

Санкт-Петербургский государственный университет

На правах рукописи

Галицына Елена Юрьевна

ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ И СЕМЕЙНЫХ
ОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Специальность 19.00.04 – «Медицинская психология»

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук, профессор
Мамайчук Ираида Ивановна

Санкт-Петербург

2017

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.....	15
1.1. Психосоматические заболевания у детей (клинические, клинико- психологические и социально-психологические аспекты).....	15
1.2. Клинико-психологические исследования детей, страдающих бронхиальной астмой по данным отечественной и зарубежной литературы.....	21
1.3. Особенности психологической защиты у детей в младшем школьном возрасте и методы их исследования по данным отечественной и зарубежной литературы.....	28
1.4. Особенности семейного функционирования детей с бронхиальной астмой по материалам отечественной и зарубежной литературы.....	45
ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1.....	49
ГЛАВА 2. ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	51
2.1. Объект исследования.....	51
2.1.1. Общая характеристика обследованных групп.....	51
2.1.2. Клиническая характеристика обследуемых.....	51
2.1.3. Демографическая характеристика обследуемых детей и их семей	52
2.2. Методология исследования.....	54
2.3. Методы исследования.....	55
2.3.1. Экстенсивные методы.....	55
2.3.2. Интенсивные методы.....	55
2.3.2.1. Проективная методика САТ.....	55
2.3.2.2. Детский личностный опросник Р. Кеттела.....	57
2.3.2.3. Методика фрустрационной толерантности Розенцвейга.....	59

2.3.2.4. Опросник структуры психологических защит М. Бонда.....	62
2.3.2.5. Методика изучения родительских установок (PARI).....	63
2.3.2.6. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений».....	64
2.3.3. Методы статистического анализа данных.....	65
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ.....	66
3.1. Особенности структуры личности и фрустрационной толерантности у детей с бронхиальной астмой.....	66
3.1.1. Особенности личности здоровых детей и детей с бронхиальной астмой.....	66
3.1.2. Особенности фрустрационной толерантности здоровых детей и детей с бронхиальной астмой.....	70
3.1.3. Взаимосвязь личностных характеристик и особенностей фрустрационных реакций у здоровых детей и детей с бронхиальной астмой.....	77
3.2. Особенности психологической защиты у здоровых детей и детей, страдающих бронхиальной астмой.....	78
3.2.1. Результаты семантического анализа рассказов САТ здоровых детей и детей с бронхиальной астмой.....	79
3.2.2. Результаты содержательно-качественного анализа рассказов методики САТ здоровых детей и детей с бронхиальной астмой.....	84
3.2.3. Особенности психологической защиты здоровых детей и детей, страдающих бронхиальной астмой.....	88
3.2.3.1. Особенности психологической защиты младших школьников, не страдающих хроническими соматическими заболеваниями.....	88
3.2.3.2. Сравнительный анализ психологической защиты детей основной и контрольной групп.....	90
3.2.3.3. Психологические защиты и тяжесть заболевания детей, страдающих бронхиальной астмой.....	93

3.3. Особенности семейного функционирования в семьях здоровых детей и детей с бронхиальной астмой.....	94
3.3.1. Особенности родительских отношений в семьях здоровых детей и детей с бронхиальной астмой.....	94
3.3.2. Особенности стилей семейного воспитания здоровых детей и детей с бронхиальной астмой.....	98
3.3.3. Особенности психологической защиты родителей здоровых детей и детей, страдающих бронхиальной астмой.....	101
3.4. Взаимосвязь психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой и факторов семейного функционирования.....	102
3.5. Выделение групп семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, на основе кластерного анализа.....	106
ГЛАВА 4. НАПРАВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	114
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	135
ВЫВОДЫ.....	139
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	142
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	161

Введение

Актуальность темы исследования. Бронхиальная астма является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, от астмы страдает 235 миллионов человек (Информационный бюллетень ВОЗ..., 2011). По оценкам Всероссийского общества пульмонологов, в России бронхиальной астмой страдают от 4 до 8% взрослого населения и от 5 до 10% детей и подростков (Национальная программа «Бронхиальная...», 2012). В Глобальной стратегии по лечению и профилактике астмы (GINA-2006) отмечается, что, несмотря на значительный прогресс в сфере лечения бронхиальной астмы, не произошло кардинальных изменений в статистике заболеваемости и тяжести течения болезни (цит. по Баранов А. А. с соавт., 2007). До 80% больных заболевают бронхиальной астмой до школьного возраста, в большинстве случаев заболевание развивается в раннем детстве (Геппе Н. А., 2012).

Механизмы, составляющие патогенез бронхиальной астмы, делятся на специфические и неспецифические. К последним относятся, в том числе, и психологические механизмы. В четвертом издании Национальной программы по бронхиальной астме у детей отмечается, что эмоциональный стресс может стать пусковым фактором возникновения бронхиальной астмы, а больным детям и их семьям необходима психологическая помощь (Национальная программа «Бронхиальная...», 2012). В связи с этим приобретают особую актуальность психологические исследования, направленные на профилактику возникновения заболевания и на разработку дифференцированных программ психологической помощи детям с бронхиальной астмой и их семьям.

В отечественной и зарубежной литературе достаточно широко представлены работы, посвященные психологическому аспекту бронхиальной астмы. Однако, данные различных исследований, направленные на изучение личностных особенностей детей и подростков (Филякова Е. Г., 1997; Коваленко Н. А., 2008; Баранзаева Д. Ч., 2003; Русякова Е. Е., 2004; Горская Е. А., 2005; Воронина С. Н., 2006; Rietveld S. с соавт., 2001; Main J. с соавт., 2003; Cohen R. с соавт., 2003;

Bender B. G., 2007; Feldman J. M. с соавт., 2013; Van De Ven M. с соавт., 2013), семейных отношений (Куприянов С. Ю., 1985; Коваленко Н. А., 1998; Беленко Л. В., 2003; Кравцова Н. А., 2005; Воронина С. Н., 2006; Смирнова С. В., 2012; Недельская С. Н. с соавт., 2013; Knight J. A., McGovern J. P., 1967; Meyer-Casalis M., 1975; Williams S., 1975; Meijer A., 1979; Kazak A. E. с соавт., 1995; Bender B. G., Klinnert M. D., 1998; Markson S., Fiese V. H., 2000; Annett R. D., 2001; Shalowitz M. U. с соавт., 2001; Sawyer M. G. с соавт., 2002; Bender B. G. с соавт., 2002; Repetti R. L. с соавт., 2002; Chen E. с соавт., 2003; Kaugars A. S. с соавт., 2004; Kim D. H., Yoo I. Y., 2007) отличаются противоречивостью. В частности, отдельные авторы полагают невозможным выделение специфических черт личности детей с бронхиальной астмой (Белов В. П. с соавт., 1972; Викторова Д. И. с соавт., 1977; Горская Е. А., 2005), в то время как многие авторы выделяют характерный личностный профиль детей с бронхиальной астмой (Поппе Г. К. с соавт., 1986; Фельдман Н. Б., 1988; Коваленко Н. А., 1998; Баранзаева Д. Ч., 2003; Руслякова Е. Е., 2004; Main J. с соавт., 2003; Cohen R. с соавт., 2003). Среди ведущих черт личности детей с бронхиальной астмой упоминаются как зависимость от значимых окружающих (Fine R., 1963; Williams J. S., 1975), так и независимость (Rogerson C. H., 1943). Неоднозначна роль матери в течении заболевания ребенка: есть данные как о снижении симптоматики при отделении больного ребенка от матери (Meijer A., 1979), так и о повышении угрозы обострения при разлуке с матерью (Williams J. S., 1975).

Несмотря на последние достижения фармакологии заболеваемость бронхиальной астмой возрастает и за последнее десятилетие интерес к анализу роли психологических факторов в возникновении и течении заболевания привлекает внимание исследователей (Смирнова С. В., 2012; Недельская С. Н. с соавт., 2013; Feldman J. M. с соавт., 2013; Ringlever L. с соавт., 2013; Van De Ven M. с соавт., 2013). С целью более глубокого анализа роли психологических факторов в динамике и степени тяжести заболевания в зарубежных психологических исследованиях встречаются исследования, посвященные особенностям защитных механизмов личности у взрослых,

страдающих бронхиальной астмой (Steiner H., 1987) а также исследования копинг-стратегий детей и подростков с бронхиальной астмой (Van De Ven M. с соавт., 2007; Protudjer J. с соавт., 2009). В отечественной психологии за последние десятилетия растет интерес к исследованию защитных механизмов личности у здоровых (Рыжов Д. М., 2005; Головина С. Г., 2009) и больных детей (Вербрюгген А. А., 2008; Вейц А. Э., 2014) с использованием проективных методов. Данный подход позволяет глубже проанализировать направленность и содержательную характеристику конфликтов у детей, особенности потребностно-мотивационной сферы, систему отношений к близкому окружению и пр.

В Национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2012) отмечается, что именно в младшем школьном возрасте происходит значительная эволюция этого заболевания, что связано с интенсивным ростом организма ребенка. Дальнейшее течение заболевания определяется как тактикой лечения, так и эмоциональными факторами. Таким образом, изучение данной возрастной группы представляет особый интерес для клиницистов и психологов.

Итак, актуальность данного исследования определяется следующими факторами:

1. Результаты исследования личностных особенностей детей и подростков с бронхиальной астмой, как в отечественной, так и в зарубежной литературе, отличаются противоречивостью, что, на наш взгляд, обусловлено недостаточной разработанностью методологических и методических подходов к анализу личности больного ребенка.

2. Большинство исследований проведено с детьми различных возрастных групп. Однако, учитывая эволюцию заболевания в младшем школьном возрасте, весьма актуальным представляется исследование именно данной возрастной группы детей.

3. Исследований защитных механизмов личности детей с бронхиальной астмой (а также с другими психосоматическими заболеваниями) практически не проводилось. Использование проективных методов при обследовании детей

позволяет повысить диагностическую значимость результатов при оценке их отношений к близкому окружению и своему заболеванию, выделить ведущие конфликтогенные зоны и потребности, и дать им содержательную оценку.

4. Системно-структурный подход к семейному функционированию (оценка межсупружеских отношений, отношений родителей к ребенку, ребенка к родителям) в сочетании с исследованием защитных механизмов личности родителей, анализом типов семейного воспитания позволяют глубже раскрыть роль микросоциальных факторов в течении бронхиальной астмы у детей.

Степень разработанности проблемы. Ряд отечественных авторов полагает, что возможно выделение только общего психосоматического профиля личности больных бронхиальной астмой (Белов В. П. с соавт., 1972; Викторова Д. И. с соавт., 1977; Гарбузов В. И., 1985; Ефимов Ю. А., 1994; Исаев Д. Н., 2003). Однако, в ряде работ отечественных и зарубежных исследователей отмечаются личностные особенности, характерные для детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой: интровертированность, сдержанность, фрустрированность, тревожность, зависимость от значимых близких и прочие (Поппе Г. К., 1986; Фельдман Н. Б., 1988; Филякова Е. Г., 1997; Коваленко Н. А., 1998; Баранзаева Д. Ч., 2003; Русякова Е. Е., 2004; Rogerson С. Н., 1943; Rubin S., Moses L., 1944; Fine R., 1963; Williams J. S., 1975; Rietveld S. с соавт., 2000; Main J с соавт., 2003; Cohen R. с соавт., 2003; Van De Ven M. с соавт., 2013).

В отечественной и зарубежной литературе существует ряд исследований, посвященных отношениям ребенка с бронхиальной астмой и его матери (Коваленко Н. А., 1998; Alexander F., Flagg G. W., 1965; Knight J. A., McGovern J. P., 1967; Williams S., 1975; Meijer A., 1979; Shalowitz M. U. с соавт., 2001). Также, в отечественной и зарубежной литературе существует ряд работ, посвященных в целом семейному взаимодействию в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой (Игнатьева Н. Д., 1981; Куприянов С. Ю., 1985; Викулина И. Н., Добряков И. В., 2002; Беленко Л. В., 2003; Кравцова Н. А., 2005; Воронина С. Н., 2006; Смирнова С. В., 2012; Недельская С. Н. с соавт., 2013; Meyer-Casalis M., 1975; Kazak A. E. с соавт., 1995; Bender B. G., Klinnert M. D.,

1998; Markson S., Fiese B. H., 2000; Annett R. D., 2001; Sawyer M. G. с соавт., 2002; Bender B. G. с соавт., 2002; Repetti R. L. с соавт., 2002; Chen E. с соавт., 2003; Kaugars A. S. с соавт., 2004; Kim D. H., Yoo I. Y., 2007).

В последние десятилетия отмечается значительный интерес к мультидисциплинарным исследованиям бронхиальной астмы, особенно в работах зарубежных авторов (Wright R. J. с соавт., 1998; Lehrer P. с соавт., 2002; Horak E. с соавт., 2003; Lane M., 2006; Robinson P. D., Asperen P. V., 2009; Ringlever L. с соавт., 2013). Они затрагивают вопросы сотрудничества семьи больного с лечащим врачом, особенности отношения к лечению в семьях этнических меньшинств, личностные особенности матерей больных детей, влияние эмоциональных нарушений матери на течение болезни ребенка.

Исследований особенностей защитных механизмов личности у детей, страдающих бронхиальной астмой, в доступной нам литературе мы не встретили, что подчеркивает их актуальность.

Цель исследования: изучение механизмов психологической защиты и особенностей семейного функционирования у детей, страдающих бронхиальной астмой.

Объект исследования: психологические особенности детей, страдающих бронхиальной астмой и их родителей.

Предмет исследования: механизмы психологической защиты личности и их взаимосвязь с особенностями семейного функционирования у детей, страдающих бронхиальной астмой, различной степени тяжести.

Гипотезы исследования:

1. У детей с бронхиальной астмой, в отличие от здоровых детей, витальные потребности преобладают над социальными. Психологические защиты детей с бронхиальной астмой отличаются по качеству и количеству от защит здоровых детей.

2. Структура личности детей с бронхиальной астмой отличается дисгармоничностью, что обусловлено высокими значениями эмоциональных

факторов (чувствительность, тревожность, фрустрированность), которые могут оказывать негативное влияние на уровень их адаптации.

3. На формирование психологической защиты личности ребенка с бронхиальной астмой значимое влияние оказывают защитные стили родителей, а также особенности семейного функционирования.

Задачи исследования:

1. Исследовать личностные особенности детей, страдающих бронхиальной астмой.

2. Проанализировать особенности фрустрационной толерантности и психической адаптации детей, страдающих бронхиальной астмой.

3. Выявить специфику защитных механизмов и ведущих потребностей и конфликтов детей с бронхиальной астмой.

4. Выявить особенности родительско-детских отношений в семьях с детьми, страдающими бронхиальной астмой.

5. Определить взаимосвязи системы семейного функционирования, особенностей психологической защиты и тяжести течения заболевания у детей с бронхиальной астмой.

6. Разработать дифференцированные подходы к психологической коррекции детей с бронхиальной астмой.

Научная новизна исследования. Впервые проведено исследование особенностей защитных механизмов личности, ведущих потребностей и конфликтов у детей, страдающих бронхиальной астмой, с учетом тяжести течения заболевания. Впервые на основе анализа защитных стилей личности отцов и матерей детей с бронхиальной астмой, особенностей семейного функционирования и анализа типов семейного воспитания выделены факторы, влияющие на формирование психологических защит ребенка. Впервые использованы лексический и психосемантический анализы при интерпретации рассказов детей по картинкам методики САТ и показана их значимость. На основе кластерного анализа выявлены группы семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, с учетом значимых клинико-психологических и

психосоциальных факторов, негативно влияющих на систему семейных отношений и специфику семейного функционирования, разработаны направления психологической коррекции для каждой группы.

Теоретическая значимость. Результаты проведенного исследования дополняют имеющиеся в литературе данные об особенностях формирования личности, фрустрационной толерантности и адаптации детей, страдающих бронхиальной астмой. Полученные данные расширяют представления о взаимосвязи факторов семейного функционирования и особенностях психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой. Результаты проведенного экспериментального исследования дополняют теоретические основы семейной психологической коррекции.

Практическая значимость. Полученные результаты позволяют разработать дифференцированные программы психокоррекции для семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой. Полученные данные могут быть использованы специалистами в процессе психологического сопровождения семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, в лечебных и реабилитационных учреждениях, а также при психологическом консультировании родителей детей, страдающих бронхиальной астмой. Материалы диссертационного исследования могут быть использованы при разработке лекций, семинаров и спецкурсов в ходе профессиональной подготовки специалистов, работающих с детьми, страдающими бронхиальной астмой (врачей, психологов, педагогов).

Методология и методы исследования.

Теоретико-методологические основы диссертации составили:

- фундаментальные положения российских и зарубежных психологов о формировании психологической защиты (Бассин Ф. В., Налчаджян А. А., Березин Ф. Б., Ташлыков В. А., Васильева И. А., Чумакова Е. В., Романова Е. С., Гребенников Л. Р., Никольская И. М., Грановская Р. М., Туник Е. Е., Фрейд З., Фрейд А., Кляйн М., Хорни К., Салливан Г. С., Райх В., Беллак Л., Беллак С., Розенцвейг С., Бонд М., Крамер Ф., Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R. и др.);

- теория Выготского Л. С., содержащая принципы психологического изучения здоровых детей и детей с нарушениями развития;
- положения о формировании личности в онтогенезе в работах Ананьева Б. Г., Леонтьева А. Н., Божович Л. И. и др.;
- принципы изучения специфики семейного функционирования, отраженные в работах отечественных и зарубежных авторов (Личко А. Е., Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., Варга А. Я., Мамайчук И. И., Минухин С., Шефер Е. С., Белл Р. К. и др.).

В исследовании были использованы экстенсивные и интенсивные методы:

- Экстенсивные. Проводились направленные беседы с родителями и детьми с целью установления доверительного контакта и определения мишеней дальнейшей психологической работы. Использовался метод наблюдения, позволяющий подкрепить данные экспериментально-психологического обследования. Применялся клинико-биографический анализ семьи в связи с болезнью ребенка. Проводился анализ медицинской документации, совместно с врачами-педиатрами.
- Интенсивные методы исследования были реализованы с помощью набора психодиагностических методик. Детям предлагались следующие методики: детский апперцептивный тест (САТ) (Беллак Л., Беллак С., 1995), детский личностный опросник Р. Кеттела (Александровская Э. М., Гильяшева И. Н., 1993), методика фрустрационной толерантности Розенцвейга (Тарабрина Н. В., 1984). При исследовании родителей использовались следующие методики: опросник структуры психологических защит М. Бонда в адаптации Туник Е. Е. (2010), методика изучения родительских установок (Parental Attitude Research Instrument – PARI) (Методика PARI..., 2001), опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (методика АСВ) Эйдемиллера Э. Г. и Юстицкиса В. В. (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 2008).

Положения, выносимые на защиту.

1. Психологическая защита детей, страдающих бронхиальной астмой, имеет свою специфику, что обусловлено тяжестью соматического недуга, эффективностью семейного функционирования, стилями семейного воспитания, искаженным представлением родителей о заболевании ребенка и его возможностях.
2. Структура личности и особенности эмоционального реагирования на фрустрацию у детей с бронхиальной астмой отличаются от показателей здоровых сверстников и негативно влияют на эффективность их психической и социальной адаптации.
3. Потребностно-мотивационная сфера детей с бронхиальной астмой отличается по ведущим потребностям и конфликтам от потребностно-мотивационной сферы здоровых детей.
4. Особенности семейного функционирования в семьях здоровых детей и детей, страдающих бронхиальной астмой, различаются в ведущих типах воспитания и в родительских установках, как у матерей, так и у отцов, и взаимосвязаны с тяжестью течения бронхиальной астмы у ребенка.
5. В процессе разработки программ семейной психологической коррекции необходимо учитывать тяжесть заболевания детей с бронхиальной астмой, особенности защитных стилей родителей и особенности семейного функционирования, что позволяет разработать дифференцированные подходы к семейной психологической коррекции.

Апробация результатов работы.

Отдельные результаты исследования были доложены и обсуждены на заседании кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, на международных конференциях «Ананьевские чтения-99» (СПбГУ, 26-28 октября 1999), «Ананьевские чтения – 2016. Психология – вчера, сегодня, завтра» (СПбГУ, 25-27 октября 2016), на методических совещаниях педиатрического отделения «Немецкой семейной клиники» (Санкт-Петербург). Полученные результаты

исследования используются в курсах «Нарушение психического развития у детей», «психологическая коррекция детей и подростков с нарушениями в развитии». Материалы исследования отражены в 9 научных публикациях, в том числе в 3 публикациях в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований.

Структура и объём работы.

Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения и выводов, изложенных на 164 страницах компьютерного набора; содержит 22 таблицы, 22 рисунка, список литературы, включающий 180 источников, из них 130 на русском и 50 на иностранных языках, и 3 приложения.

Глава 1. Клинико-психологические исследования детей, страдающих бронхиальной астмой, в отечественной и зарубежной литературе

1.1. Психосоматические заболевания у детей (клинические, клинико-психологические и социально-психологические аспекты)

Психосоматические заболевания – это соматические заболевания, в этиопатогенезе которых большую роль играют эмоциональные факторы (Исаев Д. Н., 2005). Ряд авторов отмечает чрезвычайную актуальность исследования психосоматических заболеваний в детском и подростковом возрасте, в связи с неуклонным ростом числа этих заболеваний в популяции, определяющейся увеличением вредных психологических воздействий на психику ребенка (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2001; Исаев Д. Н., 2005). По данным исследователей, среди обращений к педиатрам, доля психосоматических заболеваний составляет 40-68% (Брызгунов И. П., 1995; Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2001; Исаев Д. Н., 2005).

К собственно психосоматическим заболеваниям детского возраста традиционно относят следующие заболевания: бронхиальная астма, нейродермит, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, язвенный колит, болезнь Крона, язва желудка, нервная анорексия, булимия, ожирение (Исаев Д. Н., 2005). В педиатрической клинике чаще всего используется классификация психосоматических проявлений по возрастному признаку. Так, к психосоматическим расстройствам в младенческом возрасте относят: метеоризм, колики третьего месяца жизни, срыгивание, жвачку, мегаколон, анорексию грудного возраста, ожирение, остановку развития, приступы нарушения дыхания, нейродермит, яктацию, нарушения сна, спастический плач, раннюю бронхиальную астму, внезапную смерть младенца. Среди психосоматических расстройств дошкольного возраста выделяют: понос, запор, «раздраженный кишечник», боли в животе, отказ от жевания, циклическая рвота, анорексия и булимия, энурез, энкопрез, ожирение, лихорадка, нарушение сна и другие. К

психосоматическим расстройствам школьного и подросткового возраста относят: «ростовые боли», мигрень, рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, обмороки, приступы гипервентиляции, вегетососудистую дистонию, бронхиальную астму, нейродермит, ожирение, нервную анорексию и булимию, язвенный колит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энурез, энкопрез, расстройства менструального цикла и другие (Исаев Д. Н., 2005).

Особый вклад в разработку представлений о психосоматических заболеваниях внесли представители психодинамического направления. В начале XX века вышел целый ряд работ психоаналитиков, посвященный психосоматическим отношениям. Одним из первых, в 1895 году, Зигмунд Фрейд описал конверсионную модель психосоматических заболеваний, согласно которой, симптом возникает как реакция на подавленную психологическую травму (цит. по Исаев Д. Н., 2005). Его идеи развил Георг Гроддек (1917), который полагал, что физические симптомы – это отражение, находящихся в бессознательном, влечений человека (цит. по Исаев Д. Н., 2005). В соответствии с конверсионной моделью, при появлении соматических симптомов, снижается уровень эмоционального страдания пациента, благодаря ослабеванию бессознательного конфликта. Однако, конверсионная модель не описывала все психические факторы, участвующие в возникновении психосоматических заболеваний.

Большую роль в разработку понятия психосоматического заболевания внес Франц Александер (1965). Он предложил модель вегетативного невроза, согласно которой, бессознательные конфликты, не нашедшие внешнего выхода, приводят к эмоциональному напряжению, вследствие чего возникают устойчивые изменения в вегетативной нервной системе. Александер описал два основных типа поведения в опасной ситуации: борьбу и бегство. Если личность лишается возможности открыто проявлять агрессию и бороться, то возникает стойкое возбуждение симпатической нервной системы, что приводит к появлению вегетативных симптомов. Александеру же принадлежит концепция эмоциональной специфичности, которая описывает характерные для каждого

психосоматического заболевания эмоциональные состояния (Александр Ф., 2002).

Большая часть работ представителей психодинамического направления посвящена ранним детским отношениям пациентов с психосоматическими заболеваниями. По их мнению, именно в особенностях адаптации ребенка лежат корни дальнейших психосоматических проблем. Для понимания особенностей психосоматического заболевания предлагается обратить внимание на реакцию ребенка на стрессовые ситуации, особенности его семейных взаимоотношений (особенно в диаде мать-ребенок), защитные механизмы личности ребенка. В частности, в своих работах Джон Боулби (1958; 1988), основоположник теории привязанности, анализирует отношения ребенка и его матери, а также последствия для ребенка разлуки с матерью. Согласно его концепции, особенности адаптации ребенка к уходу матери могут лежать в основе психосоматических заболеваний ребенка. Ребенок может быть внешне адаптирован, но при этом не получать удовлетворения от контакта с другими людьми. И если при возвращении матери подобное поведение ребенка сохраняется, это и определяет дальнейшее «психосоматическое приспособление» ребенка (Bowlby J., 1958; 1988).

Особенности ранней адаптации ребенка рассматриваются в психодинамическом подходе как результат регуляции со стороны Я влечений и импульсов. Соответственно, успешность адаптации во многом зависит от защитных механизмов личности, выработанных ребенком. Исследование же этих механизмов, равно как и сферы влечений и потребностей ребенка может дать наиболее полную картину механизмов, лежащих в основе психосоматических соотношений больного ребенка.

В середине XX века получили развитие нейрогуморальные теории развития психосоматических заболеваний, связанные с разработкой понятия «стресс». Ганс Селье (1982; 1992) описал общий адаптационный синдром как реакцию на нарушение внутреннего равновесия. Согласно теории Г. Селье, стресс является защитной реакцией на жизненно-важные события во внешней среде. Вследствие

стресса, вегетативная нервная система, эндокринная система и гуморальные факторы включаются в реакцию адаптации организма, что и приводит к возникновению психосоматических заболеваний. В настоящее время особое внимание уделяется особенностям стрессоров, изучению комплекса социально-психологических факторов, которые могут повлечь за собой реакцию организма, приводящую к возникновению психосоматического расстройства (Исаев Д. Н., 2005).

В отечественной науке получил распространение кортико-висцеральный подход к исследованию психосоматических заболеваний. Согласно данному подходу, пусковым механизмом психосоматических заболеваний являются факторы внешней и внутренней среды, приводящие к нарушениям корковых механизмов управления висцеральными органами (конфликт между процессами возбуждения и торможения в коре и подкорке) (Быков К. М., 1947; Курицын И. Т., 1973). Однако, Карвасарский Б. Д. (1980) отмечал, что кортико-висцеральная теория не раскрывает влияние системы значимых отношений личности на возникновение психосоматических расстройств.

На данный момент действует многофакторная модель психосоматических расстройств, которая говорит о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии психосоциальных и физических факторов (Исаев Д. Н., 2005). И именно рассмотрение всех возможных факторов дает понимание механизмов возникновения и течения психосоматического расстройства.

Как отмечает Д. Н. Исаев (2005), патогенез психосоматических заболеваний сложен, и факторы, составляющие его, в целом затрудняют биологическую и психологическую защиту ребенка, делают его уязвимым к психоэмоциональным стрессам. По мнению автора, патогенез психосоматических расстройств определяют следующие факторы:

- 1) неспецифическая врожденная и наследственная отягощенность соматическими заболеваниями, вследствие чего поражается лимбическая структура и повышается риск психосоматических расстройств;

- 2) наследственная предрасположенность к психосоматическим заболеваниям, выявленная как значимый фактор в ходе исследований ряда психосоматических заболеваний;
- 3) нарушения деятельности ЦНС, что приводит к усилению тревоги и нарушает саморегуляцию организма;
- 4) личностные особенности, выявленные в ходе исследования детей с различными психосоматическими заболеваниями (в частности, в литературе упоминаются следующие черты личности, сопутствующие психосоматическому заболеванию: тревожность, чувствительность, недоверчивость, сдержанность, фрустрированность);
- 5) состояние индивида в момент воздействия психотравмирующих событий (которое может определить позицию по отношению к данным событиям);
- б) неблагоприятные семейные и социальные факторы, которые определяют эмоциональное состояние ребенка;
- 7) особенности психотравмирующих событий, которые могут определять состояние «предболезни» и постепенно перерасти в психосоматические расстройства.

Согласно данным ряда авторов, развитию психосоматического заболевания могут предшествовать явления «предболезни», которые заключаются в эмоциональных расстройствах, повышенной тревожности, нарушениях сна, патологических привычках, тиках, головных болях и т.п. (Ефимов Ю. А., 1986; 1994; Исаев Д. Н., 2003). Гарбузов В. И. (1985) считает, что ядром проблемы патогенеза психосоматических состояний является препсихосоматический радикал. По его мнению, носитель препсихосоматического радикала лишен психозащитных тенденций, вследствие чего гомеостатические реакции развиваются сразу на патофизиологическом уровне. Автор полагает, что для детей с психосоматическими заболеваниями характерно: «... постоянное внутреннее напряжение с подавленной экспрессией, переживанием отрицательных эмоций в себе» (Гарбузов В. И., 1985). Гарбузов В. И. выделяет два типа препсихосоматического радикала у детей, относя к общим чертам, присущим

обоим типам, следующие: прямолинейность и бескомпромиссность; тревожно-мнительная чувствительность к воздействиям; максимализм и ригидность; склонность к внутреннему типу переработки отрицательных эмоций; особое сочетание эпилептоидной и сензитивной акцентуаций характера; высокое чувство личной ответственности, педантизм; гипертрофированное правдолюбие; повышенная чувствительность к мнению окружающих; доминирование социальных потребностей над биологическими, гиперсоциальность. Исаев Д. Н. (2000; 2003) также выделяет ряд личностных особенностей, свойственных детям с психосоматическими расстройствами: тревожность, сдержанность, замкнутость, преобладание отрицательных эмоций с трудностями адаптации к новым впечатлениям, сенситивность, недоверчивость, склонность к легкому возникновению фрустраций, установка на достижение результатов, нормативность поведения (гиперсоциальность) в сочетании с невысоким уровнем интеллектуального функционирования.

Таким образом, при исследовании психосоматического расстройства необходимо учитывать весь комплекс факторов, которые могут оказывать влияние на возникновение и течение заболевания. Это и анамнез ребенка и его родителей, и особенности семейной ситуации, личностные особенности ребенка и актуальные события его жизни.

1.2. Клинические особенности и психологические исследования детей, страдающих бронхиальной астмой, по данным отечественной и зарубежной литературы

«Бронхиальная астма у детей — заболевание, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, с участием целого ряда клеток, в том числе эозинофилов, нейтрофилов, тучных клеток, лимфоцитов. Это сопровождается гиперреактивностью дыхательных путей, приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов. Бронхиальная обструкция (под влиянием лечения или спонтанно) обратима» (Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», 2012. С. 7).

В Национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2012) отмечается, что бронхиальная астма у детей является серьезной медико-социальной и экономической проблемой, поскольку это одно из самых распространенных хронических заболеваний в педиатрии с выраженным ростом распространенности за последние 20 лет. При этом, бронхиальная астма, начавшись в детстве, продолжается во взрослом возрасте у 60-80% больных.

К факторам риска возникновения бронхиальной астмы относят внутренние факторы (генетическую предрасположенность, пол, ожирение) и внешние факторы: аллергены, инфекции (преимущественно вирусные), промышленные химические вещества, пассивное и активное курение, диета, социально-экономический статус семьи, факторы перинатального периода. К факторам, вызывающим обострение бронхиальной астмы и способствующим закреплению ее симптомов относятся: воздействие аллергенов, воздушные поллютанты, ирританты, вирусные инфекции, физические нагрузки, изменения погоды, пищевые добавки, курение, пол (в раннем и дошкольном возрасте бронхиальная астма встречается преимущественно у мальчиков, в пубертатном возрасте — у

девочек), стресс и эмоциональные нагрузки (Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», 2012).

При исследовании бронхиальной астмы в педиатрии используются следующие возрастные категории: дети до 2 лет, дошкольники 3-5 лет, школьники 6-12 лет, подростки. Педиатры отмечают, что особый интерес представляет эволюция бронхиальной астмы у школьников, когда происходит значительный рост организма и изменения гормонального фона. Считается, что пубертатный возраст может стать переломным в развитии болезни, при грамотном подходе к профилактике и лечению заболевания, причем с обязательным учетом эмоциональных факторов отношения подростка к своей болезни (Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», 2012).

Более 90% детей, страдающих бронхиальной астмой, имеют атопическую (аллергическую) форму заболевания. В целом, в структуру диагноза входят форма, тяжесть, срок заболевания, осложнения и сопутствующие заболевания. По мнению педиатров, большую актуальность имеет классификация бронхиальной астмы по тяжести заболевания, которая исходно оценивается до начала терапии, а затем, в процессе терапии, учитывая объем получаемого лечения. Основными показателями степени тяжести бронхиальной астмы являются выраженность дневных и ночных симптомов, частота применения бронхолитиков короткого действия, переносимость физических нагрузок, снижение функции внешнего дыхания (ФВД), суточные колебания пиковой скорости выдоха (ПСВ). На основании этих критериев выделяют три степени тяжести бронхиальной астмы: легкую, среднетяжелую и тяжелую. Легкая степень характеризуется эпизодическими кратковременными приступами затрудненного дыхания, исчезающими спонтанно или при однократном применении бронхолитика короткого действия; отсутствием ночных симптомов, нарушений ночного сна и переносимости физических нагрузок (или их незначительной выраженностью); показателем ПСВ 80% и более при суточных колебаниях не более 20%; нормальными показателями ФВД в период ремиссии. Среднетяжелая степень

характеризуется приступами средней тяжести, более 1 раза в неделю, с отчетливыми нарушениями ФВД, требующими частого применения бронхолитиков и глюкокортикостероидов; регулярными ночными симптомами и ограниченной переносимостью физических нагрузок; показателем ПСВ 60-80% при суточных колебаниях 20-30%; неполной клинико-функциональной ремиссией при отсутствии терапии. Тяжелая степень характеризуется тяжелыми ежедневными приступами (или несколько раз в неделю), требующими частого применения бронхолитиков и глюкокортикостероидов; еженочными приступами, нарушением ночного сна; значительным снижением переносимости физических нагрузок; показателем ПСВ менее 60% при суточных колебаниях более 30%; отсутствием клинико-функциональной ремиссии в отсутствие терапии (Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», 2012).

Согласно данным Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2012), около 25-30% обострений заболевания связаны с эмоциональным напряжением. Сильные эмоции могут привести к гипервентиляции и реакции бронхоспазма. Поэтому эмоциональный стресс может служить пусковым механизмом обострения бронхиальной астмы. А исследование эмоциональной сферы больного ребенка, его личностных особенностей, реагирования в стрессовых ситуациях, особенностей семейного окружения необходимы для успешного лечения и реабилитации.

Научный интерес к исследованию психологических факторов в этиопатогенезе бронхиальной астмы особенно проявился еще в середине XX века. Большое количество работ как зарубежных, так и отечественных авторов посвящено исследованию личностных особенностей детей, страдающих бронхиальной астмой. Так, Поппе Г. К. с соавторами (1986), указывает следующие черты личности, как характерные для детей с бронхиальной астмой: фиксация на болезни, интровертированность, сдержанность, повышенная тревожность, раздражительная слабость и неустойчивость. Fine R. (1963), Williams J. S. (1975) в качестве одной из основных личностных особенностей

больных астмой, выделяют зависимость. В исследованиях Rubin S., Moses L. (1944) также указывается «зависимая пассивная личностная структура», как одна из ведущих личностных характеристик больных бронхиальной астмой. В противовес этим данным, Rogerson С. Н. (1943) относил к характерным чертам «астматической личности» возбудимость, независимость, эгоцентризм, агрессивность, напряженность, неудовлетворенность, быстроту реагирования и сверхтревожность. Фельдман Н. Б. (1988) выявила, что детям и подросткам с бронхиальной астмой присущ психастенический тип акцентуации характера (независимо от пола ребенка). Филякова Е. Г. (1997), исследуя образ Я, подростков с бронхиальной астмой и гастродуоденальной патологией, отмечает, что образ Я больных подростков характеризуется искажением структуры и нарушением регуляторной функции, что проявляется в нарушении целеполагания, ограничении потенциальных возможностей и резервов личностного развития. Причем, несмотря на отсутствие различий в образе Я между изучаемыми нозологическими группами, автор обнаружила, что у подростков с бронхиальной астмой на нарушение регуляторной функции образа Я влияет длительность заболевания. Коваленко Н. А. (1998), изучая эмоциональный и телесный опыт детей с бронхиальной астмой, описывает следующие эмоционально-личностные особенности больных детей: невротичность, тревожность, инфантильность, сензитивность. Автор приходит к выводу, что данные качества препятствуют адекватному реагированию больного ребенка на конфликтные ситуации. Эмоциональный опыт ребенка-астматика, по мнению автора, отличается сложностью и противоречивостью переживаний, преобладанием негативных эмоций, высоким уровнем связи телесного опыта и структуры эмоциональных переживаний. Горская Е. А. (2005) отмечает эмоциональные нарушения, свойственные детям и подросткам, страдающим бронхиальной астмой. А также говорит о невозможности выделения характерных индивидуально-психологических факторов, связывая это с несформированностью их личностных структур. Баранзаева Д. Ч. (2003) отмечает у детей, страдающих бронхиальной астмой, алекситимию, высокий уровень личностной и реактивной тревожности,

находящиеся в прямой зависимости от тяжести течения заболевания. В своем исследовании автор также говорит о необходимости проведения психотерапии детей, страдающих бронхиальной астмой, с целью повышения индекса сотрудничества с лечащим врачом и, таким образом, повышения эффективности терапии в целом. Русякова Е. Е. (2004), в исследовании психологических особенностей личности подростков, страдающих бронхиальной астмой, также связывает такие качества, выявленные у больных подростков, как низкий уровень общительности, высокий уровень фрустрированности, сниженный уровень самоконтроля и высокая тревожность, с тяжестью заболевания. Fritz G. с соавторами (1996) отмечает важную роль сформированности интеллектуальных навыков в восприятии симптомов и, как следствие, в течении заболевания у детей 8-15 лет. Rietveld S. с соавторами (2000; 2001) отмечает, что повышенная чувствительность и эмоциональность у детей с бронхиальной астмой приводят к чрезмерной эмоциональной реакции на приступ, что ухудшает возможности терапии заболевания. McQuaid E. L. с соавторами (2001), проводившие исследования поведенческой адаптации детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой, обнаружили, что они имеют больше трудностей адаптации, чем их здоровые сверстники, и демонстрируют низкие способности к отреагированию проблем. При этом была обнаружена прямая связь трудностей адаптации и тяжести заболевания. Protudjer J. с соавторами (2009) обнаружили, что дети, страдающие бронхиальной астмой, склонны воспринимать себя иначе, чем здоровые дети, и описали поведенческие стратегии, используемые ими для самоутверждения в детском коллективе. Main J. с соавторами (2003) отмечают, что эмоциональная неустойчивость детей с бронхиальной астмой негативно влияет на способность ими адекватно оценивать симптомы заболевания и препятствует эффективному лечению заболевания. Cohen R. с соавторами (2003), обнаружили у подростков, страдающих бронхиальной астмой, повышенную тревожность, страх и замешательство в момент приступов, которые оказывают влияние на управление симптомами астмы и на процесс лечения в целом. Bender B. G. (2007) при исследовании подростков, страдающих бронхиальной

астмой, выявил у них депрессивную симптоматику, которая требует коррекции. Feldman J. M. с соавторами (2013) обнаружили, что у детей 7-11 лет, страдающих бронхиальной астмой, симптомы тревоги и депрессии значительно влияют на функции дыхания, отягощая течение заболевания. Van De Ven M. с соавторами (2013), изучая особенности отношения к лечению подростков с бронхиальной астмой, выявили, что такие черты личности как необщительность, аффективность, фрустрированность приводят к несоблюдению мер по профилактике и лечению бронхиальной астмы, что отрицательно влияет на прогноз заболевания.

