

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПЕРЕЖИВАНИИ УТРАТЫ БЛИЗКОГО У ЖЕНЩИН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

© 2016

Р.В. Кадыров, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общепсихологических дисциплин
Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток (Россия)

Ключевые слова: психологическая помощь в переживании утраты близкого у женщин с психическими расстройствами; динамика психоэмоционального состояния у женщин с психическим расстройством; программа психологической помощи в переживании утраты близкого; переживание утраты близкого; травматическое горе.

Аннотация: Статья посвящена рассмотрению исследования применения программы психологической помощи в переживании утраты близкого у женщин с психическими расстройствами.

Актуальность проведенного исследования обусловлена тем, что течение психического заболевания как социально значимой проблемы общества тесно связана с ситуацией утраты близкого человека как особым психотравмирующим событием, которое изменяет систему отношений и приводит к дезадаптации в сферах общения и поведения человека. Это психотравмирующее событие может привести как к возникновению психического расстройства, так и к рецидиву заболевания.

Цель исследования – сравнительный анализ динамики психоэмоционального состояния у женщин с психическим расстройством при применении программы краткосрочной психологической помощи в переживании утраты близкого.

Было обследовано 40 человек в возрасте от 23 до 56 лет с диагнозами параноидная шизофрения, тревожно-депрессивный синдром и параноидный синдром: экспериментальная группа – 20 женщин, проходивших программу краткосрочной психологической помощи с переживанием утраты близкого, и контрольная группа – 20 женщин, не проходивших данную программу.

В результате проведенного исследования можно сказать, что применяемая программа психологической помощи в переживании утраты близкого способствует улучшению психоэмоционального состояния у женщин с психическими расстройствами. Психологическая помощь статистически значимо ($p \leq 0,05$) снижает показатели уровня тревожности, агрессивности, депрессивности, общего самочувствия, активности и настроения в экспериментальной группе в отличие от контрольной группы, что благоприятно сказывается на динамике лечения, способности к активному участию в процессе лечения и адаптации к условиям жизни после больницы. Медицинским персоналом в экспериментальной группе отмечаются изменения в микросоциальном окружении пациентов: расширение круга знакомых людей в условиях госпитализации (общение с соседками по палате, медицинским персоналом), активное желание устанавливать содержательные контакты с окружающими людьми, проявляя свою заинтересованность к ним, проявление желания выполнять какие-либо общественно полезные дела (трудотерапия в условиях госпитализации).

ВВЕДЕНИЕ

Проблема изучения травматического горя, определяемого как «экстраординарное событие» для конкретной личности, способного вызвать тяжелый психический стресс, срыв адаптации и, как правило, сопровождающегося негативными эмоциями (интенсивными злостью, страхом, ужасом либо чувством беспомощности и др.), является одной из важнейших в современной психологии [1–3]. Переживание утраты близкого человека – это весьма тяжелое испытание, которое практически каждому человеку приходилось переживать. Так, согласно З. Фрейду, события утраты близкого обладают для личности травматическим действием и при определенных обстоятельствах могут предрасполагать к развитию болезненных состояний [4]. Данное состояние является проявлением фиксации на потере. В связи с этим недооценивать глубину и значимость этого психотравмирующего события, кардинально изменившего привычную жизнь человека, невозможно. Утрата близкого – это не просто констатация определенного факта, это – видение данного события самим человеком, испытывающим сильные негативные эмоции.

Неожиданный и травматический характер большинства смертей близких (значимых людей) делает акту-

альным вопрос о том, как люди переживают их смерть и как у них протекает процесс горевания.

Следует отметить и тот факт, что по времени этот процесс переживания горевания как психотравмирующая ситуация может быть отсроченным. Так, в течение определенного промежутка времени у человека хватает сил и возможностей справиться с непроработанной травматической ситуацией горя, но далее в зависимости от многих личностных характеристик, может произойти истощение ресурсов, помогающих справиться с жизненными трудностями, и даже незначительная ситуация может спровоцировать полный срыв адаптивных возможностей человека и возникновение психического заболевания как компенсаторного механизма личности [5–8].

В России психические заболевания являются социально значимыми, как рак, туберкулез, и приводят к ухудшению общего уровня психического здоровья населения [9].

По данным ВОЗ по частоте инвалидизации психическая патология населения вышла на третье место после легочных и сердечно-сосудистых заболеваний и составила 29,5 % от общего числа инвалидов [10].

