

На правах рукописи

Галицына Елена Юрьевна

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

Специальность 19.00.04 – «Медицинская психология»

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2017

Диссертация выполнена в Санкт-Петербургском государственном университете.

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Мамайчук Ираида Ивановна,
профессор кафедры медицинской психологии
и психофизиологии ФГБОУ ВО
«Санкт-Петербургский государственный
университет»

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Горьковая Ирина Алексеевна,
профессор кафедры психологии человека
ФГБОУ ВО «Российский государственный
педагогический университет им. А. И. Герцена»

доктор медицинских наук, профессор
Косенкова Тамара Васильевна,
старший научный сотрудник НИИ перинатологии
и педиатрии ФГБУ «Северо-Западный
федеральный медицинский исследовательский
центр им. В. А. Алмазова»

Ведущая организация: ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-
исследовательский психоневрологический
институт им. В. М. Бехтерева»

Защита состоится «19» апреля 2017 г. в 15:00 ч. на заседании совета Д 212.232.22 при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, ауд. 227, факультет психологии.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького Санкт-Петербургского государственного университета по адресу: Университетская наб., д. 7/9 и на сайте disser.spbu.ru.

Автореферат разослан «___» февраля 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук



А.В. Трусова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. Бронхиальная астма (БА) 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 БА 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 БА, не произошло кардинальных изменений в статистике заболеваемости и тяжести течения болезни (цит. по Баранов А. А. с соавт., 2007).

Механизмы, составляющие патогенез БА, 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 БА, а больным детям и их семьям необходима психологическая помощь (Национальная программа «Бронхиальная...», 2012). В связи с этим, приобретают особую актуальность психологические исследования, направленные как на профилактику возникновения заболевания, так и на разработку дифференцированных программ психологической помощи детям с БА и их семьям.

В отечественной и зарубежной литературе достаточно широко представлены работы, посвященные психологическому аспекту БА. Данные различных психологических исследований детей и подростков, направленные на изучение личностных особенностей, стилей семейного воспитания, отличаются противоречивостью. Ряд авторов подчеркивают невозможность выделения специфических черт личности детей с БА (Белов В. П. с соавт., 1972; Викторова Д. И. с соавт., 1977; Горская Е. А., 2005; Исаев Д. Н., 2003), в то время как есть работы, в которых выделяют характерный личностный профиль детей с БА (Поппе Г. К. с соавт., 1986; Фельдман Н. Б., 1988; Коваленко Н. А., 1998; Баранзаева Д. Ч., 2003; Русякова Е. Е., 2004; Main J. с соавт., 2003; Cohen R. с соавт., 2003). Среди ведущих черт личности детей с БА упоминаются как зависимость от значимых окружающих (Fine R., 1963; Williams J. S., 1975), так и независимость (Rogerson C. H., 1943). Неоднозначно отражена роль матери в течении заболевания ребенка: ряд авторов подчеркивают снижение симптоматики при отделении больного ребенка от матери (Meijer A., 1979), в других исследованиях подчеркивается повышение угрозы обострения заболевания при разлуке с матерью (Williams J. S., 1975). Среди типов воспитания в семьях детей с БА описывается как высокая ориентация родителей на достижения ребенка (Воронина С. Н., 2006), так и воспитание в культе болезни с высокой зависимостью от лекарств и режима (Недельская С. Н. с соавт., 2013).

Несмотря на достижения фармакологии, заболеваемость БА возрастает, и за последнее десятилетие интерес к анализу роли психологических факторов в возникновении и течении заболевания привлекает внимание отечественных и иностранных исследователей (Смирнова С. В., 2012; Недельская С. Н. с соавт., 2013 и др.; Feldman J. M. с соавт., 2013; Ringlever L. с соавт., 2013; Van De Ven M. с соавт., 2013 и др.). С целью более глубокого анализа роли психологических факторов в динамике и степени тяжести заболевания в зарубежных психологических исследованиях встречаются работы, посвященные особенностям защитных механизмов личности у взрослых, страдающих БА (Steiner H., 1987), а также исследования копинг-стратегий детей и подростков с БА (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 исследования. 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 БА, 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 БА (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 БА у детей.

Степень разработанности проблемы. Ряд отечественных авторов выделяет общий психосоматический профиль личности больных БА (Белов В. П. с соавт., 1972; Викторова Д. И. с соавт., 1977; Гарбузов В. И., 1985; Ефимов Ю. А., 1994; Исаев Д. Н., 2003). В других исследованиях отечественных и зарубежных авторов выделяются характерные личностные особенности детей и подростков, страдающих БА: интровертированность, сдержанность, фрустрированность, тревожность, зависимость от значимых близких (Поппе Г. К., 1986; Филякова Е. Г., 1997; Коваленко Н. А., 1998; Русякова Е. Е., 2004; 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 большинство исследований посвящены анализу отношений ребенка с БА и его матери (Коваленко Н. А., 1998; Alexander F., Flagg G. W., 1965; Williams S., 1975; Meijer A., 1979; Shalowitz M. U. с соавт., 2001). В отдельных работах наблюдается анализ стилей семейного воспитания, эмоционального состояния родителей, их отношения к лечебному процессу (Игнатьева Н. Д., 1981; Куприянов С. Ю., 1985; Викулина И. Н., Добряков И. В., 2002; Беленко Л. В., 2003; Кравцова Н. А., 2005; Смирнова С. В., 2012; Недельская С. Н. с соавт., 2013; Annett R. D., 2001; Chen E. с соавт., 2003; Kim D. H., Yoo I. Y., 2007).

В последние десятилетия отмечается значительный интерес к мультидисциплинарным исследованиям БА, 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 ребенка 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 младших школьников, страдающих БА, в доступной нам литературе мы не встретили, что подчеркивает их актуальность.