В целом, анализируя данные отечественных и зарубежных исследователей, посвященные личностным особенностям лиц, страдающих бронхиальной астмой, можно выделить следующие черты, которые чаще всего упоминаются в исследованиях: замкнутость, сдержанность, интровертированность, длительная фиксация переживаний, подчинение правилам, агрессивные тенденции, раздражительная слабость, эксплозивность. Однако, существуют многочисленные данные, которые говорят о том, что специфический профиль личности для больных бронхиальной астмой выделить невозможно. Это связано с влиянием социально-психологических факторов на становление личности, наличием сходных качеств у больных другими психосоматическими заболеваниями.

Данные многочисленных исследователей о влиянии социально-психологических факторов на формирование личностных особенностей и течения бронхиальной астмы, выявленное сходство психологических проблем у больных с этим заболеванием и у больных с другими психосоматическими заболеваниями, приводят ряд авторов к выводу, что не существует специфического профиля личности для больных бронхиальной астмой. Так, в своих исследованиях Белов В. П. с соавторами (1972) выявили большое количество личностных особенностей, однако не смогли обнаружить общих черт. К подобным результатам пришли и Викторова Д. И. с соавторами (1977). Авторы не смогли выявить характерных личностных особенностей, присущих больным бронхиальной астмой. Однако они полагают, что следует выделить неспецифический психосоматический тип личности со следующими

характеристиками: низкая фрустрационная толерантность, эгоцентричность, сниженная способность к мобилизации защитных механизмов личности, склонность к блокировке внешнего проявления эмоций и широкий спектр нарушений различных систем. Эти данные согласуются с данными, представленными нами в параграфе 1.1.

В работах зарубежных исследователей последних десятилетий отмечается интерес к междисциплинарным исследованиям бронхиальной астмы. Так, ряд авторов пишут о том, что для лучшего понимания бронхиальной астмы необходим подход, объединяющий биологические, социокультуральные, психологические и семейные факторы (Wright R. J. с соавт., 1998; Lehrer P. с соавт., 2002; Horak E. с соавт., 2003; Lane M., 2006; Robinson P. D., Asperen P. V., 2009; Ringlever L. с соавт., 2013).

Таким образом, было проведено большое количество исследований, посвященных клинико-психологическим особенностям детей, страдающих бронхиальной астмой как отечественными, так и зарубежными учеными, начиная с середины XX века и до настоящего времени. Однако противоречивость результатов позволяет определить лишь характерные черты, присущие в целом детям с психосоматическими заболеваниями. Данные указывают на необходимость более тщательного анализа личности детей, страдающих бронхиальной астмой, с использованием проективных методик и обязательным учетом факторов семейного функционирования.

1.3. Особенности психологической защиты у детей в младшем школьном возрасте и методы их исследования по данным отечественной и зарубежной литературы

Разработка понятия «психологическая защита» тесно связана со взглядами Зигмунда Фрейда на природу тревоги. Если в начале своей карьеры З. Фрейд, работая с больными неврозами, полагал, что тревога связана с неадекватной разрядкой энергии либидо, то в более поздних работах – это адаптивный механизм, предупреждающий организм об угрозе, и дающий возможность эго отреагировать на эту угрозу оптимальным способом. Так, источник первичной тревоги – само рождение человека. Новорожденный младенец сталкивается с новой угрожающей средой, переживает отделение от матери, что вызывает тревогу. Выделяется три типа тревоги: реалистическая тревога, возникающая в ответ на реальную угрозу, исходящую из внешнего мира; невротическая тревога – возникающая от боязни, что эго не справится с контролем побуждений ид; и моральная тревога – возникающая в ответ на опасения наказания со стороны супер-эго. Таким образом, основная функция тревоги – это предупреждение осознания собственных инстинктивных побуждений, и регуляция их удовлетворения в приемлемых формах и социально-благоприятных условиях. Для удовлетворения этой функции и служат защитные механизмы личности (Freud S., 1977; Фрейд З., 1989).

В своей работе «Этиология истерии», вышедшей в 1896 году, Зигмунд Фрейд впервые подробно описывает цель защитных механизмов, состоящую в снижении уровня интрапсихического конфликта, который вызван противоречиями требований внешней среды и инстинктивных импульсов бессознательного. В дальнейших работах Фрейд заменяет термин «защита» на термин «подавление», и только в 1926 году вновь возвращается к концепции защиты, введя, наряду с подавлением, ряд других механизмов психологической защиты. В 1937 году, в одной из последних работ, Фрейд связывает защиту с функциями уравнивания, приспособления и регуляции, говоря о ней как о продукте

развития и научения, ослабляющем внешне-внутренний конфликт (цит. по Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996).

Все защитные механизмы, согласно концепции Зигмунда Фрейда, являются неосознанными, и в процессе своего действия искажают восприятие реальности, с целью снизить тревогу индивида. Как правило, в процессе онтогенеза, человек приобретает набор защитных механизмов, позволяющий разрешать конфликты и снижать тревогу.

Особое место среди механизмов психологической защиты Зигмунд Фрейд уделял вытеснению, полагая его основной причиной множества невротических и психосоматических симптомов. Вытеснение, согласно его концепции, базовый, первичный механизм, при котором из сферы сознательного удаляются травмирующие мысли, чувства и воспоминания. Однако, вытесненные импульсы сохраняют свою активность, вынуждая эго тратить большое количество энергии на их подавление, и проявляясь в том, что Фрейд называл «психопатологией обыденной жизни» - шутках, оговорках, сновидениях.

Еще один вид психологической защиты, сублимация, изменяет импульсы человека, направляя их энергию в социально приемлемые каналы выражения. По мнению Зигмунда Фрейда, сублимация является основной движущей силой искусства и науки. Так, перенаправленные сексуальные импульсы, позволили совершить многие выдающиеся открытия и создать известные произведения искусства.

Проекция – это механизм приписывания своих непозволительных эмоций, мыслей, чувств другим людям. Этот механизм позволяет некоторым образом уходить от ответственности, перенося вину на объекты окружения.

Отрицание – отказ индивида признать очевидно произошедшие в его жизни события. Зигмунд Фрейд говорит о том, что этот вид защиты чаще используется людьми с невысоким интеллектом, а также присущ маленьким детям.

Замещение состоит в переадресации импульса (как правило, агрессивного) с более угрожающего объекта на менее угрожающий. В том числе, разновидностью

замещения может являться перенаправление враждебных импульсов со внешнего объекта на самого индивида.

Зигмунд Фрейд полагал, что все люди так или иначе используют защитные личностные механизмы. При этом эффективное действие защитных механизмов формирует искаженный образ потребностей, мотивов, страхов человека.

Дальнейшая разработка понятия «защита» тесно связана с именем дочери Зигмунда Фрейда, Анны Фрейд. Именно ей принадлежит заслуга по систематизации накопленных материалов и наблюдений по феномену психологической защиты. И именно она дала первое развернутое определение этого понятия: «Защитные механизмы – это деятельность «Я», которая начинается, когда «Я» подвержено чрезмерной активности побуждений или соответствующих им аффектов, представляющих для него опасность. Они функционируют автоматически, не согласуясь с сознанием» (цит. по Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996, с. 10)

Ее представления внесли некоторые коррективы в концепцию защитных механизмов. Анна Фрейд подчеркивала адаптивную ценность защит, утверждая, что они носят оберегающий характер и способствуют поддержанию нормального психического функционирования личности. Помимо этого, Анна Фрейд рассматривала защитные механизмы как перцептивные, интеллектуальные и двигательные автоматизмы. Они возникают не только в качестве врожденных задатков, но как результат произвольного и непроизвольного научения (цит. по Бурлакова Н. С., 2005).

Анна Фрейд первой разработала вопрос развития защитных механизмов личности в онтогенезе, связав возникновение различных видов защит со стадиями развития ребенка. По ее мнению, самые первые способы защиты у младенца связаны с невозможностью произвольного реагирования, в результате чего возникает напряжение и дестабилизация образа «Я». К ранним видам защитных механизмов относятся отрицание, проекция и имитация. В возрасте трех лет действуют такие механизмы как вытеснение, замещение и интеллектуализация. В младшем школьном возрасте развивается компенсация как незрелая форма

рационализации. В результате формирования половой идентичности начинает действовать сублимация. Также существуют механизмы, не связанные строго с этапами развития ребенка. Они связаны с конфликтом, преодолеваемым личностью, и начинают функционировать, когда личность попадает в этот конфликт. К таким видам защитных механизмов относятся регрессия, обращение против собственной личности (Никольская И. М., Грановская Р. М., 2010).

Помимо Анны Фрейд, свой вклад в психоаналитические представления о защитных механизмах, внесла Мелани Кляйн. Она уделяла большое внимание самым ранним этапам развития ребенка. В отличие от Анны Фрейд, она полагала, что применение защитных механизмов доступно ребенку с самого рождения. Однако, по ее мнению, для гармоничного существования индивида, более важно преобладание позитивного опыта над негативным, а не широкий спектр защитных механизмов личности (цит. по Фрейджер Р., Фейдимен Д., 2004).

Альфред Адлер, основоположник «индивидуальной психологии», вводит понятие «компенсации» - возмещения недоразвитых или нарушенных функций. По мнению Альфреда Адлера, источником конфликта служит противоречие между чувством неполноценности и стремлением к превосходству, двумя неосознанными тенденциями. Именно этот конфликт, согласно концепции Адлера, приводит в действие защитные механизмы личности. Говоря о механизме компенсации, Адлер выделяет следующие ее виды: неполная, полная, гиперкомпенсация и мнимая компенсация, то есть уход в болезнь (Адлер А., 1998).

Карен Хорни критиковала теорию Зигмунда Фрейда по целому ряду вопросов. Ее взгляды на проблему защитных механизмов, вытекают из ее собственной теории. Ведущее место в этой теории отводится понятию «базальной тревоги» - чувству, которое проявляется у ребенка в ответ на враждебность и недоброжелательность окружающего мира. В попытках избавиться от тревожности, вырабатываются невротические защитные механизмы. Карен Хорни описывает следующие защитные механизмы: стремление к любви (если меня любят, мне не сделают больно), стремление к власти (если меня боятся, мне не

сделают больно), уход (если я самодостаточен, мне не сделают больно), подчинение (если я подчинюсь, мне не сделают больно). В дальнейших работах, Карен Хорни описывает 10 типов защитных механизмов личности, обобщая их в три категории, в зависимости от выработанной человеком стратегии по отношению к другим людям: ориентация на людей (уступчивый тип), ориентация от людей (обособленный тип), ориентация против людей (враждебный тип). По мнению Карен Хорни, каждый человек использует данные стратегии в той или иной степени в течение жизни. И главное их предназначение – снижение тревожности, вызванной неблагоприятными событиями детства. Однако, сами эти стратегии могут находиться в конфликте, и этот конфликт, согласно концепции Карен Хорни, составляет ядро невроза, «базальный конфликт». Таким образом, в основе всего лежит базальная тревожность, с которой человек пытается совладать с помощью стратегий и защитных механизмов, однако их применение втягивает его в базальный конфликт, и при неспособности индивида найти правильный баланс между ними, приводит к развитию невроза (Хорни К., 1993).

Гарри Стек Салливан, основатель интерперсонального направления в психоанализе, полагал, что человек стремится к удовлетворению двух потребностей – биологической (в получении удовольствия) и социальной (в чувстве безопасности, преодолении тревоги). По его мнению, в детстве человек должен приобрести опыт снижения тревоги и преодоления беспокойства, но неполноценный опыт приводит к формированию искаженных форм поведения. Способность достигать удовлетворения и снижать тревогу, вызывают чувство самоуважения и уважения других. Самость, как система, несущая функцию преодоления тревожности, стремится к самосохранению. События и переживания, которые входят в конфликт с самостью, вызывают повышение тревоги. Вслед за этим вступают в действие защитные механизмы личности, которые перерабатывают переживание, стремясь сохранить самость (Салливан Г. С., 1999).

Вильгельм Райх, один из основоположников психосоматики и телесно-ориентированной терапии, в своей теории отводил защитным механизмам значительную роль. В. Райх, описывая характер человека, считал, что характер

включает в себя две составляющих – реакции на окружающее и врожденные установки. По его мнению, сам характер, вся его структура является единым защитным механизмом, направленным против тревоги и беспокойства, вызванных в детстве сексуальными переживаниями и сопровождающей их боязнью наказания. Самые первые защитные механизмы направлены на подавление этих переживаний. Затем, разворачиваясь, защитные механизмы приобретают характеристики автоматизмов, и преобразуются в устойчивые черты характера. Вильгельм Райх ввел понятие «характерного панциря», который включает в себя защитные механизмы, характеризующиеся отчетливой структурой у каждого отдельно взятого индивида (Райх В., 2006).

Таким образом, рассмотрев ряд концепций защитных механизмов личности, зародившихся в рамках психоаналитического направления, можно сделать вывод, что так или иначе, все представители этого направления считали защитные механизмы неотъемлемой составляющей личности человека. Различия между этими концепциями, в основном, основаны на разных подходах к причинам конфликта, вызывающего действие защитных механизмов. Соответственно различается и объект защиты, из которого складывается картина составляющих позитивного «образа Я».

В рамках теории стресса, в середине XX века, зародилось понятие копинг-стратегий. Франц Александер в 40-60 годы XX века, связал неоднократно повторяющиеся психотравмирующие воздействия, через теорию стресса, с психосоматическими заболеваниями, полагая, что не только сами переживания являются пусковым механизмом заболевания, но и их подавление (Александер Ф., 1995; 2002). Вслед за этими работами, в 1966 году Ричард Лазарус, которому принадлежит заслуга разработки когнитивной теории психологического стресса и копингов, демонстрирует, что физиологический процесс не дает понимания сути психологического процесса стрессовых реакций (цит. по Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996). По мнению Р. Лазаруса, в понимании психологического процесса важную роль играет анализ человеком значений стимула. Соответственно, эмоции человека и его реакции будут обусловлены не только

контекстом ситуации, но и оценкой ее человеком. Одно и то же событие, в разные периоды жизни человека может оказать на него совершенно разное по степени травматизации влияние. Копинг-поведение возникает в момент кризисной ситуации, когда в зависимости от сочетания особенностей ситуации и ее оценки, человек начинает проявлять определенные поведенческие и эмоциональные реакции различной степени интенсивности. Ричард Лазарус и Сюзан Фолкман (1984) придерживались когнитивного подхода к совладающему поведению, полагая, что стратегии совладания со стрессом, которыми владеет человек, и предпочтения в их использовании определяются возможностями, имеющимися у личности в данной ситуации, и необходимыми для того, чтобы справиться со стрессогенными факторами и когнитивной оценкой ситуации. При этом сам человек может воспринимать требования, предъявляемые к нему ситуацией, как чрезмерные. Сам термин «coping» происходит от английского слова, означающего «преодолевать». Отсюда и происходят часто употребляемые термины: «копинги», «преодолевающее поведение», «совладающее поведение».

Копинги могут изменяться в течение жизнедеятельности человека, однако становясь устойчивыми, и будучи использованы в разных ситуациях, они могут формировать копинг-стратегии или личностные стили. Лазарус, дифференцируя копинг-механизмы, изначально не отделял их от механизмов психологической защиты. Первоначальная его классификация включала в себя две категории техник: симптоматические и интрапсихические. К симптоматическим были отнесены: употребление алкоголя, препаратов, усилия, направленные на улучшение физиологического состояния человека. К интрапсихическим техникам Лазарус отнес: идентификацию, проекцию, отрицание, перемещение, подавление, интеллектуализацию, реактивное образование, называя при этом данные техники «механизмами когнитивной защиты». В более поздних работах Лазарус предлагает параметры, которые могут быть положены в основу классификации механизмов совладания и защитных механизмов личности, а также в основу их дифференциации. Были выделены следующие параметры: временная направленность, инструментальная направленность (на окружающих или на себя),

функционально-целевая значимость (направлен ли механизм только на регуляцию эмоционального состояния, либо на восстановление отношений), модус совладания (реальные действия или бездействие) (цит. по Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996). Наибольшее распространение получила бинарная классификация копинга, введенная Ричардом Лазарусом и Сюзан Фолкман: проблемно-ориентированные, то есть направленные на преодоление источника стресса и эмоционально-ориентированные (направленные на преодоление эмоций, вызванных стрессом) (Lazarus R. S., Folkman S., 1984).

В научном сообществе и по сей день ведется дискуссия о соотношении защитных механизмов личности и копинг-стратегий. Основное, лежащее на поверхности, отличие – осознанный характер копинг-стратегий и неосознанный – защитных механизмов. Так, П. Крамер, выделяет такие критерии как осознанность или неосознанность и произвольность или непроизвольность. Впоследствии, в данное разграничение был введен еще показатель направленности на искажение или пересмотр состояния. Принципиально иная точка зрения была предложена Дж. Вэйллантом. Он выделяет три класса копинг-стратегий: 1) поиск социальной поддержки; 2) осознанные копинг-стратегии, используемые в трудных ситуациях (собственно копинг-стратегии); 3) непроизвольные механизмы, уменьшающие действие стресса за счет изменения восприятия внешней или внутренней реальности (цит. по Рассказова Е. И., Гордеева Т. О., 2011).

Таким образом, теория копинг-стратегий тесно взаимосвязана с понятием «защитных механизмов личности». Хотя, они развивались в рамках различных теоретических концепций, дальнейшие исследования, так или иначе, приходят к общим точкам соприкосновения и встают перед вопросом дифференциации этих понятий и ее критериев.

Отечественная психологическая наука активно использует в своих исследованиях понятие психологической защиты. После длительного перерыва, вызванного резкой критикой работ Зигмунда Фрейда, анализ психоаналитической теории с позиций советской материалистической психологии, был возобновлен в

1969 году статьей Ф. В. Бассина «О силе Я и психологической защите». В ней автор выражает несогласие с рядом основных постулатов психоанализа (например, непримиримости бессознательного и сознания), однако, рассматривает защитные механизмы с позиций другой методологической базы. Так, по его мнению, механизмы психологической защиты являются нормальной функцией личности, которые могут работать и при полном осознании их. Соответственно, главная цель психологической защиты – перестройка системы установок личности, с целью предотвратить дезорганизацию поведения и снизить эмоциональное напряжение. Ф. В. Бассин следующим образом определяет этот феномен: «...нормальный широко обнаруживаемый механизм, направленный на предотвращение расстройств поведения и биологических процессов не только при конфликтах сознания и бессознательного, но и при столкновениях вполне осознанных аффективно насыщенных установок» (Бассин Ф. В., 1969. С. 38). Автор рассматривал психологическую защиту как явление преобразования «значений», направленное на предотвращение конфликта «значащих переживаний». Сам же конфликт является следствием не только борьбы «бессознательного» и «сознательного», а результатом столкновения любых эмоционально значимых переживаний. Таким образом, психологическая защита является сменой психологических установок, перестройкой психической деятельности личности (Бассин Ф. В., 1969; 1971).

Зейгарник Б. В. рассматривает «меры защиты», анализируя компенсации чувства неполноценности. По ее мнению, ряд симптомов при неврозах и соматических заболеваниях являются мерами защиты, неосознаваемыми пациентом. Также, в ситуации фрустрации, неосознаваемая защита может проявиться и у здорового человека. Однако, по мнению Зейгарник Б. В., неосознаваемость защит – это зачастую путь к деформации поведения человека и рассогласованию его с целями личности. Зейгарник Б. В. говорит о том, что компенсаторные действия или «меры защиты» могут быть и вполне осознанны. Они более конструктивны и способствуют восстановлению целенаправленности

действий человека, реальности его мотивации, восстановлению общения (Зейгарник Б. В., 2000).

Карвасарский Б. Д., напротив, говорил о психологической защите как о неосознаваемом процессе, связанном с изменением значимости для личности дезадаптивных компонентов отношений (эмоциональных, когнитивных, поведенческих). Основная функция этого процесса – ослабление психотравмирующего воздействия дезадаптивных компонентов отношений на Я-концепцию. По его мнению, все механизмы психологической защиты объединяет отказ личности от действий по продуктивному разрешению ситуации (Карвасарский Б. Д., 1980).

Налчаджян А. А. полагает, что защитное поведение возникает при столкновении личности с ситуацией фрустрации. Автор связывает тип защиты и особенности защитных процессов в целом с индивидуальной значимостью фрустратора для личности (Налчаджян А. А., 1988).

Березин Ф. Б. считает целью психологической защиты снижение тревоги и эмоционального напряжения, а также регуляцию и направленность поведения. Автор предлагает следующую классификацию психологической защиты: 1) препятствующие осознанию тревоги или факторов ее вызывающих (вытеснение, отрицание); 2) фиксация тревоги; 3) снижение уровня побуждений (обесценивание исходных потребностей); 4) устранение или модификация тревоги за счет формирования концепций (концептуализация) (Березин Ф. Б., 1988).

Ташлыков В. А. описывает защитные механизмы в концепции изучения стресса. В частности, он полагает, что поскольку болезнь в клинике соматических заболеваний рассматривается как результат воздействия физиологических защит и негативных факторов, нацеленных на поддержание гомеостаза организма, то согласно этой аналогии, можно рассматривать и механизмы психологической защиты личности. Согласно его концепции, защитные механизмы адаптивны, выполняя функцию предохранения сознания от травмирующих переживаний. Однако, в рамках психотерапевтической работы играют негативную роль, сопротивляясь переработке травмирующих переживаний. Ташлыков В. А.

выделяет 11 разновидностей психологической защиты, объединяя их в 4 группы. При этом в качестве критерия группировки используются такие показатели как степень активности противодействия болезни, стрессу, трудным ситуациям (Ташлыков В. А., 1987).

Изучение защитных механизмов личности особенно актуально в медицинской психологии, в связи с работами по изучению психологических аспектов соматических заболеваний. В настоящий момент, в результате многочисленных исследований в этой области, сформировалась следующая модель. Механизмы психологической защиты вступают в действие под влиянием психотравмирующих факторов, сопровождающих соматическое заболевание. Адекватная система психологической защиты личности может препятствовать развитию психогенных расстройств и способствовать адаптации личности к заболеванию и лечению. В 1992 году Васильева И. А. предложила классификацию, в которой были обобщены данные клинических наблюдений и механизмы психологической защиты, описанные ранее в литературе. Автором были выделены следующие типы психологической защиты: рационализация, снижение уровня эмоциональной насыщенности психотравмирующих переживаний путем их обдумывания; уход от проблем; переключение на вопросы субъективно меньшей значимости; вытеснение субъективно значимых психотравмирующих переживаний. В группу вытеснения автор отнесла, также, проекцию (приписывание своих негативных мыслей и желаний другим) и отрицание проблем (связанных с болезнью). В группу ухода автор включила фантазии, выжидание, регрессию (обращение к ранним формам поведения), реверсию (самоограничения, уступки), перекладывание своих обязанностей и вины на других. Переключение автор объединила с экстенсией, то есть активной борьбой за расширение личностного пространства. С рационализацией автор объединила обесценивание (понижение значимости объекта, стремления в отношении которого, личность не может реализовать) (Васильева И. А., 1992).

Таким образом, обобщая все изложенные теории психологических защит, мы полагаем, что психологическая защита является процессом внутриспихической

адаптации личности, происходящим за счет подсознательной переработки информации и направленным на ограждение сознания от травмирующих переживаний, связанных с внутренними и внешними конфликтами личности.

В процессе онтогенеза, защитные механизмы развиваются, выполняя функцию по эффективной адаптации, оптимизации сосуществования личности со средой. Однако, оборотной стороной вопроса является то, что при нарушении социализации на каком-то из ранних этапов развития, происходит сбой в функционировании механизмов психологической защиты. И, поскольку, большая часть авторов, описывающих механизмы психологической защиты в детском возрасте, придерживаются позиции о неосознаваемости защитных механизмов, то, согласно концепции Анны Фрейд, они, характеризуясь автоматизмом, вызывают девиантные и невротические формы поведения. Таким образом, адаптивные механизмы могут при определенных условиях приводить к дезадаптации (цит. по Бурлакова Н. С., 2005).

У ребенка защитные механизмы личности формируются, согласуясь с фазой его развития, для овладения конкретными инстинктивными побуждениями. В детском возрасте, в качестве побудителя формирования защит, выступают тревожные состояния, характерные для детей: страхи, реакции беспокойства на физический дискомфорт и т.п. При этом, каждое из этих состояний может нести в себе и позитивную функцию для дальнейшего развития личности (Никольская И. М., Грановская Р. М., 2010, с. 26-27).

Во многом, процесс формирования защитных механизмов ребенка определяется внутрисемейными влияниями. В литературе можно встретить два подхода к онтогенезу защитных механизмов личности в связи с детско-родительским взаимодействием. Первые говорят об усвоении ребенком тех защитных механизмов, образцы действия которых они наблюдают у родителей. Второй говорит о формировании у ребенка защитных механизмов, вследствие негативного воздействия со стороны родителей. В этом смысле, первый вариант позволяет семье стать посредником, позволяющим ребенку выстроить адекватное

взаимодействие с окружающим миром, что способствует социальной адаптации личности (Чумакова Е. В., 1999).

Никольская И. М. и Грановская Р. М. (2010) выделили следующие факторы, имеющие влияние на развитие психологической защиты:

- закономерность созревания психических структур, их готовность к защите личности ребенка от психотравмирующих воздействий;
- возможность преобразования травмирующего сигнала с целью защиты на всех этапах его прохождения;
- структура влияния социальной среды;
- свойства личности ребенка, наличие отклонений в которых влияют на возникновение первичной структуры защитных механизмов.

Первая работа по систематизации механизмов психологической защиты у детей, как было описано ранее, принадлежит Анне Фрейд (Фрейд А., 1993). Среди работ отечественных психологов, можно выделить Личко А. Е., полагавшего, что различные формы защитных реакций постепенно складываются в процессе онтогенеза. По его мнению, наиболее типичными механизмами являются: пассивный протест (аналог отрицания), оппозиция или активный протест (аналог регрессии, замещения), имитация (ранняя форма идентификации), эмансипация (проекция на себя черт взрослых, борьба за самоутверждение), компенсация (аналог рационализации) (Личко А. Е., Иванов Н. Я., 1979). Эта классификация, основанная на работах французских детских психиатров, широко используется в работах отечественных ученых. В частности, Никольская И. М. и Грановская Р. М. именно ее приводят в своей работе «Психологическая защита у детей» (Никольская И. М., Грановская Р. М., 2010). Однако, они добавляют к этой классификации механизмы замещения, вытеснения, сновидения, отчуждения (изоляции), сублимации и регрессии. Эти механизмы более характерны для взрослых, однако могут встречаться и у детей. Так, в дошкольном и школьном возрасте они сигнализируют о формировании зрелой системы психологической защиты.

Большая заслуга по изучению психологических защит, разработке методов их измерения принадлежит Роберту Плутчику. Он полагал, что защитные механизмы являются производными эмоций, которые, в свою очередь, являются базисными средствами адаптации. Р. Плутчик, определив зависимость проявлений защитных механизмов от этапов онтогенеза, выстроил свою последовательность проявления защитных механизмов. По его мнению, первыми возникают механизмы защиты, связанные с восприятием, затем с памятью, затем – механизмы, связанные с мышлением и воображением, и лишь в последнюю очередь формируются зрелые механизмы, связанные с переоценкой и переработкой информации (Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R., 1979). Р. Плутчик прибегнул к экспертным оценкам опытных клиницистов, чтобы на их основе определить уровень развития Я, который отражают защитные механизмы. Согласно полученным данным, развитие психологической защиты в онтогенезе выглядит следующим образом: с 0 до 1,5-2 лет развиваются отрицание и проекция, с 1,5-2 до 11 лет развиваются регрессия, замещение, подавление и интеллектуализация, с 11 до 13 лет – реактивные образования и компенсация (цит. по Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996). Романова Е. С. и Гребенников Л. Р. (1996) отмечают, что любая возрастная периодизация при рассмотрении психологической защиты личности в онтогенезе будет условна. Развитие отдельных защитных механизмов в значительной мере определяется индивидуальными условиями, средовыми воздействиями и рядом других факторов развития личности.

Таким образом, развитие защитных механизмов личности в онтогенезе, процесс формирования системы защитных механизмов, имеет большое значение для дальнейшей адаптации личности. Каждый этап онтогенеза благоприятствует формированию определенных видов защитных механизмов, и переживания личности на каждом этапе оставляют свой след в общей системе защитных механизмов зрелой личности.

Вопрос исследования психологической защиты личности представляется достаточно противоречивым в связи с многообразием подходов к самому понятию «психологическая защита» и отсутствием согласия среди исследователей

в вопросе классификации механизмов психологической защиты. В исследовании психологической защиты взрослого широко используются опросники: «Индекс жизненного стиля» (LSI), разработанный Плутчиком Р. в соавторстве с Келлерманом Г. и Конте Х. Р. (адаптация Вассермана Л. И., Ерышева О. Ф., Клубовой Е. Б., 2002); опросник «Defense Mechanisms Inventory» (DMI), широко используемый в западных исследованиях (цит. по Субботина Л. Ю., 2006); опросник американского психолога М. Бонда в адаптации Е. Е. Туник (2010). Однако, согласно мнению ряда авторов, поскольку психологическая защита является производным бессознательного, то и подходить к ее изучению, особенно в детском возрасте, целесообразно с позиции проективного метода исследования (Романова Е. С., 2002; Субботина Л. Ю., 2006). Именно проективные методы дают возможность испытуемому свободно выбирать ответы и тактику поведения, несмотря на ряд недостатков, связанных с субъективностью интерпретации результатов. Использование проективных методов при исследовании психологических защит ребенка позволяет оценивать защитные механизмы в раннем возрасте. В частности, применение Детского апперцептивного теста, предложенного Беллак Л., Беллак С. (1995) позволяет выявлять психологические защиты личности ребенка, начиная с 3-4 лет (Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И., 2001). И детский, и взрослый вариант Тематического апперцептивного теста широко используется для исследования психологической защиты личности. Создатель ТАТ, Мюррей Г., разделял взгляды психоаналитиков на структуру личности и роль бессознательного в жизни человека. По его мнению, наблюдение за повседневным поведением человека малоинформативно относительно истинных побуждений личности. При рассказах же по картинам ТАТ, восприятие личности определяют скрытые побуждения и конфликты, проявляющиеся посредством механизма идентификации (цит. по Субботина Л. Ю., 2006).

В последние десятилетия был опубликован ряд работ, посвященных психологической защите в детском возрасте. Так, Боков С. Н. (2002) при исследовании учащихся средней школы выявил, что у учащихся с более высокой успеваемостью более низкие показатели напряженности защитных механизмов.

Помимо этого, в его работе определены гендерные различия в использовании психологической защиты школьниками: мальчикам более свойственно использование вытеснения, а девочкам проекции и реактивных образований. Рыжов Д. М. (2005; 2013), исследуя психологические защиты младших школьников, называет в качестве основных используемых защит этого возраста отрицание, вытеснение и идентификацию. Согласно данным автора, существует возрастная динамика в использовании детьми психологических защит. Так, с возрастом, от 1 к 4 классу, у детей снижается использование отрицания, идентификации и подавления и увеличивается использование рационализации, вытеснения, замещения и сублимации (Рыжов Д. М., 2005). Королева А. П. (2007) в своем исследовании связывает особенности психологической защиты школьника и его социометрический статус. По мнению автора, у школьников с низким социометрическим статусом преобладают защитные механизмы отрицания и вытеснения, а при высоком статусе преобладает рационализация. Головина С. Г. (2009) в своей работе изучала влияние особенностей личности и когнитивного развития младших школьников на становление их психологической защиты. Согласно ее данным, высокий уровень мышления ребенка связан со снижением использования им неадаптивных механизмов психологической защиты. Также автор выявила взаимосвязь отдельных личностных особенностей ребенка с используемым им репертуаром защитных механизмов.

Исследования психологической защиты детей с соматическими заболеваниями в отечественной литературе последних десятилетий представлены лишь отдельными работами. Так, Куртанова Ю. Е. (2004), изучая личностные особенности детей с хроническими соматическими заболеваниями (нефрологические заболевания, муковисцидоз, лимфостаз), выделяет периоды кризиса осознания заболевания, в которые идет наибольшее развитие механизмов психологической защиты больного ребенка. Вербрюгген А. А. (2008), в исследовании защитных механизмов детей с двигательными нарушениями, отмечает большое количество конфликтов, связанных с витальными

потребностями у детей с врожденными формами двигательных нарушений, а также преобладание механизма вытеснения у детей со сколиозом.

В зарубежной литературе последних десятилетий встречаются отдельные работы, посвященные изучению копинг-стратегий детей, страдающих бронхиальной астмой. Так, Protudjer J. с соавторами (2009) исследовали копинг-стратегии, с помощью которых дети, страдающие бронхиальной астмой, стремятся быть похожими на их здоровых сверстников. Van De Ven M. с соавторами (2007), изучая копинг-стратегии, связанные с качеством жизни у подростков с бронхиальной астмой, приходят к выводу, что на качество жизни в большей степени влияет тяжесть астмы, воздействие же копинг-стратегий незначительно.

Таким образом, анализ литературы показывает, что на сегодняшний день, несмотря на длительную историю изучения психологических защит личности, не существует единого взгляда как на их определение и классификацию, так и на механизм их действия. Проблема защитных механизмов детей, особенно страдающих психосоматическими заболеваниями, требует более детального изучения. Недостаточно представлены работы, отражающие взаимосвязь детских психологических защит и особенностей семейного функционирования у детей, страдающих психосоматическими заболеваниями.

1.4. Особенности семейного функционирования детей с бронхиальной астмой по материалам отечественной и зарубежной литературы

В рамках психодинамического подхода, еще в середине XX века было опубликовано большое количество работ, посвященных взаимоотношениям ребенка с бронхиальной астмой и его матери. Так, согласно концепции Франца Александера, бронхоспазм имеет защитно-приспособительный характер, а его корни лежат в ранних отношениях больного ребенка и его матери (Alexander F., Flagg G. W., 1965). Его теорию нуклеарного конфликта можно резюмировать следующими положениями:

- ребенок, страдающий бронхиальной астмой, нуждается в близкой связи с матерью, что само по себе не является специфичным именно для астматиков, специфична форма, в которой выражается эта потребность;
- мать ребенка-астматика нуждается в близкой связи с ребенком, что выражается в подсознательном желании держать его в зависимом, инфантильном положении;
- источник этой потребности заключается в матери, которая имеет актуальные неразрешенные конфликты, связанные с ее детскими отношениями с ключевыми фигурами взрослых.

Астматический приступ, согласно данной концепции, является выражением конфликта, где страх отделения от матери является первичным, а не вторичной реакцией на приступы бронхоспазма. Однако, в работах других авторов эмоциональные конфликты в связи с зависимостью от матери или угрозой отделения от нее, рассматриваются как вторичные к самому заболеванию (Knight J. A., McGovern J. P., 1967).

Многие авторы отмечают наличие паталогической привязанности между детьми с бронхиальной астмой и их матерями. Однако, имеются расхождения в описании особенностей этого свойства. Так, Williams S. (1975) рассматривает угрозу разлучения с матерью как специфическую стрессовую ситуацию для ребенка-астматика, которая стимулирует регрессивное поведение. По данным

этого автора, дети, страдающие бронхиальной астмой, имеют конфликт между стремлением к зависимости и стремлением к независимости от матери. Meijer A. (1979) напротив, указывает на положительный эффект отделения детей с бронхиальной астмой от их семей. Согласно данным этого автора, и дети-астматики, и их матери депримируются, боязливы и находятся в патологической зависимости друг от друга.

В целом, психодинамический подход описывает болезнь как следствие взаимоотношений ребенка с доминирующей матерью, что приводит к пролонгированному конфликту близости-дистанцирования. Согласно данной теории, приступ может провоцироваться при нарушении дистанции-близости с кем-либо из значимых доминирующих фигур в жизни больного.

