться? Какие именно? Опишите какую-нибудь ситуацию. Как Вы думаете, почему ребенок так себя ведет? Что Вы делаете в этой ситуации?

Блок «Узнавание диагноза». Когда Вы узнали, что с Вашим ребенком что-то не так, не в порядке, что у него есть проблемы? От кого Вы это узнали? Как Вы к этому отнеслись? Что Вы тогда думали и чувствовали? Когда стало известно, что у ребенка есть проблемы (о болезни ребенка), как отреагировали члены Вашей семьи?

Блок «Представления о болезни ребенка». Как Вы думаете, почему это случилось с Вашим ребенком? Можно ли кого-то в этом обвинить? Как можно назвать эту проблему: болезнь, расстройство, нарушение развития, состояние? Каковы причины этого заболевания (расстройства) у ребенка? В чем оно проявляется (каковы симптомы)? Как оно лечится? Каковы могут быть исходы (результаты)? Что самое неприятное в болезни (расстройстве) Вашего ребенка?

Блок «Лечение и реабилитация ребенка». Когда Вы начали заниматься проблемой ребенка (его лечением)? Как Вы занимаетесь проблемой ребенка сейчас? Что ждут от Вас близкие? Чего Вы ждете от врачей? Чего Вы ждете от педагогов, психологов? Какие процедуры Вам назначены? Какие процедуры и занятия Вы считаете самыми важными для ребенка?

Блок «Ресурсы». Болезнь ребенка как-то повлияла на Вашу жизнь? Как именно? Когда и от чего Вам становится легче? Что помогает Вам справляться с трудностями? Какой должна быть идеальная мать? Считаете ли Вы себя идеальной матерью? Обращались ли Вы за советами к другим людям по вопросам Вашего ребенка, его лечения? К кому обращались? Насколько полезными были советы? Что Вы посоветуете другим мамам?

Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) разработан Е. И. Захаровой [19]. Он содержит 66 утверждений, отражающих оценку родителями одиннадцати характеристик эмоциональной стороны их взаимодействия с ребенком: способность воспринимать состояние ребенка; понимание причин состояния; способность к сопереживанию; чувства, возникающие в процессе взаимодействия; безусловное принятие; отношение к себе как к родителю; преобладающий эмоциональный фон взаимодействия; стремление к телесному контакту; оказание эмоциональной поддержки; ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия; умение воздействовать на состояние ребенка. Эти характеристики сгруппированы в три блока: чувствительность, эмоциональное принятие, поведенческие проявления эмоционального взаимодействия).

Для выявления самооценки матерью личностных качеств использовалась модифицированная методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн [20]. Исследуемым в процессе клинической беседы предъявляют бланк с набором шкал (5 вертикальных линий длиной 10 см каждая). Им предлагают поставить на каждой линии метку, которая отражает место оцениваемого человека среди других людей по данному качеству. Матерям предлагают оценить себя по пяти шкалам: здоровье, ум, красота, характер, счастье. Обработка состоит в вы-

числени значения оценки в сантиметрах, которые могут различаться в диапазоне от 0 до 10.

Описание и анализ результатов

В процессе клинической беседы матери описывали свои эмоции и эмоциональные состояния, которые возникали у них в тот момент, когда они узнали о наличии у ребенка неврологического заболевания, т. е. при установлении диагноза у ребенка. Эмоциональные состояния матерей объединены в четыре группы:

- 1) отрицание и непонимание;
- 2) страх, тревога; гнев, крик, плач, истерика; тяжелые переживания;
- 3) неожиданность, шок, обида;
- 4) спокойствие; осмысление и планирование действий.

Таким образом, матери испытывают разные переживания, отражающие их индивидуальные особенности и устойчивые способы совладания. Переживания матерей детей раннего возраста с неврологической патологией при установлении диагноза ребенка встречаются на разных стадиях переживания кризиса рождения ребенка с отклонениями в развитии, как об этом свидетельствуют литературные данные [21]. Эти результаты ставят идею о стабильной последовательности стадий переживания кризиса в разряд дискуссионных, т. к. уже на самых первых стадиях матери испытывают весь широкий спектр эмоций и чувств, которые типичны для разных стадий совладания.

Матери в процессе клинической беседы предлагалось оценить место ребенка среди других детей, проходящих реабилитацию, оценить степень его тяжести. Матери охотно и без сомнений отвечали на этот вопрос, определяя место ребенка на субъективной шкале от легких до тяжелых. Ответы матерей были расположены на трех условных отрезках такой шкалы: легкий, нормальный, здоровый, выше среднего (48,2 %), средний, нетяжелый (46,4 %), тяжелый (5,35 %).

