

Установка на поддержку субъектной позиции ребенка и посттравматический рост у родителей детей с ОВЗ

А.Б. Холмогорова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского») Минздрава России, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

А.И. Сергиенко

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5105-4592>, e-mail: sergienkoanna809@gmail.com

А.А. Герасимова

Московская служба психологической помощи населению (ГБУ МСППН), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5298-6084>, e-mail: anna.al.gerasimova@gmail.com

Рассмотрена ситуация рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья как кризисная и травматическая для родителей. Обоснована важность установки на сотрудничество в процессе воспитания, как для психического здоровья и социальной адаптации ребенка с ОВЗ, так и для преодоления кризисной ситуации и возможности посттравматического личностного роста самого родителя. Представлены результаты валидизации опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ», направленного на выявление установки родителя замечать и поддерживать самостоятельность и конструктивную инициативу ребенка в разных видах деятельности и оказывать ему необходимую помощь в зоне его ближайшего развития. Факторная структура проверялась на выборке из 201 человека (матери детей с ОВЗ, связанными с ментальными нарушениями) в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст — 39,6 лет) посредством конфирматорного факторного анализа. В итоге была обоснована версия, включающая одну шкалу из 12 пунктов (альфа Кронбаха — 0,8). Оценка конвергентной валидности осуществлялась на выборке из 107 человек (матери детей с ОВЗ) с помощью «Опросника посттравматического роста» (ОПТР) Р. Тадеш и Л. Кэлоун в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова и Шкалы базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман в адаптации О.А. Кравцовой. Обнаружена положительная взаимосвязь показателей опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» с показателями ОПТР, а также базисными убеждениями в доброжелательности мира, ценности собственного Я и в своей способности влиять на возникающие проблемные ситуации. Также выявлено, что более эмоционально благополучные родители (с низкими баллами по Шкале депрессии Бека) чаще поддерживают субъектную позицию своего ребенка. Полученные данные иллюстрируются выдержками из структурного интервью с матерями детей с ОВЗ.

Ключевые слова: культурно-историческая психология, рефлексивно-деятельностный подход, субъектная позиция ребенка, установка на сотрудничество, зона ближайшего развития, кризисная ситуация, посттравматический рост, родители детей с ОВЗ, базисные убеждения, симптомы депрессии.

Для цитаты: Холмогорова А.Б., Сергиенко А.И., Герасимова А.А. Установка на поддержку субъектной позиции ребенка и посттравматический рост у родителей детей с ОВЗ // Культурно-историческая психология. 2020. Т. 16. № 1. С. 13–24. DOI: <https://doi.org/10.17759/chp.2020160102>

Attitude to Support the Child's Subjective Position and Posttraumatic Growth in Parents of Children with Disabilities

A.B. Kholmogorova

Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

A.I. Sergienko

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5105-4592>, e-mail: sergienkoanna809@gmail.com

A.A. Gerasimova

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5298-6084>, e-mail: anna.al.gerasimova@gmail.com

The paper considers the birth of a child with disability as a crisis and traumatic situation for parents. It focuses on the importance of cooperative orientation in the upbringing process, both for the child's mental health and social adaptation and for overcoming the crisis and making post-traumatic personal growth in the parents possible. We present results of the validation of the 'Parental Support of the Disabled Child's Subjective Position' questionnaire aimed at identifying the parent's attitude to recognise and support the child's independence and constructive initiative in various activities and provide him with the necessary assistance in his zone of proximal development. The factor structure was tested on a sample of 201 subjects (mothers of children with mental disabilities) aged 25 to 50 years (average age 39.6 years) by means of confirmatory factor analysis. As a result, a version that included one scale of 12 points was substantiated (Cronbach alpha 0.8). Converged validity was assessed on a sample of 107 subjects (mothers of children with disabilities) using the Posttraumatic Growth Inventory by R. Tedeschi and L. Calhoun in the adaptation by M.Sh. Magomed-Eminova and the World Assumptions Scale by R. Janoff-Bulman in the adaptation of O.A. Kravtsova. A positive relationship was found between the indicators of the 'Parental Support of the Disabled Child's Subjective Position' questionnaire and the indicators of the Posttraumatic Growth Inventory, as well as with the basic assumptions concerning the benevolence of the world, self worth and the ability to handle emerging problems. It was also revealed that more emotionally stable parents (with low scores on the Beck Depression Inventory) support their child's subjective position more frequently. The findings are illustrated by excerpts from structural interviews with mothers of children with disabilities.

Keywords: cultural-historical psychology, reflective-activity approach, subjective position of the child, cooperative orientation, zone of proximal development, crisis situation, post-traumatic growth, parents of children with disabilities, basic assumptions, symptoms of depression.

For citation: Kholmogorova A.B., Sergienko A.I., Gerasimova A.A. Attitude to Support the Child's Subjective Position and Posttraumatic Growth in Parents of Children with Disabilities. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-historical psychology*, 2020. Vol. 16, no. 1, pp. 13–24. (In Russ., abstr. in Engl.). DOI: <https://doi.org/10.17759/chp.2020160102>

В культурно-исторической психологии разработана теория психического развития, ориентированная на практику обучения и воспитания. В ней выделены источники развития (культура, породившая и аккумулировавшая арсенал психических «орудий» или инструментов), движущие силы (обучение, которое, согласно Л.С. Выготскому, «идет впереди развития»), механизмы (интериоризация культурных «орудий» или инструментов) и условия развития (сотрудничество со взрослым в зоне ближайшего развития ребенка). В качестве первого взрослого, транслирующего ребенку инструменты культуры, выступает его родитель. Стиль взаимодействия с родителем во многом определяет в дальнейшем способы общения с

другими людьми, а также самоэффективность ребенка, его веру в собственные силы.

В случае рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) от стиля взаимодействия с ним родителя во многом зависят возможности компенсации, о которой еще в 1920-х гг. писал Л.С. Выготский: «Основной факт, с которым мы встречаемся в развитии, осложненном дефектом, есть двойственная роль органического недостатка в процессе этого развития и формирования личности ребенка. С одной стороны, дефект есть минус, ограничение, слабость, умаление развития; с другой стороны — именно потому, что он создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед» [1]. Позднее,

развивая концепцию компенсации дефекта, Л.С. Выготский пишет о важности поиска обходных путей при воспитании таких детей, т. е. поиска и усиления ресурсов ребенка вместо фиксации на дефекте и приспособлении к нему. В каждом конкретном случае это сложный творческий процесс, требующий активного и осознанного сотрудничества всех его участников — как самого ребенка, так и воспитывающих взрослых.