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

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

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

Гипотезы исследования:

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

2. Структура личности детей с БА 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 БА значимое влияние оказывают защитные стили родителей, а также особенности семейного функционирования.

Задачи исследования:

1. Исследовать личностные особенности детей, страдающих БА.

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

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

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

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

6. Разработать дифференцированные подходы к психологической коррекции детей с БА.

Научная новизна исследования. Впервые проведено исследование особенностей защитных механизмов личности, ведущих потребностей и конфликтов у детей, страдающих БА, с учетом тяжести течения заболевания. Впервые на основе анализа защитных стилей личности отцов и матерей детей с БА, 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 БА, 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 БА. Полученные данные расширяют представления о взаимосвязи факторов семейного функционирования и особенностях психологической защиты детей, страдающих БА. Результаты проведенного экспериментального исследования дополняют теоретические основы семейной психологической коррекции.

Практическая значимость. Полученные результаты позволяют разработать дифференцированные программы психокоррекции для семей с детьми, страдающими БА. Полученные данные могут быть использованы специалистами в процессе психологического сопровождения семей с детьми,

страдающими БА, в лечебных и реабилитационных учреждениях, а также при психологическом консультировании родителей детей, страдающих БА. Материалы диссертационного исследования могут быть использованы при разработке лекций, семинаров и спецкурсов в ходе профессиональной подготовки специалистов, работающих с детьми, страдающими БА (врачей, психологов, педагогов).

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.).

Положения, выносимые на защиту.

1. Психологическая защита детей, страдающих БА, 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 БА отличаются от показателей здоровых сверстников и негативно влияют на эффективность их психической и социальной адаптации.

3. Потребностно-мотивационная сфера детей с БА отличается по ведущим потребностям и конфликтам от потребностно-мотивационной сферы здоровых детей.

4. Особенности семейного функционирования в семьях здоровых детей и детей, страдающих БА, различаются в ведущих типах воспитания и в родительских установках, как у матерей, так и у отцов, и взаимосвязаны с тяжестью течения БА у ребенка.

5. В процессе разработки программ семейной психологической коррекции необходимо учитывать тяжесть заболевания детей с БА, особенности защитных стилей родителей и особенности семейного функционирования, что позволяет разработать дифференцированные подходы к семейной психологической коррекции.

Достоверность и надёжность полученных результатов обеспечивается разносторонним анализом научной литературы, применением методик,

адекватных цели, предмету и объекту исследования, репрезентативностью выборки, качественным и статистическим анализом полученных данных.

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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, обозначена степень ее разработанности, сформулированы цель, задачи и гипотезы исследования, определены предмет и объект исследования. Описана методология работы, показаны научная новизна, теоретическая и практическая значимость результатов исследования. Сформулированы основные положения, выносимые на защиту, приведены данные об апробации и внедрении результатов исследования.

В первой главе, «Клинико-психологические исследования детей, страдающих бронхиальной астмой, в отечественной и зарубежной литературе» обобщаются результаты отечественных и зарубежных психологических и клинико-психологических исследований детей с БА и их семей.

В разделе 1.1. «Психосоматические заболевания у детей (клинические, клинико-психологические и социально-психологические аспекты)» рассматриваются подходы к изучению психосоматических заболеваний в детском возрасте, основные концепции психосоматических заболеваний и особенности их патогенеза по материалам отечественной и зарубежной литературы (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2001; Исаев Д. Н., 2005; Александер Ф., 2002; Bowlby J., 1988 и др.). Подчеркивается значимость учета

всех факторов, участвующих в патогенезе психосоматического заболевания, при его исследовании.

В разделе 1.2. «Клинические особенности и психологические исследования детей, страдающих бронхиальной астмой, по данным отечественной и зарубежной литературы» представлена общая клиническая характеристика БА в детском возрасте. Раскрываются современные представления о неспецифических механизмах течения БА у детей. Анализируются данные об особенностях личности детей, страдающих БА по материалам отечественных (Белов В. П. с соавт., 1972; Викторова Д. И. с соавт., 1977; Поппе Г. К. с соавт., 1986; Фельдман Н. Б., 1988; Филякова Е. Г., 1997; Коваленко Н. А., 1998; Баранзаева Д. Ч., 2003; Руслякова Е. Е., 2004; Горская Е. А., 2005 и др.) и зарубежных авторов (Rogerson С. Н., 1943; Rubin S., Moses L., 1944; Fine R., 1963; Williams J. S., 1975; Fritz G. с соавт., 1996; Wright R. J. с соавт., 1998; McQuaid E. L. с соавт., 2001; Rietveld S. с соавт., 2001; Lehrer P. с соавт., 2002; Cohen R. с соавт., 2003; Horak E. с соавт., 2003; Main J. с соавт., 2003; Lane M., 2006; Bender B. G., 2007; Robinson P. D., Asperen P. V., 2009; Protudjer J. с соавт., 2009; Feldman J. M. с соавт., 2013; Ringlever L. с соавт., 2013; Van De Ven M. с соавт., 2013 и др.). Подчеркивается фрагментарность выводов и противоречивость данных о личностном профиле детей с БА в отечественной и зарубежной литературе.

В разделе 1.3. «Особенности психологической защиты у детей в младшем школьном возрасте и методы их исследования по данным отечественной и зарубежной литературы» анализируются взгляды на психологическую защиту личности отечественных (Ф. В. Бассин, Б. В. Зейгарник, Б. Д. Карвасарский, А. А. Налчаджян, Ф. Б. Березин, В. А. Ташлыков, И. А. Васильева, Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников, И. М. Никольская, Р. М. Грановская, Е. В. Чумакова и др.) и зарубежных авторов (З. Фрейд, А. Фрейд, М. Кляйн, А. Адлер, К. Хорни, Г. С. Салливан, В. Райх, Р. Плутчик и др.). Рассматриваются онтогенетические особенности механизмов психологической защиты и особенности ее исследования в детском возрасте (Фрейд А., 1993; Личко А. Е., Иванов Н. Я., 1979; Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996; Чумакова Е. В., 1999; Бурлакова Н. С., 2005; Никольская И. М., Грановская Р. М., 2010; Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R., 1979 и др.). Подчеркивается роль проективных методик, в частности, «Детского апперцептивного теста», в исследовании психологической защиты младших школьников (Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И., 2001; Романова Е. С., 2002; Рыжов Д. М., 2005; Субботина Л. Ю., 2006; Королева А. П., 2007; Вербрюгген А. А., 2008, Головина С. Г., 2009 и др.).