Исследуя механизмы формирования изменений личности ребенка, страдающего бронхиальной астмой, многие авторы исследовали особенности семейного функционирования в семьях больных детей. Так, Meyer-Casalis M. (1975) описывал астматический приступ как ритуал, включенный в систему семейных взаимоотношений больного ребенка: в ответ на приступ возникают дополнительные ритуалы членов семьи, подкрепляющие ритуал пациента. Как правило, эти ритуалы направлены на избегание конфликта, что является важным фактором подкрепления симптомов психосоматического заболевания.

Куприянов С. Ю. (1985) полагал, что в развитии бронхиальной астмы важно учитывать особенности структуры и функционирования семьи ребенка, наличие конфликтных отношений в семье, семейные модели адаптации к стрессовым ситуациям. Автор выделяет 6 типов нервно-психического механизма фиксации приступов бронхиальной астмы:

- истероподобный (условная приятность приступов, с помощью которых больной избегает чего-то неприятного);
- неврастеноподобный (конфликт между чрезмерной требовательностью к себе и недостатком личностных ресурсов);
- шунтовой (приступ как способ примирить конфликтующие стороны в семейных конфликтах);

- ипохондрический (следствие воспитания в «культе болезни», гиперпротекции, что способствует формированию тревожно-мнительной личности);
- анозогностический (повышенная требовательность к ребенку и пренебрежение к симптомам заболевания);
- ложноанозогностический (больной скрывает приступы из-за боязни быть отвергнутым окружающими).

Первые три механизма (истероподобный, неврастеноподобный, шунтовой) вызывают нарастание психоэмоционального напряжения при столкновении личности больного с конфликтной ситуацией, что приводит к развитию астматического приступа. Остальные типы (ипохондрический, анозогностический и ложноанозогностический) раскрываются в установках больного и отражаются на процессе лечения и взаимодействии с окружающими и медицинским персоналом.

В последние десятилетия зарубежные и отечественные исследователи также проявили значительный интерес к исследованиям семейного функционирования в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой. Так, Bender V. G. и Klinnert M. D. (1998) отмечают, что наличие семейной дисфункции повышает риск тяжелого течения бронхиальной астмы у детей. Chen E. с соавторами (2003) в своем исследовании установили негативную роль семейных факторов в повторных госпитализациях детей, страдающих бронхиальной астмой. В то же время, Bender V. G., Annetti R. и соавторы (2002) находят, что психологические факторы практически несущественны для детей, страдающих легкой формой бронхиальной астмы. Sawyer M. G. с соавторами (2001) в своем исследовании связывают тяжесть заболевания ребенка с особенностями семейного функционирования и качеством жизни больного. Annett R. D. (2001) описывает влияние родителей на когнитивное развитие ребенка, восприятие астмы и, как следствие, на качество жизни ребенка, страдающего бронхиальной астмой. Shalowitz M. U. с соавторами (2001) определили, что симптомы депрессии и негативные стрессовые факторы у матерей детей, страдающих бронхиальной

астмой, значительно влияют на тяжесть течения заболевания у детей. Repetti R. L. с соавторами (2002) подчеркивали, что в «семьях группы риска» прослеживаются конфликтные ситуации еще на ранних этапах развития ребенка. К семьям группы риска авторы относили социальное окружение ребенка, несущее конфликты и агрессию. Kazak A. E. с соавторами (1995) пишут о том, что сам по себе ребенок, страдающий бронхиальной астмой, является вызовом для любой семьи, вследствие чего неизменно повышается уровень психологического стресса и нарушается психологическое функционирование. По мнению этих авторов, совершенно необходимо учитывать всю картину социо-психологических факторов для понимания механизмов адаптации детей и их родителей к заболеванию. Kaugars A. S. с соавторами (2004) в своей работе описывает механизмы воздействия семейных эмоциональных факторов на течение бронхиальной астмы у детей. Markson S. и Fiese V. H. (2000) выявили, что семейные ритуалы, поддерживаемые обоими родителями, могут выполнять защитную функцию и снижать тревожность у детей с бронхиальной астмой. Kim D. H. и Yoo I. Y. (2007) установили, что дети, страдающие бронхиальной астмой, чьи родители склонны к жестокости и излишним ограничениям в воспитании, имели депрессивную симптоматику.

Коваленко Н. А. (1998) в своем исследовании связывает конфликтность и противоречивость системы самооценки детей с бронхиальной астмой с их взаимоотношениями с матерью. Автор описывает мать ребенка-астматика как личность с высоким уровнем тревожности, внутренней конфликтностью, чувством вины, тесной связью эмоциональных и телесных проявлений, неспособностью к эффективному разрешению фрустрирующих ситуаций. По мнению автора, особенности взаимодействия в диаде мать-ребенок, когда недостаточность эмоциональных способов воздействия сочетается с преобладанием телесной коммуникации, могут приводить к развитию психосоматического заболевания. В исследованиях Смирновой С. В. (2012) были выявлены психологические особенности родителей детей с бронхиальной астмой: высокая ригидность, неуверенность в себе, сниженные показатели

коммуникативности, в отличие от родителей здоровых детей. Воронина С. Н. (2006) в своем исследовании выделяет факторы семейного функционирования, которые носят патогенный характер и способствуют развитию бронхиальной астмы у детей: высокий уровень ориентации на достижения, высокое значение морально-нравственных аспектов, гиперопека и эмоциональное отвержение со стороны матери. В работах Кравцовой Н. А. (2005) подчеркивается наличие неадекватных типов семейного воспитания в семьях детей с бронхиальной астмой. В исследованиях других авторов также отражены негативные стили семейного воспитания, причем большинство родителей воспитывают в детях культ болезни с зависимостью от лекарств, режима (Недельская С. Н., Раскина Е. В., Акулова Е. Ю., 2013). Ряд авторов отмечают наличие у родителей астмафобии — страха, вызванного тяжелым течением заболевания (Беленко Л. В., 2003).

Таким образом, несмотря на значительное число исследований родительско-детских отношений в семьях детей с бронхиальной астмой, наблюдается фрагментарность выводов, в которых подчеркивается искаженность стилей семейного воспитания, но без учета степени комплекса факторов: тяжести заболевания ребенка, особенностей защитных механизмов личности родителей, и особенностей психической адаптации у детей.

Таким образом, проведенный обзор литературы, позволяет сделать следующие выводы:

- Для понимания механизмов возникновения и особенностей течения психосоматического заболевания у ребенка необходимо тщательное комплексное исследование анамнеза ребенка и его родителей, личностных особенностей и особенностей психологической защиты ребенка, особенностей семейного функционирования и актуальных событий жизни семьи больного ребенка.
- Несмотря на большое количество клинико-психологических исследований детей, страдающих бронхиальной астмой, противоречивость их результатов

позволяет выявить лишь ряд характерных черт, присущих детям с психосоматическими заболеваниями в целом. В связи с чем особую актуальность приобретают комплексные исследования личности детей, страдающих бронхиальной астмой, с использованием проективных методик, позволяющих выявить особенности потребностно-мотивационной сферы и психологических защит, а также обязательным учетом особенностей семейного функционирования.

- На сегодняшний день, существует множество противоречивых взглядов на психологические защиты личности, их определение, классификации. Изучение психологической защиты в детском возрасте целесообразно проводить с помощью проективных методик. Проблема психологической защиты детей, страдающих психосоматическими заболеваниями, требует дальнейшей разработки с учетом взаимосвязи психологической защиты ребенка и родителей, а также особенностей семейного функционирования.
- Несмотря, на наличие большого количества исследований, как в зарубежной, так и в отечественной литературе, посвященных факторам семейного функционирования в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой, наблюдается фрагментарность выводов, подчеркивающих лишь отдельные механизмы воздействия семейного воспитания на особенности протекания заболевания. Необходимо комплексное исследование семей детей, страдающих бронхиальной астмой, с учетом тяжести заболевания ребенка, особенностей психологической защиты ребенка и родителей, особенностей психической адаптации у детей, стилей воспитания и родительских установок.

Глава 2. Объект и методы исследования

2.1. Объект исследования

2.1.1. Общая характеристика обследованных групп

Обследование детей, страдающих бронхиальной астмой, проводилось на базе отделения пульмонологии Ленинградской областной клинической больницы. В исследовании приняли участие матери и отцы детей, проходящих лечение. Родители и дети активно шли на контакт. По итогам обследования родителям были выданы рекомендации психолога. Также обследование проводилось на базе педиатрического отделения «Немецкой семейной клиники» (Санкт-Петербург). Педиатры клиники занимались отбором детей для обследования. В обследовании приняли участие дети, страдающие бронхиальной астмой, а также их родители. Все семьи были заинтересованы в прохождении обследования и дальнейшей работе с психологом.

Обследование детей контрольной группы проводилось на базе школы №188 Красногвардейского района г. Санкт-Петербург. При содействии родительского комитета школы и классов были обследованы учащиеся и их родители, выразившие желание принять участие в исследовании. По итогам обследования все семьи получили консультации психолога.

2.1.2. Клиническая характеристика обследуемых

В исследовании приняли участие дети с диагнозом «бронхиальная астма». У всех детей была диагностирована атопическая форма заболевания разной степени тяжести (см. таблицу 1).

Таблица 1. Распределение детей с бронхиальной астмой по степени тяжести.

Степень тяжести течения заболевания	Количество, % (чел.)
Тяжелая	8% (5 чел.)
Средняя	28% (17 чел.)
Легкая	64% (38 чел.)

Срок заболевания составлял от 1 года до 10 лет (см. таблицу 2).

Таблица 2. Распределение детей с бронхиальной астмой по срокам заболевания.

Срок заболевания	Количество, % (чел.)
1 год	18% (11 чел.)
2 года	17% (10 чел.)
3 года	20% (12 чел.)
4 года	10% (6 чел.)
5 лет	8% (5 чел.)
6 лет	7% (4 чел.)
7 лет	3% (2 чел.)
8 лет	5% (3 чел.)
9 лет	5% (3 чел.)
10 лет	7% (4 чел.)

В контрольную группу вошли дети, не страдающие какими-либо хроническими заболеваниями.

2.1.3. Демографическая характеристика обследуемых детей и их семей

Всего было обследовано 275 человек: 120 детей и 155 родителей (80 семей). Из них 60 детей, страдающих БА, и их семьи (41 семья, в двух диагнозов «бронхиальная астма» имели двое детей). В исследовании приняли участие 41

мать и 37 отцов детей с бронхиальной астмой. В контрольную группу вошли 60 детей и 39 их семей: 39 матерей и 38 отцов.

Распределение обследованных детей по полу представлено в таблице 3.

Таблица 3. Распределение детей контрольной и основной групп по полу.

Пол	Вся группа		Контрольная группа		Основная группа	
	n = 120		n = 60		n = 60	
	Кол-во (чел)	%	Кол-во (чел)	%	Кол-во (чел)	%
М	62	51,7	28	46,7	34	56,7
Ж	58	48,3	32	53,3	26	43,3

Из таблицы 3 следует, что как в общей выборке, так и в обеих группах и мальчики, и девочки представлены равнозначно.

Возраст всех обследованных детей от 8 до 12 лет. Распределение обследованных детей по возрасту представлено в таблице 4.

Таблица 4. Распределение обследованных детей по возрасту ($M \pm SD$; min-max лет).

Вся группа	Контрольная группа	Основная группа
n = 120	n = 60	n = 60
9,3 \pm 2,3 (8,1-12,3)	9 \pm 1,9 (8,3-12,1)	9,6 \pm 2,2 (8,1-12,3)

Таким образом, средний возраст детей обеих групп составил 9 лет.

Социально-демографические показатели обследованных семей представлены в таблице 5.

Таблица 5. Социально-демографические показатели семей обследованных групп.

Показатели	Контрольная группа	Основная группа
Полная/неполная семья, % (кол-во)	97,4 / 2,6 (38 / 1)	90,2 / 9,8 (37 / 4)
Возраст матери (M±SD; min-max)	35,6±2,4 (29-48)	34,2±2,2 (26-41)
Возраст отца (M±SD; min-max)	36,9±2,3 (29-48)	36,4±2,5 (29-46)
Образование матери, % (кол-во)	Ср. спец. 15,4 (6) Незак. высшее 12,8 (5) Высшее 71,8 (28)	Ср. спец. 19,5 (8) Незак. высшее 17,1 (7) Высшее 63,4 (26)
Образование отца, % (кол-во)	Ср. спец. 23,7 (9) Незак. высшее 2,6 (1) Высшее 73,7 (28)	Ср. спец. 27 (10) Незак. высшее 5,4 (2) Высшее 67,6 (25)
Материальный уровень семьи, % (кол-во)	Низкий 2,6 (1) Средний 79,5 (31) Высокий 17,9 (7)	Низкий 4,9 (2) Средний 87,8 (36) Высокий 7,3 (3)

2.2. Методология исследования

Методологическую основу исследования составили:

- фундаментальные положения российских и зарубежных психологов о формировании психологической защиты (Бассин Ф. В., Налчаджян А. А., Березин Ф. Б., Ташлыков В. А., Васильева И. А., Чумакова Е. В., Романова Е. С., Гребенников Л. Р., Никольская И. М., Грановская Р. М., Туник Е. Е., Фрейд З., Фрейд А., Кляйн М., Хорни К., Салливан Г. С., Райх В., Беллак Л., Беллак С., Розенцвейг С., Бонд М., Крамер Ф., Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R.);
- теория Выготского Л. С., содержащая принципы психологического изучения здоровых детей и детей с нарушениями развития;
- положения о формировании личности в онтогенезе в работах Ананьева Б. Г., Леонтьева А. Н., Божович Л. И. и др.;
- принципы изучения специфики семейного функционирования, отраженные в работах отечественных и зарубежных авторов

(Личко А. Е., Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., Варга А. Я., Мамайчук И. И., Минухин С., Шефер Е. С., Белл Р. К. и др.).

2.3. Методы исследования

2.3.1. Экстенсивные методы

В ходе исследования проводились направленные беседы с родителями и детьми с целью установления доверительного контакта и определения мишеней дальнейшей психологической работы. Использовался метод наблюдения, позволяющий подкрепить данные экспериментально-психологического обследования. Применялся клинико-биографический анализ семьи в связи с болезнью ребенка. Проводился анализ медицинской документации, совместно с врачами-педиатрами.

2.3.2. Интенсивные методы

Интенсивные методы исследования были реализованы с помощью набора психодиагностических методик. Детям предлагались следующие методики: детский апперцептивный тест (САТ), детский личностный опросник Р. Кеттела, методика фрустрационной толерантности Розенцвейга. Родителям предлагалось заполнить следующие методики: опросник структуры психологических защит М. Бонда, методика изучения родительских установок (Parental Attitude Research Instrument – PARI), опросник «Анализ семейных взаимоотношений (методика АСВ) Эйдемиллера Э. Г. и Юстицкиса В. В.

2.3.2.1. Проективная методика САТ

Детский апперцептивный тест (Children Apperception Test, САТ) – проективная методика исследования личности. Впервые методика была

опубликована в 1949 году Леопольдом Беллак и Соней Беллак. При обсуждении актуальных проблем, связанных с тематическим тестом апперцепции Г. Мюррея, Э. Крис выдвинул мысль, что у детей идентификация проходит значительно лучше с фигурами животных, а не людей. Л. Беллак и С. Беллак выявили в своей работе, что ТАТ не эффективен при обследовании маленьких детей. Авторы обосновали теорию, что дети 3-10 лет предпочитают в качестве объекта идентификации фигуры животных (Беллак Л., Беллак С., 1995).

И детский, и взрослый вариант Тематического апперцептивного теста широко используется для исследования психологической защиты личности. Создатель ТАТ, Мюррей Г., разделял взгляды психоаналитиков на структуру личности и роль бессознательного в жизни человека. По его мнению, наблюдение за повседневным поведением человека малоинформативно относительно истинных побуждений личности. При рассказах же по картинкам ТАТ, восприятие личности определяют скрытые побуждения и конфликты, проявляющиеся посредством механизма идентификации (цит. по Субботина Л. Ю., 2006).

Как отмечалось нами в параграфе 1.3., использование проективных методов при исследовании психологических защит ребенка позволяет оценивать защитные механизмы в раннем возрасте. В частности, применение Детского апперцептивного теста, позволяет выявлять психологические защиты личности ребенка, начиная с 3-4 лет (Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И., 2001),

Стимульный материал САТ состоит из 10 черно-белых стандартных рисунков, на которых животные выступают в качестве персонажей изображенных ситуаций. Испытуемому предлагается придумать рассказ по каждой из картинок, в котором он должен описать, что случилось раньше, что происходит сейчас и что будет происходить дальше, что думают и чувствуют персонажи.

Интерпретация данных САТ предполагает прямую идентификацию испытуемого с героем рассказа, то есть те особенности, которыми испытуемый наделяет главного героя своего рассказа, представляют тенденции самого испытуемого, его потребности и эмоции. Данные тенденции могут быть связаны с его прошлым или будущим, иметь особую актуальность в данный момент или

быть «замороженными». Характерным является то, что в рассказах отражаются не объективные жизненные обстоятельства, а их субъективное восприятие испытуемым.

Интерпретация рассказов дает исследователю возможность составить психологический портрет героя с его желаниями, потребностями, чувствами. Рассказы позволяют определить уровень активности героя во взаимоотношениях с окружающим миром, особенности характерных средовых воздействий на героя, возможности удовлетворения потребностей героя (вступают ли они в противоречие с другими потребностями героя или средовыми воздействиями), способность героя добиваться успеха на пути к значимым целям, особенности поведения героя в ситуациях фрустрации, наличие тенденций героя к асоциальному поведению, представление об основных ценностях и мировоззрении героя.

Оценка психологических защит личности ребенка проводится на основе подхода Р. Срамер (1991), разработавшей категории подсчета для распознавания различных видов проявлений механизмов психологической защиты. Схема анализа психологических защит личности по методике САТ приведена в Приложении 3.

2.3.2.2. Детский личностный опросник Р. Кеттела

Детский личностный опросник Р. Кеттела (CPQ) используется для исследования личностных особенностей детей 8-12 лет. Создание личностных опросников (16 PF, HSPQ, CPQ и др.) явилось завершением одного из этапов программного исследования личности, которое проводилось группой американских психологов, возглавляемых Р. Кеттелом. Факторный личностный опросник Р. Кеттела – одна из наиболее известных методик, созданная в рамках объективного экспериментального подхода к исследованию личности, который возник в качестве альтернативы клинико-психологическому подходу и

вербальным теориям, получившим критику из-за недостаточного экспериментального обоснования.

Опросник 16 PF впервые был опубликован в 1949 г. Институтом по проверке способностей личности. Опросник состоит из 16 шкал, оценивающих различные полярные свойства личности, что позволяет описать личностную структуру. При создании личностного опросника для детей в возрасте от 8 до 12 лет (CPQ) и личностного опросника для подростков в возрасте от 12 до 16 лет (HSPQ) Р. Кеттелом была использована модель 16-факторного опросника личности.

Оригинал детского опросника Р. Кеттела (CPQ) состоит из 14 шкал, выделенных путем факторно-аналитического исследования. Формы опросника А и В включают по 140 вопросов каждая. Формы являются эквивалентными, могут употребляться и вместе, и порознь. Адаптация методики была проведена Александровской Э. М. и Гильяшевой И. Н. в 1978 г. (Александровская Э. М., Гильяшева И. Н., 1993). В результате их работы было выделено 12 факторов, имеющих сходство с оригиналом. Однако, содержательный анализ вопросов, входящих в них, привел к некоторым изменениям характеристик. Факторы J (индивидуализм - общие дела) и N (проницательность - наивность) у детей нашей популяции не выделились.

Каждый из 12 факторов или шкал отражает характеристики некоторых качеств личности, характеризуется биполярно по крайним значениям и измеряется в станах – единицах шкалы с минимальным значением в 1 балл, максимальным – 10 и средним - 5,5 балла.

Адаптированный модифицированный вариант детского личностного опросника Р. Кеттела содержит 120 вопросов, касающихся различных сторон жизни ребенка: его семейных отношений, отношений в школе, поведения в различных социальных ситуациях, самооценки, системы установок и т. п. Вопросы доступны как для детей младшего школьного возраста, так и для более старших детей.

К каждому вопросу теста дается два ответа на выбор, к вопросам фактора В – три варианта ответа. Опросник разделен на две одинаковых части по 60 вопросов,

все 12 шкал содержат по 10 вопросов (5 в каждой части). Значимый ответ на каждый вопрос оценивается в 1 балл. Сумма баллов с помощью таблиц переводится в стены.

Опросник включает в себя следующие шкалы:

A: замкнутость – общительность

B: низкая сформированность интеллектуальных функций – высокая сформированность интеллектуальных функций

C: неуверенность в себе – уверенность в себе

D: сдержанный, флегматичный – реактивный, возбудимый

E: зависимый – независимый

F: осторожный – беспечный

G: безответственный – ответственный

H: робкий - решительный

I: реалистичный – чувствительный

O: спокойный – озабоченный

Q3: низкий самоконтроль – высокий самоконтроль

Q4: расслабленный – напряженный

2.3.2.3. Методика фрустрационной толерантности Розенцвейга

Методика фрустрационной толерантности Розенцвейга впервые описана в 1944 г. С. Розенцвейгом под названием “Методика рисуночной фрустрации”. Ее адаптированный вариант был разработан в НИИ им. В. М. Бехтерева (Тарабрина Н. В., 1984) и часто применяется в практике психологических исследований. Методика исследует особенности реагирования в затруднительных положениях (ситуациях фрустрации), при помощи оценки вербальных реакций испытуемых на рисунки с репликами одного из персонажей. Методика фрустрационной толерантности относится к проективным методикам. Методика состоит из 24 рисунков, на которых схематически изображен не законченный разговор двух или более человек. Персонажи, изображенные на рисунках, могут

различаться по полу, возрасту и другим характеристикам, но во всех ситуациях общим является наличие фрустрирующей ситуации для одного из персонажей. Согласно Розенцвейгу, ситуация фрустрации возникает тогда, когда личность встречает непреодолимые препятствия на пути к удовлетворению значимой жизненной потребности. Соответственно, фрустрационная толерантность – это способность индивида переносить фрустрацию без утраты адаптации, то есть, не прибегая к форме неадекватных реакций. Испытуемый, давая ответ, идентифицирует себя с лицом, изображенным на рисунке, и таким образом, дает более достоверный ответ, проявляя типичные для себя реакции в ситуации фрустрации.

Ситуации, представленные в методике, можно разделить на две основные группы: 16 ситуаций препятствия (некое событие, препятствие или персонаж препятствует в достижении цели) и 8 ситуаций обвинения (субъект служит объектом обвинения).

Анализ ответов испытуемого проводится по двум критериям: направление реакции и тип реакции.

По направлению реакции делятся на:

1. экстрапунитивные – реакция направлена на окружение (осуждение внешней причины фрустрации или разрешение ситуации вменяется в обязанность другому лицу) (E);
2. интропунитивные – реакция направлена на себя (ситуация принимается как благоприятная для испытуемого, испытуемый берет на себя ответственность за разрешение ситуации или признает свою вину) (I);
3. импунитивные – фрустрирующая ситуация воспринимается как незначительная, не несущая чьей-то вины, событие, которое может быть исправлено само по себе (обвинительный аспект отсутствует) (M).

По типу реакции делятся на:

1. реакции «с фиксацией на препятствии» (подчеркивается значимость препятствия, независимо от его оценки как нейтрального, неблагоприятного или благоприятного) (OD);

2. реакции «с фиксацией на самозащите» (испытуемый защищает свое «Я», ответы связаны с порицанием другого или признанием своей вины) (ED);

3. реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности» (испытуемый ищет способ разрешить конфликтную ситуацию, либо принимая разрешение ситуации на себя, либо требуя помощи от других, либо признавая, что ситуация разрешится сама по себе) (NP).

В результате сочетания этих категорий получаются девять факторов и два дополнительных (экстра- и интропунитивные реакции самозащитного типа в ситуациях обвинения).

Обработка теста предполагает, также, вычисление GCR – «степени социальной адаптации», путем сопоставления ответов конкретного испытуемого со среднестатистическими данными.

С целью расширения возможностей содержательной интерпретации результатов, Калитеевской Е. Р. (1986) была предложена дополнительная интерпретация данных, построенная на следующих гипотезах.

Ситуация фрустрации всегда несет субъективный дискомфорт и напряжение для личности. Соответственно, реакция в ситуации фрустрации несет элементы адаптации, организации поведения с целью устранения этого напряжения. Восстановление нарушенного гомеостаза является, таким образом, целью любой реакции на фрустрацию и достигается либо уходом от ситуации, либо изменением отношения к ней. Таким образом, личностные особенности реагирования в ситуации фрустрации могут быть интерпретированы как механизмы психологической защиты (либо адекватные, приводящие к уменьшению эмоционального напряжения, либо неадекватные, увеличивающие напряжение, посредством фиксации на конфликтной ситуации или включением деструктивных эмоциональных элементов реакции).

Защитное эмоциональное реагирование является неадекватным, если ответы испытуемого имеют тенденцию к изменению в сторону фиксации на препятствии

или в сторону стойких агрессивных (или аутоагрессивных) реакций, что препятствует конструктивному разрешению ситуации.

2.3.2.4. Опросник структуры психологических защит М. Бонда

Адаптированный вариант опросника американского психолога М. Бонда предложен Туник Е. Е. (2010). Опросник содержит 88 вопросов, на которые предлагается ответить, используя 9-балльную шкалу. Опросник направлен на изучение структуры психологических защит. Защитные стили личности представлены кластеризацией способов адаптации по ведущему механизму действия. Стили разделяют на 4 группы, отличающихся по степени эффективности и конструктивности: 1) неадаптивные, неэффективные; 2) защиты, искажающие образ, умеренно эффективные; 3) самопринижающие, умеренно эффективные; 4) адаптивные, эффективные защиты.

К группе неадаптивных стилей психологической защиты отнесены: соматизация, фантазия, потребление, жалобы с отказом от помощи (ипохондрия), регрессия, поведенческое отреагирование без учета негативных последствий, сдерживание (стеснительность в крайней форме), пассивная агрессия, проекция и избегание. К группе защит, искажающих образ, отнесены: преобладание (превосходство), изоляция (отстраненность), примитивная идеализация, расщепление. К группе самопринижающих защит относятся: отрицание, псевдоальтруизм, формирование реакции. К группе адаптивных (эффективных) защит относятся: присоединение (обращение за поддержкой), юмор, предвидение (прогнозирование), сублимация, подавление (задержка реакции).

Методика была успешно апробирована в психологических исследованиях (Гладков А. Н., 2012; Шабанова Е. В., 2014).

2.3.2.5. Методика изучения родительских установок (PARI)

Методика изучения родительских установок (Parental Attitude Research Instrument – PARI) направлена на выявление отношения родителей к различным аспектам семейной жизни. Авторы - американские психологи Шефер Е. С. и Белл Р. К., в России методика адаптирована Нещерет Т. В. (2001).

Опросник PARI включает 115 утверждений о семейной жизни и воспитании детей. Опросник содержит 23 шкалы, которые связаны с различными аспектами отношения родителей к семье, своей роли в ней, к ребенку и его воспитанию:

1. Вербализация
2. Чрезмерная забота
3. Зависимость от семьи
4. Подавление воли
5. Ощущение самопожертвования
6. Опасение обидеть
7. Семейные конфликты
8. Раздражительность
9. Излишняя строгость
10. Исключение внесемейных влияний
11. Сверхавторитет родителей
12. Подавление агрессивности
13. Неудовлетворенность ролью хозяйки
14. Партнерские отношения
15. Развитие активности ребенка
16. Уклонение от конфликта
17. Безучастность мужа
18. Подавление сексуальности
19. Доминирование матери
20. Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка
21. Уравненные отношения

- 22. Стремление ускорить развитие ребенка
- 23. Несамостоятельность матери

15 шкал описывают родительско-детские отношения, 8 шкал – отношение испытуемого к семейной роли. Шкалы, касающиеся родительско-детских отношений, делятся на следующие группы:

- оптимальный эмоциональный контакт,
- излишняя эмоциональная дистанция с ребенком,
- излишняя концентрация на ребенке.

Помимо этого, выделяют следующие аспекты семейных отношений:

- хозяйственно-бытовые, организация быта семьи;
- межсупружеские, связанные с моральной, эмоциональной поддержкой, организацией досуга, созданием среды для развития личности, собственной и партнера;
- отношения, обеспечивающие воспитание детей, педагогические.

2.3.2.6. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений»

Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (методика АСВ) Эйдемиллера Э. Г. и Юстицкиса В. В. (2008) направлен на выявление типов семейного воспитания. Методика позволяет диагностировать нежелательное, некорректное влияние членов семьи друг на друга, нарушения при выполнении ролей в семье и помехи для ее целостности.

Опросник включает 130 утверждений, касающихся воспитания детей. Методика включает 20 шкал:

1. Гиперпротекция
2. Гипопротекция
3. Потворствование
4. Игнорирование потребностей
5. Чрезмерность требований
6. Недостаточность обязанностей

7. Чрезмерность запретов
8. Недостаточность запретов
9. Чрезмерность санкций
10. Минимальность санкций
11. Неустойчивость стиля воспитания
12. Расширение сферы родительских чувств
13. Предпочтение детских качеств
14. Воспитательная неуверенность
15. Фобия утраты
16. Неразвитость родительских чувств
17. Проекция собственных нежелательных качеств
18. Вынесение конфликта
19. Предпочтение женских качеств
20. Предпочтение мужских качеств

Шкалы 1-11 описывают стили семейного воспитания. 12,13,17 и 18-я шкалы описывают структурно-ролевой аспект семьи. 14 и 15 шкалы показывают особенности взаимных влияний в семье. 16, 19 и 20-я шкалы описывают механизмы семейной интеграции.

2.3.3. Методы статистического анализа данных

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 17 © SPSS Inc. (2009). Использовались следующие процедуры: однофакторный дисперсионный анализ, корреляционный анализ, факторный анализ, кластерный анализ, регрессионный анализ.

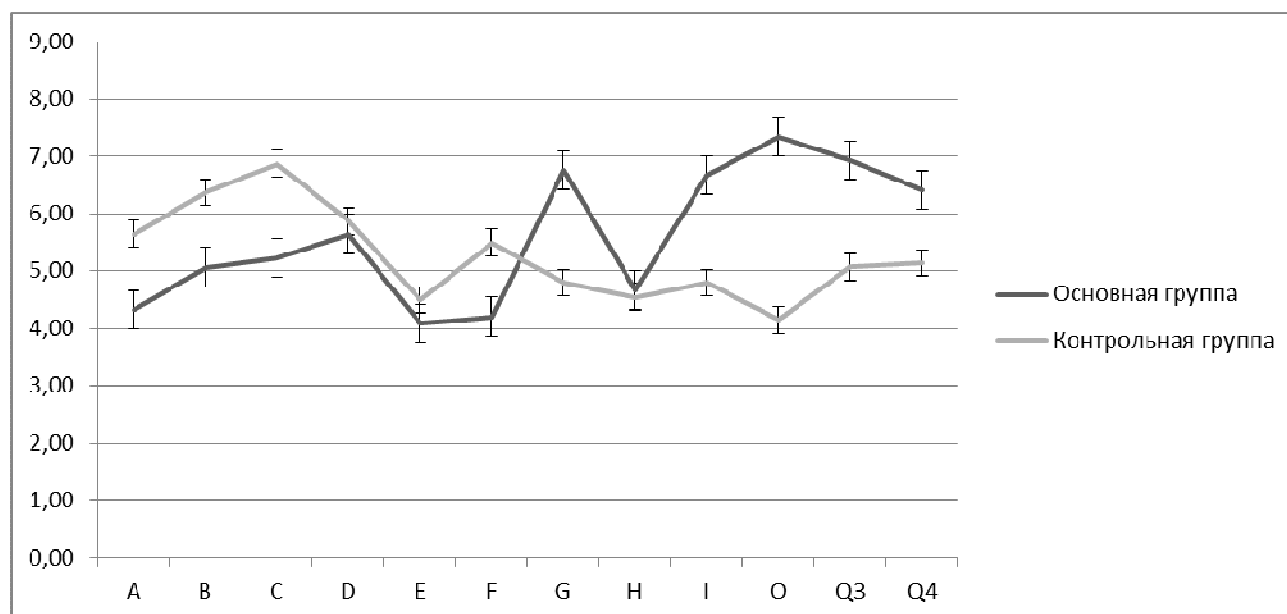
Значимость различий и достоверность корреляционных связей определялась при достижении уровня $p \leq 0,05$.

Глава 3. Результаты экспериментально-психологического исследования здоровых детей и детей с бронхиальной астмой и их родителей

3.1. Особенности структуры личности и фрустрационной толерантности у детей с бронхиальной астмой

3.1.1. Особенности личности здоровых детей и детей с бронхиальной астмой

Сравнение групп проводилось с помощью однофакторного дисперсионного анализа. В личностных характеристиках детей были выявлены следующие различия (см. рисунок 1).



A - общительность; B - высокая сформированность интеллектуальных функций; C - уверенность в себе; D - возбудимость; E - независимость; F - беспечность; G - ответственность; H - решительность; I - чувствительность; O - озабоченность; Q3 - высокий самоконтроль; Q4 – фрустрированность.

По оси абсцисс – показатели личности; по оси ординат – среднее групповые значения показателей.

Рисунок 1. Профили личности детей контрольной и основной групп.

Анализ полученных данных показал, что у детей с бронхиальной астмой наблюдаются достоверные различия от группы здоровых детей по следующим факторам: фактор O, отражающий высокий уровень тревожности ($p \leq 0,01$);

фактор G, отражающий высокий уровень ответственности ($p \leq 0,01$); фактор I, отражающий высокую чувствительность ($p \leq 0,01$); фактор Q3, отражающий высокий самоконтроль ($p \leq 0,01$); фактор C, отражающий неуверенность в себе ($p \leq 0,01$); фактор Q4, отражающий высокую фрустрированность ($p \leq 0,01$); фактор F, отражающий осторожность ($p \leq 0,01$), фактор A, отражающий замкнутость ($p \leq 0,01$); фактор B, отражающий низкую сформированность интеллектуальных функций ($p \leq 0,01$).

В исследованиях особенностей психического развития детей, страдающих соматическими заболеваниями, многие авторы выделяют особую роль тревожности как негативного преморбидного радикала личности больного ребенка (Ефимов Ю. А., 1984, 1986; Вахрушева И. А., 2004; Руслякова Е. Е., 2004; Милейко М. В., 2009 и многие другие). Тревожность как личностная характеристика повышает риск возникновения у детей и подростков с соматическими заболеваниями тревожных реакций, что негативно сказывается на их адаптации (Мамайчук И. И., 2010). Как отмечалось выше, у детей с бронхиальной астмой наблюдаются достоверно высокие показатели по фактору тревожности. Многочисленные психологические исследования показали, что уровень тревожности у человека в значительной степени зависит от ситуации, но у каждого человека есть свой личностный уровень тревожности, который проявляется в переживаниях неопределенной опасности и сопровождается напряжением, беспокойством, соматовегетативными проявлениями. Дети, характеризующиеся высоким уровнем тревожности, чаще, чем их сверстники, испытывают беспокойство, не имея определенного источника этого беспокойства. Мельников В. М. и Ямпольский Л. Т. выделили два факторных компонента при анализе тревожности по методике Кетелла: факторы эмоциональных переживаний отрицательного характера (H-, O+, Q4+) и факторы контроля над эмоциями и поведением (C-, Q3-). Данные факторы свидетельствуют о наличии двух механизмов развития и компенсации тревожности (Мельников В. М., Ямпольский Л. Т., 1985, с. 61). Мы сравнили эти факторы в изучаемых группах детей (см. таблицу 6).

Таблица 6. Факторы тревожности в блоках по методике Р Кеттела у детей основной и контрольной групп.

Факторы	Контрольная группа	Основная группа
Эмоциональные переживания отрицательного характера	4,61±0,31**	6,14±0,28
Контроль над эмоциями	6,08±0,41	5,98±0,36
** - $p \leq 0,01$		

Как показывает анализ данных, у детей с бронхиальной астмой при наличии достоверно высокого уровня отрицательных эмоциональных переживаний, наблюдается тенденция к низкому уровню контроля над эмоциями, что подчеркивает трудности компенсации тревожности.

Для более качественного анализа полученных данных, мы оценили показатели в блоке эмоционально-волевой неустойчивости (C-, G-, I-, O+, Q3-, Q4+) (Мельников В. М., Ямпольский Л. Т., 1985, с. 61). Результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7. Фактор эмоциональной неустойчивости по методике Р Кеттела у детей основной и контрольной групп.

Фактор	Контрольная группа	Основная группа
Эмоционально-волевая неустойчивость	5,14±0,33*	6,56±0,3
* - $p \leq 0,05$		

Как показывает анализ данных, уровень эмоционально-волевой неустойчивости достоверно выше в группе детей, страдающих бронхиальной астмой. Это свидетельствует о неспособности детей с бронхиальной астмой эффективно справляться с напряжением и фрустрированностью, адекватно реагировать в конфликтных ситуациях.

Нами был проанализирован также коммуникативный фактор в двух блоках: потребность в общении (А+) и способность реализовать потребность в общении (Н+, Е+, F+) (Мельников В. М., Ямпольский Л. Т., 1985, с. 61). Данные исследуемых групп по коммуникативным блокам представлены в таблице 8.

Таблица 8. Коммуникативные факторы по методике Р Кеттела у детей основной и контрольной групп.

Факторы	Контрольная группа	Основная группа
Потребность в общении	5,65±0,31**	4,33±0,34
Способность реализовать потребность в общении	4,85±0,29	4,33±0,32
** - $p < 0,01$		

Анализ полученных данных указывает на достоверно более высокий уровень потребности в общении у здоровых детей и на тенденцию к более высокому уровню способности реализации этой потребности.

В целом, полученные нами данные согласуются с исследованиями личностных особенностей у детей с соматическими заболеваниями, где авторы подчеркивают эмоционально-волевую незрелость, повышенную тревожность, чувствительность, внушаемость у детей с соматическими заболеваниями (Ковалев В. В., 1985; Николаева В. В., 1987; Лебединская К. С., 1989; Исаев Д. Н., 2000; Куртанова Ю. Е., 2004; Лешин В. В., 2013). Авторы отмечали, что у детей младшего школьного возраста с хронической соматической патологией на фоне астенических состояний наблюдались нарушения в личностном развитии.

