

Механизмы психологической защиты и стратегии совладания со стрессом матерей, имеющих детей, страдающих церебральным параличом

Колпакова Л.М.

Mechanisms of psychological defense and strategies of control stress of mothers who have children suffering from cerebral paralysis

Kolpakova L.M.

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

© Колпакова Л.М.

Рассматривается проблема изучения адаптивного потенциала матерей, имеющих детей, страдающих церебральным параличом, что может быть полезным для выбора диагностических и профилактических подходов в рамках превентивных мер, направленных на предупреждение личностных нарушений и заболеваний под влиянием стрессовых событий жизни. Показано, что с возрастом детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в материнской выборке увеличивается число лиц с симптомами пограничных психических расстройств. Представлены данные анализа структуры механизмов психологической защиты в возрастной динамике в сравнении с контрольной группой женщин, воспитывающих здоровых детей. Выделены психологические адаптивные механизмы, помогающие трансформировать негативные внутренние переживания в наиболее адекватную форму с учетом специфики ситуации, в которой находятся матери детей с ДЦП. Выявлены механизмы совладающего поведения, выполняющие предохраняющую функцию и усиливающие личностные ресурсы женщины-матери в ситуации стрессовых событий, связанных с болезнью ребенка.

Ключевые слова: стрессовые события жизни, расстройства адаптации с поведенческими нарушениями, оптимальный уровень социальной адаптации, механизмы психологической защиты, механизмы совладания (копинг-поведение).

The problem of studying adaptive potential of mothers who have children with cerebral paralysis is considered which may be useful for the choice of diagnosis and preventive accesses in the framework of preventive measures directed to the prevention of disturbances of personality and diseases under stress events of life. Analysis data of mechanisms' structure of psychological defense in the age dynamics compared to control group of women having healthy children. Psychological adaptive mechanisms are differentiated which help to transform negative internal emotions into more adequate form taking into account specificity of the situation in which mothers with such children are. Mechanisms of controlling behavior are revealed which have preventive function and increase personal resources of women-mother in the situation of stress events which are associated with her child disease.

Key words: stress events of life, adaptation disorders with behavioral disturbances, optimal level of social adaptation, psychological defense mechanisms, mechanisms of control (copying-behavior).

УДК 612.821:616.831-009.11-053.2

Введение

В последнее время возрастает интерес исследователей к проблеме материнства, способствующий переосмыслению программ вмешательства психической и психологической реабилитации. Учитывая, что в современных условиях, связанных, прежде всего, с соци-

ально-экономическими преобразованиями, отмечается высокая распространенность аффективных расстройств как отражение дезадаптивного ответа организма на чрезмерное влияние среды, динамика которых отличается затяжным течением, эта проблема приобретает все большую актуальность [5]. Зарубежные и отечественные авторы особо отмечают важность воздей-

вия индивидуальных характеристик матери на формирование психического здоровья и социальное поведение ребенка. Так, исследователями подчеркивается, что поведение ребенка скорее отражает историю взаимоотношений, складывающуюся из множества факторов, среди которых индивидуальные особенности матери занимают центральное место, чем отвечают на ее текущее поведение в конкретной ситуации [6, 9]. Наибольшую опасность в плане негативного влияния на развитие ребенка оказывают уровень депрессивности, низкий локус контроля и психологические защиты, используемые взрослыми. Так, данные исследований по изучаемой проблеме показывают, что депрессивные матери с низким локусом контроля проявляют в парных взаимодействиях с ребенком более принудительный стиль, а самой неблагоприятной для психического развития ребенка является используемая матерью психологическая защита — регрессия [2, 5, 7, 9]. Взаимодействия с такой матерью приводят к тому, что у ребенка начинает отмечаться интенсивное применение психологических защит, хотя в норме у детей использование их минимально. В таком случае эксплуатация психологических защит представляет угрозу для здоровья ребенка и, конечно, провоцирует дезадаптивный вариант его развития [6].