В разделе 1.4. «Особенности семейного функционирования детей с бронхиальной астмой по материалам отечественной и зарубежной литературы» раскрываются представления о семейном функционировании в семьях детей с БА по материалам отечественной и зарубежной литературы (Куприянов С. Ю., 1985; Беленко Л. В., 2003; 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., 2001; Bender B. G., Annetti R. 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 и др.). Анализируются типы воспитания и роль матери в семьях с детьми с БА по данным отечественной и зарубежной литературы (Коваленко Н. А., 1998; Кравцова Н. А., 2005; Воронина С. Н., 2006; 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 и др.). Подчеркивается значимость комплексных исследований детей, страдающих бронхиальной астмой, с обязательным учетом факторов семейного функционирования, типов воспитания и особенностей психологической защиты родителей больного ребенка.

В конце первой главы представлены выводы обзора отечественных и зарубежных исследований детей с БА и их семей.

Во второй главе «Объект и методы исследования» приводятся общая, клиническая и демографическая характеристики выборки, описаны методология исследования, приведены методы исследования и эмпирической обработки данных.

Обследование детей, страдающих БА, проводилось на базе отделения пульмонологии Ленинградской областной клинической больницы, а также на базе педиатрического отделения «Немецкой семейной клиники» (Санкт-Петербург). В обследовании приняли участие дети, страдающие БА, а также их родители. 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.

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 диагнозах БА имели двое детей). В исследовании приняли участие 41 мать и 37 отцов детей с БА. В контрольную группу вошли 60 детей и 39 их семей: 39 матерей и 38 отцов.

Распределение обследованных детей по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение детей по полу в группе детей, страдающих БА, и контрольной группе.

Пол	Вся группа n = 120		Контрольная группа n = 60		Основная группа 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

Возраст всех обследованных детей от 8 до 12 лет. Распределение обследованных детей по возрасту представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение обследованных детей по возрасту (M±SD; min-max лет).

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

Социально-демографические показатели обследованных семей представлены в таблице 3.

Таблица 3. 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)

В исследовании основной группы приняли участие дети с диагнозом «бронхиальная астма». У всех детей была диагностирована атопическая форма заболевания разной степени тяжести (см. таблицу 4). Срок заболевания составил от 1 года до 10 лет.

Таблица 4. Распределение детей с БА по степени тяжести.

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

В исследовании были использованы экстенсивные и интенсивные методы:

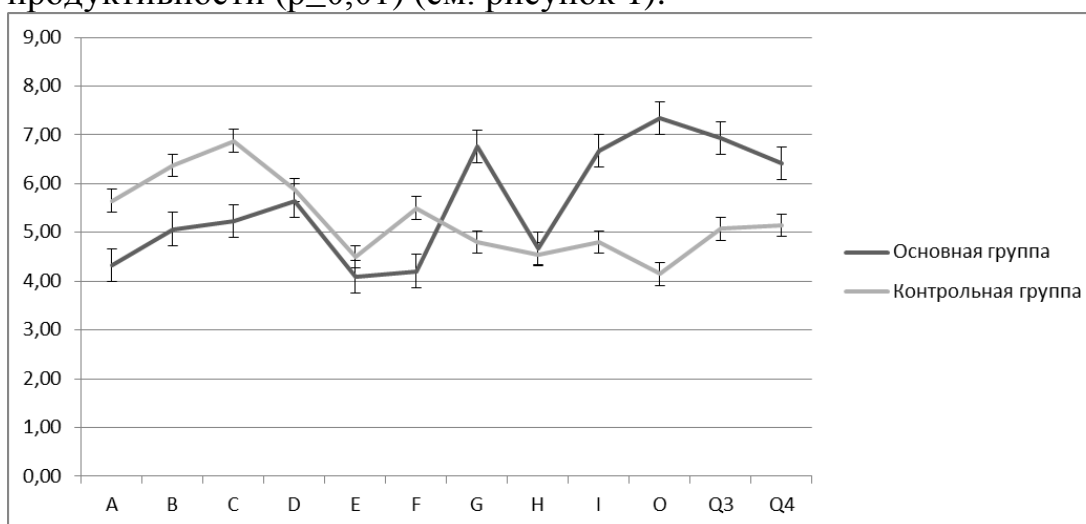
- **Экстенсивные.** Проводились направленные беседы с родителями и детьми с целью установления доверительного контакта и определения мишеней дальнейшей психологической работы. Использовался метод наблюдения, позволяющий подкрепить данные экспериментально-психологического обследования. Применялся клинико-биографический 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) Эйдмиллера Э. Г. и Юстицкиса В. В. (Эйдмиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 2008).

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 $p \leq 0,05$.

В третьей главе «Результаты экспериментально-психологического исследования здоровых детей и детей с бронхиальной астмой и их родителей» описаны данные эмпирического исследования и проведено обсуждение полученных экспериментальных результатов с привлечением литературных данных. В разделе 3.1. «Особенности структуры личности и фрустрационной толерантности у детей с бронхиальной астмой» описаны личностные профили здоровых младших школьников и их сверстников, страдающих БА, выделены особенности фрустрационной толерантности исследуемых групп. Показано, что в структуре личности детей с БА, в сравнении с группой их здоровых сверстников, преобладают такие личностные особенности как высокий уровень тревожности ($p \leq 0,01$), ответственность ($p \leq 0,01$), чувствительность ($p \leq 0,01$), высокий самоконтроль ($p \leq 0,01$), неуверенность в себе ($p \leq 0,01$), фрустрированность ($p \leq 0,01$), осторожность ($p \leq 0,01$), замкнутость ($p \leq 0,01$), низкий уровень интеллектуальной продуктивности ($p \leq 0,01$) (см. рисунок 1).