Качественный анализ данных показал, что у детей с большим количеством приступов в большей степени выражены изменения личностного развития. Однако достоверных данных выявлено не было.

Пример. Алена К., 9 лет. Диагноз: бронхиальная астма, среднетяжелая форма, срок заболевания 6 лет. Семья полная, проживают с бабушкой и старшим братом. Данные по методике Кеттела: А=4, В=5, С=2, D=3, Е=3, F=2, G=8, H=3, I=10, O=9, Q3=7, Q4=9. Девочка не уверена в себе, спокойная,

зависимая, осторожная, ответственная, робкая, чувствительная, тревожная, с высоким уровнем фрустрированности. В школе учится хорошо, очень переживает из-за оценок и частых пропусков уроков по болезни. Родители отмечают, что несколько раз дома были истерики из-за неудач в школе, которые приводили к обострению заболевания. Несмотря на получаемое лечение, частота приступов не снижается. Педиатр рекомендовал родителям обратиться к психологу, поскольку, по его мнению, приступы могут провоцироваться нестабильным эмоциональным состоянием и повышенной тревожностью ребенка.

Таким образом, в структуре личности детей с бронхиальной астмой, в сравнении с группой их здоровых сверстников, преобладают такие личностные особенности как высокий уровень тревожности, ответственность, чувствительность, высокий самоконтроль, неуверенность в себе, фрустрированность, осторожность, замкнутость, низкий уровень интеллектуальной продуктивности. Дети с бронхиальной астмой отличаются высоким уровнем эмоциональных переживаний отрицательного характера при тенденции к низкому уровню контроля над эмоциями; высоким уровнем эмоционально-волевой неустойчивости; низким уровнем потребности в общении при тенденции к низкой способности реализовывать эту потребность.

С целью более качественного анализа мы оценили особенности поведения здоровых детей и детей с бронхиальной астмой в ситуации фрустрации с использованием методики Розенцвейга (детский вариант).

3.1.2. Особенности фрустрационной толерантности здоровых детей и детей с бронхиальной астмой

Особенности реагирования в ситуации фрустрации детей с бронхиальной астмой и здоровых представлены в таблице 9.

Таблица 9. Показатели фрустрационных реакций детей основной и контрольной групп (%).

Группы	Направленность реакций			Тип реакций			GSR
	E	I	M	OD	ED	NP	
Контрольная группа	34,88*	35,08	30,04	30,38*	32,21	37,38	69,46**
Основная группа	43,25	24,58	32,17	36,63	27,21	36,17	34,85
**- $p < 0,01$; *- $p < 0,05$							

Анализ полученных данных показал, что в группе детей с бронхиальной астмой достоверно чаще, чем у здоровых ($p \leq 0,05$), наблюдались препятственно-доминантный тип реагирования (OD) и экстрапунитивная направленность реакции (E). Высокие показатели по данным факторам отражают тенденцию к «застреванию» детей, страдающих бронхиальной астмой, на аффективно-значимых компонентах в процессе восприятия ситуации (аффективная ригидность). Неготовность ребенка с бронхиальной астмой к изменению поведения в соответствии с новыми ситуационными требованиями отчетливо проявлялась в жалобах некоторых родителей. В частности, родители отмечали, что дети излишне упрямы, склонны к своим привычкам, впечатлительны, внушаемы.

Пример. Аня С., 10 лет, бронхиальная астма, легкая форма, срок заболевания 3 года. Проживает с матерью и отцом. Данные по методике Розенцвейга: E=12, I=5, M=7; OD=10, ED=8, NP=6. Родители жалуются, что девочка бросила уже несколько дополнительных занятий (кружков). Ребенок тяжело привыкает к новым людям, поэтому если в группе менялся преподаватель, она категорически отказывалась ходить на занятия, даже если ей до этого очень нравилось. В ситуациях с чужими взрослыми продемонстрировала преимущественно интрапунитивные реакции, с фиксацией на самозащите. На рисунок № 7 «Ты невоспитанный ребенок, ты оборвала мои цветы», ответ ребенка: «Извините пожалуйста, я больше не буду». В ситуациях же с родителями показала

преимущественно препятственно-доминантные реакции экстрапунитивной направленности. Так, на рисунок № 14 «Сколько раз я тебе говорил, чтобы ты не смел закрываться!», ответ ребенка: «Ну и что! А если я хочу закрываться, ты не можешь меня заставить».

Достоверные различия в количестве экстрапунитивных реакций на фрустрацию у детей с бронхиальной астмой проявляется в таких особенностях поведения как вымещение негативных эмоций на окружающих, в вербальной агрессии. Наблюдения за детьми и анализ жалоб родителей показывают, что любая неудача, связанная с проблемами в лечении либо в учебе, или конфликтная ситуация вызывала высокое напряжение и нежелание продолжать работу.

Качественный анализ ответов детей показал, что на ситуации, где присутствуют взрослые, особенно родители, увеличивается количество экстрапунитивных реакций с проявлениями капризов, агрессии или истерик (см. таблицу 10).

Таблица 10. Характерные ответы детей основной и контрольной групп на фрустрационные ситуации с участием родителей.

Номер картинки	Содержание	Ответы детей КГ	Ответы детей ОГ
№ 10	«В наказание ты пойдешь спать раньше»	«А можно я еще немного почитаю» «Мамочка, ну пожалуйста, я больше не буду»	«Нет. Я не пойду спать, сами идите спать». «Вот еще! Ни за что!»
№11	«Тихо! Мама спит»	«Хорошо, я пока поиграю во что-нибудь другое» «Извини, я не знал»	«Ну и что, а я хочу поиграть» «Пусть просыпается, уже пора»
№14	«Сколько раз я тебе говорил о том, чтобы ты не смел закрываться»	«Ладно, я больше не буду» «Извини пожалуйста, я забыл»	«Я хочу сидеть с закрытой дверью!» «Тысячу раз говорил»
№17	«Мы сейчас уходим, а ты спи»	«Хорошо» «Ладно, только возвращайтесь скорее»	«Я не хочу спать!» «Я не буду спать, я буду в компьютер играть»

Альфред Адлер (1998) отмечал, что дети в ситуациях препятствия прибегают к специальным способам борьбы за удовлетворение потребности. Согласно его концепции, в ситуациях фрустрации ребенок испытывает чувство социального или психологического бессилия, вследствие чего развивается субъективное чувство неполноценности. Адлер А. выделил несколько типов псевдокомпенсации этого чувства неполноценности в родительско-детских отношениях: уход в болезнь, уход в слабость, лень, ложь и самоутверждение. Полученные нами данные о реакциях детей с бронхиальной астмой в ситуации фрустрации согласуются с типом псевдокомпенсации «самоутверждение» или «жестокий тиран», описанным Альфредом Адлером. При этом типе ребенок атакует родителей, обвиняющих его или запрещающих ему что-либо, пытаясь самоутвердиться за их счет.

На рисунке 2 представлены профили фрустрационных реакций у здоровых детей и детей с бронхиальной астмой. В целом, профиль фрустрационных реакций здоровых детей более гармоничен, чем профиль детей, страдающих бронхиальной астмой.

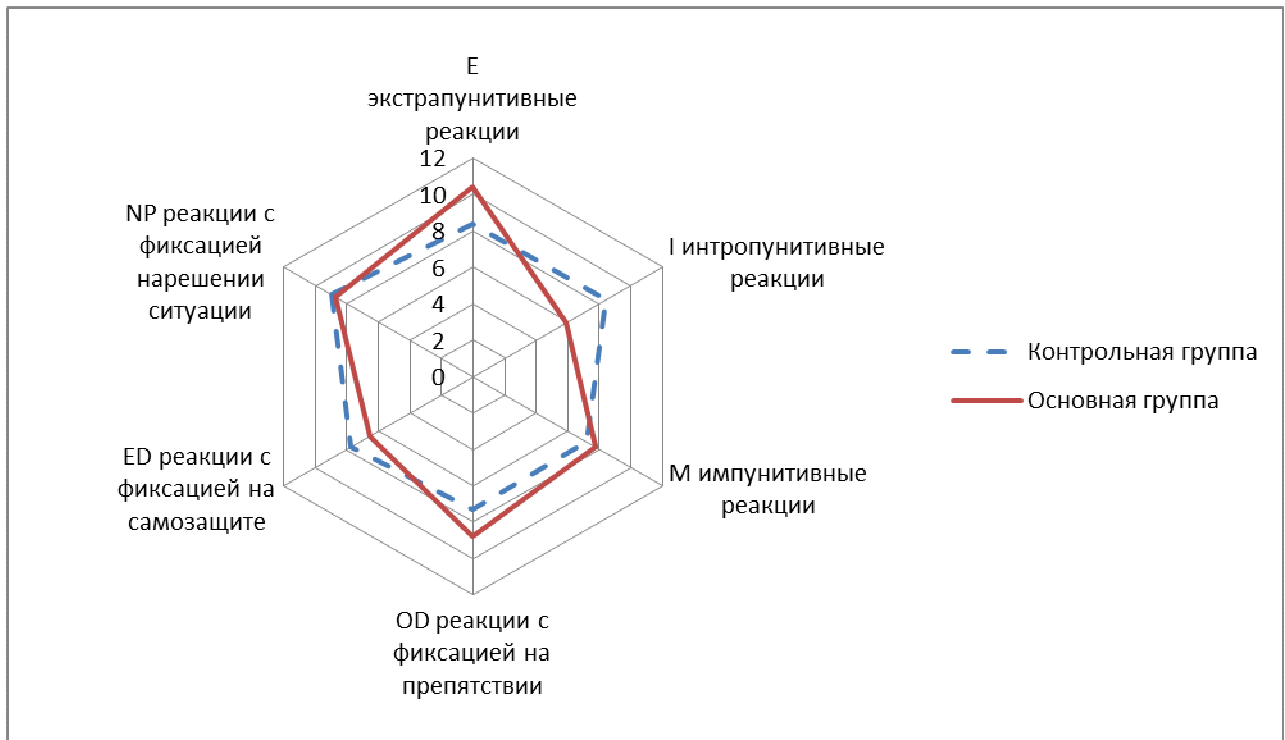


Рисунок 2. Профили фрустрационных реакций в изучаемых группах.

В общем количестве импунитивных реакций не было выявлено достоверных различий между изучаемыми группами. Однако, структура импунитивных реакций детей значительно отличалась. В частности, у детей с бронхиальной астмой достоверно реже, чем у здоровых ($p \leq 0,01$), наблюдались импунитивные реакции с фиксацией на самозащите. Импунитивные реакции с фиксацией на самозащите состоят в безобвинительных реакциях, т.е. ребенок смиренно подчиняется сложившейся ситуации, считая, что так и должно было быть, избегая осуждения и минимизируя ответственность лица, попавшего во фрустрирующую ситуацию. Таким образом, низкий показатель импунитивных реакций с фиксацией на самозащите у детей с бронхиальной астмой говорит о меньшей, чем у здоровых детей, склонности уклоняться от упрека, “входить в положение” другого человека. Возможно, это связано с повышенной требовательностью к окружающим, выработавшейся в результате того, что близкие склонны чрезмерно опекать больных детей (что способствует ожиданию от окружающих соответствующего поведения).

Структура направленности реакций больных бронхиальной астмой и здоровых детей различаются следующим образом: у детей с бронхиальной астмой преобладают экстрапунитивные реакции, в меньшей степени выражены импунитивные реакции и интропунитивные, а у здоровых детей выражены интрапунитивные реакции, в меньшей степени экстрапунитивные и импунитивные. Структуры типов реакций групп детей различаются следующим образом. У здоровых детей преобладают реакции с фиксацией на разрешении конфликта, реже встречаются реакции с фиксацией на самозащите и реакции с фиксацией на препятствии. У детей, больных бронхиальной астмой, преобладают, напротив, реакции с фиксацией на препятствии, реже встречаются реакции с фиксацией на разрешении конфликта и самозащитные реакции.

Уровень социальной адаптации детей с бронхиальной астмой достоверно ниже, чем у здоровых ($p \leq 0,01$), что подчеркивает недостаточную адаптированность таких детей к своему социальному окружению, наличие актуальных конфликтов (см. рисунок 3).

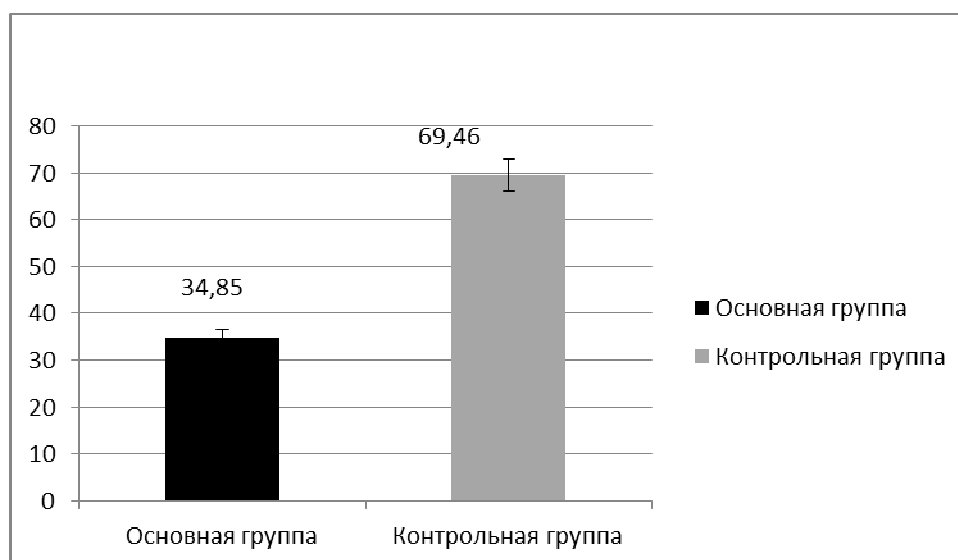


Рисунок 3. Показатели уровня социальной адаптации детей основной и контрольной групп.

Кроме уровня социальной адаптации мы проанализировали также уровень психической дезадаптации детей. Березин Ф. Б. рассматривает психическую адаптацию как «процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели при сохранении психического и физического здоровья, обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды» (Березин Ф. Б., 1988. С. 5). Автор предлагает рассчитывать уровень психической дезадаптации по формуле, базирующейся на факторах методики Кеттела: $Q4/C$. В работах Мамайчук И. И. была предложена формула для детей и подростков, куда, помимо личностных факторов, были включены и особенности фрустрационной толерантности (Мамайчук И. И., 2000. С. 97). Данная формула была успешно апробирована в работах многочисленных учеников Мамайчук И. И. (Трошихина Е. Г., 1997; Сырцев А. В., 2003).

$$ПД = (OD + M + Q4)/C,$$

где ПД — показатель психической адаптации; OD — показатель реакций с фиксацией на препятствии; M — показатель импунитивного типа реагирования на

фрустрацию; Q4 — показатель фрустрационной напряженности; С — показатель интеграции поведения.

Нормативные шкалы значений уровня психической адаптации, выделенные на основании экспертного анализа: от 0 до 3 баллов — нормальный уровень адаптации, от 3 до 7 баллов — неустойчивая адаптация, свыше 7 баллов — стойкое нарушение адаптации.

Показатели уровня психической дезадаптации представлены на рисунке 4.

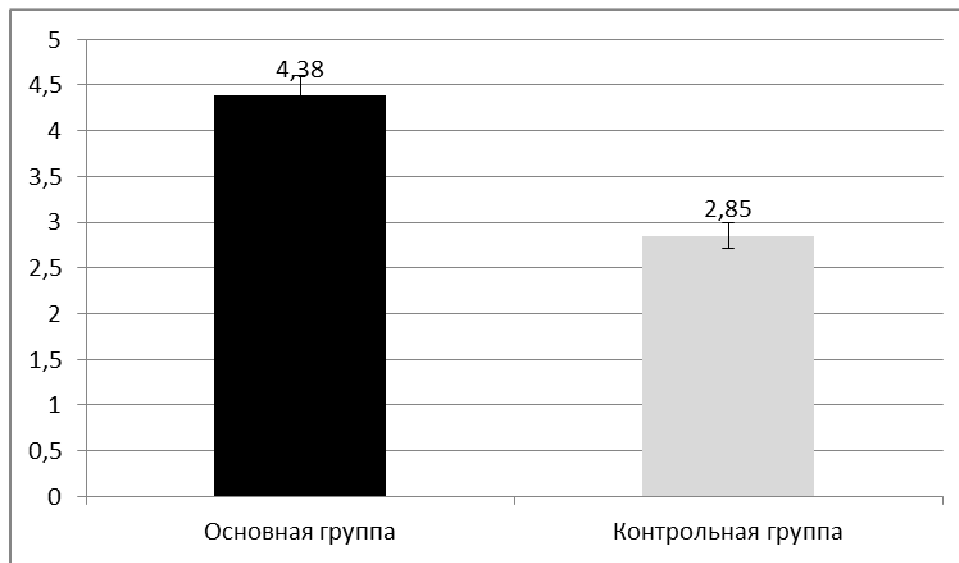


Рисунок 4. Уровень психической дезадаптации детей основной и контрольной групп.

Результаты анализа показали, что у детей с бронхиальной астмой наблюдается неустойчивая психическая адаптация, в отличие от контрольной группы здоровых детей, у которых показатели распределяются в диапазоне нормального уровня адаптации. Полученные нами данные согласуются с результатами изучения особенностей психической адаптации у подростков с соматическими заболеваниями (Руслякова Е. Е., 2004).

3.1.3. Взаимосвязь личностных характеристик и особенностей фрустрационных реакций у здоровых детей и детей с бронхиальной астмой

Корреляционные связи направленности и типа реакций в ситуации фрустрации с личностными характеристиками представлены в таблице 11.

Таблица 11. Связь личностных характеристик и фрустрационных реакций детей у детей основной и контрольной групп.

Фрустрационные реакции	Личностные особенности	
	Контрольная группа	Основная группа
Внешнеобвинительные реакции (E)	Беспечность (F+)*	Необщительность (A-)**
	Смелость (H+)*	Эмоциональная неустойчивость (C-)*
Самообвинительные реакции (I)	Зависимость (E-)**	Тревожность (O+)**
		Низкий самоконтроль (Q3-)*
Безобвинительные реакции (M)	Эмоциональная неустойчивость (C-)*	Необщительность (A-)*
		Фрустрированность (Q4)*
Препятственно-доминантные (OD)	Тревожность (O+)*	Тревожность (O+)*
	Фрустрированность (Q4+)*	Низкий самоконтроль (Q3-)*
Самозащитные (ED)	Чувствительность (I+)*	Эмоциональная неустойчивость (C-)*
	Низкий самоконтроль (Q3-)*	Фрустрированность (Q4)*
Разрешающие конфликт (NP)	Доминантность (E+)*	Общительность (A+)*
	Смелость (H+)*	Смелость (H+)*
**- $p \leq 0,01$; *- $p \leq 0,05$		

Анализ корреляционных связей показывает, что у здоровых детей в ситуации фрустрации тип реакции и ее направленность определяется следующими личностными характеристиками: настойчивость в достижении цели, самоконтроль, уверенность в себе, уравновешенность и смелость. У детей, страдающих бронхиальной астмой, реагирование в ситуации фрустрации связано с уровнем общительности, фрустрированностью, эмоциональной неустойчивостью и тревожностью. В связи с этим снижается социальная

адаптированность поведения детей, страдающих бронхиальной астмой, что подтверждают приведенные ранее данные.

Таким образом, полученные данные указывают на то, что личностные профили и фрустрационные реакции детей, страдающих бронхиальной астмой, имеют ряд особенностей, которые приводят к снижению уровня социальной адаптации и повышению уровня психической дезадаптации. С целью более качественного анализа причин выявленных особенностей, мы исследовали потребностно-мотивационную сферу детей и их психологические защиты.

3.2. Особенности психологической защиты у здоровых детей и детей, страдающих бронхиальной астмой

При оценке психологических защит личности детей мы исследовали следующие показатели:

- особенности потребностно-мотивационной сферы;
- степень привязанности ребенка к близкому окружению;
- количество и содержание конфликтов и специфика поведенческих реакций ребенка в конфликтной ситуации;
- особенности использования механизмов психологической защиты.

Исследование потребностно-мотивационной сферы детей проводилось с помощью проективной методики САТ, впервые апробированной нами (Мамайчук И. И., Соловьева Е. Ю., 1999) и широко используемой в последние десятилетия в отечественной психологической практике (Вербрюгген А. А., 2008; Головина С. Г., 2009; Рыжов Д. М., 2013; Вейц А. Э., 2014). Использование данной методики позволяет проанализировать специфику конфликтов у детей, направленность потребностей и особенности психологической защиты. Используемый нами алгоритм содержательно-качественного анализа данных успешно апробирован в исследованиях (Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И., 2001; Вербрюгген А. А., 2008; Вейц А. Э., 2014).

В нашем исследовании на предварительном этапе интерпретации данных впервые использовались лексический и семантический анализы, что позволило объективно оценить зону конфликтов и степень их выраженности. Проведенный на основе полученных данных содержательно-качественный анализ, позволил оценить содержательную сторону конфликтов и привязанностей, и оценить психологические защиты личности.

3.2.1. Результаты семантического анализа рассказов САТ здоровых детей и детей с бронхиальной астмой

В ходе лексического и психосемантического анализа нами было проанализировано 800 рассказов детей по методике САТ: 400 рассказов детей, страдающих бронхиальной астмой и 400 рассказов здоровых детей. Лексический анализ включал в себя следующие этапы:

- первый этап включал в себя анализ общего числа слов, используемых детьми в рассказах;
- на втором этапе анализировалось использование частей речи в рассказах;
- на третьем этапе анализировались особенности употребления слов, отражающих родственные связи героев в рассказах.

Лексический анализ текстов выявил, что дети, страдающие бронхиальной астмой, использовали в своих рассказах достоверно меньшее количество слов ($p \leq 0,01$), чем их здоровые сверстники (см. рисунок 5).

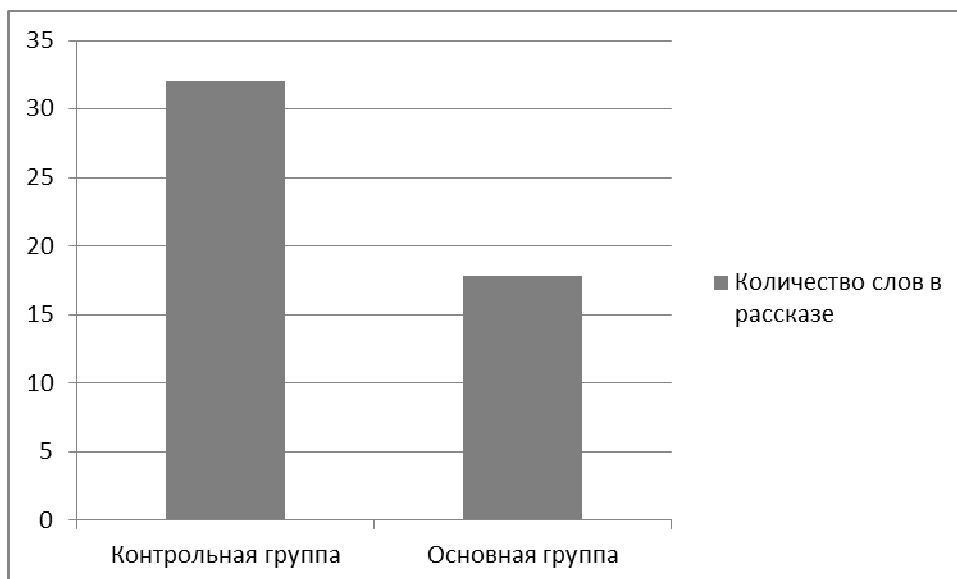


Рисунок 5. Среднее количество слов в рассказе по методике САТ.

Если рассказ здорового ребенка состоял в среднем из $32,0 \pm 4,1$ слов, то рассказ ребенка с бронхиальной астмой из $17,8 \pm 3,2$ слов. Следует подчеркнуть, что все обследованные дети, страдающие бронхиальной астмой, не имели какой-либо сопутствующей неврологической или речевой патологии. В анамнезе у них не наблюдались задержки психомоторного и речевого развития, они не состояли на учете у невролога.

На втором этапе лексического анализа нами были проанализированы особенности употребления частей речи в рассказах детей обеих исследуемых групп. Результаты представлены в таблице 12.

Таблица 12. Частота использования частей речи (%) в рассказах детей основной и контрольной групп.

Часть речи	Контрольная группа	Основная группа
Существительные	12,96	10,8
Прилагательные	3,62	1,23**
Наречия	7,98	4,23**
Глаголы неопределенные	5,62	6,63
Глаголы прошедшего времени	15,08	23,12**
Глаголы настоящего времени	7,81	3,87**
Глаголы будущего времени	2,15	5,95**
** - $p \leq 0,01$		

Здоровые дети достоверно чаще используют прилагательные ($\chi^2=9,7$; $p\leq 0,01$) и наречия ($\chi^2=10,5$; $p\leq 0,01$) для описания и оценки ситуации, по сравнению с больными детьми. Однако, несмотря на то, что основные прилагательные совпадают в обеих группах («маленький», «большой», «другой», «старый»), здоровые дети достоверно чаще ($p\leq 0,05$) используют прилагательные «злой» и «добрый», а дети с бронхиальной астмой «детский» и «голодный». В использовании наречий также выявлены различия: здоровые дети достоверно часто ($p\leq 0,05$) использовали «хорошо», а дети с бронхиальной астмой «страшно» и «нечестно».

Дети с бронхиальной астмой достоверно чаще используют глаголы прошедшего ($\chi^2=20,1$; $p\leq 0,01$) и будущего времени ($\chi^2=19,6$; $p\leq 0,01$), тогда как здоровые дети – глаголы настоящего времени ($\chi^2=11,8$; $p\leq 0,01$). В использовании глаголов настоящего времени у детей с бронхиальной астмой достоверно чаще ($p\leq 0,05$) встречается глагол «смотрит», а у здоровых детей «живет». При использовании глаголов будущего времени у детей с бронхиальной астмой достоверно чаще ($p\leq 0,05$) встречаются глаголы «убежит» и «не поймает», а у здоровых детей «придет». При использовании неопределенных глаголов и у здоровых детей, и у детей с бронхиальной астмой чаще всего встречаются глаголы «спать» и «есть». Однако, у здоровых детей, достоверно чаще ($p\leq 0,05$), чем у детей с бронхиальной астмой встречаются глаголы «гулять» и «играть».

На третьем этапе лексического анализа нами были проанализированы рассказы детей, в которых упоминались родственные связи героев и их взаимоотношения. Особенности описания семейного взаимодействия в рассказах детей, страдающих бронхиальной астмой и здоровых детей, представлены в таблице 13.

Таблица 13. Особенности семейного взаимодействия в рассказах детей с бронхиальной астмой и здоровых (%).

Параметры	Контрольная группа	Основная группа
Семейные связи героев	10,12	6,43*
Женские фигуры в семье	2,4	2,62
Мужские фигуры в семье	2,51	1,22*
Формальные обозначения членов семьи	0,28	1,74*
Уменьшительно-ласкательные обозначения членов семьи	3,24	0,65**
**- $p \leq 0,01$; *- $p \leq 0,05$		

Как показал анализ рассказов, у здоровых детей достоверно чаще, встречались упоминания членов семьи в описании главных героев, чем у детей с бронхиальной астмой ($\chi^2=6,5$; $p \leq 0,05$). Кроме того, у здоровых детей достоверно чаще наблюдались упоминания героев мужского пола (папа, дедушка, дядя) ($\chi^2=4,9$; $p \leq 0,05$). У детей с бронхиальной астмой достоверно чаще встречалось формальное обозначение родительских фигур (мать, отец) ($\chi^2=5,2$; $p \leq 0,05$). При этом, если у здоровых детей чаще встречалось формальное обозначение отцовской фигуры, то у детей с бронхиальной астмой – материнской.

Пример: Сережа Б, 8 лет. Бронхиальная астма, среднетяжелое течение, срок заболевания 5 лет. Картинка №1: «Это петух и цыплята. Он их отец, кормит их кашей. А мать ушла куда-то. Или нет, ее кот съел и теперь они с отцом живут».

В отличие от здоровых детей, дети с бронхиальной астмой достоверно реже используют уменьшительно-ласкательные обозначения родственных связей (доченька, бабулечка, братик) ($\chi^2=13,6$; $p \leq 0,01$). Однако, анализ употребления уменьшительно-ласкательных названий в обозначении главных героев (животных) не выявил таких различий. Кроме того, у детей с бронхиальной астмой наблюдается достоверно большее число употребления уменьшительно-ласкательных существительных, не отражающих семейных связей ($\chi^2=4,6$; $p \leq 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о субъективном восприятии

больным ребенком именно семейных связей как формальных, что проявляется в меньшем употреблении эмоционально-окрашенных обозначений для членов семьи. Данные результаты являются показателем проблемной зоны семейных отношений у детей, страдающих бронхиальной астмой.

И у детей с бронхиальной астмой, и у здоровых детей в качестве главного действующего персонажа преобладают взрослые животные. Соотношение взрослых и детенышей в рассказах практически одинаково в обеих группах детей. Как и у здоровых, в группе детей с бронхиальной астмой, главным героем чаще является фигура мужского пола, реже женская фигура, и на третьем месте стая (семья) героев. Однако при распределении ведущих семейных ролей в картинках, дети с бронхиальной астмой достоверно чаще ($\chi^2=4,1$; $p\leq 0,05$) используют женский персонаж. А здоровые дети достоверно чаще ($\chi^2=4,5$; $p\leq 0,05$), используют мужские персонажи. Данные исследования могут свидетельствовать о большей субъективной значимости для детей с бронхиальной астмой женской фигуры, тогда как для здоровых детей более значима мужская фигура при распределении семейных ролей. Полученные результаты согласуются с нашими данными сравнительного анализа семейных отношений в семьях детей с бронхиальной астмой и здоровых, которые выявили субъективную значимость материнской фигуры для детей, страдающих бронхиальной астмой.

Таким образом, данные лексического и психосемантического анализа показали следующие проблемные зоны у детей, страдающих бронхиальной астмой:

- ориентация на прошедшее и будущее время;
- актуальность витальных потребностей;
- формальность семейных связей;
- субъективно большая значимость женской фигуры.

С целью получения более глубоких данных по выявленным проблемным зонам, нами был использован содержательно-качественный анализ результатов обследования по методике САТ.

3.2.2. Результаты содержательно-качественного анализа рассказов методики САТ здоровых детей и детей с бронхиальной астмой

Содержательно-качественный анализ полученных данных позволил выделить следующие основные группы потребностей, встречающихся в детских рассказах:

1. Витальные потребности: потребность избежать страха, опасности, голода, холода.
2. Социальные потребности: потребность в дружеских контактах, общении со сверстниками.
3. Микросоциальные потребности: потребность в родителях, семейном окружении, избегании наказания и неодобрения.
4. Потребность в самостоятельности: потребность быть старше, сильнее.

Сравнительный анализ потребностей героев детских рассказов представлен в таблице 14.

Таблица 14. Распределение потребностей героев рассказов детей основной и контрольной групп

Потребности	Контрольная группа	Основная группа
Витальные	1,2 ± 0,7	3,6 ± 0,4**
Социальные	7,2 ± 1,0	4,8 ± 0,5*
Микросоциальные	4,9 ± 0,7	4,1 ± 0,7
Самостоятельность	5,3 ± 0,8	4,5 ± 0,9
** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$		

Сравнение двух групп показало, что дети, страдающие бронхиальной астмой, имеют достоверно более низкие показатели социальных потребностей ($p \leq 0,05$) и достоверно более высокие показатели витальных потребностей ($p \leq 0,01$). Детальный качественный анализ микросоциальных потребностей показал, что дети, страдающие бронхиальной астмой, в большей степени испытывают

потребность в общении с матерью, чем здоровые дети ($p \leq 0,01$). Полученные данные подчеркивают отрицательную роль заболевания в формировании потребностной сферы у детей.

Пример. Картинка №6.

Аня Н., 9 лет, бронхиальная астма, среднетяжелое течение, срок заболевания 3 года: «Мишка боится спать. Родители уснули давно, а он лежит и дрожит. Пещера темная, из угла могут на него чудовища напасть и утащить к себе». Витальные потребности (избегание страха и опасности).

Катя Б., 9 лет, контрольная группа: «Мама и папа улеглись в спячку, а медвежонок все ворочается. Ему хочется погулять, в снежки поиграть. Там друзья его, зайчик и лисенок, они веселятся, его зовут, а он спать должен». Социальные потребности (общение с друзьями).

Картинка №9.

Саша М., 8 лет, бронхиальная астма, легкое течение, срок заболевания 3 года: «Зайчик проснулся, а мамы нет. Он заплакал. Он не любит просыпаться, чтобы мамы рядом не было. Он боится, что она ушла куда-нибудь». Микросоциальные потребности (потребность в матери).

Дима Д., 9 лет, контрольная группа: «Зайчик проснулся утром. С кухни вкусно пахнет. Там мама уже блинчики напекла, и они с папой кофе сели пить. Зайчик сейчас тоже к ним побежит, папа его поймает и высоко-высоко подкинет. А потом все вместе кушать будут». Микросоциальные потребности (потребность в родителях).

Анализ полученных данных позволил выделить три основные группы конфликтов:

1. Конфликты, связанные с витальными потребностями: боль, болезни, голод, страхи, физические страдания, смерть.
2. Конфликты, связанные с социальными потребностями: соперничество со сверстниками, нехватка друзей, конкуренция.

3. Конфликты, связанные с микросоциальными потребностями: ссоры родителей, нехватка любви в семье, ограничения, наказания, конфликты и конкуренция с сиблингами.

Анализ основных конфликтов, встречающихся в детских рассказах, представлен в таблице 15.

Таблица 15. Конфликты в рассказах детей основной и контрольной групп.

Конфликты	Контрольная группа	Основная группа
Связанные с витальными потребностями	2,4 ± 0,4	4,0 ± 0,4**
Связанные с социальными потребностями	6,8 ± 1,1	3,6 ± 0,9*
Связанные с микросоциальными потребностями	3,7 ± 0,5	5,7 ± 0,8*
** - $p \leq 0.01$; * - $p \leq 0.05$		

Анализ конфликтов показал, что у детей с бронхиальной астмой достоверно меньшее ($p \leq 0,05$) количество конфликтов, связанных с социальными потребностями (соперничество со сверстниками, нехватка друзей, конкуренция) и достоверно более высокое ($p \leq 0,01$) число конфликтов, связанных с витальными потребностями (боль, болезни, голод, страхи, физические страдания, смерть). Также у детей, страдающих бронхиальной астмой, достоверно больше ($p \leq 0,05$) конфликтов, связанных с микросоциальными потребностями (ссоры родителей, нехватка любви в семье, ограничения, наказания, конфликты и конкуренция с сиблингами), чем у здоровых детей. Содержательный анализ конфликтов представлен на рисунке 6.

Витальные конфликты здоровых детей были в основном связаны со страхом темноты, боязнью потеряться и заблудиться (74%), а у детей с бронхиальной астмой эти конфликты относились к болезни героя и связанными с этим страхами (89%). В структуре социальных конфликтов у здоровых детей преобладает соперничество со сверстниками (74%), а у детей с бронхиальной астмой – недостаток или отсутствие друзей (69%). В семейных конфликтах здоровые дети испытывают больше переживаний в связи с конкуренцией с сиблингами,

опасениями неодобрения и наказаний со стороны родителей (81%), тогда как переживания детей с бронхиальной астмой связаны со страхами потери родителей, ссор родителей, ощущением незащищенности (72%).

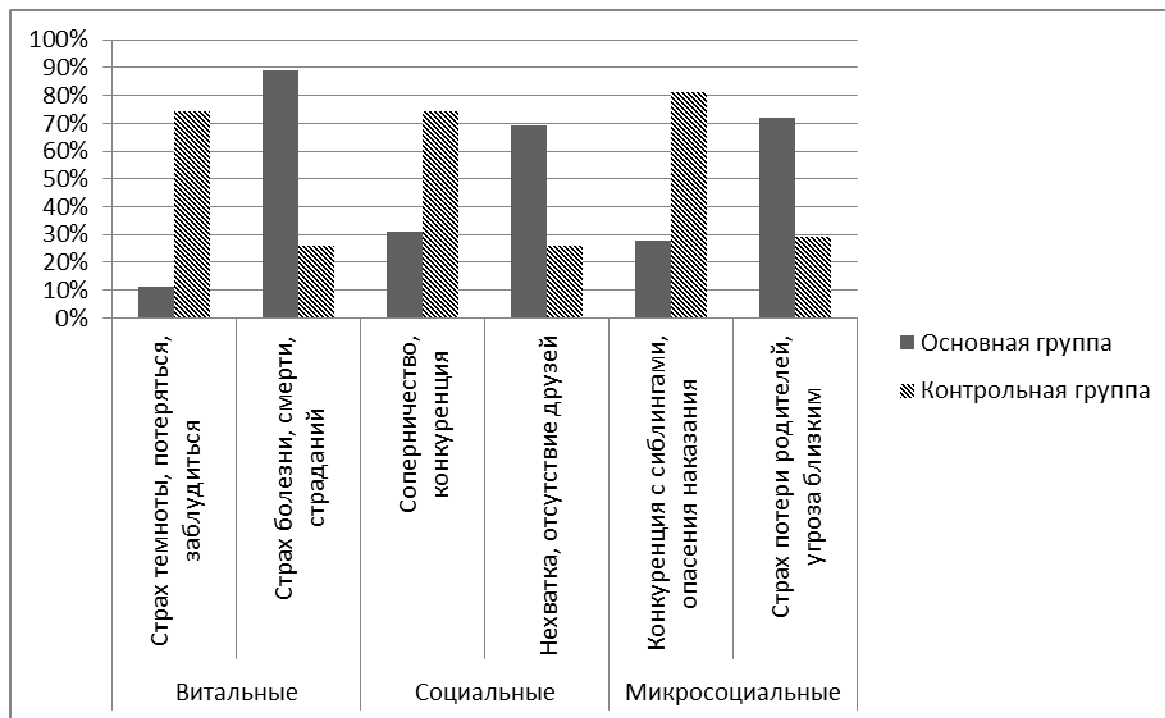


Рисунок 6. Содержательный анализ конфликтов детей основной и контрольной групп.

