

УДК 159.92

Григор'єва Світлана Вікторівна

психотерапевт УСП і ЄКПТ,

PhD в галузі медичної психології, психотерапевт дітей та підлітків

e-mail: svetart501@gmail.com

ORCID 0000–0003–3405–9521

DOI: [https://doi.org/10.18524/2304-1609.2018.1\(47\).139770](https://doi.org/10.18524/2304-1609.2018.1(47).139770)

**ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ПРИВ'ЯЗАНОСТІ В РОДИНАХ,
ЯКІ МАЮТЬ ДИТИНУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМИ ПРОБЛЕМАМИ**

У статті розглянута модель сімейних відносин в дяді «жінка та її мати». Ці відносини зумовлюють патологічний зв'язок у другій дяді — матері з її дитиною, хворою на ДЦП. Описані основні психологічні особливості жінок-матерів та їхніх відносин з власними матерями в сім'ях, де росте дитина з ДЦП. Показано особливості залежної поведінки, викликаної прихильністю, і порушення, що виникають при контрольованому вихованні. Описана також несвідомо сформована структура сім'ї та можливості виходу із симбіотичних стосунків.

Ключові слова: онтогенез материнства, динаміка прихильності, порушення сепарації, едіпальний конфлікт, самоідентифікація, діти хворі на ДЦП, церебральні проблеми.

Насправді, «ідеальна» дитина — це та, яку жорстоко обдурили.

Жанін Шоссет-Сміржель

Постановка проблеми. Питання прив'язаності, зокрема сімейні стосунки, традиційно актуальні як у науковій, так і в прикладній психології. Психологія материнства є порівняно молодою галуззю наукового знання, формування якої пов'язане з дослідженнями таких західноєвропейських вчених, як З. Фрейд, А. Фрейд, К. Хорні, Е. Еріксон, Д. Віннікотт, Дж. Боулбі, М. Ейнсворт та інші. Вагомий внесок у систематизацію підходів до вивчення материнства зроблено Г. Г. Філіповою. Психологічні характеристики батьків «особливих» дітей досліджували Г. Девід, М. Ліндер (1978), Б. Голдберг (1962), К. Стивенсон (1968), Г. Фюр (2003) та інші. Вагомий внесок у дослідження проблеми прив'язаності в сімейних стосунках зробили Дж. Боулбі, його попередники: К. Лоренц, І. Херманн, Р. Шпіц, Д. Берлінг, Р. Хайнда та послідовники: М. Ейнсворт, Н. Каплан і Д. Кессиді.

Виклад основного матеріалу. Особливий інтерес автора привернула проблема прихильності в сім'ях з дітьми, що страждають на ДЦП, оскільки через органічні порушення вона набуває форми «абсолютної прихильності», як дитини до матері, так і матері до дитини. Висновки та спостереження, які автор описує в цій статті, є результатом більш ніж 15-річної психологічної практики роботи із сім'ями з особливими дітьми (з ДЦП, аутизмом, когнітивними порушеннями та ін.) і 4-річного PhD-дослідження

сімей з дітьми хворими на ДЦП на базі дитячого реабілітаційного центру ім. Бориса Літвака у м. Одесі. Це дозволило автору виявити деякі закономірності межпоколінної трансляції порушень родинної системи, а також те, що ця динаміка розповсюджується на широкий спектр органічних патологій розвитку дитини. У дослідженні брали участь 154 сім'ї, з них 102 сім'ї, діти в яких хворі на ДЦП, та 52 сім'ї, що виховують здорових дітей.

Акцент ми зробили на відносинах в діаді «жінка та її мати» і дослідженні профілю особистості жінок, які виховують дитину з ДЦП. Ми вивчали етапи дорослішання дівчинки (матері дитини з ДЦП), специфіку сімейних відносин і структуру сім'ї до третього коліна, якість прихильності у сім'ї, підлітковий період і особливості сепарації дівчинки від власної матері, формування жіночої ідентичності, готовність до материнства, період вагітності та ставлення до дитини в післяпологовому періоді, психологічні захисти та ін.

«Все, що замовчується в першому поколінні, друге носить у своєму тілі», — цей вислів Ф. Дальто точно відображає провідну ідею нашої статті, в якій ми описуємо динаміку розвитку стосунків в сім'ях від симбіотичного зв'язку в діаді «жінка та її мати» до абсолютної прихильності в другій діаді — «матері з її дитиною, хворою на ДЦП». В другій діаді ми простежуємо як прихильність жінки до своєї матері, так і патологію в її стосунках з дитиною в проективному переносі.