Учитывая, что у детей уже с раннего онтогенеза развиваются способности к антиципирующим воздействиям и на этой основе формируется ментальная репрезентация мира, социума и самого себя, то вполне закономерна обоснованность более углубленного изучения личности матери. Эта проблема приобретает особую актуальность в отношении матерей, имеющих детей-инвалидов. Существуют клинические данные, описывающие особенности личности таких женщин. Многолетнее течение депрессивного невроза в объективно трудных ситуациях, связанных со спецификой болезни ребенка, приводило к качественному видоизменению симптоматики от первоначально возникающей тоскливости к состоянию с лабильным тревожно-депрессивным аффектом, что позволяло оценить состояние этих больных как невротическое развитие личности [2]. У матерей детей-инвалидов, как полагают некоторые авторы, актуализируется генетическая тревога, несущая серьезные ограничения в проявлении материнских способностей, признании своего ребенка, вызывая неадекватные стратегии совладания с ситуацией [8]. Ситуация матерей, обусловлен-

ная спецификой болезни детей детским церебральным параличом (ДЦП), определила предмет данного исследования: механизмы психологической защиты и стратегии совладания со стрессом.

Материал и методы

В настоящее время большинство исследователей рассматривают психологические защитные механизмы в качестве процессов интрапсихической адаптации личности за счет подсознательной переработки поступающей информации, в которой участвуют все психические функции. Большой вклад в изучение психологической защиты внес Р. Плутчик, основная идея которого заключается в том, что психологические механизмы защиты являются производными эмоций, а эмоции определяют базисные средства адаптации. Включаясь в психотравмирующую ситуацию, психологические защитные механизмы выступают в роли своеобразных барьеров на пути продвижения информации. В результате этого тревожная информация либо игнорируется личностью, либо искажается, либо фальсифицируется. Такое защитное внутреннее изменение рассматривается как особая форма приспособления человека к среде. Для сохранения психического равновесия от человека в большинстве случаев требуется много душевных сил, что приводит зачастую к неадаптивным поведенческим стратегиям.

В проведенном исследовании были поставлены две задачи:

- 1) изучить психологические защиты и поведенческие стратегии матерей, имеющих больного ребенка;
- 2) выявить влияние индивидуально-психологических особенностей личности матерей на поведенческие стратегии совладания со стрессом.

Для решения поставленных задач были использованы тест-опросник механизмов психологической защиты (Life Style Index) Р. Плутчика, Г. Келлермана, О. Конта [1]; тест для изучения копинг-поведения Э. Хайма и Р. Лазаруса [3]; СМЛ (ММР) для изучения индивидуально-психологических особенностей личности.

В исследовании приняли участие 132 женщины, имеющие детей, больных ДЦП, которые проходят лечение и обучение по общей образовательной программе в реабилитационных центрах г. Казани. Для сравнения в исследование была включена группа матерей, воспитывающих здоровых детей (50 женщин).

Характеристика детей-инвалидов: функция ходьбы практически не нарушена у 38%, существенно затруднена — у 53%, 9% — передвигаются с посторонней помощью. Самообслуживание осуществляют 24% детей, 56% нуждаются в помощи при осуществлении сложных видов самообслуживания. Уход за детьми осуществлялся в основном матерями. Интеллект у детей в основном сохранен, среди них — 42% с задержкой психического развития. На домашнем обучении — 28%. У 81% детей имеются нарушения речи (дизартрия, заикание), у 17% детей — эпилептические припадки. В качестве психотравмирующих ситуаций женщины выделили: особенности воспитания детей; социальный статус (сюда относятся решение вопроса об инвалидности, возможности обучения ребенка, получение им образования); семейные проблемы — насилие, измены, развод; материальные и жилищные проблемы; отсутствие социальной поддержки.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием качественного и количественного анализа — *t*-критерия Стьюдента для малых выборок, коэффициента корреляции *r* Пирсона.

Результаты и обсуждение

Анализ экспериментальных данных, полученных при обследовании индивидуально-личностных характеристик женщин в период с 2000 по 2004 г., показал, что с возрастом детей, страдающих ДЦП, в материнской группе увеличивается число лиц с симптомами пограничных психических расстройств. Первый этап обследования проводился с женщинами, имеющими детей в возрасте от 7 до 13 лет, второй — с матерями детей возрастной группы от 11 до 16 лет.