Пример. Катя Б., 8 лет, бронхиальная астма, легкое течение, срок заболевания 5 лет. Живет с матерью и отцом. Картинка № 9: «Зайчик проснулся один, лежит и плачет. Ему нечего есть. А его маму и папу волк съел. А он еще не знает как покушать сделать. Его потом тоже волк съест». В рассказе проявляются такие страхи ребенка как страх потерять родителей, страх остаться одному, страх смерти. Главный герой пассивен, полностью подчиняется обстоятельствам.

Миша С., 9 лет, бронхиальная астма, среднетяжелое течение, срок заболевания 7 лет. Живет с матерью и отцом. Картинка № 6: «Это берлога. Мама с папой уснули, а медвежонок никак не может уснуть. Ему страшно, он боится, что кто-нибудь в берлогу залезет и его схватит. Он хочет с мамой

спать, а его отец не пускает». В рассказе проявляются страхи ребенка, его потребность быть с матерью, конфликт с отцом.

Даша М., 9 лет, бронхиальная астма, легкое течение, срок заболевания 4 года. Живет с отцом, матерью и младшим братом. Картинка № 9. «Зайчик болеет. Он все время зимой болеет. Мама его лечит, а он все равно болеет. Сейчас ему скучно. Все на улице бегают, играют, в школу ходят, а он лежит в кровати один». В рассказе проявляются переживание одиночества, отсутствие контактов со сверстниками.

3.2.3. Особенности психологической защиты здоровых детей и детей, страдающих бронхиальной астмой

Содержательно-качественный анализ детских рисунков по методике САТ позволил выявить психологические защиты, используемые детьми. В своей работе мы опирались на классификацию, представленную в работе Романовой Е. С. и Гребенникова Л. Р. (1996, С. 55), и успешно апробированную в диссертационном исследовании психологических защит младших школьников (Вербрюгген А. А., 2008). В использованной нами классификации, были выделены следующие психологические защиты: вытеснение, отрицание, регрессия, замещение, идентификация, проекция, компенсация и интеллектуализация.

3.2.3.1. Особенности психологической защиты младших школьников, не страдающих хроническими соматическими заболеваниями

Данные, полученные нами по психологическим защитам младших школьников, не страдающих какими-либо хроническими заболеваниями представлены в таблице 16.

Анализ психологической защиты здоровых детей выявил, что ведущими механизмами защиты у них являются проекция и вытеснение. Проекция –

механизм, один из первых развивающийся в процессе онтогенеза, состоящий в приписывании окружающим негативных качеств для оправдания их неприятия и принятия самого себя. Вытеснение – развивается для сдерживания страха, посредством вытеснения из сознания угрожающих стимулов (Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996). Полученные данные согласуются с данными других исследователей (Вербрюгген А. А., 2008).

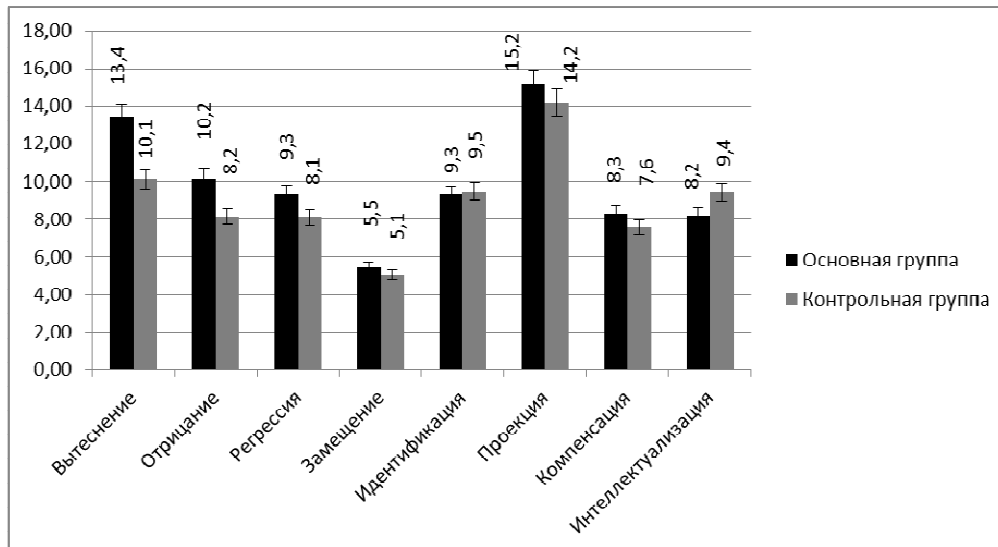
Таблица 16. Психологические защиты здоровых детей.

Психологическая защита	Показатель
Проекция	14,2±0,27
Вытеснение	10,13±0,44
Интеллектуализация	9,43±0,23
Идентификация	8,22±0,39
Отрицание	8,18±0,42
Регрессия	8,1±0,45
Компенсация	7,58±0,18
Замещение	5,05±0,39

Анализ возрастных особенностей показал, что дети 11-12 лет достоверно чаще, чем дети 8-10 лет ($p \leq 0,05$) используют защитные механизмы, требующие мысленной переработки информации, в связи с чем у них чаще встречаются такие механизмы как интеллектуализация и компенсация. Романова Е. С. и Гребенников Л. Р. (1996) отмечают в своей работе, что в онтогенезе первыми формируются механизмы отрицания и проекции (от 0 до 2 лет), затем регрессия, замещение, вытеснение и интеллектуализация (от 2 до 11 лет), а в возрасте 11-13 лет – компенсация.

3.2.3.2. Сравнительный анализ психологической защиты детей основной и контрольной групп

Сравнительный анализ психологической защиты детей с бронхиальной астмой и здоровых детей представлен в рисунке 7.



По оси абсцисс – показатели психологической защиты; по оси ординат – среднегрупповые значения показателей.

Рисунок 7. Психологические защиты детей основной и контрольной групп.

Согласно полученным нами данным, ведущим типом психологической защиты и в основной, и в контрольной группах, является проекция. По данным отечественных и зарубежных исследователей, проекция развивается в онтогенезе в раннем возрасте и несет функцию сдерживания неприятия себя и окружающих. Механизм проекции состоит в приписывании негативных качеств окружающим с целью создания рациональной основы неприятия их и принятия себя (Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996). Было выявлено, что дети с бронхиальной астмой использовали проекцию достоверно чаще, чем здоровые дети ($p \leq 0,05$).

Также были выявлены следующие достоверные различия между группами. Дети, страдающие бронхиальной астмой, достоверно чаще, чем их здоровые сверстники использовали вытеснение ($p \leq 0,01$). Согласно теории З. Фрейда, вытеснение играет роль во всех формах невротического поведения, в психосоматических заболеваниях и пр. Это один из основных, часто

встречающийся защитный механизм. Как подчеркивают Е. С. Романова и Л. Р. Гребенников (1996), вытеснение направлено на блокирование страха и негативных переживаний посредством забывания реального стимула и всех фактов и обстоятельств, связанных с ним.

Дети с бронхиальной астмой достоверно чаще использовали отрицание ($p \leq 0,01$). Отрицание заключается в отказе индивида признать очевидно произошедшие в его жизни события. З. Фрейд (1989) считал, что отрицание наиболее свойственно лицам с низким интеллектом и детям. Никольская И. М. и Грановская Р. М. (2010) пишут о том, что отрицание у детей, в частности, может проявляться в отказе от занятий, в которых они менее успешны по сравнению с их сверстниками.

Дети, страдающие бронхиальной астмой, достоверно чаще использовали компенсацию ($p \leq 0,05$). Компенсация – это механизм, с помощью которого ребенок стремится восполнить неудачи в одной сфере успехами в другой. По мнению Никольской И. М. и Грановской Р. М. (2010) компенсация часто проявляется у детей физически ослабленных, которые много болеют. При этом она далеко не всегда проявляется именно в проблемной сфере. Зачастую дети, чувствующие свою неполноценность в физической сфере, пытаются компенсировать это с помощью особой любви близких. Если же им это не удастся, то может возникнуть особое компенсаторное поведение, проявляющееся в дерзости и излишней самоуверенности.

Здоровые дети достоверно чаще использовали интеллектуализацию ($p \leq 0,01$). Интеллектуализация – это замена эмоций рассуждениями о них. Зачастую интеллектуализация у детей и подростков связана с фрустрацией в сфере общения со значимыми сверстниками и является более зрелым механизмом психологической защиты.

В целом, дети, страдающие бронхиальной астмой, использовали большее количество психологических защит, чем здоровые дети.

Пример. Митя Д., 9 лет. Бронхиальная астма, легкое течение, срок заболевания 3 года. Живет с матерью и отцом. Картинка № 7. «Это тигр

играет с обезьяной. Они дружат, он ей помогает бананы искать. А потом они спать пойдут. А утром опять играть будут». Ведущий механизм: вытеснение. Ребенок не замечает явного агрессивного контекста рисунка, превращает его в безобидный рассказ.

Аня С., 8 лет. Бронхиальная астма, среднетяжелое течение, срок заболевания 2 года. Живет с матерью, отцом и старшей сестрой. Герои рассказов ведут себя активно, дают отпор агрессору, нападают сами. Ведущий защитный механизм проекция. Картинка № 9. «Заяц проснулся, а родителей нет. Он пошел в лес и нашел, что их медведь утащил к себе. Он всех спас, привел домой, и они жили долго и счастливо»

Катя Р., 8 лет. Бронхиальная астма, легкое течение, срок заболевания 4 года. Живет с матерью, отцом и младшей сестрой. Девочка тяжело переживает появление младшей сестры, с этого момента стала чаще болеть. Картинка № 4. «Кенгуру с корзинкой и в шляпке, вся нарядная, взяла дочку и они поехали в магазин. А потом на пикник поедут и целый день будут развлекаться вдвоем. Они вдвоем живут, папа есть, но он по командировкам все время». Девочка «не видит» маленького кенгуренка в кармане у мамы, хотя достаточно подробно описывает остальные детали картинки. Подчеркивает близость старшего ребенка и матери. Ведущий механизм отрицание.

Сережа К. 10 лет. Бронхиальная астма, легкое течение, срок заболевания 3 года. Живет с матерью и отцом. Из-за заболевания пришлось бросить футбольную секцию, занятия в которой очень нравились ребенку. Картинка № 6. «Медведи спят в берлоге. Мама, папа и малыши. Ребенок у них болеет. Поэтому родители спят, а он не спит. Он переживает, что его гулять не пустили. И завтра не пустят. А друзья его звали, они в футбол играли целый день, ворота новые сделали. Вот он не спит, думает. Но ничего, он зато пока болеет всю математику решит до конца года и станет самым умным. И все ребята его будут просить объяснить. И они опять дружить все вместе будут». Ведущий механизм – компенсация.

3.2.3.3. Психологические защиты и тяжесть заболевания детей, страдающих бронхиальной астмой

Показатели психологических защит в группах детей в зависимости от степени тяжести заболевания представлены в таблице 17.

Таблица 17. Психологические защиты и степень тяжести заболевания детей с бронхиальной астмой

Психологическая защита	Тяжесть заболевания		
	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Вытеснение	12,51±0,41	12,42±0,32	15,38±0,22
Отрицание	11,24±0,36	11,11±0,34	8,14±0,16
Регрессия	8,03±0,44	8,1±0,39	11,85±0,24
Замещение	4,36±0,32	4,93±0,27	7,12±0,31
Идентификация	8,11±0,21	7,51±0,27	12,25±0,12
Проекция	13,96±0,46	14,38±0,41	17,24±0,12
Компенсация	7,04±0,44	7,81±0,49	10,05±0,11
Интеллектуализация	9,25±0,33	9,13±0,18	6,31±0,14

Анализ полученных данных показал, что в группе детей, страдающих тяжелой формой бронхиальной астмы, по всем типам психологических защит выявлены достоверные различия с группами детей с со среднетяжелой и легкой формами бронхиальной астмы ($p \leq 0,01$). Дети с тяжелой формой бронхиальной астмы достоверно реже используют отрицание и интеллектуализацию и достоверно чаще вытеснение, регрессию, замещение, идентификацию, проекцию и компенсацию. Между группами детей с легкой и среднетяжелой формами заболевания достоверных различий по используемым психологическим защитами не выявлено.

Таким образом, анализ потребностно-мотивационной сферы и психологической защиты личности детей, страдающих бронхиальной астмой выявил наличие следующих особенностей: преобладание витальных потребностей и конфликтов, высокую значимость материнской фигуры в микросоциальных потребностях, высокий уровень микросоциальных конфликтов, достоверно

высокие по сравнению со здоровыми сверстниками показатели таких психологических защит как проекция, вытеснение, отрицание, компенсация и низкие показатели интеллектуализации. Полученные данные свидетельствуют о наличии у детей, страдающих бронхиальной астмой, актуальных конфликтов в сфере семейного функционирования, в связи с чем представляется актуальным исследование семейных взаимоотношений и типов семейного воспитания в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой.

3.3. Особенности семейного функционирования в семьях здоровых детей и детей с бронхиальной астмой

Особенности семейного функционирования в семьях детей исследовались нами по следующей схеме. Мы исследовали особенности родительских отношений по методике PARI для выявления ведущих установок матерей и отцов в изучаемых нами группах. Исследование типов семейного воспитания по методике АСВ позволило нам выявить нарушения в исполнении семейных ролей и некорректные типы воспитательного воздействия. Исследование защитных стилей родителей по методике М. Бонда в адаптации Туник Е. Е. (2010), успешно апробированной в психологических исследованиях (Гладков А. Н., 2012; Шабанова Е. В., 2014), позволило выявить структуру психологических защит родителей в семьях здоровых детей и детей с бронхиальной астмой.

3.3.1. Особенности родительских отношений в семьях здоровых детей и детей с бронхиальной астмой

Результаты исследования особенностей родительских отношений и установок в семьях здоровых детей и детей с бронхиальной астмой по методике PARI представлены в таблице 18.

Таблица 18. Результаты обследования родителей основной и контрольной групп по методике PARI.

Шкалы	Отцы ОГ	Отцы КГ	Матери ОГ	Матери КГ
	n=37	n=38	n=41	n=39
Вербализация	10,1±0,4**	15,8±0,3	15,2±0,4	17,0±0,2
Чрезмерная забота	13,6±0,2***^	10,7±0,4	9,4±0,3	10,4±0,4
Зависимость от семьи	14,0±0,4	13,1±0,3	15,7±0,4**	11,5±0,5
Подавление воли	11,8±0,2***^	12,5±0,3	15,7±0,2**	12,8±0,3
Ощущение самопожертвования	14,4±0,3	13,6±0,4	15,9±0,3**	11,7±0,3
Опасение обидеть	14,8±0,3	14,6±0,3	13,6±0,4	12,8±0,4
Семейные конфликты	13,0±0,3	13,1±0,3	13,3±0,3	12,1±0,3
Раздражительность	11,4±0,3	12,3±0,3	10,4±0,4	11,2±0,3
Излишняя строгость	13,0±0,3***^	9,1±0,2	16,5±0,3**	11,8±0,3
Исключение внесемейных влияний	9,8±0,3***^	14,6±0,3^^	14,0±0,3*	9,1±0,3
Сверхавторитет родителей	10,6±0,3***^	15,0±0,3^^	14,5±0,4**	9,9±0,4
Подавление агрессивности	8,8±0,2***^	13,3±0,4	11,0±0,3	11,7±0,3
Неудовлетворенность ролью хозяйки	11,4±0,3	9,8±0,3	12,2±0,4	11,0±0,3
Партнерские отношения	11,4±0,3	12,0±0,3	12,6±0,4	12,4±0,3
Развитие активности ребенка	13,6±0,3	13,5±0,4	14,7±0,3	14,4±0,3
Уклонение от контакта	10,0±0,3	8,3±0,3	10,0±0,4	10,7±0,3
Безучастность мужа	9,8±0,3***^	13,6±0,4^^	13,9±0,4*	10,1±0,3
Подавление сексуальности	10,2±0,3	10,0±0,4	12,6±0,4**	8,4±0,3
Доминирование матери	9,8±0,3	9,3±0,3	11,3±0,4	10,7±0,3
Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	10,4±0,2	10,5±0,3	13,5±0,4*	9,4±0,3
Уравненные отношения	14,4±0,3	14,8±0,3	15,8±0,3	16,1±0,2
Стремление ускорить развитие ребенка	11,2±0,3	10,0±0,2	9,3±0,3	9,5±0,2
Несамостоятельность матери	16,0±0,3	16,6±0,2	13,7±0,4	14,8±0,2
Отношение к семейной роли	12,8±0,4	12,9±0,3	12,7±0,3	11,6±0,3
Оптимальный эмоциональный контакт	13,5±0,2	14,0±0,3	14,8±0,3	15,0±0,4
Излишняя эмоциональная дистанция	11,1±0,3	10,5±0,4	11,6±0,4	11,3±0,2
Излишняя концентрация	11,0±0,3	11,6±0,3	11,7±0,3	10,9±0,3

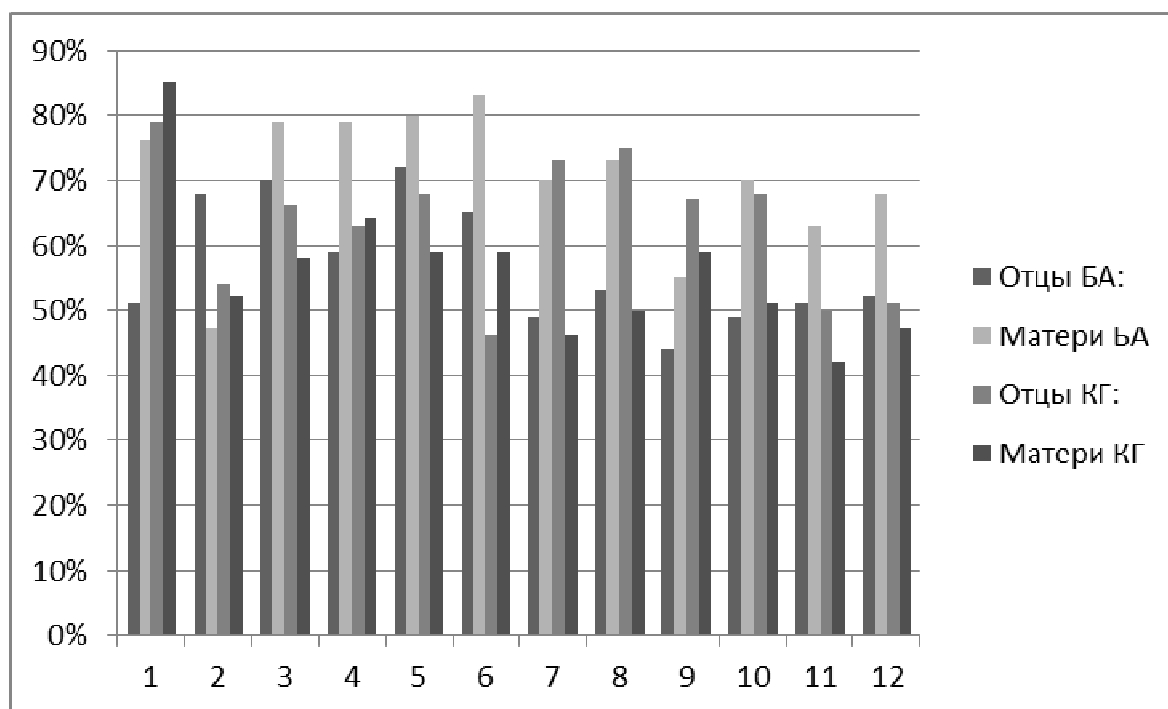
** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$ – различия между контрольной и основной группами;

^^ - $p \leq 0,01$; ^ - $p \leq 0,05$ – различия внутрисемейные

Исследование родительских установок семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, выявило следующие значимые различия от показателей семей контрольной группы. У отцов детей с бронхиальной астмой, в сравнении с

отцами контрольной группы, ниже показатели по шкалам «вербализация» и «подавление агрессивности». У матерей детей с бронхиальной астмой выше, чем у матерей контрольной группы, показатели по шкалам «зависимость от семьи», «ощущение самопожертвования», «подавление сексуальности», «чрезвычайное вмешательство в мир ребенка». И у отцов, и у матерей детей с бронхиальной астмой выше показатели по шкале «излишняя строгость», чем у родителей детей контрольной группы. По шкале «исключение внесемейных влияний», «сверхавторитет родителей» и «безучастность мужа» показатели отцов детей с бронхиальной астмой ниже, чем отцов здоровых детей, а показатели матерей с бронхиальной астмой выше, чем матерей здоровых детей.

Анализ внутрисемейного взаимодействия показал, что в родительских установках у родителей, чьи дети страдают бронхиальной астмой, показатель «чрезмерная забота» достоверно выше у отцов, чем у матерей. В семьях здоровых детей таких различий не выявлено. Показатели «подавление воли», «излишняя строгость», «подавление агрессивности» в семьях детей с бронхиальной астмой достоверно выше у матерей, в сравнении с отцами. В семьях здоровых детей различий не выявлено. Показатели «исключение внесемейных влияний», «сверхавторитет родителей», «безучастность мужа» достоверно выше у матерей в семьях детей с бронхиальной астмой и достоверно выше у отцов в семьях здоровых детей. Выявленные различия представлены на рисунке 8.



1 – вербализация, 2 – чрезмерная забота, 3 – зависимость от семьи, 4 – подавление воли, 5 – ощущение самопожертвования, 6 – излишняя строгость, 7 – исключение внесемейных влияний, 8 – свехавторитет родителей, 9 – подавление агрессивности, 10 – безучастность мужа, 11 – подавление сексуальности, 12 – чрезвычайное вмешательство в мир ребенка.

Рисунок 8. Достоверные различия в показателях родительских установок в семьях детей основной и контрольной групп (%).

Анализ показателей отношения к семье (см. рисунок 9) показал, что межсупружеские аспекты, включающие в себя моральную и эмоциональную поддержку, организацию досуга и пр. достоверно чаще ($p \leq 0,05$) наблюдаются у матерей в семьях детей с бронхиальной астмой и отцов в семьях контрольной группы. Педагогические аспекты, проявляющиеся в санкциях, излишнем контроле над ребенком, выше у матерей детей с бронхиальной астмой в сравнении с матерями контрольной группы ($p \leq 0.05$).

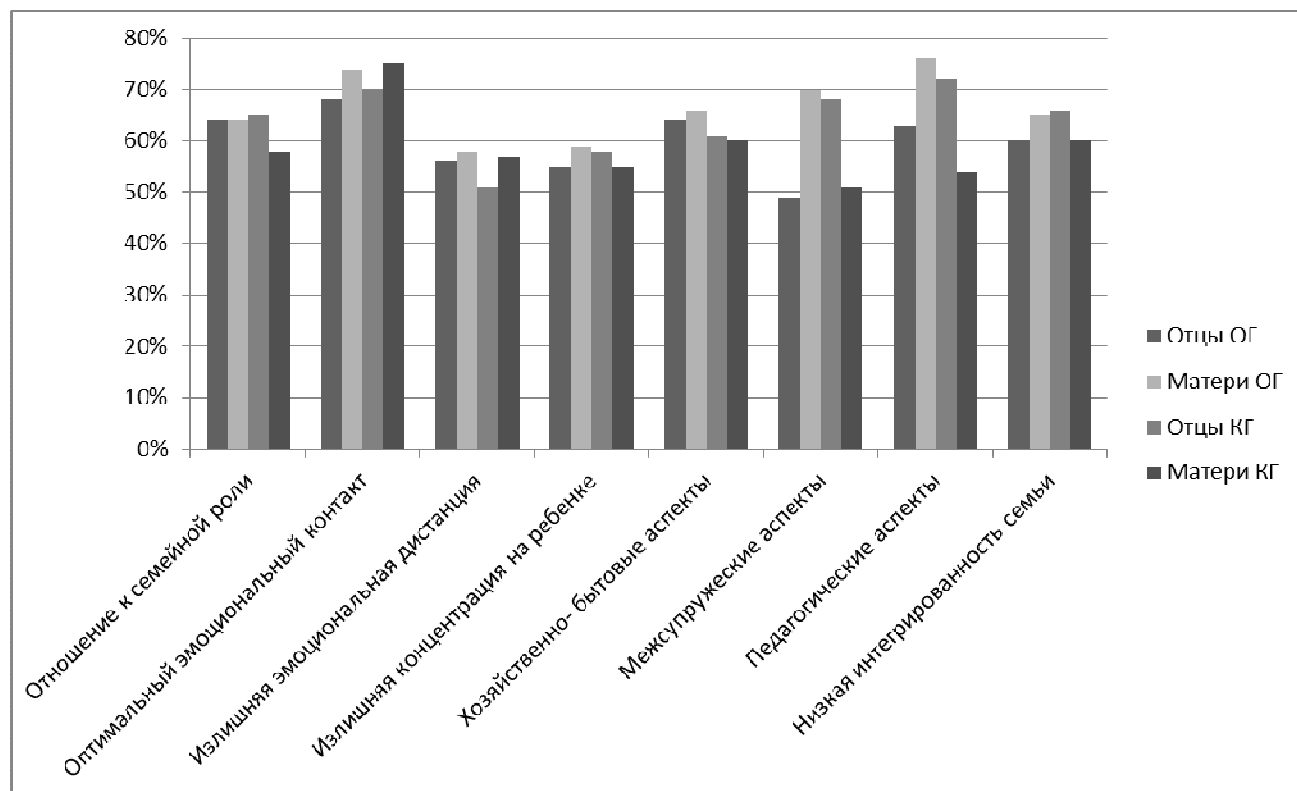


Рисунок 9. Показатели отношения к семье в семьях основной и контрольной групп (%).

Таким образом, семьи с детьми, страдающими бронхиальной астмой, характеризуются более жесткой системой, наличием строгих правил и распределением ролей. Матери детей с бронхиальной астмой отличаются большей категоричностью и авторитарностью в процессе внутрисемейного общения, а отцы же, напротив, более мягкие и заботливые.

3.3.2. Особенности стилей семейного воспитания здоровых детей и детей с бронхиальной астмой

Различия в типах семейного воспитания детей, страдающих бронхиальной астмой и здоровых детей, представлены в таблице 19.

Таблица 19. Результаты исследования типов семейного воспитания в семьях основной и контрольной групп.

Типы воспитания	Отцы ОГ	Отцы КГ	Матери ОГ	Матери КГ
Гиперпротекция	5,4±0,3**	2,0±0,2	6,9±0,3**	3,4±0,3
Гипопротекция	3,5±0,2	5,0±0,2``	2,3±0,2	2,2±0,2
Потворствование	3,6±0,2	3,3±0,2	5,6±0,3**	2,6±0,3
Игнорирование потребностей	1,3±0,2	0,4±0,2	1,6±0,3	0,7±0,3
Чрезмерность требований	1,8±0,2	1,3±0,2	1,6±0,2	0,8±0,1
Недостаточность обязанностей	3,5±0,2**	1,3±0,3	3,0±0,2	2,8±0,2
Чрезмерность запретов	1,6±0,1	1,3±0,2	1,5±0,2	1,0±0,1
Недостаточность запретов	2,5±0,2	2,0±0,2	2,0±0,2	1,8±0,1
Чрезмерность санкций	1,8±0,1	1,3±0,2	1,8±0,1	1,3±0,2
Минимальность санкций	3,3±0,2*^	2,7±0,2	2,0±0,2	2,1±0,2
Неустойчивость стиля воспитания	3,7±0,2**^^	1,4±0,1	1,9±0,2**	1,7±0,2
Расширение сферы родительских чувств	1,5±0,2	0,6±0,1	2,7±0,2*	1,6±0,2
Предпочтение детских качеств	1,0±0,1	0,5±0,1	1,7±0,2*	0,4±0,1
Воспитательная неуверенность	3,2±0,1**^	1,9±0,2`	2,3±0,1*	3,2±0,1
Фобия утраты	2,5±0,2*	0,8±0,1	3,2±0,2*	1,1±0,1
Неразвитость родительских чувств	1,8±0,1	1,8±0,1	2,6±0,2	1,9±0,2
Проекция собственных нежелательных качеств	2,0±0,1	1,7±0,1	2,2±0,2	2,2±0,1
Вынесение конфликта	1,3±0,1	0,6±0,1	0,5±0,1	0,6±0,1
Предпочтение женских качеств	1,5±0,2**^^	1,4±0,2	3,2±0,2**	1,6±0,2
Предпочтение мужских качеств	0,7±0,1	0,6±0,2	0,2±0,1	0,4±0,1

** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$ – различия между контрольной и основной группами;

`` - $p \leq 0,01$; ` - $p \leq 0,05$ – различия внутрисемейные

Как продемонстрировано в таблице 19, и у отцов, и у матерей детей с бронхиальной астмой выше показатели по шкалам «гиперпротекция» и «фобия утраты», чем у родителей здоровых детей. У отцов детей с бронхиальной астмой

выше, чем у отцов здоровых детей показатели по шкалам «недостаточность обязанностей», «неустойчивость стиля воспитания», «воспитательная неуверенность». У матерей детей с бронхиальной астмой выше показатели по шкалам «потворствование», «расширение сферы родительских чувств», «предпочтение детских качеств», «предпочтение женских качеств» и ниже, чем у матерей группы здоровых детей показатели по шкале «воспитательная неуверенность».

Анализ внутрисемейных типов воспитания показал, что в семьях здоровых детей у отцов достоверно чаще, чем у матерей выявляется гипопротекция. В семьях детей с бронхиальной астмой такой разницы нет. В семьях детей с бронхиальной астмой у отцов достоверно выше, чем у матерей, показатели «минимальность санкций», «неустойчивость стиля воспитания». А также у матерей достоверно выше «предпочтение женских качеств». В семьях здоровых детей достоверных различий между родителями по данным показателям нет. Показатель «воспитательная неуверенность» достоверно выше у отцов в семьях детей с бронхиальной астмой и у матерей в семьях здоровых детей.

Полученные данные указывают, что отцы детей, страдающих бронхиальной астмой, отличаются воспитательной неуверенностью, а у матерей наблюдаются стойкие воспитательные стереотипы, препятствующие эффективному взаимодействию с ребенком. Полученные данные подчеркивают доминирующую роль матери в семейном функционировании в семьях детей с бронхиальной астмой.

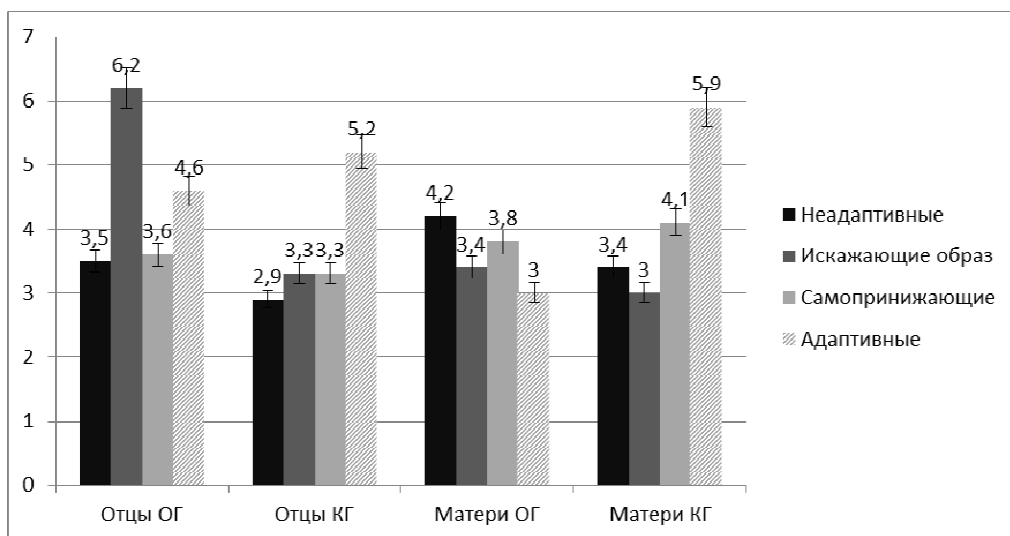
Пример. Андрей К., 9 лет. Диагноз: бронхиальная астма, среднетяжелое течение, срок заболевания 7 лет. Живет с матерью и отцом. Родители жалуются на несамостоятельность ребенка, излишнюю привязанность к матери, что отражается на поведении в школе. В процессе работы психолога с семьей выяснилось, что ребенок спит с матерью, потому что, со слов матери: «так проще, он ночью может испугаться». Отец считает это неправильным, но никак не может повлиять на ситуацию. Мать признает, что «наверное, пора что-то менять, он большой», но в процессе беседы приводит аргументы за то,

чтобы все оставалось как есть: «у него может возникнуть приступ», «я пробовала приучить его спать в своей комнате, он сразу заболевает», «он очень тонкочувствующий мальчик».

3.3.3. Особенности психологической защиты родителей здоровых детей и детей, страдающих бронхиальной астмой

Исследование психологических защит родителей проводилось по методике «Опросник структуры психологических защит», в основе которой лежит опросник М. Бонда (Туник Е. Е., 2010). Психологические защиты разбиты на четыре группы, названные защитными стилями: 1) слабоадаптивные (неэффективные); 2) психологические защиты, искажающие образ; 3) самопринижающие психологические защиты; 4) эффективные, адаптивные психологические защиты (см. Главу 2).

Анализ стилевых характеристик психологической защиты личности родителей детей основной и контрольной групп показал значимые различия ($p \leq 0,05$) по ряду показателей (см. рисунок 10).



По оси абсцисс – группы родителей; по оси ординат – среднегрупповые значения показателей защитных стилей.

Рисунок 10. Стилевые характеристики защитных механизмов личности родителей детей основной и контрольной групп.

Как показал анализ полученных данных, у отцов детей с бронхиальной астмой на достоверном уровне выражены искажающие защитные стили, в отличие от отцов контрольной группы, что отражает умеренно аффективные невротические защиты (Туник Е. Е., 2010). У матерей детей с бронхиальной астмой достоверно чаще, чем у матерей здоровых детей наблюдается неадаптивный стиль психологических защит, что проявляется в таких поведенческих радикалах как соматизация, регрессия, избегание, ипохондрия, пассивная агрессия. Показатели адаптивных защит, связанные с эффективным преодолением жизненных трудностей у матерей детей с бронхиальной астмой достоверно ниже, чем у матерей здоровых детей. По остальным факторам достоверных различий не выявлено. Однако анализ показывает, что у родителей контрольной группы преобладают адаптивные защиты, а остальные три блока имеют практически одинаковые уровни, уровень адаптивных защит у отцов детей с бронхиальной астмой выше, чем у матерей.

3.4. Взаимосвязь психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой и факторов семейного функционирования

Нами был проведен факторный анализ полученных данных по психологическим защитам детей, страдающих бронхиальной астмой, с целью определения ведущих комплексов психологической защиты личности больного ребенка. Затем был проведен регрессионный анализ с целью выявления воздействия факторов семейного функционирования и типов воспитания на формирование психологической защиты личности ребенка.

Результаты факторного анализа данных по психологическим защитам представлены в таблице 20.

Таблица 20. Результаты факторного анализа психологических защит детей, страдающих бронхиальной астмой.

Психологическая защита	Компонент		
	1	2	3
Проекция	,861		
Интеллектуализация	-,692		
Компенсация	,567		
Вытеснение	,516		
Замещение		,774	
Регрессия		,760	
Идентификация		,564	
Отрицание			,924

В первый фактор вошли такие психологические защиты как проекция, интеллектуализация с отрицательным значением, регрессия и вытеснение. Этот фактор отражает онтогенетически более ранние формы психологической защиты. Во второй фактор вошли замещение, регрессия и идентификация. Данный фактор отражает онтогенетически более зрелые психологические защиты. В третий фактор вошел механизм отрицания.

Результаты регрессионного анализа представлены в таблице 21.

Таблица 21. Взаимосвязь психологических защит детей и факторов семейного функционирования в семьях детей с бронхиальной астмой.

Психологические защиты		Факторы семейного функционирования
Фактор 1	Проекция Интеллектуализация (-) Регрессия Вытеснение	Зависимость от семьи (у матери) Доминирование матери (у матери) Безучастность мужа (у матери) Сверхавторитет родителей (у матери) Чрезмерность санкций (у матери) Самопринижающие защитные стили (у отца)
Фактор 2	Замещение Компенсация Идентификация	Неадаптивные защитные стили (у отца) Раздражительность (у матери) Опасение обидеть (у отца) Опасение обидеть (у матери) Вынесение конфликта в воспитание (у матери) Ощущение самопожертвования (у отца)
Фактор 3	Отрицание	Подавление агрессивности (у отца) Чрезмерность запретов (у отца) Недостаточность санкций (у отца) Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка (у отца) Стремление ускорить развитие ребенка (у отца) Подавление воли (у отца) Гипоопека (у отца) Неудовлетворенность ролью хозяйки (у матери)

Таким образом, как видно из таблицы 21, на формирование первого блока психологических защит детей, в который вошли проекция, интеллектуализация с отрицательными значениями, регрессия и вытеснение, оказывают влияние следующие факторы семейного функционирования. Показатели матерей: «зависимость от семьи», «доминирование матери», «безучастность мужа», «сверхавторитет родителей», чрезмерность санкций в воспитании и показатель отцов «самопринижающие защитные стили». Следовательно, на формирование данного блока психологических защит детей оказывают влияние в большей степени материнские показатели, которые описывают активную, доминирующую

мать, испытывающую зависимость от семьи, воспринимающую мужа как пассивную фигуру при том, что сам отец использует самопринижающие стили психологической защиты. На формирование второго блока психологических защит детей (замещение, компенсация, идентификация) оказывают влияние как материнские, так и отцовские показатели. Показатели матерей: «раздражительность», «опасение обидеть», вынесение конфликта в сферу воспитания. Показатели отцов: неадаптивные защитные стили, «опасение обидеть», «ощущение самопожертвования». Данные показатели описывают противоречивые родительские тенденции, когда раздражительность и конфликтность сочетаются с опасением обидеть ребенка. На формирование механизма отрицания влияют преимущественно отцовские показатели: «подавление агрессивности», «чрезмерность запретов», «недостаточность санкций», «чрезвычайное вмешательство в мир ребенка», «стремление ускорить развитие ребенка», «подавление воли», «гипоопека». И один фактор матери: «неудовлетворенность ролью хозяйки». Показатели описывают тип отца который при гипоопеке, предъявляет ребенку противоречивые требования (устанавливает запреты, но не следит за их выполнением), стремится максимально контролировать жизнь ребенка, но как правило, не доводит свои начинания до конца. Полученные данные подтверждают наши клинические наблюдения в процессе работы с семьями детей страдающих бронхиальной астмой.

