

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И МОЛОДЕЖИ
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования Республики Крым
«КРЫМСКИЙ ИНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ФЕВЗИ ЯКУБОВА»

На правах рукописи

2

ДЕМЕРДЖИ Далида Мемедовна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО
ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

Специальность

5.3.1. Общая психология, психология личности, история психологии
(психологические науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:

доктор психологических наук, профессор
Лучинкина Анжелика Ильинична

Симферополь-2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ.....	11
1.1. Совладающее поведение как объект психологического анализа	11
1.2. Личностные характеристики совладающего поведения.....	21
1.3. Когнитивные предикторы совладающего поведения личности в ситуации длительной фрустрации.....	28
Выводы по Главе 1.....	32
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСТРОЕНИЯ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ.....	34
2.1. Этапы, методы и методики эмпирического исследования совладающего поведения личности родителей часто болеющих детей	34
2.2. Особенности выявления групп родителей часто болеющих детей.....	41
2.3. Проблема диагностики совладающего поведения родителей часто болеющих детей.....	46
Выводы по Главе 2.....	52
ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ РЕБЁНКА.....	53
3.1. Обсуждение результатов выделения групп испытуемых для эмпирического исследования.....	53
3.2. Результаты эмпирического исследования когнитивной и аффективной составляющих совладающего поведения родителей часто болеющих детей.....	67
3.3. Эмпирическое исследование особенностей совладающего поведения родителей.....	92
Выводы по Главе 3.....	120
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	124
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	126

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы исследования. Современный этап развития общества характеризуется высокой скоростью информационных потоков, динамичностью жизни, многозадачностью. Сегодня взрослому человеку мало быть только супругом, родителем, он стремится состояться как личность в карьере, творчестве. При этом психика человека, по-прежнему, остается самым уязвимым местом. Следует отметить, что нынешние родители детей дошкольного возраста – члены развитого рыночного общества, для которых характерны скорость, быстрые решения и стремление к быстрым деньгам, быстрой карьере, быстрым отношениям. Поэтому ситуация часто повторяющейся болезни ребенка становится серьезным испытанием для родителей, ведущим к систематическому прерыванию трудовой деятельности и снижению темпа жизни.

В последние десятилетия наиболее распространёнными болезнями стали простудные заболевания и вирусные инфекции. Ранее Всемирной организацией здравоохранения (1980) и отечественными учеными была выделена категория часто болеющих детей, страдающих острыми респираторными заболеваниями и острыми респираторными вирусными инфекциями не менее 9 раз в год [Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., 1986]. Согласно отчету Росстата, более 30 млн. детей болеют острыми респираторными заболеваниями и острыми респираторными вирусными инфекциями, что выводит эти заболевания на первое место среди всех заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет (Отчет Федеральной службы статистики РФ, 2022).

Особенно подвержены этим заболеваниям дети дошкольного возраста, что создает определённые проблемы работающим родителям. Последние годы участились обращения родителей к психологам и другим специалистам в связи с беспокойством родителей о своем отношении к ребенку, эмоциональной нестабильностью самих родителей, их переутомлением и стремлением спрятаться от проблем (ТАСС, 12.03.2023).

Ежедневные вызовы действительности, к которым можно отнести и болезнь ребенка, могут стать для них психотравмирующими и вызывающими неадаптивные копинг-стратегии, что угрожает либо благополучию ребенка, либо приводит к личностным и поведенческим девиациям родителей.

Таким образом, недостаточность внимания психологов к родителям часто болеющих детей. Несвоевременное оказание им психологической поддержки и помощи может привести к выбору родителями неадаптивных копингов и, как следствие, к нарушению личности родителя.

Степень научной разработанности проблемы исследования. Проблема особенностей детско-родительских отношений в семьях с больными детьми нашла свое отражение в исследованиях Л.Л. Баландиной [2019], М.Н. Елиашвили [2012], Е.В. Котовой [2003] и др. Изучением проблемы влияния детско-родительских отношений на состояние здоровья ребенка занимались Ж.Г. Дусказиева [2015], Е.В. Иванова [2016] и др.

В работах И.А. Ершовой [2018], С.Л. Богомаз [2017] и др. большое внимание уделяется программам и методам коррекции детско-родительских отношений в семьях, где воспитываются дети с проблемами со здоровьем. Однако категория часто болеющих детей остается за кругом рассмотрения этих авторов.

В современных отечественных исследованиях проблемы совладающего поведения в случае ситуации болезни ребенка акцентируется внимание на следующих характеристиках: жизнестойкость семьи в условиях социального стресса [Хачатурова М.Н., 2011]; стратегии совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях [Котова Е.В., 2003; Сергиенко Е.А., 2007; Куфтяк Е.В., 2003]; личность родителей больных детей [Елиашвили М.Н., 2012; Калашникова С.А., 2011; Маст С.В., 2018; Мазурова Н.В., 2023]. Следует отметить, что осознанные и неосознанные паттерны поведения личности здорового родителя в ситуации болезни ребенка исследованы недостаточно.

По сути исследования проблемы совладания ведется чаще всего в рамках

клинической и возрастной психологии при акценте внимания на поведении детей и особенностях семейного воспитания [Куфтык Е.В., 2003, 2004; Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., 2004].

Следует отметить, что в научной литературе недостаточно внимания уделяется исследованию психологических особенностей совладающего поведения родителей,

Анализ литературы также позволяет заключить недостаточную изученность проблемы формирования и коррекции детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами здоровья. Учитывая актуальность и недостаточную разработанность рассматриваемой проблемы, целесообразным является ее дальнейшее изучение.

Цель исследования – выявить и изучить психологические особенности совладающего поведения родителей, воспитывающих часто болеющих детей

Объект исследования – совладающее поведение.

Предмет исследования – психологические особенности совладающего поведения родителей, воспитывающих часто болеющих детей.

Гипотезы исследования.

1. Совладающее поведение родителей часто болеющих детей может представлять собой когнитивно-эмоциональное реагирование на фрустрирующую ситуацию болезни ребенка, растянутую во времени и проявляться через осознанные и неосознанные паттерны поведения личности. На тип совладающего поведения родителей, воспитывающих часто болеющих детей, могут оказывать влияние определенные психологические черты личности родителя.

2. Совладающее поведение личности может зависеть от типа субъективного восприятия личностью трудной ситуации и может быть охарактеризовано когнитивными (наличием/отсутствием иррациональных установок, уровнем толерантности к неопределённости, определенными ценностными и смысловыми установками), аффективными показателями

(уровнем эмпатии, уровнем самомотивации, уровнем тревожности), осознанными и неосознанными паттернами поведения.

3. Может быть разработана программа психологического сопровождения родителей, воспитывающих часто болеющих детей, направленная на формирование адаптивного совладающего поведения.

Задачи исследования.

1. Выделить теоретические подходы к изучению совладающего поведения родителей, воспитывающих часто болеющих детей.

2. Эмпирически выявить когнитивные и мотивационные особенности разных типов совладающего поведения родителей, воспитывающих часто болеющих детей.

3. Эмпирически выделить группы родителей с различиями когнитивных и мотивационных характеристик и изучить особенности их совладающего поведения.

4. Разработать и апробировать систему психологического сопровождения личности родителей, воспитывающих часто болеющих детей.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: теории совладающего поведения (Т.В. Корнилова, Т.Л. Крюкова, Р. Лазарус, И.М. Никольская, М.В. Сапоровская, С. Фолькман и др.); структурная теория механизмов психологических защит Р. Плутчика; когнитивно-феноменологическая теория совладания со стрессом, разработанная Р. Лазарусом, С. Фолкман; теория когнитивных стилей в состоянии неопределённости (Е.П. Белинская, Т.В. Корнилова, М.А. Холодная); концепция динамики ценностей и смыслов (И.В. Абакумова, А.Г. Асмолов, К. Камерон, Д.А. Леонтьев, В.И. Пищик, М.А. Фризен, Т.Н. Щербакова); концепция когнитивных искажений (А.И. Лучинкина, И.С. Лучинкина, А. Эллис).

Методы и методики исследования: теоретический анализ, констатирующий эксперимент. На этапе проведения констатирующего эксперимента – анкетирование, экспертная оценка, анализ документов – для

выделения групп испытуемых; фокус-группы – для определения критериев субъективного восприятия болезни ребенка; интент-анализ сочинения о болезни ребенка – для выявления субъективного восприятия болезни ребенка испытуемыми; методика «Иррациональные установки» А. Эллис, когнитивный стиль «Толерантность к неопределенности» (Т.В. Корнилова), методика «Терминальные и инструментальные ценности» (М. Рокич), контент-анализ сочинения о ребенке – для выявления когнитивных предикторов совладающего поведения родителей; эмоциональный интеллект (Н. Холл), методика для определения личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина – для выявления эмоциональных маркеров совладающего поведения взрослых; опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, опросник Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) в адаптации Л.И. Вассермана и Е.А. Трифионовой, Методика диагностики жизнестойкости Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой – для выявления основных стратегий совладающего поведения взрослых.

Экспериментальный объект исследования. В исследовании приняли участие 246 родителей, воспитывающих детей дошкольного возраста. Из них: 102 родителя, воспитывающих часто болеющих детей и 144 родителя, воспитывающих здоровых детей. Дети всех респондентов посещают крымские муниципальные бюджетные образовательные организации дошкольного образования.

Достоверность результатов диссертационного исследования обеспечивалась комплексностью анализа проблемы при определении исходных теоретико-методологических принципов ее изучения, адекватного целям и задачам исследования, сочетанием количественного и качественного анализа результатов, применением методов математической статистики и обоснованных методов психодиагностического плана.

Основные научные результаты, полученные лично автором, и их научная новизна. Выявлены когнитивные, аффективные и поведенческие

характеристики личности, определяющие особенности совладающего поведения у родителей, воспитывающих часто болеющих детей. Установлено, что выбор адаптивной или неадаптивной стратегии совладания родителями, воспитывающих часто болеющих детей, зависит от наличия или отсутствия личности иррациональных установок. Доказано, что на субъективное восприятие родителями болезни ребенка влияет уровень сформированности когнитивного стиля «толерантность к неопределенности». Эмпирически определена *типология* родителей, воспитывающих часто болеющих детей, с различиями когнитивных и аффективных показателей. Эмпирически выявлены симптомокомплексы субъективного отношения личности родителя к своему *часто болеющему ребенку*. Выявлена взаимосвязь между жизнестойкостью личности и выбором ею адаптивного копинга. Разработана и апробирована программа психологического сопровождения родителей, воспитывающих часто болеющих детей, учитывающая их когнитивно-аффективную специфику.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что полученные результаты позволили определить психологические особенности совладающего поведения родителей часто болеющих детей: когнитивные, аффективные и поведенческие характеристики, определяющие особенности совладания. Понимание специфики выделенных характеристик позволило расширить научные взгляды о совпадающем поведении личности в целом и возможностях психологического сопровождения выбора адаптивных копинг-стратегий родителями часто болеющих детей.

Практическая значимость проводимого исследования заключается в разработке программы психологического сопровождения родителей, воспитывающих часто болеющих детей, направленной на коррекцию когнитивных и аффективных характеристик родителей, а также на проработку альтернативных паттернов поведения.

Положения, выносимые на защиту.

1. Совладающее поведение родителей, воспитывающих часто болеющих

детей, представлено как когнитивно-эмоциональное реагирование на фрустрирующую ситуацию болезни ребенка, растянутую во времени и проявляется через осознанные и неосознанные паттерны поведения личности. Составляющими процесса развёртывания совладающего поведения являются когнитивная составляющая, которая включает когнитивные стили, когнитивные установки, ценности и смыслы; аффективная составляющая, включающая особенности эмоционального интеллекта личности, ее тревожность.

2. Совладающее поведение личности зависит от типа субъективного восприятия личностью трудной ситуации и характеризуется когнитивными (наличием/отсутствием иррациональных установок, уровнем толерантности к неопределённости, определенными ценностными и смысловыми установками), аффективными показателями (уровнем эмпатии, уровнем самомотивации, уровнем тревожности), осознанными и неосознанными паттернами поведения.

3. Программа психологического сопровождения родителей, воспитывающих часто болеющих детей направлена на формирование адаптивного совладающего поведения родителей с помощью коррекции аффективных (личностной тревожности) и когнитивной (иррациональных) составляющих.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения, выводы, результаты исследования обсуждались на заседаниях кафедры психологии факультета психологии и педагогического образования Крымского инженерно-педагогического университета имени Февзи Якубова (Симферополь, 2019-2022) и были представлены на: Всероссийской научно-практической конференции «Психология социализации личности в современных условиях. Поколение Z: вызовы и возможности» (Симферополь, 2018); Всероссийской научно-практической конференции «Психология социализации личности в современных условиях» (Симферополь 12-13 декабря 2019); XXVI научно-теоретической конференции профессорско-преподавательского состава, аспирантов и студентов Крымского инженерно-педагогического университета

имени Февзи Якубова (Симферополь, 2020).

Материалы исследования используются в деятельности Крымского инженерно-педагогического университета имени Февзи Якубова (Симферополь), Центра развития ребенка – детский сад «Березка» (Симферопольский район), Детском саду общеразвивающего вида № 22 «Золотой ключик» (Симферополь).

Публикации. По теме исследования опубликовано 8 работ общим авторским объемом 3,85 п.л.; из них 5 – в журналах, рекомендованных ВАК РФ для публикации материалов кандидатских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертационное исследование состоит из введения; трех глав; заключения, включающего основные выводы, практические рекомендации и перспективы дальнейшего исследования проблемы; списка использованной литературы, включающего в себя 159 источников, из которых 31 – на иностранных языках. Работа иллюстрирована 27 таблицами и 32 рисунками. Основной объем работы составляет 145 страниц.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

1.1. Совладающее поведение как объект психологического анализа

В научной литературе термин совладающее поведение появился в эпоху Просвещения. В работах Ж.-Ж. Руссо тема преодоления критических жизненных ситуаций стала одной из центральных линий исследования. При этом учеными используются различные термины для пояснения феномена совладания: психологические защиты, совладание, копинги. В связи с обозначенным кругом проблем мы попытаемся развести эти понятия [89].

Термин «психологическая защита» был введен в психоаналитическом подходе З. Фрейдом для описания борьбы «Я» против психотравмирующих мыслей и аффектов [109]. Позднее основатель психоанализа заменил его на термин «вытеснение». В дальнейшем З. Фрейдом и А. Фрейд были представлены три группы защитных механизмов, которые позволяют личности справляться со стрессом [24, 108, 109]. Следует отметить, что в психоанализе психологические защиты относятся к области бессознательного и могут обеспечивать как нормальную, так и патологическую защиту психики.

В работах Н. Мак-Вильямс отмечается манифестный характер психологических защит, который позволяет сохранить психическую целостность личности, но не решает имеющиеся проблемы [67].

В исследованиях отечественного психолога Ф.Е. Василюка психологическая защита также выступает неким забором для психики, отгораживающим ее от вредоносного влияния проблемы [18].

В работах Ф.Б. Бассина акцентируется внимание, что механизмы психологической защиты являются необходимыми для предупреждения расстройств психики и являются особой формой психической активности [8].

По сути разрушение личности может произойти не от травмирующей ситуации, а от превентивного применения психологических защит от нее.

Еще одной терминологической загадкой стало введение в научное поле понятия «механизм совладания». Исследователи предлагают разделять механизмы психологической защиты и механизмы совладания, отмечая их различия по следующим критериям:

1. Уровень активности удовлетворения значимых потребностей и стремления к изменению ситуации. При этом процессы психологической защиты направлены на смягчение психического дискомфорта [39].

2. Уровень фрустрации личности и связанные с ним стратегии совладания. Люди, тяготеющие к механизмам психологической защиты в ситуации фрустрации, видят мир как источник опасностей, имеют чаще всего низкую самооценку, пессимистичны. Для тех, кто выбирает стратегии совладания, характерны оптимизм, устойчивая положительная самооценка, выраженная мотивация достижения [4, 40].

По своей сути механизмы совладания идентичны копингам, введенным в оборот Л. Мерфи [152], а впоследствии продвинутый Р. Лазарусом [144, 145] при изучении поведения в трудных ситуациях детей и взрослых. Если механизмы психологической защиты ослабляют тревожные симптомы и адаптируют психику человека к стрессу, то механизмы совладания являются поведенческими решениями сложной ситуации.

В большинстве исследований механизмы совладания заменяются понятием копинг-поведение. По мнению ученых, существует некоторая проблема с определением семантического поля понятия «копинг». Так, копинг может означать и преодоление, и совладание, и психологическую защиту, и способ адаптации к стрессу. Однако несмотря на различия в определении понятия копинг является неизменным спутником стресса.

Так, у Р. Лазаруса психологическая защита является ничем иным как пассивным копинг-поведением личности. Механизмы защиты отличны между собой по четырем параметрам [144].

Проанализируем эти различия применительно к теме нашего исследования.

1. Временная направленность. Болезнь ребенка является травмирующей ситуацией. Психологические защиты родителя направлены на решение проблемы «здесь и сейчас»: дать лекарство, вызвать врача, попросить бабушку посидеть с ребенком. Для часто болеющих детей такие формы реагирования недостаточны и требуют определенных поведенческих стратегий, что актуализирует роль копингов.

2. Инструментальная направленность. Психологические защиты обеспечивают целостность психики и психологический комфорт их носителя. Копинги или механизмы совладания направлены на оптимизацию ситуации в целом.

3. Функционально-целевая значимость. Механизмы совладания направлены на восстановление нарушенных отношений между родителем и ребенком, родителем и социумом. Так, адаптивные стратегии совладания включают адекватное отношение к ситуации болезни ребенка, выполнение медицинских показаний. В то время как механизмы психологической защиты направлены на регуляцию эмоциональных состояний родителей или детей: болезни нет потому, что я не ее не признаю (родитель), главное, чтобы дитя не плакало.

4. Модальность регуляции. Механизмы совладания запускают рефлексию, а механизмы психологической защиты – вытеснение.

5. Механизмы совладания требуют больше когнитивных, аффективных и конативных усилий. Механизмы психологической защиты влияют на эмоциональное состояние и краткосрочно.

6. Механизмы совладания запускаются личностью сознательно, механизмы психологической защиты – неосознанно.

Следует отметить, что Р. Лазарус обратил внимание на ряд неадаптивных стратегий защиты, связанных с употреблением алкоголя, наркотиков, приемом седативных препаратов [145].



Рисунок 1. Модель совладающего поведения личности

Таким образом, совладающее поведение реализуется через механизмы совладания и механизмы психологической защиты в когнитивной, поведенческой и аффективной сферах.

Анализируя современные подходы к изучению копинг-поведения, Ю.А. Коломейцев отмечает актуальность в настоящее время диспозиционного и ситуационного подходов к изучению копинг-поведения [45].

В рамках диспозиционного подхода во главу исследования ставятся личностные качества, определяющие стиль поведения и возникающие защитные механизмы. Согласно данному подходу совладающее поведение представляет собою личностно обусловленные алгоритмы действий, способствующие сохранности психики. Несмотря на различия между психологическими защитами и копингами, транслируемыми исследователями, мы придерживаемся противоположной точки зрения и считаем, что механизмы психологической защиты являются пусть и неосознанными, но способами совладания [45].

В ситуационном подходе, по мнению исследователей, стиль реагирования определяется фрустрирующей ситуацией. Таким образом, при разных ситуациях могут различаться и применяемые личностью стили реагирования. Указанные исследователи определяют копинг как сумму когнитивных и поведенческих усилий, возникающих в случае фрустрации и направленных на снижение ее негативных явлений для психики [42, 49, 51].

Этой группой ученых выделено два основных типа реагирования личности на фрустрирующую ситуацию: проблемно-ориентированное совладание (признается возможность совладания с проблемой) и эмоционально-ориентированное совладание (признается невозможность совладания с проблемой) [69, 76, 84, 113, 114]. Однако само по себе представление ситуативного реагирования на фрустрацию вызывает серию вопросов. Прежде всего эти вопросы касаются одинаковости стратегий реагирования. Так, в исследованиях отмечены разные стратегии реагирования на одинаковые ситуации у здоровых взрослых людей. В связи с изложенным, считаем, что наиболее адекватным для нашего исследования выступает интегративный подход, объединяющий личностные и ситуационные факторы [37,49,59]. Для нашего исследования этот подход является наиболее приемлемым поскольку позволяет учитывать индивидуальность каждого взрослого члена семьи и особенности их семейной ситуации.

В рамках указанного подхода, под совладающим поведением личности будем понимать индивидуальное поведение личности, направленное на минимизацию стресса в личностно-значимой ситуации фрустрации.

Роль ситуации и ее личностная значимость актуализирует необходимость уточнения ее типа. В рамках нашего исследования мы будем рассматривать ситуации, связанные с часто болеющими детьми в семье. К часто болеющим детям (ЧБД) специалисты относят в основном дошкольников, страдающих от различных заболеваний не менее 8-9-ти раз в год [38, 41]. По статистическим данным доля ЧБД среди всех детей составляет от 6 до 34 % и существенно не изменятся уже несколько десятилетий. В ТОП самых популярных заболеваний в дошкольном возрасте входят острые респираторные вирусные инфекции и острые респираторные заболевания.

В настоящее время исследователи проявляют интерес к ситуации фрустрации в рамках семейного подхода [9, 24, 25, 26, 29, 33]. В этом случае речь идет о психологической защитной активности семьи, которая поддерживает целостность и стабильность семейной системы. В исследованиях было установлено, что

выбор взрослыми членами семьи эмоционально-ориентированного копинга связан с уровнем взаимопонимания в семье и согласованностью совместной деятельности членов семьи. Результаты теоретического анализа показывают, что болезнь ребенка затрагивает разные сферы жизнедеятельности семьи и может привести к нарушению ее основных функций. По мнению исследователей, способность семьи противостоять трудностям предполагает:

а) собственные усилия каждого члена семьи по совладанию с ситуацией [29, 33];

б) наличие совокупности факторов, способствующих всем членам семьи справляться с трудностями [11, 52, 54, 55, 57, 66, 76, 81, 87].

В рамках семейного подхода к ситуации болезни ребенка можно выделить следующие характеристики совладающего поведения родителей:

– совладающее поведение родителей появляется только при наличии угрозы нарушения целостности семейной системы;

– совладающее поведение родителей зависит от прочности семейной системы, зависит от уровня раздражителя и характеризуется и изменчивостью, и пластичностью;

– совладающее поведение имеет определенную структуру [103].

В рамках нашего исследования мы будем рассматривать стратегии совладающего поведения взрослых в ситуации с часто болеющими детьми. Учитывая, что в большинстве российских семей воспитывается 1-2 ребенка, болезнь становится серьезным испытанием семьи на прочность.

В современной психологической науке существуют различные классификации совладающего поведения. В исследованиях И.М. Никольской и Р.М. Грановской основанием для классификации являются уровни проявления копингов [77]: поведение, эмоциональная проработка подавленного и познание; в работах В.М. Ялтонского выделены ситуационно-специфическая копинг-стратегия дистанцирования и особенности социально-поддерживающего поведения [126]; Э. Хайм выделил когнитивную, аффективную и поведенческую психические

сферы, где реализуются копинги [113]. Исследователь выделяет копинг-стратегии по степени адаптивности: адаптивные, частично адаптивные, неадаптивные [113].

Следует отметить, что учеными проблема копингов глубоко разработана и определены как сами копинги [145], так и основные стратегии совладающего поведения [157]. Для нас представляет интерес градация копингов на адаптивные, частично адаптивные и неадаптивные.

Теоретический анализ научной литературы показал, что под адаптивными копингами исследователи понимают стратегии совладания, ведущие к решению проблемы и выходу из состояния фрустрации.

Под частично адаптивными копингами мы будем понимать стратегии совладания, приводящие к кратковременному решению проблемной ситуации.

Под неадаптивными стратегиями совладания будем понимать копинги, не приводящие к решению ситуации, но направленные на кратковременную стабилизацию собственного эмоционального состояния.

В качестве примера рассмотрим классификацию П. Тойса [Таблица 1].

Таблица 1

Стратегии совладания по П. Тойсу

Копинги	Адаптивные	Частично адаптивные	Неадаптивные	Автор
Поведенческие	Сотрудничество и оптимизм	Компенсация, отвлечение и конструктивная активность	Активное избегание и отступление	П. Тойс
Когнитивные	Проблемный анализ, установка на собственную ценность и сохранение самообладания	Относительность, придача смысла и религиозность	Смирение, растерянность, диссимуляция и игнорирование	

К дополнительным стратегиям можно отнести написание дневников, писем; слушание музыки; стратегия ожидания [145, 147].

В исследованиях Е. Коплика основаниями для выделения двух копинг-стратегий (стратегия поиска информации, стратегия закрытости от информации) выступают особенности когнитивной сферы личности [48].

В то же время в работах Е. Фриденберга выделяется 18 когнитивных стратегий, составляющих эффективный, неэффективный копинг и неопределенный копинг через обращение к другим [136].

В зависимости от процессов, лежащих в основе природы копингов, выделяют: поведение, эмоциональная проработка подавленного и познание.

Для классификации, разработанной А. Hammer и М. Zeinder, основаниями стали сферы: познания и представлений, чувств, отношений с людьми, духовности, физического бытия. В ходе исследования ученые акцентировали внимание на о, что обращение к сфере определяется стрессором и смыслом ситуации [158].

В другой классификации ученые выделили три основные стратегии, ориентированные на: 1) решение проблемы, что является конструктивной и адаптивной стратегией; 2) изменение отношения к проблеме (не можешь изменить ситуацию, измени совет отношение к ней). По сути, эта стратегия может быть, как адаптивной, так и частично адаптивной или неадаптивной; 3) управление эмоциями, когда человек переходит от аффективного решения проблемы к рациональному [59, 82, 86].

Р. Моос, А. Биллинг, Д. Шеффера в своих исследованиях рассматривают стратегии адаптивного поведения в зависимости от ориентации на проблему или на себя [129, 152]. В типологии А. К. Акименко выделено восемь моделей копинг-поведения на основе контактности, активности, направленности изменений [2].

Следует отметить, что понятийное поле дефиниции совладающего поведения включает не только копинг-стратегии, но и копинг-ресурсы личности. Копинг-ресурсы представляют собою условия, способствующие преодолению стресса.

Анализ научных источников позволил выделить следующие копинг-ресурсы: физические; социальные; психологические; материальные. Вообще, понятие ресурса является центральным в выборе копинга. В исходном варианте, ресурс – это запас определенных средств, из которого черпает силу субъект.

В интерпретации Д.А. Леонтьева, ресурсы представляют собой индивидуальные особенности, способствующие или препятствующие решению проблемы [59].

В нашем исследовании наибольший интерес представляют психологические ресурсы. в том числе: локус контроля, способность к эмпатии, ориентированность копинга, эффективность, временную протяженность полученного эффекта, ситуации, провоцирующие копинг-поведение [59].

Близка, по сути, к понятию ресурс и предложенная исследователями концепция системы жизнеобеспечения личности. Исследователями выделены четыре уровня системы защитно-адаптивных механизмов: уровень психосоматического реагирования; уровень психологических защит; уровень копинг-стратегий; уровень высших личностных ресурсов [47].

Таким образом, основаниями для классификации стратегий совладающего поведения выступают факторы адаптивности, модальности, направленности усилий человека, степени интенсивности совладания.

В своем исследовании под копинг-ресурсом мы будем понимать совокупность психологических предикторов личности, способствующих преодолению ею трудной ситуации, связанной с болезнью ребенка.

Прежде всего обратимся к сходным характеристикам трудных жизненных ситуаций, описанных в исследованиях отечественных психологов: слом привычного алгоритма жизни, дискомфорт, опасность, неподконтрольность и неуправляемость [1, 3, 6, 8, 10, 18, 34, 42].

Можно выделить несколько подходов к исследованию трудных жизненных ситуаций.

С позиций исследователей первого подхода отношение к любой ситуации может иметь три формы: неконструктивное переживание, конструктивное переживание, конструктивное отношение [18]. В первом случае, личность воспринимает ситуацию как трудную и непреодолимую, и применяет модель неконструктивного переживания.

Во втором случае трудная ситуация воспринимается личностью решаемой и создается модель конструктивного переживания, что приводит к конструктивным действиям, возможно растянутым во времени.

В третьем случае ситуация оценивается личностью как легко преодолимая. Также создается модель конструктивного отношения, позволяющая не задерживаться в стадии длительного переживания. Однако, легкость отношения к ситуации может быть вызвано ее недооценкой.

Представители другого подхода указывают, что на формирование в сознании образа трудной жизненной ситуации влияют определённые личностные характеристики. Так, в работах Е.В. Битюцкой, Е.А. Белан отмечается, что осмысленность ситуации личностью позволяет выбрать стратегию поведения в ней [10, 11, 12, 13].

Сказанное позволило составить схему развёртывания ситуации совладания [Рисунок 2].

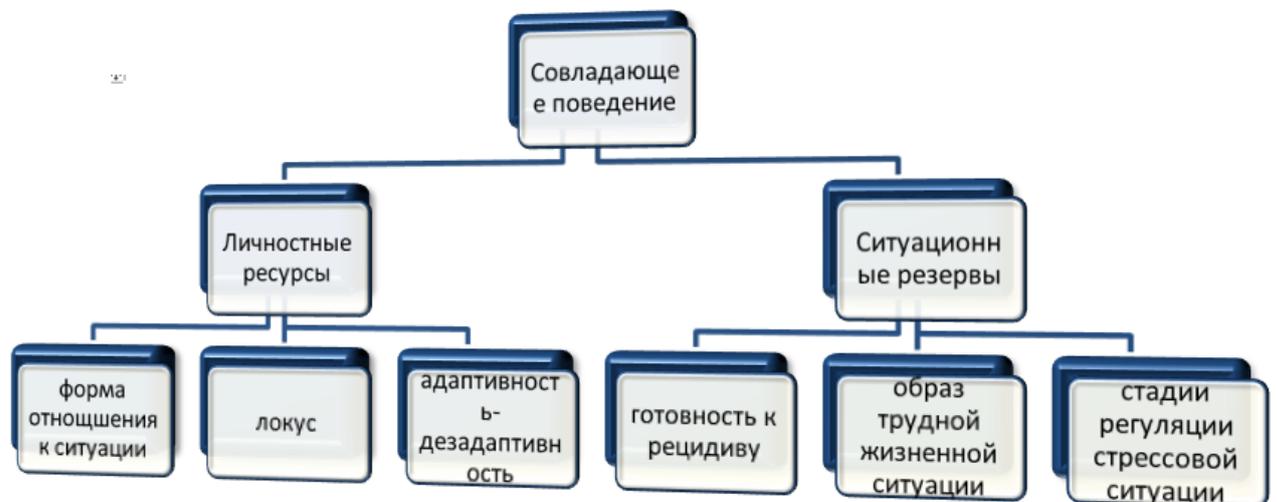


Рисунок 2. Схема развёртывания ситуации совладания

Как видно на рисунке 2, механизм совладающего поведения запускает ситуация-триггер. Выбор механизма психологической защиты или определенного копинга зависит от личностных ресурсов.

Таким образом, проведенное исследование позволило нам сделать следующие выводы:

1. В рамках нашего исследования мы используем интегративный подход, учитывающий, как личностные особенности, так и особенности ситуации фрустрации.

2. Совладающее поведение – сложный процесс, включающий осознанные и неосознанные паттерны поведения личности. Триггером для совладания выступает ситуация фрустрации.

3. Ситуации фрустрации могут кратковременными или длительными. Выбор механизмов совладания или механизмов психологической защиты определяется длительностью ситуации, ее направленностью и личностными ресурсами.

4. Копинг-стратегии личности могут быть классифицированы по различным основаниям. В нашем исследовании наиболее интересными являются когнитивные и поведенческие копинги.

1.2. Личностные характеристики совладающего поведения

Анализ исследований по проблеме детерминации совладающего поведения позволил выделить несколько основных направлений: индивидуальное или психофизиологическое, индивидуально-психологическое, психологическое.

В рамках психофизиологического направления обратимся к трудам М. Gunnar; S. Kimberly, В.Е. Compas, R.J. Compton, Е.Д. Хомской, В.М. Русалова, И.А. Якунина. Так, в работах М. Gunnar и S. Kimberly анализировалась взаимосвязь темпераментальных свойств с наиболее общими копинг-стилями [88, 89, 118, 119, 126, 139, 140]. В исследованиях В.Е. Compas изучалось взаимовлияние стилей совладающего поведения и реактивности темперамента [131]. В работах В.Ю. Куликова, R.J. Compton и других ученых исследовались различия в

совладании, обусловленные особенностями межполушарной организации мозга, в том числе доминированием левого полушария или правого полушария [53, 132].

Е.С. Старченкова в своем исследовании выявила отрицательную связь между уровнем нейротизма и такими копинг-стратегиями как проактивное совладание, превентивное совладание и стратегическое планирование [105].

Аналогичные исследования были проведены такими учеными как Дж. Сулс, К. Гюнтер, Л. Коэн и С. Армели [139, 140, 148, 149]. В ходе этих исследований выявлено, что при высоком уровне нейротизма индивиды используют пассивные или эмоционально-ориентированные стратегии и очень редко проблемно-ориентированные копинг-стратегии. В работах Н. Болгера, А. Цукермана [130, 138] описан факт мнимого характера адаптивных копингов у индивидов с высоким уровнем нейротизма; в работах И.М. Никольской, Р.М. Грановской выделены 4 уровня защитной системы человека, которые формируются прижизненно и могут одновременно функционировать у взрослого [77].

В исследованиях Е.Д. Хомской, В.М. Русалова, И.А. Якунина изучались индивидуальные предпосылки совладающего поведения [88, 118, 126]. В ходе исследования было выявлено, что свойства темперамента и профиль латеральной организации мозга влияют на выбор типа копинга в трудной жизненной ситуации. Кроме того, в исследованиях И.А. Якунина акцентировалось внимание на половых различиях в выборе копинг-стратегии: женщины чаще выбирают эмоционально-ориентированные стратегии, в то время как у мужчин нет явных предпочтений в выборе копинга [126].

В исследованиях А.В. Рыжик выявлена связь механизмов психологической защиты с показателями биоэлектрических реакций головного мозга [92].

Таким образом, копинг может быть представлен как предрасположенность личности в ответах на стрессовую ситуацию. Аналогичной позиции придерживался Н. Болгер, отмечая, что совладание есть суть личности в ситуации стресса [130].