Была проведена оценка адекватности представлений матери о степени тяжести нарушений у ребенка, для чего были соотнесены два вида показателей: субъективная и объективная оценка матери (первой, второй и третьей степени тяжести нарушений развития); оценка считалась адекватной, если совпадения были обнаружены, и неадек-

ватной, если совпадения обнаружены не были. Наблюдается общая тенденция уменьшения матерями степени тяжести заболевания своего ребенка, т. к. они склонны оценивать ребенка на уровне выше среднего или приписывать среднюю степень тяжести. Количество адекватных и неадекватных оценок матерями степени тяжести нарушений у ребенка одинаково. Из неадекватных оценок 85,7 % свидетельствуют о недооценке степени тяжести (гипонозогнозия), когда матери считают, что состояние ребенка не такое тяжелое, 14,3 % оценок – переоценка степени тяжести (гипернозогнозия), когда матери считают состояние своего ребенка более тяжелым, чем оно есть в действительности. Наиболее неадекватно оценивают тяжесть заболевания ребенка матери детей с третьей степенью тяжести нарушений развития, т. к. только в трех случаях их оценки адекватны тяжести состояния.

Таким образом, при сравнении ребенка с другими детьми матери используют механизм «идушее вниз сравнение», который описывается как механизм совладания в кризисных жизненных ситуациях: *«Моей подруге еще тяжелее, ее муж бросил», «Спасибо, Господи, что так взял», «Многие дети намного хуже, там и ДЦП, и вообще...», «Я почитала, что в сетях пишут про своих детей, так мы намного лучше».*

Сравнивая своего ребенка с другими, матери в большинстве случаев воспринимают состояние своего ребенка как менее тяжелое, ориентируясь на более тяжелые случаи, которые мать всегда находит для сравнения. Эти данные отличаются от описанных выше данных относительно матерей детей с РАС, для которых типично «идушее вверх сравнение» и которые описывают свою ситуацию как более тяжелую по сравнению с другими семьями.

В процессе клинической беседы с матерями обсуждались вопросы: *«Что помогает Вам справиться с трудностями?»*, *«Когда Вам становится легче?»*. Отвечая на них, матери называли свои внутренние ресурсы, которые мы отнесли к шести группам.

1. *Достижения ребенка* (41 %). Матери отмечают, что для них очень важно наблюдать улучшения в развитии ребенка, преодоление имеющихся дефицитов, дости-

жения ребенка, появление новых умений и навыков. Это придает матери силы и мотивирует к продолжению работы с ребенком: *«Когда результаты вижу – это мне дает силы. Если бы я не видела результат, руки, может быть, опустились бы. Я не видела бы смысла в этом всем», «Легче становится? Когда ей хорошо! Когда я вижу результат. Тогда и у меня второе дыхание появляется».*

2. *Вера, надежда на улучшение* (12 %). Матери прямо заявляют о своей надежде, вере в будущие позитивные результаты у ребенка: *«Должна быть безумная вера, и ты достигнешь того, чего достигнешь».*

3. *Внутренний диалог, рефлексия* (13,3 %). В качестве ресурса матери называют обращение к своему внутреннему миру, осознание своих эмоций и чувств, поиск позитивных мыслей, которые помогают справиться с трудной ситуацией: *«Это, наверное, все-таки больше в себе. Точка опоры в себе. Я не скажу, что кто-то поддерживает так меня».*

4. *Любовь ребенка, его эмоциональная отзывчивость* (16,9 %) являются для матери важнейшим ресурсом, который перекрывает имеющиеся у ребенка отклонения: *«Я так счастлива со своим ребенком, он такой нежный, ласковый. Мне мои подруги даже завидуют».*

5. *Дополнительная активность матери* (9,6 %). Респонденты говорят о том, что они занимаются другими видами деятельности, находят для себя другие занятия, пытаются создавать состояния физического и душевного комфорта для себя, что позволяет им отвлекаться от заботы о ребенке и от его реабилитации: *«Подруги по несчастью. Общаемся, в Киев вместе ездим. Да, у нас свои группы есть. Мы там делимся, поддерживаем друг друга. Собираемся, ходим на праздники куда-нибудь отдохнуть».*

6. *Эмоциональная поддержка близких* (7,2 %) рассматривается матерями как существенный ресурс в преодолении трудностей, связанных с заболеванием ребенка: *«Я не одна, то, что муж со мной, семья. Бывают, конечно, такие моменты, как все достало, как все надоело, образно, конечно, но он придет, обнимет, говорит: “Я тебе помогу”».*

Анализ названных матерями внутренних ресурсов совладания с трудной ситуа-

цией показывает, что они отражают разную направленность матери, в частности, на ребенка, на себя, а также на других людей как источник поддержки.

Анализ ответов матерей на вопрос *«Вы кого-нибудь вините в том, что произошло с ребенком? Задумывались ли Вы о том, кто может быть виноват?»* показал, что из всех матерей, с которыми этот вопрос обсуждался, три матери отрицают чью-либо вину в возникновении неврологической патологии у ребенка. Ответы остальных матерей можно разделить на три группы: *«Я сама виновата»* (27,6 %), *«Виноваты врачи»* (40,4 %), *«Виноваты другие люди или обстоятельства»* (31,9 %). Некоторые матери (8 человек) называли по два обоснования вины.

