

© Е. Ю. Галицына, 2016 г.
УДК 616.24-053.32:371.398

Е. Ю. Галицына

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Санкт-Петербургский государственный университет

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных хронических заболеваний детского возраста. В статистике заболеваемости не наблюдается значимых изменений, несмотря на значительный прогресс в сфере медикаментозного лечения заболевания [5]. В связи с этим в последние годы особую актуальность приобретают работы, посвященные неспецифическим, в том числе психологическим, факторам течения бронхиальной астмы.

Во многих исследованиях как зарубежных, так и отечественных авторов, подчеркивается роль семейного окружения в процессах компенсации и декомпенсации приступов бронхиальной астмы. Согласно психодинамической концепции, заболевание связывается с пролонгированным конфликтом близости-дистанцирования, вызванным взаимоотношениями с доминирующей матерью [8]. С. Ю. Куприянов описывал значительное влияние на развитие БА у ребенка особенностей структуры и функционирования семьи в целом, а также наличия конфликтных отношений в семье, семейных моделей адаптации к стрессу [3]. Ряд авторов отмечают взаимосвязь между частотой возникновения приступов БА и наличием семейной дисфункции, неадекватных стилей семейного воспитания, семейных конфликтов [1, 2, 9]. Однако в имеющихся исследованиях семей детей с БА рассматриваются преимущественно материнские отношения, а не члены семьи в целом, не учитываются особенности личности родителей, особенности их защитных механизмов личности, не анализируются связи особенностей семейного функционирования с длительностью и тяжестью течения БА.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — выявление особенностей семейного функционирования в семьях детей с БА и их взаимосвязи с тяжестью течения заболевания.

В исследовании приняли участие 73 семьи с детьми 8–12 лет. Из них 39 семей с детьми, страда-

ющими бронхиальной астмой (атопическая форма): 2 человека — с тяжелым течением (5%), 13 — со среднетяжелым течением (33%), 26 — с легким течением (62%). Срок заболевания — от 1 года до 10 лет; в двух семьях бронхиальная астма была диагностирована у двоих детей. В контрольную группу вошли 34 семьи с детьми, не страдающими какими-либо хроническими заболеваниями. Всего в исследовании участвовали 39 матерей и 32 отца детей с БА и 34 матери и 31 отец здоровых детей.

Использованы клиничко-психологические (наблюдение, направленные беседы с родителями и детьми, клиничко-биографический анализ семьи, анализ медицинской документации) методы и психодиагностические:

— опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (методика АСВ) Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкиса, направленный на выявление типов семейного воспитания [7];

— методика изучения родительских установок (Parental Attitude Research Instrument — PARI), направленная на выявление отношения родителей к различным аспектам семейной жизни [4];

— опросник структуры психологических защит М. Бонда, направленный на выявление стилевых характеристик защитных механизмов и их адапционный потенциал. Стили разделяют на 4 группы, отличающиеся по степени эффективности и конструктивности:

- 1) неадаптивные, неэффективные;
- 2) защиты, искажающие образ, умеренно эффективные;
- 3) самопринижающие, умеренно эффективные;
- 4) адаптивные, эффективные защиты [6].

Достоверность исследования обеспечивалась использованием статистических процедур обработки данных и анализа результатов («Statistica 6.0», «Stat graphics plus 5.0»), а также динамическим наблюдением обследованных семей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов исследования стилей семейного воспитания выявил, что у отцов детей, страдающих БА, достоверно выше, чем у отцов здоровых детей ($p < 0,05$), показатели по шкалам «Воспитательная неуверенность», «Неустойчивость стиля воспитания», «Недостаточность обязанностей». У матерей детей с БА достоверно выше, чем в контрольной группе, показатели по шкалам «Потворствование», «Расширение сферы родительских чувств», «Предпочтение в ребенке детских качеств». И у матерей, и у отцов детей с БА достоверно высокие показатели по шкалам «Гиперпротекция» и «Фобия утраты». В семьях здоровых детей у отцов достоверно чаще, чем у матерей, выявляются «Гипопротекция» и «Минимальность санкций»,

чего не наблюдается в семьях здоровых детей. В семьях детей с БА «Воспитательная неуверенность» достоверно выше у отцов, а в семьях здоровых детей — у матерей. Полученные данные указывают на доминирующую роль матери в семейном функционировании в семьях детей с БА, а также демонстрируют, что у матерей в этих семьях наблюдаются стойкие воспитательные стереотипы, препятствующие эффективному взаимодействию с ребенком, а отцы отличаются воспитательной неуверенностью.