Рисунок 3. Предикторы совладающего поведения в психологической литературе

Поиск психологических и индивидуально-психологических предикторов совладающего поведения личности позволил выделить когнитивные характеристики личности в качестве предикторов, определяющих выбор копинга [Рисунок 3]. Так, в исследованиях С.А. Хазовой акцентировалось внимание на роли когнитивных факторов в совладании с жизненными трудностями (когнитивные стили) [111, 112]. В работах ученой выявлено, что полезависимость/полenezависимость и рефлексивность/импульсивность личности влияют на выбор копингов. При этом, полезависимые и импульсивные склонны к нереалистичным копингам: надежда на чудо, игнорирование проблемы [112].

В более ранних исследованиях Спилбергера предлагалась концепция ситуационно-личностной тревожности, где рассматривалась готовность личности

признать ситуацию фрустрации опасной и возможная личностная устойчивость к стрессу [104].

Немало исследований проведено по изучению связи характеристик пяти-факторной модели личности с выбором стиля совладания. Исследователи пришли к выводу, что в основе стратегий совладания лежат все пять факторов, выраженные в большей или меньшей мере: экстраверсия, доброжелательность, добросовестность, нейротизм, открытость опыту. Большое внимание уделяется контролю поведения со стороны субъекта – рефлексивности.

В исследованиях Е.В. Рыбникова и Е.Н. Ашаниной в качестве стресс-факторов, вызывающих напряжение, были названы: изменение социума, миграция, социальные и жилищные проблемы; снижение социального статуса, одиночество, болезнь, проблемы в семье [91].

В качестве личностных предикторов, вызывающих ситуацию стресса, отмечались – психоэмоциональные нагрузки, дефицит времени, высокая ответственность, конфликты на работе, личностная тревожность, стрессоустойчивость [91].

В трудах Д.А. Леонтьева выделены разновидности личностных ресурсов, связанные с устойчивостью, саморегуляцией, мотивацией и инструментальностью [59, 60]. Ученый акцентирует внимание на таких характеристиках как удовлетворенность жизнью и осмысленность жизни, уровень субъективного контроля, когнитивные стили, жизнестойкость.

В исследованиях М.Р. Хачатуровой в качестве личностных предикторов преодоления человеком трудных ситуаций рассматривается временная перспектива, жизнестойкость, самоэффективность, характеристики мотивации, а также уровень субъективного контроля [114, 115, 116].

В теории С. Хобфолла копинг-ресурсы включают в себя ресурсы-состояния, личностные характеристики, поведенческая активность и энергетические показатели [141]. Модель копинг-ресурсов представлен на Рисунке 4.



Рисунок 4. Схематическая модель копинга

В исследованиях В.А. Бодрова ресурс рассматривается как возможность предотвращения стресса или снижения его интенсивности [17].

В работах К. Муздыбаева психологические ресурсы представлены как жизненные ценности, способствующие совладанию с ситуацией фрустрации [37, 75]. В то же время Н.Е. Водопьянова отмечает психологический ресурс как совокупность переменных для повышения психологической устойчивости: когнитивные и поведенческие конструкты, которые человек актуализирует для адаптации к стрессогенным/стрессовым трудовым и жизненным ситуациям [22, 37].

В работах Е.Н. Львовой акцентировано внимание на том, что различия в уровнях сформированности толерантности/интолерантности к неопределенности, личностной тревожности, уровня субъективного контроля, показателя осмысленности жизни влияют на выбор личностью типа копинга в ситуации неопределенности [63].

Е.Т. Соколовой выделено три критерия выбора копинга: а) специфика проецируемого содержания тревоги; б) способы психологической защиты; в) состояние самоидентичности. Тревожность в этом случае занимает первую позицию [103].

Среди теорий личностных ресурсов интересны исследования С. Хобфолла, в рамках которых: оптимизм, самоэффективность, жизнестойкость, локус контроля [37, 141].

В исследованиях Л.В. Куликова личностными ресурсами выступают: активная мотивация преодоления и Я-концепция, жизнестойкость личности [37, 53].

Для нас особенно интересным в ситуации стресса становится показатель жизнестойкости как предиктора, который опосредует влияние ситуации. Жизнестойкость, по С. Мадди, характеризуется как черта личности, которая опосредует влияние ситуации [145,150].

Когнитивный ресурс как теоретический конструкт объясняет проявление общего фактора интеллекта в индивидуальной продуктивности. Как показывают исследования В.Н. Дружинина, Д.А. Леонтьева, Т.Ю. Ивановой, личностные ресурсы выполняют функцию совладания с угрозой и функцию оценивания ситуации как угрожающей [1, 29, 36, 59, 60].

В зарубежной психологии копинг-ресурс – это та возможность, которую личность использует для совладания с фрустрацией – личностная, когнитивная, социальная, материальная, культурная. По мнению С. Мадди и С.К. Кобейса, диспозиции могут влиять на процессы совладания и являться средством, с помощью которого человек оказывает буферное влияние на стрессовые события [145].

Для нашего исследования крайне интересным является внесение в поле исследования понятия «поведенческая активность». Под поведенческой активностью мы будем понимать все вербальные и невербальные проявления личности, включая и бездействие. По мнению Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюка можно выделить пять типов личности согласно ее поведенческой активности: от гиперактивной до склонной к созерцанию личности [19].

Обращаясь к ресурсам-состояниям, отметим исследования В.А. Бодрова. По мнению ученого понятие ресурсы имеет различный смысл в зависимости от

области исследования. И если в психофизиологии ресурсом является объективное регистрируемое явление, то в общей психологии – идеальное свойство [17].

В докторском исследовании Л.И. Дементий доказано, что личностным механизмом преодоления трудных жизненных ситуаций выступает ответственность, выступая с одной стороны, как копинг-ресурс, с другой – определяя копинг-стратегию [27].

В работах Н.А. Сироты, Н.М. Ярославской при исследовании преактивного совладающего поведения выделены следующие предикторы: уровень притязаний, мотивацию достижения [102].

Следует отметить, что в исследованиях Д.А. Леонтьева термин ресурс заменен синонимичным ему термином – личностный потенциал. Личностный потенциал имеет системную природу, связан со сформированностью и функционированием механизма саморегуляции и содержит в качестве основных дескрипторов жизнестойкость, локус каузальности, самодетерминация, толерантность к неопределенности, витальность и самооэффективность [59].

Для нас представляют интерес работы Д.А. Леонтьева по разработке структуры психологических ресурсов совладания. Ученый считает, что эти ресурсы являются внутренним стержнем копинга, а внешние ресурсы могут быть подвержены изменениям. Д.А. Леонтьевым выделены четыре уровня психологической обороны:

1. Резилентность.
2. Механизмы защиты и совладания.
3. Механизмы динамического совладания на основе саморегуляции.
4. Посттравматический рост.

Каждый уровень характеризуется сочетанием определенных личностных предикторов, среди которых: тревожность личности, саммотивация, склонность к эмпатии, жизнестойкость личности [59, 60].

Отдельно остановимся на когнитивных предикторах совладающего поведения личности в ситуации длительной фрустрации.

1.3. Когнитивные предикторы совладающего поведения личности в ситуации длительной фрустрации

Следует отметить, что несмотря на научный интерес к изучению совладающего поведения, когнитивные механизмы копинг-стратегий практически не изучались. Тем не менее, в научной литературе встречаются такие дефиниции как контроль поведения (Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленская, Ю.В. Ковалева) [21, 43, 100], совладающий интеллект (А.В. Либина) [61], введение которых уже свидетельствует о значимости когнитивных механизмов в формировании стратегий совладающего поведения личности. В работах Р. Лазаруса [145, 146], а затем и в исследованиях М.А. Холодной, А.О. Прохорова, К. Хеменвея и других ученых вводится понятие ментальной репрезентации и когнитивной оценке стрессовой ситуации [85, 117, 147, 148, 149, 151]. По мнению ученых когнитивная оценка определяет выбор стратегии совладающего поведения. В работах Е.В. Битюцкой выделены критерии оценки ситуации фрустрации, в том числе, непонятность ситуации и затруднения в принятии решения [12, 13]. В работах А.А. Алексапольского, Т.А. Дудниковой, А.О. Седовой, С.Н. Митина, М.А. Падун, Е.А. Загряжской, Г.С. Граковой, С.А. Хазовой изучаются когнитивные предикторы совладающего поведения, но все исследование сводится к выявлению когнитивных стилей [5, 30, 82, 83, 97].

В исследованиях М.А. Холодной обращено внимание на существование следующих стилей совладания: проблемно-ориентированный; мобилизационный; 3) эмоционально-доминантный; социотропный стиль. Каждый стиль совладания содержит, по мнению ученого, продуктивные и непродуктивные составляющие [117].

В то же время за кругом исследования остаются когнитивные установки личности, которые могут иметь иррациональный характер и свою историю формирования. В исследованиях А. Эллиса иррациональные установки выделены, отмечена их связь с эмоциональной сферой личности и ее поступками [124]. Мы сочли уместным рассматривать когнитивные установки личности в отношении

ситуации болезни ребенка как когнитивные предикторы совладающего поведения.

В исследованиях А.В. Котельниковой отмечено, что ведущими когнитивно-личностными ресурсами совладания со стрессом могут выступать являются базисные убеждения личности и система жизненных смыслов; выраженная интернальность, осмысленность жизни, удовлетворенность самореализацией в прошлом и настоящем, наличие целей в будущем [48].

Зарубежные исследователи связывают высокий уровень интеллекта с невысокой вероятностью развития посттравматического стресса [133, 134, 135, 141, 148, 149, 151], осмыслением травматического опыта как точки личностного роста, мудростью [20, 149].

В исследованиях других учёных описывается связь между характеристиками ценностно-смысловой сферы и стратегиями совладающего поведения личности [93, 131, 132, 153, 154, 155].

В исследованиях О.Н. Безруковой отмечается, что возрастает количество молодых людей, придерживающихся позиции делегирующего родительства [9]. Исследовательница отмечает, что приверженцы традиционной модели родительства относятся к детям как источнику развития и творчества; представители солидарной модели развития относятся к детям оптимистично в целом; приверженцы делегирующего родительства считают, что дети являются помехой в карьерном росте и развитии родителей; представители неопределённого родительства воспринимают детей как источник страдания, что может привести к депрессии [9]. Мы думаем, что отношение к ситуации болезни у родителей с разными типами родительства также будут отличаться.

Мы поддерживаем точку зрения указанной группы ученых и считаем, что терминальные и инструментальные ценности личности могут выступать когнитивными предикторами выбора стратегии совладающего поведения родителем в ситуации с болезнью ребенка.

В работах О.В. Александровой, Н.В. Мазуровой отмечены различия в выборе копинг-стратегий родителями с разными уровнями адаптации к стрессу: родители с высоким уровнем адаптации чаще всего выбирают стратегии решения проблем, конфронтации и самоконтролю; родители с низким уровнем адаптации в качестве – избегание, дистанцирование, стратегию социальной поддержки [3, 4, 64, 65, 66]. В исследованиях других ученых акцентируется внимание на роли когнитивного оценивания при выборе стратегии поведения в трудной ситуации [50, 82, 97].

Исследование совладающего поведения приводит к необходимости изучения способности личности принимать решения в ситуации неопределенности. Мы будем рассматривать неопределенность в смысле многовариантности, неточности и ограниченности знаний о ситуации. При этом, по мнению исследователей, ситуация неопределённости обладает субъективностью. Так, для одного родителя ситуация болезни ребенка не является ситуацией неопределенности, у родителя есть четкий алгоритм действий и способность к динамичной адаптации этого механизма, а для другого родителя болезнь ребенка, тем более, частая, не способствует выработке алгоритма действий. В исследованиях Е.Т. Соколовой описаны типы переживания субъективной неопределенности [103]. Первый тип переживания имеет негативный эффект в связи с полным непониманием стратегии действий. Второй тип связан с амбивалентностью во взглядах на ситуацию: от поиска виновных – до самопожертвования; стремлением упростить картину болезни – «будет пить таблетки и все пройдет». Третий тип переживания неопределенности связан с признанием своей беспомощности перед ситуацией, зависимости от социума. Четвертый тип характеризуется беспорядочностью мыслей и действий (одновременно горячий чай и холодное обертывание, например), вседозволенность, эйфория до маниакальности. Пятый тип связан с позитивным и конструктивным отношением к ситуации, поиску решений, высокой субъектной активности личности [103].

Отметим исследования М.Н. Юртаевой о роли когнитивного стиля толерантность к неопределенности в ситуации фрустрации при процессах совладания с тревогой и стрессом [125]. По мнению Е.Н. Львовой, толерантность к неопределенности является ключевым ресурсом совладания и одним из главных элементов ресурсной системы саморегуляции [63].

Таким образом, когнитивными предикторами совладающего поведения могут выступать когнитивные установки, ценности личности, уровень сформированности когнитивного стиля «толерантность к неопределенности».

Для родителей часто болеющих детей эти предикторы имеют особое значение. Так, отсутствие иррациональных установок у родителей позволяет им выработать конструктивное отношение к болезни ребенка. В нашем исследовании под конструктивным отношением к болезни ребенка мы будем понимать следующее: отношение к болезни как к вызову, ответом на который, является четкая последовательность действий, способствующих выздоровлению ребенка. Этот алгоритм действий включает в себя как патронаж, так и психологическую поддержку, направленную на укрепление здоровья ребенка, и, как следствие, снижение напряженности.

Таким образом, семейное совладание отличается изменяющимся порядком выбора стилей или стратегий совладания (от обособления до группирования партнеров), способностью развиваться и достигать зрелых способов совладания по мере семейного развития.

Проведенный теоретический анализ проблемы совладающего поведения родителей часто болеющих детей позволил представить совладающее поведение родителей в ситуации болезни ребенка следующим образом:

1. Совладающее поведение родителей часто болеющих детей представляет собою процесс когнитивно-эмоционального реагирования на фрустрирующую ситуацию, растянутую во времени.

2. Совладающее поведение родителей часто болеющих детей разворачивается по четырем стадиям: 1 стадия – эмоциональная оценка ситуации, оптимизм;

2 стадия – тревожное принятие, надежда; 3 стадия – привыкание, выстраивание стратегий поведения; 4 стадия – принятие, адаптация.

3. Сложность ситуации зависит от объективных факторов – тяжести и остроты заболевания ребенка, социально-экономических условий жизни семьи и личностных характеристик родителей – осознанных и неосознанных.

4. Когнитивно-эмоциональное реагирование на уровне неосознанных реакций выражается через механизмы психологических защит, эмоциональные реакции, а на уровне осознанных – через когнитивные стили, механизмы совладания, образ желаемого будущего.

Выводы по Главе 1

1. Теоретический анализ научной литературы позволил выделить несколько основных подходов к исследованию проблемы совладающего поведения: Диспозиционный подход, в рамках которого изучаются личностные качества, определяющие стиль поведения и возникающие защитные механизмы (З. Фрейд); Ситуационный подход, согласно которому стиль реагирования определяется наличием фрустрирующей ситуации (Р. Лазарус, С. Фолкман); Семейный системный подход, позволяющий анализировать копинг-поведение личности как ответ на угрозу целостности семейной системы. В рамках нашего исследования оптимальным является интегративный подход, позволяющий рассмотреть возникновение копингов и с точки зрения диспозиционного, ситуационного и семейного подходов.

2. Совладающее поведение – это процесс когнитивно-эмоционального реагирования личности взрослого на часто повторяющуюся ситуацию болезни ребенка. Этот процесс имеет свою структуру и может быть описан когнитивными, эмоциональными и поведенческими дескрипторами. Совладающее поведение имеет стадийность и выражается через механизмы психологических защит, эмоциональные реакции, когнитивные стили, механизмы совладания, образ желаемого будущего.

3. Механизм совладающего поведения запускает ситуация-триггер. Выбор механизма психологической защиты или определенного копинга зависит от личностных ресурсов. Ученые выделяют психологические ресурсы устойчивости, психологические ресурсы саморегуляции, мотивационные ресурсы, инструментальные ресурсы. копинг-ресурс представляет собою совокупность предикторов (когнитивных, личностных, социальных, материальных, культурных, ценностных), которые используются человеком для преодоления трудной жизненной ситуации.

4. Личностными характеристиками совладающего поведения эмпатия родителя по отношению своего ребенка, личностная тревожность, локус контроля, жизнестойкость, удовлетворенность жизнью, осмысленность жизни, субъективная витальность, уровень притязаний, мотивация достижения, диспозиционный оптимизм, эмпатия.

5. Когнитивными дескрипторами совладающего поведения взрослых в ситуации болезни ребенка выступают когнитивные установки, ценности личности, уровень сформированности когнитивного стиля «толерантность к неопределенности». Когнитивные установки могут быть рациональными и иррациональными. Наличие иррациональных установок может привести к выбору неконструктивного копинга.

6. Поведенческие маркеры совладающего поведения проявляются на неосознанном уровне в виде защитных механизмов и на осознанном – в форме копинг-стратегий. Копинг-стратегии могут быть адаптивными, частично адаптивными и неадаптивными.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСТРОЕНИЯ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

2.1. Этапы, методы и методики эмпирического исследования совладающего поведения личности родителей часто болеющих детей

Как показали результаты проведенного теоретического анализа, фрустрация сутью своей имеет возникающее состояние напряжения, в котором оказывается личность, обратим внимание на то, что стрессором для семьи может выступать любое влияющее на нее жизненное событие. Особыми характеристиками фрустрации могут выступать возможные или уже наступившие изменения во взаимоотношениях, моделях общения, иерархии ценностей семьи. В качестве специфических стрессоров исследователи выделяют рождение или появление нового члена семьи, потерю родных, зависимое поведение одного из членов семьи. Продолжая этот список, определим болезнь ребенка как состояние фрустрации для большинства родителей, требующее от них определенных изменений в привычном образе жизни. Ситуация осложняется при наличии в семье часто болеющего ребенка, когда меры совладания становятся не ситуативными, а постоянными.

Следует отметить, что категория часто болеющих детей несколько отличается от детей с тяжелыми формами заболеваний. По мнению исследователей, часто болеющий ребенок – это ребёнок, подверженный частым респираторным заболеваниям. Основным критерием включения ребенка в группу ЧБД является частота эпизодов ОРВИ в год: для детей 4-5 лет свыше 8-9 заболеваний в год, для детей старше 5 лет – свыше 8-х заболеваний в год. Мы рассматриваем только эти возрастные группы поскольку, дети до 3-х лет могут оставаться с одним из родителей, находящимся в отпуске по уходу за ребенком.

Анализ научной литературы по проблеме исследования показал, что большинство родителей часто болеющих детей на первых этапах проявления болезни

дают эмоциональную оценку ситуации независимо от возраста ребенка: от резко негативной, катастрофической до нейтральной. Кроме того, восприятие ребенком его болезни зависит от представления о ней у его родителей.

В исследованиях ученых обсуждались копинги в ситуации болезни, так пациентам с дерматологическими проблемами (псориазом) характерны планирование решения проблемы, поиск социальной поддержки и психологические защиты – отрицание, компенсация и проекция; у пациентов с проблемами опорно-двигательного аппарата – поиск поддержки и избегание, обратная связь с решением проблемы. Копинги и психологические защиты здоровых взрослых в ситуации болезни ребенка исследовались мало.

Исследователи отмечают, что существует несколько типов родительской реакции на проблемы часто болеющих детей:

1. В работах психологов-исследователей отмечаются общие характеристики отношений между родителями и детьми, страдающими хроническими заболеваниями: симбиоз, гиперпротекция, отсутствие обязанностей и чрезмерность требований и запретов, авторитарность, насильственная инфантилизация. Такие отношения приводят к эмоциональной неприязни родителей по отношению ребенка и его психологической инвалидизации.

2. Агрессивное поведение родителей по отношению к своему больному ребенку. Родители часто реагируют на физиологически больных детей в форме эмоционального отвержения, потворствующей или доминирующей гиперпротекции.

3. Дистанцирование от болезни ребенка и уход в работу, наркотики, алкоголь. Болезнь ребенка, не являясь, предметом нашего исследования, также рассматривалась с разных позиций учеными. Уход в болезнь для ребенка может быть способом сохранения связи с родителями, в случае их дистанцирования. В работах ученых акцентируется внимание на нарушении взаимоотношений между членами семьи в случае длительной болезни ребенка, вплоть до вытеснения отца из семейной системы. Исследователи также обращают внимание на то, что у

детей могут обостряться хронические заболевания в случае дистанцирования родителей.

Общим для всех родителей является постоянная готовность к рецидиву. В когнитивной картине мира родителей, чьи дети часто болеют, возникает постоянный страх неправильно накормить, заразить, не уберечь, перегрузить ребенка, в связи с чем родители не создают условий для их закаливания и физических нагрузок, чем не способствуют укреплению сопротивляемости организма ребенка.

4. Адекватная реакция на болезнь ребенка и поиски путей его лечения.

По мнению И.В. Гребенникова, Э.Г. Эйдемиллера, семейная система удовлетворяет, прежде всего, потребности в безопасности и самоутверждении всех ее членов. Уровень удовлетворения этих потребностей проявляется во время ситуаций фрустрации, в том числе, связанных с болезнью ребенка [26, 123].

Ученые акцентируют внимание на том, что преодоление фрустрации, вызванной болезнью ребенка, может развиваться по следующим сценариям:

- без нарушений семейной системы, включая систему ценностей, модели взаимоотношений;
- с незначительными нарушениями семейного функционирования, но большой вероятностью выхода из кризиса;
- с невозможностью совладания со стрессом, но адаптацией к нему;
- с нахождением семьи в дисфункциональном состоянии, отрицании необходимости сопротивления изменениям.

Таким образом, проведенный анализ литературы позволил построить следующую теоретическую модель исследования [Рисунок 5]:

1. Совладающее поведение родителей часто болеющих детей представляет собою процесс когнитивно-эмоционального реагирования на фрустрирующую ситуацию, растянутую во времени.

2. Совладающее поведение родителей часто болеющих детей разворачивается по четырем стадиям: 1 стадия – эмоциональная оценка ситуации, оптимизм;

2 стадия – тревожное принятие, надежда; 3 стадия – привыкание, выстраивание стратегий поведения; 4 стадия – принятие, адаптация.

3. Сложность ситуации зависит от объективных факторов – тяжести и остроты заболевания ребенка, социально-экономических условий жизни семьи и личностных характеристик родителей – осознанных и неосознанных.

4. Когнитивно-эмоциональное реагирование на уровне неосознанных реакций выражается через механизмы психологических защит, эмоциональные реакции, а на уровне осознанных – через когнитивные стили, механизмы совладания, образ желаемого будущего.



Рисунок 5. Теоретическая модель исследования

Как видно на рисунке 5, когнитивная составляющая совладающего поведения включает когнитивные стили, когнитивные установки, ценности и смыслы. Учитывая, что ситуация болезни ребенка имеет несколько переменных, в том числе, случайных (командировка родителей, отказ бабушек посидеть с ребенком, болезнь других близких), мы считаем необходимым ввести в качестве одной из переменных толерантность к неопределенности. Выявленное значение этой переменной позволит нам оценить связь с нею избираемых осознанных стратегии

совладания. Ценности и смыслы, транслируемые родителями, дадут возможность понимания образа болезни ребенка и его места в системе семейных ценностей.

Аффективная составляющая раскрывается через неосознанные паттерны поведения – психологические защиты и отражается в уровне эмоционального интеллекта личности.

Психологами выделены три формы совладающего поведения в ситуациях стресса: индивидуальный копинг; диадический копинг; семейный копинг. При возникновении трудной ситуации человек стремится применить индивидуальный копинг. Следует отметить, что совладающее поведение семьи выступает как ответ на фрустрацию и может разворачиваться по сценариям, предложенным выше. Во всех случаях совладающее поведение имеет определенную структуру: этапы, формы, характеристики.

Приведенная теоретическая модель легла в основу эмпирического исследования. Исследование проходило в два этапа.

На первом этапе при помощи объективных показателей болезни детей (количество заболеваний ОРВИ в течение года) родители, участвующие в исследовании, были поделены на 2 группы: родители здоровых детей и родители часто болеющих детей. В обеих группах изучалось субъективное восприятие болезни ребенка.

На втором этапе у респондентов выделенных групп изучались составляющие совладающего поведения и проводился сравнительный анализ между группами. По результатам сравнительного анализа были выделены типы совладающего поведения родителей, воспитывающих часто болеющих детей и проанализировано их отличие от поведения родителей здоровых детей и детей с другими нозологиями.

Для проведения эмпирического исследования была выстроена следующая последовательность действий:

Эмпирически выделить группы респондентов, включающих часто болеющих и здоровых детей.

Изучить субъективное восприятие болезни детей в выделенных группах.

Эмпирически изучить когнитивные предикторы, влияющие на выбор стратегии совладания.

Эмпирически исследовать аффективные маркеры, сопутствующие выбранным стратегиям совладания.

Исследовать наличие или отсутствие связи между выделенными когнитивными, аффективными предикторами и стратегиями совладающего поведения личности.

Выделить типы совладающего поведения в группе респондентов, воспитывающих часто болеющих детей.

Ниже приведена эмпирическая модель исследования [Таблица 2].

Таблица 2

Эмпирическая модель исследования

Составляющая	Измеряемая характеристика	Методика
1	2	3
Группирующая	Субъективное отношение к болезни, объективные показатели болезни	Экспертная оценка, анкета, фокус-группы, сочинение о болезни
Когнитивная	Иррациональные установки	Методика «Иррациональные установки» А. Эллиса
	Толерантность к неопределенности	Тест для исследования низкой/высокой толерантности к неопределенности Т.В. Корниловой
	Ценности и смыслы	Методика «Терминальные и инструментальные ценности» М. Рокича, контент-анализ сочинения о ребенке.
Аффективная	Эмпатия, саммотивация	Эмоциональный интеллект (Д.Холл)
	Тревожность	Диагностика тревожности – методика Спилбергера - Ханина

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
Поведенческая	Механизмы психологической защиты	Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса Опросник Плутчика – Келлермана – Конте «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) в адаптации Л.И. Вассермана и Е.А. Трифионовой (Вассерман и др., 2005).
	Жизнестойкость	Методика Д. Леонтьева – Е. Рассказовой

Таким образом, на первом этапе эмпирического исследования нами применялись анкетирование, экспертная оценка, анализ документов – для выделения групп испытуемых; фокус-группы – для определения критериев субъективного восприятия болезни ребенка; интент-анализ сочинения о болезни ребенка – для выявления субъективного восприятия болезни ребенка испытуемыми.

На втором этапе – методика «Иррациональные установки» А. Эллиса, когнитивный стиль «Толерантность к неопределенности», методика «Терминальные и инструментальные ценности» М. Рокича, контент-анализ сочинения о ребенке – для выявления когнитивных предикторов совладающего поведения родителей; Эмоциональный интеллект Холл, методика Спилбергера-Ханина – для выявления эмоциональных маркеров совладающего поведения взрослых; опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса, опросник Плутчика – Келлермана – Конте «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) в адаптации Л.И. Вассермана и Е.А. Трифионовой, Методика диагностики жизнестойкости Леонтьева – Рассказовой – для выявления основных стратегий совладающего поведения взрослых.

Эмпирическую выборку составили 246 родителей, среди которых 102 человека воспитывали часто болеющих детей, а 144 родителя – практически здоровых детей.

2.2. Особенности выявления групп родителей часто болеющих детей

Как было показано в Главе 1, к часто болеющим детям (ЧБД) специалисты относят в основном дошкольников, страдающих от различных заболеваний не менее 8-9-ти раз в год.

В то же время к практически здоровым детям мы отнесем дошкольников, болеющих не более 3-х раз в год.

Для выявления родителей, воспитывающих таких детей, были использованы: экспертный метод, метод работы с документами, анкетирование, фокус-группы. Метод работы с документами предполагал изучение количества и причин пропусков детьми занятий в дошкольных образовательных учреждениях. В ходе анализа внимание акцентировалось на следующем: количество пропусков, их периодичность, причины (наличие справки, заявление родителей). В ходе общения с родителями нами было выявлено, что не всегда пропуски связаны с болезнью ребенка, что меняло картину по выявлению часто болеющих детей.

К экспертизе привлекались воспитатели, медицинские работники, психологи, стаж работы которых составлял 5 и более лет. Предметом экспертизы стало отношение родителей к болезни ребенка. Экспертам предлагалось оценить уровень заботливости родителя по 10-ти бальной шкале. На левом полюсе шкалы находились родители, которых не волнует болезнь ребенка, на правом – сверхзаботливые родители, которые старались предупредить болезнь даже в ее отсутствие [Рисунок 6].

незаботливые родители	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	сверхзаботливые родители
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	---------------------------------

Рисунок 6. Форма для экспертов

Оценку производили по 10-ти балльной шкале. Такой способ позволил не только выделить определенные характеристики родителей как часто болеющих, так и практически здоровых детей, но дал возможность родителям увидеть свое поведение со стороны.

Родителям, в свою очередь, также предлагалось заполнить аналогичную форму. Затем результаты, полученные после работы экспертов и родителей, сравнивались.

В работах О.В. Александровой выделены объективные характеристики ситуации, необходимые для сбора анамнеза [3, 4]:

- биологические факторы (возраст ребенка, пол и возраст взрослого);
- характер и протекание заболевания (особенности диагностирования болезни у ребенка (постановка диагноза), тяжесть и длительность заболевания);
- макросоциальные условия (город проживания);
- семейные факторы (семейное положение, наличие других детей, степень родства с болеющим ребенком, и др.);
- социальная активность (образование, наличие работы, наличие хобби, социальная активность);
- социально-экономические факторы (наличие поддержки со стороны окружающих (друзей и близких, социально-психологических служб, уровень материального благополучия)» [3, 4].

В ходе составления анкеты мы учитывали рекомендации исследовательницы при составлении информационного блока вопросов.

Родителям предлагалось заполнить анкету, которая включала 3 блока:

1. Информационный блок. В этот блок входили сведения о самих родителях, детях, количестве заболеваний ОРВИ или ОРЗ детей в течение учебного года, возраст детей, их количество.

2. Блок отношения к болезни содержал вопросы о превентивных мерах, предпринимаемых родителями, чтобы ребенок не заболел; вопросы по отношению к самой болезни.

3. Блок рефлексии включал вопросы, относящиеся к прояснению роли родителей в ситуации болезни ребенка.

Родителям предлагалась следующая инструкция:

«Уважаемый респондент!

Приглашаем Вас принять участие в исследовании, которое касается Ваших особенностей взаимодействия с детьми. Ответы на вопросы, предлагаемые ниже, помогут нам выработать эффективные тактики и стратегии воспитания. Благодарим за участие».

Таким образом, предлагаемая анкета выглядела следующим образом [Таблица 3]:

Таблица 3

Форма анкеты для родителей

Вопрос 1	Назовите фамилию, имя, отчество	
Вопрос 2	Возраст	
Вопрос 3	Сколько детей дошкольного возраста воспитывается в семье?	
Вопрос 4	Сколько лет каждому из указанных Вами детей? (можно дать информацию через запятую)	
Вопрос 5	Сколько раз в год каждый из них болеет простудными заболеваниями? (можно дать информацию через запятую)	
Вопрос 6	Какие меры Вы принимаете для предотвращения болезни?	
Вопрос 7	Какие чувства Вы испытываете, когда Ваш ребенок болеет?	
Вопрос 8	Как бы Вы охарактеризовали свое представление о болезни ребенка одним словом?	
Вопрос 9	Считаете ли Вы простудные заболевания ребенка серьезной болезнью?	
Вопрос 10	Какие меры Вы предпринимаете, когда оказываетесь в ситуации болезни ребенка?	
Вопрос 11	Если Вы работаете, то как Вы решаете проблему болезни ребенка на работе?	
Вопрос 12	Кто из близких помогает Вам в ситуации болезни ребенка?	

Кроме того, нами проводились фокус-группы для выявления субъективного отношения родителей к болезни ребенка. Для участия в фокус-группе в соответствии с целями были приглашены родители 5-7 летних детей с учетом

пропорционального представительства по следующим параметрам: пол, частота заболеваний ребенка простудными заболеваниями. Такой подход обеспечил репрезентативность выборки.

Респондентам предлагались следующие вопросы для обсуждения:

1. Вспомните ситуацию болезни ребенка. Что Вы вспоминаете в первую очередь?
2. Какой Вам представляется болезнь ребенка?
3. Какие эмоции, чувства, мысли возникают у Вас первыми, когда Вы узнаете о болезни ребенка?
4. Где Вы черпаете ресурсы для того, чтобы справиться с ситуацией болезни? Кто или что помогает вам?
5. Как вы считаете, болезнь ребенка изменила Ваш характер? В чем заключаются эти изменения?

Сценарий проведения фокус-группы.

1. Во вводной части участникам сообщается цель работы группы и принимаются правила работы группы.
2. На следующем этапе происходит погружение в проблему.
3. На третьем этапе выявляются основные понятия и смыслы. В нашем случае мы использовали метод ассоциаций. В качестве слова-триггера были использованы словосочетания «болезнь ребенка», «работа и болезнь ребенка». В этом случае проводилась количественная и качественная обработка данных ассоциативного эксперимента. Изучалось: общее количество слов по стимулу, валентность ассоциаций. Такой подход позволил определить субъективную значимость выделенных направлений для участников.
4. На четвертом этапе мы использовали метод дискуссии по предлагаемым вопросам без выработки общего мнения. С этой целью была применена форма деловой игры. Участники были объединены в мини-группы по 5 человек для обсуждения дилеммных ситуаций с открытыми ответами. Дилеммные ситуации включали в себя весь возможный спектр проблем, связанный с болезнью ребенка.

В качестве примера приведем несколько ситуативных задач, предложенных респондентам:

1) Говорят, что в жизни всегда приходится чем-то жертвовать. Казалось, у тебя уже есть все: работа с карьерным ростом, любимый муж, ребенок. Но судьба любит шутить. И ребенок болеет, кажется, при малейшем дуновении ветра. Начальник сурово хмурится, когда ты берешь очередной больничный. Муж не понимает почему ты все чаще срываешься на крик. Малыш все время требует твоего внимания. Так, чем все-таки жертвовать? И надо ли?

2) Дети – счастье? Иногда это счастье лежит с высокой температурой, заложенным носом и больным горлом. Или не иногда. За последние полгода уже пятый раз. Одни говорят, что нужно лучше смотреть за ребенком: не давать ему плакать, теплее одевать, избегать сквозняков, кормить витаминами. Другие говорят, что нет ничего страшного. И не обязательно полностью растворять себя в ребенке. Кто прав?

3) Любовь к ребенку безусловна. Нужно любить его любым. А если не получается? Если ловишь себя на мысли, что ты отвратительный родитель потому, что не испытываешь умиления при взгляде на свое сопливое чадо? При этом ты понимаешь, что так не должно быть и испытываешь чувство вины. Что делать с такими чувствами? Полностью признать себя виновным и в качестве оправдания посадить ребенка на голову или все-таки принять свое отношение к ребенку и позволить себе так чувствовать? Что делать?