На основе анализа профилей личностных свойств (СМИЛ) в первый исследуемый период было выявлено, что ведущими характеристиками матерей являются

эгоцентричность, снижение способности к сопереживанию, трезвость и практичность (низкие показатели 7-й и 8-й шкал) — 82,7%. Были выявлены тенденции депрессивной реакции в рамках адаптационного синдрома (2-я шкала) у 24,1%; реакции по истерическому типу (3-я шкала) — у 25,8%; возбудимому типу (6-я и 4-я шкалы) — у 15,6% женщин. Результаты анализа диагностического материала второго исследуемого периода показали, что имеются существенные изменения в структуре личностных свойств матерей. Было обнаружено на 23,5% больше профилей с превалированием стенических признаков (6, 8, 4, 9-я шкалы) и на 14,7% больше профилей с превалированием гипостенических признаков (2, 1, 7, 9-я шкалы), что указывает на развитие личностной дезадаптации матерей.

Почти у половины женщин изучаемой выборки за три года произошли изменения в структуре личностных свойств. Данный факт свидетельствует о том, что в условиях стрессовых событий жизни с возрастом уровень компенсаций снижается.

В ходе исследований проанализированы также показатели структуры механизмов психологической защиты у матерей в возрастной динамике их детей (табл. 1).

Результаты показали, что в возрастной динамике типы психологической защиты меняются во всех группах. У матерей первой группы по сравнению с первым обследованием произошло снижение доминирующих механизмов «проекции», «реактивных образований» и «вытеснения», но повышение «интеллектуализации» и «отрицания». Во второй группе значительно повысилась напряженность «проекции», а в третьей группе обнаружены только незначительные колебания, при этом высокие значения по механизмам «отрицания», «проекции» и «реактивным образованиям» сохраняются.

Таблица 1

Средние показатели структуры механизмов психологической защиты у матерей детей, страдающих ДЦП, в возрастной динамике по сравнению с матерями здоровых детей, %

Группа	Отрицание	Вытеснение	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактивные образования
Первая (1)	5,0	3,9	5,1	3,5	6,9	2,9	5,1	5,8
(2)	5,5	2,8	5,6	3,3	5,6*	3,1	5,8	5,1*
Вторая (1)	5,8	5,3	6,7	3,3	8,9	5,0	5,0	4,1
(2)	5,4	5,0**	6,4*	3,9	9,5***	4,7	5,3	4,7
Третья (1)	6,5	3,1	4,5	4,9	6,7	2,3	6,5	5,9
(2)	6,7	3,4	4,9	4,8*	6,7**	2,9	6,9	6,2***
Четвертая (1)	6,9**	3,4	5,1	3,9	5,2	3,8	6,3	4,1

Примечание. Здесь и в табл. 3 приведена нумерация групп матерей детей с ДЦП: первая группа — с тенденцией к оптимальному уровню социальной адаптации; вторая группа — матери с симптомами дистимии; третья группа — матери с симптомами расстройства адаптации с поведенческими нарушениями; четвертая группа — матери здоровых детей; (1) — первое обследование; (2) — второе обследование.

Для второго и третьего случая приемлемо положение о том, что, если травматическая защита возникла, все отношения с внешним миром из ведения «эго» переходят в ведение системы самосохранения, наделенной как саморегулирующей, так и медиаторной функцией между внутренним и внешним миром (Д. Калшед, 2001).