А - общительность; В - высокая сформированность интеллектуальных функций; С - уверенность в себе; D - возбудимость; Е - независимость; F - беспечность; G - ответственность; H - решительность; I - чувствительность; O - озабоченность; Q3 - высокий самоконтроль; Q4 – фрустрированность.

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

Рисунок 1. Профили личности детей контрольной и основной групп.

Выявлено, что дети с БА отличаются высоким уровнем эмоциональных переживаний отрицательного характера; высоким уровнем эмоционально-волевой неустойчивости; низким уровнем потребности в общении при тенденции к низкой способности реализовывать эту потребность (см. таблицу 5).

Таблица 5. Вторичные факторы по методике Р. Кетелла в основной и контрольной группах детей.

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	p
Эмоциональные переживания отрицательного характера	4,61±0,31	6,14±0,28	p≤0,01
Эмоционально-волевая неустойчивость	5,14±0,33	6,56±0,3	p≤0,05
Потребность в общении	5,65±0,31	4,33±0,34	p≤0,01
Способность реализации потребности в общении	4,85±0,29	4,33±0,32	

Установлено снижение фрустрационной толерантности детей, страдающих БА, за счет достоверного доминирования препятственно-доминантных реакций (КГ (контрольная группа)=7,29±0,31; ОГ (основная группа)=8,79±0,26; p≤0,05) и экстрапунитивной направленности реакций (КГ=8,37±0,35; ОГ=10,38±0,33; p≤0,05), в отличие от здоровых детей (см. рисунок 2).

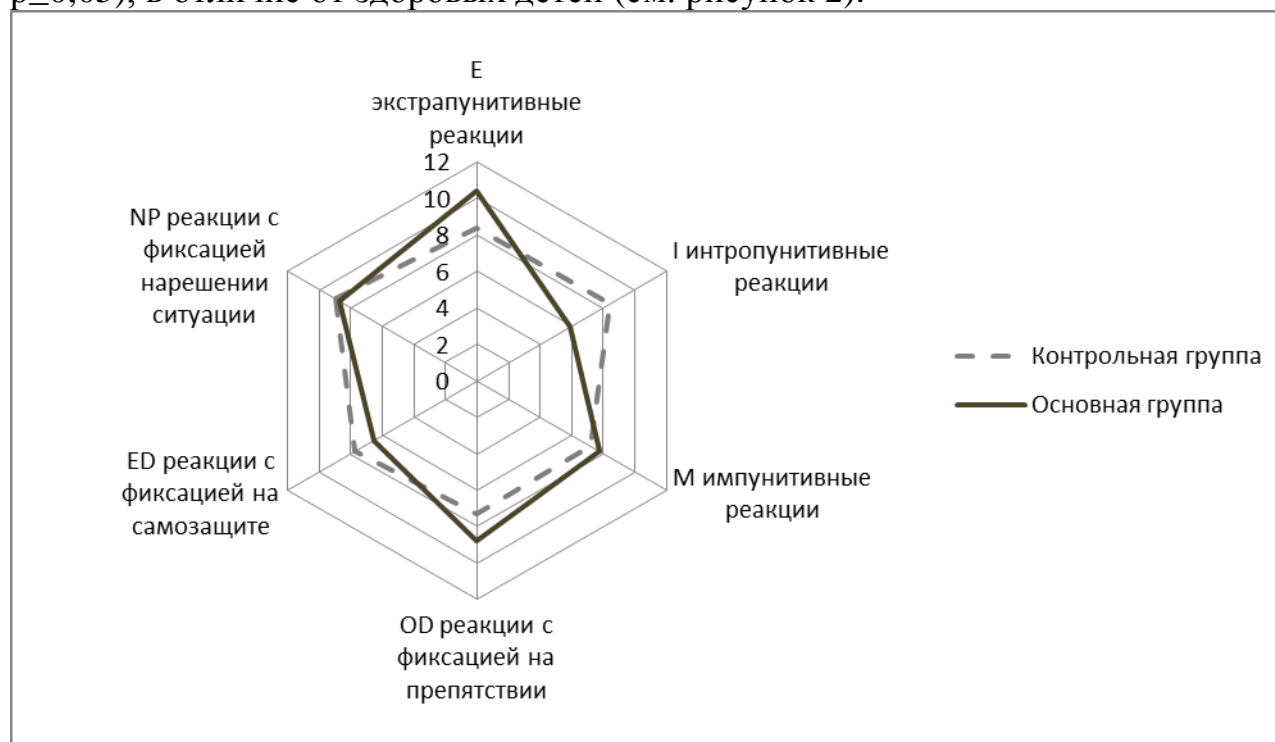


Рисунок 2. Профили фрустрационных реакций в изучаемых группах.

Выявлено значительное снижение у детей с БА, в отличие от их здоровых сверстников, уровня социальной адаптации (p≤0,01) (см. рисунок 3).