1) *«Я сама виновата»*. В 25 % случаев матери обвиняют самих себя, указывая на невнимательность к своему состоянию, отсутствие бережного отношения к здоровью, тяжелую работу, а также недостаточную настойчивость в общении с врачами: *«Виновата сама, что не была тревогу»*. Матери говорят об изживании у себя чувства вины и обозначают механизм изживания: обратить внимание на своего ребенка и перестать сравнивать его с другими детьми, признать его самым лучшим для себя: *«Чувство вины ушло, когда пришло осознание, что мои дети самые лучшие и не надо ни с кем их сравнивать».*

2) *«Виноваты врачи»*. В 40,4 % случаев виновными в появлении у ребенка неврологической патологии матери считают врачей: гинекологов, которые не увидели патологию беременности, неправильно вели беременность, акушеров, которые неправильно провели роды: *«Вина гинеколога, что недосмотрел отслойку плаценты»; «Врач виноват, я его умоляла сделать кесарево, а он сказал: “Сама родишь”»; «Врач неправильно сделал прокол плодного пузыря, занес инфекцию, была пересменка у них».*

3) *«Виноваты обстоятельства»*. 30 % матерей обвиняют в случившемся обстоятельства, в т. ч. негативное влияние других людей, а также приписывают проблемы с ребенком действию случайности: *«Мы попали в 4 %, никто не виноват», «Это случайность, как молния в дерево посреди поля», «Некого винить, так случилось, мы сами пошли на этот шаг, очень хотели мальчика».*

При увеличении возраста ребенка количество случаев приписывания матерями вины самим себе уменьшается ($r = -0,348$, $p = 0,014$), т. е. матери могут постепенно избавляться от чувства вины за рождение ребенка с неврологической патологией. Если мать приписывает вину самой себе, то в качестве главного изменения в своей жизни после рождения ребенка она считает появление нового человека, ресурсом для нее является любовь ребенка, но не его продвижение в развитии, и она более активна в реабилитационном процессе.

Если мать приписывает вину обстоятельствам, то ресурсом для нее является внутренний диалог. Если мать приписывает вину врачам, то ресурсом для нее является дополнительная активность, не связанная с ребенком и уходом за ним. Если мать считает обстоятельства (но не саму себя) виновными в возникновении заболевания ребенка, то она лучше принимает себя как родителя и считает себя более счастливой ($r = 0,343$, $p = 0,02$).

Проанализируем ответы матерей на вопрос «Какой совет Вы могли бы дать другим мамам?». Формулируя совет другой маме, респондент говорит о самом главном и существенном в собственных переживаниях, о своем опыте реабилитации ребенка и совладания с кризисной ситуацией. В этих советах содержится обобщение своего позитивного и негативного опыта, фактически это совет самой себе.

Давая совет, человек чувствует себя более опытным и компетентным, он выступает в роли эксперта, и это способствует повышению его самооценки. Человек, кото-

рому дают совет, оказывается в позиции неопытного, некомпетентного, неуверенного, неспособного обойтись без посторонней помощи. В отдельных случаях матери в качестве советов используют стереотипные фразы, принятые в ситуациях кризисных переживаний и потерь («не отчаиваться», «не опускать руки»).

Большинство матерей (95,8 %) готовы дать совет. Одна мама готова дать совет при условии, что другая мама открыта информации: «Я смотрю, как она смотрит на советы другим: если она открыта для информации – да. Есть мамы, которые не слышат, не хотят. Вот их точка зрения, и ничья другая».

Две матери не готовы дать совет, объясняя это индивидуальностью каждой ситуации, а также существенными различиями детей: «Настолько все индивидуально, вообще развитие наших детей», «Ну, мне сложно что-то советовать мамам, таким вот, у которых дети с болезнью... Ну, вы же понимаете, что ребенок, который прикован к коляске, и ребенок, который носится... Да, это разные дети, я не могу войти в положение что-то посоветовать».

Советы, которые матери дают другим матерям, были отнесены к трем группам:

- 1) советы относительно ребенка;
- 2) советы относительно матери;
- 3) советы относительно реабилитации.

Количественное распределение советов по группам приблизительно одинаковое, хотя советы матерей по реабилитации несколько преобладают (таблица 1).

Таблица 1. – Советы, даваемые другим матерям

Виды	Содержание	Связь с другими показателями
По ребенку: 24 (34,2 %)	Любить, безусловно принимать, чувствовать ребенка	1) Мать не допускает, что дефекты ребенка сохранятся ($r = -0,204$, $p = 0,044$);
	Принять болезнь ребенка, понять, что это навсегда, не строить иллюзий	2) Совет дается при использовании ресурса «внутренний диалог» ($r = 0,316$, $p = 0,006$);
	Советы по обращению с ребенком, по воспитанию	3) Совет дается при использовании ресурса «любовь ребенка» ($r = 0,164$, $p = 0,102$); 4) Мать хорошо понимает причины поведения ребенка ($r = 0,256$, $p = 0,045$); 5) Мать принимает себя как родителя ($r = 0,245$, $p = 0,055$); 6) Мать эмоционально принимает ребенка ($r = 0,254$, $p = 0,046$); 7) Мать умеет воздействовать на состояние ребенка ($r = 0,332$, $p = 0,008$)