Дальнейшая разработка культурно-исторической теории развития в рамках рефлексивно-деятельностного подхода (РДП) [4] привела к выделению понятия субъектной позиции ребенка как необходимого условия сотрудничества и важного ресурса для повышения продуктивности в учебной деятельности, а также для эмоционального благополучия [6; 7] и социальной компетентности — способности к эмпатии и оказанию эффективной поддержки другим людям [17]. Согласно принципам РДП, поддержка субъектной позиции ребенка взрослыми включает механизм саморазвития у ребенка. Именно включением этого механизма В.К. Зарецкий, заложивший основы РДП, объясняет смысл знаменитой формулы Л.С. Выготского «один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии» [5].

Вопрос о путях укрепления субъектной позиции ребенка особенно остро встает у детей с различными тяжелыми заболеваниями и инвалидностью. Установление инвалидности ребенку является травматическим событием для родителей и, как правило, сопровождается глубоким семейным кризисом. На процесс адаптации семьи к новой жизненной ситуации оказывает влияние целый ряд факторов, не всегда играющих однозначную роль. Например, тяжесть заболевания затрудняет принятие болезни, но яркая выраженность симптомов облегчает коммуникации с другими людьми, позволяя родителям не объяснять каждый раз окружающим причины трудностей [3]. Важную роль играют партнерские отношения, взаимная поддержка в семье, эмоциональное состояние родителей, внезапность травмы, повлекшей за собой инвалидность ребенка, или же врожденный характер заболевания.

Особый случай представляет собой постановка диагноза, связанного с ментальной инвалидностью. Некоторым детям ставят такой диагноз уже при рождении, однако существуют диагнозы, например, расстройство аутистического спектра, которые проявляются не сразу. Кроме того, при отсутствии опыта воспитания родители могут не сразу замечать то, что развитие ребенка идет нетипичным путем. В свою очередь, каждый этап развития и взросления ребенка с ментальной инвалидностью, ввиду объективных и субъективных факторов, связанных с диагнозом, характеризуется постоянно повторяющимися кризисными ситуациями для родителей и близких ребенка. Следовательно, воспитание такого ребенка можно охарактеризовать как хронический стресс [2; 22] и необходимость постоянного решения самых разных проблем, препятствующих развитию и социализации ребенка, в числе которых: неумение общаться, устанавливать и поддерживать контакты; недоверие к людям; отчужденность; нарушение развития эмпатии и способности понимать других; эгоцентризм, слабо развитое чувство ответственности; несформиро-

ванность волевой сферы, жизненных планов, ценностей и т. д.

Одним из наиболее важных факторов психического развития ребенка с ментальной инвалидностью является отношение родителей к своему ребенку и его заболеванию. Восприятие ребенка-инвалида как неспособного, слабого, нуждающегося в постоянной помощи и опеке создает порочный круг, усиливая его беспомощность и препятствуя развитию самостоятельности [15]. Созависимость, жертвенность членов семьи, заниженный уровень требований, авторитарность воспитания достаточно частое явление в таких семьях [9; 11]. Отношение родителей к себе часто характеризуется чувством вины, что не смогли предупредить случившееся, неуверенностью в своих силах с попытками неадекватно усиленного контроля за ситуацией, сверхвключенностью в дела ребенка, что выливается в крайне низкий уровень его самостоятельности и автономии [3].

Согласно гипотезе данного исследования, установки родителя по отношению к ребенку и его заболеванию тесно связаны с собственным эмоциональным благополучием родителя, а также возможностями преодоления тяжелого травматического опыта и фасилитации собственного развития и личностного роста, несмотря на кризисную жизненную ситуацию. Такого рода позитивные трансформации личности после травмы получили название посттравматический личностный рост (ПТР). Понятие ПТР было введено R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun в 1995 г. С их точки зрения, ПТР — это процесс позитивных изменений, которые возникают в результате жизненного кризиса: развитие ранее не приоритетных свойств и качеств и приобретение новых взамен утраченных. Но возникают они не спонтанно, а благодаря активной, осознанной позиции человека, которую он оказывается способным занять в стрессовой ситуации [23; 24; 25]. Scorgie K., Wilgosh L. и Sobsey D. (2004) в своем исследовании, проведенном с помощью интервью с родителями детей с неизлечимой инвалидностью (в том числе ментальной), также говорили о важности активной позиции для позитивной личностной трансформации родителей детей с ОВЗ [22].

Гипотеза исследования. Согласно нашим данным, высокие показатели ПТР отмечаются у 38% родителей детей с ОВЗ, связанными с ментальной инвалидностью [14]. Мы выдвинули гипотезу, что у родителей с выраженным ПТР (т. е. активной и осознанной позицией по отношению к возникшим жизненным трудностям) будет также выражена установка на поддержку субъектной позиции своего ребенка, которая, в свою очередь, будет связана с их большим эмоциональным благополучием и базисными убеждениями, ориентированными на личностный рост.

Задачи исследования: разработать инструмент, позволяющий оценить выраженность установки родителя поддерживать субъектную позицию ребенка с ОВЗ; исследовать связь этой установки с показателями посттравматического роста и эмоционального благополучия родителей; выделить базисные убеждения, характерные для родителей с установкой на поддержку субъектной позиции ребенка с ОВЗ.

Методики исследования. Для проверки выдвинутой гипотезы нами был разработан опросник «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ». За основу была взята идея и структура опросника «Субъектная позиция в учебной деятельности», направленного на диагностику позиции школьника в учебной деятельности [7]. Помимо субъектной позиции в вышеупомянутом опроснике выделяются еще три позиции: объектная (стремление тщательно выполнять все указания учителя при отсутствии собственной инициативы), пассивная (избегание любой активности) и негативная (сопротивление учебному процессу). Под субъектной позицией в опроснике понимается активное осознанное отношение учащегося к учебной деятельности. По аналогии с этим в первоначальной версии нашего опросника были выделены разные установки родителя в процессе воспитания, в том числе наиболее важная для нашего исследования установка на поддержку субъектной позиции ребенка с ОВЗ, т. е. стремление родителя замечать и поддерживать самостоятельность и конструктивную инициативу ребенка в разных видах деятельности и оказывать ему необходимую помощь в зоне его ближайшего развития.