В зарубежных и отечественных исследованиях уделяется немалое внимание изучению роли психотравмы

(травматического горя), в развитии психической патологии [11–14]. Но одновременно с изучением влияния психотравмирующих событий, происходивших в жизни пациента, исследуются защитные механизмы психики и способы адаптации пациента к психической травме, которые, в свою очередь, могут перетекать в картину различных нарушений личности.

В проведенном нами исследовании взаимосвязи психической травмы с психологическими характеристиками у женщин с галлюцинаторно-параноидным синдромом было выявлено, что наиболее значимыми травматическими событиями являются потеря значимого человека. Независимо от того, как давно произошло данное травматическое событие, оно до сих пор является актуальным для подавляющего большинства больных женщин, принявших участие в исследовании, и вызывает у них такие негативные чувства, как тоска, печаль, грусть. Переживание утраты близкого человека оказывает влияние на обострение, протекание психического расстройства и предшествует первому эпизоду заболевания [15].

Осложненные варианты горевания нередко являются следствием потери человека, от которого горюющий находился в повышенной зависимости и который является источником переживания психологической безопасности. При нарушении данных отношений, вызванных смертью такого человека, возникают симптомы травматического стресса и проявления этого стресса, как говорилось ранее, выходят за рамки нормального горевания.

Следует отметить, что люди с психическими расстройствами очень привязаны к близким и нуждаются в их заботе и поддержке в повседневной жизни, поэтому рассматривать ситуацию утраты близкого человека необходимо как особое психотравмирующее событие, которое, несомненно, изменяет систему отношений и приводит к дезадаптации в сферах общения и поведения человека. Очень часто, сталкиваясь с ситуацией утраты, человек с психическим расстройством не в состоянии справиться с ней самостоятельно, ему необходима в первую очередь поддержка близких людей и психологическое сопровождение. Иначе данное психотравмирующее событие может привести как к возникновению психического расстройства, так и к рецидиву заболевания.

Таким образом, психологическая помощь в переживании утраты близкого поможет более глубоко изучить личность пациента, особенности протекания его заболевания и предотвратить возможные рецидивы заболевания, связанного с негативными воспоминаниями об утраченном близком человеке, что актуализирует разработку, а затем и применение программы краткосрочной психологической помощи в переживании утраты близкого, женщинам с психическими расстройствами [16].

Целью нашего исследования является сравнительный анализ динамики психоэмоционального состояния у женщин с психическим расстройством при применении программы краткосрочной психологической помощи в переживании утраты близкого [16].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В эмпирическом исследовании приняли участие 40 человек в возрасте от 23 до 56 лет с диагнозами па-

раноидная шизофрения, тревожно-депрессивный синдром и параноидный синдром. Пациенты находились на стационарном лечении в Краевой клинической психиатрической больнице.

В ходе исследования общая эмпирическая выборка из 40 человек была разделена на 2 группы: экспериментальная группа (20 женщин, в возрасте от 23 до 53 лет), пациенты которой проходили разработанную нами программу краткосрочной психологической помощи с переживанием утраты близкого, и контрольная группа, в которую вошли 20 женщин в возрасте от 24 до 56 лет (участники которой не проходили программу краткосрочной психологической помощи). Группы статистически значимо не отличались по возрасту, уровню образования и семейному статусу ($p < 0,05$).

Проведенное нами исследование включало в себя несколько этапов.

На первом этапе исследования было проведено исследование психоэмоционального состояния в контрольной и экспериментальной группах по методикам: «Самооценка психических состояний» по Г. Айзенку [17]; «Методика измерения личностной и ситуативной тревожности» по тесту Ч. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина [18]; «Шкала самооценки «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН), разработанная В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай и М.П. Мирошниковым [19].

На втором этапе исследования в экспериментальной группе была проведена психологическая работа с переживанием утраты близкого человека (5 сессий в течение 23 дней), после третьей сессии и в контрольной группе, не участвовавшей в работе, было проведено исследование психоэмоционального состояния по вышеизложенным методикам с параллельной оценкой течения динамики заболевания лечащим врачом.

Кроме этого, для диагностики актуального состояния испытуемых экспериментальной выборки на каждой сессии психологической работы проводилось исследование по двум методикам: «Опросник депрессивности» А. Бека (Beck Depression Inventory – BDI) в адаптации Н.В. Тарабриной [20] и «Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний» В. Зунга (в адаптации Т.И. Балашовой) («Шкала сниженного настроения – субдепрессии» (ШСНС)) [17].

