

Статья поступила в редакцию 29.06.2015 г.

Дракина С.А., Перевощикова Н.К., Торочкина Г.П.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

РОЛЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Современная семья и ее проблемы служат объектом исследования ряда наук: медицины, психологии, педагогики, социологии, демографии, экономики. От характера детско-родительских взаимоотношений зависит, как будут складываться отношения ребенка с окружающим миром, какую жизненную позицию выберет уже подросший малыш, а потом и взрослый человек. Родительская поддержка важна в любом возрасте, поскольку ее дефицит становится причиной выраженного нарушения психического и физического созревания ребенка, дезинтеграции привязанности как важнейшего фактора психического развития, дезадаптации, психосоматических расстройств. В статье значение детско-родительских отношений продемонстрировано на примере классического психосоматического заболевания – бронхиальной астмы.

Цель исследования – определение роли детско-родительских отношений в реализации бронхиальной астмы у детей.

Материал и методы. Для выявления различных психологических отклонений в отношениях родителей к детям и причин этих нарушений использовался опросник «Анализ семейных взаимоотношений» по Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. При оценке психологического статуса изучались свойства личности подростков при помощи многофакторного опросника Р.Б. Кеттелла. Локальные виды тревоги (школьную, межличностную, самооценочную, магическую) определяли при помощи опросника А.М. Прихожан.

Заключение. Патогенные в подавляющем большинстве случаев родительско-детские отношения высоко коррелировали с личностными свойствами подростков, что подчеркивает ведущую роль семьи в формировании характера подростка, отношения его к болезни, уровня доверия к взрослым. Комплексный подход к реабилитации больных БА подростков с использованием межведомственного взаимодействия позволил качественно улучшить их обучение в «Астма-школе». Проведение психокоррекционных мероприятий способствовало улучшению психоэмоционального статуса подростков, нормализации у них доверительных отношений с родителями и врачом, что в дальнейшем позволило восстановить контроль над течением заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: детско-родительские отношения; семья; дети; подростки; психосоматические расстройства.

Drakina S.A., Perevoshchikova N.K., Torochkina G.P.
Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo

THE ROLE OF PARENT-CHILD RELATIONSHIPS IN THE FORMATION OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Modern family and its problems are the object of study of several Sciences: medicine, psychology, pedagogy, sociology, demography, Economics. From the nature of the parent-child relationship depends on how the game will develop the child's relationship with the world, what position in life will choose already grown kid and then an adult. Parental support is important at any age, as the deficit becomes the cause of pronounced mental and physical maturation of the child, the disintegration of affection as the most important factor of mental development, maladjustment, psychosomatic disorders. In the article the importance of child-parent relationship is demonstrated on the example of classical psychosomatic diseases – bronchial asthma.

The purpose of the study – defining the role of parent-child relationships in the implementation of bronchial asthma in children.

Material and methods. To identify various psychological deviations in the relationship of parents to children and causes of these violations were used in the questionnaire «Analysis of family relations» as E.G. Eidemiller, W. Justices. In assessing psychological status were studied personality traits of adolescents using a multi-factor questionnaire by R.B. Kettell. Local alarms – school, interpersonal, self-assessment, the magic were determined using questionnaire A.M. Prichoschan.

Conclusion. Pathogenic in most cases, the parent-child relationship is highly correlated with personal traits of adolescents that stresses the leading role of the family in shaping the character of a teenager, his relationship to the disease, the level of trust in adults. An integrated approach to the rehabilitation of adolescent patients with asthma using interagency collaboration has allowed to improve the quality of their training in the «Asthma-school». Conducting corrective treatment contributed to the improvement of psycho-emotional status of adolescents, the normalization they have a trusting relationship with parents and the doctor, which further allowed us to regain control over the course of the disease.

KEY WORDS: child-parent relationships; family; children; adolescents; psychosomatic frustration.

Истоки многих заболеваний у взрослых лежат в детском возрасте. На формирование физического и психического здоровья ребенка влияют многие факторы: социально-экономические условия семьи, уровень образования и медицинская грамотность родителей, внутрисемейные взаимоотно-

шения, в том числе характер детско-родительских отношений, проблематика которых остается неизменно острой, являясь зачастую фоном для формирования психосоматической патологии у детей [1, 2].