Для проверки конвергентной валидности опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» и верификации выдвинутых гипотез была обследована выборка из 107 матерей следующими инструментами.

«Опросник посттравматического роста» (ОПТР, *Posttraumatic Growth Inventory*), авторы — Р. Тадеш и Л. Кэлоун, адаптация М.Ш. Магомед-Эминова [10; 24]. Опросник измеряет степень позитивных изменений, произошедших после травматического события (общий показатель ПТР) и состоит из пяти подшкал (сфер, в которых возможен ПТР): 1) отношение к другим; 2) новые возможности; 3) сила личности; 4) духовные изменения; 5) повышение ценности жизни [10].

«Шкала депрессии» Бека (*Beck Depression Inventory — BDI*), автор — А.Т. Бек, адаптация Н.В. Тарабриной [16]. Шкала включает 21 пункт. Помимо общего балла депрессии, выделяются две подшкалы, соответствующие когнитивно-аффективным и соматическим симптомам депрессии.

«Шкала базисных убеждений личности» (*World Assumptions Scale — WAS*), автор — Р. Янов-Бульман, адаптирована О.А. Кравцовой [12]. Опросник включает следующие шкалы: «Благосклонность мира», «Доброта людей», «Справедливость мира», «Контролируемость мира», «Случайность как принцип распределения происходящих событий», «Ценность собственного Я», «Степень самоконтроля», «Степень удачи или везения». На основе данных перечисленных шкал вычисляются значения трех факторов: 1) общее отношение к благосклонности окружающего мира (включает шкалы «Благосклонность мира» и «Доброта людей»); 2) общее отношение к осмысленности мира, т. е. контролируемости и справедливости событий (включает шкалы «Справедливость мира», «Контролируемость мира» и «Случайность»); 3) убеждение относительно собственной ценности, способности управления событиями и везения

(включает шкалы «Ценность Я», «Самоконтроль» и «Везение»). Опросник основан на когнитивной концепции базисных убеждений личности [8; 20; 21].

С некоторыми испытуемыми было проведено полуструктурированное интервью, направленное на получение информации о том, как родители справлялись с кризисными ситуациями и текущими проблемами, а также об их эмоциональных проблемах и переживаниях в процессе воспитания ребенка в ОВЗ. В соответствии с этическими нормами все приведенные данные и цитаты изменены так, чтобы нельзя было идентифицировать опрашиваемого.

Процедура валидации опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ (проверка конструктивной валидности)

Выборка. В исследовании приняли участие 213 респондентов. Общая выборка состояла из родителей детей с ОВЗ (201 женщина и 12 мужчин), однако ввиду того, что выборка мужчин была слишком мала, было принято решение исключить их из основного набора респондентов и оставить только женщин. Возраст респондентов — от 25 до 50 лет (средний возраст — 39,6 лет), все имеют как минимум специальное образование и проживают в Москве. У всех родителей есть дети в возрасте от 4 до 20 лет с различными диагностированными расстройствами: расстройством аутистического спектра, синдромом Дауна, детским церебральным параличом, умственной отсталостью, общим недоразвитием речи и т. д. Матери, воспитывающие детей с расстройством аутистического спектра, составляют 69,6%; матери детей с другими особенностями развития — 30,4%. Основная часть респондентов прошли тестирование в период 2018–2019 гг. в 3 этапа. Заполнение опросника не вызывало затруднений, однако после первого этапа были исправлены и уточнены некоторые утверждения, исходя из комментариев заполнявших.

Процедура сбора данных. Сбор данных проводился с помощью Google-формы и распечатанного опросника на базе школ, где обучаются дети с ОВЗ вследствие ментальных нарушений. Респонденту сообщалось, что все данные конфиденциальны, анонимны, а каждой анкете был присвоен код.

Перед непосредственным заполнением опросника респондентам предлагалось заполнить анкету с социодемографическими данными самого родителя и ребенка. После заполнения анкеты следовала инструкция: «Просим вас ответить на вопросы, выразив свое согласие (“Да”, “Скорее да, чем нет”) или несогласие (“Нет”, “Скорее нет, чем да”). Поставьте галочку в соответствующей графе. Ваши ответы будут известны только специалистам, проводящим исследование». Ответы на прямые вопросы опросника оценивались следующим образом: «Нет» — 0 баллов, «Скорее нет, чем да» — 0 баллов, «Скорее да, чем нет» — 1 балл, «Да» — 2 балла. Ответы на обратные вопросы оценивались в обратном порядке.

Процедура валидации. Для проверки факторной структуры опросника был выполнен конфирма-

торный факторный анализ с применением устойчивых (robust) статистик. Для работы использовалось свободное программное обеспечение, среда разработки RStudio (версия R 3.6.1, пакет lavaan 0.6-3). Первоначальная теоретическая модель опросника включала 30 пунктов, объединенных в 7 факторов — негативная позиция, пассивная позиция, объектная позиция или ориентация на специалистов, субъектная позиция родителей по отношению к воспитанию своего ребенка, поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ, развитие рефлексии или помощь в осознании своих способов действий ребенком, ориентация на сотрудничество.

Однако подтверждающий факторный анализ показал неудовлетворительное соответствие модели данным. Множество пунктов имели низкие факторные нагрузки (<0,3), тест множителей Лагранжа обнаружил у многих пунктов равноценные связи с разными факторами.

Теоретические представления о важности эмоционального контакта с ребенком и поддержки его инициативы в предметной деятельности, лежащие в основании модели, позволили объединить 12 пунктов в два фактора: 1) субъектная позиция родителя и поддержка субъектной позиции ребенка в предметной деятельности; 2) эмоциональная вовлеченность родителя и поддержка эмоционального контакта с ребенком. Модель имела высокие показатели индексов соответствия. Вместе с тем между факторами была обнаружена высокая, хотя и близкая к норме, взаимная корреляция (0,788) [18]. Консервативная проверка на дискриминантную валидность показала, что средняя извлеченная дисперсия (average variance extracted) меньше квадрата межфакторной корреляции. Полученный результат не позволяет рассматривать выделенные факторы как самостоятельные конструкты [19]. Выделенные в двухфакторной модели пункты были объединены в единую однофакторную шкалу — «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ». Теоретически обосновать полученный результат можно следующим образом: поддержка субъектной позиции ребенка предполагает установку на сотрудничество, которое возможно только при условии хорошего эмоционального контакта с ребенком; именно поэтому эти два фактора оказались слишком тесно связанными для рассмотрения их в качестве разных конструктов.