Пример. Андрей Б., 10 лет, бронхиальная астма, легкое течение, срок заболевания 4 года. Проживает с матерью и отцом. Мать не работает. Мать высказывает желание выйти на работу, однако, отец категорически против. У отца высокие показатели по следующим стилям воспитания: гипоопека, чрезмерность запретов, недостаточность санкций, предпочтение мужских качеств. Среди установок отца преобладают подавление агрессивности, подавление воли, излишняя строгость. Ребенок рассказывает, что когда отец в командировке, дома становится значительно спокойнее, потому что «когда он дома ему очень сложно угодить». Мать ребенка говорит о том, что замечает как в присутствии отца ребенок старается найти причину, чтобы не делать

уроки, уйти от ситуации, которая может повлечь за собой агрессивную реакцию отца. У ребенка один из ведущих механизмов психологической защиты отрицание, что проявляется в упускании травмирующих угрожающих событий из поля внимания при рассказах по методике САТ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что на формирование защитных механизмов детей, страдающих бронхиальной астмой, оказывают влияние факторы семейного функционирования со стороны обоих родителей. В связи с этим, для достижения наибольшей эффективности психологической работы, необходимо проведение психокоррекционной работы со всеми членами семьи, включая не только самого ребенка, но и его родителей. Важным этапом работы в семье ребенка с бронхиальной астмой является диагностика факторов семейного функционирования, стилей семейного воспитания и защитных стилей родителей, что определяет дальнейшие направления психокоррекционной работы.

3.5. Выделение групп семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, на основе кластерного анализа

На основе полученных данных, мы предположили наличие нескольких типов семей детей, страдающих бронхиальной астмой, различающихся по особенностям семейного функционирования и психологических защит личности родителей.

Для объективизации данных, с целью выделения групп семей для дальнейшей психокоррекционной работы, нами был проведен кластерный анализ полученных данных.

Кластерный анализ проводился на основе факторов семейного функционирования: неадаптивные защиты матерей, зависимость от семьи матерей, исключение внесемейных влияний матерей, фобия утраты матерей, гиперопека матерей и воспитательная неуверенность отцов. Проведенный кластерный анализ позволил выделить три группы семей: в первую группу вошли 8 семей (20,5%) со слабо выраженными нарушениями семейного функционирования, во вторую 24 семьи (61,5%) с умеренными нарушениями

семейного функционирования, в третью 7 семей (18%) со значительными нарушениями семейного функционирования (см. рисунок 11).

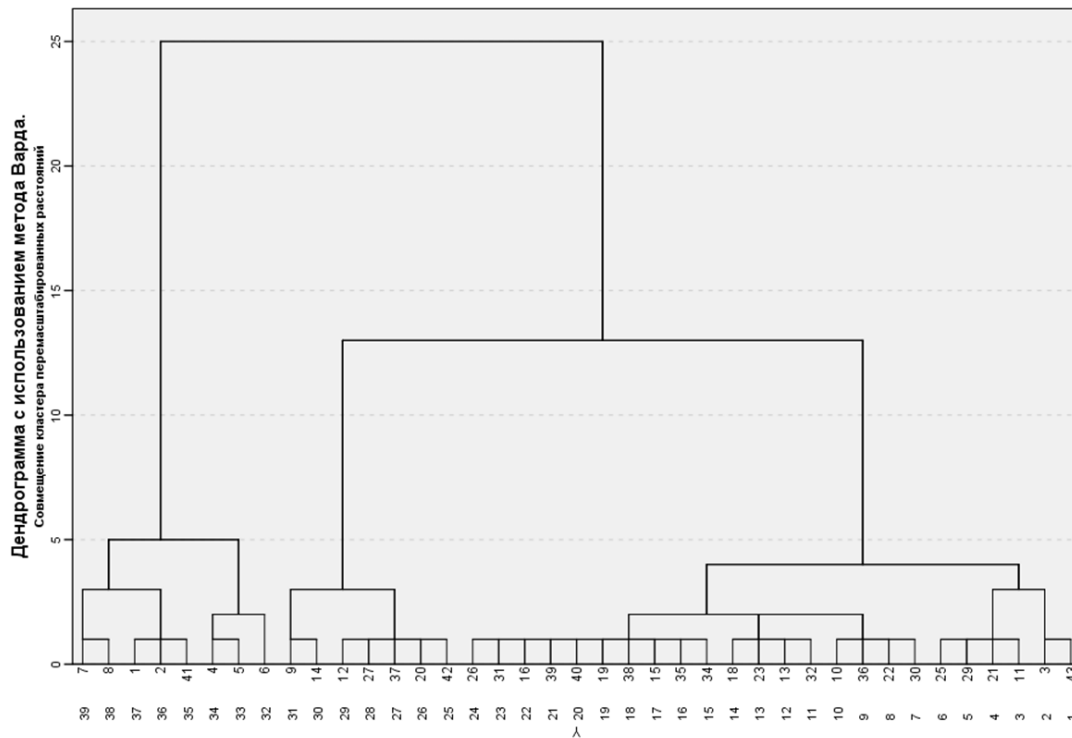


Рисунок 11. Результаты кластерного анализа.

Нами был проведен однофакторный дисперсионный анализ для оценки различий между выявленными группами по факторам семейного функционирования.

На рисунке 12 представлены значения по защитным стилям родителей в каждом кластере.

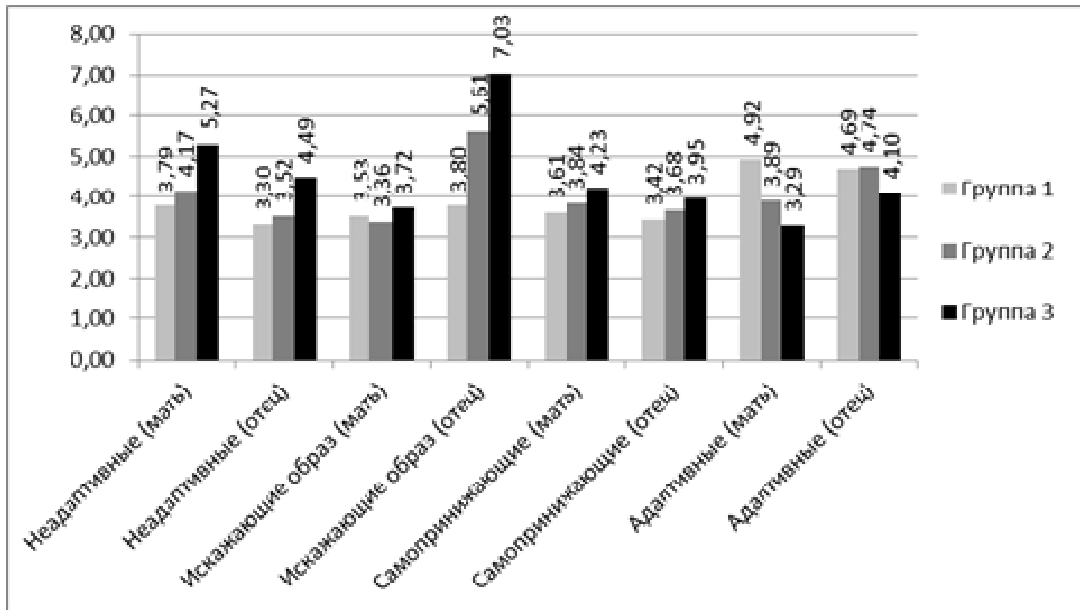


Рисунок 12. Защитные стили родителей в выделенных группах семей.

Достоверные различия между группами на уровне 0,05 были выявлены по следующим защитным стилям: неадаптивные стили у матерей и отцов, адаптивные стили у отцов. Достоверные различия на уровне 0,01 были выявлены по стилям: искажение образа у отцов и адаптивные защиты у матерей. Таким образом, матери первой группы характеризуются низкими значениями неадаптивных стилей и высокими значениями адаптивных, в отличие от матерей третьей группы, у которых преобладают неадаптивные стили. Отцы первой группы характеризуются низкими значениями неадаптивных защитных стилей и низкими значениями защит, искажающих образ, в отличие от отцов третьей группы, у которых показатели по этим стилям высокие.

На рисунке 13 представлены шкалы методики PARI, по которым были выявлены достоверные различия между группами по показателям матерей.

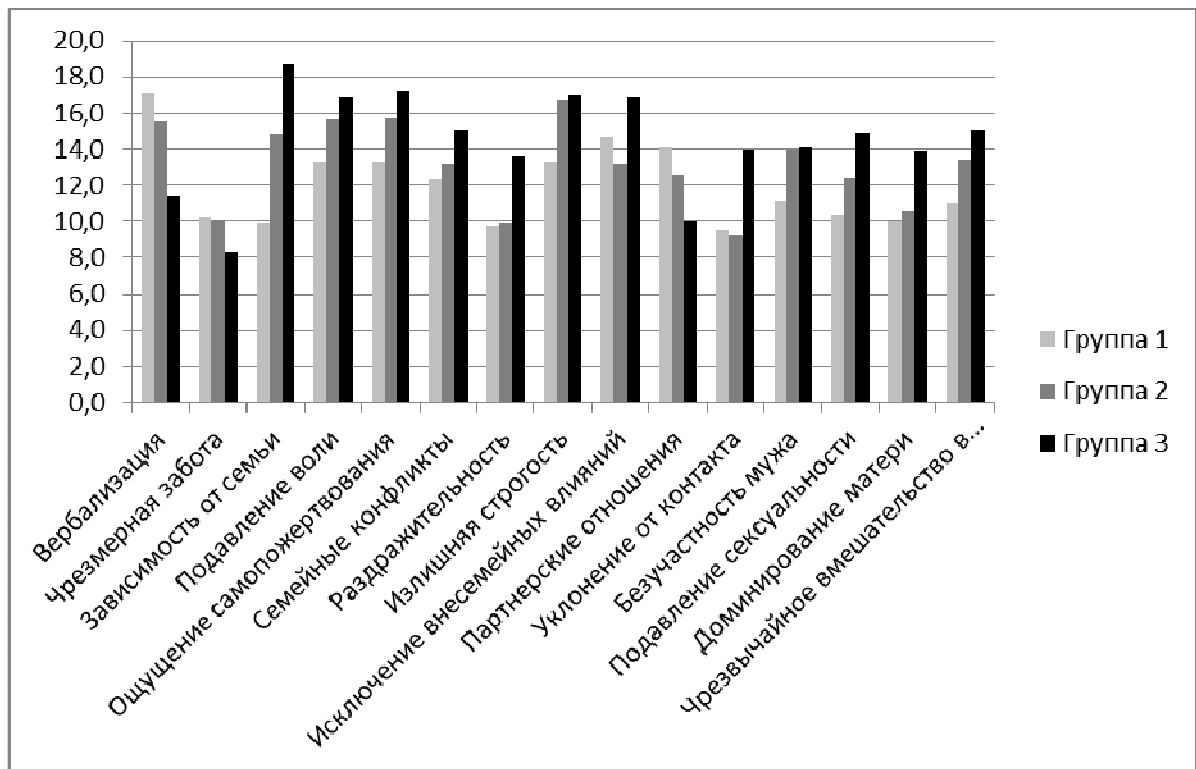


Рисунок 13. Факторы семейного функционирования матерей в выявленных группах семей.

Согласно данным, представленным на рисунке 13, матери детей третьей группы характеризуются, в отличие от матерей первой группы, низкими показателями по шкалам «вербализация» ($p \leq 0,01$), «чрезмерная забота» ($p \leq 0,05$), «партнерские отношения» ($p \leq 0,01$) и высокими показателями по шкалам «зависимость от семьи» ($p \leq 0,01$), «подавление воли» ($p \leq 0,01$), «ощущение самопожертвования» ($p \leq 0,01$), «семейные конфликты» ($p \leq 0,05$), «раздражительность» ($p \leq 0,05$), «излишняя строгость» ($p \leq 0,01$), «исключение внесемейных влияний» ($p \leq 0,01$), «уклонение от контакта» ($p \leq 0,01$), «безучастность мужа» ($p \leq 0,05$), «подавление сексуальности» ($p \leq 0,01$), «доминирование матери» ($p \leq 0,01$), «чрезвычайное вмешательство в мир ребенка» ($p \leq 0,01$).

На рисунке 14 представлены шкалы методики PARI, по которым были выявлены достоверные различия между группами по показателям отцов.

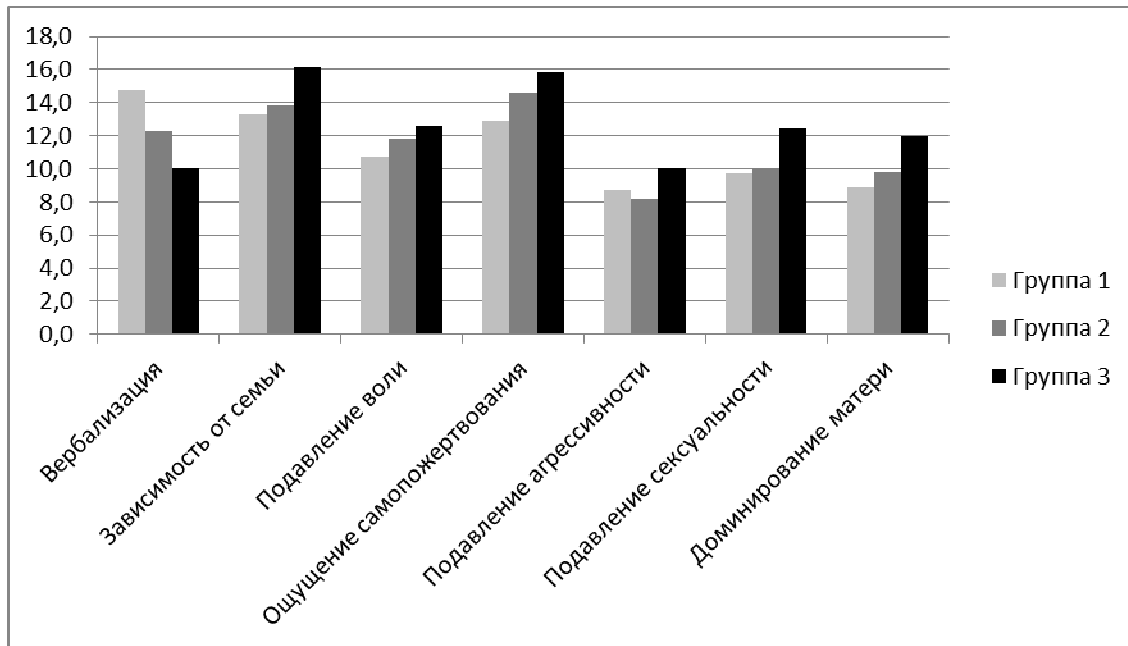


Рисунок 14. Факторы семейного функционирования отцов в выявленных группах семей.

Таким образом, согласно данным, представленным на рисунке 14, отцы третьей группы, в отличие от отцов первой группы характеризуются низкими показателями по шкале «вербализация» ($p \leq 0,01$) и высокими показателями по шкалам «зависимость от семьи» ($p \leq 0,05$), «подавление воли» ($p \leq 0,05$), «ощущение самопожертвования» ($p \leq 0,05$), «подавление агрессивности» ($p \leq 0,05$), «подавление сексуальности» ($p \leq 0,01$), «доминирование матери» ($p \leq 0,01$).

На рисунке 15 представлены показатели типов семейного воспитания отцов и матерей, по которым были выявлены достоверные различия между группами.

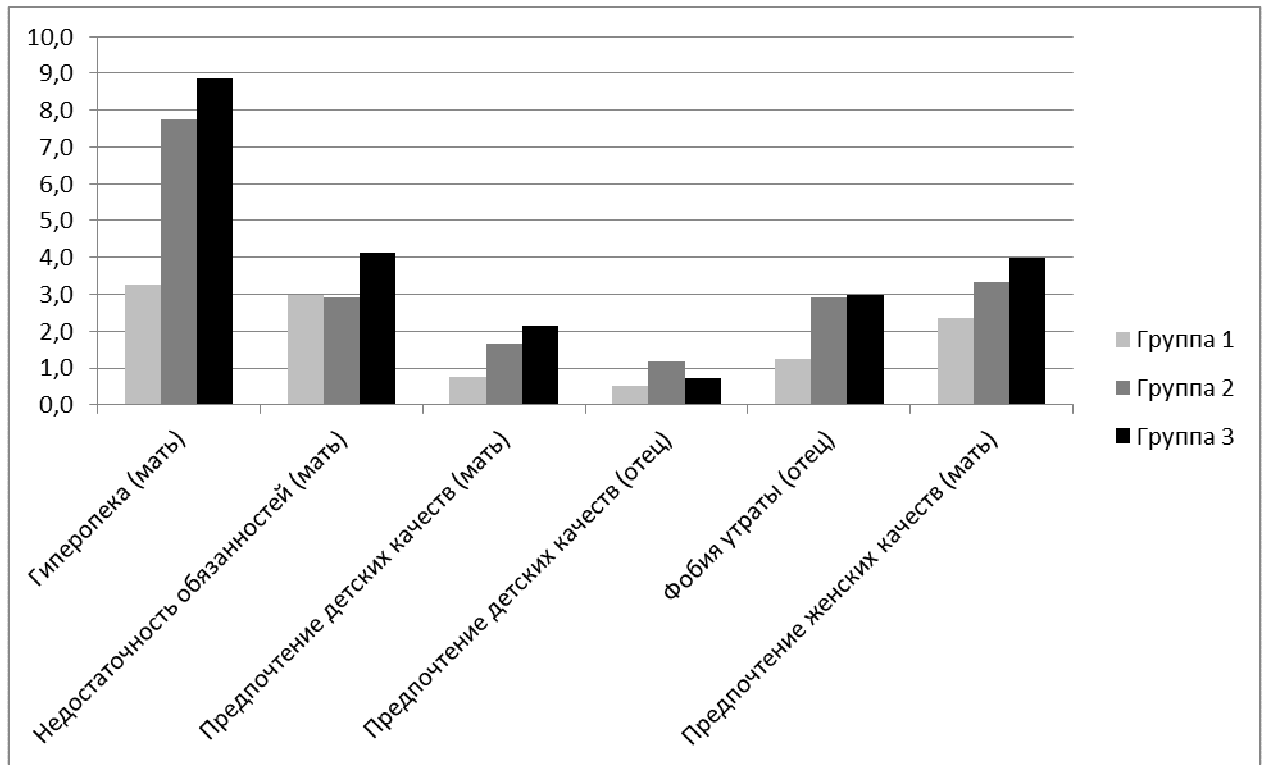


Рисунок 15. Достоверные различия по типам семейного воспитания в выявленных группах.

Согласно данным, представленным на рисунке 15, матери первой группы в отличие от матерей третьей группы, характеризуются низкими показателями «гиперопеки» ($p \leq 0,01$), «недостаточности обязанностей» ($p \leq 0,05$), «предпочтения детских качеств» ($p \leq 0,05$), «предпочтения женских качеств» ($p \leq 0,05$). Отцы второй группы имеют более высокие показатели по «предпочтению детских качеств», чем отцы первой и третьей групп ($p \leq 0,05$), а отцы первой группы имеют низкие показатели по шкале «фобия утраты» ($p \leq 0,01$), по сравнению с отцами второй и третьей групп.

Достоверных различий между группами по личностным характеристикам детей и особенностям их фрустрационных реакций выявлено не было. Однако был выявлен ряд достоверных различий по особенностям психологической защиты детей из семей выявленных трех групп. Данные представлены на рисунке 16.

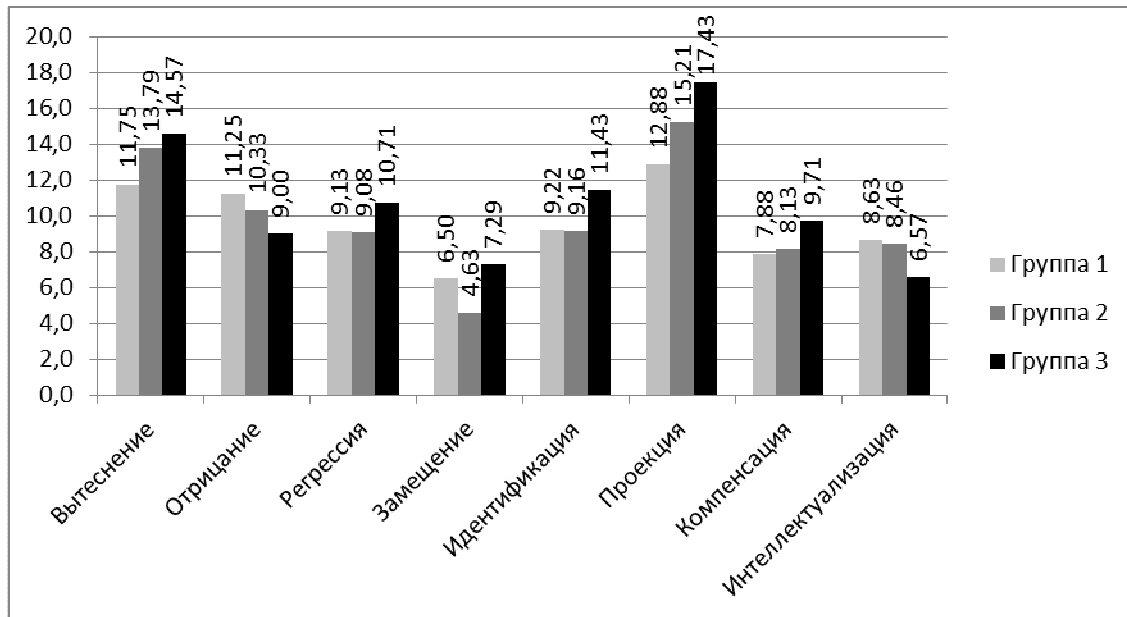


Рисунок 16. Особенности психологической защиты детей в выявленных группах.

Согласно данным, отраженным на рисунке 16, выявлены следующие достоверные различия между группами семей по психологической защите, используемой детьми. Дети второй группы достоверно реже используют замещение ($p \leq 0,05$). Дети третьей группы достоверно чаще используют проекцию ($p \leq 0,01$), компенсацию ($p \leq 0,05$) и достоверно реже интеллектуализацию ($p \leq 0,01$).

Исследование сопряженности выявленных групп с тяжестью заболевания ребенка представлено на рисунке 17.

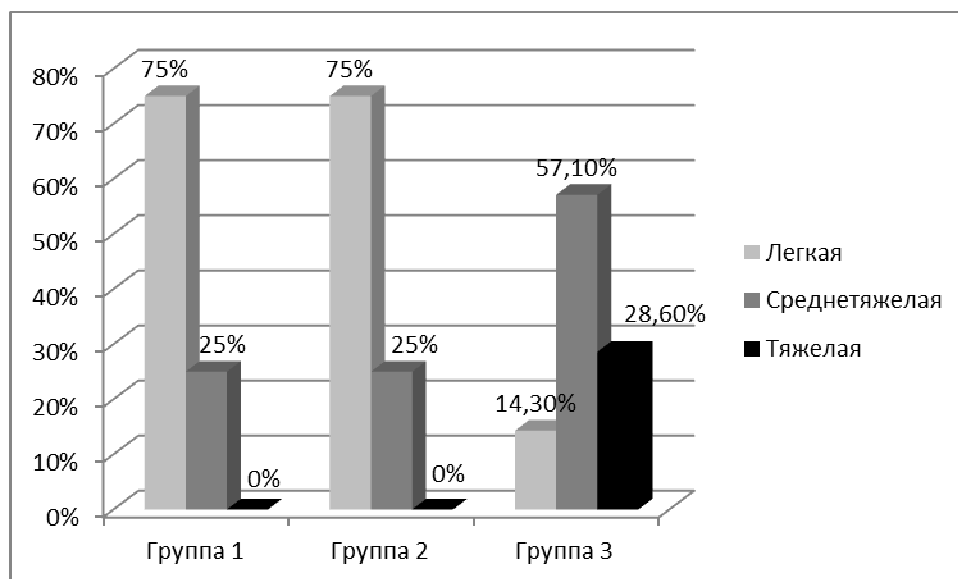


Рисунок 17. Сопряженность выявленных групп с тяжестью заболевания.

Как свидетельствует рисунок 17, в первую и вторую группу вошли, преимущественно, дети с легкой степенью бронхиальной астмы, тогда как в третьей группе преобладают дети со среднетяжелой и тяжелой степенью заболевания.

Таким образом, нами были выделены группы семей детей, страдающих бронхиальной астмой, в которых были выявлены достоверные различия особенностей семейного функционирования, типов воспитания защитных стилей родителей и психологической защиты детей. Полученные данные позволяют дифференцированно подойти к процессу психокоррекции в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой, с учетом выявленных особенностей.

Глава 4. Направления и особенности психологической помощи семьям детей, страдающих бронхиальной астмой

В отечественной и зарубежной литературе, посвященной психологическим исследованиям детей, страдающих бронхиальной астмой, подчеркивается, что эффективность лечения больного ребенка определяется не только тяжестью соматического недуга, но и рядом других факторов: индивидуально-психологическими особенностями ребенка, системой отношений в семье и стилей воспитания, уровнем адаптивности ребенка в социуме (Баранзаева Д. Ч., 2003; Исаев Д. Н., 2005; Kazak A. E. с соавт., 1995; Wright R. J. с соавт., 1998; Lehrer P. с соавт., 2002; Horak E. с соавт., 2003; Lane M., 2006; Robinson P. D., Asperen P. V., 2009; Ringlever L. с соавт., 2013). Как показывают результаты нашего исследования, бронхиальная астма у детей (особенно тяжелая и среднетяжелая форма) качественно изменяет социальную ситуацию развития ребёнка, снижает уровень психической адаптации, значительно снижает эффективность социальных контактов больного ребенка. При этом в длительной стрессовой ситуации в связи с частыми госпитализациями, приступами удушья, необходимостью проходить лечебные процедуры, неопределенностью дальнейшего прогноза заболевания и общим изменением образа жизни семьи, находятся не только дети, страдающие бронхиальной астмой, но и их родители. В связи с этим, психологическая помощь ребенку с бронхиальной астмой и его семье является, на наш взгляд, важным направлением в системе его реабилитации.

Психологическая помощь в отечественной психологии традиционно рассматривается как один из способов психологического воздействия с целью повышения адаптации ребенка, гармонизации развития его личности (Мамайчук И. И., 2015). В психологической помощи детям и подросткам можно выделить три основных направления работы: психологическое консультирование, психологическая коррекция и психологическое сопровождение. Все они взаимосвязаны, но каждый из них обладает своей спецификой.

Психосоматическое заболевание характеризуется многообразием патогенетических факторов, определяющих развитие психики больного ребенка, в связи с чем анализ психосоматического заболевания требует тщательного методологического подхода. В своей работе мы опирались на базовые, основополагающие психологические принципы. Выделение принципов психологической помощи и следование им на всех этапах работы психолога с семьей больного ребенка является одной из необходимых составляющих процесса психологической помощи.

Принцип личностного подхода включает в себя подход к больному ребенку как целостной личности со всеми ее индивидуальными особенностями. Уважение к личности всех участников процесса психологической помощи, признание за ними права на свободный выбор необходимое условие эффективной работы психолога с семьей больного ребенка.

Принцип единства диагностики и коррекции говорит о том, что эти два процесса являются взаимодополняющими. Так, в работе с детьми младшего школьного возраста, страдающими бронхиальной астмой, более эффективными показали себя игровые и проективные методы, которые, вызывая позитивный настрой, и способствуя установлению эмоционального контакта психолога с больным ребенком, позволяли диагностировать особенности его потребностно-мотивационной сферы и защитных механизмов личности.

Каузальный принцип призывает специалиста обратиться не к внешним проявлениям заболевания (приступам удушья и их переживанию), а к действительным причинам, определяющим эмоциональное состояние больного ребенка и особенности его реагирования в ситуации приступа. В частности, понимание личностных особенностей ребенка, его реакций в ситуации фрустрации позволят не только понять специфику его переживания приступа удушья, но и помогут определить направления психологической помощи в данном конкретном случае. Зачастую, источник переживаний ребенка по поводу своего заболевания кроется в системе родительско-детских отношений, что

определяет необходимость работы психолога не только с ребенком, но и со всеми членами его семьи.

Принцип комплексного подхода особенно актуален при работе с детьми, страдающими психосоматическими заболеваниями. Только работа психолога в тесном взаимодействии с лечащим врачом ребенка, страдающего бронхиальной астмой, позволяет глубже понять соотношение биологических, социальных и психологических факторов в этиопатогенезе заболевания конкретного ребенка. Совместная работа психолога с педагогами позволяет качественно оценить социальную ситуацию, в котором находится больной ребенок. Конструктивное сотрудничество всех трех специалистов позволяет не только определить направления психологической помощи с учетом всех составляющих жизнедеятельности больного ребенка, но и более объективно оценить ее эффективность.

Принцип деятельностного подхода при оказании психологической помощи определяет методы воздействия с учетом возрастных и личностных особенностей ребенка. При работе с детьми младшего школьного возраста, страдающими бронхиальной астмой, мы ориентировались на значимый для них вид деятельности: театральные постановки, моделирование, рисование, лепка, сочинения и т.п.)

Принцип системного подхода определяет необходимость анализа общей ситуации, сложившейся в семье больного ребенка. Как было указано ранее, в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой, выявляются особенности, которые могут повлиять на течение заболевания у ребенка, хотя, зачастую, родители стремятся умолчать их, либо сами не осознают значимость семейных аспектов в динамике заболевания ребенка. Создание доверительного контакта психолога со всеми членами семьи является важным условием эффективности психологической помощи и требует подготовительного периода, включающего как индивидуальную работу с каждым членом семьи, так и групповые встречи. Именно такой подход позволяет объективно оценить ситуацию в семье больного ребенка, особенности семейных взаимоотношений и установок родителей. В

процессе психологической помощи перед психологом встает задача оптимизации и гармонизации взаимоотношений членов семьи, обучения их новым способам общения.

Пример: Сережа К, 8 лет. Бронхиальная астма, среднетяжелое течение, срок заболевания 3 года. При работе с психологом мать жалуется на эмоциональную лабильность ребенка, участившиеся истерики. Связывает это с трудностями взаимодействия с одноклассниками. В процессе работы с бабушкой ребенка выясняется, что отец несколько недель назад ушел из семьи, что замалчивалось матерью, поскольку она была инициатором его ухода и не могла признать, что это негативно отразилось на состоянии ребенка.

Важнейшим компонентом системы психологической помощи детям, страдающим бронхиальной астмой, является психологическое консультирование. Эффективность его проведения в значительной мере определяет направленность и эффективность дальнейших этапов психологической помощи: психокоррекционной работы, психологического сопровождения и поддержки. Функция первой встречи психолога с больным ребенком и его родителями – это установление консультативного контакта и диагностическая ориентировка. Консультативная работа должна быть ориентирована на жалобы больного ребенка и его родителей. Однако, очень важно для дальнейшей работы не только выделить основные жалобы, но и проанализировать подтекст жалоб, явное и скрытое их содержание. Сложность работы психолога с ребенком, страдающим бронхиальной астмой, состоит в том, что инициаторами обращения, как правило, являются родители ребенка. Поэтому психолог должен установить доверительный контакт с ребенком, без которого невозможна эффективная психодиагностика. Ориентироваться в своей работе исключительно на слова родителей неконструктивно, поскольку в семьях больного ребенка, как правило, происходят процессы, затрудняющие адекватную психологическую оценку состояния ребенка и причинно-следственных связей между эмоциональным фоном и обострениями болезни. Важно, также, установить ведущие стили семейного воспитания для понимания процессов взаимодействия членов семьи.

Пример. Оля К., 8 лет. Бронхиальная астма, среднетяжелое течение, срок заболевания 4 года. Родители Оли жалуются на то, что девочка слишком скромная, стеснительная, вследствие чего имеет проблемы в общении со сверстниками. Родители считают, что конфликты с одноклассниками вызваны жестокостью детей и неумением девочки постоять за себя. В процессе психологического консультирования, Оля грубо разговаривает с родителями, требует от них внимания к своим потребностям, тут же получая желаемое. Психодиагностика выявила, что у девочки преобладают экстрапунитивные реакции с фиксацией на препятствии, особенно в ситуациях общения со сверстниками. У родителей ведущий стиль воспитания – гиперпротекция, фобия утраты, воспитательная неуверенность. В беседе с психологом девочка описывает конфликтные ситуации с одноклассниками, в которых ее поведение схоже с моделью ее поведения в семье (требовательность, настойчивость, нежелание идти на компромисс). Однако, сверстники, в отличие от родителей, не идут на уступки, что вызывает негативные эмоции, нежелание продолжать общение, вплоть до отказа посещать школу.

Одна из важных задач психолога – обучать ребенка вербализации своих переживаний. Маленький ребенок, в дошкольном, а зачастую и в младшем школьном возрасте, может отражать свои эмоциональные проблемы как соматические, испытывая затруднения в правильной вербализации своих эмоциональных состояний и переживаний. Помочь ребенку в вербализации своих эмоциональных проблем помогают такие методы работы как анализ эмоциональных ситуаций в рассказах, сказках, ролевых играх с психологом, в незаконченных предложениях, фантазировании.

В психологическом консультировании выделяются следующие блоки (Мамайчук И. И., 2015):

- 1) Гностический блок позволяет психологу сориентироваться в жалобах родителей и ребенка.
- 2) Конструктивный блок направлен на отбор средств и методов консультирования.

- 3) Организационный блок позволяет последовательно реализовать план решения проблем.
- 4) Оценочный блок дает возможность обобщить достигнутые результаты и обсудить дальнейшие планы работы.

Центральным звеном психологической помощи ребенку, страдающему бронхиальной астмой, является психокоррекция. При разработке психокоррекционной программы для детей, страдающих бронхиальной астмой, определении конкретных техник и методов работы, мы руководствовались методическими требованиями, предложенными И. И. Мамайчук (2015):

1. Формулировка целей психокоррекции.
2. Определение задач психокоррекции.
3. Наполнение содержания занятий в зависимости от возрастных и эмоционально-поведенческих особенностей ребенка.
4. Определение форм работы с ребенком и его семьей (соотношение индивидуальных и групповых занятий).
5. Определение необходимого взаимодействия со специалистами смежных областей (врачами, педагогами).
6. Разработка методов оценки эффективности процесса психокоррекции.

В целом, разработка психокоррекционной программы для детей, страдающих бронхиальной астмой, ориентирована на гармонизацию личностной структуры ребенка, оптимизацию семейных взаимоотношений как в системе родитель-ребенок, так и в системе родитель-родитель и на конструктивное решение актуальных проблем.

Традиционно выделяют три вида психологической коррекции: общая, специальная, дифференцированная (Мамайчук И. И., 2003). Каждый вид психокоррекции имеет свои стратегические и тактические задачи, каждый вид требует применения определенных психотехник. Особенности применения конкретного вида психологической коррекции определяются как спецификой течения заболевания, так и структурой личности ребенка и показателями его

семейных взаимоотношений и отношений с его ближайшим окружением (см. таблицу 22).

Таблица 22. Виды психологической коррекции и их особенности у детей с бронхиальной астмой.

Вид психологической коррекции	Стратегические задачи	Тактические задачи	Психотехники
Общая психокоррекция	Гармонизация личности ребенка с БА	Определение реальных и потенциальных возможностей ребенка как ресурса для оптимизации его положения в социуме	Работа психолога с педагогами и родителями для оптимизации его коммуникативного потенциала
Специальная психокоррекция	Определение возрастных и психологических особенностей ребенка для организации психокоррекционных воздействий	Использование индивидуальных особенностей ребенка в определении методов психокоррекции	Индивидуальные, семейные или групповые занятия. Направленные ролевые игры, арттерапия, музыкотерапия
Дифференцированная психокоррекция	Диагностика конкретных проблем ребенка	Определение индивидуальной психокоррекционной программы с учетом актуальных проблем	Специальные приемы и техники в индивидуальной и семейной психокоррекции

Пример. Андрей К., 9 лет. Диагноз: бронхиальная астма, среднетяжелое течение, срок заболевания 7 лет. Инициатором обращения к психологу стал отец ребенка, который пригрозил разводом матери в случае дальнейшего игнорирования семейных проблем. Ребенок спит с матерью с раннего детства. Мать объясняет это тревогой за здоровье ребенка. Воспитанием ребенка занимается мать. Попытки отца участвовать в процессе пресекаются матерью и поведением ребенка, который может «заболеть от расстройства», по словам матери. В процессе работы семьи с психологом, было выявлено, что у матери

ведущие стили воспитания гиперопека, фобия утраты, расширение родительских чувств и предпочтение женских качеств. У отца ведущие стили воспитания неустойчивость стиля воспитания и воспитательная неуверенность. Психодиагностика ребенка показала высокий уровень конфликтов, связанный с микросоциальными проблемами, семейным взаимодействием. В ситуации фрустрации преобладает экстрапунитивный тип реакций с фиксацией на препятствии. Анализ семейного взаимодействия определил цель первого этапа психокоррекционных воздействий – работу с матерью, направленную на осознание ее воздействия на психологическое состояние ребенка. Дальнейшая психокоррекционная работа была направлена на гармонизацию взаимодействий в диаде мать-ребенок и налаживание общего семейного взаимодействия между всеми членами семьи.