Психологічна зрілість, як умова здорового материнства. Материнство — це комплексний біологічний, психологічний, індивідуально-особистісний, соціальний, культурний феномен, завдання якого не лише формування середовища для становлення особистості дитини, але й розвитку особистості самої жінки, розвиток і зміна структури сімейних та соціальних стосунків в цілому. Здорове материнство можливе за умови психологічної зрілості, здоров'я і психологічної готовності жінки до материнства, а це — весь період онтогенезу майбутньої матері. З раннього дитинства психіка дівчинки формується з орієнтацією на те, що їй належить виконати її найважливіше призначення — дати початок новому життю (6). Спочатку від батьків, потім від найближчого соціального оточення дівчинка сприймає віками сформовані установки щодо материнського образу. Під їх впливом формуються індивідуальні риси, які знадобляться їй для реалізації своєї материнської функції. Процес цей дуже складний, оскільки не завжди установки, які отримує дівчинка, що дорослішає, дійсно адекватні і сприяють здоровому розвитку її материнських інстинктів. Залучена в складну і часто неоднозначну систему сімейних зв'язків, дівчинка стає учасницею внутрішніх сімейних стосунків, які майже завжди неусвідомлено формують профіль її особистості, як дзеркало довіклля (1).

В силу своєї професійної діяльності спостерігаючи структури внутрішніх стосунків в сім'ях, що виховують дитину, хвору на ДЦП, ми мали можливість відстежити ці процеси в їх крайніх патологічних формах. У ході досліджень психологічних особливостей жінок, які народили хвору дитину, ми виявили, що в них багато спільного. Має місце чітко означений профіль особистості жінки, схильної народити нездорову дитину. Є підстави

стверджувати, що, можливо, не загальна біда — хвороба дитини — робить цих жінок схожими, а, навпаки, їхні однакові психологічні особливості призводять до того, що вони народжують хвору дитину.

Однією з найяскравіших загальних особливостей цих жінок є відсутність сепарації з їхніми матерями. У певному віці, коли вони самі були дітьми, їхні стосунки з мамами зовні могли здаватися чудовими — дружніми, близькими, погодженими (80 % матерів з дітьми з ДЦП виховувалися в повних сім'ях і 80 % їхніх бабусь жили в повних сім'ях). Проте, коли ретельніше дослідити, можна помітити гіперконтроль матері, її тотальну керівну роль і, відповідно, відсутність ініціативи і навіть власної думки у її доньки.

У підлітковому віці в силу онтогенетичних закономірностей відбувається сепарація дітей, що дорослішають, від своїх батьків, а, з іншого боку, цей вік є сенситивним для формування жіночої ідентичності дівчинки. Але в сім'ях, де є діти з ДЦП, багато в чому, під впливом проблем особистості мами, ці нормативні процеси не відбуваються. Замість того, щоб інтегрувати в себе усі (часто суперечливі) грані материнського образу, у дівчинки формується однобоке, ідеалізоване, а тому нереалістичне уявлення про себе, як про матір у майбутньому. Оскільки її мама не залишила права бачити в ній негативні риси, дівчинка вимушена прийти до думки, що і вона, коли виросте, не має права на помилку, а має бути «ідеальною в усіх відношеннях мамою».

Дослідження, проведене за допомогою опитувальника Г. Г. Філіпової «Онтогенез материнства», показало, що ці жінки задовго до народження дитини найбільше боялися народити хвору дитину, боялися не бути «ідеальними». Чи не є хвора дитина втіленням тих «хворобливих» уявлень, які сформувалися під впливом нерозривно пов'язаної диади «мати — донька»?

Показово, що, маючи власних чоловіків і народивши своїх дітей, для таких жінок найголовнішою людиною у світі залишаються матері, які продовжують керувати їхнім життям. Наявність хворої дитини в цій ситуації виступає «причиною», «поясненням» надзвичайної ролі мами (бабусі, тещі) в житті молодшої сім'ї: «У мене ж хвора дитина, як же я впораюся без допомоги мами?!» При такій схемі сімейних відносин батькові дитини так само надається другорядна роль — в основному, як «кореня будь-якого лиха», на якого жінка спрямовує всі свої негативні емоції: «він не допомагає, він винен, він залишив мене наодинці з хворою дитиною. Одна мама мені підтримка». І при цьому жінки намагаються вирішити задачу, обумовлену їхнім інфантілізованим особистісним профілем: «як вести себе так, щоб заслужити мамине схвалення». Це завдання не вирішується, оскільки на невдоволенні матері своєю донькою тримається цей зв'язок. Донька нескінченно прагне заслужити схвалення, а мати залишається незадоволеною і такою, що постійно її критикує. Якщо мати схвалить вчинки доньки, це буде означати, що їй поруч більше нічого робити, донька відтепер сама впорається, і матері треба починати жити своїм життям, чого вона не вміє за визначенням.