Окончание таблицы 1

По матери: 19 (27,1 %)	Терпения, здоровья	1) Мать допускает, что дефекты ребенка сохранятся ($r = 0,220$, $p = 0,033$); 2) совет дается матерями с низким уровнем психологической защиты ($r = -0,211$, $p = 0,048$)
	Любить себя, поддерживать себя	
	Верить в ребенка	
	Искать таких же мам	
По реабилитации: 27 (38,6 %)	Рассматривать ситуацию разносторонне	1) Совет не дается при использовании ресурса «внутренний диалог» ($r = -0,211$, $p = 0,048$); 2) Совет дается при использовании ресурса «развитие ребенка» ($r = 0,234$, $p = 0,034$)
	Не опускать руки, не отчаиваться, не надо вешать нос	
	Самое главное – рано начать	
	Результат есть всегда	
	Заниматься с ребенком, больше обращать на него внимания	
	Проводить с ребенком больше времени	
	Это постоянный труд	
	Все попробовать	
	Искать информацию, получать знания, узнавать о методиках	
	Искать центры	
	Консультироваться со специалистами	
Учиться самой работать с ребенком		

Советы по ребенку даются в тех случаях, когда мать убеждена, что в будущем недостатки ребенка удастся преодолеть («*Все будет хорошо*»), поэтому внутренний диалог (рефлексия) и в некоторых случаях любовь ребенка выступают в качестве внутренних ресурсов совладания. Эти советы даются матерями, которые отличаются высоким уровнем чувствительности, принятия ребенка и себя как родителя и умением воздействовать на эмоциональное состояние ребенка.

Советы по матери («*Любить и поддерживать себя, верить в ребенка*») даются в тех случаях, когда мать допускает сохранения в будущем недостатков у ребенка, допускает, что отклонения в развитии у ребенка не будут преодолены, что, в свою очередь, объясняется низким уровнем защитного реагирования. В этих случаях единственный вариант совладания – обратить внимание на себя, принять ребенка, просто верить в него и не вкладывать в реабилитацию много сил и средств.

Советы по реабилитации даются в тех случаях, когда продвижения в развитии ребенка являются важным внутренним ресурсом матери, а рефлексия по этому поводу не используется и не выступает в качестве внутреннего ресурса совладания.

Критерий построения типологии совладания – влияние рождения ребенка на жизнь матери, которое отражается в осознании ею изменений, произошедших в ее

жизни после рождения ребенка. Этот критерий был операционализирован ответами матерей на вопрос «*Какие изменения произошли в Вашей жизни после рождения ребенка?*». Описания матерями изменений, которые произошли в их жизни после рождения ребенка, можно отнести к трем категориям.

1. *Изменения порядка жизни* (39,3 %). При появлении в семье ребенка с неврологической патологией изменяется распорядок дня и организация жизни семьи, добавляются новые обязанности у членов семьи, которые требуют от них новых компетенций; условия жизни ребенка и семьи в целом существенно изменяются, к тому же мать не может быть уверена в своих профессиональных планах.

2. *Появление нового человека – ребенка* (34,5 %). Рождение особенного ребенка в семье приносит существенные изменения в жизнь семьи, т. к. появляется новый желанный член семьи, вызывающий выраженное эмоционально насыщенное позитивное отношение. Рождение ребенка является эмоционально значимым для матери, оно оказывает позитивное влияние на ее жизнь, независимо от наличия у ребенка неврологической патологии.

3. *Изменение в системе ценностей, самосознания матери, семейных отношений* (26,2 %). Появление у матери ребенка с неврологической патологией может приводить к позитивным внутренним изменениям: изменяются ценности и смыслы, появляется

рефлексия своих установок и отношений, своего мировоззрения. Матери по-другому начинают смотреть на свое отношение к детям, к супругу, острее осознавать ценность отношений в семье, перестраивать свое отношение к детям. Матери задумываются о необходимости пересмотра отношений к здоровому ребенку, о снижении требовательности к нему, о более теплом принимающем отношении. Важным результатом является также гармонизация отношений с супругом, усиление семейной сплоченности.

В критерии изменений в жизни матери отражается ценностно-смысловое значение ребенка для матери, личностный смысл его болезни, что дало основания обозначать разную *ценностно-смысловую направлен-*

ность матери: направленность на реабилитацию (изменение порядка жизни), направленность на ребенка (появление нового человека), направленность на себя (изменение ценностей и самосознания). Этот критерий оказался основой (стержнем), который собирает вокруг себя другие показатели совладания (чувство вины, самооценка, отношение к ребенку, ресурсы, содержание опыта матери, реабилитационная активность).

Бивариантный корреляционный анализ показателей совладания, показателей эмоционального взаимодействия, самооценки матери, реабилитационной активности матери позволил построить типологию совладающего поведения матери.

Таблица 2. – Корреляционные связи показателей совладания

Внутренние ресурсы совладания	Влияние на жизнь матери			Дать совет			Получить совет	
	Изменение порядка жизни	Появление нового человека	Изменение самосознания ценстных ориентаций	по ребенку	по реабилитации	по матери	готова	справлюсь сама
Продвижения, достижения ребенка	0,312, p = 0,01 0,55				0,234, p = 0,034			
Вера, надежда							0,380, p = 0,01*	-0,380, p = 0,01**
Дополнительная активность матери							-0,239, p = 0,05*	0,239, p = 0,05*
Любовь ребенка	-0,251, p = 0,05 -0,58	0,518, p = 0,01 0,93						
Эмоциональная поддержка		-0,263, p = 0,05	0,253, p = 0,05*					
Внутренний диалог			0,241, p = 0,05 0,49	0,316, p = 0,01	-0,246, p = 0,05			

Примечание – * – коэффициент ранговой корреляции по Спирмену, ** – коэффициент ассоциации Юла.