Результаты проверки моделей представлены в табл. 1.

Результаты применения эксплораторного факторного анализа не позволили найти более удовлетворительного соотношения пунктов и в целом согласуются с подобранной моделью на основании теоретических представлений. Внутренняя согла-

сованность шкалы оценивалась коэффициентом α Кронбаха ($\alpha=0,8$).

Таким образом, полученная версия опросника включает 12 вопросов и представляет собой единый конструкт:

1. Занимаясь со своим ребенком, я стараюсь поддержать его инициативу в игре, способе решения заданий или проблемных ситуаций.

2. Если ребенок делает что-то неправильно, с моей точки зрения, то я не спешу поправить его, а даю возможность реализовать его собственную идею или способ действия.

3. Мне кажется важным предлагать помощь ребенку в проблемных ситуациях, но не навязывать ее.

4. Мы часто делаем что-то вместе с ребенком на досуге с учетом его возможностей в данный момент. Например: играем, выполняем работу по дому, гуляем.

5. Важней всего для меня быть в контакте со своим ребенком, понимать ее/его потребности и возможности для развития.

6. Я способствую развитию самостоятельности моего ребенка, поэтому по возможности стараюсь постепенно сокращать свою помощь ему до минимума.

7. Я стремлюсь разобраться в смысле тех заданий и рекомендаций, которые дают специалисты и часто задаю им проясняющие вопросы.

8. Я каждый день спрашиваю у своего ребенка: «Что сегодня было интересного?», «Что больше всего понравилось?». Если ребенок затрудняется с ответом, то я помогаю ему сформулировать мысль.

9. Обсуждать с ребенком причины и последствия его поведения не имеет смысла (обратная шкала).

10. Мы с моим ребенком часто планируем то, что хотим делать вместе, мне важно учитывать ее/его мнение.

11. Во взаимоотношениях с ребенком я стараюсь найти возможность прийти к взаимному соглашению и договориться.

12. Я стараюсь прислушиваться к ребенку и учитывать его интересы.

Результаты исследования связи показателей опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» с показателями опросника ПТР, «Шкалы депрессии» Бека и опросника «Базисные убеждения личности» (проверка конвергентной валидности опросника)

Выборка. В данном исследовании приняли участие 107 матерей детей с ОВЗ в возрасте от 20 до

Таблица 1

Показатели пригодности моделей

Модель	SB χ^2	df	CFI/TLI	RMSEA (90% доверительный интервал)	SRMR
Теоретическая модель (30 пунктов, 7 факторов)	486,99	384	0,84/0,81	0,043 (0,030-0,054)	0,075
Двухфакторная модель	59,32	53	0,98/0,98	0,026 (0,000-0,056)	0,045
Однофакторная модель	81,10	54	0,94/0,92	0,053 (0,027-0,076)	0,054

50 лет, средний возраст — 38,5. Родители детей с аутизмом — 65,3%; родители детей с другими особенностями развития — 34,7%. Все — минимум со специальным образованием. Проживают на территории Российской Федерации в г. Москве.

Все дети имеют ограниченные возможности здоровья, связанные с ментальной инвалидностью (расстройство аутистического спектра, синдром Дауна, ДЦП, умственная отсталость, ОНР и др.), возраст детей — от 4 до 20 лет. После постановки диагноза ребенку прошло не менее одного года. Сбор данных проводился с помощью Google-формы и распечатанного опросника на базе школ, где обучаются дети с ОВЗ.

Для обработки данных и проверки выдвинутых гипотез применялись коэффициент корреляции Спирмена, критерии Манна—Уитни и Краскала—Уоллиса для сравнения независимых выборок. Статистический анализ проводился в программе SPSS v. 22.0.

Описание и интерпретация данных. Как видно из табл. 2, в зависимости от степени выраженности ПТР выявлены значимые различия ($p < 0,05$) в показателях шкалы «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка». Чем выше показатели ПТР, тем ярче выражены показатели данной шкалы. Таким образом, можно сделать вывод, что для матерей с высокими показателями ПТР характерна более выраженная установка на сотрудничество, поддержку собственной активности ребенка и повышение уровня осознанности его деятельности с учетом зоны ближайшего развития, а также на глубокий эмоциональный контакт с ним.

Выявлена также значимая связь между показателем опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» и общим показателем ОПТР, а также его шкалами «Новые возможности» и «Сила личности» (табл. 3).

Выявленная слабая, но значимая связь со шкалой «Новые возможности» свидетельствует о склонно-

сти родителей, поддерживающих субъектную позицию ребенка, повышать качество жизни своей/своего ребенка, проявлять чуткость к ребенку и изменениям в его состоянии, отмечать положительные моменты и быть открытым для новых направлений и способов абилитации/реабилитации ребенка, а также верить в перспективы развития ребенка в рамках его возможностей. Отмеченную очень слабую значимую связь со шкалой «Сила личности» все же в определенной степени можно интерпретировать как связь способности родителя к поддержке субъектной позиции ребенка с его верой в собственные силы.

В процессе общения и ответов на вопросы интервью матери детей говорили о том, что принятие ребенка позволяет установить более тесный эмоциональный контакт с ним, а также найти для него максимально эффективный способ абилитации/реабилитации, исходя из его зоны ближайшего развития, возможностей и потребностей:

«Своего терпения иногда не хватало, и бывали какие-то периоды отчаяния. Они и сейчас бывают, просто оно сейчас такое спокойное отчаяние, которое при этом через день может смениться чем-то новым. Но я просто осознала, почему это происходит. Потому что мы слишком много, слишком быстро хотим, а он идет не туда... нужно исходить из потребностей, но стараться, конечно, выруливать. Опять же, чтобы ему было комфортно в обществе, чтоб он мог справляться со своей ролью в обществе какой-то, контактировать, общаться и прочее, т. е. не заикливаться на его состоянии, но это делать каким-то образом... В общем, как айкидо называется. Идти сначала за партнером, а потом выводить его туда, куда тебе нужно, чтобы ему тоже так казалось, что всё идет как надо».