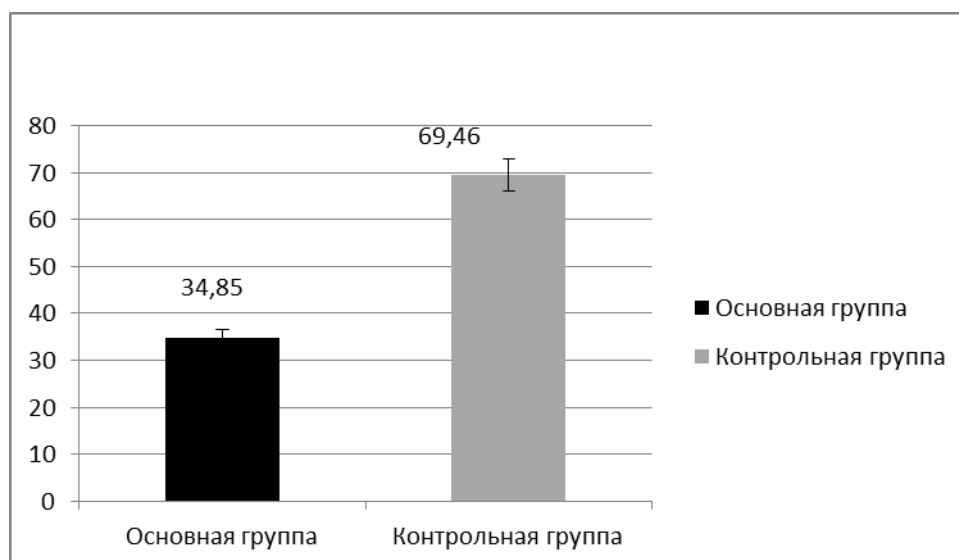


Рисунок 3. Показатели уровня социальной адаптации детей основной и контрольной групп.

Выявлено достоверное повышение уровня психической дезадаптации детей, страдающих БА ($p \leq 0,01$) (см. рисунок 4).

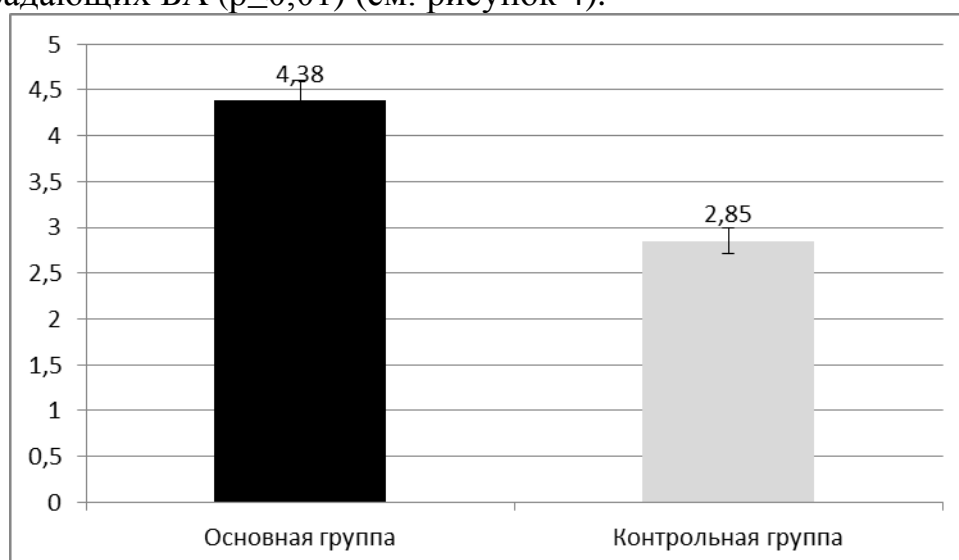


Рисунок 4. Уровень психической дезадаптации детей основной и контрольной групп.

Раскрыты связи личностных особенностей и фрустрационной толерантности в группе здоровых детей и детей с БА. Анализ корреляционных связей показывает, что у здоровых детей в ситуации фрустрации тип реакции и ее направленность определяется следующими личностными характеристиками: уверенность в себе ($R=0,6$; $p \leq 0,05$), самоконтроль ($R=0,57$; $p \leq 0,05$), уравновешенность ($R=0,51$; $p \leq 0,05$) и смелость ($R=0,48$; $p \leq 0,05$). У детей, страдающих БА, реагирование в ситуации фрустрации связано с уровнем общительности ($R=0,65$; $p \leq 0,05$), фрустрированностью ($R=0,61$; $p \leq 0,05$), эмоциональной неустойчивостью ($R=0,54$; $p \leq 0,05$) и тревожностью ($R=0,51$; $p \leq 0,05$). В связи с этим снижается социальная адаптированность поведения детей, страдающих БА, что подтверждают приведенные ранее данные.

В разделе 3.2. «Особенности психологической защиты у здоровых детей и детей, страдающих бронхиальной астмой» описаны особенности потребностно-мотивационной сферы исследуемых групп, степень привязанности детей к близкому окружению, количество и содержание конфликтов и специфика поведенческих реакций детей в конфликтной ситуации. Приведены данные лексического анализа рассказов детей по методике САТ, включающего в себя анализ общего числа слов, используемых детьми в рассказах; анализ использования частей речи в рассказах; анализ особенностей употребления слов, отражающих родственные связи героев в рассказах. Лексический анализ текстов выявил, что дети, страдающие БА, использовали в своих рассказах достоверно меньшее количество слов ($p \leq 0,01$), чем их здоровые сверстники. Если рассказ здорового ребенка состоял в среднем из $32,0 \pm 4,1$ слов, то рассказ ребенка с БА из $17,8 \pm 3,2$ слов. При этом все обследованные дети, страдающие БА, 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.

Особенности использования частей речи в исследуемых группах представлены в таблице 6.

Таблица 6. 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. Дети с БА 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 ($\chi^2=11,8$; $p \leq 0,01$).

Особенности описания семейного взаимодействия в рассказах детей, страдающих БА, и здоровых детей, представлены в таблице 7.

Таблица 7. Параметры семейного взаимодействия в рассказах детей основной и контрольной групп (%).

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 ($\chi^2=6,5$; $p \leq 0,05$), чем у детей с БА. 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 БА 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 БА – материнской. В отличие от здоровых детей, дети с БА 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 БА 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.