На третьем этапе исследования, после завершения психологической работы в экспериментальной группе, было проведено исследование психоэмоционального состояния в двух группах по ранее проводимым методикам.

Обработка данных исследования производилась на основе пакета STATISTIKA 7.0. Для исследования корреляционных связей внутри экспериментальной и контрольной групп нами был выбран критерий знаковых отличий Фишера, для изучения значимых различий между двумя малыми группами – критерий Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнивая полученные результаты по основным методикам, которые мы применяли в трех основных диагностических срезах, в контрольной и экспериментальной группах были выявлены статистически значимые различия $p \leq 0,05$ в психоэмоциональном состоянии:

– по методике «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка: высокий уровень фрустрации и ригидности на втором и третьем диагностическом срезе в контрольной группе и низкий уровень личностной, ситуативной тревожности в контрольной группе на заключительном срезе;

– по шкале самооценки «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) на втором и третьем срезе в контрольной и экспериментальной группах были выявлены значимые различия в самочувствии, активности и настроении испытуемых;

– по опроснику А. Бека значимые различия были выявлены на втором и третьем срезе, а по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга значимые различия между группами были выявлены только на третьем срезе.

Анализируя результаты самооценки психических состояний по Г. Айзенку, можно сделать вывод о том, что в экспериментальной группе от первого к третьему и от второго к третьему срезу выявлено снижение уровня тревожности, фрустрации и от первого ко второму срезу также отмечается снижение уровня агрессивности испытуемых (таблица 1).

Динамика психоэмоционального состояния в экспериментальной группе указывает на быстрое приспособление испытуемых к условиям проведения психологической работы. У испытуемых динамичными психическими состояниями в процессе адаптации являются тревожность, фрустрация и агрессивность. Это можно объяснить тем, что во время проведения второй и последующей сессий между испытуемыми и психологом устанавливаются более доверительные отношения,

дающие возможность пациенткам осознавать и более открыто выражать собственные эмоции и чувства. Важно отметить, что многие упражнения, входящие в психологическую работу, направлены на проработку вытесненных и подавленных эмоций и чувств, вызывающих у испытуемых тревогу. Также от первого к третьему срезу значительно снижается уровень фрустрации и агрессивность испытуемых.

Во время проведения психологической работы уровень личностной тревожности снижается от первого ко второму и от первого к третьему срезу за счет того, что все упражнения и задания основных сессий (начиная с первой сессии) направлены на проработывание субъективно значимых ситуаций, тревожащих пациенток. Уровень же ситуативной тревожности значительно снизился от второго к третьему срезу исследования, что свидетельствует о том, что на первой сессии пациентки насторожено относились к ситуации исследования, в последующем же ситуация психологической работы уже не являлась для испытуемых стрессорной, в связи с этим и уровень ситуативной тревожности снижался. Это было заметно и по поведению женщин, с которыми была проведена психологическая работа. По сравнению с первой встречей, пациентки перестали закрываться, стали открыто выражать свои эмоции и чувства, чувствовали себя более уверенно и открыто высказывали собственное мнение по поводу определенных упражнений.

Также изменения в поведении пациенток отмечали их лечащие врачи. По их словам, пациентки стали более приветливыми и открытыми в общении, с большим желанием идут на контакт с врачом и медицинским

Таблица 1. Сравнительная таблица статистически значимых результатов по основным методикам в экспериментальной группе

Шкалы методик	Критерий знаковых отличий Фишера
<i>Самооценка психических состояний (по Г. Айзенку)</i>	
Тревожность 1 & тревожность 3	0,0227
Тревожность 2 & тревожность 3	0,0227
Фрустрация 1 & фрустрация 3	0,02275
Фрустрация 2 & фрустрация 3	0,0134
Агрессивность 1 & агрессивность 2	0,03855
<i>Методика измерения личностной и ситуативной тревожности</i>	
ЛТ 1 срез & ЛТ 2 срез	0,03855
ЛТ 1 срез & ЛТ 3 срез	0,01342
СТ 2 срез & СТ 3 срез	0,05
<i>Шкала самооценки «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН)</i>	
Самочувствие 1 & самочувствие 2	0,007661
Самочувствие 1 & самочувствие 3	0,026857
<i>Опросник депрессивности А. Бека</i>	
1 срез БЕК & 5срез БЕК	0,002213
3 срез БЕК & 5срез БЕК	0,002213
<i>Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга</i>	
1 срез БАЛ & 5 срез БАЛ	0,003830
3 срез БАЛ & 5 срез БАЛ	0,003830

Примечание: цифрами «1, 2, 3, 5» обозначается номер среза, на котором были получены статистически значимые результаты; ЛТ – личностная тревожность; СТ – ситуативная тревожность; БЕК – результаты, полученные по опроснику депрессивности Бека; БАЛ – результаты, полученные по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга (в адаптации Т.И. Балашовой).