Сравнительный анализ с контрольной группой показал существенные различия между женщинами, имеющими здоровых детей и детей с ДЦП, по типам интрапсихической переработки конфликта, подтвержденные на статистически достоверном уровне. Матери второй группы чаще используют механизм «проекция» ($t = 9,998$; $p < 0,001$), а матери третьей группы — «реактивные образования» ($t = 5,126$; $p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой женщин. Это означает, что в условиях длительно проживаемых стрессовых событий жизни у матерей детей с ДЦП происходит смещение диспозиции личности в сторону социальной агрессии и не всегда мотивированной психической и поведенческой активности. Сверхнапряженное использование женщинами второй группы механизмов «вытеснение» ($t = 2,878$; $p < 0,01$) и «регрессия» ($t = 2,608$; $p < 0,05$) отражает тенденцию активного исключения из сознания травмирующих фактов, связанных с ребенком, и недостаточного осознания своих и его проблем. Как известно, механизм «вытеснение» начинает функционировать в той фазе процесса удовлетворения потребностей, которая определяется как «борьба мотивов», но чаще всего в неосознаваемой форме. Мотив тревоги, обусловленный расхождением внутренних потребностей и ценностной системой личности, оказывается в данном случае сильнее. Указанный факт отражает неадекватность социогенных потребностей матерей с дистимией по отношению как к себе, так и к другим.

В третьей группе наиболее часто используются механизмы «проекция», «компенсация», «реактивные образования». В сравнении с контрольной группой по данным механизмам получены достоверные различия (соответственно $t = 2,924$ ($p < 0,01$); $t = 2,209$ ($p < 0,5$); $t = 4,217$ ($p < 0,001$)). Это говорит о тенденции матерей снимать внутреннее напряжение и реализовывать свои потребности за счет приписывания собственных

проблем внешним причинам и отреагирования вовне по внешнеобвиняющему типу. Обращает на себя внимание факт достаточно высокого показателя по механизму «интеллектуализация», не имеющего статистически значимого различия с группой матерей здоровых детей. Активизация механизма «интеллектуализация», подтверждаемая низкими показателями по 7-й шкале («тревожность») индивидуально-личностного профиля, указывает на отсутствие щепетильности в вопросах морали, неконформность установок, усиление нигилизма на жизненные явления у матерей с поведенческими нарушениями. С учетом специфики ситуации, в которой находятся матери детей с ДЦП, использование «интеллектуализации» является для них более адаптивным в плане того, что данный механизм просто блокирует тревогу, вызванную стрессовыми событиями жизни.

Сравнительный анализ механизмов у первой группы матерей с контрольной группой показал, что имеются различия: показатель «отрицание» выше у матерей здоровых детей ($t = -3,340$; $p < 0,01$), а показатель «реактивные образования» выше в группе матерей детей с ДЦП, что указывает на большую уязвимость последних. Предохраняющим фактором у матерей с тенденцией на оптимальный уровень социальной адаптации выступает механизм «интеллектуализация». По данным табл. 1 можно видеть, что достоверных различий по этому механизму с контрольной группой не обнаружено. Как показывают исследования, именно преобладание механизмов «отрицание» и «интеллектуализация» у здоровых людей отличает их от людей с нарушением поведения (Л.И. Вассерман, 1999). Отсюда можно заключить, что основное направление и содержание интрапсихической переработки тревоги у матерей первой группы определяют механизмы «реактивные образования» и «интеллектуализация», которые помогают трансформировать внутренние переживания в субъективно понимаемую и принимаемую их противоположность, выполняя в данном случае адаптивную функцию.

Анализ показал, что в стрессовых событиях жизни по эмоциональному копингу матери детей с ДЦП используют как адаптивные, так и неадаптивные стратегии — 37,5 и 35,5% соответственно (табл. 2). Из адаптивных вариантов с наибольшей

частотой выявлен «оптимизм»: «Я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации» (27,1%). Из дезадаптивных вариантов — «подавление эмоций»: «Я подавляю эмоции в себе» (18,8%). Обраща-

ет на себя внимание факт, что среди всех вариантов эмоциональных копингов помимо выделенного «оптимизм» второе место по частоте выборов

Таблица 2

Показатели структуры копинг-поведения у матерей детей с ДЦП и матерей здоровых детей

Группа	Эмоциональные копинг-стратегии			Когнитивные копинг-стратегии			Поведенческие копинг-стратегии		
	(+)	(+-)	(-)	(+)	(+-)	(-)	(+)	(+-)	(-)
Матери детей с ДЦП	37,5	27,1	35,5	35,4	27,1	37,5	45,9	31,3	22,9
Матери здоровых детей	47,9*	27,4	24,7	43,7	20,6	31,2	43,8	33,3	22,9

Примечание. (+) — адаптивные стратегии; (+-) — относительно адаптивные; (-) — неадаптивные стратегии.

