

© М.В. БОГДАНОВА, Н.С. ИГОШИНА

*bogdanova-mv@yandex.ru*

УДК 159.9

**РОЛЬ МАТЕРИ В ФОРМИРОВАНИИ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ  
У ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

*АННОТАЦИЯ.* Описаны факторы онтогенеза психологических защит в детском возрасте, представлены результаты исследования системы защит у часто и длительно болеющих детей и их матерей.

*SUMMARY.* The factors of psychological defenses ontogenesis are described, the research results of psychological defense system of sickly and chronic children and their mothers are presented.

*КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА.* Психологическая защита, часто и длительно болеющие дети, система жизнеобеспечения личности, факторы онтогенеза.

*KEY WORDS.* Psychological defense, sickly and chronic children, system of personality life-support, ontogenesis factors.

Изучение психологических защит напрямую связано с проблемами адаптации и жизнеобеспечения. Как рассматривалось нами ранее [1], [2], система жизнеобеспечения личности\* (СЖЛ) имеет многоуровневое строение, и нарушение в работе каждого из уровней находит свое отражение и в соматическом неблагополучии. Часто и длительно болеющие люди\*\* (ЧДБ) имеют дезинтегрированную и слабо развитую СЖЛ.

Уровни системы жизнеобеспечения личности в ходе онтогенеза развиваются постепенно: первым по времени формирования является уровень психосоматического реагирования. Первичность этого уровня защиты признается и психологами (А. Фрейд, Н. Мак-Вильямс, И.М. Никольская, Р.М. Грановская [3], [4]), и врачами (В.В. Ковалев). Далее начинает формироваться уровень психологических защит. В школьном возрасте складываются копинг-механизмы. В процессе становления личности развиваются высшие личностные ресурсы.

---

\* Система жизнеобеспечения личности (СЖЛ) — это многоуровневая система защитно-адаптационных механизмов, обеспечивающих защиту личности от тревоги, фрустраций, стресса, дающая ресурс для развития и самоактуализации. В СЖЛ выделяются следующие уровни: психосоматического реагирования, психологических защит, копинг-механизмов и уровень высших личностных ресурсов.

\*\* Часто и длительно болеющие (ЧДБ) — взрослые люди (или дети), часто (чаще отмеченной в регионе норме) и продолжительно болеющие острыми респираторными заболеваниями, как правило, имеющие дисфункцию иммунной системы.



Важным фактором развития СЖЛ являются задачи, которые жизнь ставит перед ребенком — с усложнением жизненных задач встает необходимость найти более сложные (т.е. адекватные сложности задачи) способы их решения. Например, в раннем детском возрасте возникает ситуация длительной разлуки с матерью. Ребенок на расставание на психосоматическом уровне отвечает повышением температуры тела. Видя соматическое неблагополучие ребенка, мать остается с ним, откладывая другие дела. Взрослый человек, сталкиваясь с ситуацией фрустрации, например, аттестации на работе, к которой он не чувствует готовности, может прибегнуть к раннему психосоматическому варианту реагирования — заболеть. Но будет ли это адекватным и эффективным способом справиться с ситуацией? В норме развития защитной системы у человека должны совершенствоваться способы выявления новых угроз, различения угроз между собой (повышаться точность их распознавания), повышаться верность прогноза возможного ущерба, должно расти умение подбирать необходимые способы противостояния угрозам и т.п. В детском возрасте именно мать оказывается рядом и определяет своим поведением и отношением успешность того, как ребенок справляется с трудными жизненными задачами, какие защитные стратегии он использует, какие новые защиты формирует. Важно уточнить механизм материнского влияния в этих случаях.

Значимым фактором развития СЖЛ является также характер доступных для освоения (копирования, подражания...) готовых паттернов реагирования в ближайшем социальном окружении человека, например, родительское поведение. В силу этого зачастую у невротичной матери вырастает невротичный ребенок, т.к. он копирует ее неэффективные невротические защиты, а у отца-алкоголика вырастает ребенок-алкоголик, если он скопировал отцовскую деструктивную копинг-стратегию — употребление алкоголя для снятия беспокоящего напряжения и т.д. В проведенном эмпирическом исследовании рассматривается роль материнского поведения в развитии психологических защит у ЧДБ детей. Вероятно, дети могут напрямую копировать защитное поведение матери, воспринимать его как руководство к действию.