Анализ родительских установок выявил, что в семьях детей с БА у обоих родителей достоверно выше ($p < 0,05$) показатели по шкале «Излишняя строгость», чем у родителей детей контрольной группы. У матерей детей с БА достоверно выше, чем у матерей контрольной группы, показатели по шкалам «Зависимость от семьи», «Ощущение самопожертвования», «Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка». У отцов детей с БА, в сравнении с отцами контрольной группы, достоверно ниже показатели по шкалам «Вербализация» и «Подавление агрессивности». Анализ внутрисемейного взаимодействия выявил, что у матерей детей с БА, по сравнению с отцами, достоверно выше показатели по шкалам «Подавление воли ребенка», «Излишняя строгость». У отцов детей с БА достоверно выше, чем у матерей, показатель «Чрезмерная забота». В семьях здоровых детей этого не было выявлено. В семьях детей с БА показатели по факторам «Исключение внутрисемейных влияний», «Сверхавторитет родителей», «Безучастность мужа» достоверно выше у матерей, чем у отцов, тогда как в семьях здоровых детей эти показатели выше у отцов, чем у матерей. Педагогические аспекты, проявляющиеся в излишнем контроле над ребенком и санкциях, выше у матерей детей с БА в сравнении с матерями контрольной группы. Межсупружеские аспекты, включающие в себя моральную и эмоциональную поддержку и организацию досуга, достоверно чаще наблюдаются у матерей в семьях детей с БА и отцов в семьях контрольной группы.

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

Анализ исследования психологических защит личности выявил, что у матерей детей с БА достоверно чаще, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$), наблюдается неадаптивный стиль психологических защит, что проявляется в таких поведенческих радикалах, как ипохондрия, регрессия, избегание, пассивная агрессия, соматизация. Также у матерей детей с БА достоверно ниже ($p < 0,05$)

показатели адаптивных защит, которые отражают эффективный стиль преодоления жизненных трудностей. У отцов детей с БА, в отличие от отцов контрольной группы, выражены искажающие защитные стили, отражающие умеренно аффективные невротические защиты ($p < 0,05$). Уровень адаптивных защит у отцов детей с БА выше, чем у матерей. У родителей контрольной группы в структуре психологических защит преобладают адаптивные защиты у обоих родителей.

Корреляционный анализ полученных нами данных показал, что тяжесть течения заболевания у ребенка с БА на достоверном уровне ($p < 0,01$) коррелирует с неадаптивными защитными механизмами у матерей, с установками «Ощущение самопожертвования», «Исключение внутрисемейных влияний», с показателем «Фобии утраты».

На основе факторного анализа данных были выделены три типа семей детей, страдающих БА. В первой группе (28 % семей) ведущими факторами являются жесткая система семейного функционирования, преобладание неадаптивных стилей психологических защит у обоих родителей, установки «Зависимость от семьи», «Гиперпротекция» и «Фобия утраты» у матери и «Воспитательная неуверенность» у отца. В этих семьях наблюдается высокая сосредоточенность на состоянии здоровья ребенка, особенно у матери. Это проявляется в неудовлетворенности результатами лечения, конфликтах с врачами, поисках нетрадиционных методов лечения. В семьях этой группы преобладали дети с тяжелым и среднетяжелым течением (83 %).

Во второй группе (46 % семей) ведущими факторами являются неустойчивая интегрированность членов семьи, у матерей наблюдается неадекватный стиль психологических защит, «Зависимость от семьи», у отцов выражены установки «Партнерские отношения с ребенком», «Развитие активности ребенка». У обоих родителей выражена «Гиперпротекция», установки «Вмешательство во внутренний мир ребенка», «Излишняя строгость». Отношение к болезни ребенка в этой группе характеризуется ситуативной эмоциональной напряженностью и большой зависимостью от лечащего врача (особенно со стороны матери). Однако в этой группе преобладали дети с легким (79 %) и среднетяжелым течением (21 %).

В третьей группе (26 % семей) ведущими факторами являются адаптивные стили психологических защит у обоих родителей, установки «Партнерские отношения с ребенком», «Гиперопека»; у отцов — «Повышенные требования» и «Использование санкций», у матерей — «Поощрение активности ребенка», «Оптимальный эмоциональный контакт с ребенком». В отношении к болезни ребенка родители этой группы проявляют установку на строгое соблюдение медицинских предписаний, со стрем-

лением вести обычный образ жизни в рамках установленных врачом возможностей. Эта группа в основном была представлена семьями с детьми с легким течением БА (90 %).