На основе лексического анализа выделены следующие проблемные зоны у детей, страдающих БА: ориентация на прошедшее и будущее время; актуальность витальных потребностей; формальность семейных связей; субъективно большая значимость женской фигуры.

Анализ ведущих конфликтов и потребностей детей, страдающих БА, и здоровых детей выявил достоверно высокое количество витальных потребностей и меньшее количество социальных потребностей у детей, страдающих БА, в отличие от их здоровых сверстников (см. таблицу 8). Детальный качественный анализ микросоциальных потребностей показал, что дети, страдающие БА, в большей степени испытывают потребность в общении с матерью, чем здоровые дети ($p \leq 0,01$).

Таблица 8. Распределение основных потребностей героев рассказов

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

** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$

Анализ конфликтов показал, что у детей с БА достоверно меньшее количество конфликтов, связанных с социальными потребностями (соперничество со сверстниками, нехватка друзей, конкуренция) и достоверно более высокое число конфликтов, связанных с витальными потребностями (боль, болезни, голод, страхи, физические страдания, смерть). Также у детей, страдающих БА, достоверно больше конфликтов, связанных с микросоциальными потребностями (ссоры родителей, нехватка любви в семье,

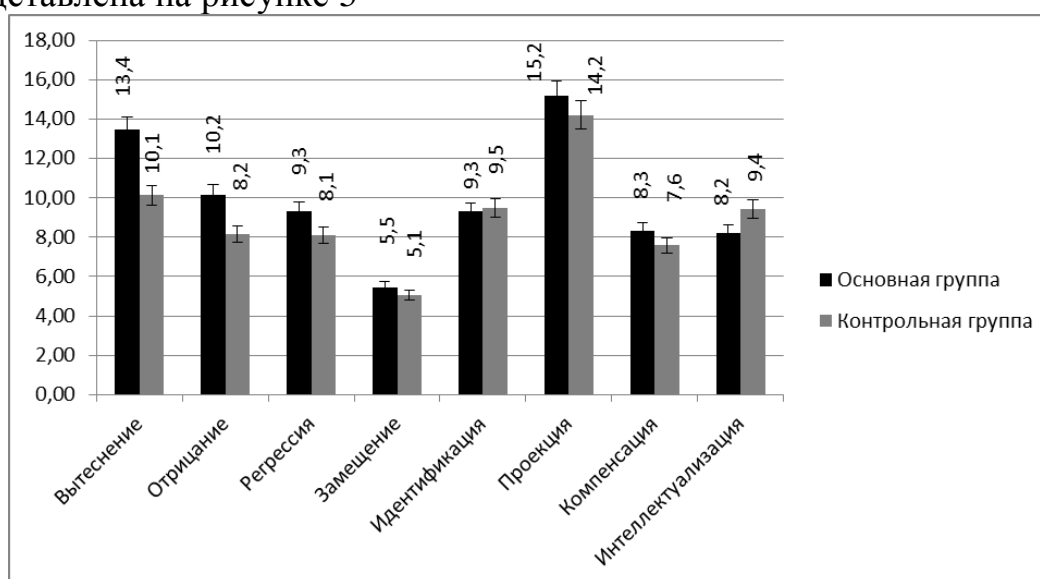
ограничения, наказания, конфликты и конкуренция с сиблингами), чем у здоровых детей (см. таблицу 9).

Таблица 9. Основные конфликты в рассказах детей двух 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*

** - $p \leq 0.01$; * - $p \leq 0.05$

Структура психологической защиты здоровых детей и детей с БА представлена на рисунке 5



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

Рисунок 5. Психологические защиты детей основной и контрольной групп.

Выявлено, что как у здоровых детей, так и в группе детей с БА, ведущим защитным механизмом личности является проекция. Однако, детьми с БА достоверно чаще используются механизмы вытеснения ($p \leq 0,01$), отрицания ($p \leq 0,01$) и компенсации ($p \leq 0,05$) и достоверно реже интеллектуализации ($p \leq 0,01$), чем их здоровыми сверстниками. Установлено, что дети с тяжелой формой БА достоверно реже ($p \leq 0,01$) 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.

В разделе 3.3. «Особенности семейного функционирования в семьях здоровых детей и детей с бронхиальной астмой» описаны типы семейного воспитания, родительские установки и особенности психологической защиты родителей исследуемых групп. Достоверные различия в родительских установках представлены в таблице 10.

Таблица 10. Среднегрупповые значения родительских установок семей основной и контрольной групп (M±SD).

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
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
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
Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	10,4±0,2	10,5±0,3	13,5±0,4*	9,4±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

У отцов детей с БА, в сравнении с отцами контрольной группы, достоверно ниже показатели по шкалам «вербализация» и «подавление агрессивности». У матерей детей с БА достоверно 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 БА достоверно 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 БА достоверно ниже, чем отцов здоровых детей, а показатели матерей с БА достоверно выше, чем матерей здоровых детей. Анализ внутрисемейного взаимодействия показал, что в родительских установках у родителей, чьи дети страдают БА, 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 БА достоверно выше у матерей, в сравнении с отцами. В семьях здоровых детей различий по данным показателям не выявлено. Показатели «исключение внесемейных влияний», «сверхавторитет родителей», «безучастность мужа» достоверно выше у матерей в семьях детей с БА и достоверно выше у отцов в семьях здоровых детей.

Достоверные различия в типах воспитания семей исследуемых групп представлены в таблице 11.

Таблица 11. Среднегрупповые значения показателей типов воспитания семей основной и контрольной групп (M±SD).