Проблематика детско-родительских отношений остается неизменно острой. Взаимодействие ребенка с

родителем является первым опытом взаимодействия с окружающим миром. Этот опыт закрепляется и формирует определенные модели поведения с другими людьми, которые передаются из поколения в поколение. В каждом обществе складывается определенная культура взаимоотношений и взаимодействия между родителями и детьми, возникают социальные стереотипы, определенные установки и взгляды на воспитание в семье. Основываясь на работах отечественных исследователей (Б.Г. Ананьев, В.Н. Мясищев), детско-родительские отношения можно определить как избирательную в эмоциональном и оценочном плане психологическую связь ребенка с каждым из родителей, выражающуюся в переживаниях, действиях, реакциях, зависящих от возрастано-психологических особенностей детей, культурных моделей поведения, собственной жизненной истории, особенностей восприятия ребенком родителей и способа общения с ними [3].

Роли, выполняемые матерью и отцом в общении с ребенком, имеют свои особенности. Мать преимущественно держит ребенка на руках, успокаивает при беспокойстве, удовлетворяет жизненные потребности. Отцу принадлежит вовлечение детей в новые виды деятельности, стимуляция физической и игровой активности — по отношению к ребенку он более строг и менее кооперативен, чем мать, но ощущает в общении более выраженную межличностную близость [4]. Дети особенно нуждаются в матери, когда расстроены или испытывают чувство страха, а отцам отдают предпочтение как равноправным участникам игр и организаторам пространства для исследовательской деятельности. Дети, надежно привязанные к обоим родителям, больше проявляют активный интерес к общению с незнакомыми людьми [5].

Отечественные и зарубежные авторы обращают внимание на то, что родители порой строят свои отношения с ребёнком не осознавая, что они просто копируют модель воспитания их собственных родителей и в том случае, если эта модель была не совсем приемлема. Дефекты воспитания приводят чаще всего к неправильному формированию личности ребенка и создают условия развития психосоматических состояний, что в случае отсутствия коррекции является угрозой моделирования хронических заболеваний, которые в свою очередь не могут не сказаться на формировании личности.

Типичным классическим психосоматическим заболеванием считается бронхиальная астма (БА). По данным литературы, семьи, в которых дети страдают бронхиальной астмой, представляют собой яркий пример патологических детско-родительских отношений, влияющих на формирование свойств личности ребенка, что наиболее ярко проявляется в подростковом возрасте [6].

Корреспонденцию адресовать:

ДРАКИНА Светлана Альбертовна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России.
Тел. 8 (3842) 36-64-59; +7-905-907-33-22.
E-mail: sdrakina@yandex.ru

В значительной степени реакция детей на болезнь определяется отношением к ней родителей. Внутренняя картина болезни чаще опосредована взрослыми (знание о болезни, здоровье, внутренних органах, лечении), так как именно их мнение наиболее важно для ребенка [7, 8]. Эйдемиллер Э.Г. и Юстицкис В.В., наблюдая родительские семьи больных БА, пришли в выводу, что они отличаются сдержанностью в проявлениях эмоций у ее членов: родители контролировали и подавляли инициативу у своих детей, блокировали несанкционированные или эмоциональные проявления [9]. Огромную роль в развитии психически и физически здорового ребенка играют ранние взаимоотношения с матерью. Всевозможные нарушения этих отношений приводят к различным отклонениям в развитии ребенка. Куприянов С.Ю., изучая роль матери в формировании психосоматической патологии, отметил выраженную материнскую гиперопеку и личностные особенности матери. Внутренняя конфликтность, невротичность, высокий уровень тревожности матери, и некоторая инфантильность могут влиять на развитие тяжелой астмы у ребенка. Эти потенции заложены в собственном опыте матери и характере связей с её собственной матерью [10]. Захаров А.И. показал, что для матерей, чьи дети больны БА, характерны особенности воспитательного процесса: неприятие ребенка, излишняя требовательность и нетерпимость, критика и порицание (часто незаслуженные) как компенсация чувства неудовлетворенности собой и низкого уровня самопринятия; наличие ряда сверхценных идей, отражающих их тревожно-мнительные и параноидальные черты характера (страх лишиться власти над ребенком, оберегать его от всех трудностей и опасностей жизни, от плохого влияния другого родителя) [11]. В становлении и развитии ребенка важную роль играет семья в целом, влияние которой может быть как положительным и формирующим основу дальнейшей жизни, так и разрушающим, уничтожающим саму идею жизни [12].