Другой фактор, рассматриваемый в исследовании, — это характер интерпретативных схем, используемых важными для ребенка людьми для оценки событий или явлений на предмет их значимости — опасности, доступности, подвластности и мн. др. («видим то, что научились видеть»). Эти схемы принимаются к использованию, как правило, без критики, что, с одной стороны, делает их быстро доступными, а с другой — несет опасность неэффективного ригидного включения. Д. Винникот особое внимание уделяет онтогенезу способности придавать смысл своим действиям. Эта способность — практический навык, приобретаемый путем научения в раннем возрасте. Ключевая роль в этом процессе принадлежит матери. Задача матери, по его мнению, — так реагировать на действия ребенка, чтобы придавать им смысл. Именно интерпретация матерью действий ребенка в терминах смысла определяет соответствующую интерпретацию своих действий самим ребенком.

Неудачи в решении жизненных задач с помощью уже опробованных способов («кто не делает ошибок, тот не может научиться») также являются источником для развития. В той мере, в которой находятся новые способы, они складываются в следующий уровень системы жизнеобеспечения.

---



Новый уровень системы жизнеобеспечения появляется в ответ на новый тип задач и опирается на сложившийся в недрах предыдущего уровня некоторый ключевой ресурс (базу для него). Типичные задачи уровня психосоматических защит так или иначе связаны с необходимостью выживания и сохранения здоровья (противостояния болезням и угрозе самой жизни). Возраст, в котором уровень психосоматического реагирования является ведущим — до 3-х лет. Необходимость в психологических защитах появляется тогда, когда ребенок приобретает способность отражать мир социальных отношений — выделять людей из окружения, определять их значимость для себя, антиципировать характер действий знакомых людей и т.п. Будучи погруженным в реальность межличностных отношений, ребенок сталкивается с характерными для этой реальности угрозами: изоляцией, игнорированием, брошенностью, бессилием и т.п. Психологические защиты призваны минимизировать наносимый угрозами ущерб. Данный уровень соответствует дошкольному возрасту. (О развитии уровня копингов и высших личностных ресурсов см. [1]).

Сбой или недоразвитие одного из уровней ведет к перенапряжению всей системы и гипервключению других уровней. П. Куттер [5], давая описание формирования психосоматических расстройств, прямо указывает на это: если психологические защиты не справляются с тревогой, то им «на подмогу» приходят психосоматические реакции, выполняя эту защитную функцию. У пациентов с психосоматическими расстройствами уровень копингов функционирует недостаточно эффективно, а из психологических защит преобладают инфантильные, примитивные защиты. Тело — последняя инстанция в случае, если другие способы саморегуляции и самосохранения не сработали или сработали неэффективно. В системе жизнеобеспечения личности в случаях, если высшие уровни не справились с угрозой, принимается решение пожертвовать телом (пусть будут телесные симптомы), но сберечь Я, сберечь личностную целостность. Причиной недоразвития более высоких уровней системы является нарушение факторов развития: неадаптивные паттерны защиты матери, ее неадекватная оценка значимых ситуаций ребенка, установки вторичной выгоды от инфантилизации ребенка.

Патология системы жизнеобеспечения личности заключается не только в недоразвитии одних и сверхкомпенсации других уровней, но и в том, что человек начинает однотипно реагировать на разные виды угроз. Например, в диссертационном исследовании [2] нами было обнаружено, что у ЧДБ взрослых наблюдается неразличение вида/силы угрозы. Такие люди даже незначительную фрустрирующую ситуацию склонны воспринимать как сверхугрожающую (на соматическом уровне — прямо угрожающую их жизни). В результате такого нарушенного различения происходит постоянное напряжение не только психологических защит, но и сверхвключенность в работу иммунной системы, что приводит к быстрому истощению иммунологических защит.