5. На пятом этапе участникам предлагалось создать коллаж «Болезнь ребенка». В инструкции отмечалось, что участник может создать коллаж в любом жанре. После окончания работы над коллажем проходила его презентация. В ходе подготовки коллажа было выделено 4 симптомокомплекса: принятие, враждебность, поклонение, безразличие. Описание каждого из них ниже. Следует отметить, что результаты стали основанием для выделения эмоциональной составляющей совладающего поведения родителей. Далее проводился качественный

содержательный анализ результатов работы, психологическая интерпретация рисунков и проекций.

6. На шестом этапе проводился краткий обмен мнениями и впечатлениями от работы группы.

Таким образом, нами были определены методы и методики, позволяющие дифференцировать респондентов по группам.

2.3. Проблема диагностики совладающего поведения родителей часто болеющих детей

Диагностика когнитивной составляющей.

Особенности диагностики родителей, прежде всего, связаны с высокой интенсивностью эмоциональной окраски отношения к детям. Именно по этой причине нами дублировались измерения практически по каждому показателю. Кроме того, в основу были положены положения когнитивно-бихевиоральных психологов о главенстве мыслей над эмоциями и поступками. Мы предположили, что когнитивная составляющая совладающего поведения характеризуется не только особенностями когнитивного стиля, но теми иррациональными установками, которые могут быть сформированы у родителей к моменту болезни ребенка. С целью выявления иррациональных установок нами была применена методика «**Иррациональные установки**» А. Эллиса [71]. В ходе исследования нами проверялась гипотеза о существовании различий в выраженности иррациональных установок «катастрофизация», «долженствование в отношении себя», «долженствование в отношении других», «оценочная установка» у родителей выборки.

Методика «Терминальные и инструментальные ценности» М. Рокича – данная методика направлена на изучение ценностных ориентаций личности, которые в свою очередь определяют отношения человека к себе и окружающему миру [72]. В основу методики положено разделение автором ценностей на две основные группы: терминальные и инструментальные. Данная методика

содержит два списка ценностей (по 18 в каждом). Каждой ценности испытуемому необходимо присвоить ранговый номер, либо разложить карточки с предложенным утверждениями по порядку значимости. Данная методика нами использовалась для определения первых пяти позиций в иерархии ценностей. По итогам диагностики нами заполнялись следующие таблицы [Таблицы 4-5].

Таблица 4

Терминальные ценности

Ценности	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа ...
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Таблица 5

Инструментальные ценности

Ценности	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа ...
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Затем полученные результаты подвергались статической обработке для выявления отклонений.

В ходе проведения **фокус-групп** мы обратили внимание, что родителям проще рассказывать о событиях в семье, если они не называют имена прямым текстом. Тогда нами было предложено сочинение, тему для которого родители выбирали самостоятельно, используя технику «одушевленное –

неодушевленное». Психолог предлагал родителям назвать ряд неодушевленных и одушевленных стимулов, сочетание которых и было заложено в тему сочинения. Затем текст подвергался процедуре контент-анализа.

Контент-анализ сочинения о ребенке – данная методика представляет собой проведение анализа текстов родительских сочинений о своих детях. Сочинение о болезни относится к разряду проективных методик. Сущность данной методики сводится к систематизации интуитивных ощущений родителей и переводу их в наглядный и проверяемый формат, с целью дальнейшей разработки методики целенаправленного сбора тех текстовых свидетельств, на которых эти ощущения основываются. С ее помощью становится возможным выявить личностные качества каждого родителя в отдельности, а также узнать его отношение к болезни в качестве единиц анализа были выбраны следующие:

1. Когнитивные единицы – установки в отношении болезни ребенка.
2. Эмоциональные единицы – эмоциональная валентность высказываний родителей, общая тональность текста.
3. Деятельностные единицы – количество глаголов, существительных.

На основании этого анализа определяется содержательная интерпретация выявленных закономерностей.

Диагностика толерантности к неопределенности Т.В. Корниловой. В основе опросника лежат следующие шкалы: толерантность к неопределенности, интолерантность к неопределенности и межличностная интолерантность к неопределенности. По сути опросников, измеряющих особенности личности в ситуации неопределенности, практически нет. Имеющиеся опросники измерения готовности личности к риску не охватывают весь спектр личностных характеристик, позволяющих судить о способности личности делать выбор. Существующий опросник «Дилеммный выбор» В.К. Калина дает информацию о выборе решения в определенной ситуации, однако интерпретировать результаты на все имеющиеся ситуации проблематично. Эти размышления и привели нас к использованию опросника Т.В. Корниловой [107].

Диагностика эмоциональной составляющей.

Несмотря на большое количество методик (Методика САН, Методика оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности, Тест-опросник «Оценка настроения», Методика «Самооценка эмоциональных состояний», Тест-анкета «Эмоциональная направленность», Методика экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии) В.В. Бойко и др.), они позволяют оценить лишь какое-то одно проявление эмоциональной сферы, не затрагивая эмоциональную стабильность личности. В этом плане наиболее соответствующей нашему исследованию является методика определения эмоционального интеллекта (Н. Холл), позволяющая оценить эмоциональный интеллект личности по отношению к себе и к другим, способности к общению; отношению к жизни и поиску гармонии. В результате применения методики экспериментатор получает результаты по шкалам: 1) эмоциональная осведомленность; 2) управление своими эмоциями; 3) управление эмоциями других людей; 4) эмпатия; 5) самомотивация. Респонденту необходимо оценить предоставленные суждения по 6-балльной шкале: от -3 до +3. Для нашего исследования наиболее значимыми были шкалы самомотивации, учитывая, что болезнь ребенка может носить периодический и затяжной характер; шкала эмпатии, показывающая способность родителя понять состояние ребенка.

В процессе работы в фокус-группах нами было обращено внимание на поведение родителей. В некоторых случаях психологи отмечали их поведение как тревожное. В связи с этим нами проводилась диагностика тревожности – методика (Спилбергер-Ханина). Данная методика направлена на определение уровня ситуативной (или реактивной) тревожности через субъективно переживаемые эмоции. Методика содержит 20 утверждений, которые респондент должен оценить по 4-балльной шкале [107].

Кроме того, респондентам предлагалось создать коллаж «Болезнь ребенка». В ходе исследования были выявлены следующие симптомокомплексы:

1. Принятие. Респондентами подбирались картинки, несущие позитивные эмоции. Как правило, ребёнок находился в окружении семьи и участвовал в совместной деятельности.

2. Враждебность. Коллаж составляли картинки, несущие негативное отношение к ребенку и болезни: больной ребёнок с соплями, лицо с гримасой, кричащий ребенок. Картинки ребенка в семейном кругу использовались редко. Встречались картинки отдельно мужчин и женщин с гримасами на лицах и не имеющих отношения к ребенку.

3. Поклонение, инфантилизм. Картинки ребенка в окружении всей семьи. Уход за ребенком. Предупреждение всех его желаний.

4. Безразличие. Отсутствие взрослых на коллаже. Или отсутствие ребенка.

Диагностика поведенческой составляющей

В диагностике совладающего поведения существуют определенные проблемы. Так, в исследованиях О.В. Кружковой, Д.А. Никифоровой отмечаются существующие проблемы в выделении основных параметров измерения копинг-поведения. Так, в работах А.М. Гришина выделяются копинг-действия, копинг-стратегии, копинг-стили и категории совладания высшего порядка (оси, по которым ориентированы другие категории совладания). В работах Т.В. Крюковой отмечены только первые три дескриптора О.В. Кружкова предлагает два уровня анализа совладающего поведения: отдельные стратегии и обобщенные диспозиции. Различия в подходах приводят к проблемам диагностики. В нашем исследовании мы пользуемся разделением стратегий поведения на осознанные и неосознанные. В рамках диагностики осознанных копингов была использована методика «Способы совладающего поведения» Лазаруса [59]. По сути других методик, определяющих осознанные модели поведения, практически нет. В ходе исследования определялись средние значения копингов [Таблица 6]

Диагностика копинг-стратегий

Группа/копинг	1	2	3	...
Конфронтационный копинг				
Дистанцирование				
Самоконтроль				
Поиск социальной поддержки				
Принятие ответственности				
Бегство-избегание				
Планирование решения проблемы				
Положительная оценка				

С целью диагностики неосознанных паттернов поведения нами применялся опросник Плутчика – Келлермана – Конте «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) в адаптации Л.И. Вассермана и Е.А. Трифоновой (Вассерман и др., 2005) [79], позволяющий определить механизмы психологической защиты.

В результате данной методики выявляются восемь механизмов психологической защиты личности по восьми отдельным шкалам (вытеснение, регрессия, замещение, отрицание, проекция, компенсация, гиперкомпенсация и рационализация), численные значения которых высчитываются из числа положительных ответов на предложенные утверждения, разделенные на число утверждений в каждой шкале.

Методика Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой «Тест жизнестойкости» – данная методика направлена на оценку способности и готовности человека конструктивно действовать в ситуации стресса. Нами оценивались три основные характеристики жизнестойкости: вовлеченность, контроль, принятие риска [61].

Таким образом, нами был подготовлен психолого-диагностический минимум, позволяющий всесторонне изучить проблему совладающего поведения родителей часто болеющих детей.

Выводы по Главе 2

Обоснована необходимость исследования особенностей совладающего поведения родителей часто болеющих детей. Совладающее поведение представлено на когнитивном, аффективном уровнях, а также в осознанных и неосознанных паттернах. Когнитивная составляющая совладающего поведения включает когнитивные стили, когнитивные установки, ценности и смыслы. Аффективная составляющая раскрывается через эмпатию, самомотивацию, тревожность. На уровне осознанных паттернов – копинг-стратегии, жизнестойкость, на уровне неосознанных – механизмы психологической защиты.

Предложена батарея методик, позволяющая изучить особенности совладающего поведения личности родителя в ситуации часто болеющих детей. В частности разработана анкета для выявления отношения родителя к болезни ребенка; разработаны сценарии фокус-групп – для определения критериев субъективного восприятия болезни ребенка; интент-анализ сочинения о болезни ребенка – для выявления субъективного восприятия болезни ребенка испытуемыми; методика «Иррациональные установки» А. Эллис, когнитивный стиль «Толерантность к неопределенности» (Корнилова), методика «Терминальные и инструментальные ценности» Рокич, контент-анализ сочинения о ребенке – для выявления когнитивных предикторов совладающего поведения родителей; Эмоциональный интеллект Холл, методика Спилбергера - Ханина – для выявления эмоциональных маркеров совладающего поведения взрослых; опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса, опросник Плутчика – Келлермана – Конте «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) в адаптации Л.И. Вассермана и Е.А. Трифоновой (Вассерман и др., 2005), методика диагностики жизнестойкости Леонтьева – Рассказовой – для выявления основных стратегий совладающего поведения взрослых.

Эмоциональное отношение родителя к болезни ребенка изучалось при помощи авторской методики «Коллаж болезни». Анализ результатов пилотажного исследования позволил выделить ряд симптомокомплексов эмоционального восприятия болезни: принятие; враждебность; аутоагрессия; безразличие, поклонение.

ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ РЕБЁНКА

3.1. Обсуждение результатов выделения групп испытуемых для эмпирического исследования

На первом этапе эмпирического исследования нами был осуществлен анализ документов, позволяющий определить количество пропусков занятий в дошкольном образовательном учреждении. С учетом того, что работа проводилась в 5-ти детских садах города Симферополя, было выявлено более 312 детей, пропускающих от 1-го до 5-ми дней не менее 8-ми раз в год.

С помощью экспертов, в число которых вошли психолог, медицинский работник, воспитатель, нами были выявлены 156 семей, чьи дети не посещали детский сад по причине ОРВИ или ОРЗ не менее 8 раз в год, имея медицинские подтверждения болезни.

Кроме того, нами были выявлены практически здоровые дети, которые болели указанными выше заболеваниями не чаще 1-2 раз в год – 438 детей из 317 семей.

Обеим группам родителей было разослано приглашение на участие в эмпирическом исследовании следующего содержания:

«Уважаемый _____! Приглашаем Вас принять участие в исследовании особенностей стратегий поведения взрослых в ситуации болезни детей. Результаты исследования могут стать основой для создания программы психологического сопровождения семей с часто болеющими детьми. Благодарим за понимание».

По итогу устное согласие выразили 102 родителя из семей с часто болеющими детьми и 144 родителя и семей с практически здоровыми детьми. Эти респонденты и составили эмпирическую выборку на этом этапе исследования.

Оценка экспертами отношения родителей к болезни ребенка, показала следующие результаты [Рисунок 7].

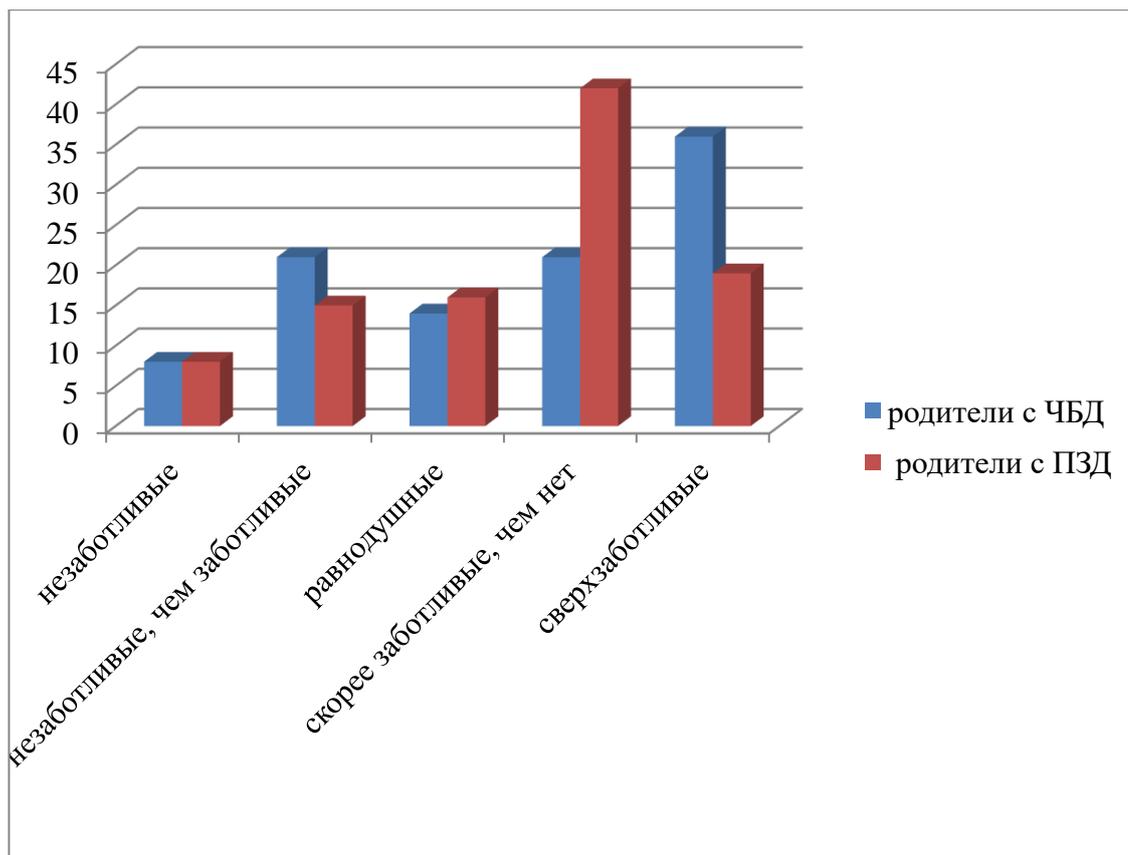


Рисунок 7. Оценка экспертами отношения родителей к болезни ребенка

Условные обозначения: ЧБД – часто болеющие дети; ПЗД – практически здоровые дети

Как видно на рисунке, есть отличия в оценке отношения к болезни ребенка у родителей с ЧБД и у родителей с ПЗД. Так, одинаковый процент незаботливых родителей отмечается экспертами в обеих группах. Эксперты отмечают, что эти родители не одевают детей соответственно погоде, могут привести больными в садик, не контролируют питание, гигиенический режим ребенка. Однако по субъективным оценкам экспертов, количество скорее незаботливых, чем заботливых родителей больше среди родителей часто болеющих детей. Следует отметить, что не исключена субъективность в экспертных оценках. В связи с этим, в дальнейшем, мы объединили незаботливых и скорее незаботливых в одну группу.

Родителей, равнодушных по отношению к болезни ребёнка, в обеих группах примерно одинаково, по мнению экспертов. Эксперты отмечают, что к равнодушным они отнесли родителей, которые не выступают открыто против рекомендаций по здоровью ребенка, но молча их саботируют.

Интересны показатели по шкале «скорее заботливые, чем нет». По этому критерию есть достоверные отличия между группами родителей с ЧБД и ПЗД. Так, эксперты отмечают. Что среди родителей с практически здоровыми детьми заботливых больше, чем среди родителей с часто болеющими детьми. А вот сверхзаботливых, по мнению экспертов, больше среди родителей с ЧБД.

Следующим шагом нами были проведены фокус-группы по выявлению субъективного отношения к болезни у родителей обеих групп [Таблица 7].

Таблица 7

Результаты обсуждения в фокус-группах

Вопрос для обсуждения	Наиболее часто встречающиеся ответы	
	Группа родителей с ЧБД	Группа родителей с ПЗД
Вспомните ситуацию болезни ребенка. Что Вы вспоминаете в первую очередь?	1. Лицо ребенка и горячий лоб. 2. Опять брать больничный. 3.	1. Звонок из садика о том, что ребёнок заболел.
Какой Вам представляется болезнь ребенка?	1. Непрерывающейся. 2. Вечной. 3. Посланной в наказание. 4. Все дети болеют. 5. Пройдет само с возрастом.	1. Все дети болеют. 2. Суетной.
Какие эмоции, чувства, мысли возникают у Вас первыми, когда Вы узнаете о болезни ребенка?	1. Растерянность. 2. Никаких, я привыкла. 3. Усталость. 4. Жалко ребенка. 5. Страх, что это не закончится никогда. 6. Пройдет.	1. Кто заберет ребенка из садика? 2. Вызвать врача. 3. Кто будет сидеть с больным ребенком? 4. Как уйти с работы за ребенком? 5. Как не вовремя.
Где Вы черпаете ресурсы для того, чтобы справиться с ситуацией болезни? Кто или что помогает вам?	1. Помогают родители. 2. Позволяю себе выходные от семьи. 3. В работе.	1. Помогает семья. 2. Договариваюсь с няней. 3. Использую дни на больничном и для своего роста.
Как вы считаете, болезнь ребенка изменила Ваш характер? В чем заключаются эти изменения?	Дергаюсь при звонке из садика. Спокойно реагирую на очередные ОРЗ, ОРВИ	Закаляю ребенка. Не повлияло на характер.

Условные обозначения: ЧБД – часто болеющие дети; ПЗД – практически здоровые дети

Следует отметить, что во время обсуждения в фокус-группах у родителей часто болеющих детей и у родителей практически здоровых детей чаще всего

ответы на вопросы различались. Если учесть те группы, которые выделили эксперты – незаботливые (агрессивные) родители, равнодушные родители, заботливые родители, сверхзаботливые родители, то можно выявить отличия в выборе ответов в рамках одной группы – родителей часто болеющих детей и в рамках группы родителей практически здоровых детей [Таблица 8].

Таблица 8

Ответы в группах

Подгруппа/вопрос		Незаботливые	Равнодушные	Заботливые	Сверхзаботливые
1.	Родители ЧБД	Опять раздетым бегал	Нарушение личных планов	Нужно скорее забрать из садика	Лицо ребенка и горячий лоб
	Родители ПЗД	Нарушение личных планов	Как не вовремя	Кто заберет из садика? Скорее отпроситься на работе	Звонок из садика и страх
2.	Родители ЧБД	Вечные сопли и кашель. Наказание	Выматывающая всю душу Усталость	Ослабляющая ребенка	Ужасной
	Родители ПЗД	Выматывающей	Обычной		
3.	Родители ЧБД	Страх, что это не закончится никогда	Никаких, я привыкла. Пройдет	Усталость. Растерянность	Жалко ребенка
	Родители ПЗД	Раздражение – я же говорила...	Это не повод менять планы Как не вовремя	Кто заберет ребенка из садика? Вызвать врача. Кто будет сидеть с больным ребенком? Как уйти с работы за ребенком?	Нужно купить лекарств Хоть бы не Ковид
4.	Родители ЧБД	Позволяю себе выходные от семьи	В работе помогают родители	В любви к ребенку, семье	
	Родители ПЗД	Договариваюсь с няней, родителями	Иду на больничный	Использую дни на больничном для общения с ребенком	Не пускаю в сад при первом посыле
5.	Родители ЧБД	Дергаюсь при звонке из садика. Спокойно реагирую на очередные ОРЗ, ОРВИ			
	Родители ПЗД	Нет	Закаляю ребенка		

Условные обозначения: ЧБД – часто болеющие дети; ПЗД – практически здоровые дети

Как видно из таблицы 8, родители из разных подгрупп могут оценивать ситуацию болезни по-разному. Интересны результаты ассоциативного

эксперимента, проведенного в рамках фокус-группы. В качестве стимулов родителям предлагались слова: ребенок, болезнь [Таблицы 9-10].

Таблица 9

Ассоциативный ряд к стимулу «ребёнок»

Подгруппа / вопрос		Незаботливые	Равнодушные	Заботливые	Сверхзаботливые
1	Родители ЧБД	сопли, непослушный, проблемы,	болеет, усталость	болезнь, плачет, врач	любовь, маленький, помощь
	Родители ПЗД	имя, сын, дочь		внимание, помощь, поддержка	Отдых, иммунитет

Условные обозначения: ЧБД – часто болеющие дети; ПЗД – практически здоровые дети

Как видно по результатам, приведенным в таблице 9, ассоциативные предпочтения для разных подгрупп родителей часто болеющих и практически здоровых детей, имеют некоторые различия. При этом нами были взяты только первые позиции в рейтинге для каждой подгруппы. Интересно, что в группе незаботливых родителей часто болеющих детей валентность высказываний отрицательная (агрессивная), в то время, когда в подгруппе «незаботливые» родители практически здоровых детей чаще всего указывают нейтральные данные – имя ребенка, его статус в семье – сын, дочь. В подгруппе «равнодушные» родителей обеих групп первые места в рейтинге занимают функциональные слова – болеет и связанные с ним слова – врач, лекарство, больница, больничный, усталость. Интересны различия в выборе ассоциаций у заботливых и сверхзаботливых родителей. Мы считаем, что отрицательная валентность у заботливых родителей часто болеющих детей связана с осознанием трудностей, которые несет с собой очередное заболевание ребенка.

Ассоциативный ряд, полученный при использовании стимула «болезнь» для всех родителей приведён в таблице 10.

Ассоциативный ряд к стимулу «болезнь»

Подгруппа / вопрос		Незаботливые	Равнодушные	Заботливые	Сверхзаботливые
1	Родители ЧБД	Раздражение, бессонная ночь, больничный, нервозность	усталость, спать	Ребёнок, врач	Лечить
	Родители ПЗД	Пройдет	Где опять подхватил?	Больница, больничный	Лечить

Условные обозначения: ЧБД – часто болеющие дети; ПЗД – практически здоровые дети

Как видно по результатам, приведенным в таблице 10, существуют различия в ассоциативных рейтингах и валентностях выделенных групп. У незаботливых родителей часто болеющих детей преимущественно отрицательная валентность ассоциаций, равнодушные характеризуют болезнь локально, называя ее.

Интересны коллажи, создаваемые разными группами родителей. В ходе проведения фокус-групп мы не могли обеспечить достаточное количество представителей одной подгруппы в рамках встречи. В связи с этим респондентам было предложено сделать индивидуальный коллаж.

Так, незаботливыми родителями как часто болеющих, так и здоровых детей чаще собирались коллажи, где ребенок отсутствует [Рисунки 8-15].



Рисунок 8. Болезнь ребенка в представлениях незаботливых родителей часто болеющих детей

Так, на Рисунке 8 собран коллаж из наиболее часто встречающихся картинок, выбранных незаботливыми родителями часто болеющих детей. Как видно на рисунке, работающих родителей тревожит проблема их отсутствия на рабочем месте. Респонденты поясняют свою тревогу тем, что работодатели не горят желанием держать у себя сотрудников, которые уходят на больничный почти каждый месяц. Кроме того, возникают серьезные проблемы с поиском того, кто посидит с ребенком, если ни один из родителей не хочет рисковать рабочим местом. Как правило, родители этого типа стараются отгородиться от проблемы, что вызывает у них чувство вины. На представленных коллажах чаще всего отсутствует фигура самого ребенка и внимание акцентируется на переживаниях родителей. При этом родители в том или ином виде отмечают, что знают, как бороться с простудными заболеваниями ребенка.

Для незаботливых родителей практически здоровых детей болезнь ребенка связана с ограничениями их возможностей – работы, поездок, путешествий. Для

32% родителей этой группы свойственно агрессивное неэстетичное восприятие болезни ребенка – сопли, неприятное выражение лица [Рисунок 9].



Рисунок 9. Болезнь ребенка в представлениях незаботливых родителей практически здоровых детей

Объясняя выбор картинок для коллажа, респонденты этой группы, отмечают «несвоевременность» болезни ребенка, вспышки агрессии в отношении этой болезни.

Для равнодушных родителей часто болеющих детей при выборе картинок характерно чувство обреченности, усталости [Рисунок 10].



Рисунок 10. Болезнь ребенка в представлениях равнодушных родителей часто болеющих детей

Как видно на рисунке 10, в коллаже преобладают унылые лица. Дети, как правило, мешают, задерживают, тормозят. Респонденты отмечают хроническую усталость и отсутствие хотя бы подобия нормальной жизни. Некоторые из них считают, что дети болеют специально. На коллажах часто встречаются изображения животных с тоскливым взглядом. Однако, есть и пейзажи с проблесками солнца. Следует отметить, что чаще всего респонденты выбирают зимние виды. Мы считаем, что это связано с эмоциональной ригидностью данной группы родителей.

Болезнь ребенка в представлениях равнодушных родителей практически здоровых детей представлена на рисунке 11.

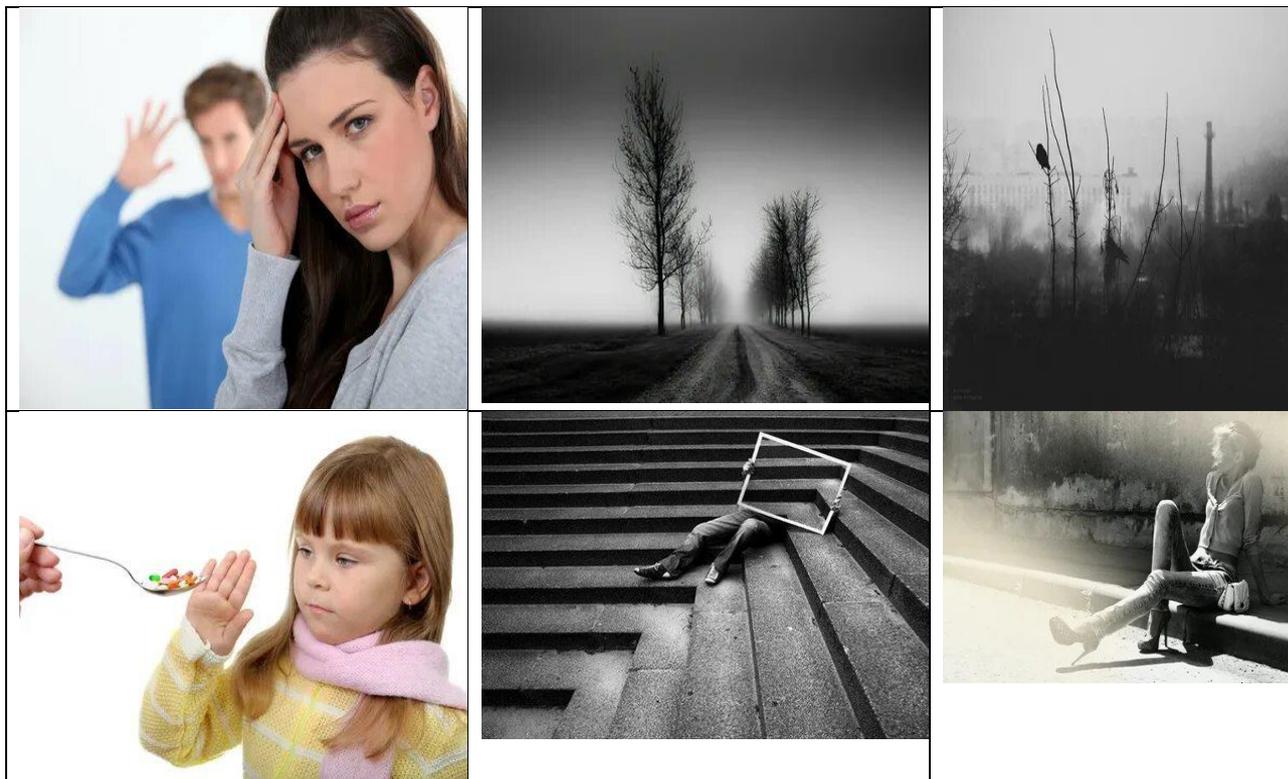


Рисунок 11. Болезнь ребенка в представлениях равнодушных родителей практически здоровых детей

Этой группой родителей также болезнь ребенка воспринимается как проблема, однако частое использование изображений подъема по лестнице или остановки, наводит на мысль о восприятии болезни как временного затруднения, не добавляющего красок в жизни и требующего передышки. Эти родители также нечасто включают в коллаж изображения детей, в основном используют метафорические послылы – унылые пейзажи, серость.

По сравнению с рассмотренными группами коллажи заботливых родителей отличаются яркостью красок. Болезнь ребенка в представлениях заботливых родителей часто болеющих детей чаще представляется изображениями родителей и ребенка [Рисунок 12]. Родители при этом заботятся о своём ребенке. В некоторых случаях болезнь ребенка воспринимается родителями как пасмурный день, когда солнце укрыто тучами.



Рисунок 12. Болезнь ребенка в представлениях заботливых родителей часто болеющих детей

Респонденты этой группы используют и картинки с изображением врача, медицинской помощи ребенку. Как правило, большая часть изображений – люди.

Родители практически здоровых детей также предпочитают использовать изображения людей для создания коллажей [Рисунок 13]. Их коллажи отражают алгоритм действий семьи по отношению к больному ребенку: забота, вызов врача. Интересно, что только эта группа родителей подбирает картинки с изображением прогулок на улице, активных видов спорта, закаливания. При обсуждении коллажа респонденты этой группы отмечают, что дети должны правильно питаться, употреблять необходимый комплекс витаминов. Заботливые родители большое внимание уделяют закаливанию ребенка. Следует отметить, что часть изображений относится к сезонной одежде и правилам закаливания.



Рисунок 13. Болезнь ребенка в представлениях заботливых родителей практически здоровых детей

В то же время, сверхзаботливые родители часто болеющих детей используют для создания коллажа, в основном, изображения болеющих детей, таким образом, показывая их сверхценность в семейной системе [Рисунок 14]. При этом дети на изображениях, чаще всего, демонстрируют признаки болезни, тепло укутаны. При обсуждении созданного коллажа респонденты этой группы отмечают, что дети должны быть тепло одеты, в комнате не должно быть сквозняков, питание должно быть полноценным и богатым витаминами.



Рисунок 14. Болезнь ребенка в представлениях сверхзаботливых родителей часто болеющих детей

Родители этой группы, в отличие от предыдущей, категорически против вредной пищи – мороженого, конфет, лимонада, даже в единичных случаях.

Сверхзаботливые родители практически здоровых детей при создании коллажа отмечают способы борьбы с болезнью [Рисунок 15].



Рисунок 15. Болезнь ребенка в представлениях сверхзаботливых родителей практически здоровых детей

Как видно на рисунке 15, эта категория родителей выбирает методички, по которым нужно действовать, типы лекарств.

Таким образом, проведенное эмпирическое исследование позволило выявить среди родителей практически здоровых и часто болеющих детей 4 группы респондентов, отличающихся по уровню проявления заботы к детям: незаботливые (агрессивные), равнодушные, заботливые, сверхзаботливые.

Незаботливые родители часто болеющих и практически здоровых детей характеризуются агрессивным, раздражительным отношением к своим детям, отсутствием адекватного контроля за их жизнедеятельностью, восприятием ребенка как проблемы.

Равнодушные родители проявляют безразличие к своим детям, симптомы заболевания, как правило, замечают не сразу, что приводит к обострению процесса. Болезнь детей вызывает у родителей этой группы усталость и воспринимается как помеха в собственной жизни.

Заботливые родители часто болеющих и практически здоровых детей характеризуются внимательным отношением к своему ребенку, соблюдением рекомендаций врача, стремлением к здоровому образу жизни.

Сверхзаботливые родители проявляют сверхопеку над детьми, оберегая их от жизни в целом.

Дальнейшие исследования проводились в рамках выделенных групп.

3.2. Результаты эмпирического исследования когнитивной и аффективной составляющих совладающего поведения родителей часто болеющих детей

Изучение когнитивной составляющей в рамках выделенных групп предполагало изучение иррациональных установок, ценностей и смыслов, а также установок в отношении ребенка. Результаты исследования иррациональных установок у респондентов выборки приведены в Таблицах 11-14.

Как видно по результатам, приведенным в таблице 11, существуют некоторые различия в использовании иррациональных установок незаботливыми родителями часто болеющих и практически здоровых детей [Таблица 11].

Таблица 11

Иррациональные установки незаботливых родителей

Группа/установка	Катастрофизация	Долженствование в отношении себя	Долженствование в отношении других	Фрустрационная толерантность	Самооценка и рациональность мышления
Родители ЧБД	11,7±0,023	23,91±0,22	18,75±0,041	26,7±0,22	20,43±0,06
Родители ПЗД	14,13±0,053	27,64±0,06	24,167±0,32	23,79±0,36	24,21±0,12

Условные обозначения: ЧБД – часто болеющие дети; ПЗД – практически здоровые дети

Незаботливым родителям характерна катастрофизация, фрустрационная толерантность и самооценка, и рациональность мышления. По сути, респонденты обеих подгрупп восприимчивы к стрессу, оценивают не отдельные черты или поступки людей, а личность в целом. Такое поведение может привести к конфликту.

Исследование показало наличие значимых отличий у незаботливых – родителей часто болеющих детей и практически здоровых детей по шкалам: долженствование в отношении других ($\chi^2_{\text{эмп}}=11,2$ при $\rho = 0,05$). Так, родители практически здоровых детей склонны предъявлять завышенные требования к другим людям – воспитателям в дошкольной детской организации, школьным учителям, членам семьи, а иногда и самому ребенку.

