

ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СІМЕЙНИХ ВЗАЄМОСТОСУНКІВ У РОДИНАХ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Лотоцька О.Є., Безруков Л.О., Богуцька Н.К., Чепура О.Я.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: діти, бронхіальна астма, сімейні взаємостосунки, гіперсприйнятливості дихальних шляхів.

Вступ. У структурі хронічної патології в дитячій популяції частка бронхіальної астми (БА) є однією з найбільших, значний внесок цієї нозології і у формування дитячої інвалідності. Зростання захворюваності та смертності за БА в дітей змусило дослідників вивчати психологічні аспекти цієї нозології, насамперед, причини недостатньої взаємодії „лікар-пацієнт” через слабке функціонування сім’ї, соціальні проблеми тощо [1, 2, 3, 4]. Тяжкий перебіг БА асоціює із більш значною бронхіальною гіперсприйнятливостю, що є однією із найбільш визначальних параклінічних ознак БА, підтверджуючих наявність захворювання. Підвищена реактивність дихальних шляхів при БА може бути обумовлена багатьма факторами, однак механізми, що лежать в її основі, залишаються до кінця невивченими [5]. Гіпотезою дослідження було припущення про наявність тим істотніших відхилень у комплексній психологічній характеристиці сімейних взаємостосунків, чим тяжчою за перебігом є бронхіальна астма (БА) та більш вираженою є гіперсприйнятливості бронхів в дитини.

Метою роботи було оцінити епідеміологічний ризик психологічних аспектів родинної взаємодії за тяжкої БА та високого рівня бронхіальної гіперреактивності.

Матеріали і методи. Проведене комплексне клініко-психологічне обстеження 39 дітей та їх родин. Першу (основну) клінічну групу сформували 24 дітей із тяжким перебігом БА (з них 17 – хлопчики), а до групи порівняння (II-ї клінічної групи) ввійшли 15 дітей (з них 10 – хлопчики) із середньо-тяжким перебігом захворювання. Середній вік дітей у першій та другій групах відповідно становив 13,8±0,4 проти 14,5±0,5 років ($p>0,05$).

Оцінка ступеню гіперсприйнятливості проведена за допомогою фармакологічного спірографічного тесту (РС20Н) та нефармакологічної проби з фізичним навантаженням. Виразовували показники чутливості бронхів до гістаміну при проведенні інгаляційної провокаційної проби та їх лабільності при дозованому фізичному навантаженні та інгаляції селективного агоніста Я2-адренорецепторів (сальбутамолу). Поряд із обчисленням показника лабільності бронхів, аналізували його складові компоненти: індекс бронхоспазму (ІБС) та індекс бронходилататції (ІБД) [6].

Психологічне тестування дітей та їх батьків проводилося з дотриманням основних положень біоетики [7]. Психологічне обстеження батьків проводили за допомогою методики діагностики батьківського ставлення А.Я. Варга, В.В. Столін. Високий тестовий бал за відповідними шкалами інтерпретувався як: відторгнення, соціальна бажаність, симбіоз, гіперсоціалізація, інфантилізація (інвалідизація) в оцінці взаємостосунків батько/мати – дитина. За норми слугували процентильні ранги тестових балів за відповідними шкалами, запропоновані розробниками. А також при психодіагностиці сімейних взаємостосунків для вивчення ставлення батьків (передусім, матері) до різних сторін сімейного життя (сімейної ролі) та дитини використана методика PARI (parental attitude research instrument) Е.С. Шеффер і Р.К. Бела в адаптації Т.В. Нещепет [8].

Отримані результати аналізували з позицій біостатистики та клінічної епідеміології. Проводили оцінку ризику реалізації події: відносний ризик (ВР), атрибутивний ризик (АР) [9].

Результати та їх обговорення. Оцінка типів ставлення матері до різних боків внутрішньосімейних стосунків та стосунків із дитиною, хворою на БА, за методикою PARI відображена в табл. 1.