Деякі статистичні відмінності у відповідях мам дітей з ДЦП (МД) і мам здорових дітей з контрольної групи (МК).

1. Мамаи (МД) в дитинстві менше, в порівнянні з мамами (МК), грали в динамічні ігри ($\chi^2 = 0,213683$). Дівчатка були слухняні, «не стрибали», любили гратися з ляльками. Можливо, це виробилося як бажана слухняність для мами.

2. При цьому ігри в ляльки (МД) були переважно самостійні, комунікації з мамами в іграх було менше ($\chi^2 = -0,267414$), ніж у мам (МК), що може говорити про прояв відстороненості в стосунках і компенсації цього недоліку в спілкуванні зі своєю нездоровою дитиною.

3. На питання: «Коли вперше в дитинстві ви побачили немовля, що ви робили»? У мам з групи ДЦП достовірно менше відповідей про те, що вони дивилися на немовля ($\chi^2 = -0,222222$), але, на рівні тенденції, вони більше годували його. Можливо, вже в дитинстві склалися позиції уникнення в складному перенесенні та ідентифікації. 97 % мам з групи ДЦП згадують, що при спілкуванні у дитинстві їхня мама завжди дивилася їм в очі, коли вела з нею відверті розмови, коли з'ясовувала правду, дорікала, проявляла невдоволення. Спілкування, при якому має місце прямий погляд в очі, — це не лише особливий рівень відносин, при якому формується діада прихильності, а це й дуже чітка демонстрація субординації. У тваринному світі той, хто дивиться в очі, — це лідер, який стежить і контролює. Для деяких дівчат такий погляд мами в поєднанні з очікуванням похвали від неї стає системоутворюючим, таким, що вибудовує все її життя. В цьому випадку донька готова на те, щоб відмовитися від своїх бажань і ні в чому не проявляти ініціативу. Якщо це не вдається, дівчина відчуває сором. Сором поєднується з бажанням сховатися, «провалитися крізь землю», відмовитися від власної ідентичності, для того, щоб забезпечити прийняття з боку батьків (5). Часто буває, що мати намагається вирішити свою власну проблему, використовуючи почуття сорому за дитину. При спілкуванні з дітьми з ДЦП їхні мами часто не контактують з ними поглядом. І це не тільки тому, що їх складно повернути до себе, коли діти сидять у них на колінах. Мама дітей з аутизмом теж намагаються не зустрічатися з дітьми поглядом. Можливо, в цьому проявляється несвідома установка мами на руйнування контролюючого контакту зі своєю власною матір'ю.

4. У порівнянні з контрольною групою мами дітей з ДЦП у своєму власному дитинстві менше відчували підтримку ($\chi^2 = 0,2007$) і допомогу ($\chi^2 = 0,144516$) своїх мам.

5. У спогадах про дитячі «кошмарні сни» — відповідей «не було» достовірно менше у мам з групи ДЦП. Так, внутрішнє напруження у дівчаток, які потім народили хворих дітей, було більшим. Але дивує те, що в групі (МД) з адекватною прихильністю дівчатка частіше не пам'ятають ані про кошмарні сни, ані про своє дитинство, взагалі, витіснивши абсолютно всі спогади. Жінки (МД), у яких встановлено амбівалентний стиль відносин з матір'ю, визнають, що кошмари снилися, і це мало місце в більшості випадків.

6. Вже в період материнства є різниця в розумінні емоційного стану власної дитини — менше в групі (МД). На питання: «З якого віку Ви почали розуміти стан дитини?», у мам з групи ДЦП достовірно менше від-

повідей: «відразу» ($\chi^2 = -0,203460$), і більшість із них відповіли: «важко сказати».

7. Для мам з групи (МД) більш характерна післяпологова депресія.