персоналом, проявляют меньше агрессии в отношении себя и окружающих людей, с большим желанием стали выполнять свои повседневные обязанности.

Анализ статистической обработки данных по методике «Самочувствие. Активность. Настроение» выявил, что самочувствие женщин, с которыми была проведена психологическая работа, значительно улучшилось от первого ко второму и от первого к третьему срезу исследования. Важно отметить, что большинство испытуемых субъективно отмечали, что за время проведения психологической работы стали чувствовать себя намного лучше. У большинства испытуемых нормализовался ночной сон, стабилизировался аппетит. Со слов лечащих врачей, пациентки стали меньше предъявлять жалоб на собственное самочувствие, на беседу с врачом приходили, чаще всего, в приподнятом настроении, активно участвовали в разговоре, делясь собственными эмоциями и чувствами, также стали терпимей относиться к побочным эффектам медикаментозного лечения. По поведению испытуемых также следует отметить, что их настроение и активность, которую они проявляли во время занятий, по сравнению с первой сессией значительно улучшились.

Анализ результатов опросника депрессивности А. Бека показал, что изначально выявленный *уровень депрессивности* испытуемых за время проведения психологической работы значительно снизился: от первого к третьему и от третьего к пятому срезу состояние большинства женщин на конец проведения работы нормализовалось. Данные изменения в своем состоянии отмечали как сами испытуемые, так и их лечащие врачи.

Анализ статистической обработки по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний показал, что достоверно значимые различия в экспериментальной группе были выявлены между первым и пятым, пятым и третьем срезами. Это указывает на постепенное снижение депрессивного состояния испытуемых за время проведения программы психологической помощи в переживании утраты близкого человека. То есть в процессе работы с переживанием утраты близкого человека постепенно состояние испытуемых нормализуется, основные депрессивные симптомы постепенно снижаются. В то время как в контрольной группе, с участниками которой не была проведена психологическая работа, депрессивная симптоматика от первого к пятому срезу не изменяется, а у некоторых больных только нарастает.

Для экспертного оценивания изменения состояния пациентов при прохождении психологической работы с переживанием утраты близкого, помимо методик, использовалась анкета для врача «Критерии оценки состояния пациента», которая заполнялась лечащими врачами во время проведения трех основных срезов исследования. В ней врачи после каждой сессии отмечали изменения в поведении и психоэмоциональном состоянии пациентов. Пациенты стали более открытыми, с большим желанием шли на контакт, предъявляли значительно меньше жалоб на плохое самочувствие и стали реже проявлять свою агрессивность как в отношении себя, так и в отношении к окружающим людям.

В микросоциальном окружении пациентов врачи также отмечали такие изменения, как расширение круга знакомых людей в условиях госпитализации (общение