Однако категория ЧДБ — термин, первоначально принятый в педиатрии. ЧДБ дети, вероятно, также имеют некую дисгармонию в функционировании и структуре защитной системы.

Уже в детском возрасте вероятна дисфункция психологических защит, задержка в их развитии. Материнское влияние обуславливает особенности развития детских защит. Многими врачами-педиатрами отмечается роль матери и других близких родственников в возникновении у детей частых респираторных заболе-



ваний [6]. Как связано явление ЧДБ с функционированием психологических защит, какова роль матери в этом отношении — остается недостаточно ясным.

**Цель исследования:** изучить особенности формирования психологических защит у часто и длительно болеющих детей, проследить связь их защитной системы с психологическими защитами матери.

**Гипотезы.** Системы психологических защит часто длительно болеющих детей и их матерей имеют черты сходства.

Часто длительно болеющие дети и их матери имеют особенности психологических защит в виде преобладания первичных защит\*.

**Методики исследования.**

1. Для диагностики системы защит матери — методика «*Life Stile Index*» (Индекс жизненного стиля), авторы Р. Плутчик и Н. Келлерман (1985), адаптирована, стандартизирована на российской выборке Е.С. Романовой и Л.Р. Гребенниковым (1996). Позволяет диагностировать восемь основных механизмов защиты: отрицание, вытеснение, замещение, компенсация, реактивные образования, проекция, интеллектуализация, регрессия.

2. Структурированное интервью, которое выявляло: типы трудных ситуаций, с которыми сталкивается ребенок, его попытки с ними справиться; реакции матери на поведение ребенка; методы наказания и поощрения, которые использует мать. Эти методы соотносятся с общими типами защитных прототипных действий и могут послужить основой для формирования защитных реакций ребенка.

3. Рисуночный тест «Человек под дождем» является эффективным проективным средством диагностики силы Эго и способности противостоять стрессовым ситуациям. Учитывая специфику возраста детей, проективные методики являются наиболее уместными при диагностике защитных механизмов.

4. Метод серийных рисунков и рассказов (методика И.М. Никольской) на темы: «Я», «Моя семья», «Я, мне плохо, грустно, о чем я не хочу вспоминать», «Я такой довольный, я такой счастливый».

5. Проективная игра с ребенком. Проводилась на основе типов ситуаций угроз, описанных матерью в процессе структурированного интервью. Фрустрирующие ситуации, приведенные матерью в интервью, были представлены в форме игры с куклами и игрушками. Исходя из положения, что ведущей деятельностью ребенка принято считать игру, в данном виде деятельности наиболее естественно и привычно для ребенка в безопасной обстановке возможна проекция его эмоциональных состояний, способов совладания и психологических защит. По ходу игры фиксировались все реакции ребенка на предъявленные ситуации, время реакций, их вариативность, значимые эмоциональные отклики на ситуации, а также стремления прервать игру или изменить сюжет, отвлечение от игры, эмоциональные проявления. Результатом такого наблюдения за ребенком во время игры являлась информация об актуальности ситуации в жизни ребенка, сформированности защитной реакции на нее или продолжающемся поиске защитного поведения, об остроте переживания ситуаций.

\* Первичные защиты (наиболее примитивные и появляющихся у ребенка раньше остальных защит) составляют: изоляция, отрицание, обесценивание, проекция, интроекция, подавление. Эти защиты позволяют снижать тревогу, но они не способны убрать ее полностью, а тем более не способны решить внутриличностный конфликт [4].



В исследовании приняло участие 57 пар (мама и ребенок), из них 30 детей относятся к категории ЧДБ (частота заболеваний ОРВИ, острым ларинготрахеитом, бронхитом, рецидивирующими воспалительными заболеваниями ЛОР-органов у каждого ребенка в течение года составляет 8-10 раз, и длительность заболевания в среднем более 7 дней по данным медицинских карточек). Возраст детей — 5-6 лет.