Изучение иррациональных установок равнодушных родителей приведено в таблице 12. Как видно по результатам, приведенным в таблице 12, существуют достоверные различия между подгруппами родителей практически здоровых и часто болеющих детей по шкале «фрустрационная толерантность» ($\chi^2_{\text{эмп}}=9,8$ при $\rho = 0,05$). Так, родители часто болеющих детей перекладывают всю ответственность за здоровье ребенка на других, как и незаботливые родители. Респонденты

группы родителей ЧБД восприимчивы к стрессу, оценивают не отдельные черты или поступки людей, а личность в целом. Такое поведение может привести к конфликту.

Таблица 12

Иррациональные установки равнодушных родителей

Группа/установка	Катастрофизация	Долженствование в отношении себя	Долженствование в отношении других	Фрустрационная толерантность	Самооценка и рациональность мышления
Родители ЧБД	14,09±0,27	24,29±0,64	13,3±0,26	17,901±0,38	21,32±0,11
Родители ПЗД	13,76±0,46	24,01±0,28	14,1±0,31	11,24±0,09	20,41±0,25

Условные обозначения: ЧБД – часто болеющие дети; ПЗД – практически здоровые дети

Родители этой группы оценивают личность по одному действию, поступку. Так, в ходе исследования родители отмечали, что маркером плохого отношения воспитателя является то, что ребенок плохо спал во время дневного сна. В то же время, эти родители указывали, что раньше у этого же воспитателя ребёнок спал хорошо.

Интересны результаты исследования иррациональных установок заботливых родителей [Таблица 13].

Таблица 13

Иррациональные установки заботливых родителей

Группа/установка	Катастрофизация	Долженствование в отношении себя	Долженствование в отношении других	Фрустрационная толерантность	Самооценка и рациональность мышления
Родители ЧБД	12,83±0,24	19,342±0,51	13,65±0,22	14,087±0,33	14,63±0,18
Родители ПЗД	14,38±0,32	14,018±0,38	15,967±0,27	13,648±0,34	12,82±0,07

Условные обозначения: ЧБД – часто болеющие дети; ПЗД – практически здоровые дети

Как видно из таблицы 13, существуют достоверные различия между подгруппами родителей практически здоровых и часто болеющих детей по шкалам

«Долженствование в отношении себя» ($\chi^2_{эмп} = 10,56$ при $\rho = 0,05$); «Долженствование в отношении других» ($\chi^2_{эмп} = 9,94$ при $\rho = 0,05$); «фрустрационная толерантность» ($\chi^2_{эмп} = 10,87$ при $\rho = 0,05$). Заботливые родители часто болеющих детей чаще, чем заботливые родители практически здоровых детей, возлагают всю ответственность за состояние ребенка на себя, проявляют чрезмерные требования к другим и не могут адекватно адаптироваться к ситуации болезни ребенка, воспринимая любое отклонение за провал.

Заботливым родителям характерны такие иррациональные установки как: катастрофизация, фрустрационная толерантность, самооценка и рациональность мышления.

Результаты изучения иррациональных установок у сверхзаботливых родителей приведены в таблице 14.

Таблица 14

Иррациональные установки сверхзаботливых родителей

Группа/установка	Катастрофизация	Долженствование в отношении себя	Долженствование в отношении других	Низкая фрустрационная толерантность	Самооценка и рациональность мышления
Родители ЧБД	14,16±0,26	11,23±0,44	17,39±0,35	17,48±0,29	17,68±0,46
Родители ПЗД	11,32±0,36	14,28±0,39	16,21±0,21	16,73±0,31	17,59±0,52

Условные обозначения: ЧБД – часто болеющие дети; ПЗД – практически здоровые дети

Как видно по результатам, приведенным в таблице 14, сверхзаботливым родителям характерны такие иррациональные установки как катастрофизация, фрустрационная толерантность, самооценка и рациональность мышления, долженствование в отношении других, долженствование в отношении себя. Достоверных различий между группами не выявлено. Существуют достоверные различия между подгруппами сверхзаботливых родителей практически здоровых и часто болеющих детей по шкалам «Катастрофизация» ($\chi^2_{эмп} = 12,39$ при $\rho = 0,05$), что проявляется преувеличении негативных последствий болезни или поступков, связанных с ней: выпил холодное молоко, вышел на улицу без шарфа; по шкалам

«Долженствование в отношении себя» ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,06$ при $\rho = 0,05$); «Долженствование в отношении других» ($\chi^2_{\text{эмп}} = 10,97$ при $\rho = 0,05$); «Фрустрационная толерантность» ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,81$ при $\rho = 0,05$).

Эмпирическое исследование инструментальных и терминальных ценностей родителей практически здоровых и часто болеющих детей также показало значимые различия в иерархиях ценностей у определенных подгрупп респондентов [Таблица 15].

Таблица 15

Терминальные ценности респондентов (средние значения)

Ценности	Незаботливые родители		Равнодушные родители		Заботливые родители		Сверхзаботливые родители	
	РЧБД	РОЗД	РЧБД	РОЗД	РЧБД	РОЗД	РЧБД	РОЗД
Активная деятельная жизнь	10,56	8,23	7,65	8,96	5,34	3,47	3,54	8,31
Жизненная мудрость	11,34	3,21	14,45	13,29	10,63	4,18	11,23	4,24
Здоровье	3,45	4,782	8,48	7,02	2,15	2,189	1,8	1,534
Интересная работа	5,761	9,45	9,71	6,81	5,12	7,433	6,97	5,32
Красота природы и искусства	7,82	6,038	4,811	6,28	6,42	5,65	14,64	13,76
Любовь	8,682	4,234	10,2	8,34	3,168	4,004	4,32	5,74
Материально обеспеченная жизнь	2,59	5,971	2,11	3,16	3,22	6,088	2,09	8,513
Наличие хороших и верных друзей	4,03	3,298	11,43	13,92	7,43	3,208	13,66	7,58
Общественное признание	7,439	7,87	14,9	11,89	9,16	11,7	8,49	7,21
Познание	11,36	8,23	11,66	13,63	7,32	8,23	9,34	9,56
Продуктивная жизнь	5,98	4,8912	4,477	4,22	5,06	4,8912	8,325	6,76
Развитие	11,54	8,099	10,11	12,01	4,81	8,65	4,30	6,48
Развлечения	5,87	12,21	10,87	12,28	11,38	12,21	15,87	12,08
Свобода	1,12	1,809	4,876	5,638	6,12	5,39	15,23	8,431
Счастливая семейная жизнь	4,3	4,029	5,328	7,033	2,33	4,28	5,341	7,542
Счастье других	11,25	9,329	13,47	11,37	4,23	6,29	1,996	4,37
Творчество	9,294	7,34	10,92	7,36	6,54	6,34	14,87	11,564
Уверенность в себе	8,34	12,01	4,34	7,12	8,44	4,01	14,349	5,087

Условные обозначения: РЧБД – родители часто болеющих детей; РОЗД – родители практически здоровых детей

Как видно по результатам, приведенным в таблице 15, для группы незаботливых родителей можно выделить определённые различия в выборе терминальных ценностей по шкалам: жизненная мудрость ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,13$ при $\rho = 0,05$), познание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,01$ при $\rho = 0,05$), развлечение ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,08$ при $\rho = 0,05$), счастливая семейная жизнь ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,01$ при $\rho = 0,05$), интересная работа ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,05$ при $\rho = 0,05$), уверенность в себе ($\chi^2_{\text{эмп}} = 10,78$ при $\rho = 0,05$).

Для равнодушных родителей обеих групп существуют достоверные различия по следующим шкалам: интересная работа ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,23$ при $\rho = 0,05$) красота природы и искусства ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,71$ при $\rho = 0,05$), уверенность в себе ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,24$ при $\rho = 0,05$). При этом для родителей часто болеющих детей характерны материально обеспеченная жизнь, уверенность в себе, продуктивная жизнь, свобода, счастливая семейная жизнь, активная деятельная жизнь.

Для заботливых родителей часто болеющих детей характерны здоровье, счастливая семейная жизнь, материально обеспеченная жизнь, счастье других, развитие, продуктивная жизнь. Между группами родителей ЧБД и ПЗД выявлены достоверные различия по шкалам: активная деятельная жизнь ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,66$ при $\rho = 0,05$), здоровье ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,14$ при $\rho = 0,05$), жизненная мудрость ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,87$ при $\rho = 0,05$), материально обеспеченная жизнь ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,82$ при $\rho = 0,05$), уверенность в себе ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,84$ при $\rho = 0,05$), наличие хороших и верных друзей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,92$ при $\rho = 0,05$), свобода ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,18$ при $\rho = 0,05$), уверенность в себе ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,72$ при $\rho = 0,05$).

Для сверхзаботливых родителей часто болеющих детей и практически здоровых детей характерны достоверные различия по шкалам: счастье других ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,22$ при $\rho = 0,05$), наличие хороших и верных друзей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,77$ при $\rho = 0,05$), материально обеспеченная жизнь ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,87$ при $\rho = 0,05$), уверенность в себе ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,71$ при $\rho = 0,05$), развитие ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,81$ при $\rho = 0,05$). При этом для сверхзаботливых родителей часто болеющих детей характерны счастье других, активная деятельная жизнь, здоровье, материально обеспеченная жизнь, счастливая семейная жизнь.

В то же время, результаты, приведенные в таблице 16, характеризуют различия в иерархии ценностей этой группы родителей практически здоровых и часто болеющих детей. Как видно из таблицы 16, на первом месте у обеих подгрупп родителей – ценности свободы. Родители этой группы воспринимают болезнь ребенка как ограничение их свободы. В то же время на втором месте в иерархии ценностей у родителей практически здоровых детей находится жизненная мудрость. В иерархии ценностей родителей часто болеющих детей такая позиция отсутствует. Мы считаем, что это может быть связано с двойственностью отношения родителей часто болеющих детей к больному ребенку: с одной стороны, как к помехе, с другой – как символу своей вины.

Для группы равнодушных родителей практически здоровых и часто болеющих детей значимые различия выявлены по шкалам: интересная работа ($\chi^2_{эмп} = 11,23$ при $p = 0,05$), здоровье ($\chi^2_{эмп} = 12,12$ при $p = 0,05$), творчество ($\chi^2_{эмп} = 12,85$ при $p = 0,05$), уверенность в себе ($\chi^2_{эмп} = 12,76$ при $p = 0,05$) [Таблица 16].

Как видно из таблицы 14 иерархии ценностей равнодушных родителей, часто болеющих и практически здоровых детей, совпадают только по позиции материально обеспеченная жизнь (1 позиция). В первые 6 позиций иерархии ценностей равнодушных родителей часто болеющих детей входят: материально обеспеченная жизнь, уверенность в себе, продуктивная жизнь, свобода, счастливая семейная жизнь, активная деятельная жизнь.

Для равнодушных родителей практически здоровых детей иерархия ценностей выглядит следующим образом: материально обеспеченная жизнь, продуктивная жизнь, свобода, красота природы и искусств, интересная работа, здоровье. Следует отметить, что категория «здоровье» у равнодушных родителей часто болеющих детей отсутствует.

В группе заботливых родителей часто болеющих и практически здоровых детей выявлены различия по шкалам: активная деятельная жизнь ($\chi^2_{эмп} = 12,66$ при $p = 0,05$), здоровье ($\chi^2_{эмп} = 12,14$ при $p = 0,05$), жизненная мудрость ($\chi^2_{эмп} = 11,87$ при $p = 0,05$), материально обеспеченная жизнь ($\chi^2_{эмп} = 11,82$ при $p = 0,05$),

уверенность в себе ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,84$ при $p = 0,05$), наличие хороших и верных друзей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,92$ при $p = 0,05$), свобода ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,18$ при $p = 0,05$), уверенность в себе ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,72$ при $p = 0,05$) [Таблица 16].

Иерархии ценностей для этой группы родителей приведены в табл.9 и выглядят следующим образом: для родителей ЧБД – здоровье, счастливая семейная жизнь, материально обеспеченная жизнь, счастье других, развитие, продуктивная жизнь; для родителей ПЗД – здоровье, наличие хороших и верных друзей, активная деятельная жизнь, уверенность в себе, любовь, счастливая семейная жизнь.

Интересны результаты, полученные для групп сверхзаботливых родителей часто болеющих и практически здоровых детей. Так, в первую шестерку ценностей для родителей часто болеющих детей входят: здоровье, счастье других, материально обеспеченная жизнь, активная деятельная жизнь, уверенность в себе, развитие. Для родителей практически здоровых детей актуальны: здоровье, жизненная мудрость, счастье других, уверенность в себе, интересная работа, материально обеспеченная жизнь [Таблица 16].

В группе сверхзаботливых родителей выявлены достоверные различия по следующим шкалам: активная деятельная жизнь ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,88$ при $p = 0,05$), жизненная мудрость ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,51$ при $p = 0,05$), материально обеспеченная жизнь ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,92$ при $p = 0,05$), уверенность в себе ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,81$ при $p = 0,05$), наличие хороших и верных друзей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,61$ при $p = 0,05$), развлечения ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,98$ при $p = 0,05$), счастье других ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,41$ при $p = 0,05$) [Таблица 16].

Иерархия предпочитаемых ценностей родителей

Ценности	Незаботливые родители		Равнодушные родители		Заботливые родители		Сверхзаботливые родители	
	РЧБД	РПЗД	РЧБД	РПЗД	РЧБД	РПЗД	РЧБД	РПЗД
1	Свобода	Свобода	Материально обеспеченная жизнь	Материально обеспеченная жизнь	Здоровье	Здоровье	Здоровье	Здоровье
2	Материально обеспеченная жизнь	Жизненная мудрость	Уверенность в себе	Продуктивная жизнь	Счастливая семейная жизнь	Жизненная мудрость	Счастье других	Жизненная мудрость
3	Здоровье	Наличие хороших и верных друзей	Продуктивная жизнь	Свобода	Материально обеспеченная жизнь	Счастье других	Материально обеспеченная жизнь	Счастье других,
4	Наличие хороших и верных друзей	Счастливая семейная жизнь	Свобода	Красота природы и искусств,	Счастье других	Уверенность в себе	Активная деятельная жизнь	Уверенность в себе
5	Счастливая семейная жизнь	Любовь	Счастливая семейная жизнь	Интересная работа	Развитие	Интересная работа	Уверенность в себе	Интересная работа
6	Интересная работа	Здоровье	Активная деятельная жизнь	Здоровье	Продуктивная жизнь	Материально обеспеченная жизнь.	Развитие	Материально обеспеченная жизнь

Условные обозначения: РЧБД – родители часто болеющих детей; РПЗД – родители практически здоровых детей

Как видно из таблицы 16, существуют достоверные различия между иерархиями ценностей у представителей различных групп как родителей ЧБД, так и родителей ПЗД.

Исследование инструментальных ценностей у выделенных нами групп родителей также показало наличие значимых отличий как между группами родителей ЧБД и ПЗД, так и в зависимости от отношения к ребенку [Таблица 17].

Таблица 17

Инструментальные ценности респондентов (средние значения)

Ценности	Незаботливые родители		Равнодушные родители		Заботливые родители		Сверхзаботливые родители	
	РЧБД	РОЗД	РЧБД	РОЗД	РЧБД	РОЗД	РЧБД	РОЗД
аккуратность	8,456	8,23	8,52	8,25	8,37	7,46	3,21	5,35
воспитанность	7,443	9,24	7,56	9,25	4,63	6,28	5,23	14,54
высокие запросы	7,456	8,82	7,64	8,34	12,75	12,19	11,82	11,34
жизнерадостность	15,71	13,45	15,71	7,65	4,44	6,53	8,43	5,31
исполнительность	17,87	16,82	7,24	6,83	6,42	7,73	4,67	3,63
независимость	2,368	4,23	2,42	3,33	13,08	14,22	14,32	15,74
нетерпимость к недостаткам	12,23	5,27	12,23	10,45	13,43	16,36	12,29	18,14
образованность	4,33	8,28	6,31	7,25	6,42	13,10	13,66	7,58
ответственность	5,245	7,87	5,24	5,87	4,16	2,73	3,19	4,22
рационализм	11,36	8,23	5,36	8,54	7,31	7,28	19,36	19,56
самоконтроль	2,098	4,12	2,34	2,62	5,26	4,82	18,23	16,36
смелость	4,34	8,92	10,34	8,02	9,81	7,64	14,31	10,45
твердая воля	3,48	12,21	13,48	12,21	7,87	9,28	5,17	12,18
терпимость	7,16	11,09	7,16	11,09	4,12	5,31	7,43	8,43
честность	6,22	9,21	9,21	9,21	6,32	5,26	3,13	4,25
чуткость	11,25	5,32	11,25	5,32	3,21	2,56	1,23	2,07
широта взглядов	5,294	4,43	5,24	5,43	7,51	6,36	9,37	10,46
эффективность в делах	7,34	3,31	7,34	2,32	6,49	4,54	8,94	6,78

Условные обозначения: РЧБД – родители часто болеющих детей; РПЗД – родители практически здоровых детей

Так, в группе незаботливых родителей часто болеющих и практически здоровых детей выявлены достоверные различия по шкалам: нетерпимость к недостаткам ($\chi^2_{эмп} = 11,32$ при $p = 0,05$), образованность ($\chi^2_{эмп} = 11,33$ при $p = 0,05$), смелость ($\chi^2_{эмп} = 12,63$ при $p = 0,05$), твердая воля ($\chi^2_{эмп} = 11,55$ при $p = 0,05$), терпимость ($\chi^2_{эмп} = 12,75$ при $p = 0,05$), честность ($\chi^2_{эмп} = 11,64$ при $p = 0,05$), чуткость ($\chi^2_{эмп} = 11,09$ при $p = 0,05$), эффективность в делах ($\chi^2_{эмп} = 12,28$ при $p = 0,05$).

Мы считаем, что такие различия связаны с разным набором предпочитаемых инструментальных ценностей у родителей, часто болеющих и практически

здоровых детей. При этом родители ЧБД отмечают в качестве предпочитаемых такие инструментальные ценности как: самоконтроль, независимость, твердая воля, образованность, смелость, широта взглядов. В то же время у родителей практически здоровых детей предпочитаемы следующие инструментальные ценности: эффективность в делах, самоконтроль, независимость, нетерпимость к недостаткам, широта взглядов, чуткость.

В группе равнодушных родителей часто болеющих и практически здоровых детей выявлены достоверные различия по шкалам: терпимость ($\chi^2_{эмп} = 12,01$ при $p = 0,05$), чуткость ($\chi^2_{эмп} = 12,11$ при $p = 0,05$), эффективность в делах ($\chi^2_{эмп} = 11,23$ при $p = 0,05$). У родителей часто болеющих и практически здоровых детей есть различия в выборе предпочитаемых инструментальных ценностей. Так, для родителей часто болеющих здоровых детей характерны: самоконтроль, независимость, твердая воля, образованность, смелость, широта взглядов. В то же время родители практически здоровых детей отмечают: эффективность в делах, самоконтроль, независимость, чуткость, широта взглядов, ответственность.

В группе заботливых родителей часто болеющих и практически здоровых детей выявлены достоверные различия по шкалам: воспитанность ($\chi^2_{эмп} = 10,65$ при $p = 0,05$), образованность ($\chi^2_{эмп} = 11,68$ при $p = 0,05$). При этом предпочитаемыми ценностями родителей часто болеющих детей являются: чуткость, терпимость, ответственность, жизнерадостность, воспитанность, самоконтроль. А предпочитаемыми инструментальными ценностями родителей практически здоровых детей оказались: чуткость, ответственность, эффективность в делах, самоконтроль, честность, терпимость. Как видно по результатам исследования, иерархии предпочитаемых инструментальных ценностей имеют сходное содержание у заботливых родителей часто болеющих и практически здоровых детей. Во главу угла поставлен ребенок со своими проблемами.

В группе сверхзаботливых родителей часто болеющих и практически здоровых детей выявлены достоверные различия по шкалам: воспитанность ($\chi^2_{эмп} = 11,61$ при $p = 0,05$), образованность ($\chi^2_{эмп} = 12,34$ при $p = 0,05$), твердая воля ($\chi^2_{эмп}$

=12,44 при $p = 0,05$). Для сверхзаботливых родителей часто болеющих детей характерны следующие инструментальные ценности: чуткость, честность, ответственность, аккуратность, исполнительность, твердая воля. А для сверхзаботливые родители практически здоровых детей выделяют следующие инструментальные ценности: чуткость, исполнительность, ответственность, честность, жизнерадостность, аккуратность.

Таким образом, проведенное исследование ценностной системы показало ряд отличий в выборе ценностей и определении их места в иерархии для выделенных групп родителей.

Учитывая, что ситуация болезни ребенка требует от родителя принятия на себя ответственности в условиях неопределенности, мы изучили уровень толерантности к неопределенности у респондентов выборки [Рисунки 16-21].

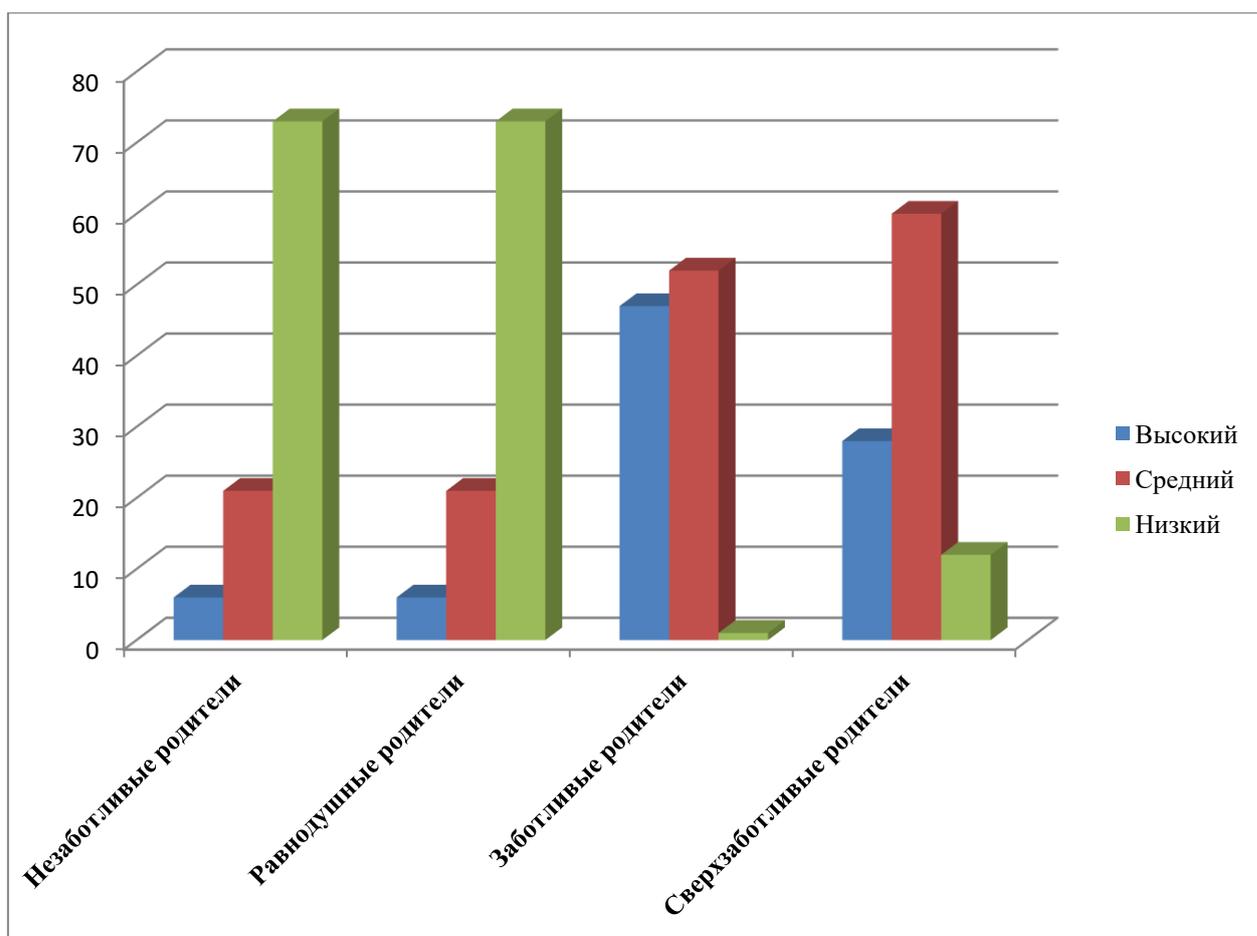


Рисунок 16. Сравнительный анализ показателей толерантности к неопределенности родителей практически здоровых детей

Как показано на рисунке 16, нет прямой зависимости уровня толерантности к неопределённости от отношения родителя к ребенку. Однако в группе родителей практически здоровых детей количество респондентов с высоким и средним уровнем толерантности достоверно возрастает в группе заботливых родителей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 9,38$ при $p = 0,05$). При этом незаботливые и равнодушные родители чаще имеют низкий уровень толерантности к неопределенности, что, по нашему мнению, и способствует отчуждению от проблем ребенка – они просто не знают, как поступить по-другому в ситуации неопределенности. Интересным является тот факт, что количество респондентов с низким уровнем толерантности к неопределенности в группе сверхзаботливых родителей выше, чем в группе заботливых родителей. Именно с этими результатами мы связываем застревание родителя на проблеме ребенка.

Сравнительный анализ показателей толерантности к неопределенности родителей часто болеющих детей приведен на рисунке 17.

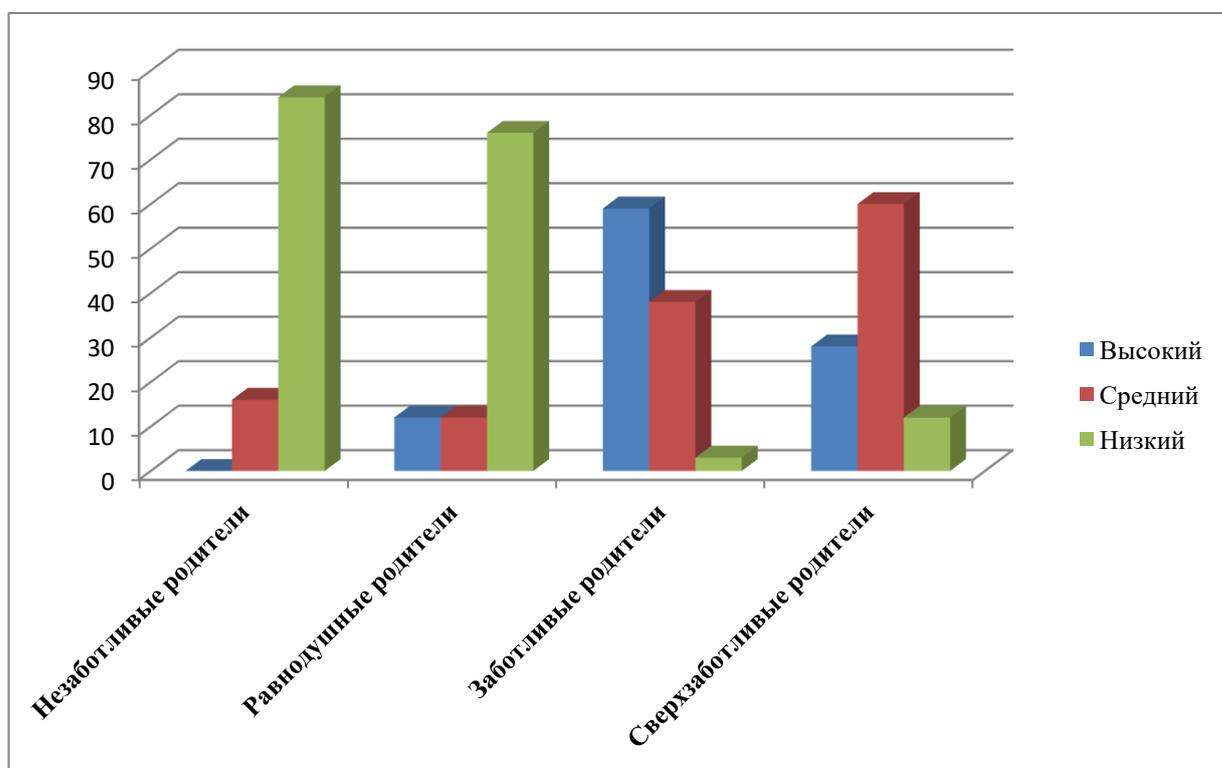


Рисунок 17. Сравнительный анализ показателей толерантности к неопределенности родителей часто болеющих детей

Как видно на рисунке 17, существуют достоверные отличия между группами по низкому уровню толерантности ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,19$ при $p = 0,05$). Так, наибольшее количество респондентов с низким уровнем толерантности находится в группах незаботливых и равнодушных родителей часто болеющих детей. Как и в случае родителей практически здоровых детей количество респондентов с высоким уровнем толерантности к неопределенности возрастает в группе заботливых и вновь снижается у сверхзаботливых родителей. Родители этой группы отмечают, что не видят иных путей оберегания ребенка, кроме тех, что они знают и стараются действовать по известной схеме во всех случаях.

Ниже мы рассмотрим показатели толерантности к неопределенности в сравнении у родителей ЧБД И ПЗД в каждой группе [Рисунок 18].

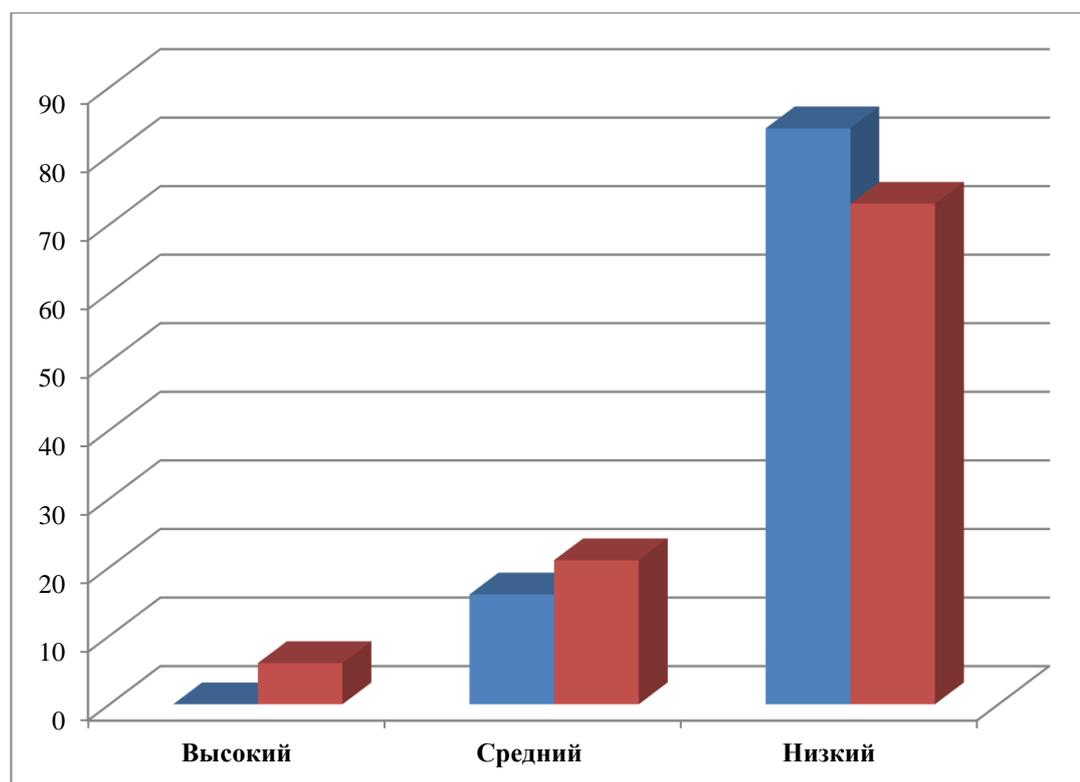


Рисунок 18. Сравнительный анализ показателей толерантности к неопределенности незаботливых родителей

Условные обозначения: красный – уровень толерантности родителей часто болеющих детей (РЧБД); синий – уровень толерантности родителей часто болеющих детей (РПБД)

Как видно на рисунке 18, в группе незаботливых родителей нет существенных различий по уровню толерантности к неопределенности. В целом, преобладают респонденты с низким уровнем толерантности к неопределенности, а наличие респондентов с другими уровнями скорее отнесем к нетипичным случаям. Следует отметить, что среди родителей, воспитывающих ЧБД, респондентов с высоким уровнем толерантности к неопределенности нет

В группе равнодушных родителей также нет значимых различий между родителями ЧБД и родителями ПЗД по показателям толерантности [Рисунок 19].

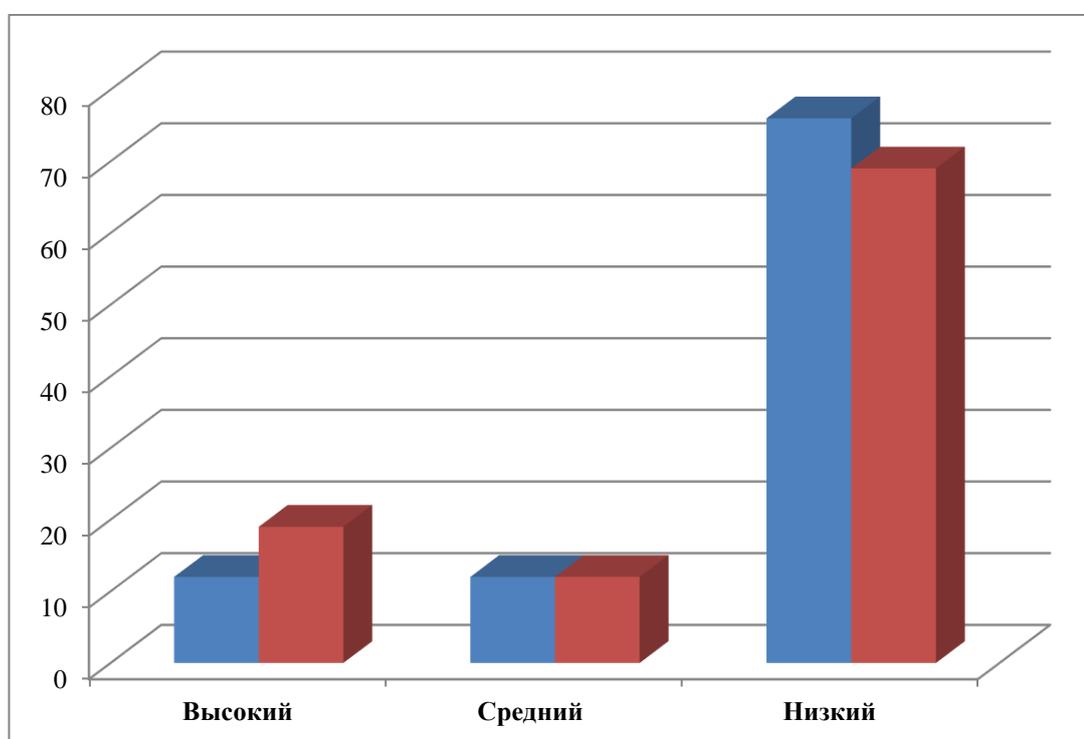


Рисунок 19. Сравнительный анализ показателей толерантности к неопределенности равнодушных родителей

Условные обозначения: красный – уровень толерантности родителей часто болеющих детей (РЧБД); синий – уровень толерантности родителей часто болеющих детей (РПБД)

Как видно на рисунке 19, в обеих подгруппах преобладают респонденты с низким уровнем толерантности к неопределённости. Согласно полученным результатам сложно сказать о различии в восприятии ситуации с ограниченным количеством данных родителями часто болеющих и практически здоровых детей.