8. На питання: «Опишіть, що Вас найбільше хвилювало під час вагітності, чого Ви боялися?», у мам з групи ДЦП високо достовірно менше відповідей: «нічого не боялася» ($\chi^2 = -0,438230$), а також достовірно менше їх відповіли, що «відчувають страх втратити дитину» ($\chi^2 = -0,266872$), порівняно з мамами здорових дітей. Дуже показово, що в групі мам з дітьми з ДЦП утворилася окрема категорія відповідей: «був страх за здоров'я дитини». Тобто ці жінки задовго до пологів найбільше боялися народити хвору дитину, часто уявляючи те, що сталося потім в пологах та після них. Ми враховуємо, що мами відповідали вже тоді, коли дитина народилася, і було ясно, що у неї є проблеми, і в цьому випадку могло з'явитися ретроградне перенесення і гальмування перед позитивною відповіддю на варіант «нічого не турбує».

Механізм витіснення проблеми. Дитина — симптом сім'ї. Дитина з ДЦП в проєктивній ідентифікації накопичує материнські страхи і ображається на мати за те, що вона тримає її на дистанції. А матері важко емоційно наблизитися до тієї частини своєї проблеми, яку вона в дитині «розмістила». Їй тепер добре, вона полегшила свою долю, спроектувавши те, що для неї є неприйнятним в собі, на дитину. Після цього вона дистанціюється від дитини. Однак, дистанціюючись, мати позитивно оцінює свою дитину і своє ставлення до неї, адже все, що їй не подобається, витіснене і знаходиться поза її контролем. Дитина ж, навпаки, бачить в матері ту частину, яку мати не хоче в собі бачити, і це розчаровує дитину. Отже, ми бачимо асиметричну картину — дитина не дуже добре ставиться до матері, але тягнеться і вимагає її. Мати, навпаки, добре ставиться до дитини, але емоційно дистанціюється від неї і чинить опір зближенню. Вона тягнеться до минулого, оскільки відносини з її власною матір'ю не вирішені.

Більшість матерів одноосібно виховують дитину, і не тільки через слабкість та нерішучість батька, але й тому, що в об'єктних відносинах для нього не передбачено місце. Батько дитини виконує лише роль контейнера негативних емоцій жінки до власної мами. Цей конфлікт витіснений і вимагає балансу. І якщо під час вагітності та першого року життя, коли мама і дитина мають, за словами Віннікотта, «одну психіку на двох» (3), мати не може сама впоратися зі своїми страхами і психотичним розщепленням, тоді, в омніпотентній єдності з мамою дитина може врятувати її психічний стан, контейнуючи в собі її проблеми. Еволюційно важливо зберегти репродуктивну жінку, і хвора дитина стає заручником маминої проблеми.

Особливості психокорекційної роботи з мамами дітей з ДЦП. Якість прив'язаності у мам (МД) до своїх власних мам: 46 % респонденток назвали прив'язаність «міцною» (2), а 32 % — «тривожною», 50 % — характеризували це як «сепарація незавершена із збереженням залежності», «адекватна» — у 35 %. Для 50 % опитуваних цінність дитини — підвищена, адекватна — у 26 %. Для цієї категорії матерів (МД) характерні такі психологічні захисти, як заперечення і реактивне утворення. У запереченні вони

не просто відкидають небезпечну ситуацію, але ще і замінюють її на якусь уявну і безпечну. Це та сама «втеча» у фантазію, казку, яка характерна для дитинства. «Потрібно вірити, що станеться чудо», коли це не трапляється, кожен раз йде неминучий «обвал». Реактивне утворення проявляється в тому, що матері ненавидять тих, кого люблять, і ображають тих, до кого відчувають вдячність. Це могло з'явитися як захист, коли з'явилися агресивні почуття. Але ще раніше, на досвіді спілкування доньки з мамою, вже перевірено, наскільки це небезпечно — не вміти тримати агресію в руках.

Досліджувані знаходяться в пре-депресивній позиції, не допускаючи появи тривоги і усвідомлення своєї амбівалентності (6). У їхній свідомості не інтегровані образи «хорошої» та «поганої» матері, розуміння того, як бути «достатньо хорошою мамою для своєї дитини (4). Жінка, яка пригнічена своєю матір'ю і беззаперечно реалізує її волю, веде себе так само і по відношенню до своєї дитини — авторитарно, з гіперопікою (7), не залишаючи дитині права на ініціативу і власні бажання (що приймає «природні форми реалізації» у догляді за дитиною з ДЦП). Ці матері впевнені, що у їхньому житті є проблеми тільки у дітей, а ті матері, які зуміли усвідомити свої проблеми і опрацювати їх, згодом мали якісні поліпшення в реабілітації дітей (підвищувалася активність контакту, емоційної та фізичної взаємодії, що викликало гордість батьків).