Динамическое наблюдение семей, страдающих БА, в процессе программы психокоррекции позволило отметить, что в двух семьях, которые были отнесены к третьей группе, дети вышли в стойкую ремиссию, и одному ребенку в процессе подготовки результатов исследования был снят диагноз БА. В процессе работы с семьями контрольной группы были выделены три семьи, чьи результаты обследования резко выделялись по целому ряду показателей и приближались по значениям к семьям, выделенным в первую группу семей детей с БА. В процессе подготовки исследования в одной из этих семей ребенку был поставлен диагноз «Нейродермит», во второй ребенку был поставлен диагноз «Бронхиальная астма».

Таким образом, система семейного функционирования является важным фактором, влияющим на динамику физического состояния ребенка и эффективность лечебного процесса.

ВЫВОДЫ

1. Семьи детей с БА отличаются жесткой системой семейного функционирования с доминирующей матерью, преобладанием ригидных установок в распределении семейных ролей.

2. Стилиевые характеристики психологической защиты родителей в семьях детей с БА характеризуются преобладанием искажающих стилей у отцов и неадаптивных стилей у матерей, что проявляется в родительских установках фобии утраты ребенка и самопожертвования и достоверно коррелирует с тяжестью заболевания ребенка.

3. На основе факторного анализа данных были выделены три типа семей с детьми, страдающими БА, отличающиеся по степени интегрированности ее членов, доминирующей позиции родителей и их установкам в отношении болезни ребенка, что в целом было связано с тяжестью течения заболевания.

4. Полученные данные позволяют определить следующие рекомендации для семей с детьми, страдающими БА: психологическая помощь по диагностике и гармонизации семейного функционирования, повышение социальной активности семьи, повышение занятости родителей вне семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билецкая М. П. Психологические особенности семей детей с психосоматическими расстройствами и семейная психотерапия // Мед. психол. в России: электрон. науч. журн. — 2012. — № 5 (16). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения 19.06.2016).
2. Кравцова Н. А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и

подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) // Сибир. психол. журн. — 2005. — № 22. — С. 13.

3. 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. — Л., 1985. 20 с.

4. Методика PARI (Шефер Е. С., Белл Р. К.; адаптация Неццерет Т. В.) / Психолог. тесты. Т. 2 / ред. А. А. Карелин. — М., 2001. — С. 130—143.

5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». — 4-е изд. — М.: Оригинал-макет, 2012. — 182 с.

6. Туник Е. Е. Психологические защиты. Тестовая методика. — СПб.: Речь, 2010. — 219 с.

7. Эйгемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. — 4-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 672 с.

8. Freyberger H. Psychology in the hospital // PSYPSYMED. — 1999. — Vol. 49 (7). — P. 252—253.

Repetti R. L., Taylor S. E., Seeman T. E. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring // Psychological Bulletin. — 2002. — Vol. 128 (2). — P. 330—366.

РЕЗЮМЕ

Е. Ю. Галицына

Особенности семейного функционирования в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой различной степени тяжести

Статья посвящена изучению типов воспитания, родительских установок и особенностей защитных механизмов в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой. Семьи детей с бронхиальной астмой характеризуются более жесткой системой семейного функционирования, наличием строгих правил и распределением ролей. На основе результатов исследования с использованием факторного анализа были выделены три группы родителей детей с бронхиальной астмой по степени нарушений семейного функционирования. Выявлена взаимосвязь между особенностями семейного функционирования и тяжестью течения бронхиальной астмы у ребенка.

Ключевые слова: семья ребенка с бронхиальной астмой, тип воспитания, родительские установки, психологическая защита.

SUMMARY

Y. Yu. Galitsyna

Main features of family functioning in families with pediatric asthma of varying severity

This research is focused on studying the types of education, parental attitudes and characteristics of defending strategies in families with pediatric asthma. Families with pediatric asthma have discovered a rigid system of family functioning and an existence of strict familiarly rules and roles. Based on the study results, where the factor analysis was applied, three groups of families with pediatric asthma were defined depending on to what degree the family functioning is violated. The correlation has been found between the characteristics of family functioning and severity of pediatric asthma.

Keywords: family with pediatric asthma, type of education, parental attitudes, psychological defense.