

## ИССЛЕДОВАНИЕ УСТАНОВОК ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Медицинская практика показывает, что болезни часто возникают на почве множественных этиологических факторов, и для успешного лечения нельзя рассматривать больного только как носителя какого-то заболевшего органа, а следует лечить человека в целом, с учетом его психологических особенностей.

Традиционная, классическая медицина среди факторов риска развития бронхиальной астмы выделяет генетические (атопия, наследственность, гиперреактивность бронхов) и внешнесредовые (аллергены, лекарственные средства, вирусы и вакцины, химические вещества) факторы. Психосоматическая медицина большую роль отводит психологическим факторам, при этом определенные психологические особенности могут быть присущи больным еще до начала заболевания или уже сама болезнь (как хроническая психотравмирующая ситуация) обуславливает изменение психики и углубление преморбидных личностных свойств. Результатом болезни могут стать стойкие, иногда трудно преодолимые перестройки всей личности больного, выражающиеся в формировании в условиях болезни аномальных и эгоцентрических установок, изменяющих поведение и нарушающих социальную адаптацию ребенка. В возникновении негативных установок у детей с бронхиальной астмой также важная роль отводится семейной ситуации, психологическим особенностям родителей, нарушениям внутрисемейных взаимоотношений.

Наша исследовательская работа посвящена изучению установок детей, больных бронхиальной астмой, по сравнению с установками здоровых детей.

Установки позволяют увидеть, как усвоенный социальный опыт преломлен личностью и как он конкретно проявляет себя в ее действиях и поступках. Установки способны выступать детерминантами поведения и социального развития ребенка. Эгоцентрические установки,

снижение готовности к ролевому взаимодействию, истероидность способствуют либо инфантильному поведению, зависимости, «прилипчивости», либо – агрессии, требовательности. Проблемы в конструктивном разрешении межперсональных отношений, особенно у подростков, больных бронхиальной астмой, приводит к социальной дезадаптации, что усиливает стрессогенное влияние болезни, утяжеляет ее течение и ухудшает качество жизни.

В связи с этим актуальным является:

1). Изучение влияния болезни на трансформацию установок, то есть необходимо выяснить, как болезнь отражается на установках детей с бронхиальной астмой;

2). Поиск психодиагностических методов в исследовании установок у соматических больных, так как эта проблема разработана недостаточно;

3). Разработка системы рекомендаций, направленных на предотвращение негативной трансформации установок.

В реальной жизни вербальные (декларируемые) установки мало связаны с невербальным поведением. Полное соответствие вербального и невербального поведения отмечается лишь в условиях эксперимента в лаборатории, так как в этих условиях установка выражает только общепринятое социально одобряемое мнение. В то же время человек может вести себя не в соответствии с декларируемой установкой. Выявлению же неосознаваемых установок помогают проективные методы.

Исходя из цели исследования, мы сочли возможным изучать установки с помощью графических методов, которые являются проективными и позволяют осветить мотивационную структуру личности. Рисуночные методики как яркие представители графических методов позволяют оценить отношение к чему-либо, что соответствует целям нашей работы. Кроме того, они вызывают меньшее со-

противление, создают более расслабленную и неформальную атмосферу встречи ребенка с психологом и в меньшей степени задействуют механизмы психологической защиты испытуемых, искажающих результаты в сторону большей социальной привлекательности.

В качестве объекта исследования выступали дети, страдающие бронхиальной астмой (четырнадцать человек). Кроме того, к исследованию привлекались их родители (десять человек), также была сформирована контрольная группа детей, не страдающих бронхиальной астмой (тринадцать человек). Нами была использована методика, относящаяся к варианту теста «Свободный рисунок», который был разработан и предложен Е.С. Романовой как альтернатива более «жестким» тестам на уже строго заданную тему (например, тест «Дом, дерево, человек» или «Конструктивный рисунок человека из геометрических фигур»). Выполнение изображения на свободную тему способствует снижению «конflikта между «стандартностью» задания и свободой творчества, самовыражения» [10.С.133].

Дадим описание использованной методики.

Испытуемым предлагалось выполнить три рисунка на заданные темы:

1. «Я – больной».
2. «Я – здоровый».
3. «Я и врач».

Матерям детей, больных бронхиальной астмой, также было предложено выполнить три рисунка:

1. «Мой ребенок - больной».
2. «Мой ребенок – здоровый».
3. «Мой ребенок и врач моего ребенка».

Обработка данного теста проводилась двумя способами.

**Первый способ** заключался в проведении графологического и содержательного анализа.

Для содержательного анализа были выделены следующие показатели:

- Количество изображенных предметов.
- Количество изображенных деталей в одежде.

- Количество изображенных деталей в фигуре.
- Наличие существенных и несущественных деталей.
- Количество использованных цветов.
- Размер изображения в кв.см., наличие сдвигов и диспропорций.
- Наличие реалистического или символического изображения.

Для графологического анализа были выделены показатели:

- Характер линий, степень нажима.
- Наличие исправлений и обводок.
- Общее эстетическое впечатление от изображения.