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
Недостаточность обязанностей	3,5±0,2**	1,3±0,3	3,0±0,2	2,8±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
Предпочтение женских качеств	1,5±0,2***`	1,4±0,2	3,2±0,2**	1,6±0,2

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

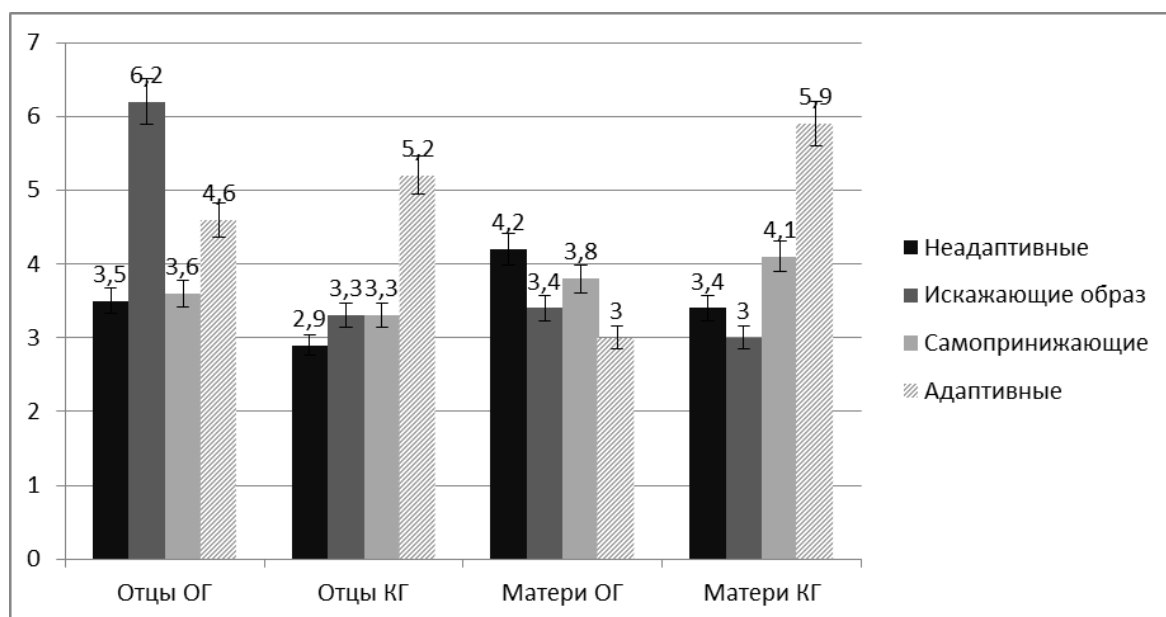
`` - $p \leq 0,01$; ` - $p \leq 0,05$ – различия внутрисемейные

В типах воспитания и у отцов, и у матерей детей с БА достоверно выше показатели по шкалам «гиперпротекция» и «фобия утраты», чем у родителей здоровых детей. У отцов детей с БА достоверно выше, чем у отцов здоровых детей показатели по шкалам «недостаточность обязанностей», «неустойчивость стиля воспитания», «воспитательная неуверенность». У матерей детей с БА достоверно выше показатели по шкалам «потворствование», «расширение сферы родительских чувств», «предпочтение детских качеств», «предпочтение женских качеств» и достоверно 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 БА такой разницы нет. В семьях детей с БА у отцов достоверно выше, чем у матерей, показатели «минимальность санкций», «неустойчивость стиля воспитания». А также у матерей достоверно выше показатель «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 БА и у матерей в семьях здоровых детей.

Полученные данные указывают, что отцы детей, страдающих БА, отличаются воспитательной неуверенностью, а у матерей наблюдаются стойкие воспитательные стереотипы, препятствующие эффективному взаимодействию с ребенком.

Доказано, что адаптивные защитные стили и у матерей, и у отцов детей с БА достоверно ниже ($p \leq 0,05$), чем у родителей здоровых детей. Выявлено, что у матерей детей с БА доминируют неадаптивные стили защиты, а у отцов детей с бронхиальной астмой доминирует искаженный защитный стиль (см. рисунок б).



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

Рисунок 6. Особенности психологической защиты родителей исследуемых групп.

На основе факторного анализа выделены три фактора защитных механизмов личности у детей с БА: 1) проекция, регрессия, вытеснение и интеллектуализация с отрицательным значением; 2) замещение, компенсация и идентификация; 3) отрицание (см. таблицу 12).

Таблица 12. Результаты факторного анализа психологических защит детей, страдающих БА.

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

Выявлено влияние факторов семейного функционирования на формирование психологической защиты у детей, страдающих БА (см. таблицу 13).

Таблица 13. Взаимосвязь психологических защит детей и факторов семейного функционирования в семьях детей с БА.

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)

Регрессионный анализ показал, что на формирование 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. На механизм отрицания влияет непоследовательность стиля воспитания со стороны отца (чрезмерность запретов, требований к ребенку на фоне гипоопеки), а также неудовлетворенность матерью семейной ролью.

В разделе 3.4. «Выделение групп семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, на основе кластерного анализа» описан механизм выделения групп семей для дальнейшей психокоррекционной работы на основе факторов семейного функционирования с помощью кластерного анализа. Было выделено 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. Описаны различия между выделенными группами в особенностях семейного функционирования, типах семейного воспитания, психологических защитах родителей и детей. У родителей первой группы преобладали адаптивные защитные стили, адекватная оценка возможностей ребенка, наблюдались умеренные тревожные реакции и умеренная гиперопека ребенка со стороны обоих родителей. Во второй группе наблюдалось искажение образа ребенка, недостаточное понимание потенциальных возможностей ребенка, тенденция к

симбиотической связи с ребенком на фоне повышенной тревожности, высокая эмоциональная концентрация на проблемах ребенка, неустойчивая интеграция семьи, гиперпротекция со стороны обоих родителей. В третьей группе у обоих родителей преобладали неадаптивные защитные стили и искажение образа больного ребенка с тенденцией к инфантилизации; недостаточное понимание потребностей и интересов ребенка; высокое эмоциональное напряжение у обоих родителей, особенно у матерей, с фобией утраты ребенка, наличие эмоциональной дистанции с ним, а также слабая интегрированность семьи, высокая частота семейных конфликтов, вспыльчивость и раздражительность по отношению к ребенку.