Анализ показателей толерантности к неопределенности заботливых родителей часто болеющих детей показал наличие достоверных отличий при определении высокого уровня толерантности к неопределенности ($\chi^2_{эмп} = 9,54$ при $p = 0,05$) между родителями часто болеющих и практически здоровых детей [Рисунок 20].

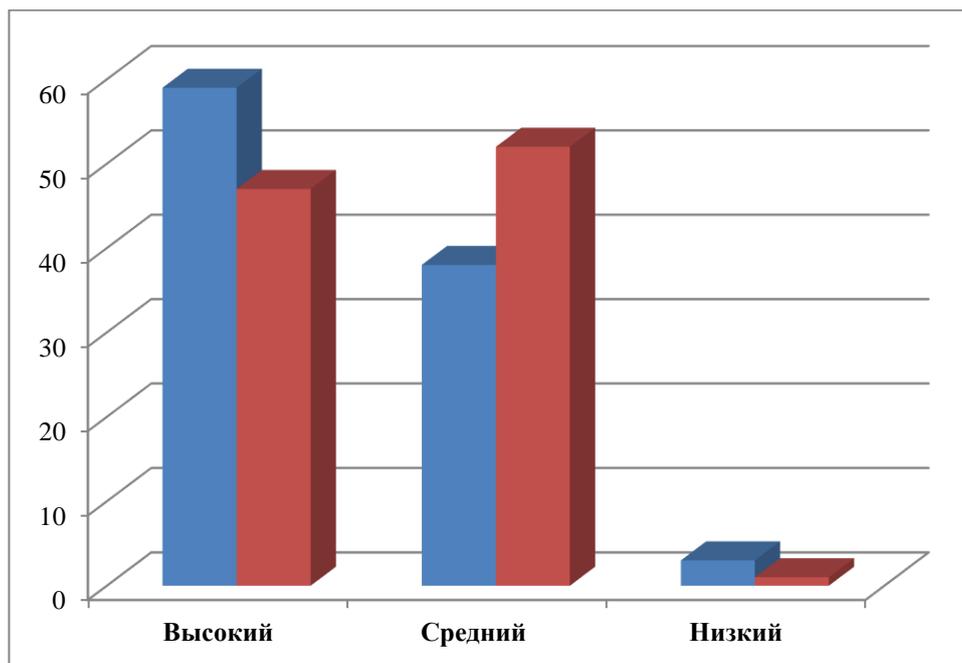


Рисунок 20. Сравнительный анализ показателей толерантности к неопределенности заботливых родителей

Условные обозначения: красный – уровень толерантности родителей часто болеющих детей (РЧБД); синий – уровень толерантности родителей часто болеющих детей (РПБД)

Как видно на рисунке 20, существуют различия и при определении среднего уровня толерантности к неопределенности заботливых родителей часто болеющих детей и заботливых родителей практически здоровых детей ($\chi^2_{эмп} = 10,43$ при $p = 0,05$). Заботливые родители часто болеющих детей гораздо более вариативны в выборе алгоритмов действий в ситуации болезни ребенка, чем родители практически здоровых детей в аналогичной ситуации.

Существуют значимые различия между распределением уровней толерантности к неопределенности и в группе сверхзаботливых родителей [Рисунок 21].

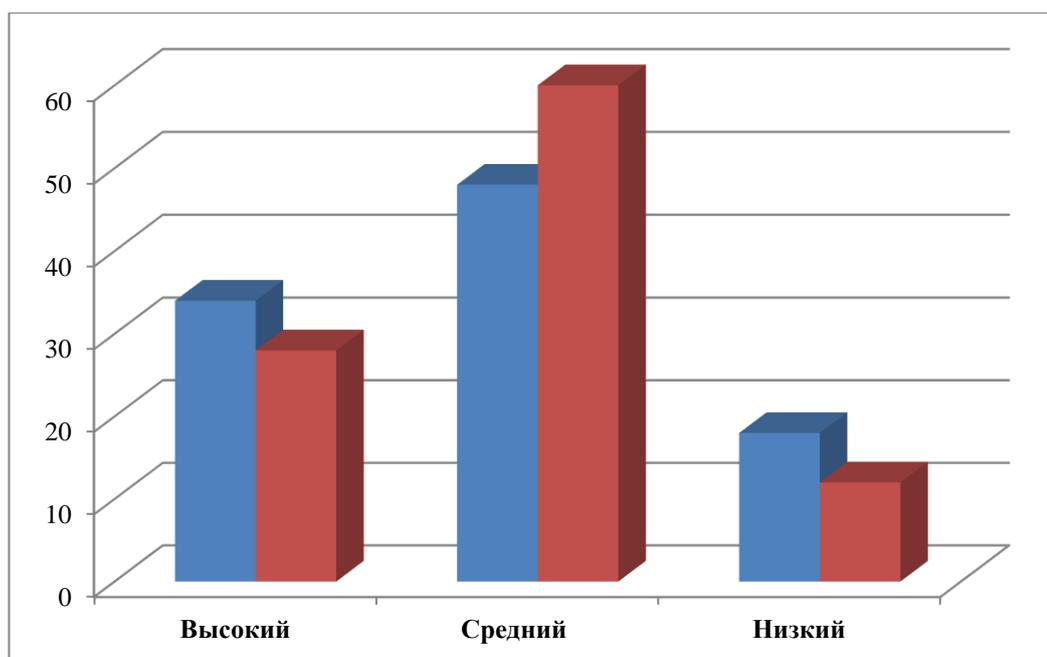


Рисунок 21. Сравнительный анализ показателей толерантности к неопределенности сверхзаботливых родителей

Условные обозначения: красный – уровень толерантности родителей часто болеющих детей (РЧБД); синий – уровень толерантности родителей часто болеющих детей (РПБД)

Как видно на рисунке 21, существуют достоверные отличия при распределении на высоком уровне ($\chi^2_{эмп} = 11,23$ при $p = 0,05$). Среди родителей часто болеющих детей количество респондентов с высоким уровнем толерантности к неопределенности выше, чем среди родителей практически здоровых детей. Мы связываем это не только с врожденными особенностями, но и с жизненной необходимостью, когда освоение новых паттернов поведения становится актуальным в ходе многократно повторяющейся ситуации. При распределении на среднем уровне также существуют значимые различия ($\chi^2_{эмп} = 10,56$ при $p = 0,05$). Количество респондентов со средним уровнем толерантности к неопределенности преобладает у родителей практически здоровых детей. Выявлены достоверные различия и при определении респондентов, имеющих низкий уровень толерантности к неопределенности ($\chi^2_{эмп} = 9,87$ при $p = 0,05$). Среди родителей часто болеющих детей респондентов с низким уровнем толерантности к неопределенности в этой группе больше.

Исследование аффективной составляющей совладающего поведения родителей обеих групп позволило выявить особенности эмоционального реагирования респондентов на ситуацию болезни. Так, результаты исследования уровня самомотивации родителей часто болеющих детей приведены на рисунке 22.

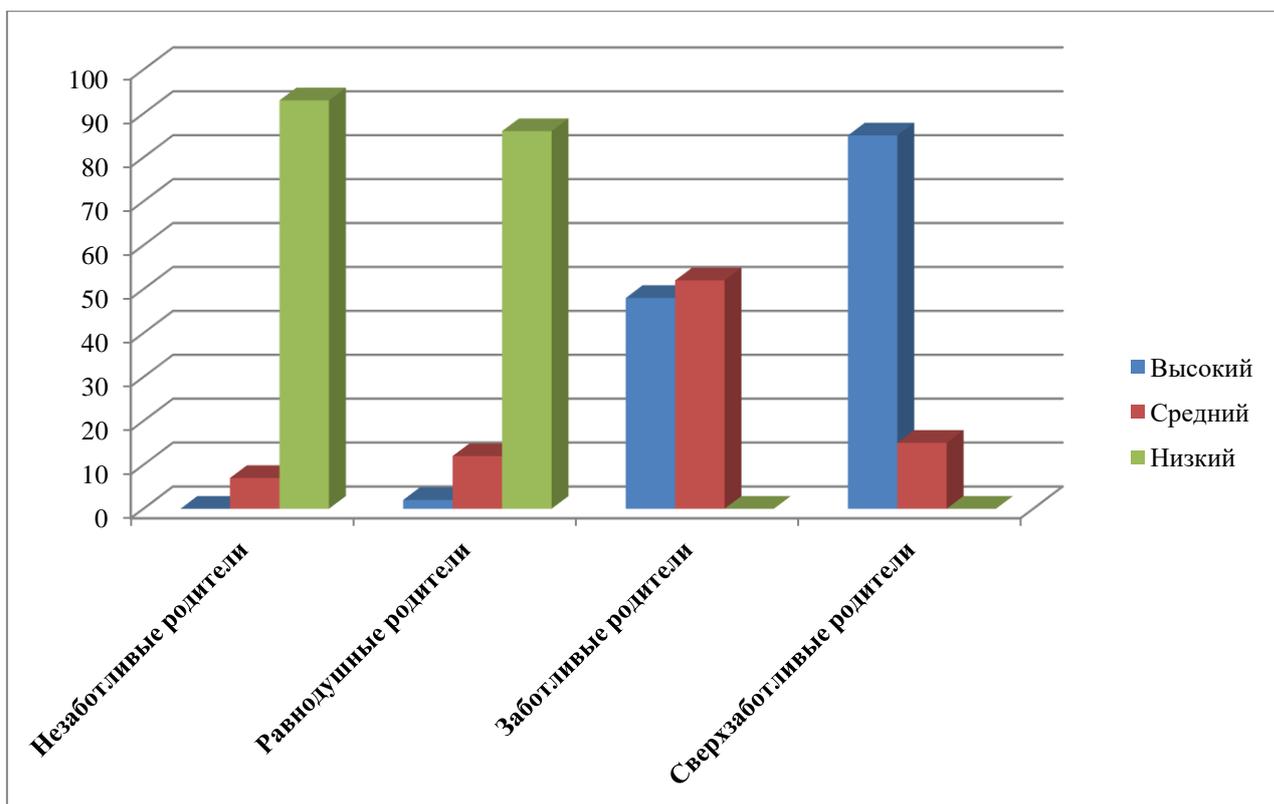


Рисунок 22. Уровень самомотивации родителей часто болеющих детей

Как видно на рисунке 22, существуют достоверные отличия при распределении респондентов по уровням самомотивации: для высокого уровня самомотивации ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,14$ при $p = 0,05$); для среднего уровня самомотивации ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,45$ при $p = 0,05$); для низкого уровня самомотивации ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,24$ при $p = 0,05$). Таким образом, достоверно подтверждено, что самый высокий уровень самомотивации у заботливых и сверхзаботливых родителей, а самый низкий – у незаботливых и равнодушных.

Результаты исследования уровня самомотивации родителей практически здоровых детей представлено на рисунке 23.

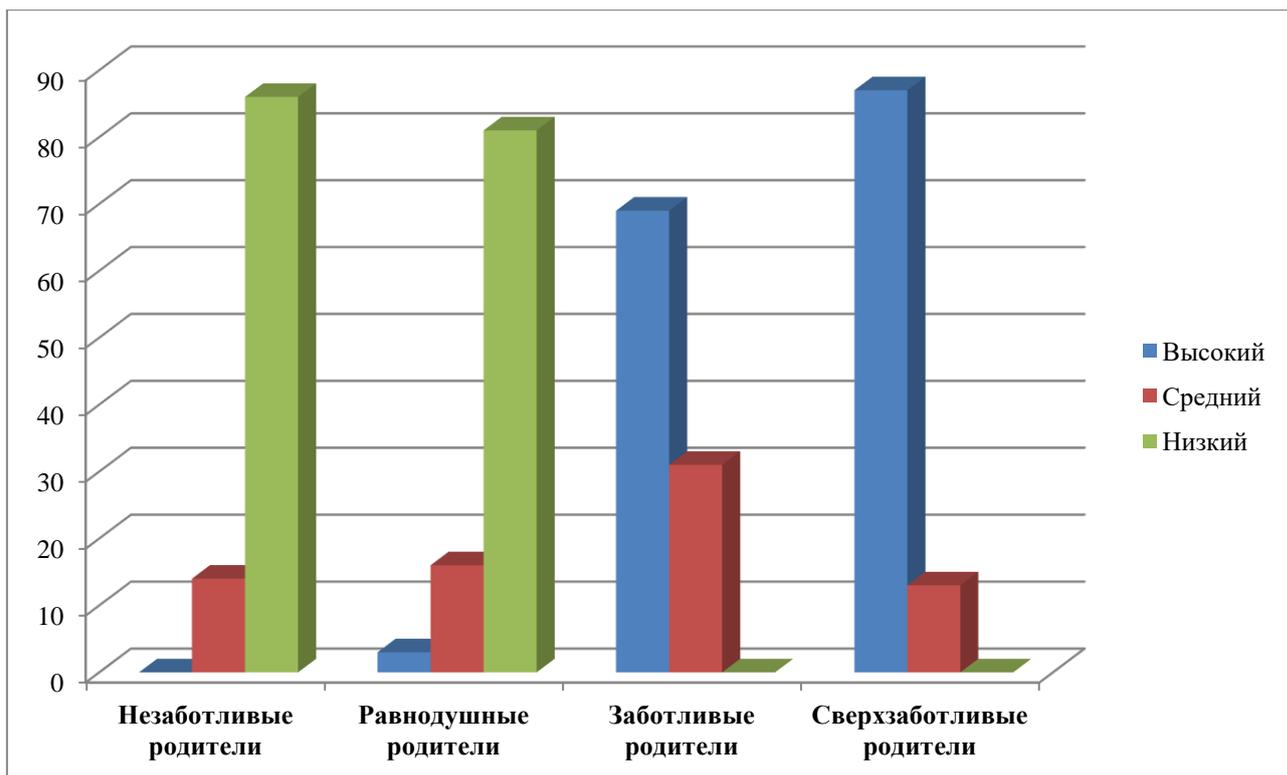


Рисунок 23. Уровень самомотивации родителей практически здоровых детей

Как видно на рисунке 23, существуют достоверные отличия при распределении респондентов по уровням самомотивации: для высокого уровня самомотивации ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,58$ при $p = 0,05$); для среднего уровня самомотивации ($\chi^2_{\text{эмп}} = 10,83$ при $p = 0,05$); для низкого уровня самомотивации ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,28$ при $p = 0,05$). Заботливые и сверхзаботливые родители практически здоровых детей склонны управлять своим поведением, своими эмоциями. Они чаще держат под контролем эмоциональную сферу, чем родители других групп.

В процессе исследования возникла необходимость изучения уровня эмпатии у респондентов выделенных групп [Рисунок 24].

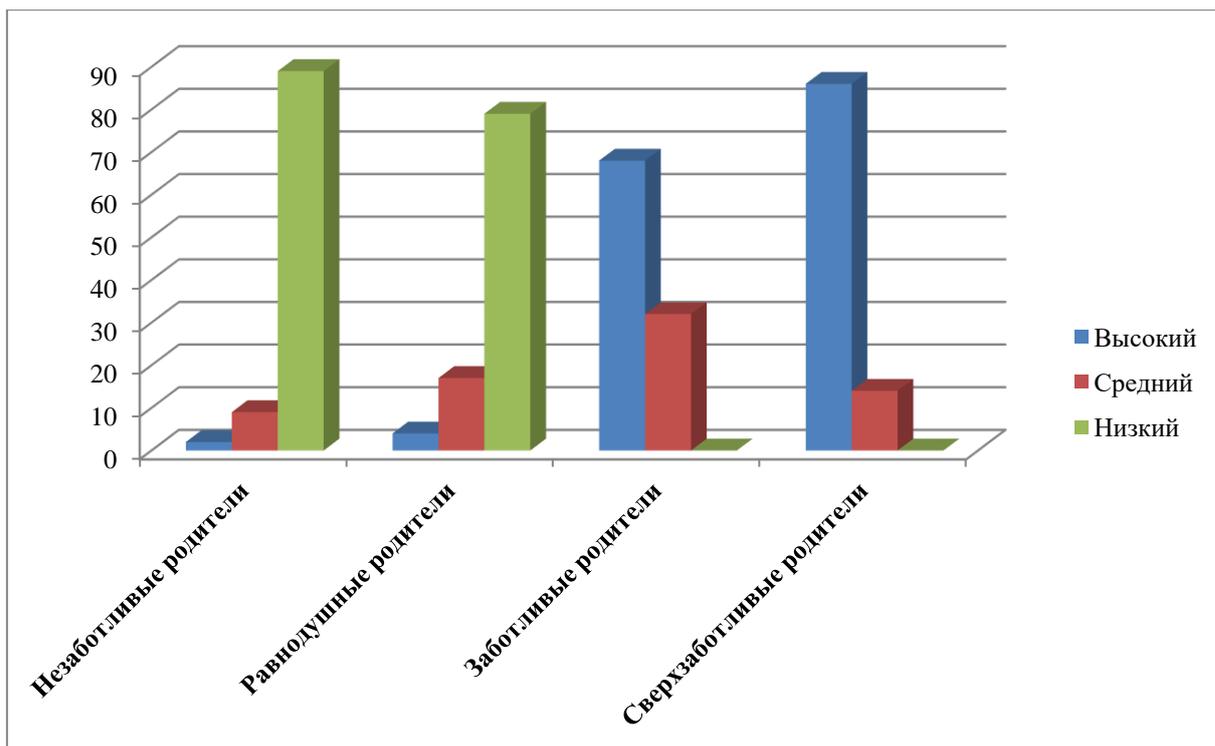


Рисунок 24. Уровень эмпатии родителей часто болеющих детей

Как видно на рисунке 24, наиболее эмпатийными являются сверхзаботливые родители ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,74$ при $p = 0,05$). Они не только хорошо ориентируются в эмоциях других людей, но и склонны их предугадывать, что приводит к чрезмерному поклонению объекту эмпатии. Незаботливые и равнодушные родители склонны к непониманию эмоционального состояния собеседника. Чувства ребенка их тоже не особенно волнуют. По сравнению с другими группами респондентов отличия при выборе этого уровня достоверные ($\chi^2_{\text{эмп}} = 15,42$ при $p = 0,05$).

Результаты исследования эмпатии родителей практически здоровых детей приведены на рисунке 25.

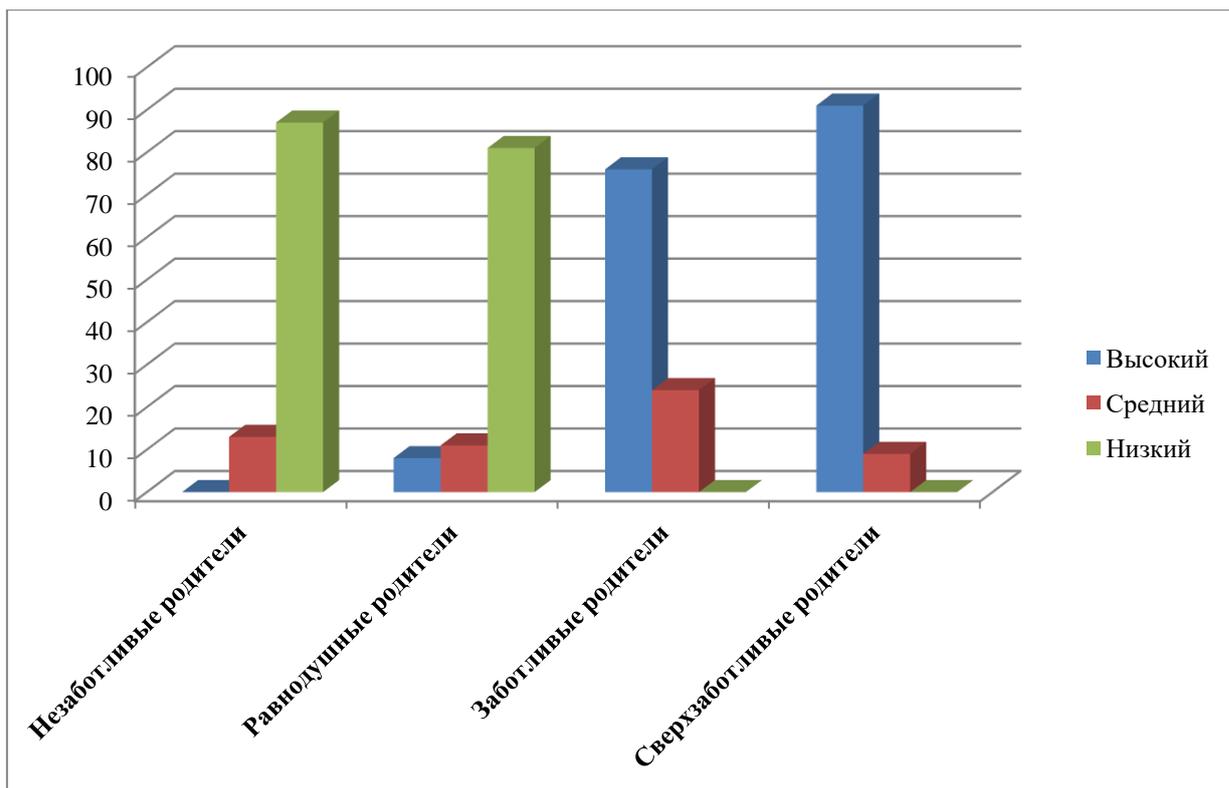


Рисунок 25. Уровень эмпатии родителей практически здоровых детей

Как видно на рисунке 25, существуют достоверные отличия при распределении респондентов по уровням эмпатии: для высокого уровня эмпатии ($\chi^2_{\text{эмп}} = 15,13$ при $p = 0,05$); для среднего уровня эмпатии ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,61$ при $p = 0,05$); для низкого уровня эмпатии ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,21$ при $p = 0,05$). Наиболее эмпатийными в этом случае также являются сверхзаботливые родители.

Эмпирическое исследование ситуативной и личностной тревожности родителей выборки представлено на рисунках 26-29.

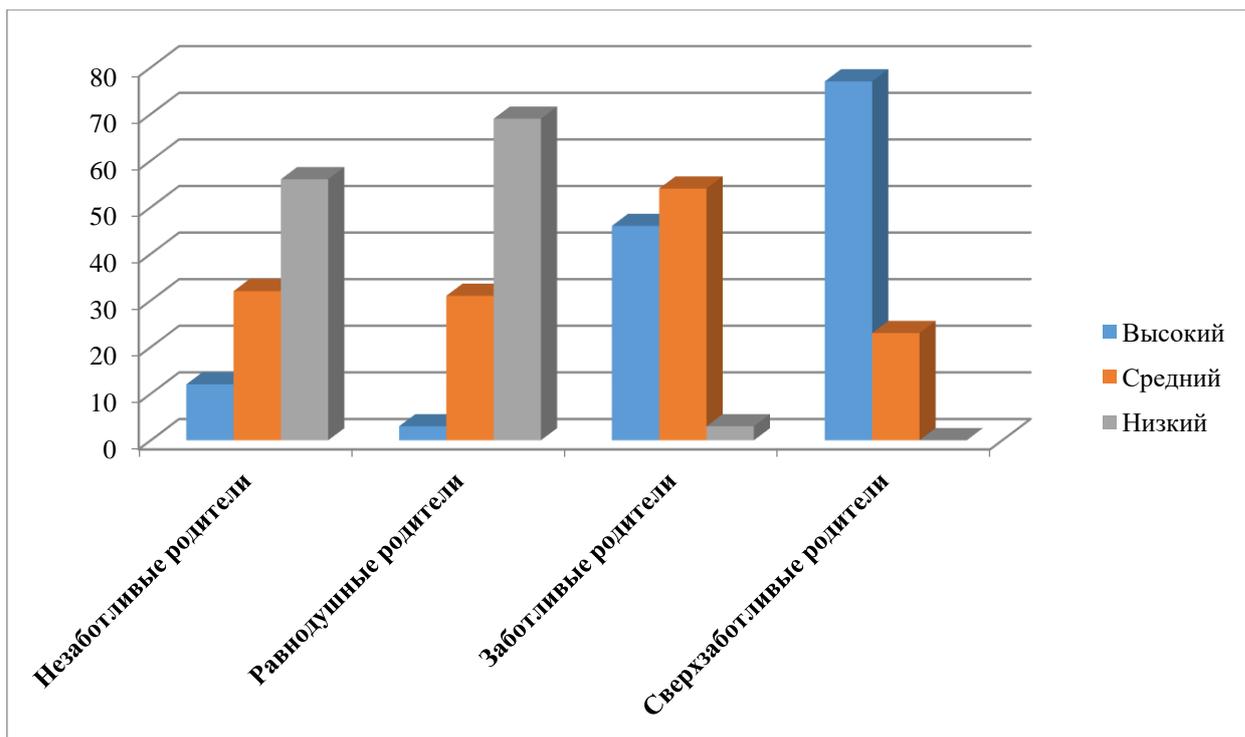


Рисунок 26. Личностная тревожность родителей практически здоровых детей

Как видно на рисунке 26, у незаботливых родителей преобладает низкий уровень личностной тревожности, что может проявляться в легкомысленном отношении к проблеме. Выявлены достоверные различия между группами для респондентов с низким уровнем личностной тревожности ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,76$ при $p = 0,05$) и высоким уровнем личностной тревожности ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,02$ при $p = 0,05$).

Наибольшее количество респондентов с высоким уровнем личностной тревожности выявлено в группе сверхзаботливых родителей.

Результаты исследования личностной тревожности родителей часто болеющих детей представлены на рисунке 27.

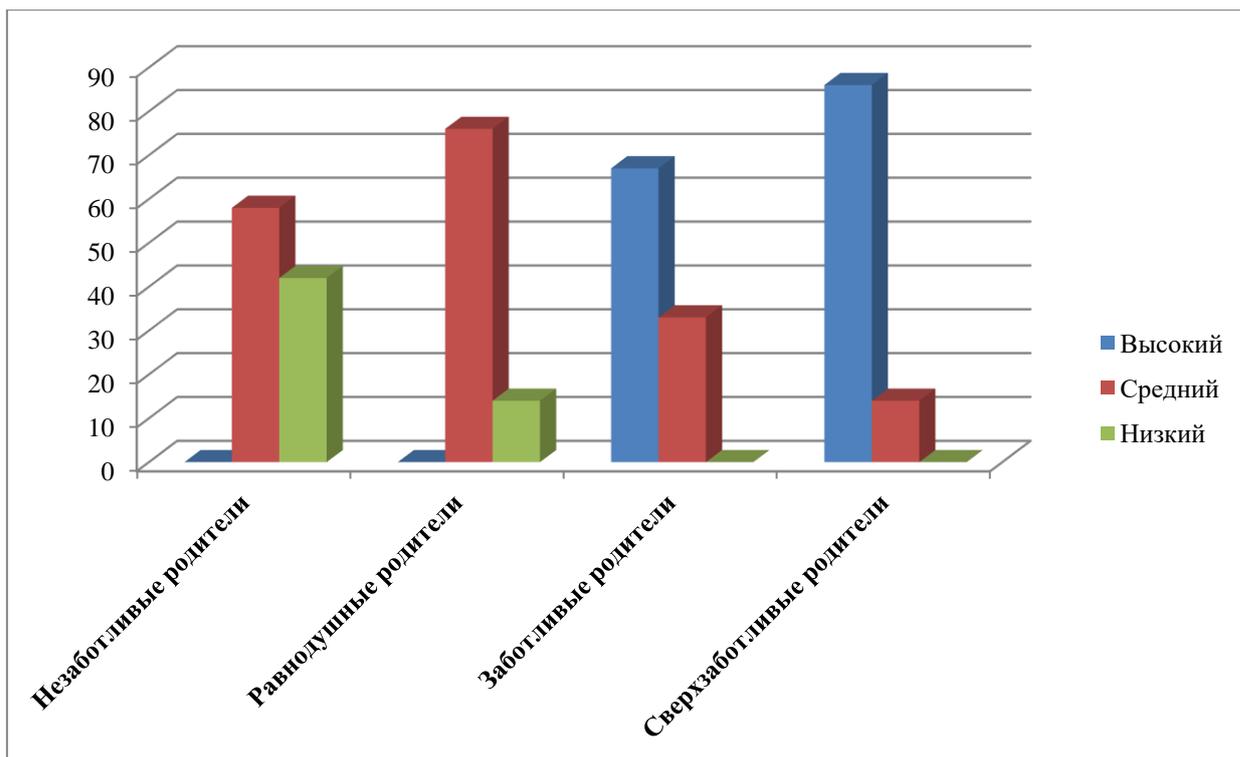


Рисунок 27. Личностная тревожность родителей часто болеющих детей

Как видно на рисунке 27, количество респондентов с высоким уровнем личностной тревожности существенно возрастает в группе заботливых родителей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,21$ при $p = 0,05$) и сверхзаботливых родителей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,34$ при $p = 0,05$). Количество респондентов с низким уровнем личностной тревожности уменьшается в зависимости от группы. Так, в группе незаботливых их было 42%, тогда как уже в группе равнодушных родителей 14%.

Однако для нашего исследования особый интерес представляет ситуативная тревожность родителей. Именно этим показателем можно описать восприятие ситуации болезни родителями. На рисунке 28 представлена диаграмма распределения по уровням показателей ситуативной тревожности родителей практически здоровых детей.

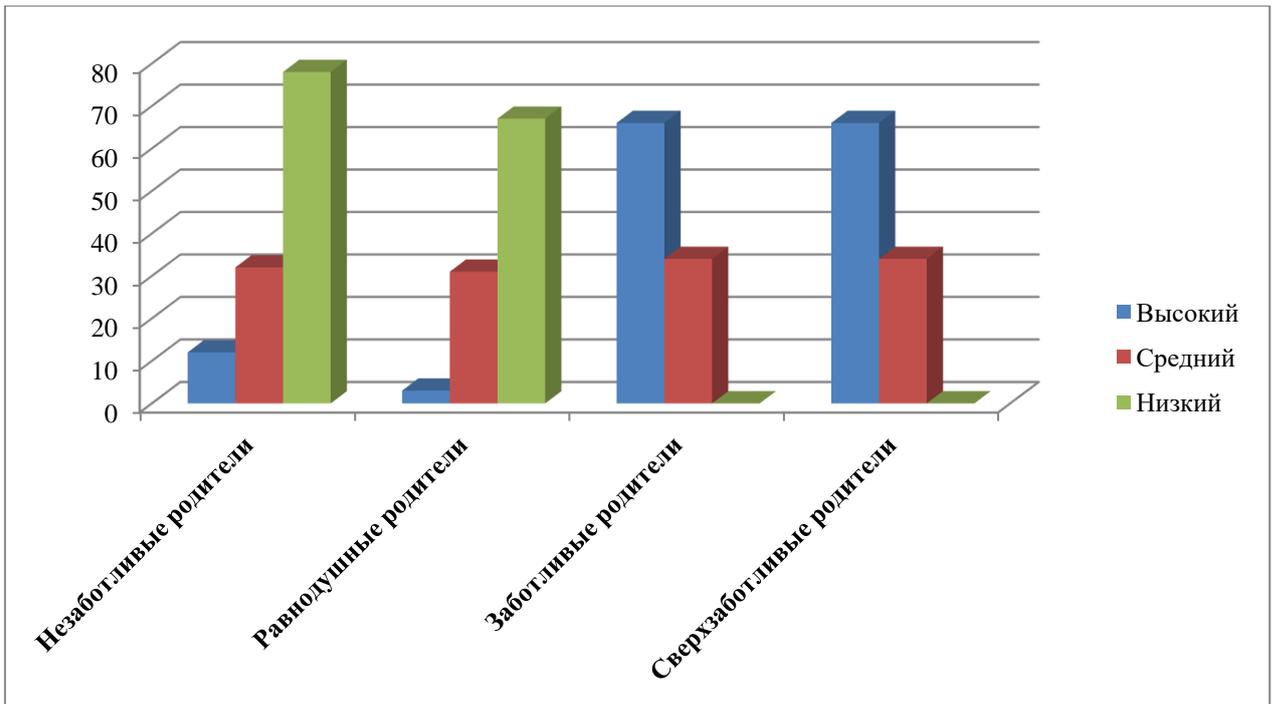


Рисунок 28. Ситуативная тревожность родителей практически здоровых детей

Как видно на рисунке 28, незаботливые родители тяготеют к низкому уровню ситуативной тревожности, что объясняет их легкомысленное отношение к болезни ребенка и игнорированию рекомендаций по его лечению. Более 75% родителей этой группы склонны недооценивать проблемность ситуации. У заботливых и сверхзаботливых родителей, напротив, уровень ситуативной тревожности преимущественно высок ($\chi^2_{эмп} = 14,65$ и $\chi^2_{эмп} = 15,14$ при $p = 0,05$ соответственно). По сути, речь идет о том, что большая часть родителей этих групп имеет низкую устойчивость к фрустрациям, к которым относится и болезнь ребенка.

На рисунке 29 представлена диаграмма распределения по уровням показателей ситуативной тревожности родителей часто болеющих детей.