Оценка эффективности психологической помощи зачастую требует длительного наблюдения не только больного ребенка, но и всей его семьи, а также актуальной социальной среды (школьного коллектива и т.п.). С этой целью используется процесс психологического сопровождения, направленный на создание комплексной системы условий (клинических, психологических, педагогических и социальных), которые бы способствовали успешной адаптации и гармоничному развитию детей в социуме (Мамайчук И. И., 2001). В процессе психологического сопровождения ребенка, страдающего бронхиальной астмой, можно выделить пять взаимосвязанных компонентов, отражающих деятельность психолога:

- динамическое наблюдение статуса ребенка как в клиническом, так и в педагогическом процессе;
- способствование гармонизации социального положения ребенка и его развития;
- регулярные консультации больного ребенка по актуальным проблемам его жизнедеятельности;
- систематическое консультирование членов семьи больного ребенка;

- повышение адаптивных возможностей ребенка в рамках его актуальных и потенциальных возможностей.

Успешность психологического сопровождения, как следует из указанных выше компонентов, во многом определяется эффективностью взаимодействия всех заинтересованных лиц, участвующих в жизни ребенка: членов его семьи, психолога, педагогов и лечащего врача.

По окончании мероприятий, связанных с психологическим сопровождением больного ребенка и его семьи, психологическая помощь продолжается в форме психологической поддержки, основным назначением которой является поддержание достигнутых результатов психологической коррекции с предотвращением срывов адаптации. Как правило, это реализуется через помощь в поддержании адекватной самооценки и освоении и поддержании навыков саморегуляции, направлении ребенка в его стремлении к самореализации, помощи в преодолении внутренних и внешних актуальных конфликтов. При этом, функция психологической поддержки может выполняться любыми фигурами из окружения ребенка: это могут быть и члены семьи, и педагоги, и врачи, и друзья. В таком случае, психологическая поддержка проявляется в форме профилактических бесед, которые позволяют найти способы эффективного выхода из конфликтных ситуаций, разработать оптимальные модели поведения для актуальных жизненных ситуаций, наметить направления дальнейшей деятельности и т.п. Целью таких бесед является предотвращение эмоциональных и поведенческих срывов ребенка, страдающего бронхиальной астмой, которые, в свою очередь, могут привести к обострению заболевания.

Как отмечается в Национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2012), психологическая помощь необходима не только больным детям, но и членам их семьи. Традиционно выделяют три этапа семейного стресса, связанного с болезнью ребенка: аффективный, гностический и поведенческий. Особенности и длительность протекания этих этапов определяются целым рядом факторов, в которые входят как объективные данные состояния здоровья ребенка, так и система сложившихся семейных

связей, стереотипов поведения, родительских установок, а также защитных механизмов личности родителей больного ребенка.

Первым, острым, этапом семейного стресса является аффективный этап, который начинается с того момента, когда семья узнает о болезни ребенка. Эмоционально-поведенческие реакции родителей на этом этапе во многом определяются наличием конструктивного контакта семьи больного ребенка с лечащим врачом и позицией самого врача. Снижение эмоционального напряжения достигается при концентрации не на тяжести состояния ребенка, а на конкретных действиях, которые нужно предпринять членам семьи для оптимизации процесса лечения. Острая ситуация, в которой находятся члены семьи ребенка с бронхиальной астмой, узнавшие о диагнозе, способствует активизации их механизмов психологической защиты. Как описано в главе 3, родители детей, страдающих бронхиальной астмой, в меньшей степени, чем родители здоровых детей, используют психологические защиты из группы адаптивных защит. Данные исследования показали, что отцы детей, страдающих бронхиальной астмой, чаще используют искажающие защитные стили, а матери – неадаптивные защитные стили, что свидетельствует о наличии искажений у них представлений о ребенке, его потенциальных и актуальных возможностях. В связи с этим, основным направлением работы психолога с семьей ребенка, страдающего бронхиальной астмой, на аффективном этапе семейного стресса является выявление родительских установок, распределения семейных ролей и работа по осознанию и оптимизации защитных механизмов личности родителей больного ребенка для повышения уровня конструктивного взаимодействия родителей, ребенка и лечащих врачей.

Вторым этапом семейного стресса является гностический этап. На данном этапе происходит осознание родителями отдаленных перспектив и последствий заболевания ребенка. Вследствие неадекватной оценки родителями возможностей ребенка, искаженного восприятия его личностных особенностей, у родителей зачастую формируются негативные установки и по отношению к ребенку, и по отношению друг у другу, что в конечном итоге может отрицательно

воздействовать на весь лечебный процесс. Именно на данном этапе систематическая работа с психологом всех членов семьи является необходимым условием оптимизации лечебного процесса и повышения уровня внутрисемейного взаимодействия. Основные задачи психолога на данном этапе – демонстрация родителям перспектив развития ребенка, разъяснение им особенностей его эмоционально-поведенческих реакций с учетом профиля личности.

Третьим этапом семейного стресса является поведенческий этап, на котором проявляется успешность работы психолога с семьей больного ребенка с самого начала его заболевания. Высокий уровень эффективности работы проявляется в наличии у родителей адекватных представлений о личностном профиле ребенка, его актуальных проблемах и перспективах его развития, что на поведенческом этапе приводит к выработке конкретных мер по оптимизации лечебного процесса, помощи ребенку со стороны семьи в поддержании его социальных контактов и в учебной деятельности. Задача психолога на данном этапе – осуществлять психологическую поддержку членов семьи больного ребенка по возникающим актуальным проблемам. Как правило, основными направлениями психологической поддержки на данном этапе становятся: поддержание адекватного отношения членов семьи к лечебному процессу, демонстрация возможностей социально-психологической адаптации ребенка, сохранение конструктивных установок родителей по отношению к ребенку и адекватных мер воспитания, поддержание позитивной установки родителей на выздоровление ребенка.

Как следует из описания этапов семейного стресса, на всех этапах эффективность психологической помощи во многом определяется установлением конструктивного контакта психолога не только со всеми членами семьи ребенка, страдающего бронхиальной астмой, но и с его лечащими врачами и педагогами. Именно взаимодействие всех заинтересованных сторон, профессионализм и желание помочь ребенку с ориентацией не на локальные задачи, а в целом, на

повышение качества его жизни, позволяет достичь успеха в повышении адаптации больного ребенка и гармонизации его семейных взаимоотношений.

Выделенные нами, на основе кластерного анализа, по степени семейных дисфункций (первая группа – семьи со слабо выраженными нарушениями семейного функционирования; вторая группа – семьи с умеренными нарушениями семейного функционирования; третья группа – семьи со значительными нарушениями семейного функционирования), группы семей с детьми с бронхиальной астмой, предполагают разработку дифференцированных методов психологической коррекции для каждой группы.

В разработанной нами программе психокоррекции приняли участие 6 семей детей, страдающих бронхиальной астмой. Из них 1 семья относилась к первой группе (ребенок страдает бронхиальной астмой легкой формы), 3 семьи относились ко второй группе (дети с бронхиальной астмой среднетяжелой формы), 2 семьи относились к 3 группе (дети страдают тяжелой формой бронхиальной астмы). Программа проводилась в течение трех месяцев и включала индивидуальные занятия с членами семьи, групповые занятия с членами одной семьи и групповые занятия с членами нескольких семей.

На основе данных об особенностях семейного функционирования в выделенных нами группах семей, были выделены следующие направления семейной психокоррекции. Для первой группы семей, со слабо выраженными нарушениями семейного функционирования основными направлениями психокоррекции являлись формирование партнерских отношений в системе ребенок-родитель, формирование установок на активизацию и самостоятельность ребенка, снижение уровня родительской тревожности в связи с заболеванием ребенка. Для родителей второй группы с умеренными нарушениями семейного функционирования, основными направлениями психокоррекции было формирование адекватных представлений о ребенке и его потенциальных возможностях. Формирование позитивных установок у родителей на лечебный процесс, на согласованность стилей воспитания, снижение эмоционального напряжения. Для родителей третьей группы, с выраженными нарушениями

семейного функционирования, важным направлением семейной психокоррекции являлись осознание и преодоление неадаптивных и искажающих психологических защитных стилей, формирование адекватных родительских установок на проблемы ребенка, его потенциальные возможности и перспективы; обучение родителей поведенческим стратегиям с целью повышения их стрессоустойчивости. Семьям третьей группы требовалось психологическое сопровождение и поддержка семьи и после окончания психологической коррекции.

В соответствии с общими принципами групповой психокоррекции выделены 4 стадии: установочная, подготовительная, реконструктивная и закрепляющая (Мамайчук И. И., 2015).

Установочная стадия занимает не больше двух-трех занятий и несет функцию знакомства группы, формирования у участников позитивного отношения к процессу психокоррекции и восприятия группы как целого. На данном этапе в занятия были включены члены нескольких семей (до трех) со сходными проблемами.

Подготовительная стадия направлена на повышение активности участников психокоррекционного процесса и снятие их эмоционального напряжения. С этой целью проводятся сюжетно-ролевые игры и игры-драматизации.

Коррекционная стадия позволяет оптимизировать взаимоотношения между членами семьи больного ребенка, выработать более эффективные модели их взаимодействия и реагирования в конфликтных ситуациях. Психокоррекционная работа на данной стадии строится с помощью проективных психодраматических игр и сюжетно-ролевых игр, что позволяет не только осознать наличие неконструктивных установок в семейном взаимодействии, но и найти ресурсы для их коррекции.

Пример. Лера П., 10 лет. Бронхиальная астма, легкое течение, срок заболевания 2 года. Жалобы родителей на плохое поведение, конфликтность в школе и дома. В процессе психокоррекционной работы Лере была предложена роль спокойной вежливой девочки. В разыгранных психодраматических

ситуациях были воспроизведены характерные конфликтные ситуации в школе и дома у Леры. При этом девочка играла роль, противоположную своей модели поведения. По итогам проводилось обсуждение.

Реконструктивная стадия направлена на оптимизацию родительско-детских отношений за счет коррекции неконструктивных моделей поведения в общении родителей с больным ребенком и обучения самостоятельному поиску правильного направления эмоционального реагирования в конфликтных ситуациях с ребенком. На данной стадии особенно эффективны психодраматические игры, основанные на реальных проблемах членов психокоррекционного процесса, когда родители имеют возможность в процессе игры поменяться ролями со своими детьми.

Пример. Алексей М., 11 лет. Бронхиальная астма, среднетяжелое течение, срок заболевания 4 года. Мать Андрея после занятий с последующим обсуждением заявила психологу: «Я поняла, у моего сына проблемы такие же как у Веры, отношения между мной и моим мужем очень похожи на их отношения». Эти две семьи относились ко второй группе нарушений семейного функционирования. Матери отличались высокой авторитарностью и неадаптивными защитными механизмами. У отцов четко прослеживались неконструктивные стили семейного воспитания, при тенденции установления симбиотических связей с ребенком, недооценка их соматического и психического статуса. У детей аффективная неустойчивость, эгоцентризм. Однако, осознание проблемы еще недостаточно для ее решения. У матери Андрея четко прослеживались негативные эмоциональные установки на мужа и свекровь, что требовало дополнительных занятий с семьей в целом.

Закрепляющая стадия включает в себя рекомендации и указания психолога, которым они должны следовать после окончания психокоррекционного процесса.

В целом структура психокоррекционного процесса является единой для всех родительских групп, однако их содержательная направленность зависит от степени тяжести нарушений семейного функционирования и выбранных направлений психокоррекционной работы. В связи с этим, для каждой из

выделенных нами групп семей были поставлены свои задачи психокоррекционного процесса.

Для родителей детей третьей группы, у которых преобладают неадаптивные защиты, негативно отражающиеся на их поведении, родительских установках и стилях воспитания основными задачами психокоррекции стали:

- осознание и преодоление неэффективных психологических защит у родителей;
- обучение их эффективным поведенческим стратегиям с целью повышения уровня стрессоустойчивости и создания благоприятного фона для формирования адекватных родительских установок и стилей семейного воспитания.

Решение этих задач возможно при использовании следующих направлений психокоррекционных воздействий:

- формирование рефлексивности у родителей с целью осознания собственного защитного поведения в процессе группового взаимодействия;
- развитие способности выстраивать конструктивные межличностные отношения в системе мать-ребенок-отец;
- развитие способности преодолевать негативные эмоциональные реакции, возникающие в процессе общения внутри семьи.

Для решения поставленных выше задач с родителями детей третьей группы мы проводили групповую психокоррекцию с двумя семьями со сходными проблемами в два этапа. Первый этап представлял собой работу с родительскими парами, направленную на формирование социальной поддержки и рефлексивности. В психокоррекционной работе использовались психодраматические игры по темам актуальных семейных конфликтов с дальнейшим их обсуждением. На втором этапе проводилась работа с родителями и детьми. Использовалось проективное рисование с целью диагностики актуальных семейных проблем и психодраматические игры по итогам диагностики.

В семьях второй группы неадаптивные психологические защиты и зависимость от семьи наблюдались у матерей, отцы демонстрировали позитивные установки в общении с детьми: «партнерские отношения», «развитие активности ребенка». У матерей наблюдалось недостаточное понимание интересов ребенка, его потенциальных возможностей, высокая эмоциональная концентрация на болезни ребенка, с тенденцией к высокой зависимости от лечащего врача. Соответственно, первой мишенью психокоррекционной работы в этих семьях была мать, на дальнейших этапах проводилась работа по гармонизации семейных отношений с привлечением всех членов семьи.

В семьях второй группы ставились следующие задачи психокоррекционной работы:

- осознание и преодоление матерью неадаптивных стилей психологической защиты и неэффективных воспитательных установок;
- обучение матери эффективным поведенческим стратегиям с целью гармонизации отношений в диадах «мать-ребенок» и «мать-отец»;
- повышение эффективности взаимодействия в диаде «мать-отец», выработка единой тактики поведения в сложных ситуациях, связанных с приступами болезни ребенка.

В семьях первой группы преобладали адаптивные стили психологической защиты у родителей, тенденция к завышенным требованиям по отношению к ребенку, особенно со стороны отца. В семьях первой группы основными задачами психокоррекции были:

- осознание реальных и потенциальных возможностей ребенка родителями и создание гармоничной модели развития ребенка;
- оптимизация воспитательных воздействий родителей в соответствии с реальными возможностями ребенка.

Опыт нашей работы показал, что к позитивным результатам групповой семейной психологической коррекции семей с детьми с бронхиальной астмой следует отнести следующие детерминанты:

- На когнитивном уровне – активный интерес родителей к интересам и потребностям ребенка с учетом всех его особенностей, осознание его актуальных и потенциальных возможностей.
- На эмоциональном уровне – принятие эмоциональных реакций ребенка, позитивное реагирование на проблемы ребенка с установкой на понимание его истинных потребностей, стоящих в основе поведенческих реакций.
- На поведенческом уровне – проявление разнообразия поведенческих моделей в конфликтных ситуациях.
- На социальном уровне – вовлечение в позитивное взаимодействие всех членов семьи; организация общения ребенка в других социальных институтах.

Для анализа эффективности психокоррекционной программы нами проводилось исследование фрустрационной толерантности детей до и после проведения психокоррекции. Помимо этого, мы собрали ответы родителей, как по их мнению дети отвечали на картинки методики фрустрационной толерантности до и после психокоррекции. А также провели исследование установок родителей по методике PARI.

Результаты исследования фрустрационной толерантности детей до и после процесса психокоррекции представлены на рисунке 18.

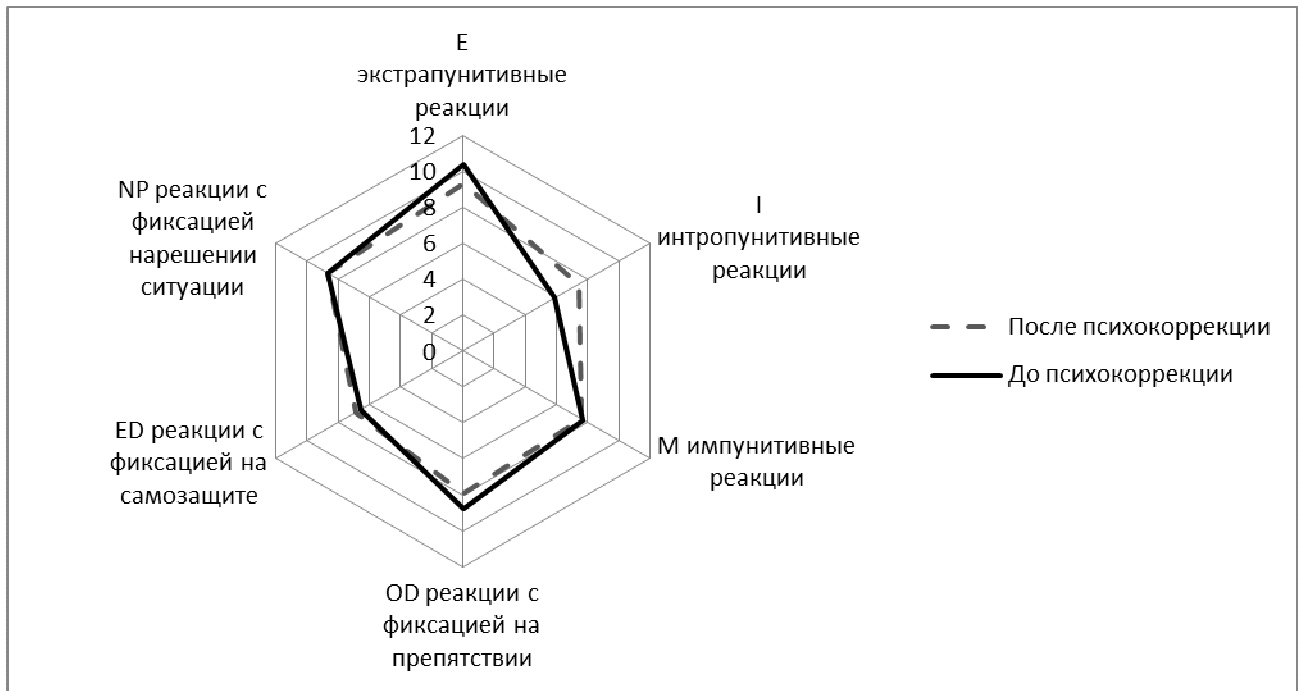


Рисунок 18. Особенности фрустрационных реакций детей до и после психокоррекции.

Как свидетельствует рисунок 18, после проведенной программы психокоррекции у детей, страдающих бронхиальной астмой, наметилась тенденция к снижению экстрапунитивных реакций и реакций с фиксацией на препятствии, а также появилась тенденция к увеличению интропунитивных реакций.

Изменение индекса социальной адаптации после проведенной психокоррекции отражено в рисунке 19. Согласно полученным данным, после проведенной психокоррекции индекс социальной адаптации у детей достоверно повысился ($p \leq 0,05$).

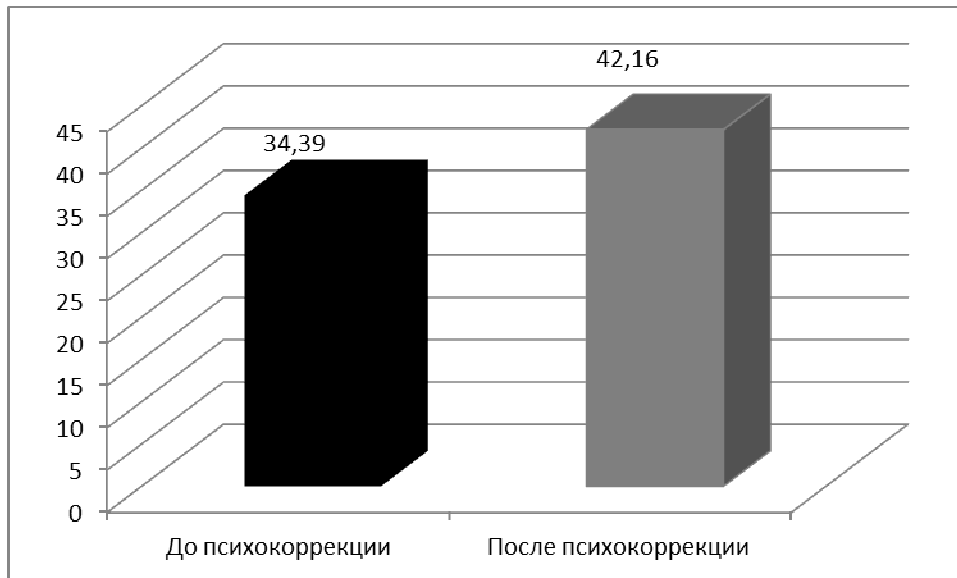


Рисунок 19. Показатели социальной адаптации детей до и после проведения психокоррекции.

Особенности оценки родителями детских реакций в ситуации фрустрации до процесса психокоррекции представлены на рисунке 20.

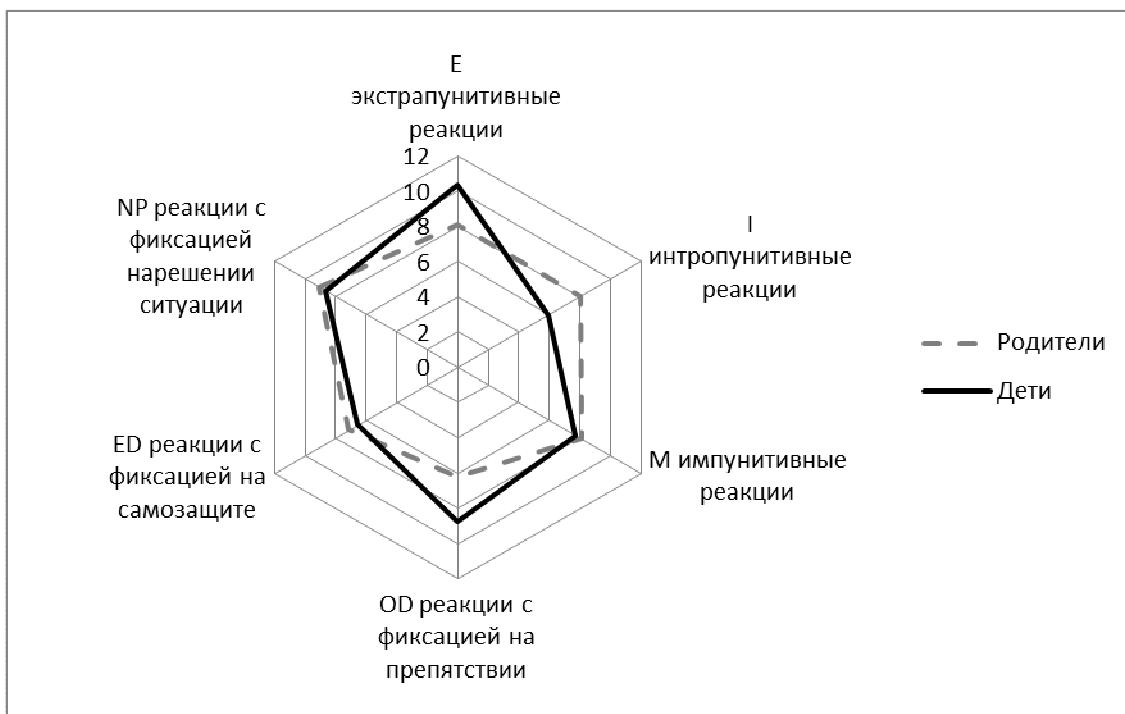


Рисунок 20. Показатели детской фрустрационной толерантности и ее оценка родителями до психокоррекции.

Как показано на рисунке 20, родители детей с бронхиальной астмой оценивают их реакции в ситуации фрустрации не адекватно, с тенденцией приписывать своим детям меньшее количество экстрапунитивных реакций и реакций с фиксацией на препятствии и большее количество интропунитивных реакций.

Особенности оценки родителями детских реакций в ситуации фрустрации после процесса психокоррекции представлены на рисунке 21.

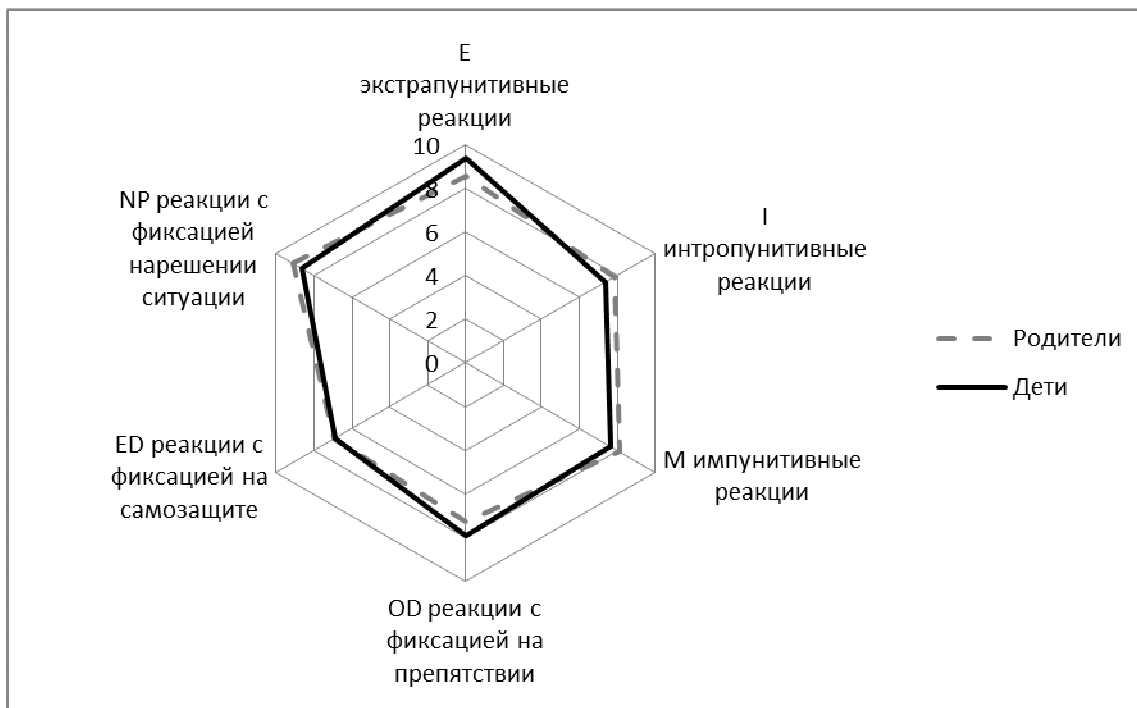


Рисунок 21. Показатели детской фрустрационной толерантности и ее оценка родителями после психокоррекции.

Как свидетельствует рисунок 21, после прохождения программы психокоррекции, оценка родителями фрустрационной толерантности детей стала более адекватной, отсутствуют значительные расхождения в показателях экстрапунитивных и интропунитивных реакций и реакций с фиксацией на препятствии, что наблюдалось до процесса психокоррекции.

Установки родителей, по которым были выявлены значимые различия до и после психокоррекции представлены на рисунке 22.

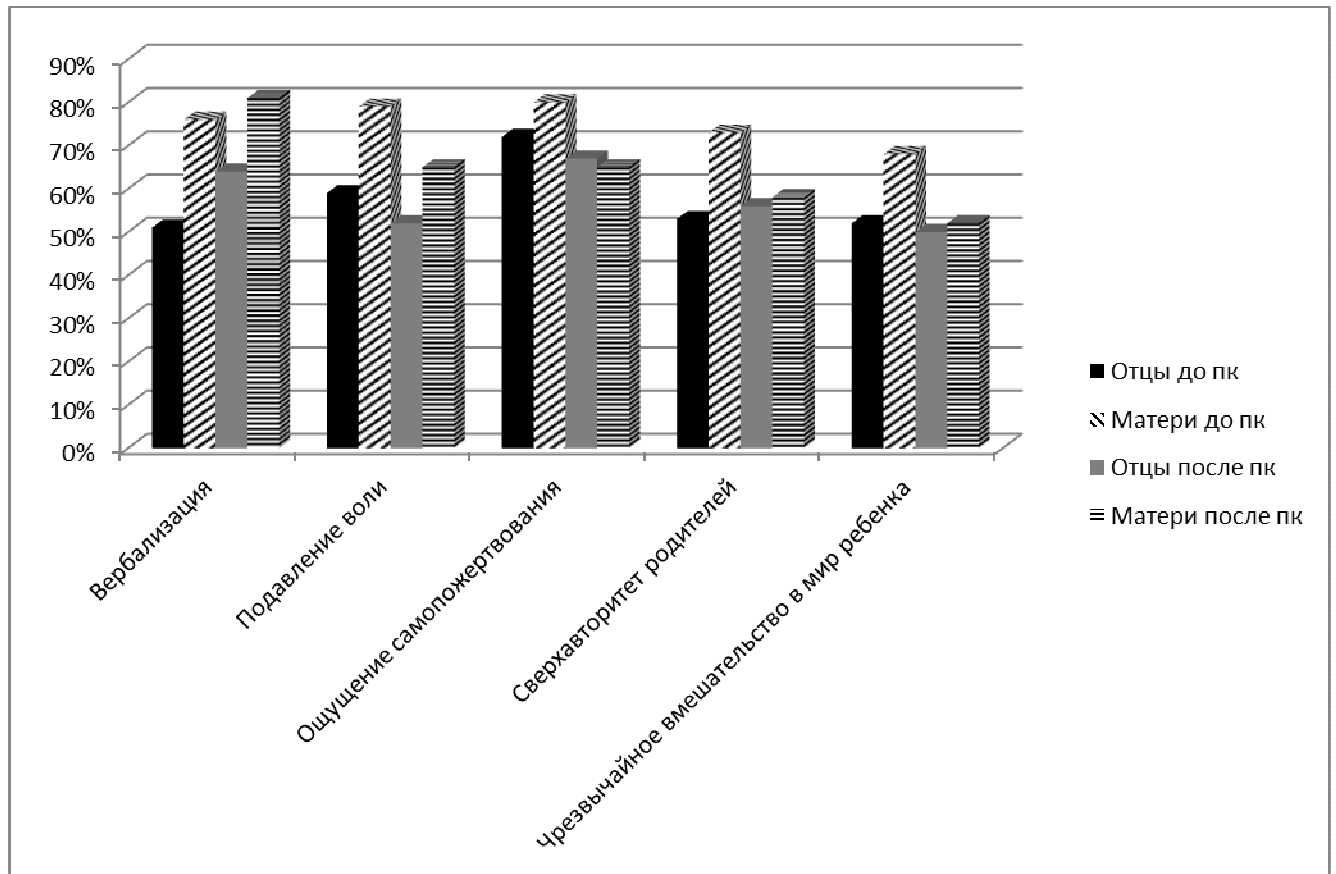


Рисунок 22. Установки родителей до и после психокоррекции.

Как видно из рисунка 22, после процесса психокоррекции и у матерей, и у отцов повысился показатель «вербализация» ($p \leq 0,05$), показатели «подавление воли» и «ощущение самопожертвования» достоверно снизились у матерей ($p \leq 0,05$) и отмечается тенденция к их снижению у отцов, показатели «сверхавторитет родителей» и «чрезвычайное вмешательство в мир ребенка» достоверно снизились у матерей ($p \leq 0,05$).

Таким образом, проведенная нами программа психокоррекции с семьями детей, страдающих бронхиальной астмой, позволила изменить ряд неконструктивных установок родителей; повысить уровень социальной адаптации детей за счет коррекции фрустрационных реакций; приблизить восприятие родителями фрустрационной толерантности детей к реальной картине.

Заключение

Бронхиальная астма является одним из самых распространенных хронических заболеваний в детском возрасте. Поскольку психологические факторы оказывают значительное влияние на особенности течения заболевания, психологическая помощь больным детям и их семьям является актуальной составляющей лечебно-реабилитационного процесса. Несмотря на значительное количество клинических и клинико-психологических исследований детей, страдающих бронхиальной астмой, данные об особенностях их личности носят противоречивый характер. В связи с этим, приобретают особую актуальность комплексные исследования личности детей, страдающих бронхиальной астмой, с использованием проективных методик, направленных на анализ потребностно-мотивационной сферы детей, особенностей их психологической защиты, а также исследования особенностей семейного функционирования в семьях с детьми, страдающими бронхиальной астмой.

Таким образом, целью настоящей работы было изучение особенностей психологической защиты, личности и семейного функционирования детей, страдающих бронхиальной астмой. Отдельными задачами являлись анализ фрустрационной толерантности и психической адаптации детей с бронхиальной астмой, выявление ведущих симптомокомплексов искажения родительно-детских отношений в семьях детей с бронхиальной астмой, определение взаимосвязи психологической защиты детей, тяжести заболевания и особенностей семейного функционирования, разработка дифференцированных подходов к психологической коррекции в семьях детей с бронхиальной астмой.

В рамках исследования был проведен теоретический анализ клинических и клинико-психологических исследований бронхиальной астмы у детей, имеющих в данный момент в отечественной и зарубежной литературе. Обзор литературных источников позволил систематизировать и описать современные представления о личности детей, страдающих бронхиальной астмой, об особенностях семейного взаимодействия в семьях, имеющих ребенка с

бронхиальной астмой. Однако, выводы имеющихся исследований носят фрагментарный, а зачастую и противоречивый характер. Исследований, посвященных психологической защите детей, страдающих бронхиальной астмой, в доступной нам литературе мы не нашли.

Полученные результаты свидетельствуют, что потребностно-мотивационная сфера детей, страдающих бронхиальной астмой, отличается высоким уровнем витальных конфликтов и потребностей, а также особой структурой социальных и микросоциальных потребностей и конфликтов. Было установлено, что для детей, страдающих бронхиальной астмой характерен высокий уровень следующих психологических защит: проекция, вытеснение, отрицание, компенсация; и низкие показатели интеллектуализации. При этом, дети с тяжелой формой бронхиальной астмы достоверно реже используют отрицание и интеллектуализацию и достоверно чаще вытеснение, регрессию, замещение, идентификацию, проекцию и компенсацию. Между группами детей с легкой и среднетяжелой формами заболевания достоверных различий по используемым психологическим защитам не выявлено.

Лексический и психосемантический анализ рассказов методики САТ выявил у детей с бронхиальной астмой склонность к ориентации на прошедшее и будущее время, актуальность витальных потребностей, формальность семейных связей и субъективную значимость женской (материнской) фигуры. В исследовании было выявлено, что личностные особенности и фрустрационные реакции детей с бронхиальной астмой имеют специфические особенности, приводящие к снижению уровня социальной адаптации и повышению уровня психической дезадаптации.

При исследовании семейного функционирования, типов воспитания и защитных стилей родителей детей, страдающих бронхиальной астмой, было установлено, что семьи с детьми, страдающими бронхиальной астмой, характеризуются более жесткой системой, наличием строгих правил и распределением ролей. Матери детей с бронхиальной астмой отличаются большей категоричностью и авторитарностью в процессе внутрисемейного

общения, а отцы же, напротив, более мягкие и заботливые. В воспитательном процессе отцы детей, страдающих бронхиальной астмой, отличаются воспитательной неуверенностью, а у матерей наблюдаются стойкие воспитательные стереотипы, препятствующие эффективному взаимодействию с ребенком. У отцов детей с бронхиальной астмой на достоверном уровне выражены искажающие защитные стили, а у матерей детей с бронхиальной астмой наблюдается неадаптивный стиль психологических защит.

Полученные в ходе регрессионного анализа данные свидетельствуют о том, что на формирование психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой, оказывают влияние факторы семейного функционирования со стороны обоих родителей. При этом на формирование проекции, интеллектуализации, регрессии и вытеснения воздействуют преимущественно материнские установки, а на формирование отрицания влияют установки отца.

На основе кластерного анализа были выделены три группы семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, отличающиеся по уровню семейного функционирования: семьи со слабо выраженными нарушениями семейного функционирования, с умеренными нарушениями семейного функционирования и со значительными нарушениями семейного функционирования. При этом, в первую и во вторую группу вошли семьи с детьми страдающими легкой и среднетяжелой астмой, а в третьей преобладали дети с тяжелой и среднетяжелой степенью бронхиальной астмы. Были выявлены и описаны характеристики типов семейного воспитания, родительские установки, защитные стили родителей и психологические защиты детей для каждой группы. На основе полученных данных были разработаны направления психологической помощи для каждой группы. В проведенной программе психокоррекции участвовало 6 семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой. Проведенная программа позволила изменить ряд неконструктивных установок родителей; повысить уровень социальной адаптации детей за счет коррекции фрустрационных реакций; приблизить восприятие родителями фрустрационной толерантности детей к реальной картине.

Таким образом, полученные данные дополняют теоретические представления о роли психологических факторов в течении бронхиальной астмы, расширяют представления о взаимосвязи факторов семейного функционирования и особенностях психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой. Результаты исследования могут быть использованы специалистами в процессе психологического сопровождения семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, в лечебных и реабилитационных учреждениях, а также при психологическом консультировании родителей детей, страдающих бронхиальной астмой.

Выводы:

1. Структура личности детей с бронхиальной астмой, в сравнении со здоровыми школьниками, отличается дисгармоничностью, что проявляется в высоком уровне тревожности, чувствительности, ответственности, самоконтроля, и в низком уровне эмоционально-волевой устойчивости и общительности. Дети с бронхиальной астмой также отличаются высоким уровнем отрицательных эмоциональных переживаний, низким уровнем потребности в общении и способности к её реализации. Низкий уровень фрустрационной толерантности у детей с бронхиальной астмой проявляется в повышенной фиксации на препятствии и в экстрапунитивной направленности реакций, что отражает их склонность к ригидному поведению в ситуации конфликта, в сочетании с тенденцией к аффективному реагированию на конфликт. В отличие от здоровых сверстников, у детей с бронхиальной астмой достоверно ниже уровень социальной и психической адаптации.

2. Как у здоровых младших школьников, так и в группе школьников с бронхиальной астмой, ведущим защитным механизмом личности является проекция. Однако, детьми с бронхиальной астмой используются достоверно чаще механизмы вытеснения и отрицания и достоверно реже интеллектуализации, чем их здоровыми сверстниками. Лексический и психосемантический анализ рассказов по методике САТ выявил, что у здоровых детей преобладают социальные потребности с ориентацией на настоящее время, а у детей с бронхиальной астмой преобладают витальные потребности и конфликты с ориентацией на прошедшее и будущее время.