Отже, в родинах пацієнтів із тяжкою БА частіше відмічали середні/високі бали, що відображали вираженіший ступінь ознаки і свідчили про надмірну емоційну дистанцію в стосунках матері й дитини та проблемні аспекти у ставленні матері до сімейної ролі. Надмірна концентрація матері на дитині у родинах пацієнтів із тяжкою БА насамперед знаходилась у прямій кореляційній залежності із проблемними аспектами у ставленні матері до сімейної ролі ($r=0,78, p<0,01$). При оцінці кореляційних взаємостосунків оцінених показників встановлено, що вираженіші проблемні аспекти сімейної ролі матері прямо корелювали із частішими інгаляціями бронхолітиків дитиною поза нападами БА ($r=0,43, p<0,006$). Виражена емоційна дистанція в стосунках дитини та матері знаходилась у кореляційній залежності із негативнішим ставленням дитини до необхідності щоденного прийому лікарських засобів ($r=0,37, p<0,02$) та усвідомленням матір’ю ймовірності загрози життю дитини через БА ($r=0,42, p<0,03$). Надмірна

Таблиця 1

Комплексна характеристика типів ставлення матері до дитини та сімейної ролі

Психологічні ознаки	Вираженість ознаки в балах	Основна клінічна група, n=24	Група порівняння, n=15	Pt, Pф
Проблемні аспекти ставлення матері до сімейної ролі	<=13	16,7±7,6	46,7±12,9	<0,05
	проміжні	62,5±9,8	46,6±12,9	>0,8
	>=17	20,8±8,3	6,7±6,5	>0,25
Оптимальний емоційний контакт із дитиною	<=14	29,2±9,3	6,7±6,5	>0,11
	проміжні	25±8,8	46,6±12,9	>0,17
	>=18	45,8±10,2	46,7±12,9	>0,95
Надмірна емоційна дистанція з дитиною	<=12	33,3±9,6	66,7±12,2	<0,05
	проміжні	50±10,2	33,3±12,2	>0,3
	>=17	16,7±7,6	0	>0,26
Надмірна концентрація на дитині	<=10	8,3±5,6	26,7±11,4	>0,18
	проміжні	70,8±9,3	73,3±11,4	>0,89
	>=16	12,5±6,8	0	>0,15

Таблиця 2

Показники ризику відхилень у психологічній характеристиці сімейних взаємостосунків за високої гіперсприйнятливості дихальних шляхів у дітей з БА

Показники	Показники ризику	
	AP, %	BP (95% ДІ)
Відсутність оптимального емоційного контакту з дитиною	0,13	1,2 (0,3-4,7)
Надмірна емоційна дистанція з дитиною	0,25	1,7 (0,5-5,5)
Надмірна концентрація на дитині	0,13	1,5 (0,4-5,5)
Ставлення до дитини за типом „відторгнення” за шкалою „прийняття-відторгнення”	0,38	1,8 (0,3-12,0)

концентрація матері на дитині корелювала із меншою кількістю нападів БА на рік ($r=0,34$, $p<0,04$) та наявністю вираженої сезонності загострень у дитини ($r=0,35$, $p<0,03$), а також меншими величинами ІБС ($r=0,48$, $p<0,01$), кращою прохідністю бронхів ($r=0,41$, $p<0,03$) та більшими показниками НСТ-тесту еозинофільних лейкоцитів крові у стимульованому варіанті ($r=0,53$; $p<0,01$). Таким чином, наявність концентрації матері на дитині асоціювала із менш вираженими клініко-параклінічними проявами захворювання. Відсутність оптимального емоційного контакту матері і дитини знаходилась у прямій кореляційній залежності із тяжчим перебігом БА у пацієнта ($r=0,32$, $p<0,05$), хоча б одноразовим потраплянням дитини до ВРАІТ ($r=0,41$, $p<0,01$), а також констатацією вираженіших змін у поведінці дитини на думку батьків з моменту постановки діагнозу БА ($r=0,48$, $p<0,04$) і вираженішим ІБС за даними спірографії ($r=0,43$, $p<0,02$). Таким чином, насамперед відсутність оптимального емоційного контакту з дитиною у родині асоціювала із більш вираженими клініко-параклінічними проявами захворювання, що узгоджується з даними літератури [10].