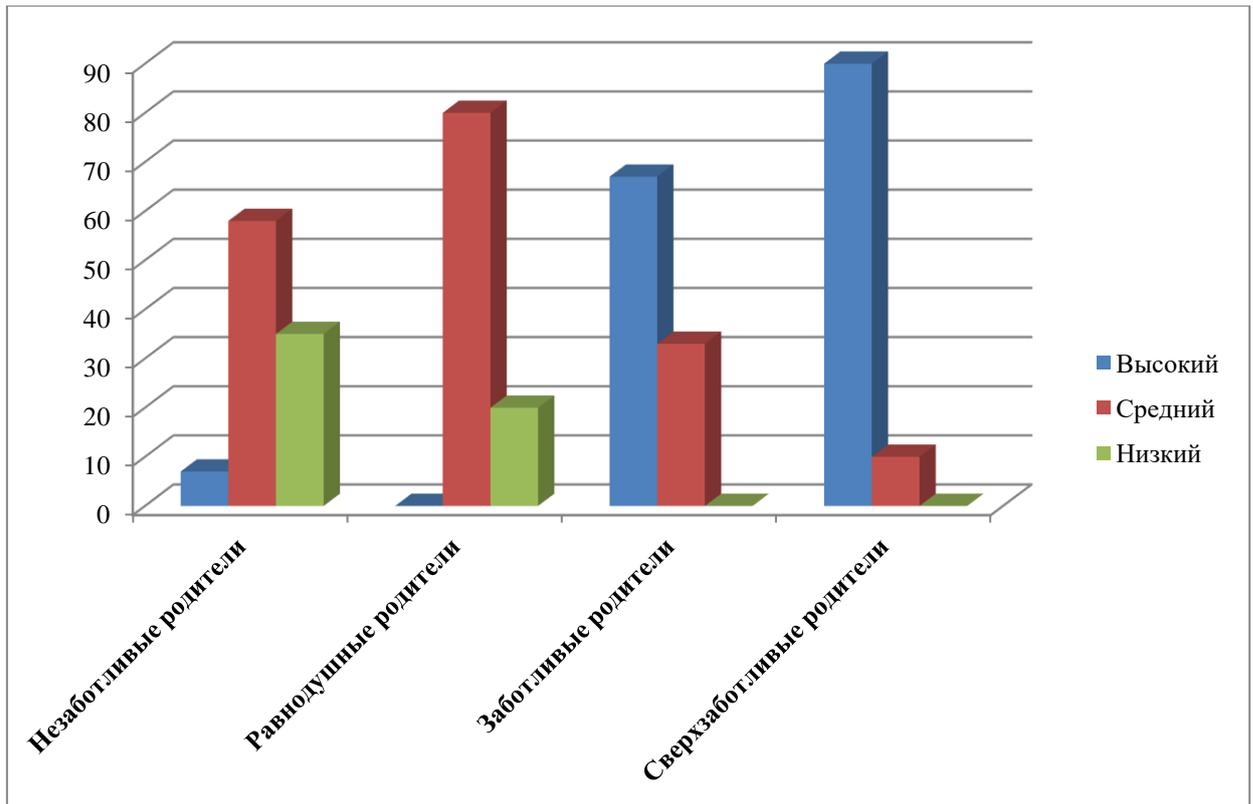


Рисунок 29. Ситуативная тревожность родителей часто болеющих детей

Как видно на рисунке 29, у незаботливых родителей часто болеющих детей количество респондентов с адекватным уровнем тревожности выше, чем у родителей практически здоровых детей. В то же время высокий уровень ситуативной тревожности, в основном, фиксируется в группах заботливых и сверхзаботливых родителей.

Таким образом проведенное исследование позволило определить ряд особенностей для респондентов выделенных групп. Однако в каждом случае были нетипичные отклонения внутри группы. Так, среди группы незаботливые родители встречались респонденты с высоким уровнем толерантности к неопределенности, высоким уровнем эмпатии, высоким уровнем тревожности.

3.3. Эмпирическое исследование особенностей совладающего поведения родителей

Появление нетипичных случаев заставило нас пересмотреть выбранную классификацию групп и применить процедуру кластерного анализа к полученному массиву данных [Таблица 18].

Таблица 18

Результаты кластерного анализа для группы родителей часто болеющих детей

Группа/ Показатель (уровень)	1 (28 человек)	2 (26 человек)	3 (27 человек)	4 (27 человек)	5 (27 человек)	6 (28 человек)
1	2	3	4	5	6	7
Отношение к ребенку	Незаботливые	Незаботливые и равнодушные	Равнодушные	Заботливые	Заботливые и сверхзаботливые	Сверхзаботливые
Когнитивные искажения	Катастрофизация; Долженствование в отношении себя; Долженствование в отношении других	Катастрофизация; Фрустрационная толерантность	Катастрофизация; Долженствование в отношении других; Фрустрационная толерантность	Самооценка и рациональность мышления	Катастрофизация Самооценка и рациональность мышления	Долженствование в отношении других
Толерантность к неопределенности	Низкий уровень	Средний и высокий уровни	Низкий	Высокий и средний	Низкий и средний	Высокий уровень
Основные терминальные ценности	Свобода; Материально обеспеченная жизнь; Здоровье	Материально обеспеченная жизнь; Свобода; Интересная работа	Материально обеспеченная жизнь; Уверенность в себе; Продуктивная жизнь	Здоровье; Счастливая семейная жизнь; Материально обеспеченная жизнь	Жизненная мудрость; Счастье других; Материально обеспеченная жизнь	Счастье других, Здоровье Счастливая семейная жизнь
Основные инструментальные ценности	Самоконтроль; независимость, твердая воля	Образованность, широта взглядов, независимость	Самоконтроль; независимость; нетерпимость к недостаткам,	Чуткость, терпимость, ответственность	чуткость, честность, терпимость	чуткость, честность, ответственность
Уровень саммотивации	Низкий	Низкий и средний	Низкий	Высокий	Средний и низкий	Высокий
Уровень эмпатии	Низкий	Высокий и средний	Низкий	Высокий	Средний	Высокий

Продолжение Таблицы 18

1	2	3	4	5	6	7
Эмоциональный симптомо-комплекс	Безразличие	Безразличие	Враждебность	Принятие	Принятие	Поклонение

Примечание: Когнитивная составляющая совладающего поведения включает когнитивные стили, когнитивные установки, ценности и смыслы. Аффективная составляющая раскрывается через эмпатию, самотивацию, тревожность.

Как видно по результатам, приведённым в таблице 18, в результате кластерного анализа выделено 6 групп, в которые вошли все респонденты, воспитывающие часто болеющих детей. Для банка данных респондентов практически здоровых детей мы эту процедуру не проводили.

Группа 1 – «Ветреные». В эту группу вошли респонденты, отнесенные экспертами к незаботливым родителям. Склонны к преувеличениям и катастрофизации событий. Считают себя обязанными другим, но требуют такого же отношения к себе. В связи с этим возникают конфликты даже в отношении болезни ребенка – ищут виновных. Нередко виновным назначают кого-то из членов семьи или самого ребенка. Стремятся к свободе и материальной обеспеченности. Предпочитают отгородиться работой от проблем с ребенком. Здоровье членов семьи вызывает тревогу только тогда, когда отвлекает от работы или более интересных дел. Однако, когда представитель этой группы заболевает сам, то требует тщательного ухода за собой. Как правило, не знает, как действовать в ситуации болезни ребенка и ищет людей, способных ему помочь. На советы реагирует болезненно и агрессивно. Очень трудно меняет принятое решение, даже неконструктивное. Не эмпатийны. Чаще безразлично относятся ко всему, что связано с ребенком.

Группа 2 – «Безразличные». Респонденты этой группы как правило относятся безразлично к ребенку и тому, что с ним связано. Чаще объясняют это занятостью и необходимостью зарабатывать деньги. В случае болезни ребенка всегда находят выход, позволяющий им решать свои вопросы без помех. Однако поиски сопровождаются скандалами поскольку любое отклонение возводится в

ранг катастрофы. Более того ситуация фрустрации является для представителей этой группы парализующей. Ориентированы на материально обеспеченную жизнь и свободу. Все проблемы рассматриваются как помехи на пути к ним и ограничение свободы. Легко сходятся с другими людьми, безразличие проявляют только по отношению собственного ребенка.

Группа 3 – «Враждебные». Респонденты этой группы, также, как и респонденты предыдущих групп, склонны к катастрофизации, уверены, что им все должны. Чаще всего выбирают неконструктивный путь в ситуации болезни ребёнка, но не стремятся что-то изменить, в связи с низким уровнем толерантности к неопределенности. Стремятся материально обеспеченной жизни, ориентированы на результат. Нетерпимы к недостаткам других. Болезнь входит в число недостатков. Неэмпатийны. Враждебно относятся к проблемам, возникающим с собственным ребенком.

Группа 4 – «Эмпатийные». В эту группу входят заботливые родители часто болеющих детей. Стараются во всем найти рациональное зерно. Умеют организовать себя и других для решения проблемы, связанной с болезнью ребенка. У этих родителей всегда есть помощники – родственники, друзья. Как правило, в семьях этих респондентов царит взаимопонимание. Они, собственно, ориентированы на счастливую, обеспеченную жизнь. Здоровье для них является ценностью. Эмпатийны. Самомотивированы. Высокий уровень принятия собственного ребенка.

Группа 5 – «Уютные». В эту группу входят заботливые и сверхзаботливые родители со средним уровнем эмпатии и невысоким уровнем самомотивации. В их действиях присутствует определенный когнитивный диссонанс, вызванный наличием иррациональных убеждений по типу катастрофизация и самооценка и рациональность мышления. Они могут использовать диаметрально противоположные методы воспитания и лечения ребенка. Бросаются из крайности в крайность. Ориентируются на советы референтных для них людей. Стараются участвовать в устройении счастья знакомых и просто людей. Уровень эмпатии средний.

Уровень самомотивации – средний. Настроены на принятие собственного ребенка.

Группа 6 – «Навязчивые». В эту группу входят сверхзаботливые родители, которые смыслом своей жизни видят ребенка и его болезнь. Они эмпатийны, самомотивированы. Ориентированы счастливую семейную жизнь, здоровье. Однако все их действия говорят о том, что болезнь ребенка придает смысл их жертве. Представители этой группы уверены. Что все должны понимать какой героический подвиг они совершают. Настроены на поклонение болезни ребенка.

Следующим шагом мы исследовали особенности совладающего поведения у респондентов этих групп [Таблица 19].

Таблица 19

Копинги респондентов (в средних баллах)

Группа/ Копинг	Ветреные	Безразличные	Враждебные	Эмпатийные	Уютные	Навязчивые
Конфронтационный копинг	3,58± 0,021	7,2±0,065	16,7±1,651	3,2±0,34	4,2±0,21	3,22±0,022
Дистанцирование	7,78± 0,32	15,62±1,34	7,24±0,35	4,1±0,22	5,11±0,13	1,78±0,031
Самоконтроль	6,38 ± 0,023	3,7±0,021	3,23±0,023	4,74±0,43	6,78±0,134	7,03±0,2
Поиск социальной поддержки	3,56±0,012	4,57±0,034	2.45±0,002	6,47±0,43	7,34±0,24	17,52±1,462
Принятие ответственности	5,36±0,043	5,74±0,13	7,87±0,47	4,5±0,21	4,32±0,1	14,3±1,387
Бегство-избегание	16,2 ±1,21	12,22±1,02	17,2±1,37	2,3±0,02	1,23±0,01	2,98±0,023
Планирование решения проблемы	6,35±0,31	7,31±0,176	3,56±0,02	4,3±0,15	4,33±0,12	14,1±1,24
Положительная переоценка	6,43±0,025	6,72±0,187	5,32±0,112	4,7±0,11	5,75±0,026	7,38±0,46

Как представлено в таблице 19, существуют достоверные различия в выборе копинг-стратегий родителями часто болеющих детей, отнесенных к разным группам. Так, «ветреным» родителям характерны такие копинги как бегство-

избегание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,61$ при $\rho = 0,01$) и в меньшей степени, дистанцирование ($\chi^2_{\text{эмп}} = 6,38$ при $\rho = 0,05$). Как правило, такие родители «убегают» от проблемы на работу, в командировку, собственную болезнь. Если это не получается или вызывает осуждение со стороны окружающих, то включают запасной копинг – дистанцирование, стараясь уменьшить значимость проблемы: все дети болеют; подумаешь, температура – у меня всегда повышенная была.

Для «безразличных» родителей характерны следующие копинг-стратегии: дистанцирование ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,54$ при $\rho = 0,05$), бегство-избегание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 10,28$ при $\rho = 0,05$). Эти родители стараются не увидеть проблему и отодвинуть ее подальше. Как правило, они приводят своих детей больными в дошкольное образовательное учреждение, не реагируют на замечания воспитателя. В качестве запасной стратегии респонденты этой группы применяют неупорядоченные попытки изменения ситуации: дать лекарство, позвать родственников, укрыть теплее, подержать в холодной воде и т.д., что характерно копингу «планирование решения проблемы» ($\chi^2_{\text{эмп}} = 8,21$ при $\rho = 0,05$). Кроме того, в качестве запасного используется конфронтационный копинг ($\chi^2_{\text{эмп}} = 7,78$ при $\rho = 0,05$), что выражается в агрессии на «советчиков» и «помощников».

«Враждебные» родители в качестве основной линии поведения выбирают бегство-избегание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 16,87$ при $\rho = 0,05$), убегая от проблемы. Иногда такие родители отправляют детей в детский сад со старшими братьями или сестрами, чтобы не общаться с воспитателями. Другой не менее значимой стратегией выступает конфронтационный копинг ($\chi^2_{\text{эмп}} = 16,74$ при $\rho = 0,05$), что выражается в агрессивном отношении как к ребенку и его болезни, так и к тем окружающим, кто включен в данную ситуацию: родным, воспитателям, врачам. В качестве запасной стратегии используется дистанцирование ($\chi^2_{\text{эмп}} = 9,39$ при $\rho = 0,05$).

«Эмпатийные» родители не имеют выраженных копингов и в, крайнем случае, прибегают к социальной поддержке ($\chi^2_{\text{эмп}} = 6,01$ при $\rho = 0,05$).

«Уютные» родители также не имеют явных копингов, но в случае необходимости, выбирают социальную поддержку ($\chi^2_{\text{эмп}} = 9,39$ при $\rho = 0,05$) и самоконтроль ($\chi^2_{\text{эмп}} = 9,39$ при $\rho = 0,05$).

Для «навязчивых» родителей характерны такие копинг-стратегии как поиск социальной поддержки ($\chi^2_{\text{эмп}} = 15,37$ при $\rho = 0,05$), принятие ответственности ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,33$ при $\rho = 0,05$), планирование решения проблемы ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,27$ при $\rho = 0,05$). Эти родители все время опекают своих детей: укутывают или, напротив, закаливают, но не дают ребенку возможности делать что-то самостоятельно. Как правило, «обрастают» большим количеством нужных связей. Водить ребенка по врачам, знахаркам становится смыслом жизни.

Результаты исследования механизмов психологической защиты приведены в таблице 20.

Таблица 20

Механизмы психологической защиты респондентов (в %)

Группа/ механизм	Ветреные	Безразлич- ные	Враждеб- ные	Эмпатий- ные	Уютные	Навязчи- вые
Регрессия	61,2 ± 2,43	45,37 ± 1,1	67,43 ± 1,87	34,22 ± 1,22	33,24 ± 0,87	34,01 ± 0,987
Замещение	17,21 ± 1,07	43,24 ± 1,02	74,208 ± 2,31	36,21 ± 0,98	32,91 ± 0,965	37,265 ± 1,26
Отрицание	60,43 ± 2,6	71,22 ± 2,85	31,47 ± 1,01	30,34 ± 0,56	31,36 ± 0,26	30,983 ± 0,56
Проекция	42,451 ± 2,12	39,23 ± 1,04	45,27 ± 1,14	32,23 ± 1,27	32,21 ± 0,378	56,87 ± 1,98
Компенса- ция	23,214 ± 1,981	35,27 ± 1,13	31,281 ± 1,04	39,76 ± 1,87	30,53 ± 0,453	30,33 ± 0,791
Формирова- ние реакции (реактивное образование)	36,738 ± 1,43	39,254 ± 1,12	61,143 ± 2,48	35,36 ± 1,23	32,31 ± 1,27	63,13 ± 2,34
Интеллекту- ализация	37,24 ± 1,03	33,58 ± 1,41	31,26 ± 1,07	34,37 ± 1,01	33,22 ± 0,98	59,09 ± 2,46
Вытеснение	57,012 ± 2,68	67,498 ± 2,16	68,320 ± 2,89	31,29 ± 1,22	31,01 ± 0,29	30,27 ± 0,29

Как видно по данным, приведенным в таблице 20, существуют достоверные различия в выраженности механизмов психологической защиты. Так, «ветреным» родителям характерны такие психологические защиты как регрессия ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,54$ при $\rho = 0,01$), отрицание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,23$ при $\rho = 0,05$), проекция ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,21$ при $\rho = 0,05$), вытеснение ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,46$ при $\rho = 0,05$). Эти родители, как правило, отрицают наличие проблемы, применяют «детские формы поведения»

- «ой, да мы мороженки наелись. Что ж не жить теперь». Причины болезни стараются вытеснить. В качестве примера приведем следующий: «Родительница Л. ездила с ребенком и друзьями к морю. День был прохладный, девочка жаловалась матери, что замерзла. Однако мать не реагировала и решила, что ребенок требует мороженое, а плачет, чтобы не дать ей отдохнуть. Мороженое было куплено Коктейль тоже. Затем состоялись купания. Друзья мамы взяли девочку в воду потому, что на берегу с ней сидеть было не с кем. К вечеру у ребенка поднялась температура, покраснело горло. Мама привела ребенка в сад, не понимая почему ребенок заболел».

Для «безразличных» родителей характерны такие механизмы психологической защиты как: отрицание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 15,01$ при $p = 0,05$), регрессия ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,43$ при $p = 0,05$), замещение ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,38$ при $p = 0,05$). Эти родители часто перекладывают вину за состояние ребенка на окружающих: нянечка окно открыла, воспитатель не уследила, дедушки-бабушки плохо смотрят. Не видят причин болезни ребенка, соответственно, ничего исправлять не собираются.

«Враждебным» родителям свойственны замещение ($\chi^2_{\text{эмп}} = 16,87$ при $p = 0,05$), реактивное образование ($\chi^2_{\text{эмп}} = 16,74$ при $p = 0,05$), регрессия ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,33$ при $p = 0,05$). Этими механизмами обосновано агрессивнее поведение родителей по отношению ребенка и окружающих родителя людей).

«Эмпатийные» и «Уютные» родители не имеют выраженных механизмов психологической защиты.

Для «навязчивых» родителей характерны интеллектуализация ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,23$ при $p = 0,05$), проекция ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,14$ при $p = 0,05$), реактивное образование ($\chi^2_{\text{эмп}} = 10,21$ при $p = 0,05$). Возможно, этими механизмами объясняется застревание родителей на болезни ребенка.

Исследование жизнестойкости респондентов выделенных групп приведено на Рисунке 30.

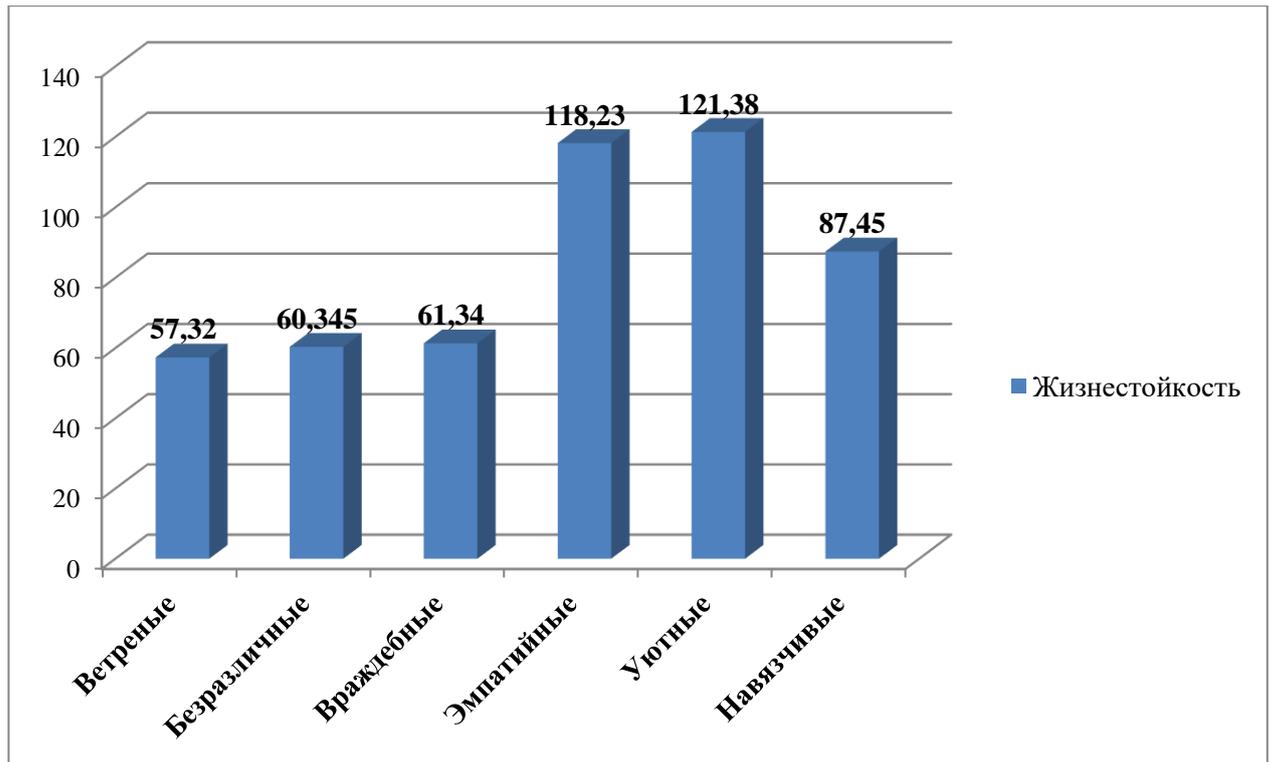


Рисунок 30. Показатели жизнестойкости респондентов

Как видно на рисунке 30, для первых трех групп респондентов – ветреных, безразличных и враждебных показатель жизнестойкости низкий. Такие результаты соответствуют низким возможностям респондентов совладания со стрессовыми ситуациями.

В то же время для группы навязчивых родителей показатель жизнестойкости находится в средних значениях, что характеризует возможности этих родителей справляться с трудными ситуациями, а для эмпатийных и уютных родителей – в зоне высоких значений.

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить группы родителей часто болеющих детей с адаптивным и неадаптивным отношением к болезни ребенка. Под адаптивным отношением родителей к болезни ребёнка мы будем понимать такой алгоритм действий и эмоциональных состояний, который приводит к выздоровлению ребенка, позволяет снизить количество заболеваний и не является травмирующим как для родителя, так и для ребенка. Для выявления предикторов отношения к ребенку в каждой группе мы воспользовались процедурой корреляционного анализа.

Так, были выявлены значимые корреляционные связи между иррациональными установками и выбором копинг-стратегии родителем.

Как видно по результатам, приведенным в таблице 21, значимые корреляционные связи возникают между выбором конфронтационного копинга и иррациональными установками по типу катастрофизация ($r = 0,77$), фрустрационная толерантность ($r = 0,72$); дистанцирование и катастрофизация ($r = 0,62$), долженствование в отношении других ($r = 0,64$), самооценка и рациональность мышления ($r = 0,67$); самоконтроль и долженствование в отношении себя ($r = 0,71$); поиск социальной поддержки и фрустрационная толерантность ($r = 0,64$); принятие ответственности и долженствование в отношении себя ($r = 0,79$); отрицательная связь между копингом бегство-избегание и иррациональной установкой по типу долженствование в отношении других ($r = - 0,64$); планирование решения проблемы и самооценка и рациональность мышления ($r = 0,67$); положительная переоценка и рациональность мышления ($r = 0,58$) [Таблица 21].

Таблица 21

Влияние когнитивных предикторов на выбор неадаптивной копинг-стратегии родителями часто болеющих детей

Копинг/ Установка	Катастрофи зация	Долженство вание в отношении себя	Долженство вание в отношении других	Фрустрацио нная толерантно сть	Самооценк а и рациональ ность мышления
1	2	3	4	5	6
Конфронтац ионный копинг	0,77 **	- 0,03	0,21	0,72 **	0,27
Дистанцирова ние	0,62 **	0,12	0,64 **	0,25	0,67 **
Самоконтроль	0,03	0,71 **	0,23	0,31	0,61**
Поиск социальной поддержки	0,54*		0,12	0,64 **	0,32
Принятие ответственнос ти	0,22	0,79 **	0,23	0,12	0,26

Продолжение Таблицы 21

1	2	3	4	5	6
Бегство-избегание	0,16	0,13	- 0,47 *	0,18	0,14
Планирование решения проблемы	0,34	0,06	0,16	0,24	0,67 **
Положительная переоценка	0,12	- 0,04	0,14	0,18	0,58 **

Поскольку иррациональные установки являются корректируемыми величинами, то изменяя их, можно изменить и выбор копингов, а также их интенсивность.

Изучение корреляционных связей выбора копинг-стратегии с эмоциональными предикторами совладающего поведения показали наличие значимых связей отдельных предикторов и выбора копинга [Рисунок 31].

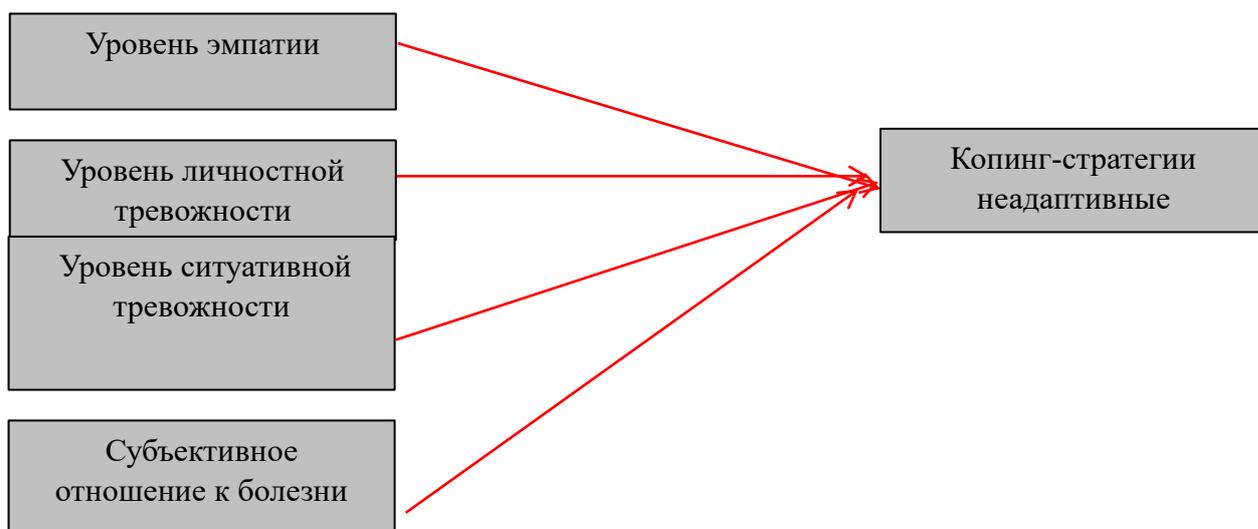


Рисунок 31. Влияние аффективных предикторов на выбор копинг-стратегии родителями часто болеющих детей

Условные обозначения:  положительные связи, значимые при $p = 0,05$

Следует отметить, что на выбор копинг-стратегии не оказывает существенного влияния уровень самомотивации родителя. Поскольку указанные аффективные параметры подлежат коррекции, то для выбора конструктивной модели

поведения есть смысл рассмотреть возможность коррекционной работы именно по этим показателям.

Результаты проведенного исследования позволили создать модель коррекционной работы с родителями, имеющими неконструктивное отношение к болезни ребенка [Рисунок 32].

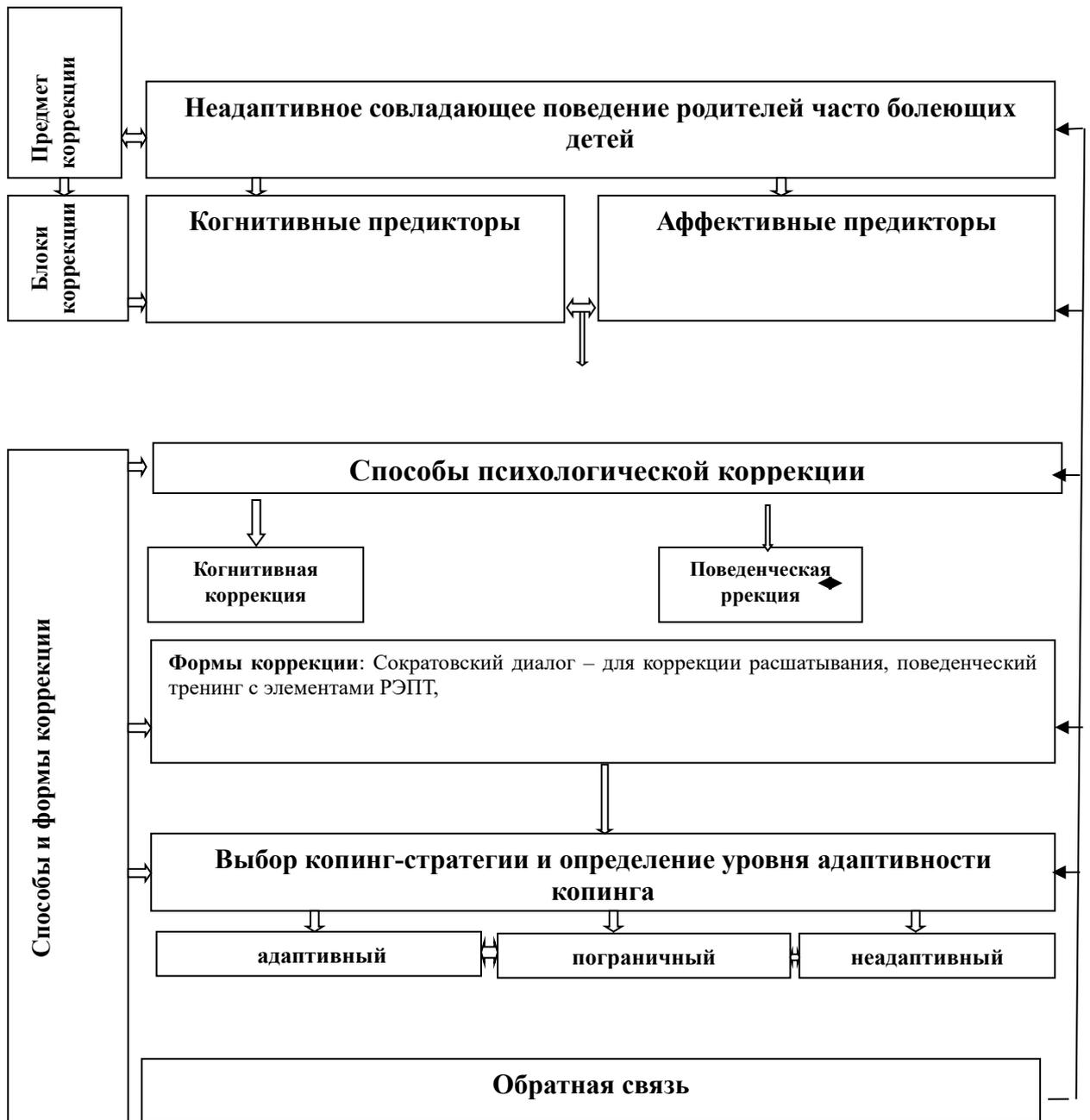


Рисунок 32. Модель психологической коррекции неадаптивных копингов

Как видно на рисунке 32, предметом коррекции является неадаптивное совладающее поведение родителей часто болеющих детей. Коррекционная модель включает 2 блока: когнитивный и аффективный. В рамках когнитивного блока коррекции подвергаются иррациональные убеждения. Для работы с иррациональными убеждениями применяются методы когнитивно-бихевиоральной и рационально-эмотивной психотерапии. Так, родителям предлагались упражнения по расшатыванию убеждений, в том, числе, Сократовский диалог. В ходе работы использовались когнитивные переназвания.

В рамках аффективного блока использовались элементы РЭПТ. В качестве основных форм работы применялся поведенческий тренинг, целью которого было формирование адаптивных стратегии поведения родителей часто болеющих детей.

Как видно на рисунке 32, предметом коррекции является неадаптивное совладающее поведение родителей часто болеющих детей. Коррекционная модель включает 2 блока: когнитивный и аффективный. В рамках когнитивного блока коррекции подвергаются иррациональные убеждения. Для работы с иррациональными убеждениями применяются методы когнитивно-бихевиоральной и рационально-эмотивной психотерапии. Так, родителям предлагались упражнения по расшатыванию убеждений, в том, числе, Сократовский диалог. В ходе работы использовались когнитивные переназвания. Для точечной коррекции эмоциональных состояний личности предложена программа в рамках рационально-эмотивной психотерапии по модели А. Эллиса.

Формат психологической интервенции предполагал очные встречи длиной в 60-90 минут, а также созданный чат для поддержки участников. В чате поддержки отслеживалось эмоциональное состояние участников, предлагалась актуальная информация для изучения и уточнялось выполнение домашних заданий в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии. Наиболее продуктивной формой работы выбрана групповая форма, однако в ряде случаев интервенция реализовывалась на индивидуальных консультациях.

Примерная программа для группы «ветреных» родителей.

Эта группа родителей, как правило, показывала копинги ухода от проблем с целью предотвращения возможной катастрофы или беспомощности. В ходе работы эффективной техникой стал СМЭР-анализ, при выполнении которого участники смогли диагностировать у себя выраженную категорию беспомощности, осознать ее и рационализировать.

1. СМЭР (90 минут).

Цель: исследование дисфункциональных мыслей, эмоций, поведенческих и телесных реакций личности в активизирующих стресс ситуациях.

Содержание. Участникам программы был предложен бланк-дневник, где необходимо отразить свои мысли, эмоции и реакции в различных ситуациях. В классическом варианте СМЭР проводится с учетом возрастных срезов. В рамках нашей программы бланк был видоизменен – акцент на возрасте респондента был заменен на акцент на возрасте его ребенка. Кроме того, после заполнения бланков респонденты обучались самостоятельному поиску схожих моментов в каждом столбце бланка с целью определения категории глубинного убеждения (неприятия или беспомощности). В дальнейшем респонденты изучали специфику своего глубинного убеждения и его влияния на их жизнь. Работа предполагается в парах или тройках.

Обратная связь:

1. Какую из категорий бланка труднее всего было определить? В чем заключалась трудность?

2. Какую категорию глубинных убеждений вы диагностировали у себя и в чем заключается ее особенность?

3. Как именно выявленная категория оказывает влияние на вашу жизнь и взаимодействие с вашим ребёнком?

2. Исследование когнитивных искажений в парах (60 минут).