Цель исследования — определение роли детско-родительских отношений в реализации бронхиальной астмы у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе детского городского пульмонологического центра МБУЗ «Детская клиническая больница № 1» г. Кемерово и городского МБОУ «Центр диагностики и консультирования». Под нашим наблюдением в течение двух лет находились 100 подростков с бронхиальной астмой в возрасте 11-17 лет (основная группа, средний возраст $13,9 \pm 0,14$ лет). Стаж болезни 7,95 лет. Один ребенок имел тяжелую степень болезни, 5 подростков — персистирующую, средней степени тяжести, 90 подростков — легкую персистирующую и 4 — легкую интермиттирующую БА. В качестве контрольной группы взяты 40 практически здоровых подростков, по полу и возрастному распределению соответствующих подросткам с БА (средний возраст $13,5 \pm 0,31$ лет). Учитывая психологические особенности подросткового

периода, все подростки были разделены на две группы — младший возраст (11-14 лет) и старший (15-17 лет).

Исследование осуществлялось в три этапа. На первом этапе проводилось тестирование родителей и подростков, больных БА, при помощи компьютерной программы STATUS-PF. Для выявления различных психологических отклонений в отношении родителей к детям и причин этих нарушений использовался опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) (по Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис), состоящий из 130 вопросов со специальными шкалами. Тестирование осуществлялось родителями (97 матери и 3 отца). При оценке психологического статуса изучались свойства личности подростков при помощи многофакторного опросника Р.Б. Кеттелла. Локальные виды тревоги (школьную, межличностную, самооценочную, магическую) определяли при помощи опросника А.М. Прихожан. Второй этап включал психокоррекционные занятия с подростками, больных БА.

Третий этап — статистическая обработка, которая проводилась с помощью прикладного пакета «STATISTICA 6.0» для Windows. Математическая обработка результатов исследований проводилась с использованием описательных статистик: вычислялись средняя арифметическая вариационного ряда (M), ошибка средней арифметической ($\pm m$), среднеквадратичное отклонение. Для определения достоверности различий качественных признаков использовался анализ таблиц сопряженностей с вычислением точного значения критерия «хи-квадрат» Пирсона и точного критерия Фишера. При анализе количественных признаков при сравнении двух независимых выборок применяли критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Выбор непараметрических методик обусловлен отсутствием нормального распределения в изучаемых выборках. Различия между средними величинами в сравниваемых группах считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Формирование мировоззрения ребенка, черт характера, взаимоотношений с близкими и сверстниками происходит, прежде всего, под влиянием семьи. Изучение социального статуса семей подростков, больных бронхиальной астмой, показал, что большинство родителей имели высшее образование. Достоверно чаще высшее образование имели матери подростков основной группы (52 % против 25 % контрольной, $p = 0,0037$). При этом среди 52 матерей основной

группы, имеющих высшее образование, 34 матери воспитывали ребенка без мужа. В контрольной группе большинство матерей имели среднетехническое образование (70 %, $p = 0,0019$). Полную семью имели 39 % подростков основной группы и 80 % контрольной ($p = 0,0001$). В 27 % случаев подростки основной группы и 12,5 % контрольной проживали с небологическими родителями ($p = 0,0614$), с которыми не сложились дружеские отношения.