с соседками по палате, с медицинским персоналом), более активное желание устанавливать содержательные контакты с окружающими людьми, проявляя свою заинтересованность к ним, проявление желания выполнять какие-либо общественно полезные дела (трудотерапия в условиях госпитализации).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования можно сказать, что применяемая программа психологической помощи в переживании утраты близкого способствует улучшению психоэмоционального состояния у женщин с психическими расстройствами. Психологическая помощь статистически значимо снижает показатели уровня тревожности, агрессивности, депрессивности, общего самочувствия, активности и настроения, что благоприятно сказывается на динамике лечения, способности к активному участию в процессе лечения и адаптации к условиям жизни после больницы. Это происходит из-за того, что в процессе работы с утратой близкого пациент на внутреннем психологическом плане прорабатывает эту ситуацию, которая тревожит его. Осознав и проработав все эмоции и чувства, связанные с утратой близкого, уровень его психоэмоционального состояния значительно улучшается. В связи с этим каждому больному, имеющему актуально не проработанную на внутрипсихическом плане ситуацию утраты близкого, необходима психологическая помощь в процессе лечебных и реабилитационных мероприятий. Это позволит улучшить психоэмоциональное состояние пациента и уровень его психологической готовности к лечебному и реабилитационному процессу. Эффективность применения программы психологической помощи в переживании утраты близкого у больных с психическими расстройствами позволяет рассматривать ее для применения в практическом здравоохранении в лечебно-профилактических учреждениях и специализированных отделениях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волкан В., Зингл Э. Жизнь после утраты: психология горевания. М.: Когито-Центр, 2007. 160 с.
2. Заманаева Ю.В. Переживание утраты близкого как процесс изменения во внутреннем мире человека : автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004. 24 с.
3. Шефов С.А. Психология горя. СПб.: Речь, 2007. 144 с.
4. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций: тексты. М.: МГУ, 1984. С. 203–213.
5. Ван дер Харст О., Нейенхюс Э.Р.С., Стил К. Призраки прошлого: структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. М.: Когито-Центр, 2013. 496 с.
6. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия / под ред. Н.С. Хрустальной. СПб.: СПбГУ, 2014. 372 с.
7. Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций: тексты. М.: МГУ, 1984. С. 212–220.
8. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э.Б. Фoa, Т.М. Кин, М.Дж. Фридман. М.: Когито-Центр, 2005. 467 с.
9. Социально значимые заболевания населения России в 2013 году: статистические материалы. М.: Центральный научно-исследовательский институт

- организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, 2014. С. 31–41.
10. Тиганов А.С. Общая психиатрия. М.: Медицина, 1999. 712 с.
 11. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. М.: Академический Проект, 2001. 368 с.
 12. Решетников М.М. Психическая травма. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. 322 с.
 13. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Институт психологии РАН, 2009. 304 с.
 14. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1056 с.
 15. Кадыров Р.В., Маслова М.В. Взаимосвязь психической травмы с психологическими характеристиками у женщин с галлюцинаторно-параноидным синдромом // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. С. 1558.
 16. Кадыров Р.В., Маслова М.В. Программа краткосрочной психологической помощи в переживании утраты близкого больным психическими расстройствами. Ульяновск: Зебра, 2016. 48 с.
 17. Габдреева Г.Ш., Прохорова О.А. Практикум по психологии состояний. СПб.: Речь, 2004. С. 121–122; С. 138–140.
 18. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: Бахрах, 1998. С. 141–145.
 19. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. 1973. № 6. С. 141–145.
 20. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С. 182–191.
- REFERENCES**
1. Volkan V., Zintl E. *Zhizn posle utraty: psikhologiya gorevaniya* [Life after loss: the lessons of grief]. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2007. 160 p.
 2. Zamaeva Yu.V. *Perezhivanie utraty blizkogo kak protsess izmeneniya vo vnutrennem mire cheloveka*. Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk [Grieving as the process of inward man transformations]. Sankt Petersburg, 2004. 24 p.
 3. Shefov S.A. *Psikhologiya gorya* [Grief psychology]. Sankt Petersburg, Rech' Publ., 2007. 144 p.
 4. Freyd Z. Grief and melancholy. *Psikhologiya emotsiy: teksty*, Moscow, MGU Publ., 1984, pp. 203–213.
 5. Van der Khart O., Neyenkheyus E.R.S., Stil K. *Prizraki proshlogo: strukturnaya dissotsiatsiya i terapiya posledstviy khronicheskoy psikhicheskoy travmy* [The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization]. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2013. 496 p.
 6. Khrustaleva N.S., ed. *Psikhologiya krizisnykh i ekstremnykh situatsiy: psikhicheskaya travmatizatsiya i ee posledstviya* [Psychology of crisis and extreme situations: psychic traumatization and its consequences]. Sankt Petersburg, SPbGU Publ., 2014. 372 p.
 7. Lindemann E. Clinical picture of acute grief. *Psikhologiya emotsiy: teksty*, Moscow, MGU Publ., 1984, pp. 212–220.
 8. Foa E.B., Kin T.M., Fridman M.Dzh., ed. *Effektivnaya terapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva* [Effective treatments for PTSD]. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2005. 467 p.
 9. *Sotsialno znachimye zabolevaniya naseleniya Rossii v 2013 godu: statisticheskie materialy* [Socially significant diseases of the population of Russia in the year 2013: statistical data]. Moscow, Tsentralnyy nauchno-issledovatel'skiy institut organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya Minzdrava Rossii Publ., 2014, pp. 31–41.
 10. Tiganov A.S. *Obshchaya psikhiiatriya* [General psychiatry]. Moscow, Meditsina Publ., 1999. 712 p.
 11. Kalshed D. *Vnutrenniy mir travmy: arkhetyipicheskie zashchity lichnostnogo dukha* [The inner world of trauma: archetypal defenses of the personal spirit]. Moscow, Akademicheskii Proekt Publ., 2001. 368 p.
 12. Reshetnikov M.M. *Psikhicheskaya travma* [Psychic trauma]. Sankt Petersburg, Vostochno-Yevropeyskiy Institut Psikhooanaliza Publ., 2006. 322 p.
 13. Tarabrina N.V. *Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: teoriya i praktika* [Psychology of post-traumatic stress: theory and practice]. Moscow, Institut psikhologii RAN Publ., 2009. 304 p.
 14. Yaspers K. *Obshchaya psikhopatologiya* [Allgemeine psychopathologie]. Moscow, Praktika Publ., 1997. 1056 p.
 15. Kadyrov R.V., Maslova M.V. Relationship mental trauma on the psychological characteristics in women with hallucinatory-paranoid syndrome. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*, 2015, no. 1-1, p. 1558.
 16. Kadyrov R.V., Maslova M.V. *Programma kratkosrochnoy psikhologicheskoy pomoshchi v perezhivanii utraty blizkogo bolnym psikhicheskimi rasstroystvami* [Program of short-term psychological aid for people with mental disorders in case of grieving]. Ulyanovsk, Zebra Publ., 2016. 48 p.
 17. Gabdreeva G.Sh., Prokhorova O.A. *Praktikum po psikhologii sostoyaniy* [Practicum on psychology of states]. Sankt Petersburg, Rech' Publ., 2004, pp. 121–122, pp. 138–140.
 18. *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara, Bakhrakh Publ., 1998, pp. 141–145.
 19. Doskin V.A., Lavrenteva N.A., Miroshnikov M.P., Sharay V.B. Differentiated self-evaluation of functional state. *Voprosy psikhologii*, 1973, no. 6, pp. 141–145.
 20. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Practicum on psychology of post-traumatic stress]. Sankt Petersburg, Piter Publ., 2001, pp. 182–191.