Радикальное изменение повседневного образа жизни после рождения ребенка с ОВЗ неизбежно, однако готовность к этому облегчает процесс адаптации и делает его менее травматичным. Одна из мате-

Таблица 2

Различия в показателях опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» в зависимости от выраженности ПТР («Опросник посттравматического роста») (N=107)

Шкала опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ»	Степень выраженности ПТР			
	Высокие показатели ПТР N= 42	Средняя степень выраженности ПТР N= 49	Отсутствие ПТР N=16	Уровень значимости (p)
Родительская поддержка ...	64,75	48,42	42,88	0,013*

Примечание: «*» — $p < 0,05$ (критерий Краскала—Уоллиса).

Таблица 3

Связь показателей опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» с показателями «Опросника посттравматического роста» (N=107)

Шкала	Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ
Посттравматический рост	,223*
Отношение к другим	,181
Новые возможности	,228*
Сила личности	,197*
Духовные изменения	,029
Ценность жизни	,132

Примечание: «*» — $p < 0,05$ (коэффициент корреляции r -Spearman).

рей в течение долгого времени не могла принять своего ребенка с расстройством аутистического спектра и требовала от него быть таким, как нормотипичные дети, устанавливая нормы поведения, которые он не мог реализовать ввиду своих особенностей развития. Однако в последние шесть месяцев она отмечает кардинальные изменения в их жизни:

«Я стала меньше нервничать, кричать на него... а он стал более спокойным... я смогла заняться тем, что так долго откладывала... Когда я приняла его таким, какой он есть, то я увидела новые возможности и для него, и для себя».

В результате, акцент программы абилитации мать перенаправила с академических навыков на спорт и рукоделие, а также перевела ребенка на более упрощенную программу обучения. В свою очередь, ребенок стал больше выражать желание делать что-то самостоятельно, проявлять креативность в изобразительном творчестве. Поведенческие проблемы остались, однако приносят меньший дискомфорт, как матери, так и ребенку.

Одной из задач исследования было выявление уровня эмоционального благополучия родителей в зависимости от выраженности их установки на поддержку субъектной позиции ребенка. Как видно из табл. 4, выявлены значимые различия в показателях опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка» между двумя группами родителей, различающихся по тяжести депрессивной симптоматики ($p < 0,05$). У родителей с легкой степенью выраженности депрессивной симптоматики или при полном ее отсутствии установка поддерживать субъектную позицию ребенка более выражена.

Родительская поддержка субъектной позиции ребенка предполагает высокий уровень активности со стороны родителей, что достаточно сложно реализовать в депрессивном состоянии. С другой стороны, такого рода заинтересованность родителя может выступать своеобразным способом совладания

с депрессивными симптомами. Сосредоточенность на текущем моменте и на процессе взаимодействия с ребенком позволяет отвлечься от грустных мыслей и сожалений по поводу существовавшего до рождения и утраченного позитивного образа своей жизни с ребенком. Как доказывают исследования, такого рода руминативное мышление является мощным предиктором депрессии [13]. Чем больше конструктивная активность матери и чем лучше ее эмоциональный контакт с ребенком, тем больше она отвлекается от своих негативных мыслей и прогнозов.

Как видно из табл. 5, обнаружена слабая, но высоко значимая отрицательная взаимосвязь между показателями опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка» и общим баллом по шкале депрессии, а также показателем выраженности ее когнитивно-аффективной симптоматики ($p < 0,01$), что подтверждает приведенную выше интерпретацию о меньшей фиксации родителей с выраженным стремлением поддерживать конструктивную активность ребенка на себе и своем чувстве вины, на сделанных ошибках, суицидальных мыслях и пессимизме по поводу будущего. Напротив, эти родители более уверены в себе и видят смысл в своих усилиях в процессе воспитания ребенка. Так, оптимистично настроенная мама подростка с ментальной инвалидностью (сочетанный диагноз с неврологическими проблемами) прокомментировала во время общения:

«Мне было очень грустно и страшно... шок... но потом начались походы по врачам... мы с трех месяцев очень много занимались, очень много занимались. Ну и постепенно труды начали приносить свои плоды. Отсюда и уверенность, что нет, мне сказали, что не будет делать ничего самостоятельно, а он делает. И настроение сразу лучше. Я всегда верила и верю в своего ребенка. Теперь он повзрослел, и я стремлюсь к тому, чтобы он был максимально самостоятельным и занимался тем, что ему нравится и развивает».

Таблица 4

Различия в показателях опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» в зависимости от тяжести симптомов депрессии по «Шкале депрессии» Бека (N=107)

Шкала	Тяжесть симптомов депрессии		
	Симптомы депрессии выраженной и умеренной степени тяжести N= 35	Отсутствие симптомов депрессии или симптомы легкой депрессии N= 78	Уровень значимости (p)
Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ	42,48	58,91	0,012*

Примечание: «*» — $p < 0,05$ (критерий Манна–Уитни).

Таблица 5

Связь показателей опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» и симптомов депрессии по «Шкале депрессии» Бека (N=107)

Шкала	Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ
Депрессия	-,256**
Когнитивно-аффективные симптомы депрессии	-,278**
Соматические симптомы депрессии	-,145

Условные обозначения: «*» — $p < 0,05$ (коэффициент корреляции г-Spearman); «**» — $p < 0,01$ (коэффициент корреляции г-Spearman).

Для решения задачи на выявление базисных убеждений, характерных для родителей с установкой на поддержку субъектной позиции ребенка, методом процентилей все ответы родителей в опроснике «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» были разделены на три группы: высокие, средние и низкие значения показателей (табл. 6). Как видно из табл. 6, чем больше выражена «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ», тем ярче выражены такие базисные убеждения, как «Благосклонность окружающего мира» ($p < 0,01$), «Ценность собственного Я» ($p < 0,01$), «Общее отношение к благосклонности окружающего мира» ($p < 0,01$), «Общее отношение к осмысленности мира» ($p < 0,1$), «Собственная ценность» ($p < 0,1$), а также тем меньше выражено базисное убеждение «Случайность как принцип распределения событий» ($p < 0,05$).