За результатами опитування батьків за методикою діагностики батьківського ставлення А.Я. Варга та В.В. Столін в родині дітей обох груп спостереження відмічали відсутність вірогідних міжгрупових відмінностей та наявність відхилення (в межах від (-)10% до (+)87%) від нормативу: тенденцію до відхилення в бік зменшення соціально бажаного образу батьківського ставлення з максимальною кооперацією у стосунках, особливо в групі дітей

із тяжкою БА (29 перцентиль) – низькі бали за шкалою відмічено у 40,9±10,5% проти 14,3±9,4% відповідно у родині дітей з тяжкою БА та в групі порівняння ($p<0,1$). Також відмічено відхилення у межах вище середнього за шкалою „симбіотичності”, що відображає високий рівень тривоги батьків за дітей й обмеження їх самостійності (на рівні 87-89 перцентилів у основній групі та у групі порівняння відповідно) незалежно від тяжкості БА. Виявлено в родині дітей обох груп спостереження тенденцію до відхилення у межах вище середнього за шкалою „авторитарна гіперсоціалізація”, що характеризує надмірний авторитаризм у стосунках батьків із дитиною (на рівні 75-77 перцентилів у основній та групі порівняння відповідно). В сім'ях пацієнтів обох груп спостереження відмічено тенденцію до інфантилізації дитини в стосунках з нею за шкалою „маленький невдаха” (на рівні 72 перцентилів в основній та зіставлюваній групах). Незважаючи на те, що за шкалою „прийняття-відторгнення”, яка відображає інтегральне емоційне ставлення батьків до дитини, середні значення в родині дітей обох груп спостереження знаходились у межах 47-48 перцентилів, тобто відповідали нормативу, відмічено прямий кореляційний зв'язок високих балів „відторгнення” та вищих показників ІБД у пацієнтів ($r=0,47$; $p<0,01$).

Слід зазначити, що бали за шкалами описаної методики знаходились у достовірній кореляційній залежності із балами тотожних шкал оцінки типів ставлення матері до дитини та сімейної ролі (PARI), зокрема високі бали за шкалою „симбіотичності” корелювали із

надмірною концентрацією матері на дитині ($r=0,39$; $p<0,02$), „авторитарна гіперсоціалізація” корелювала із надмірною емоційною дистанцією із дитиною ($r=0,42$; $p<0,01$), а соціально бажана кооперація з дитиною знаходилась у прямій залежності із наявністю оптимального емоційного контакту із нею ($r=0,37$; $p<0,03$), що підтверджує внутрішньокорторну валідність застосованих психологічних методик. Високі бали за шкалою „авторитарної гіперсоціалізації” прямо корелювали із кількістю інгаляцій бронхолітика поза нападами БА в дитини ($r=0,38$; $p<0,02$).

Незважаючи на наявність особливостей психологічної характеристики родинних взаємостосунків за тяжкого перебігу БА, у дітей із високим рівнем гіперсприйнятливості бронхів (PC20H<0,4 мг/мл) істотного підвищення ризику щодо досліджуваних параметрів не встановлено (табл. 2), що, можливо, пов'язано із дещо іншими механізмами формування цієї компоненти комплексного клінічного феномену тяжкості хвороби.