отведено стратегии «пассивная кооперация»: «Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы мне помочь» (20,8%), относящейся к относительно адаптивному варианту, содержание которой отражает установку многих матерей детей с ДЦП.

Среди когнитивных копингов соотношение адаптивных и неадаптивных стратегий такое же, как и по эмоциональному копингу, что свидетельствует о внутренней напряженности и конфликтности эмоционально-когнитивной сферы матерей детей с ДЦП. В качестве ведущих стратегий выявлены «сохранение самообладания»: «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния» (14,6%); «растерянность»: «Я не знаю, что мне делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей» (12,5%).

Среди поведенческих копингов по сумме показателей наибольший процент относится к конструктивным стратегиям (45,9%). Среди них ведущим является «обращение»: «Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом» (16,7%). Но наибольший процент среди всех вариантов поведенческих стратегий приходится на неадаптивную стратегию «активное избегание»: «Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на своих неприятностях» (22,9%).

Сравнительный анализ по показателям методики Э. Хайма с группой женщин, имеющих здоровых детей, показал, что у матерей детей с ДЦП имеются достоверные различия только по параметру эмоционального копинга — «протест»: «Я всегда глубоко возмущена несправедливостью судьбы ко мне и протестую» ($t = 2,591; p < 0,05$). Анализ поведенческих стратегий с помощью методики Р. Лазаруса в изучаемых группах показал, что имеются достоверные различия по «кон-

фронтативному копингу», частота использования которого выше в группе матерей здоровых детей ($t = 3,735; p < 0,001$), и «поиску социальной поддержки», значимость которого выше в группе матерей детей с ДЦП ($t = 4,363; p < 0,001$). Отсюда можно заключить, что основными стратегиями, определяющими психологический рисунок поведенческих паттернов у матерей детей с ДЦП, являются «протест» и «поиск социальной поддержки».

Для более углубленного понимания личностных ресурсов женщины-матери в ситуации хронического стресса, связанного с болезнью ребенка, был проведен корреляционный анализ личностных особенностей с копинг-механизмами. Предварительно для каждой группы проводилась проверка характера распределения показателей, полученных в эмпирическом исследовании с помощью значений асимметрии и эксцесса по специальной статистической программе. Результаты вычислений показали, что распределение не отличается от нормального.

Особенностью матерей первой группы является то, что структура личностных свойств более сбалансирована, чем в других. Из анамнеза: большинство женщин из полной семьи, с высшим образованием, кроме семейной имеют профессиональную занятость. По возрастному критерию женщины в основном старше 30 лет, 59,1% матерей имеют больше одного ребенка. Клиническая картина психического состояния: выраженность эмоциональных проявлений, чаще эмоционально-лабильный тип реагирования, но высокий «эго-контроль», с тенденцией рационализации стрессовых событий жизни.

Матери с тенденцией к оптимальной адаптации предпочитают проблемный анализ: «Я стараюсь про-

анализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось»; оптимизм: «Я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации»; отступление: «Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой»; обращение: «Я обычно ищу людей, способных помочь мне

советом» («у подруги»), что отражает активную жизненную позицию, особенно в значимых ситуациях.