При анализе детско-родительских отношений (табл. 1) достоверно чаще для родителей детей младшего возраста основной группы воспитание детей являлось центральным делом их жизни (47,9 % против 22,2 % в 15-17 лет, $p = 0,0166$), в то время как каждый третий подросток с БА старшего возраста оказывался на периферии родительского внимания (33,3 % против 13,7 % в 11-14 лет, $p = 0,0263$). В три раза чаще подростки с БА имели неудовлетворенные потребности со стороны родителя (23 % в основной против 7,5 % в контрольной, $p = 0,0331$), при этом игнорирование потребностей в два раза чаще встречалось у подростков старшего возраста основной группы (37 % в старшей против 17,8 % в младшей, $p = 0,0425$). В большей степени чрезмерность требований обязанностей имели подростки с БА 15-17 лет (40,7 % против 16,4 % у 11-14-летних, $p = 0,0104$). Недостаточность требований-обязанностей чаще касалась подростков с БА ($p = 0,0064$) и в основном старшей возрастной группы ($p = 0,0237$). Каждый третий подросток основной группы имел со стороны родителя огромное количество требований, ограничивающих свободу (28 % в основной и 12,5 % в контрольной, $p = 0,0377$), а каждый четвертый, напротив, — недостаточность требований-запретов (22 % в основной и 5 % в контрольной, $p = 0,0106$). В три раза чаще родители подростков, больных БА, имели приверженность к применению строгих наказаний (16 % в основной и 5 % в контрольной, $p = 0,0632$), в то же время более половины родителей основной группы обходились вовсе без наказаний либо применяли их крайне редко (55 % в основной против 37,5 % в контрольной, $p = 0,0458$). Воспитательную неуверенность испытывал каждый четвертый родитель подростков с БА 11-14 лет (27,4 % против 7,4 % в группе 15-17 лет, $p = 0,0249$). Фобия утраты ребенка регистрировалась значительно чаще у родителей подростков с БА (39 % в основной группе против 10 % в контрольной, $p = 0,0008$). Каждый четвертый родитель подростков с БА проецировал на ребенка собственные нежелательные качества ($p = 0,0001$). Данные родители характеризовались жестоким обращением и эмоциональным отвержением ребенка. Достоверно чаще родители подростков с БА выносили конфликт

Сведения об авторах:

ДРАКИНА Светлана Альбертовна, канд. мед. наук, ассистент, кафедра поликлинической педиатрии, ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: sdrakina@yandex.ru

ПЕРЕВОЩИКОВА Нина Константиновна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической педиатрии, ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: nkr42@mail.ru

ТОРОЧКИНА Галина Петровна, канд. мед. наук, доцент, кафедра поликлинической педиатрии, ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: torochkina.g.p@mail.ru

Таблица 1

Показатели родительско-детских отношений у подростков с бронхиальной астмой, абс (%)

	Основная группа			Контрольная группа			Р парные
	11-14 лет (n = 73)	15-17 лет (n = 27)	Всего (n = 100)	11-14 лет (n = 28)	15-17 лет (n = 12)	Всего (n = 40)	
	1	2	3	4	5	6	
Гиперпротекция	35 (47,9)	6 (22,2)	41 (41)	9 (32)	2 (16,7)	11 (27,5)	1-2 = 0,0116
Гипопротекция	10 (13,7)	9 (33,3)	19 (19)	0 (0)	2 (16,7)	2 (5)	1-2 = 0,0263 1-4 = 0,0323 3-6 = 0,0268
Потворствование	9 (12,3)	5 (18,5)	14 (14)	1 (3,5)	1 (8,3)	2 (5)	
Игнорирование потребностей	13 (17,8)	10 (37)	23 (23)	1 (3,5)	2 (16,7)	3 (7,5)	1-2 = 0,0420 3-6 = 0,0243
Чрезмерность требований-обязанностей	12 (16,4)	11 (40,7)	23 (23)	4 (14,2)	3 (25)	7 (17,5)	1-2 = 0,0104
Недостат. требований-обязанностей	18 (24,6)	13 (48,1)	31 (31)	3 (10,7)	1 (8,3)	4 (10)	1-2 = 0,0237 3-6 = 0,0064
Чрезмерность требований-запретов	23 (31,5)	5 (18,5)	28 (28)	3 (10,7)	2 (16,7)	5 (12,5)	1-4 = 0,0253 3-6 = 0,0377
Недостаточность требований-запретов	15 (20,5)	7 (26)	22 (22)	0 (0)	2 (16,7)	2 (5)	1-4 = 0,0049 3-6 = 0,0106
Чрезмерность санкций	12 (16,4)	4 (14,8)	16 (16)	1 (3,5)	1 (8,3)	2 (5)	
Минимальность санкций	39 (53,4)	16 (59,2)	55 (55)	12 (42,8)	3 (25)	15 (37,5)	2-5 = 0,0482 3-6 = 0,0458
Неустойчивость стиля воспитания	9 (12,3)	3 (11)	12 (12)	2 (7)	0 (0)	2 (5)	
Расширение сферы родительских чувств	6 (8,2)	3 (11)	9 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3-6 = 0,0434
Воспитательная неуверенность родителя	20 (27,4)	2 (7,4)	22 (22)	4 (14,3)	1 (8,3)	5 (12,5)	1-2 = 0,0249
Фобия утраты ребенка	30 (41)	9 (33,3)	39 (39)	2 (7)	2 (16,7)	4 (10)	1-4 = 0,0006 3-6 = 0,0001
Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств	20 (27,3)	4 (14,8)	24 (24)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1-4 = 0,0006 3-6 = 0,0001
Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания	12 (16,4)	1 (3,7)	13 (13)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1-4 = 0,0154 3-6 = 0,0099
Предпочтение женских качеств	6 (8,2)	4 (14,8)	10 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3-6 = 0,0302
Патологические стили не выявлены	4 (5,4)	2 (7,4)	6 (6)	8 (28,5)	3 (25)	11 (27,5)	1-4 = 0,0013 3-6 = 0,0004