Таким образом, родители с выраженной установкой на поддержку субъектной позиции ребенка больше склонны воспринимать мир как доброжелательный, верить в собственные силы и самоэффективность по сравнению с родителями, у которых эта установка менее выражена. Кроме того, они менее склонны полагаться на случайность. Такие родители часто сами ведут активный образ жизни (или вели до постановки диагноза ребенку), что, в свою очередь, формирует у них установку на поддержку инициатив и начинаний своего ребенка. Мать ребенка с ОВЗ с высокими показателями шкалы «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка», деятельность которой всегда была связана со спортом, не смогла смириться с вердиктом врачей:

«Когда я задала вопрос в 9 месяцев, совершенно наивный “А смогу ли я его научить кататься на велосипеде?”. Не знаю, у меня какой-то бзик был, я хотела, чтобы у меня

ребенок катался на коньках и велосипеде. На меня врач посмотрела как на умалишенную: “Вы что мамаша, он у вас еще вообще ничего и никак”. Сейчас он умеет все! Кататься на велосипеде и на коньках. Он сам хотел! Это же тоже дает силу, веру. Силу поверить в свои силы».

Таким образом, родители, стремящиеся поддерживать субъектную позицию ребенка с ОВЗ, меньше склонны полагаться на случай и удачу, а больше надеются на собственные силы с оптимизмом и верой в то, что усилия их будут вознаграждены (успешное развитие ребенка с ОВЗ с учетом его состояния).

Как видно из табл. 7, выявлены значимые умеренные по силе взаимосвязи показателя опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» с такими базисными убеждениями, как «Благосклонность окружающего мира», «Ценность собственного Я», «Общее отношение к благосклонности мира», и значимые слабые связи с базисными убеждениями «Доброта людей» и «Собственная ценность».

Таким образом, можно выделить связь установки родителей поддерживать субъектную позицию ребенка с ОВЗ с их убеждениями в том, что мир — достойное для жизни место, где есть доброжелательные и принимающие люди, готовые поддержать. Кроме того, такие родители отличаются представлением о себе как о человеке достойным любви и уважения. Важную роль в психологической поддержке родителей детей с ОВЗ играют различные сообщества, благотворительные проекты, где они могут встретить семьи с подобными проблемами, поговорить, поделиться переживаниями и почувствовать себя понятыми и принятыми. По словам родителей, ощущая такую базисную поддержку, становится намного проще «входить» самому в мир (который далеко не

Таблица 6

Различия в показателях Шкалы базисных убеждений личности в зависимости от значений показателя опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» (высокие, средние, низкие) (N=107)

Параметры	Степень выраженности показателей по шкале «Родительская поддержка субъектной позиции»			
	Слабая выраженность (от 1 до 15 баллов) N= 40	Средняя выраженность (от 16 до 19 баллов) N= 31	Выраженная (от 20 баллов) N= 36	Уровень значимости (p)
Благосклонность окружающего мира	41,13	56,63	66,04	0,002**
Доброта людей	49,01	51,85	61,39	0,196
Справедливость мира	48,75	54,74	59,19	0,334
Контролируемость мира	52,36	59,71	50,90	0,463
Случайность, как принцип распределения событий	64,09	49,73	46,47	0,030*
Ценность собственного «Я»	42,05	55,85	65,68	0,004**
Степень самоконтроля	50,04	54,06	58,35	0,501
Степень удачи или везения	52,71	47,50	61,03	0,192
Общее отношение к благосклонности окружающего мира	43,85	53,92	65,35	0,010**
Общее отношение к осмысленности мира	45,66	60,23	57,90	0,094
Собственная ценность	46,78	52,55	63,28	0,065

Примечание: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$ (критерий Краскала—Уоллиса).

Связь показателей опросника «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» и показателей Шкалы базисных убеждений личности (N=107)

Параметры	Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ
Благосклонность окружающего мира	,405**
Доброта людей	,250**
Справедливость мира	,177
Контролируемость мира	-,010
Случайность как принцип распределения событий	-,180
Ценность собственного «Я»	,402**
Степень самоконтроля	,123
Степень удачи или везения	,076
Общее отношение к благосклонности окружающего мира	,378**
Общее отношение к осмысленности мира	,141
Собственная ценность	,280**

Условные обозначения: «*» – $p < 0,05$ (коэффициент корреляции r-Spearman); «**» – $p < 0,01$ (коэффициент корреляции r-Spearman).

весь доброжелательный и принимающий) в непростой роли «родителя ребенка с ментальной инвалидностью», а потом «вводить» в этот мир ребенка, с учетом его потребностей и особенностей развития.

Обсуждение полученных результатов

Итак, родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ связана с возможностями посттравматического роста, снижением риска депрессивных состояний и системой убеждений, совместно образующих когнитивную схему защищенности и надежности мира, которая была разрушена у родителей после рождения ребенка с ОВЗ. Вот как этот процесс разрушения описывает одна из матерей:

«Когда все смотрели этот прекрасный оскаровский фильм («Человек дождя»), ты это же смотришь со стороны, говоришь: “Ну да, да, здорово, как классно сыграл”. А потом “Бах!” и почему-то это приходит в твою жизнь. Это как когда тут где-то кого-то хоронят, но меня это не может коснуться. Или с какими-то катастрофами. И потом это приходит в твою жизнь».

И когда «это» приходит в жизнь родителя вместе с рождением ребенка с ОВЗ, им предстоит проделать огромную работу по принятию кризисной ситуации и переработке травматического опыта, которая открывает путь к посттравматическому росту и выработке новых когнитивных схем, дающих чувство опоры и ценности, как собственной, так и своего ребенка. Установка на поиск ресурсов ребенка и поддержку его конструктивной активности в зоне ближайшего развития вместо концентрации на дефекте и собственных негативных переживаниях и прогнозах напрямую связана с процессом личностного роста и благополучием самих родителей. А перед специалистами встает не менее сложная задача оказания поддержки и помощи родителям в этой сложной работе, требующей напряжения всех душевных сил.

Выводы

1. Рождение ребенка с ОВЗ является травматической кризисной ситуацией для родителей. Поддержка родителями субъектной позиции ребенка с ОВЗ не только создает важные условия для развития ребенка и включения механизма его саморазвития, но и способствует посттравматическому личностному росту самого родителя.

2. Оригинальный опросник «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ», включающий 12 вопросов, обладает приемлемыми психометрическими свойствами и объединяет в общий конструкт как установку родителя поддерживать конструктивную активность ребенка в предметной деятельности и способствовать осознанности действий, так и установку на поддержку глубокого эмоционального контакта с ним. Опросник нуждается в дальнейшей валидации на мужской выборке и группах родителей детей с ОВЗ с другими типами инвалидности.

3. Родители с высокими показателями ПТР отличаются более высокими показателями по опроснику «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ». Для родителей с установкой на поддержку собственной инициативы ребенка и эмоционального контакта с ним наиболее характерны такие проявления ПТР, как готовность к новым возможностям, которые появляются в связи с изменившимися условиями жизни, склонность отмечать положительные моменты, а также сила личности, проявляющаяся в принятии ребенка и готовности к совладанию с возникающими сложностями в процессе его воспитания.