**Второй способ** обработки заключался в отнесении рисунка к тому или иному виду изображения по схеме Г. Рида и приведении его в соответствие с личностной типологией К. Юнга [9.С.117-131]. Данный способ позволяет судить о доминировании того или иного психологического типа в обследуемой группе и сравнить их соотношение у здоровых детей и детей, больных бронхиальной астмой.

Сравнивая результаты больных и здоровых детей, мы получили статистически значимые различия по всем критериям. При сравнении результатов больных детей и их родителей статистически значимых различий не получено.

Дети, больные бронхиальной астмой, изображают в рисунках в среднем в 2,5 раза меньше предметов, чем здоровые. Помимо этого, в рисунках здоровых детей присутствуют предметы, по которым можно судить об определенном месте, занимаемом ребенком в системе отношений: и семейных, и общественных. Это видно по изображению таких предметов, как кровать, одеяло, подушка, домашние тапочки около кровати, лекарства, сладости, книги, лампа на прикроватном столике. Все это говорит о любви и заботе близких людей. В рисунках больных детей такие предметы отсутствуют. Кроме того, в рисунках здоровых детей много предметов учебной, игровой, коммуникативной деятельности. Это и скакалка и качели, футбольное поле, книги,

школа, компьютер, телефон и др. В рисунках больных детей отсутствуют изображения объектов, символизирующих какую-либо предметную активность, то есть через их рисунок не видно желаний выразить себя в определенной деятельности, что, возможно, влияет на общее состояние организма, на склонность к заболеваниям.

Таким образом, можно предположить, что у больных детей преобладают эгоцентрические установки, связанные с личной заинтересованностью, а у здоровых – общественные, связанные с интересами других людей.

Отношение к окружающей среде как к враждебной, сковывающей, у больных детей подтверждает и тот факт, что в рисунках они часто изображают плохую погоду (тучи, дождь).

Анализируя рисунки, мы заметили, что здоровые дети как бы особенно «нагружают» существенными деталями ситуацию «Я – больной». Это может отражать больший интерес к болезни у здоровых детей вследствие того, что изменение физического состояния для них необычно, а ситуация болезни временная. Она ассоциируется у них или с радостью и возможностью получить особое внимание и заботу родителей (изображение мокрого полотенца на лбу, шарфа, завязанного вокруг шеи), или с «вынужденным» отдыхом и ограничением свободы (лежит в постели). Характер несущественных деталей у здоровых детей в ситуации «Я – больной» – изображение книг, плеера, конфет, дополнительных лиц, солнца и др. только подтверждают наши предположения. Таким образом, отношение к болезни у здоровых детей в целом позитивное.

В рисунках же больных детей существенных деталей в ситуации «Я – больной» в среднем 1,1. Ситуация болезни им неинтересна, так как она для них не нова и связана с болью и страхом удушья, отрицательными переживаниями и страданием («круги» под глазами, слезы, печальное выражение лица). Однако не только существенных, но и несущественных деталей в среднем 0,07. Это мо-

жет свидетельствовать о замкнутости и чувстве собственной неполноценности, неуверенности в себе, мнительности. Отношение к болезни у детей, больных бронхиальной астмой, можно расценить как негативное, но не безысходное. Тот факт, что никто из больных не изобразил себя лежащим в постели, возможно, говорит о желании преодолеть болезнь.

Здоровые дети в 62 % случаев изображают ситуацию «Я и врач» как угрожающую. Об этом свидетельствуют такие предметы в рисунке, как шприц, пила, молоточек, изображение «криков» из уст детей, изображение врача со спины и т.д. Больные же дети в 86 % случаев изображают ситуацию как «помогающую»: улыбка на лицах, близкое друг к другу расположение, «телесный» контакт врача и больного посредством фонендоскопа, изображение украшений в причёске врача, часов и картины на стене. Это можно объяснить тем, что дети здоровые редко встречаются с врачом и поэтому переносят на рисунок образ, который ассоциируется с воображаемой опасностью от встречи с неизвестным. Больные же дети меняют свое отношение к врачу с отрицательного на положительное, так как после встреч с реальным человеком их страхи развеиваются.

При отнесении рисунков к тому или иному виду по схеме Г.Рида наиболее часто в группе здоровых детей встречался ритмический и декоративный рисунки (по 20%), а в группе больных – перечисляющий (45%) и гаптический (25%). Соотнеся виды рисунков с типологией К.Юнга, получили, что в группе детей, больных бронхиальной астмой, доминирует мыслительный тип и почти отсутствует чувствительный (эмоциональный). В рисунках здоровых детей все типы представлены в равных отношениях.

Преобладание мыслительного типа у больных детей, вероятно, связано с тем, что длительная, продолжительная болезнь оказывается для них той жизненной ситуацией, в которой ребенок начинает думать о себе и своих отношениях с миром. Размышления о природе болезни, ее причинах и следствиях требуют ин-

теллектуальной переработки. Включение мышления – достаточно трудоемкая деятельность. Функция чувств при этом угнетается.