PSYCHOLOGICAL AID FOR WOMEN WITH MENTAL DISORDERS IN CASE OF GRIEVING

© 2016

R. V. Kadyrov, PhD (Psychology), Associate Professor, Head of Chair of general psychology disciplines
Pacific State Medical University, Vladivostok (Russia)

Keywords: psychological aid for women with mental disorders in case of grieving; dynamics of psychoemotional state of women with mental disorder; program of psychological aid in case of grieving; grieving; traumatic grief.

Abstract: The paper covers the study of the application of the program of psychological aid for women with mental disorders in case of grieving.

The relevance of this research is caused by the fact that the course of mental illness, as the socially significant problem of the society, is closely related to the situation of a loss of a loved one as a particularly traumatic event that changes the system of relations and leads to disadaptation in the areas of human communication and behavior. This psycho-traumatic event may cause both the mental disorder and the disease recurrence.

The goal of the study is the comparative analysis of the dynamics of the psychoemotional state of women with a mental disorder when applying the program of short-term psychological aid in case of grieving for loved one. Forty patients at the ages from 23 to 56 years with the diagnoses of paranoid schizophrenia, anxiety and depressive syndrome and paranoid syndrome were examined: the experimental group of 20 women having support under the program of short-term psychological aid in case of grieving for loved one and the control group of 20 women that did not participate in this program.

In the result of the study, it is possible to say that the applied program of psychological aid in case of grieving for a loved one promotes psychoemotional state improvement of women with mental disorders. Psychological aid statistically significantly ($p \leq 0.05$) reduces the indices of level of anxiety, aggressiveness, depressiveness, general well-being, activity and mood within the experimental group unlike the control group, it influences favorably the dynamics of treatment, ability to participate actively in the process of treatment and adaptation to the living conditions after a hospital. Medical staff observed changes in the microsocial environment of experimental group patients: the widening of the circle of acquaintances at the hospital (communication with the neighbors in the hospital ward, with medical staff), active desire to establish significant contacts with surrounding persons showing interest in them, demonstration of desire to perform any socially useful actions (work therapy at the hospital).