

Секция «Психология»

**Особенности детско-родительских отношений в семьях подростков,
больных муковисцидозом**

Коннова Александра Олеговна

Студент

*Московский государственный медико-стоматологический университет, Клиническая психология, Москва, Россия
E-mail: psih2007-86@mail.ru*

У подростков, страдающих тяжелым хроническим соматическим заболеванием, трудные обстоятельства создают новую жизненную (психосоматическую) ситуацию. Психосоматической ситуацией называют взаимодействие личности больного с теми обстоятельствами, которые создаются во время болезни [1]. Оценка родителем этой ситуации позволяет понять особенности поведения подростка, которое зависит от своеобразия его личности и возникающих трудностей во время болезни. В работе Н.И. Морозовой «Взаимосвязь детско-родительских взаимоотношений и процесса социальной реабилитации онкологически больных детей» было выявлено, что у 16 из 18 детей, родители которых относятся к ним по типу принятия, преобладает гармоничный тип отношения к болезни и является доминирующим [3]. В работе О.Г. Мотовилина «Взаимосвязь детско-родительских отношений и течения сахарного диабета 1 типа» было выявлено, что выраженная декомпенсация диабета тесно связана с такими особенностями материнского отношения к ребенку как гипопротекция и неразвитость родительских чувств [4]. В нашей работе исследование будет направлено на изучение детско-родительских отношений в семьях подростков, больных муковисцидозом. «Муковисцидоз - частое моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена МВТР (муковисцидозного трансмембранного регулятора), характеризующееся поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем и имеющее обычно тяжелое течение и прогноз» [2]. Несмотря на развитие диагностики заболевания, улучшение лечебно-реабилитационных мероприятий, психологический аспект проблемы, с которой сталкиваются подростки, больные муковисцидозом, и вся семья в целом, недостаточно изучен. Характеристика выборки: 20 подростков, больных муковисцидозом, находящиеся на плановом стационарном лечении в отделении медицинской генетики РДКБ, а также их матери; 20 условно здоровых подростков и их матери. Возрастная категория детей 10-13 лет. В исследовании были использованы следующие диагностические методики: 1. Клиническая беседа, направленная на выявление отношения матери к болезни подростка и запрос на психологическую помощь. 2. Для анализа восприятия семейной ситуации у матерей используется рисунок «Я и ребенок в виде цветов» (В.А. Мохов, Е.Е. Мохова). 3. Для диагностики особенностей стилей семейного воспитания, реализуемых матерями подростков, используется методика «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис). 4. Для оценки тревожности матерей используется методика «Шкала тревожности» (Ч.Д.Спилбергер – Ю.Л.Ханин). 5. Для анализа восприятия подростком стилей воспитания в семье используется опросник «Подростки о родителях» (ADOR) (E.Schaefer, в адаптации Л.И. Вассермана). 6. Для анализа восприятия подростком особенностей семейной ситуации используется методика «Рисунок семьи». Теоретический анализ особенностей детско-родительских отношений в семьях тяжелобольных подрост-

ков показал, что для родительского отношения характерны такие особенности как страх утраты ребенка, гиперпротекция и потворствование, недостаточность требований, расширение сферы родительских чувств, неустойчивость стиля воспитания. По результатам исследования для матерей, воспитывающих подростков, больных муковисцидозом, характерно наличие потворствующей гиперпротекции, как основного стиля воспитания подростка, а также высокая личностная тревожность, с возрастанием которой увеличивается и уровень протекции. Для подростков же характерна отгороженность, дистанцированность от других членов семьи, ощущение слабости эмоциональных контактов между всеми членами семьи, и высокая тревога по поводу темы семьи. Также подростки воспринимают своих матерей недостаточно директивными в отношении себя, т.е. испытывают недостаток внимания со стороны матери и участия её в их жизни, а также чувствуют себя автономными от матери и семьи в целом. Отметим, что потакание подростку, отсутствие запретов в его жизни может препятствовать формированию у него психологической регуляции, ребенок может подчиниться ситуативным вредным для него желаниям, что возможно ведет к неблагоприятному течению заболевания. В ходе эмпирического анализа взаимосвязей стилевых особенностей родительского воспитания и восприятия семейных отношений самими подростками в контексте их заболевания было обнаружено, что увеличение гиперпротекции и неустойчивость в воспитании подростка воспринимается последним как увеличение враждебности со стороны матери, а изменение системы запретов и санкций и неустойчивость воспитания – как увеличение директивности. Знания об особенностях детско-родительских отношений подростков, больных муковисцидозом, играет значимую роль в проведении успешного лечебно-реабилитационного процесса. Практическая задача психологической помощи может заключаться в оптимизации детско-родительских отношений, поиске более адаптивных вариантов реализации взаимоотношений, а так же снижение высокой тревожности матерей и подростков.

Литература

1. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия – Спб., 2004.
2. Капранов Н.И. Муковисцидоз. Современные достижения и проблемы. Методические рекомендации – М., 2001, С. 2.
3. Морозова Н.И. «Взаимосвязь детско-родительских взаимоотношений и процесса социальной реабилитации онкологически больных детей» // *Фундаментальные исследования*. 2004. № 4. С. 37-38.
4. Мотовилин О.Г. «Взаимосвязь детско-родительских отношений и течения сахарного диабета 1 типа» // *Сборник «Психология телесности: теоретические и практические исследования»*. Пенза, 2008. С. 82-91.