Ограниченную способность больных детей к восприятию собственных чувств и эмоций, вероятно, можно объяснить и проявлением алекситимии. С этой позиции ее можно рассматривать как защитный механизм, действующий против непереносимых аффектов. Чтобы противостоять стрессу, ребенок может подавлять связанные с болезнью неприятные переживания, приказывать себе, например, не думать об опасности. Если подавление чувств, эмоциональных реакций на стресс входит в привычку, может развиться «эмоциональная тупость»: чувства становятся более «блеклыми».

Таким образом, можно предположить, что дети, больные бронхиальной астмой, в большинстве случаев будут действовать исходя из интеллектуально обдуманых мотивов с ориентацией на факты, общепризнанные идеи, идущие от традиций, воспитания, образования. При этом им трудно говорить с другими о чувствах, и эта эмоциональная невыразительность создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, что, в свою очередь, усиливает замкнутость, «уход в себя», «уход от людей», приводит к потере интереса к жизни. В ситуациях взаимодействия они чаще будут отказываться от общения.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод:

– Установки детей, больных бронхиальной астмой, отличаются от установок здоровых детей.

– У больных детей преобладают эгоцентрические установки, связанные с личной заинтересованностью. Для них характерны стремление к привязанности, зависимости, неуверенность в себе. К окружающей среде они относятся как к враждебной, но к ситуации взаимодействия с врачом – как к «помогающей». Отношение к болезни негативное. К себе относятся как к чему-то малоценному. У них не видно желания проявить себя в

определенной деятельности, потерян интерес к жизни.

– У здоровых детей преобладают общественные установки, связанные с интересами других людей. Окружающая среда не расценивается ими как угрожающая, они адекватно оценивают себя, стремятся действовать и добиваться успеха. Отношение к болезни у них чаще положительное, но ситуация встречи с врачом вызывает отрицательные эмоции.

– Изменение установок больных детей происходит в сторону сближения с установками их родителей.

– Трансформации установок больных детей связаны с изменением их личностного восприятия ситуации болезни и влиянием отношения членов семьи к болезни ребенка.

– Эти трансформации могут быть оценены как негативные.

Поскольку установки выступают детерминантами поведения и социального развития ребенка, то негативная их трансформация приводит к инфантильному поведению, зависимости, социальной дезадаптации, что усиливает стрессогенное влияние болезни, утяжеляет ее течение. Но человек не просто пассивно приспосабливается к биологическим условиям болезни, которые изменяют его психологический облик: он способен компенсировать, преодолевать их, творить себя даже в стесненных условиях. Поэтому конечная цель психологического исследования установок детей с бронхиальной астмой – нахождение путей полноценной компенсации и психологической помощи и поддержки ребенка в этой ситуации. Психологическая диагностика особенностей и негативной трансформации установок позволяет вести психологическую коррекцию и терапию более эффективно.

Для преодоления тенденций к негативной трансформации установок детей, страдающих бронхиальной астмой, необходимо:

– Осуществлять возможно более раннее психотерапевтическое воздействие, направленное на смягчение социальных, а

именно, внутрисемейных условий, формирующих негативную трансформацию установок.

– В психотерапевтическом процессе рекомендуется осуществлять и «удерживать» три уровня воздействия: организмический, внутриличностный и межличностный. На уровне организма – необходимо использовать техники, дающие ребенку возможность выхода отрицательной энергии. На уровне отношений – поиск ресурсов в окружающей среде, так как неблагоприятный семейный фон является для детей сильным патогенным фактором. На внутриличностном уровне – поиск внутренних ресурсов личности, работа по переделке отношений к ситуации болезни и взаимодействию с окружающими людьми.

– В качестве метода психотерапии можно предложить методику воплощения в рисунках установок больных детей и составления рассказов об их содержании в режиме диалога ребенка с психологом. Это позволяет детям посредством визуализации не только описать словами и осознать свои проблемы, но и разделить их с другим человеком. Ребенок переносит на бумагу свои установки, тревоги и напряжение, учится словами выражать свои чувства. Такая работа способствует не только осознанию проблематики, но и нормализует состояние ребенка, так как позволяет перевести его с уровня эмоционального реагирования к умению рассказать о том, что происходит в его внутреннем мире.

#### Библиографический список

1. Белова О.В. Использование рисуночных методик для идеографической психодиагностики / Прикладная психология. 2001. №5.
2. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию/Курс лекций. М.:ЧеРо, 2001.
3. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб: Специальная литература, 1996.
4. Корнеева Е.Н. Место адаптации в процессе социализации / Ярославский педагогический вестник. 2001. № 3 – 4.
5. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 1997.
6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику М.: Изд-во Московского университета, 1987.
7. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. М.:СПб.: Речь, 2000.
8. Проективная психология . М.:Апрель Пресс, изд-во Эксмо-Пресс, 2000.
9. Психология личности / Под ред. Д.Я.Райгородского Хрестоматия: В 2-х т. : Изд. Дом «Бахрах-М», 2002.
10. Романова Е.С., Потемкина О.Ф. Графические методы в психологической диагностике. М.: Дидакт, 1992.
11. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике / Учебное пособие. Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 1998.
12. Шихирев П.Н. Современная социальная психология. М.:ИПРАН:КСП:Академпроект, 1999.