Как можно увидеть в табл. 3, для матерей первой группы среди неадаптивных поведенческих стратегий

Таблица 3

Связи индивидуально-личностных свойств с поведенческими стратегиями у матерей детей с ДЦП

Варианты копинг-поведения	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
Конфронтация	(-) Тревожность* (-) Иррациональность*** (-) Оптимистичность** (-) Пассивность** Рольевые проблемы***	(-) Оптимистичность*** (-) Пассивность** Импульсивность*** Тревожность*	(-) Сверхконтроль*** (-) Иррациональность** Тревожность***
Дистанцирование	(-) Эмоциональная лабильность*** (-) Оптимистичность** (-) Пассивность* Ригидность***	Сверхконтроль** Импульсивность* Рольевые проблемы* Тревожность*	(-) Пассивность** (-) Тревожность* (-) Оптимистичность*** Сверхконтроль*** Иррациональность*** Пассивность***
Самоконтроль	Сверхконтроль*** Тревожность*** (-) Социальная интроверсия** (-) Рольевые проблемы* (-) Импульсивность***	(-) Импульсивность*** (-) Иррациональность* Пассивность*** Ригидность*** Оптимистичность*	(-) Иррациональность** (-) Социальная интроверсия*
Поиск социальной поддержки	Оптимистичность* Иррациональность*** Пассивность*** (-) Рольевые проблемы***	(-) Сверхконтроль* (-) Тревожность*	Эмоциональная лабильность*** Социальная интроверсия***-- (-) Импульсивность**
Принятие ответственности	Оптимистичность*** (-) Тревожность* (-) Ригидность***	(-) Социальная интроверсия* (-) Оптимистичность* Сверхконтроль** Импульсивность** Иррациональность**	(-) Эмоциональная лабильность** (-) Рольевые проблемы** (-) Социальная интроверсия*** Импульсивность***
Бегство-избегание	(-) Сверхконтроль* (-) Тревожность* Социальная интроверсия*** Импульсивность**	(-) Тревожность*** Рольевые проблемы** Оптимистичность***	Рольевые проблемы***
Планирование решения проблемы	Импульсивность* Рольевые проблемы*** (-) Тревожность** (-) Сверхконтроль** (-) Пассивность** (-) Иррациональность**	(-) Импульсивность* (-) Иррациональность** Рациональность** Социальная интроверсия**	Импульсивность** Рациональность*** (-) Рольевые проблемы** (-) Тревожность*
Положительная переоценка	(-) Эмоциональная лабильность*** (-) Иррациональность* (-) Оптимистичность** Рациональность***	(-) Пассивность** (-) Тревожность**	(-) Иррациональность** Тревожность***

Примечание. Приведены только статистически значимые коэффициенты корреляции r : * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$; *** — при $p < 0,001$; (-) — отрицательная связь.

к группе риска относится «бегство-избегание», частота использования которого может привести к усилению социальной интроверсии. Как показали наблюдения, матери данной группы в условиях стрессовых событий жизни предпочитают уходить от контактов, для того чтобы снять напряженность аффективных переживаний, что подтверждается снижением «тревожности». Наиболее адаптивными стратегиями яв-

ляются «принятие ответственности» и «планирование решения проблемы», также помогающие снизить «тревожность», но и повысить «оптимистичность», более объективно оценивать проблемы. В целом можно увидеть, что использование большего числа вариантов стратегий приводит к тому, что у матерей поведение становится более упорядоченным, и в рамках

ситуативно обусловленного развития способствует кумуляции положительного опыта.

Во второй группе матерей преобладали жалобы на постоянную усталость, вялость, отсутствие сил, растерянность. Этим женщин ничто не привлекает в жизни, так как «уже ни на что нет сил». Основные характеристики указанной группы — беспомощность и тревожность перед постоянно усложняющимися трудностями, связанными с ребенком, заниженная самооценка, жертвенность. Из анамнеза — большинство женщин не работают. В семьях зачастую больше одного ребенка. Клиническая картина психического состояния: фоновое снижение настроения, плаксивость, подавленность, уныние. Эмоциональная неустойчивость проявляется фиксацией на негативных сторонах жизни, нарушением сна, отсутствием чувства отдыха. Жалобы на усталость, чувство одиночества, «брошенность» со стороны государства, собственную несостоятельность или мужа. Переживания чаще связаны непосредственно с ситуацией болезни ребенка, сопровождающиеся чувством внутреннего беспокойства.