Проведем анализ данных, представленных в таблице 2.

Ресурс «Достижения ребенка в развитии» реализуется в тех случаях, когда мать считает, что после рождения особенного ребенка в ее жизни произошли изменения порядка жизни, добавились новые заботы и проблемы. Матери важно увидеть, что состояние здоровья ребенка улучшается, у него появляются новые умения и каче-

ства, что и придает ей сил, становится легче переживать сложную ситуацию. В этом случае матери готовы дать совет по реабилитации ребенка относительно поиска методов и специалистов.

Ресурс «Вера и надежда» связан с готовностью матери принимать советы: мать надеется на лучшее, на успехи в лечении ребенка, и любые советы ей в этом помогают. Этот ресурс положительно связан с по-

казателем степени тяжести нарушений развития ребенка ($r = 0,353$, $p = 0,004$): он чаще используется матерями детей с тяжелыми нарушениями развития. При тяжелой степени нарушений дети медленно продвигаются в развитии, не демонстрируют результатов в реабилитации, и у матери остается только лишь надежда и вера в то, что случится чудо и ребенок поправится. Этот ресурс наблюдается у женщин, которые считают себя недостаточно хорошими матерями ($r = 0,239$, $p = 0,041$) и которые допускают сохранение дефицитов ребенка в будущем ($r = 0,290$, $p = 0,033$) при низком уровне чувствительности матери и эмоционального принятия ребенка.

Ресурс «Дополнительная активность матери» проявляется в том, что мать ищет возможности отвлечься на другие занятия, не связанные с уходом за ребенком, с его реабилитацией и воспитанием. Женщины с этим внутренним ресурсом не хотят получать советы от окружающих, считая, что сами справятся с проблемами, они также считают, что любой совет не является универсальным и подходит только к определенным случаям. Женщины, использующие этот ресурс, чувствуют себя недостаточно счастливыми ($r = -0,315$, $p = 0,01$), возможно, переключение на другие виды активности, кроме занятий с ребенком, позволяет им получать положительные эмоции и компенсировать недостаток ощущения счастья.

Ресурс «Любовь ребенка» реализуется в тех случаях, когда в качестве основного изменения в жизни женщины называется появление ребенка как нового человека, нового члена семьи. Ощущая любовь, эмоциональное тепло от своего ребенка, женщина получает ресурс для преодоления трудной ситуации. Этот ресурс не называется матерями в тех случаях, когда они считают основным изменением в жизни изменение жизненного распорядка. Матери отличаются высоким уровнем чувствительности по отношению к ребенку и его эмоционального принятия, а также эмоционального принятия себя как родителя.

Ресурс «Эмоциональная поддержка» чаще называется матерями, родившими ребенка раньше срока, т. е. недоношенных детей ($r = 0,244$, $p = 0,025$): вероятно, матери

нуждаются в эмоциональной поддержке в неожиданной ситуации, каковой являются преждевременные роды. Этот ресурс чаще называется в тех случаях, когда основным изменением в своей жизни женщины считают изменение ценностей, семейных отношений и самосознания: используя эмоциональную поддержку близких, женщина тем самым подчеркивает значимость для нее семейных отношений, которые улучшаются при появлении ребенка.

Ресурс «Внутренний диалог» используется в тех случаях, когда основным изменением в жизни женщины называется связанное с рождением особенного ребенка изменение ценностных ориентаций и самосознания. Этот ресурс реже встречается у матерей, родивших ребенка раньше срока ($r = -0,257$, $p = 0,018$), т. к. матери больше нуждаются в эмоциональной поддержке извне. Используя ресурсы внутреннего диалога, женщина готова дать совет относительно ребенка («Любить и поддерживать его»), но не совет по его реабилитации. Для матерей характерен низкий уровень эмпатии по отношению к ребенку ($r = -0,293$, $p = 0,027$) при высоком уровне чувствительности к нему ($r = 0,299$, $p = 0,024$). Обращение за эмоциональной поддержкой к другим людям и использование внутреннего диалога для совладания с трудной ситуацией созвучно рефлексивной направленности женщины и осознанию ею позитивных изменений в ее внутреннем мире.

Далее представим результаты исследования отношения матери к ребенку и к самой себе в зависимости от ценностно-смысловой направленности матери.

Проведено сопоставление данных оценки трех компонентов эмоционального взаимодействия матери и ребенка в трех группах матерей в зависимости от их направленности.

Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3. – Средние значения показателей эмоционального взаимодействия в группах матерей с разной направленностью

Направленность матери	Шкалы ОДРЭВ			
	Шкала 6: принятие себя как родителя	Блок 1: чувствительность	Блок 2: эмоциональное принятие	Блок 3: эмоциональная поддержка
Д – на ребенка	4,34	3,89	4,43	3,89
Р – на реабилитацию	3,88	3,44	4,04	4,05
М – на себя	3,89	3,5	4,01	3,57
Значимые различия, t-критерий Стьюдента	Д и Р: $t = 2,33$, $p = 0,03$	Д и Р: $t = 3,58$, $p = 0,002$ Д и М: $t = 2,62$, $p = 0,017$	Д и Р: $t = 2,84$, $p = 0,01$ Д и М: $t = 2,27$ $p = 0,035$	Д и Р: $t = 2,81$, $p = 0,01$ Д и М: $t = 2,27$, $p = 0,035$

Данные в таблице 3 свидетельствуют о наличии значимых различий компонентов эмоционального взаимодействия с ребенком у матерей с разными видами направленности. При направленности на ребенка значительно выше показатели чувствительности матери к ребенку (3,89 против 3,44 и 3,5) и его эмоциональное принятие (4,43 против 4,04 и 4,01); при направленности на реабилитацию наиболее высокие значения показателя эмоциональной поддержки ребенка матерью (4,05); при направленности на ребенка этот показатель составляет 3,89. Наиболее низкие значения чувствительности и эмоционального принятия ребенка обнаруживаются у матерей с направленностью на себя (3,5 и 4,01 соответственно). Таким образом, более высокий уровень эмоционально-

го взаимодействия с ребенком характерен для матерей с направленностью на ребенка. Наблюдаются различия по показателям шкалы «Принятие себя как родителя» у матерей с разной направленностью. Самое высокое значение показателя принятия себя как родителя – при направленности на ребенка, самое низкое – при направленности на реабилитацию, и эти различия значимы. Матери с направленностью на ребенка, таким образом, в большей степени принимают не только ребенка, но и самих себя в качестве родителей.

С помощью методики «Оценочные шкалы» определялась самооценка матерей по разным шкалам. Данные о различиях самооценки матерей в зависимости от их направленности представлены на рисунке.

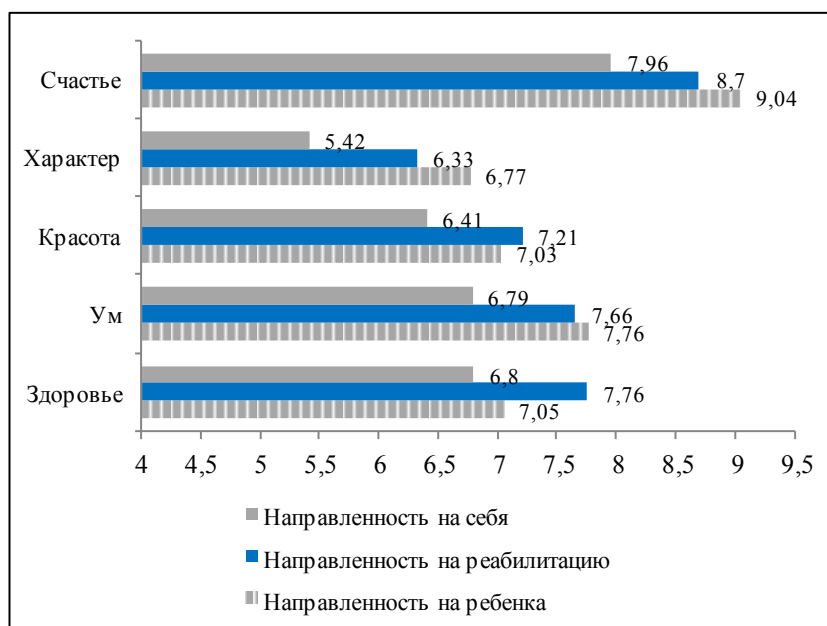


Рисунок. – Самооценка матерей с разной направленностью

Примечание – Различия показателей самооценки значимости по шкале здоровья ($U_{эмп} = 229$, $U_{крит} = 231$, $p \leq 0,05$), по шкалам ума ($h_{эмп} = 7,07$, $p \leq 0,05$), по шкале счастья ($U_{эмп} = 164$, $U_{крит} = 170$, $p \leq 0,05$).

Анализ данных, представленных на рисунке, показывает, что самооценка матерей различается по шкалам здоровья, ума и счастья в зависимости от направленности матерей на ребенка, на реабилитацию и на себя. По всем шкалам, кроме шкалы здоровья, наиболее высоко матери оценивают себя при их направленности на ребенка. Наиболее высокий уровень оценок себя у всех матерей отмечается по шкале «Счастье», при этом наиболее высоко свой уровень счастья оценивают матери с направленностью на ребенка (9,04 из 10 баллов).

Самооценка матерями уровня своего счастья связана положительными корреляционными связями со следующими показателями: появление нового человека как проявление влияния на жизнь матери ($r = 0,235$, $p = 0,049$); с названием обстоятельств как «виновных» в появлении особого ребенка ($r = 0,343$, $p = 0,02$). Самооценка счастья отрицательно связана с использованием ресурса «дополнительная активность матери» ($r = -0,315$, $p = 0,01$). Более счастливыми чувствуют себя те матери, для которых появление нового члена семьи рассматривается как главное изменение в их жизни. Они не используют дополнительную активность вне сферы ухода за ребенком в качестве ресурса совладания и считают виноватыми не самих себя, а обстоятельства.