между собой в сферу воспитания ($p = 0,0099$). Часть родителей подростков с БА предпочитали видеть в своем ребенке мягкие женские качества (8,2 % родителей в младшем возрасте и 14,8 % в старшем), в контрольной группе таких предпочтений не встречалось.

При анализе характера эмоциональных проблем подростков с БА мы руководствовались, прежде всего, уровнем тревожности. При исследовании общей и локальных форм ситуативной тревожности по методике А.М. Прихожан было выявлено, что балльная оценка их не превышала высоких значений, однако была достоверно выше среднего уровня тревожности детей контрольной группы (табл. 2).

У подростков с БА 11-14 лет, по сравнению со старшей возрастной группой и с детьми контрольной

группы, была значительно выше общая и школьная тревожность ($p = 0,0017$; $p = 0,0001$). У подростков основной группы 15-17 лет преобладала, по сравнению с контрольной группой, самооценочная тревожность ($p = 0,0462$).

Индивидуальные различия личностных свойств на основе самооценки подростков позволяют судить об устойчивых свойствах их личности (табл. 3). Количественные показатели подавляющего большинства факторов соответствовали средним значениям стенов подростков как основной, так и контрольной групп. Высокие значения стенов, выявленные у подростков с БА 15-17 лет по факторам «G», «L», «O», позволили охарактеризовать их как личностей повышенно ответственных, обязательных ($p = 0,0001$), излишне

Information about authors:

DRAKINA Svetlana Albertovna, candidate of medical sciences, assistante, department of polyclinic pediatrics, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: sdrakina@yandex.ru

PEREVOSHCHIKOVA Nina Konstantinovna, doctor of medical sciences, professor, head of department of polyclinic pediatrics, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: nkp42@mail.ru

TOROCHKINA Galina Petrovna, candidate of medical sciences, docent, department of polyclinic pediatrics, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: torochkina.g.p.@mail.ru

Таблица 2

Средние показатели тревожности подростков по А.М. Прихожан (в баллах), $M \pm m$

Тревожность	Основная группа			Контрольная группа			Р парные
	11-14 лет (n = 73)	15-17 лет (n = 27)	Всего (n = 100)	11-14 лет (n = 28)	15-17 лет (n = 12)	Всего (n = 40)	
	1	2	3	4	5	6	
Общая	70,08 ± 2,25	56,37 ± 3,13	66,38 ± 1,94	51,50 ± 2,80	53,33 ± 4,51	52,05 ± 2,36	1-2 = 0,0017 1-4 = 0,0001 3-6 = 0,0001
Школьная	19,81 ± 0,71	12,78 ± 1,19	17,91 ± 0,68	15,57 ± 1,10	13,08 ± 1,23	14,82 ± 0,86	1-2 = 0,0001 1-4 = 0,0016 3-6 = 0,0081
Самооценочная	18,62 ± 0,65	19,81 ± 1,16	18,94 ± 0,70	13,82 ± 0,98	15,50 ± 1,53	14,32 ± 0,82	1-4 = 0,0003 2-5 = 0,0462 3-6 = 0,0001
Межличностная	18,90 ± 0,84	20,19 ± 0,95	19,25 ± 0,67	12,86 ± 0,94	16,92 ± 1,33	14,07 ± 0,82	1-4 = 0,0001 4-5 = 0,0182 3-6 = 0,0001
Магическая	12,62 ± 1,02	7,33 ± 1,15	11,23 ± 0,85	10,0 ± 1,26	7,83 ± 1,59	9,35 ± 1,0	1-2 = 0,0042