Матері дітей, хворих на ДЦП, мають тенденцію знаходитися в стані екзистенціальної кризи, їхня тимчасова орієнтація переважно спрямована в минуле, вони внутрішньо пасивні і у них відсутня мотивація до змін. Їх відрізняє нерішуча поведінка в стресових ситуаціях і більше прагнення до проблемно-орієнтованого копінгю.

Психологічні характеристики цих матерів вказують на наявність у них так званого морально-мазохистичного характеру. Терапія особистості матерів з такою структурою дуже трудомістка. Такій матері потрібно накопичити величезний ресурс для змін і знайти в собі сили для формування стійкого образу власного «Я».

Враховуючи все вищеописане, для роботи з такими матерями можна запропонувати наступні рекомендації:

– На початку роботи можна порадити їм фізичну активність в якості терапії. Це підвищить зв'язок з власним тілом та реальністю і допоможе у реабілітації дитини, оскільки, маючи з дитинства нелюбов до рухливих ігор, ці матері несвідомо ігнорують активний рух і домашні заняття з дитиною ЛФК. Рекомендуючи групові заняття ЛФК для цих мам, ми забезпечимо зростання стійкого образу власного «Я» та більш активне підключення до процесу лікування дітей.

– Спостерігаючи тенденцію у мам до перекладання роботи зі своїми дітьми на фахівців і зменшення власної ініціативи в роботі, важливим є усвідомлення ними величезного власного сорому і страху своєї ініціативи, що допоможе їм бути більш відповідальними у роботі з дітьми.

– В дослідженнях відносин матері дитини з ДЦП зі своєю матір'ю дуже розмиті уявлення про справжній стан дівчинки і про віру її у себе: чи її стосунки з матір'ю були теплими і близькими, чи то дівчинка хотіла ба-

чити їх такими. Таким чином, механізм проєктивної ідентифікації, сформований жінкою в її стосунках з матір'ю, використовується як системний механізм психологічного захисту, що діє трансцендентно від покоління до покоління. Очевидно, що завдання такого роду найчастіше перевищують психічні можливості дитини і призводять до травматогенної ситуації. Тобто дитина як би бере на себе складну психічну проблему, з якою не змогла впоратися її мати і, можливо, бабуся.

В культурних традиціях багатьох народів, виходячи заміж, жінка переходить жити в сім'ю чоловіка. Це сприяє її сепарації від своєї матері. Зі свекрухою у жінки, частіше за все, не виникає спільної конфронтації з чоловіком, тому велика ймовірність формування у жінки міцної прихильності до чоловіка.

Висновки. У традиційній медицині головним та іноді єдиним об'єктом (а не суб'єктом) лікування є тільки хвора дитина. Отже в цьому випадку лікується не стільки причина, скільки наслідок. Але інтерперсональний підхід надає більше варіантів впливу і більше надій на компенсацію. Таким чином теоретичне та емпіричне дослідження показало, що корінь проблем в сім'ях, які виховують дитину з церебральними проблемами, — це симбіотичний зв'язок матері дитини зі своєю матір'ю. В картині світу матері хворої дитини немає місця ані дитині, як особистості, ані чоловікові, батькові цієї дитини. Жінка знаходиться під владою своєї матері, яка, одного разу і до тепер, блокувала її ініціативу, її думку, її право на власний вибір. Від жінки очікується продуктивна робота з дитиною, а вона не в змозі бути ініціативною, оскільки сама не пройшла свій власний етап прояву ініціативи. Таким чином, запропонована психокорекційна програма спрямована на роботу саме з цими жінками, на вирішення їхнього багаторічного внутрішнього конфлікту з самими собою з приводу взаємин з їхніми матерями.

Список використаних джерел та літератури

1. Балзам Р. Мать внутри матери [Электронный ресурс] / Р. Балзам // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2005. — № 2. — Режим доступа: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2885>
2. Бриша К. Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике / К. Х. Бриша; Пер. с нем. — М.: Когито - Центр, 2012.
3. Винникот Д. В. Маленькие дети и их матери / Д. В. Винникот. — М.: Класс, 1998. — 25 с.
4. Гаддини Е. Агрессия и принцип удовольствия: к психоаналитической теории агрессии [Электронный ресурс] / Гаддини Е. // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2004. — № 2. — Режим доступа: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=3000/>
5. Рехардт Э., Иконен П. П. Происхождение стыда и его проявления [Электронный ресурс] / Э. Рехардт, П. П. Иконен // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2009. — № 4. — Режим доступа: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2743/>
6. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учебное пособие / Филиппова Г. Г. — М.: Издво Института Психотерапии, 2002. — 240 с.
7. Хамитова И. Ю. Межпоколенные связи. Влияние семейной истории на личную историю ребенка [Электронный ресурс] / И. Ю. Хамитова И. Ю. // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2003. — № 4. — Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/1/0395/1_0395-24.shtml/