Приведенные выше данные о взаимосвязи различных показателей отношения матери к ребенку к самой себе, внутренних ресурсов, направленности матери дают основание выделить типы совладания матери с ситуацией рождения ребенка с неврологической патологией.

Тип совладания «Реабилитация». Влияние рождения ребенка на мать состоит в изменении порядка жизни. В качестве ресурса совладания выступает продвижение ребенка в развитии: когда мать отмечает динамику ребенка, которая свидетельствует о преодолении дефектов, у нее появляются силы для того, чтобы справиться с негативными переживаниями. Любовь ребенка при этом типе совладания не является ресурсом для матери. Мать готова дать совет по реабилитации другим матерям, т. к. считает это самым ценным содержанием своего опыта. Матери не находятся в поиске виноватых в болезни ребенка, не считают виновными себя. Для них характерны невысокий уро-

вень чувствительности к ребенку и его эмоционального принятия, низкий уровень стремления к телесному контакту с ребенком, невыраженный позитивный фон эмоционального взаимодействия с ребенком, а также низкий уровень принятия себя как родителя. Свои личностные качества и счастье матери они оценивают на среднем уровне. Уровень реабилитационной активности таких матерей выше среднего, но в домашних условиях низкий. Совладающее поведение направлено на преобразование обстоятельств и относится к поведению типа «Бороться за улучшение».

Тип совладания «Ребенок». Влияние рождения ребенка на мать состоит в появлении нового человека. В качестве ресурса совладания выступает любовь ребенка: чувствуя любовь, эмоциональное тепло от своего ребенка, женщина находит в себе силы справиться с трудной ситуацией. Матери характеризуются высоким уровнем восприимчивости и чувствительности по отношению к ребенку, эмоционального принятия ребенка, стремления к телесному контакту и умения эмоционально поддерживать ребенка. Мать готова дать другим матерям советы по ребенку, т. к. считает это самым ценным содержанием своего опыта: любить безусловно, чувствовать ребенка, не строить иллюзий. Матери принимают себя как родителя, высоко оценивают себя как личность, а также по шкале счастья. Они чаще считают виноватыми себя в болезни ребенка, демонстрируют высокий уровень тревоги, но недооценивают степень тяжести заболевания, хотя характеризуются высоким уровнем реабилитации ребенка в Центре. Совладающее поведение матери направлено на принятие неизменного и борьбу за улучшение.

Тип совладания «Мама». Влияние рождения ребенка на мать состоит в изменении самосознания и ценностных ориентаций матери. В качестве ресурсов совладания выступает внутренний диалог и эмоциональная поддержка близких. Мать готова дать другим матерям советы по ребенку: не строить иллюзий, понять, что это навсегда. Такие матери отличаются высоким уровнем чувствительности и способности понимания причин поведения ребенка, но низким уровнем эмпатии, т. к. они ориентированы, скорее, на себя, они отделяют себя от ребенка, и их отношение к себе не связано с

отношением к ребенку. Матери не признают своей вины в болезни ребенка, считая виноватыми сложившиеся обстоятельства, демонстрируют невысокий уровень тревоги в связи с болезнью ребенка, но при этом отличаются высоким уровнем реабилитационной активности в домашних условиях. Приписывая вину обстоятельствам, не считая виновными себя, матери характеризуются высоким уровнем принятия себя как родителя, а также высоко оценивают себя по шкале счастья. Признавая виноватыми обстоятельства, матери получают возможность чувствовать себя более счастливыми. Ресурс в виде эмоциональной поддержки близких используется в тех случаях, когда матери не заглядывают в отдаленное будущее и рассматривают только ближайшую перспективу ребенка, а также при рождении ребенка раньше срока. Совладающее поведение их направлено на осмысление, принятие неизменного и адаптацию к новым условиям.

Заключение

В проведенном исследовании описаны разнообразные переживания матерей при узнавании ими неврологического диагноза ребенка: такие эмоциональные состояния характерны для всех стадий переживания кризиса, описанных ранее. Мы установили, что отрицание и непонимание, шок и неожиданность, страх и тревога, осмысление и планирование действий наблюдаются уже на этапе узнавания матерью факта неврологического заболевания у ребенка.

Для всех матерей детей раннего возраста с неврологической патологией характерно использование способа совладания «идущее вниз сравнение», когда матери находят более тяжелые ситуации и детей с более тяжелым нарушением развития для

сравнения своей ситуации и своего ребенка. Идущее вниз сравнение позволяет матерям надеяться на улучшение состояния ребенка в будущем и способствует уменьшению тревожности, создает предпосылки для концентрации внимания матери на позитивных сторонах ситуации и на возможностях ребенка.