**Результаты. Психологические защиты матерей.** Отличия системы психологических защит матерей здоровых детей и матерей ЧДБ детей были обнаружены с помощью методики *Индекс жизненного стиля*. Результаты представлены на рис. 1. Матери ЧДБ детей чаще (в сравнении с матерями здоровых детей и в сравнении с нормами, которые приводятся институтом В.М. Бехтерева) используют защиты отрицание, подавление (репрессия), регрессия и проекция (различия контрольной и экспериментальной группы достоверны по U-критерию).



Рис. 1. Результаты исследования психологических защит матерей по методике ИЖС (в процентилях)

При анализе структурированного интервью ответы респондентов квалифицировались экспертами и соотносились с теми же видами защит, что диагностируются методикой ИЖС. Результаты представлены в табл. 1 (в абсолютных баллах).

Таблица 1

**Психологические защиты матерей, выявленные в структурированном интервью**

Группа	Отрицание	Подавление	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интелтуализация	Реактивное образование
Контрольная	3	10	7	7	4	9	13	3
Экспериментальная	14	16	12	8	6	9	3	0

При проверке критерием Манна-Уитни были обнаружены достоверные различия по таким защитами как: отрицание, подавление, проекция, интелтуализация.

Результаты позволяют характеризовать матерей ЧДБ детей как обладающих слаборазвитой дисгармоничной системой жизнеобеспечения личности, где дисгармония проявляется на уровне психологических защит в виде преобладания



первичных примитивных защит и недоразвития (или слабого и редкого использования) вторичных защит. Матери имеют малые адаптационные ресурсы, они легко невротизируются и, вероятно, сами склонны к частым заболеваниям (ОРЗ или другим вариантам психосоматического реагирования).

*Психологические защиты детей.* Результаты по рисуночной методике «Человек под дождем».

Основные тенденции рисунков здоровых детей:

- 74% детей имеют хорошее настроение — благоприятный эмоциональный фон,
- 59% детей испытывают постоянные трудности в жизни
- 78% детей не ждут неприятностей от мира — то есть имеют низкий уровень тревожности, их система защит работает эффективно
- 74% детей нарисовали зонт — чувствуют поддержку родителей, такая поддержка может быть основой для формирования копинга социальной поддержки в будущем
- 56% детей допускают влияние негативных факторов — промокание, холод, но прогнозируют положительный исход путем применения механизмов интеллектуализации, компенсации, контроля характера воздействия и т. д.

Основные тенденции рисунков ЧДБ детей:

- 44% детей имеют плохое настроение — неблагоприятный эмоциональный фон
- 76% детей испытывают постоянные трудности, т.к. имеющийся адаптационный потенциал низок, а использование скопированных у матери первичных защит малоэффективно
- 50% детей ждут неприятностей от мира, имеют высокий уровень тревожности. По сравнению с контрольной группой, где этот показатель равен 22%, различие достоверно. Система психологических защит ЧДБ детей работает недостаточно эффективно, т.к. не выполняет свою ведущую функцию — снижение тревожности
- 66% детей не видят и не осознают поддержку родителей. У них нет основы для формирования следующего уровня СЖЛ-копингов.
- 60% детей допускают влияние негативных факторов — «промокание», «холод», и только 37% утверждают, что человек не заболевает, а 67% делают неблагоприятный прогноз относительно здоровья, т.е. обнаруживается уже сформировавшаяся установка на болезнь.

*Проективная игра.* Результаты проективной игры отражены в табл. 2 и на рис. 2.