На этом этапе важным было показать респондентам роль когнитивных искажений в их взаимодействии с детьми. Когнитивные искажения

диагностировались по итогам СМЭР и профильных опросников. После обнаружения искажений участникам программы было предложено ответить на ряд вопросов: в чем заключается особенность выявленного когнитивного искажения? Как оно может влиять на жизнь человека? Как это искажение влияет на вашу жизнь? Как будет выглядеть ваша жизнь, если это когнитивное искажение исчезнет?

3. Эмпирический диспут в парах (60 минут).

В рамках этой техники респондентам было важно определить работоспособность их когнитивных искажений. Для этого необходимым стало определение доказательств в пользу когнитивных искажений и доказательств, опровергающих когнитивные искажения. С этой целью участникам программы был предложен бланк, который они заполняли в парах.

Обратная связь:

1. Были ли трудности в поиске доказательств и в чем они заключались?
2. Как вы относитесь к вашему когнитивному искажению после выполнения техники? Что оно для вас значит?

4. Когнитивные переназвания (60 минут).

В рамках этого упражнения респондентам важно было говорить о активизирующих стресс ситуациях таким образом, чтобы центром становились они, а не окружающие их люди. Это упражнение необходимо с целью проработки катастрофизации и персонализации. Стоит отметить, что именно это упражнение оказалось наиболее сложным для участников программы психологического сопровождения, так как предназначено для расшатывания устоявшихся убеждений.

5. Техника реструктуризации (90 минут).

Эта техника представляет собой работу с глубинными убеждениями, выявленными на этапе СМЭР-диагностики и оказывающими влиянием на неадаптивное поведение и эмоции участников программы. Его цель – оценить динамику глубинного убеждения (опираясь на автоматические мысли, выявленные в ходе

диагностики) и развить навыки рефлексии своих мыслей, эмоций и поведения [Таблица 22].

Таблица 22

Реструктуризация глубинных убеждений

1	Старое глубинное убеждение	
2	Ваша уверенность в истинности старого глубинного убеждения	От 0% до 100%
3	Наивысший процент уверенности в истинности старого глубинного убеждения на прошлой неделе	От 0% до 100%
4	Низший процент уверенности в истинности старого глубинного убеждения на прошлой неделе	От 0% до 100%
5	Новое убеждение	
6	Ваша уверенность в истинности нового глубинного убеждения	От 0% до 100%

Примерная программа для группы «безразличных» родителей.

Стоит отметить, что респонденты этой группы менее охотно соглашались на участие в экспериментальной программе. Как правило, такие родители объясняли невозможность участия занятостью и нежеланием тратить собственное время. Однако при уточнении возможной коррекции фрустрации и катастрофизации некоторые респонденты из указанной группы дали согласие на психологическую интервенцию.

1. СМЭР (90 минут).
2. Исследование когнитивных искажений в парах (60 минут).
3. Распатывание фрустрации и катастрофизации с помощью бланков (60 минут).

Эта техника направлена на процесс декатастрофизации, что влечет за собой снижение неадаптивных фрустрационных реакций. Техника реализуется в парах и включает использование бланка со следующими столбцами для анализа – тревога, доказательства тревоги, прогноз пессимиста, прогноз оптимиста, прогноз реалиста и действия. Приведем пример заполненного участником бланка [Таблица 23].

Структурная декатастрофизация (бланк участника программы)

1	Тревога	Что у Вас вызывает тревогу? Какая вероятность положительного исхода от 0% до 100%?	Переживаю, что из-за забот о ребенке поменяется моя жизнь и я не буду принадлежать себе (90%)
2	Доказательств а тревоги	Приведите доказательства вероятности встречи с тревогой? Был ли у Вас подобный опыт?	Был опыт, когда приходилось отпрашиваться на работе, чтобы отвести ребенка к врачам. Это доказательство того, что моя жизнь временами мне не принадлежит (но не всегда)
3	Прогноз пессимиста	Опишите наихудший сценарий	Мне придется бросить работу и посвятить всю жизнь ребенку
4	Прогноз оптимиста	Опишите лучший сценарий	Я смогу распределить заботу о ребенке между ближайшим кругом и заниматься своими делами
5	Прогноз реалиста	Если встреча с тревогой свершится, то какой реальный исход может быть?	Если вдруг встанет вопрос о постоянной заботе о ребенке, я смогу распределить обязанности
6	Действия	Что лучше всего сделать, чтобы справиться с тревогой?	Сходить на йогу, попросить помощи у близких, написать план действий

4. Техника реструктуризации (90 минут).

5. Составление плана помощи при усилении тревоги и катастрофизации (60 минут).

Эта техника выполнялась в парах и предполагала определение участниками программы действий с целью профилактики дисгармоний в когнитивных, аффективных и поведенческих процессах. После работы в парах важно было озвучить полученные результаты. Участники выполняли следующие действия:

1. Определение признаков изменения своего состояния (повышение тревоги, мысли-катастрофы, страх фрустрации).

2. Определение плана для предотвращения ухудшения состояния – анализ действий при ухудшении состояния; анализ возможных объяснений своего состояния близкому кругу; формулирование просьб о помощи.

3. Определение возможного круга поддержки – семья, друзья, знакомые, коллеги и другие.

4. Определение возможностей специализированной поддержки (психолог, медицинские работники).

5. Определение собственных шагов для самопомощи.

6. Выявление возможных триггерных ситуаций.

Примерная программа для группы «враждебных» родителей.

Респонденты этой группы склонны к агрессии, катастрофизации, нетерпимости к неопределенности и долженствованию. В ходе психологической интервенции «враждебным» родителям были предложены точечные когнитивно-поведенческие техники. Стоит отметить, что именно участники этой группы показали наибольшее сопротивление и агрессию в отношении ведущего мероприятий. В ходе работы вводились дополнительные методы – работа с сопротивлением, определение этапов достижения цели (лестница достижения цели).

1. СМЭР (90 минут).

2. Исследование когнитивных искажений в парах (60 минут).

3. Сократовский диалог (60 минут).

На этапе исследования когнитивных искажений было выявлено, что участники программы способны диагностировать свои негативные установки и понимать их смысл, однако соотносить с собственным опытом затрудняются. В связи с этим введена в программу техника сократовского диалога.

Цель: поиск и коррекция неадаптивных мыслей и копингов.

Содержание. Участники в парах делятся событиями, которые вызвали у них катастрофизацию, агрессию, нетерпимость к неопределенности и долженствование. Далее работа выстраивается в форме вопроса-ответа по модели сократовского диалога: исследование – изучение причин – анализ неадаптивных убеждений – учет положительных и отрицательных последствий. Перед началом техники проводился демонстрационный диалог с желающим участником.

Обратная связь:

1. Какой из этапов стал причиной сопротивления?

2. Какие вывод можете сделать по итогам участия в технике?

3. Смоделируйте свое поведение и реакции в схожих ситуациях.

4. Техника расшатывания убеждений (60 минут).

Цель: расшатывание установок, ведущих к дисфункциональным эмоциям.

Содержание. Родителям было необходимо озвучить убеждения, которые в активизирующих стресс ситуациях ведут к неадаптивным формам поведения и эмоций. Далее родители определяли возможные адаптивные мысли, изучали и доказывали их логику. Последним шагом в рамках этой техники стала проверка новых адаптивных убеждений в процессе ролевой игры и реальной коммуникации.

Обратная связь:

1. Опишите основные затруднения в ходе выполнения техники.

2. Какие выводы можете сделать по итогам выполнения заданий?

5. Техника реструктуризации (90 минут).

Примерная программа для группы «уютных» родителей.

Специфика этой группы заключалась в высоком уровне когнитивных искажений по типу катастрофизации и дихотомического мышления (из крайности в крайность). Кроме того, такие родители были склонны опираться на мнение окружающих больше, чем на свое. В ходе реализации программы психологического сопровождения участники этой группы нередко старались давать социально желательные ответы и соглашаться с мнением окружающих. В связи с этим в программу были введены дополнительные техники – вопросы для рефлексии («Что Вы сейчас делаете?», «Как Вы себя ощущаете после этих слов?», «О чем Вы подумали в первую очередь?») и ролевые игры, позволяющие проигрывать различные роли, в том числе соглашателя и флюгера.

1. СМЭР (90 минут).

2. Исследование когнитивных искажений в парах (60 минут).

3. Исследования в рамках Я-концепции. Опираясь на когнитивную модель Дж. Келли, участники исследовали свои гипотезы и конструкты, лежащие в основе представлений о себе. Цель таких действий – стимулировать интерес к

собственной личности и запустить рефлексию для смещения фокуса (с социального на личностный). Итогом упражнения стало осознание участниками важности принятия себя и интеграции своего мнения с мнением других людей. Упражнение было завершено самоотчетами.

4. Техника когнитивного континуума (60 минут).

В рамках этой техники родители самостоятельно оценивали себя и свои особенности по заданной шкале (от 0% до 100%). Далее задавался ряд уточняющих вопросов – например, о том, есть ли люди с более негативными для респондента особенностями. Стимулировались расширенные ответы. После подобного анализа участникам было предложено изменить свое положение в рамках шкалы.

5. Распатывание фрустрации и катастрофизации с помощью бланков (60 минут).

Примерная программа для группы «навязчивых» родителей.

Особенностями родителей этой группы является их стремление к жертвенности и вознесению болезни ребенка в ранг центральной проблемы в их жизни и жизни других людей – важно, чтобы другие люди ощущали значимость ситуации и героизм этих родителей. На этапе работы с этой группой введены дополнительные техники арт-терапии – работа с фотографиями, техника коллажа, песочная терапия и работа со сказками. Именно эти техники повлияли на осознание родителями своей позиции и вторичных выгод, скрывающихся за их поведением.

1. СМЭР (90 минут).

2. Исследование когнитивных искажений в парах (60 минут).

3. Техника для оценки выгод и издержек в поведении участников программы (60 минут) [Таблица 24].

Бланк выгод и издержек

	Альтернатива 1		Альтернатива 2		Альтернатива 3		Альтернатива 4	
	Плюсы	Минусы	Плюсы	Минусы	Плюсы	Минусы	Плюсы	Минусы
Критерий 1								
Критерий 2								
Критерий 3								
Критерий 4								
Итог:								

Эта техника позволяет расшатать убеждения и сопротивление участников, имеющих склонность к жертвенности и неосознаваемым вторичным выгодам. Респондентам было предложено представить сложную ситуацию, которая с ними уже произошла и может повториться. Далее было необходимо в столбце альтернатив прописать возможные варианты действий в этой ситуации, в том числе «не принимать сейчас никаких решений». Следующий этап – участники определили критерии, касающиеся каждой альтернативы (например, «денежные затраты», «сохранение нервной системы»). Основная задача состояла в анализе по 100-й шкале выраженности плюсов и минусов в каждой альтернативы и подведении общего итога. Альтернатива, набравшая больше баллов по плюсам и меньшее количество баллов по минусам, считалась приемлемой. В конце выполнения техники участники программы спрогнозировали возможные шаги для реализации выбранной альтернативы.

Обратная связь:

1. Опишите основные затруднения в ходе выполнения техники.
2. Какие выводы можете сделать по итогам выполнения заданий?
5. Техника реструктуризации (90 минут).

В ходе групповой работы со всеми группами родителей и в процессе индивидуального консультирования также использованы следующие техники – управляемый эксперимент, создание метафор, реструктурирование ранних воспоминаний, самораскрытие ведущего мероприятий, домашнее задание, поведенческий тренинг, реатрибуция, триада самоконтроля и наводнение. В отдельных случаях

участники программы нуждались обучению саморелаксации и участию в систематической десенсибилизации.

В рамках аффективного блока использовались элементы РЭПТ. В качестве основных форм работы применялся поведенческий тренинг, целью которого было формирование адаптивных стратегий поведения родителей часто болеющих детей. Модель реализации РЭПТ являлась универсальной для всех участников программы. Опираясь на ABC-модель А. Эллиса, респондентам было предложено оценить их неадаптивное поведение или дисфункциональные эмоции (С) в рамках определённой ситуации (А) через систему их установок и верований (В). Например, респонденты, относящиеся к группе «враждебные» отметили, что проявление агрессивных эмоций и поведенческих паттернов в ситуациях, касающихся их детей, может быть связано со следующими установками или когнитивными верованиями: Эта ситуация может меня сломать; Я могу не справиться; Другие люди знают, что я не справляюсь.

Стоит отметить, что в ходе реализации ABC-модели респонденты смогли отрефлексировать свои когнитивно обусловленные эмоциональные реакции и определить верования, лежащие в их основе, среди которых можно выделить следующие:

1. Для опытного и хорошего родителя важно, чтобы каждый его шаг был грамотным и правильным.

2. Если родитель поступает неправильно и это оказывает влияние на ребенка, то такого родителя необходимо ругать, наказывать и лишать права называть себя хорошим отцом или матерью.

3. Если все идет не по плану, то обязательно закончится катастрофой.

4. В любых проблемах, связанных с ребенком, виноваты не родители. Вина лежит на образовательных, медицинских и других учреждениях.

5. Хороший родитель всегда должен ожидать неприятностей и быть начеку.

6. Все время быть ответственным и вовлеченным нельзя – иногда проблему следует избегать.

7. Внутренний стержень человека – это миф. Есть более сильные люди, способные направить и подсказать верный путь.

8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным. Нужно все знать, все уметь, все понимать и во всем добиваться успеха.

9. То, что однажды плохо повлияло на детско-родительские взаимоотношения – будет плохо влиять всегда.

10. Стоит ничего не делать и ждать результата.

11. У человека нет контроля над эмоциями, поэтому нет смысла что-либо с ними делать.

В ходе реализации РЭП-терапии учитывались установки и искажения, продемонстрированные участниками программы психологического сопровождения. В связи с этим реализованы следующие методы работы: объяснение уместности использования рационально-эмоциональной терапии; приведение связи примеров использования РЭПТ и клиентский случаев; приведение примеров рациональных и иррациональных установок, схожих клиентским запросам; обсуждение плана психологического сопровождения и прогнозирование возможных результатов. Кроме того, соблюдена следующая этапность психологической интервенции:

1. Получено мотивированное согласие участников программы на рассмотрение их собственных иррациональных установок с помощью техник РЭПТ. Среди таких техник использованы: тест А. Эллиса; оспаривание и рационализация иррациональных идей; написание сочинений на тему «Что, если идеи влияют на наше поведение?».

2. Оспорены иррациональные идеи участников программы. На этом этапе важной целью стало предъявление респондентам перечня их иррациональных суждений и последующее их обсуждение – определение степени иррациональности. Кроме того, важным элементом послужил поиск возможных рациональных замен тем идеям, которые вызывают у участников негативные аффективные

реакции. Здесь использованы две техники – техника рационализации с помощью вопросов и рационально-эмотивная игра. Примеры вопросов: «Какие есть доказательства иррациональности ваших верований?», «Какой новой рациональной идеей можно заменить ваши существующие идеи?».

Техника рационально-эмотивной игры в случае этого этапа показала наибольшую результативность. Респондентам предложена следующая система действий в рамках этой техники: рассказать о беспокоящей их проблеме – дать ответы на вопросы психолога (диспут) – поменяться ролями с психологом – задавать вопросы психологу, который транслирует проблемы участников от своего лица. Как правило, именно эта техника вызвала наиболее активную обратную связь. Согласно самоотчетам респондентов, РЭПТ-игра позволила не только увидеть со стороны их затруднения, но и оценить влияние на их повседневную жизнь.

3. Участникам программы предложено самостоятельно оспаривать свои иррациональные идеи. Суть этого этапа заключалась в том, что ведущий принимал более пассивную роль в ходе диспута, а респонденты активно оспаривали собственные неадаптивные верования. Кроме того, в ходе работы предложено записать приведенные против неадаптивных верований аргументы и создать с их помощью копинг-карточки. Копинг-карточки – эффективный метод, позволяющий человеку в активизирующей стресс ситуации обратиться к логическим аргументам, которые способны снизить уровень аффективных реакций.

4. Этап развития новых рациональных суждений. Если предыдущие этапы убрали выраженность эффективных реакций здесь и сейчас и запускали ситуативную рефлексию, то на этапе развития новых рациональных суждений респондентам предлагалось закрепить навыки рефлексии на текущих и возможных в будущем ситуациях. Участникам программы было предложено смоделировать возможные события, где вероятен высокий уровень катастрофизации, и с помощью когнитивного диспута отрефлексировать варианты рационального мышления и реагирования. Этот этап оказался одним из самых сложных для

респондентов и вызвал множественные сопротивления. С этой целью в программу были введены техники прогнозирования.

5. Этап подкрепления выявления респондентами иррациональных верований и чувств в активизирующих стресс ситуациях. Для эффективной реализации этого этапа важным стало возвращение к тревожащим респондентов ситуациям. Такие действия необходимы для закрепления предыдущих этапов и в последующей проработке их в поведенческой игре. Примеры высказываний респондентов:

– Если я буду много внимания уделять ребенку – он вырастет беспомощным и мне будет трудно.

– Любые тревожные вопросы, связанные с ребенком, меня злят и выбивают из колеи. Я ощущаю, что мне некому помочь и считаю, что в этом виноват мой ребенок.

– Мне страшно, когда я слышу про болезнь моего ребенка. Мне хочется закрыться в своем мире и никогда не знать об этих проблемах.

– Я злюсь, потому что мне кажется, что ребенок болеет по каким-то причинам, которые мне не ясны.

– Любые советы и рекомендации по воспитанию и лечению моих детей доводят меня до бешенства. Мне кажется, что я теряю контроль.

– Если я не буду постоянно следить за своим ребенком – я умру.

– Ребенок должен быть окружен постоянной заботой, иначе я буду ощущать тревогу.

– Я живу ради того, чтобы лечить и поддерживать моего ребенка. Иначе в жизни нет смысла.

6. Этап ранжирования. На этом этапе респондентам было важно ранжировать проблемные ситуации и отношение к ним по степени стрессогенности – от самой трудной ситуации до самой простой. Стоит отметить, что многие респонденты определяли наиболее значимыми те ситуации, которые вызывают у них чувства страха за самих себя или за жизнь ребенка (в связи с их жизнью).

7. Этап предъявления ситуации. Ведущий предъявлял каждую из проблемных ситуаций респондентов, начиная с наиболее простой. Ситуации были предъявлены в рамках дискуссии. Каждый респондент получил инструкцию – во время каждого предъявления озвучить свои эмоции и рассуждения. Такие действия реализовывались с целью развития понимания и рефлексии респондентов – важно, чтобы определенное аффективное переживание стало указателем к поиску у себя иррациональных верований. Такая модель напоминает классическую формулу стимул-реакция и в ходе реализации программы психологического сопровождения показала себя как эффективная техника.

8. Этап когнитивного диспута. Его специфика заключалась в том, что при предъявлении каждой иррациональной идеи респондентов, она оспаривается ведущим. После этого участникам программы было предложено реализовать уже полученные ранее навыки самостоятельного оспаривания иррациональных идей.

9. Этап вакцинации от стресса. На этом этапе ведущий предъявлял участникам активизирующее стресс событие в ролевой игре. Задача участников состояла в том, чтобы они потренировались с рациональными альтернативами. Для оценки эмоциональных реакций респондентам была предложена техника шкалирования в форме эмоционального термометра (от 0 до 100).

Стоит отметить, что после прохождения РЭПТ-схемы у большинства участников отметилась положительная динамика. В первую очередь, респонденты использовали копинг-карточки, что позволило активизировать навыки когнитивного оспаривания неадаптивных мыслей и эмоций. Во-вторых, респонденты показали возможность использования техники шкалирования своих эмоций, что позволило оценить не только их выраженность, но и определить возможные верования, которые запускали эти эмоции. Для закрепления пройденных этапов участникам программы были предложены варианты домашних задания – самостоятельное заполнение ABC-дневника и ведение дневника продвижений в оспаривании иррациональных идей. Кроме того, при возникновении рецидивов

участникам программы в индивидуальном порядке была предложена ADCDE-модель.

Таким образом, в ходе реализации программы психологической интервенции респонденты прорабатывали свои неадаптивные убеждения, эмоции и паттерны поведения с помощью когнитивно-поведенческой терапии второй волны. Для точечного расшатывания убеждений применен классический когнитивно-поведенческий подход по модели А. Бека и техники рационально-эмотивной психотерапии по модели А. Эллиса. Кроме того, техники РЭПТ показали свою эффективность в аффективной стабилизации родителей различных групп. Стоит отметить, что участники программы не только показали динамику особенностей, но и смогли проанализировать ее самостоятельно. В дальнейшем психологическое сопровождение осуществлялось с помощью онлайн-общений или, в случае необходимости, в рамках индивидуального консультирования.

Следует отметить, что проведенная коррекционная работа позволила снизить количество родителей с неадаптивными и пограничными копингами [Таблица 25].

Таблица 25

Динамика копингов

Копинги	Адаптивные, %		Неадаптивные, %		Пограничные, %	
	Было	Стало	Было	Стало	Было	Стало
Ветреные	8	62	35	20	47	18
Безразличные	7	58	36	12	57	30
Враждебные	9	31	49	35	42	21
Навязчивые	9	48	38	24	53	28

С группой проводилась индивидуальная работа по повышению уровня саммотивации. Для этих респондентов были предусмотрены задания, способствующие включению рефлексии в отношении ребенка и его болезни [Таблица 26].

Таблица 26

Динамика уровня самомотивации

Уровень саммотивации	Низкий, %		Средний, %		Высокий, %	
	Было	Стало	Было	Стало	Было	Стало
Ветреные	93	32	7	57	0	11
Безразличные	73	28	16	12	57	30
Враждебные	79	32	49	35	42	21
Навязчивые	10	10	38	24	53	28

В результате работы были отмечены положительные изменения в уровне самомотивации [Таблица 26]: ветреные ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,23$ при $p = 0,05$); безразличные ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,43$ при $p = 0,05$); враждебные ($\chi^2_{\text{эмп}} = 16,19$ при $p = 0,05$). Следует отметить, что наиболее проблемными оказались родители из группы «навязчивые». С ними работа по повышению уровня самомотивации не проводилась.

Изменение уровня эмпатии представлено в таблице 27. Как видно по приведенным результатам, уровень эмпатии повысился после проведенной работы. Однако, среди респондентов выделенных для коррекции групп только среди безразличных родителей удалось повысить уровень эмпатии до высокого по отношению к собственному ребенку у 2 родителей из 16 испытуемых [Таблица 27].

Таблица 27

Динамика уровня эмпатии

Уровень эмпатии	Низкий, %		Средний, %		Высокий, %	
	Было	Стало	Было	Стало	Было	Стало
Ветреные	89	56	11	44	0	0
Безразличные	73	48	27	38	0	14
Враждебные	94	38	6	35	0	0

Существенно возрос уровень эмпатии у ветреных родителей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,62$ при $p = 0,05$), у враждебных родителей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,43$ при $p = 0,05$).

Вместо существующих иррациональных убеждений у 67% респондентов групп ветреных и безразличных родителей сформированы конструктивные убеждения о необходимости соблюдения режима закаливания и питания ребенка.

После проведенной работы более 60% родителей этих групп перестали воспринимать болеющих детей как жизненную помеху. При этом количество

респондентов с адаптивными стратегиями существенно возросло: ветреные (62%), безразличные (58%).

Для респондентов группы «Враждебные» применялись методы психокоррекции, направленные на расшатывание иррационального убеждения по типу «катастрофизация», «долженствование в отношении других», «фрустрационная толерантность». Кроме того, проводился когнитивный анализ различных моделей поведения в ситуации неопределенности. Параллельно шла коррекционная работа по формированию позитивных мотивационных установок, связанных с болезнью ребенка: «для того, чтобы не допустить болезнь ребенка нужно...» ($\chi^2_{\text{эмп}} = 10,01$ при $p = 0,05$). В результате коррекционной работы количество респондентов с адаптивными стратегиями возросло от 9% до 31%. Следует отметить, что респонденты этой группы сложнее всего поддавались психокоррекционному воздействию.

С группой «Навязчивые» проводилась индивидуальная и групповая работа по коррекции симптомокомплекса «поклонение» и иррациональной установки «долженствование в отношении других». В качестве основных мотивационных установок использовались характерные для этой группы терминальные ценности «Здоровье», «Счастливая семейная жизнь». В процессе коррекции иррациональная установка «долженствование в отношении других» заменена на конструктивную «Счастливая семейная жизнь – это тогда, когда каждый член счастлив» ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,76$ при $p = 0,05$). В результате работы были отмечены положительные изменения в количестве респондентов с адаптивными допингами (от 9% до 48%).

Таким образом, после реализации системы психологической коррекции наблюдаются значительное увеличение количества родителей, имеющих адаптивные стратегии совладающего поведения.

Выводы по Главе 3

В ходе эмпирического исследования выделены группы родителей часто болеющих и практически здоровых детей по их субъективному отношению к ребенку: незаботливые, равнодушные, заботливые, сверхзаботливые. Для определения групп привлекались эксперты – психологи и воспитатели, имеющие опыт работы не менее 3-х лет.

Анализ коллажей родителей «Болезнь ребенка» позволил выявить симптомкомплекс, соответствующий каждой группе: незаботливые родители – враждебность, безразличие; равнодушные родители – враждебность, безразличие; заботливые родители – принятие; сверхзаботливые родители – поклонение, принятие.

Эмпирически выявлено, что каждой группе родителей часто болеющих детей соответствуют определенные иррациональные установки. Незаботливые родители – катастрофизация, долженствование в отношении себя, долженствование в отношении других; равнодушные родители – катастрофизация, долженствование в отношении себя, фрустрационная толерантность; заботливые родители – катастрофизация. При этом есть достоверные различия в выраженности иррациональных установок в группах родителей часто болеющих и практически здоровых детей.

Не выявлено зависимости уровня толерантности к неопределённости от отношения родителя к ребенку. Однако в группе родителей практически здоровых детей количество респондентов с высоким и средним уровнем толерантности достоверно возрастает в группе заботливых родителей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 9,38$ при $p = 0,05$).

Эмпирически определены иерархии терминальных ценностей родителей выборки. Для незаботливых родителей часто болеющих детей характерны свобода, материально обеспеченная жизнь, здоровье, наличие хороших и верных друзей, счастливая семейная жизнь, интересная работа; для равнодушных родителей часто болеющих детей характерны материально обеспеченная жизнь, уверенность в себе, продуктивная жизнь, свобода, счастливая семейная жизнь,

активная деятельная жизнь; для заботливых родителей часто болеющих детей характерны здоровье, счастливая семейная жизнь, материально обеспеченная жизнь, счастье других, развитие, продуктивная жизнь; для сверхзаботливых родителей часто болеющих детей характерны здоровье, счастье других, материально обеспеченная жизнь, активная деятельная жизнь, уверенность в себе, развитие. Существуют достоверные отличия в выборе ценностей между родителями практически здоровых и часто болеющих детей.

Исследование инструментальных ценностей у выделенных нами групп родителей также показало наличие значимых отличий как между группами родителей практически здоровых и часто болеющих детей, так и в зависимости от отношения к ребенку.

Существуют достоверные отличия при распределении респондентов по уровням самомотивации: для высокого уровня самомотивации ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,14$ при $\rho = 0,05$); для среднего уровня самомотивации ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,45$ при $\rho = 0,05$); для низкого уровня саммотивации ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,24$ при $\rho = 0,05$). Самый высокий уровень самомотивации у заботливых и сверхзаботливых родителей, а самый низкий – у незаботливых и равнодушных.

Выявлено, что количество респондентов с высоким уровнем личностной тревожности существенно возрастает в группе заботливых родителей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,21$ при $\rho = 0,05$) и сверхзаботливых родителей ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,34$ при $\rho = 0,05$). В этих же группах фиксируется высокий уровень ситуативной тревожности ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,32$ и $\chi^2_{\text{эмп}} = 14,44$ при $\rho = 0,05$ соответственно).

Появление нетипичных случаев в каждой группе стало причиной проведения процедуры кластерного анализа, в результате которого была получена новая классификация респондентов выборки. Основаниями для классификации стали отношение к ребенку, когнитивные искажения, толерантность к неопределенности, основные терминальные ценности, основные инструментальные ценности, уровень саммотивации, уровень эмпатии, эмоциональный симптомокомплекс. В ходе исследования выделены следующие группы: Ветреные, Безразличные,

Враждебные, Эмпатийные, Уютные, Навязчивые родители часто болеющих детей.

Существуют достоверные различия в выборе копинг-стратегий родителями часто болеющих детей, отнесенных к разным группам: Ветреные (бегство-избегание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,61$ при $\rho = 0,01$); дистанцирование ($\chi^2_{\text{эмп}} = 6,38$ при $\rho = 0,05$)), Безразличные (дистанцирование ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,54$ при $\rho = 0,05$), бегство-избегание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 10,28$ при $\rho = 0,05$)), Враждебные (бегство-избегание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 16,87$ при $\rho = 0,05$), конфронтационный копинг ($\chi^2_{\text{эмп}} = 16,74$ при $\rho = 0,05$) дистанцирование ($\chi^2_{\text{эмп}} = 9,39$ при $\rho = 0,05$)), Эмпатийные (поиск социальной поддержки ($\chi^2_{\text{эмп}} = 6,01$ при $\rho = 0,05$)), Уютные (поиск социальной поддержки ($\chi^2_{\text{эмп}} = 6,01$ при $\rho = 0,05$), самоконтроль ($\chi^2_{\text{эмп}} = 9,39$ при $\rho = 0,05$)), Навязчивые (поиск социальной поддержки ($\chi^2_{\text{эмп}} = 15,37$ при $\rho = 0,05$), принятие ответственности ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,33$ при $\rho = 0,05$), планирование решения проблемы ($\chi^2_{\text{эмп}} = 14,27$ при $\rho = 0,05$)) родители часто болеющих детей.

Выявлены достоверные различия в выраженности механизмов психологической защиты у родителей часто болеющих детей разных групп. «Ветреным» родителям характерны такие психологические защиты как регрессия ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,54$ при $\rho = 0,01$), отрицание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,23$ при $\rho = 0,05$), проекция ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,21$ при $\rho = 0,05$), вытеснение ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,46$ при $\rho = 0,05$); Для «безразличных» родителей характерны отрицание ($\chi^2_{\text{эмп}} = 15,01$ при $\rho = 0,05$), вытеснение ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,49$ при $\rho = 0,05$), регрессия ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,43$ при $\rho = 0,05$), замещение ($\chi^2_{\text{эмп}} = 12,38$ при $\rho = 0,05$); «Враждебным» родителям свойственны замещение ($\chi^2_{\text{эмп}} = 16,87$ при $\rho = 0,05$), вытеснение ($\chi^2_{\text{эмп}} = 16,74$ при $\rho = 0,05$), регрессия ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,33$ при $\rho = 0,05$), проекция ($\chi^2_{\text{эмп}} = 10,81$ при $\rho = 0,05$); Для «навязчивых» родителей характерны интеллектуализация ($\chi^2_{\text{эмп}} = 13,23$ при $\rho = 0,05$), проекция ($\chi^2_{\text{эмп}} = 11,14$ при $\rho = 0,05$), реактивное образование ($\chi^2_{\text{эмп}} = 10,21$ при $\rho = 0,05$).

Исследование жизнестойкости респондентов показало, что для ветреных, безразличных и враждебных родителей показатель жизнестойкости низкий. Такие результаты соответствуют низким возможностям респондентов совладания

со стрессовыми ситуациями.

В результате корреляционного анализа выявлены значимые корреляционные связи между выбором конфронтационного копинга и иррациональными установками по типу катастрофизация ($r = 0,77$), фрустрационная толерантность ($r = 0,72$); дистанцирование и катастрофизация ($r = 0,62$), долженствование в отношении других ($r = 0,64$), самооценка и рациональность мышления ($r = 0,67$); самоконтроль и долженствование в отношении себя ($r = 0,71$); поиск социальной поддержки и фрустрационная толерантность ($r = 0,64$); принятие ответственности и долженствование в отношении себя ($r = 0,79$); отрицательная связь между копингом бегство-избегание и иррациональной установкой по типу долженствование в отношении других ($r = - 0,64$); планирование решения проблемы и самооценка и рациональность мышления ($r = 0,67$); положительная переоценка и рациональность мышления ($r = 0,58$). Подтверждено влияние аффективных предикторов на выбор копинг-стратегии родителями. Результаты проведенного исследования позволили создать модель коррекционной работы с родителями, имеющими неадаптивное совладающее поведение. Целью коррекции является переход к адаптивной форме копингов за счет коррекции иррациональных установок и нормализации аффективных показателей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В **Заключении** подводятся итоги исследования и формулируются основные выводы.

1. Совладающее поведение родителей, воспитывающих часто болеющих детей, определяется когнитивными (когнитивные стили, когнитивные установки, ценности и смыслы), мотивационными (уровень самомотивации, уровень эмпатии, эмоциональный симптомокомплекс) и поведенческими (механизмы психологической защиты, жизнестойкость) характеристиками личности.

2. Выявлено, что выбор адаптивной или неадаптивной стратегии совладания родителями, воспитывающих часто болеющих детей, зависит от наличия или отсутствия у родителей иррациональных установок, типа субъективного восприятия личностью трудной ситуации, определенных ценностных и смысловых установок, уровня эмпатии, саммотивации и тревожности.

3. Эмпирически построена типология родителей, воспитывающих часто болеющих детей, с различиями когнитивных и аффективных показателей: незаботливые, равнодушные, заботливые, сверхзаботливые. Определены иррациональные установки для каждой группы родителей: незаботливые родители – катастрофизация, долженствование в отношении себя, долженствование в отношении других; равнодушные родители – катастрофизация, долженствование в отношении себя, фрустрационная толерантность; заботливые родители – катастрофизация; определены иерархии терминальных ценностей родителей выборки. Для незаботливых родителей часто болеющих детей характерны свобода, материально обеспеченная жизнь, здоровье, наличие хороших и верных друзей, счастливая семейная жизнь, интересная работа; для равнодушных родителей часто болеющих детей характерны материально обеспеченная жизнь, уверенность в себе, продуктивная жизнь, свобода, счастливая семейная жизнь, активная деятельная жизнь; для заботливых родителей часто болеющих детей характерны здоровье, счастливая семейная жизнь, материально обеспеченная жизнь, счастье других, развитие, продуктивная жизнь; для сверхзаботливых родителей часто

болеющих детей характерны здоровье, счастье других, материально обеспеченная жизнь, активная деятельная жизнь, уверенность в себе, развитие.

4. Эмпирически определено, что самый высокий уровень самомотивации у заботливых и сверхзаботливых родителей, а самый низкий – у незаботливых и равнодушных. Выявлено, что количество респондентов с высоким уровнем личностной тревожности существенно возрастает в группе заботливых родителей.