Выявлена сопряженность групп с тяжестью заболевания: в первую группу со слабо выраженными нарушениями семейного функционирования вошли 75% семей с детьми с легкой степенью БА и 25% семей с детьми со среднетяжелой степенью; во вторую группу с умеренными нарушениями семейного функционирования, вошли 25% со среднетяжелой степенью и 75% с легкой степенью БА; в третью группу со значительными нарушениями семейного функционирования вошли 14,3% семей с детьми с легкой степенью БА, 57,1% семей с детьми со среднетяжелой БА и 28,6% семей с детьми с тяжелой степенью БА.

В главе 4 «Направления и особенности психологической помощи семьям детей, страдающих бронхиальной астмой» описываются направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими БА, в зависимости от выделенных групп и выявленных в них особенностей семейного функционирования. Для первой группы, со слабо выраженными нарушениями семейного функционирования, основными направлениями психокоррекции 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, с умеренными нарушениями семейного функционирования, основными направлениями психокоррекции являются 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, со значительными нарушениями семейного функционирования, важным направлением семейной психокоррекции являются 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.

Анализ результатов повторного исследования, после проведенной с шестью семьями программы психокоррекции, выявил позитивные сдвиги в особенностях эмоционального реагирования детей на конфликт, в системе

отношений ребенок-родитель, а также в формировании у родителей адекватных способов общения с ребенком.

В заключении проведено обобщение результатов работы. Полученные в ходе работы данные дополняют теоретические представления о роли психологических факторов в течении БА, расширяют представления о взаимосвязи факторов семейного функционирования и особенностях психологической защиты детей, страдающих БА. Сформулированы практические рекомендации по применению полученных данных в психологической помощи семьям с детьми, страдающими БА.

ВЫВОДЫ

1. Структура личности детей с БА, 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 БА также отличаются высоким уровнем отрицательных эмоциональных переживаний, низким уровнем потребности в общении и способности к её реализации. Низкий уровень фрустрационной толерантности у детей с БА 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 БА достоверно ниже уровень социальной и психической адаптации.

2. Как у здоровых младших школьников, так и в группе школьников с БА, ведущим защитным механизмом личности является проекция. Однако, детьми с БА 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 БА преобладают витальные потребности и конфликты с ориентацией на прошедшее и будущее время.

3. Сравнительный системно-структурный анализ семей со здоровыми детьми и детьми, страдающими БА, показал наличие существенных различий в стилях семейного воспитания и родительских установках. В семьях детей с БА у обоих родителей наблюдаются достоверно более высокие показатели гиперпротекции и фобии утраты ребенка, чем в семьях здоровых детей. Матери детей с БА отличаются достоверно более высокими показателями авторитарности, категоричности, а также ригидными воспитательными стереотипами в отличие от матерей здоровых детей. У отцов детей с БА 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 БА

доминируют неадаптивные стили защиты, что проявляется в таких поведенческих радикалах как соматизация, регрессия, избегание, ипохондрия, пассивная агрессия. У отцов детей с БА 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 БА. 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 защиту 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 БА, 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 БА, в третью группу (значительные нарушения семейного функционирования) вошли преимущественно семьи с детьми со среднетяжелой и тяжелой формами БА. 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Галицына Е. Ю. Особенности личности и психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой // Вестник СПбГУ. – Сер. 16. – 2015. – Вып. 4. – С. 163-173.

2. Мамайчук И. И., Галицына Е. Ю. Особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой и основные направления семейной психологической коррекции // Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина. – № 2. – 2016. – С. 112-125.

3. Галицына Е. Ю. Особенности семейного функционирования в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой различной степени тяжести // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – Том XXIII. – № 3. – 2016. – С. 44-46.

4. Мамайчук И. И., Соловьева Е. Ю. Механизмы психологической защиты детей с бронхиальной астмой // Ананьевские чтения: (Тезисы научно-практической конференции "Ананьевские чтения-99")/ Под ред. А. А. Крылова. – СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 1999. – С. 320-321.

5. Соловьева Е. Ю. Механизмы психологической защиты и соотношение особенностей личности и реагирования в ситуациях фрустрации у детей с бронхиальной астмой // Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины. Сборник научных трудов, посвященный 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова/ Под общей редакцией проф. Н. Г. Незнанова, проф. В. И. Крылова. – СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000. – С. 149-150.

6. Галицына Е. Ю., Никольская Т. И. Психокоррекция в системе реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой // Сб. трудов, посвященный 95-летию детского санатория "Березка" "Актуальные вопросы оздоровления детей и подростков"; под ред. В. П. Новиковой. – ИнформМед., СПб, 2014. – С. 217-219.

7. Галицына Е. Ю. Психологическая защита личности детей, страдающих бронхиальной астмой // Педиатр. – 2014. – Т. V. – Вып. 1. – С. 110-117.

8. Галицына Е. Ю. Защитные механизмы личности и психическая адаптация детей с бронхиальной астмой. // Ананьевские чтения –2015: Фундаментальные проблемы психологии: материалы научной конференции, 20–22 октября 2015г. / отв. ред. В. М. Аллахвердов. – СПб.: СПбГУ. Скифия-принт, 2015. – С. 125-126.

9. Галицына Е. Ю., Мамайчук И. И. Особенности потребностно-мотивационной сферы детей с бронхиальной астмой // Ананьевские чтения – 2016: Психология: вчера, сегодня, завтра: материалы международной научной конференции, 25–29 октября 2016 г. / отв. ред. А. В. Шаболтас, Н. В. Гришина, С. В. Медников и Д. Н. Волков – СПб.: ИД ФАРМиндекс, 2016. – С. 68-69.