Таблица 3

Средние показатели личностных свойств подростков (многофакторный опросник Р. Кеттелла, в стенах)

Факторы	Основная группа ($M \pm m$)		Контрольная группа ($M \pm m$)		Р парные
	11-14 лет (n = 73)	15-17 лет (n = 27)	11-14 лет (n = 28)	15-17 лет (n = 12)	
	1	2	3	4	
1. MD "Лживость-правдивость"	6,90 ± 0,25	8,07 ± 0,39	7,0 ± 0,30	6,92 ± 0,67	1-2 = 0,0091
2. А "Общительность-замкнутость"	6,82 ± 0,22	9,19 ± 0,24	7,75 ± 0,45	8,83 ± 0,82	1-2 = 0,0001 1-3 = 0,0387
3. В "Ограниченное мышление-сообразительность"	3,37 ± 0,16	5,22 ± 0,21	4,43 ± 0,32	5,50 ± 0,48	1-2 = 0,0001 1-3 = 0,0040
4. Е "Независимость-подчиненность"	4,63 ± 0,29	6,52 ± 0,60	5,0 ± 0,40	4,92 ± 0,67	1-2 = 0,0079
5. F "Озабоченность-беспечность"	5,32 ± 0,26	4,81 ± 0,44	5,64 ± 0,46	6,83 ± 0,81	2-4 = 0,0430
6. G "Выраженная сила "Я"-беспринципность"	7,03 ± 0,29	9,41 ± 0,29	7,04 ± 0,42	7,50 ± 0,79	1-2 = 0,0001 2-4 = 0,0462
7. H "Смелость-робость"	5,74 ± 0,24	6,89 ± 0,45	7,14 ± 0,36	8,58 ± 0,74	1-2 = 0,0263 1-3 = 0,0009
8. I "Податливость-жестокость"	7,23 ± 0,24	5,96 ± 0,38	6,61 ± 0,37	6,75 ± 0,57	1-2 = 0,0087
9. L "Подозрительность-доверчивость"	5,16 ± 0,24	6,30 ± 0,28	3,04 ± 0,31	3,42 ± 0,62	1-2 = 0,0226 1-3 = 0,0001 2-4 = 0,0006
10. M "Непрактичность-практичность"	6,60 ± 0,33	8,0 ± 0,50	6,61 ± 0,41	5,92 ± 0,51	1-2 = 0,0305 2-4 = 0,0224
11. O "Тревожность-спокойствие"	8,67 ± 0,40	7,96 ± 0,74	5,07 ± 0,51	5,58 ± 1,0	1-3 = 0,0001
12. Q1 "Радикализм-консерватизм"	6,70 ± 0,32	7,22 ± 0,64	6,68 ± 0,66	9,08 ± 0,81	3-4 = 0,0432
13. Q2 "Самостоятельность-внушаемость"	4,88 ± 0,37	4,70 ± 0,58	6,11 ± 0,50	7,67 ± 1,05	1-3 = 0,0204 2-4 = 0,0120
14. Q3 "Высокий самоконтроль-низкий самоконтроль"	4,82 ± 0,27	5,48 ± 0,45	7,04 ± 0,39	9,0 ± 0,89	2-4 = 0,0017 3-4 = 0,0312

подозрительных и сомневающихся ($p = 0,0226$; $p = 0,0006$), склонных к беспокойству, неуверенности, волнениям, предчувствию плохого ($p = 0,0001$). Характеристики для фактора «О» свойства (беспокойство, неуверенность, волнение) были характерны и для больных с БА в возрасте 11-14 лет ($p = 0,0001$).

У подростков контрольной группы в возрасте 15-17 лет зарегистрированы высокие значения по факторам «Q1», «Q2», «Q3»: скептицизм и склонность к

экспериментам ($p = 0,0432$), независимость во взглядах, стремление к самостоятельным решениям ($p = 0,0120$), точность в выполнении социальных требований, забота об общественной репутации ($p = 0,0017$; $p = 0,0312$).