Висновок. На підставі комплексного дослідження біопсихосоціальної моделі адаптації хворої на БА дитини та її родини встановлено, що параметри внутрішньородинної психохарактеристики асоціюють насамперед із тяжкістю перебігу хвороби та не залежать від ступеню бронхіальної гіперсприйнятливості.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Alvim CG. Quality of life in asthmatic adolescents: an overall evaluation of disease control / CG Alvim, I.M. Picinin, PM Camargos et al. // *Asthma*. – 2009. – Vol.46. – P.186-190.

2. Kaugars A. S. Family Influences on Pediatric Asthma / A. S. Kaugars, M. D. Klinnert, B. G. Bender // *J. Pediatr. Psychol.* – 2004. – Vol.29. – N7. – P.475-491.

3. Weiner D. J. Asthma as a barrier to children's physical activity / D. J. Weiner, J. McDonough, J. Allen // *Pediatrics*. – 2007. – Vol.119. – N6. – P.1247-1248.

4. Безруков Л.О. Показники якості життя школярів, хворих на бронхіальну астму, за різного ступеня тяжкості захворювання / Л.О. Безруков, Н.К. Богуцька, М.Н. Гарас // *Клінічна медицина*. – 2011. – Т.15. – №1 (57). – С. 3-5.

5. Björkstén B. International variations in bronchial responsiveness in children: findings from ISAAC phase two / B. Björkstén, J. Genuneit, G. Weinmayr et al. ISAAC Phase Two Study Group // *Pediatr Pulmonol.* – 2010. – Vol. 45. – N. 8. – P.796-806.

6. Guidelines for methacholine and exercise challenge testing-1999 // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*-2000.- Vol.161.-P.309-329.

7. Declaration of Helsinki and ICH Guideline for Good Clinical Practice. Research & Development. Clinical Trial Operations. Dept. of Clinical Documentation, 2003.- 58 p.

8. Клиническая психология / [Абабков В.А., Бизюк А.П., Володин Н.Н. и др.]: под ред. Б.Д. Карвасарского. – М.: 2004. – 541 с.

9. Medical epidemiology / [Абабков В. А., Бизюк А. П., Володин Н. Н. и др.]^ Stamford: Appleton & Lange, 1995. – 196 p.

10. Wood B.L. Family emotional climate, depression, emotional triggering of asthma, and disease severity in pediatric asthma: examination of pathways of effect / B. L. Wood, J. Lim, B. D. Miller et al. // *J. Pediatr. Psychol.* – 2007. – Vol.32. – N5. – P. 542-551.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПЕРВОСПРИИМЧИВОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FAMILY RELATIONSHIPS IN CHILDREN WITH ASTHMA, DEPENDING ON AIRWAY

Лотоцкая О.Е., Безруков Л.А., Богуцкая Н.К., Чепура О.Я.

Буковинский государственный медицинский университет, г.Черновцы

Lototska O.Y., Bezrukov L.A., Bogutska N.K.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, семейные взаимоотношения, гипервосприимчивость дыхательных путей.

Key words: children, bronchial asthma, family relationships, airway hyperresponsiveness.

Резюме. В семьях пациентов с тяжелой БА чаще отмечали чрезмерную эмоциональную дистанцию в отношении матери и ребенка и проблемные аспекты в отношении матери к семейной роли, которые ассоциировались с наличием негативных особенностей проведения лечения БА у ребенка. Отсутствие оптимального эмоционального контакта матери и ребенка ассоциировалось не только с тяжелым и менее контролируемым течением болезни, но и более выраженным индексом бронхоспазма, в то время как высокие баллы "отторжения" ребенка ассоциировались с высокими показателями индекса бронходилатации.

Summary. In families of patients with severe asthma the excessive emotional distance in the relationship of mother and child and problematic aspects with regard to mother's family roles were noted and associated with the presence of the negative features of the treatment of asthma in children. Lack of optimal emotional contact between mother and a child was associated not only with severe and less controlled disease, but increased index of bronchoconstriction, whereas a high score of «rejection» of the child was associated with increased index of bronhodilatation.