Таблица 2

**Средние значения с расчетом U-критерия Манна-Уитни по результатам проективной игры детей**

	отри- цание	пода- вление	регрес- сия	компен- сация	про- екция	заме- щение	интел- лектуа- лизация	реактивное образование
Экспер. группа	1,6	1,7	2,7	2	2,3	1,5	1,7	1,2
Контр. группа	1,3	1,5	1,5	2	1,7	1,7	2,4	2,3
U эмп.	217,5	236			234			



Уровень значимости	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$		$p \leq 0,01$		$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$
--------------------	---------------	---------------	---------------	--	---------------	--	---------------	---------------



Рис. 2. Результаты исследования детей по методике «Проективная игра»

Значимые различия между контрольной и экспериментальной группами детей обнаружены в использовании таких защит, как отрицание, подавление и интеллектуализация. ЧДБ дети на обиду, физическое воздействие реагируют плачем, они не способны дать сдачу (подавление агрессии), они склонны к пассивности, бездействию — «пока не пожалеют, буду сидеть» или «пока не извинится обидчик», или «расскажу маме».

*Сравнение системы ПЗМ матерей и детей.* Чтобы выявить сходство в защитах ЧДБ детей и матерей, сравнивались результаты структурированного интервью матерей (психологические защиты матери) и результаты рисунка «Мне плохо, мне страшно» (психологические защиты ребенка).

Таблица 3

#### Расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена

защита	Коэффициент (r)	Уровень значимости
<b>отрицание</b>	0,482	$P < 0,05$
<b>подавление</b>	0,44	$P < 0,05$
<b>проекция</b>	0,54	$P < 0,05$
регрессия	0,086	$P > 0,05$
компенсация	0,156	$P > 0,05$
<b>замещение</b>	0,516	$P < 0,05$
<b>интеллектуализация</b>	0,743	$P < 0,05$
<b>реактивное образование</b>	0,6	$P < 0,05$