Подавляющее большинство подростков обеих групп набрали по фактору «MD» средние и высокие значения стенов, что свидетельствует о правдивости ответов. Замкнутость, скептицизм, негибкость в отношениях

(фактор А), характерные для 52 % подростков с БА 11-14 лет с возрастом в значительной степени уходят и остаются у 11,1 % 15-17-летних. Высокий уровень общительности характерен для подростков контрольной группы (58,3 %). С возрастом исчезают свойственные фактору «В» ограничения мышления, регистрируемые у 63 % подростков с БА 11-14 лет, к 15-17 годам все подростки оказываются готовыми к осмыслению нового материала. В контрольной группе у подростков 11-14 лет ограничения мышления регистрировались в 2 раза реже, с возрастом они перешли в группу средних и высоких значений. Эмоциональная неустойчивость (Ф-С), свойственная половине детей с БА 11-14 лет (50,7 %), с возрастом уменьшилась до 33,3 %, и увеличилось более чем в 2 раза число подростков эмоционально устойчивых. Высокоустойчивых подростков 15-17 лет было в 2,6 раза больше в контрольной группе ($p = 0,0438$). Половине подростков с БА 11-14 лет были свойственны застенчивость, конформизм, склонность уступать дорогу другим (Ф-Е – 50,7 %), к 15-17 годам их число уменьшилось до 29,6 %, и в 2,2 раза увеличилось число подростков, уверенных в себе (с 21,9 % подростков в 11-14 лет до 48,2 % в 15-17 лет, $p = 0,0103$).

В возрасте 11-14 лет каждому третьему подростку с БА (32,8 %) были свойственны осторожность, пессимизм (Ф-Ф), к 15-17 годам эти качества выявлялись чаще (48,1 % подростков). Подросткам контрольной группы в большей степени были свойственны жизнерадостность, активность (50 % против 14,9 % в основной группе, $p = 0,0294$). Свойственные фактору «Г» низкие значения стенов отмечались у 45,5 % детей основной группы и характеризовались непостоянством, изоляцией от влияния коллектива. К 15-17 годам подростки с БА регистрировались в группе средних и высоких значений стенов, что характеризовало их как более ответственных, обязательных, стремящихся придерживаться установленных правил, соответствующих ценностным ориентациям ($p = 0,0208$; $p = 0,0041$).

Наиболее высокое число детей основной группы (69,9 %) в возрасте 11-14 лет охарактеризовали себя как застенчивых, робких, осторожных, стремящихся находиться в тени ($p = 0,0001$). Эти качества оставались у 40,8 % подростков и в 15-17 лет, тогда как подавляющее число подростков этого возраста (58,4 %) в контрольной группе были смелыми, склонными к риску и богатыми эмоциональными реакциями (Ф-Н). Соответствующие низким значениям стенов по фактору «I» самоуверенность, цинизм, скептицизм, чопорность, регистрируемые у 31 % подростков основной группы 11-14 лет, увеличились в старшей возрастной группе до 55,5 %. Показатели стенов у большинства подростков контрольной группы были в пределах средних и высоких значений. С возрастом усугубились черты, характерные для фактора «L» – излишняя подозрительность, сомнения, направленность интересов на самого себя были свойственны 45,2 % подросткам основной группы 11-14 лет и 70,4 % – 15-17-летним ($p = 0,0253$). В то же время, подавляющему числу подростков контрольной группы были свой-

ственны умение ладить с людьми, хорошо взаимодействовать в коллективе (60,7 % – 58,3 %, соответственно, $p = 0,0025$). Подросткам основной группы были свойственны такие черты, как излишнее волнение, предчувствие плохого (Ф-О), регистрируемые у 67,2 % подростков 11-14 лет и 55,6 % – 15-17 лет ($p = 0,0001$). Сомнения в новых идеях, отрицание перемен (Ф-Q1) были свойственны 42,5 % подростков с БА 11-14 лет и 44,4 % – 15-17 лет. С возрастом значительно увеличилось число подростков основной группы с высокими значениями стенов (22,5 % – 44,4 %, $p = 0,0169$), свидетельствующее о возможности пересмотра принципов, склонности к экспериментам. Зависимость от чужого мнения, ориентация на социальное одобрение (Ф-Q2) были свойственны подросткам основной группы (57,5 % – 59,2 %). В контрольной группе таких подростков было 21,4 % в 11-14 лет и 41,7 % в 15-17 лет ($p = 0,0092$). В возрасте 11-14 лет среди детей основной группы было 53,4 % детей с низкими значениями стенов по Ф-Q3, что характеризовало их как личности с внутренней конфликтностью, низким самоконтролем, недисциплинированностью. В старшей возрастной группе число таких детей уменьшилось до 37 %. Значительно меньше среди подростков основной группы в возрасте 15-17 лет было носителей таких личностных качеств, как дисциплинированность, точность в выполнении социальных требований (15,1 % в основной группе и 50 % в контрольной, $p = 0,0141$). Характерными для больных БА были возбудимость, раздражительность, нетерпеливость (Ф-Q4): для 56,2 % подростков 11-14 лет и 63 % – 15-17 лет, в контрольной группе таких подростков регистрировалось 17,8 % в 11-14 лет, 16,7 % в 15-17 лет, $p = 0,0089$).