3. Сравнительный системно-структурный анализ семей со здоровыми детьми и детьми, страдающими бронхиальной астмой, показал наличие существенных различий в стилях семейного воспитания и родительских установках. В семьях детей с бронхиальной астмой у обоих родителей наблюдаются достоверно более высокие показатели гиперпротекции и фобии утраты ребенка, чем в семьях

здоровых детей. Матери детей с бронхиальной астмой отличаются достоверно более высокими показателями авторитарности, категоричности, а также ригидными воспитательными стереотипами в отличие от матерей здоровых детей. У отцов детей с бронхиальной астмой доминирует воспитательная неуверенность, чего не наблюдается в семьях здоровых детей.

4. Анализ защитных стилей родителей показал, что у родителей здоровых детей преобладают адаптивные стили защит. У матерей детей с бронхиальной астмой доминируют неадаптивные стили защиты, что проявляется в таких поведенческих радикалах как соматизация, регрессия, избегание, ипохондрия, пассивная агрессия. У отцов детей с бронхиальной астмой доминирует искаженный защитный стиль, который проявляется в тенденциях к изоляции от проблем ребенка, в примитивной идеализации проблем, что подчеркивает неадекватное восприятие отцами болезни ребенка.

5. На основе факторного анализа выделено три группы фактов защитных механизмов личности у детей с бронхиальной астмой. Фактор 1 - *проекция, регрессия, вытеснение и интеллектуализация* с отрицательным значением; фактор 2 - *замещение, компенсация и идентификация*; фактор 3 - *отрицание*. На формирование психологических защит первого фактора существенное влияние оказывает доминирующая позиция матери в воспитании ребенка и безучастность отца. На защиты второго фактора достоверно влияют противоречивые стили воспитания со стороны отца и матери: ощущение самопожертвования, неадаптивные защитные стили отца и раздражительность матери, вынесение ею семейных конфликтов в сферу воспитания. Третий фактор достоверно связан с непоследовательностью стиля воспитания со стороны отца (чрезмерностью запретов, требований к ребенку на фоне гипоопеки), а также неудовлетворенностью матерью семейной ролью.

6. На основе кластерного анализа выделены три группы семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, различающихся по уровням эффективности

семейного функционирования. В первую и вторую группы (слабо и умеренно выраженные нарушения семейного функционирования) вошли семьи с детьми с легкой и среднетяжелой бронхиальной астмой, в третью группу (значительные нарушения семейного функционирования) вошли преимущественно семьи с детьми со среднетяжелой и тяжелой формами бронхиальной астмы. Эти данные подчеркивают взаимосвязь тяжести заболевания ребенка и эффективности семейного функционирования.

7. Основными направлениями семейной психологической коррекции для семей детей с БА *первой группы* являются формирование партнерских отношений в системе ребенок-родитель, формирование установок на активизацию и самостоятельность ребенка, снижение уровня родительской тревожности в связи с заболеванием ребенка. Для родителей *второй группы*: формирование адекватных представлений о ребенке и его потенциальных возможностях, формирование позитивных установок у родителей на лечебный процесс, на согласованность стилей воспитания, снижение эмоционального напряжения. Для родителей *третьей группы*: осознание и преодоление неадаптивных и искажающих психологических защитных стилей, формирование адекватных родительских установок на проблемы ребенка, его потенциальные возможности и перспективы; обучение родителей поведенческим стратегиям с целью повышения их стрессоустойчивости; психологическое сопровождение и поддержка семьи после окончания психологической коррекции.

Список литературы

1. Адлер, А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / А. Адлер; пер. с англ. А. А. Валеева и Р. А. Валеевой. Ростов н/Д: Феникс, 1998. — 448 с.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер; пер. с англ. С. Могилевского. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с. (Серия «Психология без границ»).
3. Александер, Ф. Человек и его душа. Познание и врачевание от древности до наших дней / Ф. Александер, Ш. Селесник. — М.: Прогресс, 1995. — 608 с.
4. Александровская, Э. М. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного опросника Р. Кеттелла. Методические рекомендации / Э. М. Александровская, И. Н. Гильяшева. — М.: Фолиум, 1993. — 40 с. (Научно-методическая серия «Психодиагностика детей и подростков».)
5. Ананьев, Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. — СПб., 2001. — 288 с.
6. Антропов, Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. — М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2001. — 320 с.
7. Баранзаева, Д. Ч. Клиническая эффективность коррекции психологических нарушений в комплексе терапии бронхиальной астмы у детей, обучающихся в астма-школе: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Баранзаева Долсона Чимитовна. — Воронеж, 2003. — 141 с.
8. Бассин, Ф. В. О "силе Я" и "психологической защите" / Ф. В. Бассин // Вопросы философии. — 1969. — № 2. — С. 118-125.
9. Бассин, Ф. В. Сознание, «бессознательное», болезнь (о современном подходе к психосоматической проблеме) / Ф. В. Бассин // Вопросы философии. 1971. — № 9. — С. 90-92.

- 10.Беленко, Л. В. Бронхиальная астма: влияние обучающих программ на качество жизни больных и сотрудничество с врачом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.43 / Беленко Лилия Валентиновна. — М., 2003. — 25 с.
- 11.Беллак, Л. Руководство по тесту детской апперцепции (фигуры животных) / Л. Беллак, С. Беллак. — Киев, 1995. — 34 с.
- 12.Белов, В. П. Аномалии личности при хронических соматических заболеваниях / В. П. Белов, З. Г. Костюнина, И. И. Сергеев // Закономерные тенденции формирования личности. — М., 1972. — С. 180-192.
- 13.Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. — Л., 1988. — 270 с.
- 14.Билецкая, М. П. Психологические особенности семей детей с психосоматическими расстройствами и семейная психотерапия [Электронный ресурс] / М. П. Билецкая // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 5 (16). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 19.06.2016).
- 15.Божович, Л. И. Проблемы формирования личности / Л. И. Божович. — М., 1997. — 352 с.
- 16.Боков, С. Н. Школьная успеваемость и психологическая защита: результаты экспериментального изучения проблемы / С. Н. Боков // Социальная психология XXI века. Сборник статей международного класса. – Ярославль, 2002. — С. 23-26.
- 17.Бронхиальная астма у детей [Электронный ресурс] / А. А. Баранов, Л. С. Намазова, Л. М. Огородова, И. В. Сидоренко// Медицинская газета. — 2007. — № 53–54. URL: <http://www.pediatr-russia.ru/node/131> (дата обращения: 20.08.2015).
- 18.Брызгунов, И. П. Между здоровьем и болезнью / И. П. Брызгунов. — М., 1995. — 224 с.
- 19.Булатов, П. К. Бронхиальная астма / П. К. Булатов, Г. Б. Федосеев. — Л.: Медицина, 1975. — 368 с.

- 20.Бурлакова, Н. С. Детский психоанализ: школа Анны Фрейд / Н. С. Бурлакова, В. И. Олешкевич. – Москва: Академия, 2005. – 288 с. – (Высшее профессиональное образование).
- 21.Бурлакова, Н. С. Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребенка / Н. С. Бурлакова, В. И. Олешкевич. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. — 352 с. (Серия: «Учебники психотерапии»).
- 22.Быков, К. М. Кора головного мозга и внутренние органы / К. М. Быков. — М., 1947. — 285 с.
- 23.Варга, А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. / А. Я. Варга. — СПб., 2001. — 144 с.
- 24.Васильева, И. А. Психическая адаптация больных с хронической почечной недостаточностью к лечению гемодиализом: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Васильева Ирина Андреевна. СПб, 1992. — 191 с.
- 25.Вахрушева, И. А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Вахрушева Ирина Аркадьевна. — СПб, 2004. – 215 с.
- 26.Вейц, А. Э. Психологические особенности детей младшего школьного возраста с неврозоподобными расстройствами: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Вейц Алина Эмильевна. — СПб, 2014. — 163 с.
- 27.Великанова, Л. П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) / Л. П. Великанова, Ю. С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. — Вып. № 4. — Том 15. —2005. – С. 79-91
- 28.Вербрюгген, А. А. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с двигательными нарушениями и их родителей: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Вербрюгген Анастасия Алексеевна. — СПб., 2008. — 176 с.
- 29.Викторова, Д. И. Роль и значение психотерапии при соматических заболеваниях / Д. И. Викторова, Ю. М. Губачев, В. И. Симаненков // Вопросы психотерапии. — М., 1977. — С 22-24.

30. Викулина, И. Н. Эффективность обучения в педиатрической астма-школе, психологические особенности и отношение к болезни детей и их родителей / И. Н. Викулина, И. В. Добряков, А. М. Красильников // Аллергология. - 2002. - № 3. - С. 23-28.
31. Воронина, С. Н. Роль психологических факторов в развитии соматического заболевания у детей дошкольного возраста: На примере бронхиальной астмы: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Воронина Светлана Николаевна. — Ярославль, 2006. — 180 с.
32. Выготский, Л. С. Психология / Л. С. Выготский. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. — 1008 с.
33. Гарбузов, В. И. К проблеме этиопатогенеза, клиники, психопрофилактики и лечения психосоматических состояний у детей и подростков / В. И. Гарбузов // Психиатрические аспекты педиатрии; ред. Д. Н. Исаева. — Л.: Изд-во ЛПМИ, 1985. — С. 62-68.
34. Гарбузов, В. И. Неврозы у детей и их лечение / В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев — Л.: Медицина, 1977. — 272 с.
35. Геппе, Н. А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей / Н. А. Геппе // Педиатрия. — 2012. — Т. 91. — № 3. — С. 76–82.
36. Гладков, А. Н. Роль защитно-совладающего поведения в структуре социальной адаптации безработных: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Гладков Алексей Николаевич. — М., 2012. — 24 с.
37. Головина, С. Г. Особенности становления психологической защиты в младшем школьном возрасте [Электронный ресурс] / С. Г. Головина // Психологические исследования: электрон. науч. журн. — 2009. — № 4(6). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 15.08.2016).
38. Горская, Е. А. Психологические особенности детей и подростков, больных бронхиальной астмой: В связи с задачами профилактики психосоматических расстройств: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Горская Елена Александровна. — СПб, 2005. — 165 с.

39. Данилова, Е. Е. Методика изучения фрустрационных реакций у детей / Е. Е. Данилова // Иностранная психология. — 1996. — № 6. — С. 69-81.
40. Дети с нарушениями общения: учеб. издание / К. С. Лебединская, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг, Р. К. Ульянова, Т. И. Морозова. — М.: Просвещение, 1989. — 95 с.
41. Диагностика типологий психологической защиты (Р. Плутчик в адаптации Л. И. Вассермана, О. Ф. Ерышева, Е. Б. Клубовой и др.) / Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М., Изд-во Института Психотерапии, 2002. — С. 444-452.
42. Ефимов, Ю. А. Диагностика предболезненных явлений психосоматических расстройств у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Ефимов Юрий Александрович. — М., 1994. — 18 с.
43. Ефимов, Ю. А. О предрасположенности к психосоматическим заболеваниям у детей / Ю. А. Ефимов // Неврозы у детей и подростков. — М., 1986. — С. 51-53.
44. Журбин, В. И. Понятие психологической защиты в концепциях З. Фрейда и К. Роджерса / В. И. Журбин // Вопросы философии. — 1990. — № 4. — С. 14-21.
45. Захаров, А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров. — М.: Медицина, 1982. — 214 с.
46. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник; под ред. А. С. Спиваковской. — М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — 576 с.
47. Игнатьева, Н. Д. Сравнительное изучение особенностей личности детей, страдающих эпилепсией и бронхиальной астмой: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н. Д. Игнатьева — Л., 1981. — 19 с.
48. Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения №307, 05.2011 г. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/ru/> (дата обращения 21.08.2015).

- 49.Исаев, Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей / Д. Н. Исаев. — СПб., 2000. — 512 с.
50. Исаев, Д. Н. Психосоматический подход и модель психосоматических расстройств у детей и подростков / Д. Н. Исаев // Вестник клинической психологии. — 2003. — Т. 1. — № 2. — С. 148-152.
- 51.Исаев, Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
- 52.Исурина, Г. Л. Методы и техники групповой психотерапии / Г. Л. Исурина // Групповая психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. — М.: Медицина, 1990. — 384 с
- 53.Калитеевская, Е. Р. Клинико-психологические особенности подростков и юношей с хроническими соматическими заболеваниями: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Л., 1986. — 23 с.
- 54.Капланская, И. Л. Взаимосвязь типа семьи, психологических особенностей родителей и детей 7 - 10 лет, страдающих тревожно-фобическими расстройствами: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Капланская Инга Леонидовна. — СПб, 2013. — 297 с.
- 55.Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. — М.: Медицина, 1980. — 447 с.
- 56.Кляйн, М. Симпозиум по детскому анализу 1927 года / М. Кляйн, Э. Гловер, Э. Джонс. — М.: Изд-во: «Эрго»., 2012. — 92 с. (Серия: Клинический архив).
- 57.Ковалев, В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. — М., 1985. — 288 с.
- 58.Коваленко, Н. А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Коваленко Наталия Александровна. — М., 1998. — 227 с.

59. Королева, А. П. Психологические защиты у младших школьников с различным социометрическим статусом: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01, 19.00.13 / Королева Алина Петровна. — М., 2007. — 23 с.
60. Кравцова, Н. А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) / Н. А. Кравцова // Сибирский психологический журнал. — 2005. — № 22. — С. 13.
61. Кудайбергенова, С. К. Исследование родительского отношения к детям с ограниченными психическими возможностями: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.00 / Кудайбергенова Сандугаш Кансаровна. — Алматы, 2009. — 23 с.
62. Куприянов, С. Ю. Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методом семейной психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Куприянов Сергей Юрьевич. — Л., 1985. — 20 с.
63. Курцин, И. Т. Теоретические основы психосоматической медицины / И. Т. Курицин. — Л.: Наука, 1973. — 336 с.
64. Куртанова, Ю. Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Куртанова Юлия Евгеньевна. — М., 2004. — 152 с.
65. Куттер, П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов / П. Куттер. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 351 с.
66. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. — М., 1975. — 304 с.
67. Лешин, В. В. Психология школьников с соматическими заболеваниями / В. В. Лешин // Коррекционная педагогика. Теория и практика. — 2013. — № 2. — С. 25-52.
68. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия / А. Е. Личко. — Л., 1985. — 416 с.
69. Личко, А. Е. Влияние хронических соматических заболеваний на акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов //

- Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях. — М.: Мед., 1979. — 426 с.
70. Лубовский, Д. В. О применении теста фрустрации Розенцвейга в школьной психодиагностике / Д. В. Лубовский // Вопросы психологии. — 1990. — № 3. — С. 151-155.
71. Мамайчук, И. И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции / И. И. Мамайчук. — СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2000. — 168 с.
72. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения / И. И. Мамайчук, М. И. Смирнова. — СПб.: Речь, 2010. — 384 с.
73. Мамайчук, И. И. Механизмы психологической защиты детей с бронхиальной астмой / И. И. Мамайчук, Е. Ю. Соловьева // Ананьевские чтения: (Тезисы научно-практической конференции «Ананьевские чтения — 99») / под ред. А. А. Крылова. — СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 1999. — С. 320–321.
74. Мамайчук, И. И. Методы психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии: учебное пособие / И. И. Мамайчук. — СПб.: Эко-Вектор, 2015. — 416 с.
75. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. — СПб, Изд-во Речь, 2001. — 220 с.
76. Мамайчук, И. И. Психологическое консультирование детей и подростков с соматическими заболеваниями. Клиническая психология и психофизиология. Учебное пособие / И. И. Мамайчук. — СПб. Элби, 2003. — С. 199-215.
77. Мамайчук, И. И. Учет защитных механизмов личности родителей детей с расстройством аутистического спектра в процессе психологической помощи / И. И. Мамайчук, Е. В. Шабанова // Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина. — 2014. — Вып. 1. — Т. 5. — С. 82-91.
78. Мельников, В. М. Введение в экспериментальную психологию личности: Учеб. Пособие для слушателей ИПК преподавателей пед. дисциплин ун-тов

- и пед. ин-тов / В. М. Мельников, Л. Т. Ямпольский. – М.: Просвещение, 1985. – 319 с.
79. Менделевич, В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 608 с.
80. Методика PARI (Шефер Е. С., Белл Р. К.; адаптация Нещерет Т. В.) / Психологические тесты. ред. Карелин А. А. — М., 2001. — Т. 2. — С. 130-143.
81. Миланич, Ю. М. Психологическая коррекция нарушений у детей дошкольного возраста: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Миланич Юлия Михайловна. — СПб., 1998. — 161 с.
82. Милейко, М. В. Динамика образа-Я у детей с хронической гастродуоденальной патологией в процессе медицинской и психологической реабилитации: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Милейко Марианна Викторовна. — СПб., 2009. — 24 с.
83. Минухин, С. Техники семейной терапии / С. Минухин, Ч. Фишман; пер. с англ. А. Д. Иорданского. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 304 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).
84. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. — Л., 1960. — 426 с.
85. Налчаджян, А. А. Социально психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) / А. А. Налчаджян. — Ереван: Издательство АН АрмССР, 1988. — 263 с.
86. Наследов, А. Д. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных / А. Д. Наследов. — СПб.: Питер, 2013. — 416 с.
87. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». — 4-е изд. — М.: Оригинал-макет, 2012. — 182 с.
88. Недельская, С. Н. Социально-психологическая адаптация детей с бронхиальной астмой к школьному обучению / С. Н. Недельская,

- Е. В. Раскина, Е. Ю. Акулова // Здоровье ребенка. — 2013. — № 1. — С. 85-88.
89. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. — М., 1987. — 168 с.
90. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. — СПб.: Речь, 2010. — 352 с.
91. Носов, С. С. Диагностика защитных механизмов: подход Фиби Крамер: учеб. пособие / С. С. Носов, М. Ж. Абдукаримов. — М.: ФЛИНТА: Наука, 2011. — 112 с.
92. Овчарова, Р. В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие / Р. В. Овчарова. — М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. — 496 с.
93. Поппе, Г. К. Роль психотерапии в системе реабилитации детей с бронхиальной астмой / Г. К. Поппе, И. А. Зильберман // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Тезисы докладов научной конференции. — Л., 1986. — С. 119-121.
94. Райх, В. Характероанализ: Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков / В. Райх. — М: 2006. — 368 с.
95. Рассказова, Е. И. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] / Е. И. Рассказова, Т. О. Гордеева // Психологические исследования: электрон. науч. журн. — 2011. — № 3(17). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 12.06.2016).
96. Роджерс, К. Клиент-центрированная психотерапия / К. Роджерс. — М.: Эксмо-пресс, 2002. — 512 с.
97. Романова, Е. С. Графические методы в практической психологии / Е. С. Романова. — СПб.: Речь, 2002. — 416 с.
98. Романова, Е. С. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. / Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников. — Мытищи: Талант, 1996. — 144 с.

99. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам. — М.: 1993. — 368 с.
100. Русякова, Е. Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психологической коррекции: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Русякова Екатерина Евгеньевна. — СПб., 2004. — 264 с.
101. Рыжов, Д. М. Психологическая коррекция эмоционального мироощущения у детей младшего школьного возраста: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Рыжов Дмитрий Михайлович. — Казань, 2005. — 134 с.
102. Рыжов, Д. М. Развитие научных представлений о психологической защите и ее исследование у детей младшего школьного возраста / Д. М. Рыжов // Педагогика и психологическое образование. — 2013. — № 1. — С. 97-106.
103. Салливан, Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии / Г. С. Салливан. — М.: Изд-ва «КСП+», «Ювента», 1999. — 352 с. Серия: «Теории личности».
104. Селье, Г. Когда стресс не приносит горя / Г. Селье. — М., 1992. — 198 с.
105. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. — Изд-во «Прогресс». М., 1982. — 128 с.
106. Семья в психологической консультации / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. — М., 1989. — 208 с.
107. Смирнова, М. И. Семейная психологическая коррекция детей и подростков с расстройствами поведения: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Смирнова Марина Ивановна. — СПб, 2005. — 204 с.
108. Смирнова, С. В. Психологические предикторы психосоматической патологии в детском возрасте (на примере бронхиальной астмы) / С. В. Смирнова // Теория и практика общественного развития. — 2012. — Вып. 5. — С. 115-117.

109. Соколова, Е. Т. Проективные методы исследования личности / Е. Т. Соколова. — М.: Изд-во МГУ, 1980. — 176 с.
110. Субботина, Л. Ю. Психология защитного поведения: моногр. / Л. Ю. Субботина. — Ярославль: ЯрГУ, 2006. — 220 с.
111. Сырцев, А. В. Клинико-психологические механизмы деструктивного поведения у подростков с дисгармонией психического развития: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Сырцев Алексей Витальевич. — СПб, 2003. — 246 с.
112. Тарабрина, Н. В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации / Н. В. Тарабрина. — Л.: Изд-во НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1984. — 24 с.
113. Ташлыков, В. А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: пособие для врачей / В. А. Ташлыков. — СПб., 1992. — 24 с.
114. Ташлыков, В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. — Л., 1984. — 191 с.
115. Ташлыков, В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза: дис. ... докт. мед. наук. — Л., 1987. — 388 с.
116. Тест детской апперцепции (фигуры животных): методическое руководство / Л. Беллак, С. Беллак. — Санкт-Петербург: ИМАТОН, 2005. — 63 с. (Комплексное обеспечение психологической практики).
117. Трошихина, Е. Г. Влияние ранней социальной депривации на развитие личности и психическую адаптацию детей с интеллектуальной недостаточностью: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Трошихина Евгения Германовна. — СПб, 1997. — 219 с.
118. Туник, Е. Е. Психологические защиты. Тестовая методика / Е. Е. Туник. — СПб.: Речь, 2010. — 219 с.
119. Фельдман, Н. В. Клинико-психологические особенности больных психосоматическими заболеваниями с неврозоподобными расстройствами в

- связи с лечебно-реабилитационными задачами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1988. — 22 с.
120. Филякова, Е. Г. Образ Я подростков с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма и гастродуоденальная патология): автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М, 1997. — 18 с.
121. Фрейд, З. Введение в психоанализ: Лекции / З. Фрейд; авторы очерка о Фрейде Ф. В. Бассин и М. Г. Ярошевский. — М.: Наука, 1989. — 456 с.
122. Фрейд, А. Психология "Я" и защитные механизмы / А. Фрейд; пер. с англ. — М.: Педагогика, 1993. — 144 с.
123. Фрейджер, Р. Личность. Теории, упражнения, эксперименты: энциклопедия / Р. Фрейджер, Д. Фейдимен; пер. с англ. Е. Будагов, М. Васильева, В. Кучерявкин и др. — 6 междунар. изд. — Санкт-Петербург; Москва: Прайм-Еврознак: Олма-Пресс, 2004. — 608 с. Серия «Психологическая энциклопедия».
124. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни. — М., 1993. — 480 с.
125. Хьелл, Л. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Л. Хьелл, Д. Зиглер; пер. с англ. С. Меленевская, Д. Викторова. — СПб.: Питер Пресс, 1997. — 608 с. Серия «Мастера психологии».
126. Чумакова, Е. В. Психологическая защита личности в системе детско-родительского взаимодействия: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.11 / Чумакова Елена Викторовна. — СПб., 1999. — 184 с.
127. Шабанова, Е. В. Внутрисемейное функционирование и психологическая защита родителей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра / Е. В. Шабанова // Вестник СПбГУ. — Сер. 12. — 2014. — Вып. 4. — С. 51-57.
128. Щеглов, Л. М. Психосоматические соотношения и психоанализ / Л. М. Щеглов // Вопросы психоанализа. — СПб, 1993. — С. 76-89.

129. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. — СПб.: «Речь», 2003. — 336 с.
130. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. — 4 изд. — СПб.: Питер, 2008. — 672 с.
131. Adler, A. Study of organ inferiority and its psychical compensation. A contribution to clinical medicine / A. Adler. — N.Y., 1917. — 86 p.
132. Alexander, F. The psychosomatic Approach / F. Alexander, G. W. Flagg // Handbook of Clinical Psychology. — New York; Toronto; London; Sidney, 1965. — P. 37-98.
133. Annett, R. D. Assessment of health status and quality of life outcomes for children with asthma / R. D. Annett // Journal of Allergy and Clinical Immunology. — 2001. — 107. — P. 473–481.
134. Bender, B. G. Depression symptoms and substance abuse in adolescents with asthma / B. G. Bender // Annals of Allergy, Asthma and Immunology. — 2007. — 99. — P. 319-324.
135. Bender, B. G. Psychological correlates of asthma severity and treatment outcome in children / B. G. Bender, M. D. Klinnert; In H.Kotses&A.Harver (Eds.) // Self-management of asthma. — New York: Marcel Dekker, 1998. — P. 63-88).
136. Bond, M. Empirical Study of Self-rated Defense Styles / M. Bond, S. T. Gardner, J. Christian, J. J. Sigal // Archives of general Psychiatry. — 1983. — № 40. — P. 333-338.
137. Bond, M. Validating the Self-Report of Defense Styles / M. Bond, J. C. Perry // Journal of Personality Disorders. — 1989. — № 3. — P. 101-112.
138. Bowlby, J. Defensive processes in response to stressful situations in early life / J. Bowlby; In E. J. Anthony and C. Chiland (Eds.). // The Child and His Family, Vol. 8: Perilous Development: Child Raising and Identity Formation under Stress. — Oxford, UK: John Wiley&Sons, 1988. — P. 23-30.

139. Bowlby, J. The nature of the child's tie to his mother / J. Bowlby // *The International Journal of Psychoanalysis*. — 39. — 1958. — P. 350-373.
140. Cabral, A. L. Effect of asthma severity on symptom perception in childhood asthma / A. L. Cabral, G. M. Conceicao, P. H. Saldiva, M. A. Martins // *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. — 35. — 2002. — P. 319-327.
141. Chen, E. Predictors of repeat hospitalizations in children with asthma: The role of psychosocial and socioenvironmental factors / E. Chen, G. R. Bloomberg, E. B. Fisher, R. C. Strunk // *Health Psychology*. — 22(1). — 2003 — P. 12-18.
142. Cramer, P. Coping and defense mechanisms: What's the difference? / P. Cramer // *Journal of Personality*. — 1998. — № 66. — P. 919-946.
143. Cramer, P. *Development of Defense Mechanisms: Theory, Research and Assessment* / P. Cramer. — N.Y., 1991. — 338 p.
144. Defense Style and the perception of asthma / H. Steiner, C. M. B. Higgs, G. K. Fritz, G. Laszlo, J. E. Harvey // *Psychosomatic Med*. — 1987. — Vol. 49. — P. 35-44.
145. Fine, R. The personality of the asthmatic child / R. Fine // *The asthmatic child*. Ed. By H.I.Schneer. — N.Y., 1963. — P. 49-55.
146. Freud, S. *New introductory lectures on psychoanalysis* / S. Freud. — Great Britain: P. Penguin books, 1977. — 247 p.
147. Freyberger, H. Psychology in the hospital / H. Freyberger // *PSY PSY MED*. — 1999. — Vol. 49 (7). — P. 252-253.
148. Fritz, G. Symptoms perception in pediatric asthma: Relationship to functional morbidity and psychological factors // G. Fritz, E. McQuaid, A. Spirito, R. Klein // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. — 1996. — 35. — P. 1033-1041.
149. Groen, J. J. Experiences with and results of group psychotherapy in patients with bronchial asthma / J. J. Groen, H. Pelsler // *J. Psychosom. Res*. — 1960. — Vol. 4. — P. 191-205.

150. Horak, E. Lung function and symptom perception in children with asthma and their parents / E. Horak, G. Grassi, D. Skladal, H. Ulmer // *Pediatric Pulmonology*. — 2003. — 35. — P. 23–28.
151. Kaugars, A. S. Family influences on pediatric asthma / A. S. Kaugars, M. D. Klinnert, B. G. Bender // *Journal of Pediatric Psychology* — 2004. — 29 (7). — P. 475-491.
152. Kazak, A. E. Pediatric psychology research and practice: A family/systems approach / A. E. Kazak, A. M. Segal-Andrews, K. Johnson; Roberts M. (ed.) // *Handbook of pediatric psychology*. — 2nd ed. — New York: Guilford Press, 1995. — P. 84–104.
153. Kim, D. H. Factors associated with depression and resilience in asthmatic children / D. H. Kim, I. Y. Yoo // *Journal of Asthma*. — 2007. — 44. — P. 423-427.
154. Knight, J. A. The psychological implications of headache in children headache / J. A. Knight, J. P. McGovern, T. J. Haywood, D. Hsy-Chao // *The Journal of Head and Face Pain*. — 1962. — V. 1. — Is. 4. — P. 30-37.
155. Lane, M. Advancing the Science of Perceptual Accuracy in Pediatric Asthma and Diabetes / M. Lane // *Journal of Pediatric Psychology*. — 2006. — 31(3). — P. 233–245.
156. Lazarus, R. S. Stress, appraisal and coping / R. S. Lazarus, S. Folkman. — N.Y., 1984. — 456 p.
157. Markson, S. Family rituals as a protective factor for children with asthma / S. Markson, B. H. Fiese // *Journal of Pediatric Psychology*. — 2000. — 25(7). — P. 471–479.
158. McQuaid, E. L. Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis / E. L. McQuaid, S. J. Kopel, J. H. Nassau // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. — 2001. — 22(6). — P. 430-439.
159. Meijer, A. Emotional Disorders of Asthmatic Children / A. Mejer // *Child Psychiatry and Human Development*. — 1979. — V. 9. — № 3. — P. 161-169.

160. Perception of Pulmonary Function and Asthma Control: The Differential Role of Child Versus Caregiver Anxiety and Depression / J. M. Feldman, D. Steinberg, H. Kutner, N. Eisenberg, K. Hottinger, K. Sidora-Arcoleo, K. Warman, D. Serebrisky // *Journal of Pediatric Psychology*. — 2013. — 38(10). — P. 1091–1100.
161. Perceptions and attitudes of adolescents with asthma / R. Cohen, K. Franco, F. Motlow, M. Reznik, P. Ozuah // *Journal of Asthma*. — 40. — 2003. — P. 207-211.
162. Plutchik, R. A structural theory of ego defenses and emotions / R. Plutchik, H. Kellerman, H. R. Conte // In: C. E. Izard (Eds.) *Emotions in personality and psychopathology*. — N.Y.: Plenum, 1979. — P. 229-257
163. Protudjer, J. Normalization Strategies of Children With Asthma / J. Protudjer, A. Kozyrskyj, A. Becker, G. Marchessault // *Quality of Life Research*. — 2009. — V. 19. — № 1. — P. 94-104.
164. Psychological aspects of asthma / P. Lehrer, J. Feldman, N. Giardino, H. Song, K. Schmaling. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2002. — 70. — P. 691–711.
165. Relationship between disease and psychological adaptation in children in the Childhood Asthma Management Program and their families / B. G. Bender, R. Annetti, D. Ikle, T. R. DuHamel, C. Rand, R. C. Strunk // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. — 2000. — 154. — P. 706-713.
166. Repetti, R. L. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring / R. L. Repetti, S. E. Taylor, T. E. Seeman // *Psychological Bulletin*. — 2002. — 128(2). — P. 330-366.
167. Rietveld, S. Accuracy of symptom perception in asthma and illness severity / S. Rietveld, P. J. M. Prins, V. T. Colland // *Children's Health Care*. — 2001. — 30. — P. 27–41.
168. Rietveld, S. Excessive breathlessness through emotional imagery in asthma / S. Rietveld, W. Everaerd, I. van Beest // *Behaviour Research and Therapy*. — 2000. — 38. — P. 1005–1014.

169. Robinson, P. D. Asthma in Childhood / P. D. Robinson, P. V. Asperen // *Pediatr Clin.* — 2009. — № Am 56. — P. 191–226.
170. Rogerson, C. H. Psychological Factors in Asthma / C. H. Rogerson // *British medical journal.* — 1943. — V. 4. — № 4. — P. 406-407.
171. Rosenzweig, S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration / S. Rosenzweig // *Journal of Personality.* — 1945. — 14. — P. 3-23.
172. Rubin, S. Electroencephalographic studies in asthma with some personality correlates / S. Rubin, L. Moses // *Psychosomatic Medicine.* — 1944. — Vol 6. — P. 31-39.
173. Shalowitz, M. U. The relationship of life stressors and maternal depression to pediatric asthma morbidity in a subspecialty practice / M. U. Shalowitz, C. A. Berry, K. A. Quinn, R. L. Wolf // *Ambulatory Pediatrics.* — 2001. — 1(4). — P. 185–193.
174. The 2 relationship between asthma severity, family functioning and the healthrelated quality of life of children with asthma / M. G. Sawyer, N. Spurrier, L. Whaites, D. Kennedy, A. J. Martin, P. Baghurst // *Quality of Life Research.* — 2001. — 9. — P. 1105–1115.
175. The link between asthma and smoking explained by depressive feelings and self-efficacy / L. Ringlever, M. Hiemstra, R. C. Engels, C. van Schayck, R. Otten // *Journal of Psychosomatic Research.* — 2013. — 74. — P. 505–510.
176. The role of coping strategies in quality of life of adolescents with asthma / M. Van De Ven, R. Engels, S. Sawyer, R. Otten, R. Van Den Eijnden // *Quality of Life Research.* — 2007. — 16. — P. 625–634.
177. The use of reliever medication in asthma: The role of negative mood and symptom reports / J. Main, R. Moss-Morris, R. Booth, A. A. Kaptein, J. Kolbe // *Journal of Asthma.* — 2003. — 40. — P. 357–365.
178. Van De Ven, M. Effect of Type D personality on medication adherence in early adolescents with asthma / M. Van De Ven, C. Witteman, D. Tiggeleman // *Journal of Psychosomatic Research.* — 2013. — 75. — P. 572–576

179. Williams, S. Aspects of Dependence/Independence Conflict in Children with Asthma / S. Williams // *J. Child. Psychiat.* — v. 16. — 1975. — P. 199.
180. Wright, R. J. Review of psychosocial stress and asthma: An integrated biopsychosocial approach / R. J. Wright, M. Rodrigues, S. Cohen // *Thorax.* — 1998. — 53. — P. 1066-1074.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Структура эмоциональных реакций в ситуации фрустрации детей с бронхиальной астмой и здоровых

Основная группа					Контрольная группа				
	OD	ED	NP			OD	ED	NP	
E	4,59	3,24	2,55	10,38	E	3,21	2,55	2,61	8,37
I	0,58	2,34	2,98	5,9	I	0,89	3,6	3,93	8,42
M	3,62	0,95	3,15	7,72	M	3,19	1,58	2,44	7,21
	8,79	6,53	8,68			7,29	7,73	8,98	

Здоровые дети: $I > E > M$; $NP > ED > OD$; $i > I > E'$

Дети с бронхиальной астмой: $E > M > I$; $OD > NP > ED$; $E' > M' > E$

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Описание результатов факторного анализа личностных особенностей и фрустрационной толерантности детей с бронхиальной астмой

В процессе факторного анализа данных исследования детей с бронхиальной астмой были выделены четыре фактора.

Первый фактор, имея центральным компонентом низкое число импунитивных реакций с фиксацией на препятствии, включает, также, высокое число интропунитивных реакций с фиксацией на препятствии, факторы О (в значении озабоченный, а не спокойный), Е (в значении независимый, а не зависимый) опросника Кеттела и тяжесть заболевания. Данный фактор описывает личность с тяжелыми формами бронхиальной астмы, не склонную к отрицанию значимости фрустрирующей ситуации, стремящуюся к независимости, чувствительную к замечаниям и склонную описывать фрустрирующую ситуацию как выгодную для себя.

Второй фактор, имея центральным компонентом высокий индекс социальной адаптации, включает в себя, также, большое количество интропунитивных и импунитивных реакций с фиксацией на самозащите, а также фактор В опросника Кеттела (в значении высокая сформированность интеллектуальной функции). Данный фактор описывает хорошо адаптированную личность с высоким интеллектом, которая во фрустрирующей ситуации склонна брать вину на себя или же отрицать чью-либо вину.

Третий фактор, имея центральным компонентом большое количество импунитивных реакций с фиксацией на разрешении конфликта, включает в себя, также, низкое число экстрапунитивных реакций с фиксацией на препятствии, факторы А (в значении общительный, а не замкнутый) и Н (в значении решительный, а не робкий) опросника Кеттела. Данный фактор описывает смелую и общительную личность, склонную в ситуации фрустрации не "заикливаться" на происходящем, а, никого не обвиняя, надеяться на благополучное разрешение проблемы.

Четвертый фактор, имея центральным компонентом фактор F опросника Кеттела (в значении осторожный, а не беспечный), включает в себя, также, большое количество интропунитивных реакции и низкое число экстрапунитивных реакций с фиксацией на самозащите. Данный фактор описывает осторожную личность, склонную в ситуациях фрустрации брать вину на себя, а не обвинять кого-либо.

Таким образом, факторный анализ выявил некоторые особенности, присущие детям с бронхиальной астмой, в отличие от здоровых детей и подтвердил ранее описанные гипотезы о взаимосвязи личностных характеристик и особенностей эмоционального реагирования в ситуации фрустрации у детей с бронхиальной астмой.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Схема анализа механизмов психологических защит по рассказам детей по методике САТ

В основе анализа механизмов психологических защит по рассказам детей по методике САТ лежит подход Р. Сramer (1991), разработавшей категории подсчета для распознавания различных видов проявлений механизмов психологической защиты. Используемая нами классификация психологических защит основывается на классификацию, представленную в работе Романовой Е. С. и Гребенникова Л. Р. (1996, С. 55), и успешно апробированную в диссертационном исследовании психологических защит младших школьников (Вербрюгген А. А., 2008). Согласно данной классификации, выделяются следующие психологические защиты: вытеснение, отрицание, регрессия, замещение, идентификация, проекция, компенсация и интеллектуализация.

При анализе рассказов детей, использование каждого механизма психологической защиты в рассказе оценивалось при помощи шкалы от 0 до 2 баллов (где 0 – отсутствие проявлений механизма психологической защиты в рассказе; 1 – единичное проявление механизма психологической защиты в рассказе; 2 – неоднократные проявления механизма психологической защиты в рассказе). Таким образом, в 10 рассказах методики САТ каждый ребенок мог набрать по частоте проявления конкретного механизма психологической защиты от 0 до 20 баллов.

После подсчета индивидуальных результатов были применены стандартные процедуры статистической обработки данных.