В этом варианте дистимического комплекса у матерей «принятие ответственности», наоборот, развивает напряженность аффективных переживаний, в связи с чем возникает состояние «невротического сверхконтроля», сопровождаясь снижением «оптимистичности» и повышением «иррациональности» и «импульсивности». «Планирование решения проблемы» вызывает «раздражение» и усиливает «социальную пассивность». В силу замкнутости, самоуничужения еще более усугубляются «полоролевые проблемы», а также проблемы, связанные с «иррациональностью», «ригидностью», провоцируя бесплодные обдумывания решений возникающих проблем с ребенком. Как показывает анализ, для этих матерей в качестве предохраняющих механизмов выступают использование стратегий «поиск социальной поддержки» и «положительная переоценка», благодаря которым появляется возможность уменьшить «тревожность», «пассивность» и «невротический сверхконтроль», т.е. возникает возможность переосмыслить и найти приемлемые решения по изменению ситуации.

Клиническая картина третьей изучаемой группы женщин: повышенная возбудимость, раздражительность, конфликтное поведение, возникающее чувство озлобленности, несдержанности, вспыльчивости, нетерпимости к окружающим. Эти женщины в постоянной

«борьбе за свои права», они используя факт заболевания ребенка, манипулируют окружающими, тем не менее уделяют недостаточно внимания своему ребенку, пытаются переложить заботу о нем на социальные службы.

Как можно увидеть, структура связей личностных свойств и неадаптивных стратегий обнаруживает зависимость от внешней ситуации. Так, в связи с «конфронтацией» возникает «тревожность», «дистанцирование» усиливает снижение «оптимистичности» и «иррациональности», а «бегство-избегание» формирует «полоролевые проблемы». К предохраняющим механизмам для матерей с тенденцией к поведенческим нарушениям можно отнести копинг-стратегии «принятие ответственности» и «планирование решения проблемы». Эти стратегии являются наиболее эффективными, так как используют возможности свойственного для этих матерей защитного механизма рационализации. Благодаря этим стратегиям уменьшаются «тревожность», «полоролевые проблемы», повышаются «активность» и «рациональность».

Заключение

Выделенные особенности использования психологических защит, варианты адекватных и неадекватных стратегий совладания со стрессовыми событиями жизни, а также установленные в исследовании взаимосвязи между характеристиками индивидуально-личностных свойств и копинг-стратегиями дают возможность прогнозирования вероятностных проблем в отношении матери и ребенка, связанных с социальной адаптацией и их психическим здоровьем. Полученные результаты имеют практическое значение как для понимания возникающих проблем психогенеза и патогенеза, так и для организации оптимальных психопрофилактических мероприятий для усиления адаптивных личностных механизмов членов семей, оказавшихся в трудной ситуации, связанной с болезнью ребенка.

Литература

1. *Вассерман Л.Л., Ерьшев О.Ф. и др.* Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов. СПб, 1999.
2. *Вишневецкий В.А.* Клинические особенности депрессивного развития личности / Журн. неврологии и психиатрии. 1989. № 12. С. 73—78.
3. *Карвасарский Б.Д., Абабков Б.А., Васильева А.В. и др.* Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии. СПб., 1999.
4. *Лакин Г.Ф.* Биометрия: Учебное пособие для университе-

- тов и педагогических институтов. М.: Высш. шк., 1973. 343 с.
5. *Лакосина Н.Д., Трунова М.М.* Неврозы, невротическое развитие и психопатии: клиника и лечение. М., 1994. 192 с.
6. *Сергиенко Е.А.* Когнитивная репрезентация в раннем онтогенезе человека // Ментальная презентация: динамика и структура. М.: Ин-т психологии РАН, 1998. С. 135—162.
7. *Чумакова Е.В.* Психологическая защита личности в системе детско-родительского взаимодействия: Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1998. 184 с.
8. *Goldberg S.* Social competence in infancy // *Merrill-Palmer Quarterly*. 1977. № 23. P. 163—177.
9. *Houck G.M., Booth C.L., Barnard K.E.* Maternal depression and locus of control orientation as predictors of dyadic play behavior // *Infant mental health journal*. 1991. V. 12. № 4. P. 347—360.

Поступила в редакцию 16. 05.2005 г.