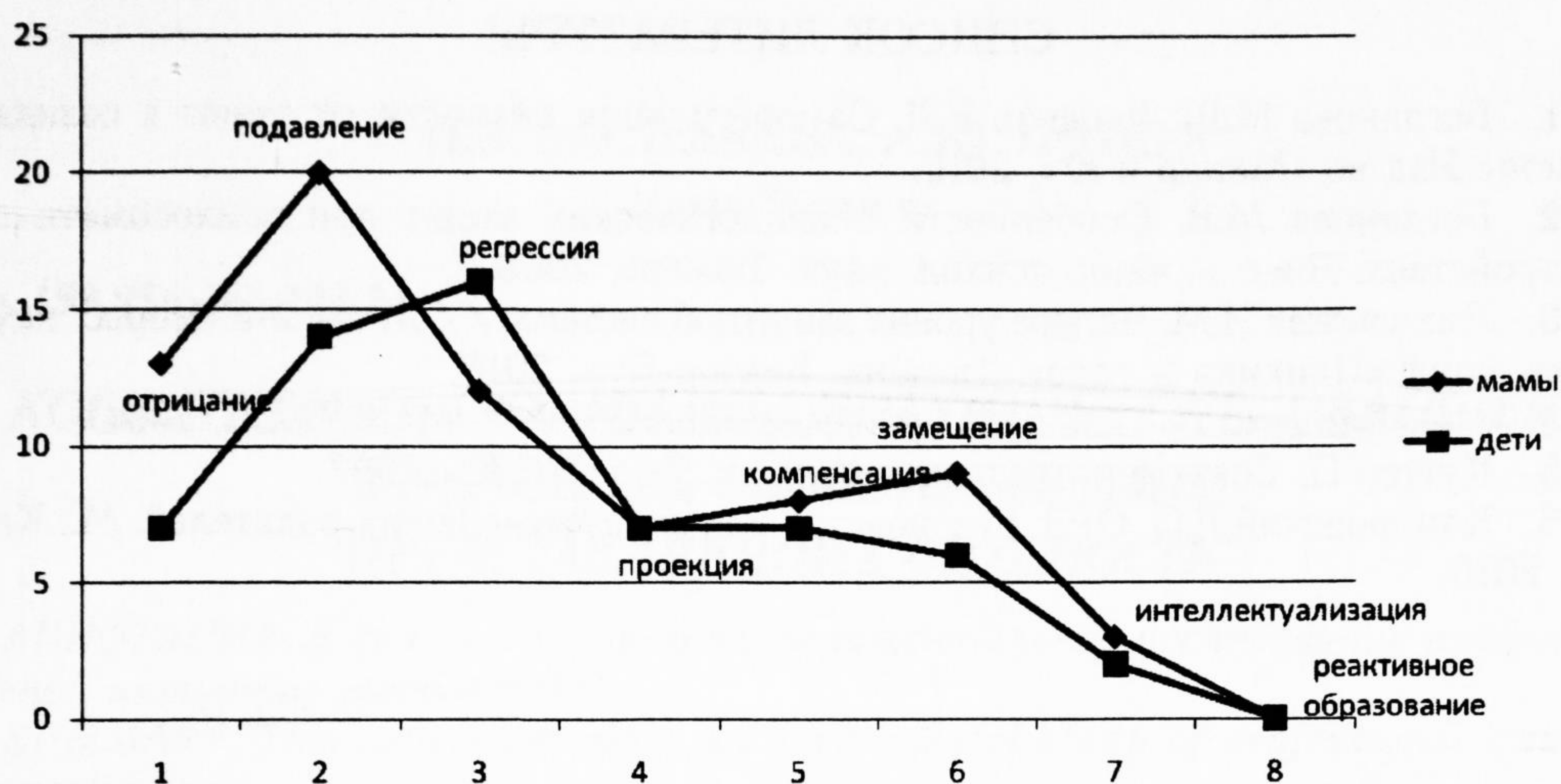


Рис. 3. Сравнение профиля психологических защит матерей и детей по результатам структурированного интервью и рисунка «Мне плохо, мне страшно»

Обнаружено сходство психологических защит матерей и их ЧДБ детей (установлены сильные корреляционные связи между отрицанием, подавлением и проекцией). В частности, сходство проявилось в следующем: в совпадении ответов матерей на вопросы, касающиеся ситуаций угроз ребенку, в совпадении выбора личных защит в трудных ситуациях. Примечательно, что дети из экспериментальной группы имеют узкий защитный репертуар, а их матери четко могут его описать (очевидно, сами действуя столь же ригидно). Например, в интервью мать указывала, что будет делать ее ребенок, как реагировать на ситуацию угрозы, и это совпадало с действиями ребенка, проявляющимися в проективной игре. На вопрос «Что будет делать ваш ребенок, когда у него заберут игрушку?» — «Плакать», — говорит мать. И когда в игре ребенку задали тот же самый вопрос, он ответил аналогично, хотя дети контрольной группы отвечали по-разному: ударю, ничего, заберу, обману, подожду, пока поиграет, маме расскажу или воспитателю и т.д.

#### Выводы

1. Матери ЧДБ детей в отличие от матерей здоровых детей имеют дисгармоничное функционирование системы психологических защит, проявляющееся в преобладании первичных примитивных защит, что не характерно для взрослого человека, зрелой личности.

2. ЧДБ дети по сравнению со здоровыми детьми достоверно чаще используют первичные защиты, такие как отрицание, проекция, подавление, регрессия, и достоверно реже используют вторичные защиты — интеллектуализацию, реактивное образование.

3. Обнаруживаются черты сходства в системе психологических защит ЧДБ детей и их матерей: сильные корреляционные связи по таким защитами как: отрицание, подавление, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование; преобладание первичных защит; ригидное использование защит, преобладание пассивных стратегий реагирования.



### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богданова М.В., Доценко Е.Л. Саморегуляция личности: от защит к созиданию. Тюмень: Изд-во «Мандр и К<sup>а</sup>», 2010.
2. Богданова М.В. Особенности психологических защит при психосоматических расстройствах. Дисс. ... канд. психол. наук. Тюмень, 2005.
3. Никольская И.М. Четыре уровня защитной системы // М-лы 2-й Всерос. научно-практ. конф. «Психика и тело». Тюмень: Вектор-Бук, 2010.
4. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. М.: КЛАСС, 2004.
5. Куттер П. Современный психоанализ. СПб.: «Б.С.К.», 1997.
6. Комаровский Е.О. ОРЗ: руководство для здравомыслящих родителей. М.: Клини-ком, 2010.