Личностные свойства подростков имели высокую корреляционную зависимость от детско-родительских отношений. На фоне нарушенных РДО особо выделялось отрицательное влияние на формирование личности ребенка напряженных отношений между родителями, игнорирование потребностей ребенка и стремление родителей удовлетворять любые некритичные желания подростка.

Сочетание медицинских, психологических, познавательных проблем у больных бронхиальной астмой подростков с социальными особенностями семьи и нарушенными родителем-детскими отношениями диктовали необходимость комплексного междоместного подхода к вопросам реабилитации. Коррекционные мероприятия для подростков с БА включали в себя «Астма-школа для подростков» и релаксирующие психологические тренинги. Образовательный курс «Астма-школа для подростков» включал 3 занятия по 2-2,5 часа, в каждую группу включались по 10-11 подростков. Одновременно с обучением подростков проводилась «Астма-школа для родителей», включающая 6 занятий по 1-1,5 часа. Психотерапевтическая коррекция больных БА проводилась нами с учетом особенностей подросткового возраста. Работа психолога начиналась с индивидуальных бесед-занятий отдельно с родителями и самим подростком, что давало возможность определить дальнейшую прог-

рамму с включением подростка в групповые занятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, патогенные в подавляющем большинстве случаев родительско-детские отношения высоко коррелировали с личностными свойствами подростков, что подчеркивает ведущую роль семьи в формировании характера подростка, отношения его

к болезни, уровня доверия к взрослым. Комплексный подход к реабилитации больных БА подростков с использованием межведомственного взаимодействия позволил качественно улучшить обучение их в «Астма-школе». Проведение психокоррекционных мероприятий способствовало улучшению психоэмоционального статуса подростков, нормализации у них доверительных отношений с родителями и врачом, что в дальнейшем позволило восстановить контроль над течением заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ширияева, О.А. Особенности эмоционального взаимодействия часто болеющих и здоровых детей раннего возраста с родителями /О.А. Ширияева //Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2014. – № 3. – С. 209-214.
2. Филиппова, Г.Г. Психология материнства /Филиппова Г.Г. – М.: Изд-во Института психотерапии. – 2009. – 2008 с.
3. Куликов, Л.В. Психология личности в трудах отечественных психологов /Куликов Л.В. – СПб.: Питер. – 2009. – 283 с.
4. Аликин, И.А. Нормативная динамика родительского отношения в современном обществе: возрастные и гендерные аспекты /И.А. Аликин, Н.В. Лукьянченко //Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2012. – № 4. – С. 228-234.
5. Галигузова, Л.Н. Как развивается малыш в раннем возрасте /Галигузова Л.Н. – М., 2008. - 187 с.
6. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие /В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
7. Истратова, О.Н. Большая книга подросткового психолога /О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. – Ростов н/Д.: Феникс, 2008. – 636 с.
8. Коваль, В.В. Подростки из неполных семей: особенности самоотношения /В.В. Коваль //Мир науки, культуры, образования. – 2011. – № 2. – С. 238-240.
9. Эйдемиллер, Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: методическое пособие /Э.Г. Эйдемиллер. – М.: Фолиум, 1996. – 48 с.
10. Лазарева, Т.А. Воспитательные позиции родителей и их оценка подростками /Т.А. Лазарева //Известия Российского гос. педагогического ун-та им. А.И. Герцена. – 2009. – № 94. – С. 284-290.
11. Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков /А.И. Захаров. – СПб.: Союз, 1998. – 246 с.
12. Лидерс, А.Г. Психологическое обследование семьи: учебное пособие /А.Г. Лидерс. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 432 с.