4. У более эмоционально благополучных родителей, без выраженных симптомов депрессии, отмечаются более высокие показатели по опроснику «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ» по сравнению с родителями с симптомами депрессии умеренной и выраженной тяжести. Родители с выраженной установкой на поддержку

субъектной позиции ребенка менее склонны фиксировать внимание на негативных аспектах жизни, меньше склонны к самообвинениям, пессимизму по поводу будущего, суицидальным мыслям и раздражительности.

5. Родители с выраженной установкой на поддержку субъектной позиции ребенка с ОВЗ отличаются большей выраженностью таких базисных убеждений, как «Благосклонность окружающего мира», «Ценность собственного Я», «Общее отношение к благосклонности окружающего мира», «Общее отношение к осмысленности мира», «Собственная ценность». И, наоборот, для них наименее характерно убеждение «Случайность как принцип распределения событий». То есть они склонны верить в благо-

склонность мира и собственные силы, а не случайные влияния, а также отличаются убежденностью в том, что являются достойными людьми, которые заслужили счастливую жизнь несмотря ни на что.

6. При оказании психологической помощи родителям детей с ОВЗ, способствующей развитию детей и личностному росту родителей, специальной задачей является диагностика воспитательной позиции родителя. Особенно важно при этом выявление установки родителя поддерживать конструктивную активность ребенка в зоне его ближайшего развития и хороший эмоциональный контакт с ним. Для решения этой задачи может служить предлагаемый оригинальный опросник «Родительская поддержка субъектной позиции ребенка с ОВЗ».

Литература

1. Выготский Л.С. Основные проблемы дефектологии // Собр. соч.: в 6 т. Т. 3. М.: Педагогика, 1983. С. 157.
2. Гостунская Я.И. Совладающее поведение родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психологическое благополучие современной семьи» (г. Ярославль, 01 декабря 2016 г.). Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет имени К.Д. Ушинского, 2016. С. 41–44.
3. Дэвис Х. Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: взгляд психолога. М.: Этерна, 2011. 220 с.
4. Зарецкий В.К. Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 2. С. 8–37.
5. Зарецкий В.К. Один шаг в обучении — сто шагов в развитии: от идеи к практике // Культурно-историческая психология. 2016. Т. 12. № 3. С. 149–188. doi:10.17759/chp.2016120309
6. Зарецкий Ю.В. Субъектная позиция школьников по отношению к учебной деятельности в разных возрастных периодах: дисс. ... канд. психол. наук. Москва, 2014. 207 с.
7. Зарецкий Ю.В., Зарецкий В.К., Кулагина И.Ю. Методика исследования субъектной позиции учащихся // Психологическая наука и образование. 2014. № 1. С. 98–109.
8. Леонтьев Д.А. Человек и жизненный мир: от онтологии к феноменологии // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15. № 1. С. 25–34. doi:10.17759/chp.2019150103
9. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие. М.: Просвещение, 2008. 239 с.
10. Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста // Вестник Тамбовского университета. Гуманитарные науки. 2009. Вып. 3 (71). С. 111–117.
11. Морозова Е.В., Шатская А.Д. Актуальные аспекты психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка-инвалида // Медикосоциальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями. 2009. № 4. С. 35–37.
12. Практикум по психодиагностике и исследованию толерантности личности / Под ред. Г.У. Солдатовой,

References

1. Vygotskii L.S. Osnovnye problemy defektologii [The main problems of defectology]. Sobr. soch.: V 6 t. Moscow, 1983. Vol. 3. 157 p.
2. Gostunskaya Ya.I. Sovladayushchee povedenie roditelei, vospityvayushchikh detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Mating behavior of parents raising children with disabilities]. *Materialy mezhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem «Psikhologicheskoe blagopoluchie sovremennoi sem'i»* [Materials of the interregional scientific-practical conference with international participation "Psychological well-being of the modern family"] (g. Yaroslavl', 01 dekabrya 2016 g.). Yaroslavl': Yaroslavskii gosudarstvennyi pedagogicheskii universitet im. K.D. Ushinskogo, 2016, pp. 41–44.
3. Devis Kh. Kak pomoch' sem'e, v kotoroi ser'ezno bolen rebenok: vzglyad psikhologa [How to help a family in which a child is seriously ill: a psychologist's view]. Moscow: Eterna, 2011. 220 p.
4. Zaretskii V.K. Stanovlenie i sushchnost' reflektivno-deyatelnostnogo podkhoda v okazanii konsul'tativnoi psikhologicheskoi pomoshchi [The formation and essence of the reflective-activity approach in the provision of psychological counseling]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013. Vol. 21, no. 2, pp. 8–37.
5. Zaretskii V.K. Odin shag v obuchenii — sto shagov v razvitii: ot idey k praktike [One step in learning — one hundred steps in development: from idea to practice]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology], 2016. Vol. 12, no. 3, pp. 149–188. doi:10.17759/chp.2016120309
6. Zaretskii Yu.V. Sub'ektnaya pozitsiya shkol'nikov po otnosheniyu k uchebnoi deyatelnosti v raznykh vozrastnykh periodakh [The subjective position of students in relation to educational activities in different age periods. Ph.D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2014. 207 p.
7. Zaretskii Yu.V., Zaretskii V.K., Kulagina I.Yu. Metodika issledovaniya sub'ektnoi pozitsii uchashchikhsya [Methods of studying the subjective position of students]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological science and education], 2014, no. 1, pp. 98–109.
8. Leont'ev D.A. Chelovek i zhiznennyi mir: ot ontologii k fenomenologii [Man and the world of life: from ontology to phenomenology]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology], 2019. Vol. 15, no. 1, pp. 25–34. doi:10.17759/chp.2019150103.

Л.А. Шайгеровой. М.: МГУ имени М.В. Ломоносова, 2003. 112 с.

13. Пуговкина О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 80–97.

14. Сергиенко А.И., Холмогорова А.Б. Посттравматический рост и копинг-стратегии родителей детей с ограниченными возможностями здоровья // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2. С. 8–26. doi:10.17759/cpp.2019270202

15. Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б. Адаптация родителей к разным типам хронического инвалидирующего заболевания ребенка (последствиями спинальной травмы и детского церебрального паралича в подростковом и юношеском возрасте) // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 1. С. 177–195.

16. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

17. Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н. Способность к эмпатии в контексте проблемы субъектности // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 2. С. 75–93. doi:10.17759/cpp.2017250205

18. Fornell C.G., & Larcker D.F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error // Journal of Marketing Research. 1981. Vol 18(1). P. 39–50. doi:10.1177/002224378101800104, doi:10.2307/3151312

19. Hair J.F., Black W.C., Babin B.J., Anderson R.E. (2010). Multivariate data analysis (7th ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall. doi: 10.1016/j.jmva.2009.12.014

20. Janof-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct // Social Cognition. 1989. Vol. 7. № 2. P. 113–116. doi: 10.1521/soco.1989.7.2.113

21. Janof-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models // Psychological Inquiry. 2004. Vol. 15. № 1. P. 30–34.

22. Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey D. The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations // Developmental Disabilities Bulletin. 2004. Vol. 32. № 1. P. 84–110.

23. Taku K., Cann A., Calhoun L.G., et al. The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis // Journal of Traumatic Stress. 2008. Vol. 21. № 2. P. 158–164. doi:10.1002/jts.20305

24. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma // Journal of Traumatic Stress. 1996. Vol. 9. № 3. P. 455–471. doi:10.1007/BF02103658

25. Tedeschi R.G., Calhoun L.G., Shakespeare-Finch J., et al. Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications. New York, 2018. 264 p. doi: 10.4324/9781315527451

9. Levchenko I.Yu., Tkacheva V.V. Psikhologicheskaya pomoshch' sem'e, vospityvayushchei rebenka s otkloneniyami v razviti: Metodicheskoe posobie [Psychological assistance to a family raising a child with developmental disabilities: Methodical manual]. Moscow: Prosveshchenie, 2008. 239 p.

10. Magomed-Eminov M.Sh. Fenomen posttravmaticheskogo rosta [The phenomenon of post-traumatic growth]. Vestnik Tambovskogo universiteta. Gumanitarnye nauki [Vestnik Tambovskogo universiteta. Humanitarian sciences], 2009. Vyp. 3 (71), pp. 111–117.

11. Morozova E.V., Shatskaya A.D. Aktual'nye aspekty psikhologicheskoi reabilitatsii semei, vospityvayushchikh rebenka invalida [Actual aspects of the psychological rehabilitation of families raising a disabled child]. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya detei s ogranichennymi vozmozhnostyami [Medical and social expertise and rehabilitation of children with disabilities], 2009, no. 4, pp. 35–37.

12. Praktikum po psikhodiagnostike i issledovaniyu tolerantnosti lichnosti [Workshop on psychodiagnostics and the study of personality tolerance]. Soldatova G.U. (eds.). Moscow: MGU im. M.V. Lomonosova, 2003. 112 p.

13. Pugovkina O.D. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya pri depressii: teoreticheskie podkhody, metody izucheniya i vydelennye defitsity [Disorders of social cognition in depression: theoretical approaches, study methods and identified deficits]. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014. Vol. 22, no. 4, pp. 80–97.

14. Sergienko A.I., Kholmogorova A.B. Posttravmaticheskii rost i koping-strategii roditelei detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Post-traumatic growth and coping strategies parents of children with disabilities]. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2019. Vol. 27, no. 2, pp. 8–26. doi:10.17759/cpp.2019270202

15. Suroegina A.Yu., Kholmogorova A.B. Adaptatsiya roditelei k raznym tipam khronicheskogo invalidiziruyushchego zabolovaniya rebenka (posledstviyam spinal'noi travmy i detskogo tserebral'nogo paralicha v podrostkovom i yunosheskom vozraste) [Adaptation of parents to different types of chronic disabling illness of a child (consequences of spinal trauma and cerebral palsy in adolescence and youth)]. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2015. Vol. 23, no. 1, pp. 177–195.

16. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the Psychology of Post-Traumatic Stress]. Moscow, 2001.

17. Kholmogorova A.B., Klimenkova E.N. Sposobnost' k empatii v kontekste problemy sub'ektnosti [The ability to empathy in the context of the problem of subjectivity]. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2017. Vol. 25, no. 2, pp. 75–93. doi: 10.17759/cpp.2017250205

18. Fornell C.G., & Larcker, D.F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. Journal of Marketing Research, 1981, 18(1), pp. 39–50. doi: 10.1177/002224378101800104, doi: 10.2307/3151312

19. Hair J.F., Black W.C., Babin B.J., Anderson, R.E. Multivariate data analysis (7th ed.), 2010. Englewood Cliffs: Prentice Hall. doi: 10.1016/j.jmva.2009.12.014

20. Janof -Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. Social Cognition, 1989. Vol. 7, no. 2, pp. 113–116. doi:10.1521/soco.1989.7.2.113

21. Janof-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models. Psychological Inquiry, 2004. Vol. 15, no. 1, pp. 30–34.

22. Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey D. The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations. *Developmental Disabilities Bulletin*. 2004. Vol. 32, no. 1, pp. 84–110.
23. Taku K., Cann A., Calhoun L.G., et al. The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 2008. Vol. 21, no. 2, pp. 158–164. doi:10.1002/jts.20305.
24. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1996. Vol. 9, no. 3, pp. 455–471. doi:10.1007/BF02103658.
25. Tedeschi R.G., Calhoun L.G., Shakespeare-Finch J., et al. Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications. New York, 2018. 264 p. doi: 10.4324/9781315527451

Информация об авторах

Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

Сергиенко Анна Игоревна, аспирант факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5105-4592>, e-mail: sergienkoanna809@gmail.com

Герасимова Анна Александровна, психолог мобильного сектора экстренной психологической помощи, Московская служба психологической помощи населению (ГБУ МСППН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5298-6084>, e-mail: anna.al.gerasimova@gmail.com

Information about the authors

Kholmogorova Alla Borisovna, Doctor of Psychology, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Dean of the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

Sergienko Anna Igorevna, PhD Student, Faculty Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5105-4592>, e-mail: sergienkoanna809@gmail.com

Gerasimova Anna Aleksandrovna, Psychologist, Moscow State Service of Psychological Aid in Emergency Situations, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5298-6084>, e-mail: gerasimova_a@yahoo.com

Получена 01.02.2020

Received 01.02.2020

Принята в печать 03.03.2020

Accepted 03.03.2020