5. Эмпирически определена взаимосвязь между жизнестойкостью личности и выбором ею адаптивного копинга. Для ветреных, безразличных и враждебных родителей характерен низкий показатель жизнестойкости.

6. Система психологического сопровождения родителей, воспитывающих часто болеющих детей основана положениях когнитивно-поведенческой науки и направлена на нормализацию личностной тревожности, а также коррекцию иррациональных установок. Целью коррекции является переход к адаптивной форме копингов за счет коррекции иррациональных установок и нормализации аффективных показателей.

Практические рекомендации. Результаты исследования могут быть применены психологами и педагогами для работы с родителями часто болеющих детей.

Перспективы дальнейшего исследования проблемы предполагают дальнейшие исследования совладающего поведения родителей, воспитывающих детей, часто болеющих детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова, К. А. Рубинштейновская категория субъекта и ее различные методологические значения / К. А. Абульханова // Проблема субъекта в психологической науке. – Москва : Академический проект, 2000. – С. 13-26. ISBN: 5-8291-0075-4.
2. Акименко, А. К. Взаимосвязь стратегий совладающего поведения и социально-психологических характеристик личности / А. К. Акименко // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. – 2016. – № 2. – С. 151-157.
3. Александрова, О. В. Психосемантический подход к оценке сложной жизненной ситуации (на примере ситуации, связанной с заболеванием, угрожающим жизни ребенка) / О. В. Александрова, И. Б. Дерманова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2016. – Выпуск 4. – С. 40-50.
4. Александрова, О. В. Дифференциально-психологические факторы переживания и копинг-поведения взрослых в трудной жизненной ситуации : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.13 Психология развития, акмеология / Александрова Ольга Викторовна. – Санкт-Петербург, 2017. – 242 с.
5. Алексапольский, А. А. Стилевые и уровневые свойства интеллекта как факторы совладающего поведения: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.01 Общая психология, психология личности, история психологии / Алексапольский Алексей Андреевич. – Москва, 2008. – 148 с.
6. Анциферова, Л. И. Личность в трудных жизненных условиях переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. – 1994. – № 1. – С. 13-26.
7. Баландина, Л. Л. Социально-психологические аспекты родительства в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья / Л. Л. Баландина // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического

университета. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. – 2019. – Выпуск 2. – С. 37-45.

8. Бассин, Ф. В. Проблема психологической защиты / Ф. В. Бассин, М. К. Бурлакова, В. Н. Волков // Психологический журнал. – 1998. – № 3. – С. 79-86.

9. Безрукова, О. Н. Ценности детей и родительства: межпоколенческая динамика / О. Н. Безрукова // Социологический журнал. – 2017. – Том 23, № 1. – С. 88-110.

10. Белан, Е. А. Психологические особенности оценивания жизненных ситуаций взрослыми: монография / Е. А. Белан, В. А. Худик. – Санкт-Петербург : Изд-во Политехнического ун-та, 2015. – 154 с. ISBN: 978-5-7422-4775-3.

11. Березина, А. В. Особенности совладания с негативным состоянием у матерей, воспитывающих детей раннего возраста / А. В. Березина А. В. Бабина // Психология и психотерапия семьи. – 2023. – № 1. – С. 5-27.

12. Битюцкая, Е. В. Структура и динамика образа трудной жизненной ситуации / Е. В. Битюцкая // Вопросы психологии. – 2020. – Т. 66, № 3. – С. 116-131.

13. Битюцкая, Е. В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания / Е. В. Битюцкая // Психологическая наука и образование. – 2007. – № 4. – С. 87-93.

14. Богданова, М. В. Саморегуляция личности: от защит к созиданию: монография / М. В. Богданова, Е. Л. Доценко. – Тюмень, 2010. – 203 с. ISBN: 978593020439X.

15. Богомаз, С. Л. Психолого-педагогическое сопровождение процесса социализации личности в условиях ограничения физических возможностей / С. Л. Богомаз, С. Ф. Пашкович // Психологический вестник: Психологические предикторы индивидуального развития личности в условиях образовательной среды: сборник научных статей. – Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2017. – С. 13-19.

16. Бодалев, А. А. О человеке в экстремальной ситуации. Эмоциональная и интеллектуальная составляющая отношения в выборе поведения / А. А. Бодалев // Мир психологии. – 2002. – № 4. – С. 127-134.

17. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / А. В. Бодров. – Москва : ПЕР СЭ, 2006. – 528 с. ISBN: 5-9292-0146-3.

18. Василюк, Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.

19. Вассерман, Л. И. Тестовая методика «Тип поведенческой активности» и ее компьютерная версия для диагностики устойчивости к стрессу. Пособие для врачей. / Л. И. Вассерман, Н. В. Гуменюк. – Санкт-Петербург : Изд-во Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1994. – 29 с.

20. Вигура, Е. А. Методический подход к формированию позитивной активности личности в негативных условиях деятельности / Е. А. Вигура, В. М. Львов // Проблемы психологии и эргономики. – 2003. – № 3. – С. 47.

21. Виленская, Г. А. Регулятивные стратегии и контроль поведения у детей-близнецов раннего возраста / Г. А. Виленская // Психология совладающего поведения: материалы Международной научно-практической конференции. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2007. – С. 137-140. ISBN: 978-5-7591-0809-2.

22. Водопьянова, Н. Е. Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека / Н. Е. Водопьянова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. – 2009. – Вып. 1. – С. 75-86.

23. Воронин, А. Н. Когнитивный ресурс: структура, динамика, развитие / А. Н. Воронин, Н. Б. Горюнова. – Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. – 276 с. ISBN: 978-5-9270-0338-9.

24. Головей, Л. А. Психология становления субъекта деятельности в периоды юности и взрослости / Л. А. Головей. – Санкт-Петербург : Изд-во СПб. госуниверситета, 1996. – 526 с.

25. Горбунов, К. Г. Особенности семейных кризисов и способов их преодоления супругами на различных этапах жизнедеятельности семьи / К. Г. Горбунов, В. В. Чернякова // Ресурсы и антиресурсы личности в современных копинг-исследованиях: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Омск : Изд-во Ом. гос. ун-та, 2012. – С. 122-128. ISBN: 978-5-7779-1525-2.

26. Гребенников, И. В. Воспитательный климат семьи / И. В. Гребенников, – Москва : Знание, 1975. – 204 с.

27. Дементий, Л. И. К проблеме диагностики социального контекста и стратегий копинг-поведения / Л. И. Дементий // Журнал прикладной психологии. – № 3. – 2004. – С. 20-25.

28. Дикая, Л. Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования / Л. Г. Дикая, А. В. Махнач // Психологический журнал. – 1996.– Том 17, № 3. – С. 137-148.

29. Дружинин, В. Н. Психология семьи / В. Н. Дружинин. – Санкт-Петербург: Питер, 2006. – 176 с. ISBN: 5-469-00131-8.

30. Дудникова, Т. А. Когнитивные стили и совладающее поведение / Т. А. Дудникова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2019. – № 3. – С. 112-117.

31. Дусказиева, Ж. Г. Гендерные особенности восприятия и переработки информации / Ж. Г. Дусказиева. – Психология обучения. – 2015. – № 2. – С. 49-54.

32. Евтушенко, Е. А. Специфика защитно-совладающего поведения личности и его взаимосвязь с психологическим здоровьем человека / Е. А. Евтушенко, В. А. Карнаухов // Психология и педагогика XXI века: теория, практика и перспективы: материалы V Междунар. науч.–практ. конф. (Чебоксары, 28 мая 2017 г.). – Чебоксары : Центр научного сотрудничества «Интерактив плюс», 2017. – С. 220-223. ISBN: 978-5-9500127-1-6.

33. Елиашвили, М. Н. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья: (на примере аллергических болезней): автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук: 19.00.10 : Коррекционная психология / Елиашвили Майя Натановна. – Москва, 2012. – 25 с.

34. Ермакова, Е. С. Совладающее поведение, жизнестойкость, стрессоустойчивость и депрессия студентов ВУЗа / Е. С. Ермакова // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. – 2021. – № 2. – С. 142-159.

35. Ершова, И. А. Основные направления консультативной работы с семьей: учебное пособие / И. А. Ершова, М. Е. Пермякова, А. М. Вильгельм. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2018. – 150 с. ISBN: 978-5-7996-2293-0.

36. Иванова, Т. Ю. Функциональная роль личностных ресурсов в обеспечении психологического благополучия: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.01 : Общая психология, психология личности, история психологии / Иванова Татьяна Юрьевна. – Москва, 2016. – 205 с.

37. Иванников, А. В. Психологический ресурс как интегральная характеристика личности / А. В. Иванников // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-3. Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=23894> (дата обращения: 05.09.2023).

38. Калашникова, С. А. Личностные ресурсы и психологическое здоровье человека: соотношение содержания понятий / С. А. Калашникова // Гуманитарный вектор. – 2011. – № 2 (26). – С. 185-189.

39. Казумян, М. А. Современный взгляд на проблему «дети с рекуррентными инфекциями» (часто болеющие дети) и их иммунный статус / М. А. Казумян, А. В. Василенок, Е. Д. Теплякова // Медицинский вестник Юга России. – 2018. – № 9 (3). – С. 7-43.

40. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. – Санкт-Петербург : Питер, 2006. – 944 с. ISBN: 5-318-00694-9.

41. Картавых, Н. Я. Механизмы психологической защиты и копинг стратегии у больных псориазом / Н. Я. Картавых // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2015. – Спецвыпуск. Ч. 1. – С. 171-175.

42. Ключников, С. О. Часто болеющие дети / С. О. Ключников, В. Б. Болдырев, Е. А. Кантимирова, Т. Н. Накостенко, М. В. Барсукова // Российский Вестник перинатологии и педиатрии – 2007. – № 2 (Приложение). – С. 2-26.

43. Кобылянская, Л. И. Психологические детерминанты выбора стратегий совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях / Л.И. Кобылянская // Психология стресса и совладающего поведения: материалы III Международной научно-практической конференции, Кострома, 26-28 сентября 2013 г. в 2 т. Т 2. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. – С. 183-185. ISBN: 978-5-7591-1391-1.

44. Ковалева, Ю. В. Контроль поведения при различном течении беременности / Ю. В. Ковалева, Е. А. Сергиенко // Психологический журнал. – 2007. – Т. 22, № 1. – С. 70-82.

45. Ковалевский, В. А. Соматически больной ребенок: специфика социально-психологического развития (результаты комплексного исследования) / В. А. Ковалевский; О. В. Груздева // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. – 2010. – № 3. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/somaticheski-bolnoy-rebenok-spetsifika-sotsialno-psihologicheskogo-razvitiya-rezultaty-kompleksnogo-issledovaniya> (дата обращения: 11.02.2023).

46. Коломейцев, Ю. А. Основные научные подходы к копинг-поведению (совладающему поведению) / Ю. А. Коломейцев, С. А. Корзун // Проблемы управления. – 2010. – № 2 (35). – С. 226-229.

47. Корнилова, Т. В. Интеллектуально-личностный потенциал человека в стратегиях совладания / Т. В. Корнилова // Вестник Московского университета. Серия 14 Психология. – 2010. – № 1. – С. 46-57.

48. Котова, А. В. Особенности родительского отношения к соматически больным детям старшего дошкольного возраста: На примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.13 : Психология развития, акмеология, 19.00.04 : Медицинская психология / Котова Елена Владиславовна. – Казань, 2003. – 179 с.

49. Котова, Е. В. Особенности родительского отношения к соматически больным детям старшего дошкольного возраста: На примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.13 : Психология развития, акмеология, 19.00.04 : Медицинская психология / Котова Елена Владиславовна. – Казань, 2003. – 24 с.

50. Крылова, М. А. Когнитивно-стилевые характеристики личности как фактор защитно-совладающего поведения / М. А. Крылова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. СоциокINETика. 2021. – Т. 27. № 3. – С. 126-133.

51. Крюкова, Т. Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук : 19.00.13 : Психология развития, акмеология / Крюкова Татьяна Леонидовна. – Кострома, 2005. – 476 с.

52. Крюкова, Т. Л. Основные подходы к изучению совладающего поведения в зарубежной и отечественной психологии / Т. Л. Крюкова // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. – 2004. – № 4. – С. 58-68.

53. Крюкова, Т. Л. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. Монография / Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, Е. В. Куфтяк. – Санкт-Петербург : Речь, 2005. – 239 с. ISBN: 5-9268-0382-9.

54. Куликов, Л. В. Психогигиена личности: Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики / Л. В. Куликов. – Санкт-Петербург : Питер, 2004. – 464 с. ISBN: 5947233630.

55. Куфтяк, Е. В. Совладающее поведение в семье, регулярно применяющее физическое наказание детей: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.05 / Куфтяк Елена Владимировна. – Санкт-Петербург, 2003. – 22с.

56. Куфтяк, Е. В. Развитие психологии семейного совладания / Е. В. Куфтяк // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2013. – № 3. – С. 139-144.

57. Куфтяк, Е. В. Семейное совладание: концептуальные положения и исследование / Е. В. Куфтяк // Южно-Российский журнал социальных наук. – 2012. – № 2. – С. 16-30.

58. Куфтяк, Е.В. Совладание и психологические защиты супругов в период динамических кризисов / Е.В. Куфтяк // Медицинская психология в России. – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 11.

59. Лазарус, Р. С. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. С. Лазарус // Эмоциональный стресс. – Москва : Медицина. – 1970. – С. 178-208.

60. Леонтьев, Д. А. Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых конструктов / Д. А. Леонтьев // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе: материалы II Международной научно-практической конференции, Кострома, 23-25 сентября 2010 г. Т. 2. – Кострома : Костромской гос. ун-т им. Н. А. Некрасова. – 2010. – С. 40-42.

61. Леонтьев, Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. – Москва : Смысл, 2006. – 63 с. ISBN: 978-5-89357-364-0.

62. Либина, Е. В. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными обстоятельствами? / Е. В. Либина, А. В. Либин //

Стиль человека: психологический анализ. – Москва : Смысл, 1998. – С. 190-204. ISBN: 5-89357-039-1.

63. Лучинкина, А. И. Личностно-психологические особенности совладающего поведения родителей, воспитывающих часто болеющих детей / А. И. Лучинкина, Д. М. Демерджи // International Journal of Medicine and Psychology. – 2023. – Том 6. № 6. – С. 175-179.

64. Львова, Е. Н. Личностная тревожность и стратегии совладания / Е. Н. Львова, О. В. Митина, Е. И. Шлягина // Вопросы психологии. – 2015. – № 2. – С. 45-56.

65. Мазурова, Н. В. Особенности адаптации родителей к болезни ребенка / Н. В. Мазурова // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 5. – С. 50-56.

66. Мазурова, Н. В. Особенности копинг-стратегий преодоления конфликтов в межнациональных семьях (на примере славяно-турецких семей) / Н. В. Мазурова, Р. Э. Куман // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». – 2023. – № 1. – С. 127-143.

67. Мазурова, Н. В. Психологическая помощь родителям длительно болеющих детей: создание модели / Н. В. Мазурова // Российский Педиатрический журнал. – 2014. – № 1. – С. 25-29.

68. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Мак-Вильямс Н. – Москва : Независимая фирма «Класс», 2001. – 480 с. ISBN: 5-86375-098-7.

69. Малашенко, Ю. А. Особенности совладающего поведения студентов / Ю. А. Малашенко, О. В. Белановская // Национальная ассоциация ученых. – 2023. – № 86. – С. 52-55.

70. Маст С. В. Теория копинг-поведения в контексте решения проблем (первичной психолого-педагогической профилактики) аддиктивного поведения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в замещающих семьях / С. В. Маст // Евразийский научный журнал. – 2018. – № 6. – С. 308-313.

71. Методика «Иррациональные установки» А. Эллис. Режим доступа: <https://www.stotestov.ru/%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%85> (дата обращения: 11.02.2023).

72. Методика «Ценностные ориентации» (М. Рокич). Режим доступа: https://mosmetod.ru/files/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%D0%A0%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D1%87%D0%B0.pdf (дата обращения: 11.02.2023).

73. Методика диагностики тревожности Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина. Режим доступа: <http://dip-psi.ru/psikhologicheskiye-testy/post/metodika-diagnostiki-trevozhnosti-ch-d-spilberga-yu-l-hanina> (дата обращения: 11.02.2023).

74. Митина, О. В. Кросскультурное исследование стереотипов женского поведения (в России и США) / О. В. Митина, В. Ф. Петренко // Вопросы психологии. – 2000. – № 1. – С. 68-86.

75. Муздыбаев, К. Психология ответственности / К. Муздыбаев. – Ленинград : Наука, 1983. – 240 с.

76. Нартова-Бочавер, С. К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности / С. К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 5. – С. 20-30.

77. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – Санкт-Петербург : Речь, 2006. – 342 с. ISBN: 5-9268-0457-4.

78. Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса. Режим доступа: <https://italkovka.ru/choice/koping-strategii-metodika-oprosnik-sposoby-sovladayushchego-povedeniya/> (дата обращения: 11.02.2023).

79. Опросник Диагностика типологий психологической защиты или индекс жизненного стиля (ИЖС) (Р. Плутчик в адаптации Л. И. Вассермана, О. Ф. Ерышева, Е. Б. Клубовой и др.). Режим доступа: <http://dip-psi.ru/psikhologicheskiye-testy/post/oprosnik-diagnostika-tipologij-psihologicheskoy-zashchity-ili-indeks-zhiznennogo-stilya-izhs-r-plutchik-v-adaptacii-l-i-vassermana-o-f-erysheva-e-b-klubovoj-i-dr> (дата обращения: 14.02.2023).

80. Опросник толерантности к неопределенности. Режим доступа: <https://body.psyalchimia.ru/test/%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8-%D0%BA%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%B5/> (дата обращения: 11.02.2023).

81. Особенности родительского отношения к часто болеющим детям. Режим доступа: https://studbooks.net/1652225/psihologiya/osobennosti_roditelskogo_otnosheniya_chasto_boleyuschim_detyam?ysclid=lpkynasaze664323220 (дата обращения: 11.04.2023).

82. Падун, М. А. Психологический дистресс у индивидов с различными когнитивными стилями / М. А. Падун, Е. А. Загряжская // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28, № 4. – С. 47-58.

83. Петрова, Е. А. Ресурсы личности: проблемы и перспективы исследования / Е. А. Петрова, С. А. Хазова // Журнал практического психолога. – 2010. – № 2. – С. 86-103.

84. Петрова, Е. А. История семьи как ресурс совладающего поведения / Е. А. Петрова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2010. – Т. 16, № 3. – С. 153-156.

85. Прохоров, А. О. Ментальные репрезентации психических состояний: феноменологические и экспериментальные характеристики / А. О. Прохоров // Экспериментальная психология. – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 23–37.

86. Психофизиологические характеристики совладания со стрессом у больных неврозами // Ежегодник Российского психологического общества: ы 3 Всероссийского съезда психологов, 25-28 июня 2003 г. Т. 7. – Санкт-Петербург : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003. – С. 245-247. ISBN: 5-288-03248-3.

87. Разварина, И. Г. Копинг-поведение матерей, воспитывающих детей раннего возраста, как фактор формирования здоровья ребенка / И. Г. Разварина,

А. Гордиевская, Ю. Шматова // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2023. – № 28. – С. 28-36.

88. Русалов, В. М. О природе темперамента и его месте в структуре индивидуальных свойств человека / В. М. Русалов // Вопросы психологии. – 1985. – № 11. – С. 19 -33.

89. Русалов, В. М. Теоретические проблемы построения специальной теории индивидуальности / В. М. Русалов // Психологический журнал – 1986. – № 4. – С. 10-15.

90. Руссо, Ж.-Ж. Эмиль, или О воспитании / Ж.-Ж. Руссо // Педагогическое наследие. – Москва : Педагогика, 1988. – С.199-296.

91. Рыбакова, В. С. Социально-психологические характеристики семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья / В. С. Рыбакова // Исследования молодых ученых: материалы XLIX Международной научной конференции (г. Казань, декабрь 2022 г.). – Казань : Молодой ученый, 2022. – С. 45-51. ISBN: 978-5-6048648-9-0.

92. Рыбников, В. Ю. Психологические механизмы копинг-поведения специалистов экстремальных профессий / В. Ю. Рыбников, Е. Н. Ашанина Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. – № 2. – С. 46-50.

93. Салихова, Н. Р. Соотношение характеристик ценностно-смысловой сферы личности и стратегий совладающего поведения / Н. Р. Салихова, М. В. Клементьева // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. – 2014. – № 4-1. – С. 224-234.

94. Салихова, Н. Р. Ценностно-смысловая организация жизненного пространства личности / Н. Р. Салихова. – Казань : Казанский университет, 2010. – 452 с. ISBN: 978-5-98180-769-5.

95. Сапогова, Е. Е. Экзистенциальные ожидания как фактор развития во взрослости и старости / Е. Е. Сапогова // Психология социального развития: Человек в современном мире. – Минск : БГУ. – 2007. – С. 99-111.

96. Свищева, И. К. Молодые семьи в период локдауна: копинг-стратегии / И. К. Свищева, И. Г. Волошина, Н. В. Лазуренко [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 29. – С. 1077-1082.

97. Седова, А. О. Взаимосвязь творческого мышления, когнитивных стилей и копинг-стратегий у студенческой молодежи / А. О. Седова, С. Н. Митин // Симбирский научный Вестник. – 2018. – № 4. – С. 43-49.

98. Семакина, Н. В. Качество жизни, психическая адаптация, направления психологической реабилитации матерей детей, страдающих эпилепсией / Н. В. Семакина, В. А. Михайлов, М. В. Злоказова // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2017. – Т. 9, № 4. – С. 22-29.

99. Семья: стресс, копинг, адаптация. Проблемы психологии совладающего поведения в семейном контексте. Коллективная монография / Отв. ред. Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2003. - 170 с.

100. Сергиенко, Е. А. Субъектная регуляция и совладающее поведение / Е. А. Сергиенко // Психология совладающего поведения: материалы Международной научно-практической конференции. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2007. – С. 64-66. ISBN: 978-5-7591-0809-2.

101. Сизова, М. А. Связь семейной устойчивости с совладающим и защитным поведением супругов / М. А. Сизова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2013. – № 19. – С. 107-110.

102. Сирота, Н. А. Исследование активных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных бронхиальной астмой / Н. А. Сирота, М. А. Ярославская // Журнал «Пульмонология». – 2012. – № 5. – С. 78-80.

103. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. – Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 474 с. ISBN: 978-5-9270-0141-5.

104. Соколова, Е. Т. Феномен психологической защиты / Е. Т. Соколова // Вопросы психологии. – 2007. – № 4. – С. 66-79.

105. Старченкова, Е. С. Концепция проактивного совладающего поведения / Е. С. Старченкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. – 2009. – Выпуск 2, Ч. 1. – С. 198-206.

106. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте // под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – Москва : Институт Психологии РАН, 2011. – 512 с. ISBN: 978-5-9270-0218-4.

107. Тест эмоционального интеллекта Холла. Режим доступа: <https://www.delendik.com/wp-content/uploads/2020/03/Test-EI.pdf> (дата обращения: 11.02.2023).

108. Трифонов, Д. А. Стратегии совладающего поведения в ситуации соматической болезни / Д. А. Трифонов // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2019. – № 2. – С. 82-92.

109. Трущенко, М. Н. Проблема совладающего поведения в психологической литературе / М. Н. Трущенко // Психологические науки: теория и практика: материалы I Международной научной конференции (г. Москва, февраль 2012 г.). – Москва : Буки-Веди, 2012. – С. 13-16. ISBN: 978-5-99034410-5.

110. Фрейд, А. Эго и механизмы психологической защиты / А. Фрейд. – Москва : АСТ, 2008. – 159 с. ISBN: 978-5-17-049347-0.

111. Фрейд, З. Введение в психоанализ: Лекции / З. Фрейд. – Москва : Наука, 1989. – 456 с. ISBN: 5-02-013357-4.

112. Хазова, С. А. Когнитивные ресурсы совладающего поведения: Эмпирические исследования / С. А. Хазова. – Кострома : КГУ, 2010. – 150 с. ISBN: 978-5-7591-1150-4.

113. Хазова, С. А. Ресурсы субъектности: к вопросу об определении понятия / С. А. Хазова // Ресурсы и антиресурсы личности в современных копинг-исследованиях: материалы Всероссийской научно-практической конференции с

международным участием. – Омск: Изд-во Ом. гос. ун-та, 2012. – С. 58-63. ISBN: 978-5-7779-1525-2.

114. Хайм, Э. Проблемно-ориентированная психотерапия: Интегративный подход / Хайм Э., Блазер А., Рингер Х., Томмен М. – Москва : 2007. – С. 54.

115. Хачатурова, М. Р. Личностные особенности совладающего поведения в конфликтной ситуации / М. Р. Хачатурова // Вестник Университета (Государственный университет управления). – 2010. – Выпуск 11. – С. 128-130.

116. Хачатурова, М. Р. Жизнестойкость личности как фактор адаптации к трудным жизненным ситуациям / М. Р. Хачатурова // Материалы III Международной научной конференции «Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: психология здоровья и здорового образа жизни». – Минск: «Издательский центр БГУ», 2011. – С. 385-387. ISBN: 978-985-476-909-7.

117. Хачатурова, М. Р. Личностные особенности совладающего поведения в конфликтной ситуации / М. Р. Хачатурова // Вестник Университета (Государственный университет управления). – 2010. – № 11. – С. 128-130.

118. Холодная, М. А. Когнитивные стили о природе индивидуального ума: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии / М. А. Холодная. – Москва : ПерСэ, 2002. – 303 с. ISBN: 5-469-00128-8.

119. Хомская, Е. Д. О роли левого полушария мозга в произвольной регуляции психической деятельности / Е. Д. Хомская // Взаимоотношения полушарий мозга: Материалы Всесоюзной конференции, посвященной 60-летию образования СССР. – Тбилиси : Мецниереба, 1982. – С. 145.

120. Хомская, Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – Санкт-Петербург : Питер, 2005. – 496 с. ISBN: 5-469-00620-4.

121. Церковский, А. Л. Современные взгляды на копинг-проблему / А.Л. Церковский // Вестник ВГМУ. – 2006. – Том 5, № 3. – С. 112-121.

122. Шалкина, А. Н. Специфика копинг-поведения родителей, воспитывающих детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / А. Н. Шалкина // Царскосельские чтения. – 2010. – С. 200-203.

123. Шалкина, А. Н. Специфика копинг-поведения родителей, воспитывающих детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / А. Н. Шалкина // XIV Царскосельские чтения. Профессиональное образование: социально-культурные аспекты, 20-21 апреля 2010 г. : Профессиональное образование: социально-культурные аспекты : материалы международной научной конференции. – Санкт-Петербург : ЛГУ имени А. С. Пушкина, 2010. – С. 200-203. ISBN: 978-5-8290-0904-5.

124. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 656 с.

125. Эллис, А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход / А. Эллис. – Санкт-Петербург : Сова; ; Москва : ЭКСМО-пресс, 2002. – 272 с. ISBN: 5-04-010213-5.

126. Юртаева, М. Н. Когнитивно-стилевые и личностные характеристики толерантности к неопределенности: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.01 : Общая психология, психология личности, история психологии / Юртаева Марина Николаевна. – Екатеринбург, 2011. – 164 с.

127. Якунин, И. А. Специфика совладающего поведения у лиц с разным профилем латеральной организации мозга / И. А. Якунин // Вестник РГГУ. Серия «Психология». – 2008. – № 3. – С. 54-62.

128. Ялтонский, В. М. Взаимосвязь копинг-поведения и Я-концепции у больных, зависимых от алкоголя, и условно здоровых мужчин / В. М Ялтонский, Е. Т. Соколова, Н. А. Сирота, Н. С. Видерман // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 2. – С. 36-43.

129. Alana, F. A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability /

F. Alana, J. Brehaut, I. Colman, L. Sikora, A. Kazakova, P. Chakraborty, B. K. Potter // BMC Pediatrics. – 2019. – № 215. Access mode: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1587-3> (date of application: 15.02.2023).

130. Billing, A. G. Coping, stress, & social resources among adults with unipolar depression / A.G. Billing, R. H. Moose // Journal of Personality and Social Psychology. – 1984. – Vol. 46. – P. 877-891.

131. Compás B.E., Connor-Smith J.K., Jaser, S.S. Temperament, stress reactivity, and coping: Implications for depression in childhood and adolescence // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2004. V. 33. P. 21-31.

132. Compton, R. J. Relationship between coping styles and hemispheric asymmetry / Compton R. J., Fisher L. R., Koenig L. M. [et al.] // Journal of Personality and Social Psychology. – 2003. – Vol. 84, № 5. – P. 1069-1078.

133. Coping Mechanisms. Access mode: <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/coping-mechanisms> (date of application: 15.02.2023).

134. Coping Strategies and Defense Mechanisms: Basic and Intermediate Defenses. Access mode: <https://www.mentalhelp.net/self-help/coping-strategies-basic-and-intermediate-defenses/> (date of application: 20.02.2023).

135. David, J. P. Coping efforts in daily life: Role of Big Five traits and Problems appraisals / J. P. David, J. Suls // Journal of Personality. – 1999. – Vol. 67. – P. 265-294.

136. Endler, N. S. The Multidimensional Assessment of Coping: Concepts, Issues and Measurement / N. S. Endler, J. D. A. Parker, In G. L. Van Heck [et al.] // Personality psychology in Europe. – Tilburg, Netherlands : Tilburg University Press, 1993. – P. 309-319.

137. Frydenberg, E. Adolescent Coping Styles and Strategies / E. Frydenberg, R. Lewis // Australian J. of Guidance and Counseling. – 1991. – Vol. 1. – P. 35-43.

138. Goldberg, E. Cognitive Bias, Functional Cortical Geometry, and the Frontal Lobes: Laterality, Sex, and Handedness / E. Goldberg [et al.] // Journal of Cognitive Neuroscience. – 1994. – Vol. 6, № 3. – P. 276-296.

139. Gunthert, K. C. The role of neuroticism in daily stress and coping / K. C. Gunthert, L. H. Cohen, S. Armeli. – Journal of Personality and Social Psychology. – 1999. – Nov., № 77 (5). – P. 1087.

140. Hart, J. Jr. Cognitive dysfunctions associated with PTSD: evidence from World War II prisoner of war / J. Jr. Hart, T. Kimbrell, P. Fauver [et al.] // The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. – 2008. – Vol. 20. – P. 309-316.

141. Hobfoll, S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress / S. E. Hobfoll // American psychologist. – 1988. – V. 44. – P. 513-524.

142. Jadwiga, Bąk. Parents' from Poland coping with the illness of a child – Preliminary research. Cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the coping health inventory for parents – polish version / Bąk Jadwiga, D. Zarzycka // Journal of Pediatric Nursing. – 2022. – Vol. 62. – P. 69-77.

143. Jung-Beeman, M. «Eureka!-like» insight in verbal puzzles. Neural activity when people solve verbal problems with insight / M. Jung-Beeman, E.M. Bowden, J. Haberman, J.L. Frymiare, S. Arambel-Liu, R. Greenblatt, et al. // PLoS Biol. – 2004. – № 2 (4). – P. 97.

144. Jinrong, Yang. Interventions and strategies to improve social support for caregivers of children with chronic diseases: An umbrella review Front / Jinrong Yang, Lin Lin, Yuqin Gao, Weiren Wang, Lulu Yuan // Social Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation. – 23 September 2022. – Vol. 13. Access mode: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.973012/full> (date of application: 15.02.2023).

145. Kobasa, S. C. Hardiness and Health: A Prospective Study / S. C. Kobasa, S. R. Maddi, S. Kahn // Journal of Personality and Social Psychology. – 1982. – Vol. 42, № 1. – P. 168-177.

146. Lazarus, R. Stress, appraisal and coping / R. Lazarus, S. Folkman. – New York : Springer Publishing Company, 1984. – 456 p. ISBN: 0826141927.

147. Lazarus, R. S. Psychological stress and the coping process / R. S. Lazarus. – New York : McGraw-Hill, 1966. – 257 p.

148. Linley, P. A. Positive Adaptation to Trauma: Wisdom as Both Process and Outcome / P. A. Linley // *Journal of Traumatic Stress*. – 2003. – Vol. 16, № 6. – P. 601-610.

149. MacCrae, R. Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample / R. MacCrae, P. Costa // *Journal of Personality*. – 1986. – Vol. 54 (2). – P. 385-405.

150. Macklin, M. L. Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder / M. L. Macklin, L. J. Metzger, B. T. Litz [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1998. – Vol. 66, № 2. – P. 323-326.

151. Maddi, S. The Hardiness Enhancing Lifestyle Program for Improving Physical, Mental and Social Wellness / S. Maddi. – Stephens Point, WI : National Wellness Institute, 1987. – P. 101-115.

152. McNally, R. J. Cognitive abnormalities in post-traumatic stress disorder / R. J. McNally // *TRENDS in Cognitive Sciences*. – 2006. – Vol. 10, № 6. – P. 271-277.

153. Moss, R. H. Life transitions and crises / R. H. Moss, J. A. Schaefer // *Coping with life crises. An integrative approach*. – New York : Plenum Press, 1986. – P. 3-28.

154. Murphy, L. Coping vulnerability and residence in childhood – coping and adaptation / L. Murphy. – New York, 1974. – 343 p.

155. Petra, J. M. The relationship between quality of life and coping strategies of children with EB and their parents / J. M. Petra, Marieke Bolling, J. C. Duipmans, M. Hagedoorn // *Orphanet Journal of Rare Dis*. – 2021. – Access mode: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7847038/#:~:text=Among%20the%20parents%20of%20\(chronically,%2C%20while%20self%2Dblame%2C%20wishful](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7847038/#:~:text=Among%20the%20parents%20of%20(chronically,%2C%20while%20self%2Dblame%2C%20wishful) (date of application: 2.02.2023).

156. Saign, P. A. The intellectual performance of traumatized children and adolescents with or without posttraumatic stress disorder / P. A. Saign, A. E. Yasik, R. A. Oberfield, P. V. Halaman-Daris, J. D. Bremner // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2006. – № 115. – P. 332-340.

157. Spielberger, C. D. Theory and research on anxiety / C. D. Spielberger // Anxiety and behavior / New York : Academic Press, 1966. – P. 3-20.

158. Thoits, P. A. Gender Differences in Coping with Emotional Distress: The Social of Coping / P. A. Thoits / Edited by John Eckenrode. – New York : Plenum Press, 1991. – P. 107-139.

159. Zeidner, M. Life events and coping resources as predictors of stress symptoms adolescents / M. Zeidner, A. Hammer // Personality and Individual Differences. – 1990. – Vol. 11, № 7. – P. 693-703.