REFERENCES

1. Balzam R. (2005) Mat' vnutri materi [Mother inside mother] *ZHurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza* — Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis. Vol.2 Retrieved from <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2885>[in Russian].
2. Brisha K. H. (2012) Terapiya narushenij privyazannosti: Ot teorii k praktike [Therapy of attachment disorders: From theory to practice]. Moscow: Cogito-Centr [in Russian].
3. Vinnikot D. V.(1998) Malen'kie deti i ih materi [Little children and their mothers]. Moscow: Klass. [in Russian].
4. Gaddini E. (2004) Agressiya i princip udovol'stviya: k psihoanaliticheskoy teorii agressii [Aggression and the pleasure principle: to the psychoanalytic theory of aggression] *ZHurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza* — *Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis*, Vol.2– Retrieved from <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=3000> [in Russian].
5. Rekhardt E.H., Ikonen P. P. (2009) Proiskhozhdenie styda i ego proyavleniya [The origin of shame and its manifestation] *ZHurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza* — *Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis*, Vol.4– Retrieved from <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2743>/ [in Russian].
6. Filipova G. G.(2012) Psihologiya materinstva[Maternity Psychology]. Moscow: Izdatel'stvo Instituta Psihoterapii. [in Russian].
7. Hamitova I. YU.(2003) Mezhpokolennye svyazi. Vliyanie semejnoy istorii na lichnyuyu istoriyu rebenka [Intergenerational relations. Influence of family history on the personal history of the child]. *ZHurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza* — *Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis*, Vol. 4. Retrieved from http://pedlib.ru/Books/1/0395/1_0395-24.shtml/

Григорьева Светлана Викторовна

асихотерапевт УСП и ЕКПП, PhD в области медицинской психологии,
психотерапевт детей и подростков

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ПРИВЯЗАННОСТИ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ РЕБЕНКА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ

Резюме

В статье рассмотрена модель семейных отношений в диаде «женщина и ее мать», которые обуславливают патологическую связь во второй диаде — матери с ее ребенком, больным ДЦП. Описаны основные психологические особенности женщин-матерей и их отношений с их матерями в семьях, где растет ребенок с ДЦП. Показаны особенности зависимого поведения, вызванного привязанностью, и нарушения, проявляющиеся в контролируемом воспитании. Описана также бессознательно сформированная структура семьи и возможности выхода из симбиотических отношений.

Ключевые слова: онтогенез материнства, динамика привязанности, нарушения сепарации, эдипальный конфликт, самоидентификация, дети с ДЦП.

Grigoryeva Svetlana Viktorovna

Psychotherapist USP and the CPT,

PhD in Medical Psychology, Psychotherapist for Children and Adolescents

**INVESTIGATION OF DYNAMICS OF ATTITUDE IN CHILDREN'S
FAMILIES WITH CEREBRAL PROBLEMS**

Abstract

Questions of attachment, in particular family relationships are traditionally relevant, both in scientific and applied psychology. A special interest of the author was attracted by the problem of attachment in families with children suffering from cerebral palsy, because because of organic disorders, attachment here takes the form of «absolute attachment» and the child to mother and mother to the child.

In the article psychological features of child-parent relations in families with children with cerebral palsy are considered. The relationship between a mother-child dyad in 1m and 2m generations, specificity and patterns of development of dependent relationships are considered in detail. Intergenerational mechanisms of transmission of violations of the family system related to separation, self-identification, controlling upbringing and attachment are explained. A profile of the personality of a woman who has a risk of giving birth to a child with a developmental disability is indicated. The temporal orientation of the woman's personality and the unconscious strategy of the pre-depressive position in which they are. A model is developed that demonstrates the psychological structure of family relations, the place and role of the child's father in this structure. Based on a study that points to the presence of moral and masochistic moms and a tendency to unconscious confrontation of physical activity, recommendations are suggested in the work.

Key words: maternity ontogeny, attachment dynamics, separation disorders, oedipal conflict, self-identification, family, children with cerebral palsy.

Стаття надійшла до редакції 16.03.2018.