В проведенном исследовании выявлены комплексные характеристики переживания матерями детей раннего возраста кризисной ситуации рождения ребенка с неврологической патологией, которые отражают отношение матери к ребенку, к его заболеванию и к самой себе. Сочетание характеристик переживания кризисной ситуации позволило определить типы совладания, критерием выделения которых является ценностно-смысловая направленность матери: на ребенка, на себя, на реабилитацию. При каждом типе совладания женщина выстраивает определенное отношение к своему ребенку, к себе самой, использует разные виды внутренних ресурсов и проявляет активность разной степени в реабилитации ребенка. При направленности на реабилитацию реализуется задача бороться за улучшение и преобразовывать обстоятельства; при направленности на ребенка – принять неизменное и надеяться на улучшение; при направленности на себя как мать – осмыслить, принять неизменное и адаптироваться к новым условиям. Таким образом, принимающее отношение матери к ребенку и к самой себе может выступать в качестве способов совладания.

Описанные типы совладания и их содержание могут быть основанием для определения мишеней психологической помощи матерям детей раннего возраста с неврологической патологией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Василюк, Ф. Е. Психология переживания / Ф. Е. Василюк. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 198 с.
2. Jonas, M. Behinderte Kinder, behinderte Mütter?: Die Unzumutbarkeit einer sozial arrangierten Abhängigkeit / M. Jonas. – Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch: Originalausgabe Edition, 1990. – 168 s.
3. Сорокин, В. М. Психологическое содержание реакций родителей на факт рождения больного ребенка / В. М. Сорокин // Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер. 12. – 2008. – Вып. 3. – С. 166–171.
4. Современные подходы к болезни Дауна / под ред. Д. Лейна, Б. Стрэтфорда. – М.: Педагогика, 1991. – 336 с.

5. Горячева, Т. Г. Личностные особенности матери ребенка с отклонениями в развитии и их влияние на детско-родительские отношения / Т. Г. Горячева, И. А. Солнцева // *Материалы Всерос. науч. конф. «Психологические проблемы современной семьи»* : в 3 ч. / под ред. В. К. Шабельникова, А. Г. Лидерса. – М., 2005. – Ч. 1. – С. 285–298.
6. Савина, Е. А. Материнские установки к детям с нарушениями в развитии / Е. А. Савина, О. Б. Чарова // *Вопр. психологии*. – 2002. – № 6. – С. 14–19.
7. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина ; под ред. В. И. Селиверстова. – М. : Владос, 2003. – 408 с.
8. Лянцевич, А. В. Переживание кризиса родителями детей с ОПФР / А. В. Лянцевич // *Медико-психологические проблемы реабилитации детей* : сб. науч. ст. / Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина ; под общ. ред. И. Е. Валитовой. – Брест : БрГУ, 2014. – 186 с.
9. Тихомирова, Л. Н. Принятие = любовь к себе и ребенку, очищенная от стыда за его и свое несовершенство [Электронный ресурс] / Л. Н. Тихомирова // *Особый ресурс. РФ*. – Режим доступа: http://особыйресурс.рф/ассерт_read. – Дата доступа: 20.09.2020.
10. Муздыбаев, К. Психология ответственности / К. Муздыбаев. – М. : Либроком, 2010. – 248 с.
11. Соколова, Е. Т. Проективные методы исследования личности / Е. Т. Соколова. – М. : Изд-во МГУ, 1980. – 176 с.
12. Солодкова, Я. А. Специфика чувства вины в контексте родительского отношения / А. Я. Солодкова // *Материалы IV Междунар. науч. конф. «Психологические проблемы современной семьи»*, Москва, 21–23 окт. 2009 г. / под ред. Е. И. Захаровой, О. А. Карабановой. – М., 2009. – С. 599–602.
13. Mothers' beliefs about behavioral causes for their developmentally disabled infant's condition: What do they signify? / G. Affleck [et al.] // *Journal of Pediatric Psychology*. – 1985. – Nr 10. – P. 293–303.
14. Endler, N. S. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation / N. S. Endler, J. D. Parker // *Journal of Personality and Soc. Psychology*. – 1990. – Nr 58 (5). – P. 844–854.
15. Лянцевич, А. В. Типология жизненных кризисных ситуаций как основа для определения эффективности совладания с кризисом / А. В. Лянцевич // *Науч. тр. РИВШ*. – 2017. – Вып. 17. – С. 246–254.
16. Нестерова, А. А. Жизнеспособность и стратегии совладания матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра / А. А. Нестерова, Н. А. Ковалевская // *Вестн. МГОУ. Сер. Психол. науки*. – 2015. – № 3. – С. 38–46.
17. Tedeschi, R. G. Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun, J. Shakespeare-Finch. – New York, 2018. – 264 p.
18. Холмогорова, А. Б. Установка на поддержку субъектной позиции ребенка и посттравматический рост у родителей детей с ОВЗ / А. Б. Холмогорова, А. И. Сергиенко, А. А. Герасимова // *Культур.-ист. психология*. – 2020. – Т. 16, № 1. – С. 13–24.
19. Захарова, Е. И. Опросник для исследования эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия / Е. И. Захарова // *Семейная психология и семейная терапия*. – 1997. – № 1. – С. 67–77.
20. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике / С. Я. Рубинштейн. – М., 1970. – 168 с.
21. Валитова, И. Е. Ребенок с отклонениями в развитии: кризис родительской идентичности / И. Е. Валитова // *Вестн. Брест. ун-та. Сер. гуманітар. і грамад. навук*. – 2005. – № 3 (24). – С. 61–70.

Рукапіс надііть у редакцію 16.11.2020