

## ОСОБЛИВОСТІ БАТЬКІВСЬКО-ДИТЯЧИХ ВІДНОСИН У ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ ДІТЕЙ З РІЗНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ ЛІКУВАННЯ

Жидко М.Є., Тухтарова К.Р.

Національний аерокосмічний університет імені М.Є. Жуковського  
«Харківський авіаційний інститут»

Стаття присвячена розгляду особливостей батьківсько – дитячих відносин у онкологічно хворих дітей з різною ефективністю лікування. Діагностується психоемоційний стан онкохворої дитини. Розглядаються та уточнюються захисні механізми у дітей, хворих на рак. Оцінюються внутрішньородинні взаємовідносини. Зазначається актуальність і потреба надання психологічної та психотерапевтичної підтримки родинам з онкологічно хворими дітьми.

**Ключові слова:** онкологічна хвороба, внутрішньородинні взаємовідносини, захисні механізми, психоемоційний стан, ефективність лікування.

**Постановка проблеми.** Рак крові та рак внутрішніх органів з кожним роком вражає більшу кількість дітей. Приблизно кожен рік фіксується тисяча нових випадків дитячого раку, за показниками смертності від злоякісних новоутворень дітей Україна займає 5 місце в Європі. Такі дані свідчать про те, що проблема онкохвороби стає все більш актуальною для нашого суспільства. Лікарями, психологами та вченими, які досліджують проблеми психологічного стану онкохворих, відмічено, що при однаковому діагнозі та лікуванні, в одних дітей динаміка самопочуття покращується, а у інших, навпаки, стає гіршою. Імовірно на це впливають деякі соціальні фактори. Один з них – особливості батьківсько – дитячих відносин у онкохворих дітей, ми розглянемо детальніше у роботі.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** На основі аналізу літератури можна зазначити, що дуже важкими для дитини будь-якого віку є перші дні перебування в стаціонарі. Розуміння, що вона хвора на щось серйозне (особливо у дітей шкільного віку), страх перед обстеженнями, що посилюється при спілкуванні з однолітками, які тривалий час знаходяться в клініці і добре обізнані про лікувальні і діагностичні методи є одним з чинників, що роблять вплив на психологічний стан дитини [3]. Стосовно батьків, то під час гострої фази захворювання і лікування дитини всі батьки, більшою чи меншою мірою, переживають посттравматичний стресовий синдром. Він виявляється в таких фізичних проявах як безсоння, відсутність апетиту, порушення концентрації, нервозність, переляк [7]. Вчені Оберіст і Джеймс помітили, що «вчитися жити, хворіючи на рак, не просто. Але, можливо, ще складніше жити поруч з людиною, що страждає від цієї хвороби» [3].

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми.** У попередніх дослідженнях було визначено, що психоемоційний стан дитини під час лікування онкохвороби залежить не тільки від медичного втручання, а й від інших факторів, одним з яких є підтримка батьків і близьких людей. Питання: як саме впливають батьківсько-дитячі відносини на ефективність лікування онкохворої дитини, та які особливості відносин між батьками і дитиною є у дітей з різною ефективністю лікування, в повній мірі залишаються не розглянутими досі.

**Мета статті.** Головною метою цієї роботи є дослідження особливостей батьківсько-дитячих відносин у онкохворих дітей з різною ефективністю лікування.

**Виклад основного матеріалу.** Вибірку для дослідження склали онкохворі діти віком від 5 до 13 років та їх мами, які перебувають з ними у лікарні. Кількість випробуваних складала: 20 хворих дітей та їх

мами, що успішно проходять лікування та 20 хворих дітей зі своїми матерями, у котрих є певні відхилення в гіршу сторону (погіршення самопочуття, повторні операції, виникнення нових симптомів та ускладнень).

Для емпіричного дослідження використовувалося 2 дитячих методики: проективна методика – малюнок «Три дерева» Е.Клессманн, «Дитячий апперцептивний тест» САТ (Children's Apperception Test) Л. Беллак; та 2 методики для батьків: проективна методика «Малюнок родини», тест «Опитувальник дитячо-батьківської емоційної взаємодії» (ОДБЕВ) О.І. Захарової.

За допомогою проективної методики «Три дерева» можна продіагностувати відносини у родині між дитиною та батьками. Методика належить до дитячої групи, для аналізу відмінностей між дослідними групами використовувався  $\phi$ -критерій куткового перетворення Фішера. Результати наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Відмінності за концепцією методики  
«Три дерева» Е.Клессманна між дослідними  
групами за  $\phi$ -критерієм Фішера

№	Назва ознаки	Група 1 n=20	Група 2 n=20	$\phi$ -критерій кутового перетворення Фішера
1.	Вибір себе	19 (95%)	17 (85%)	1,091
2.	Вибір батьків	19 (95%)	15 (75%)	1,888 *
3.	Інші родичі	1 (5%)	5 (25%)	1,885 *
4.	Хмари, дощ	2 (10%)	15 (75%)	4,585**
5.	Великий розмір елементів	13 (65%)	5 (25%)	2,618 **
6.	Розташування по центру	5 (25%)	5 (25%)	0
7.	Дистанція від своєї фігури	4 (20%)	17 (85%)	4,487 **
8.	Червоний	1 (5%)	3 (15%)	1,088
9.	Синій	0 (0%)	0 (0%)	0
10.	Жовтий	1 (5%)	2 (10%)	0,61
11.	Помаранчевий	1 (5%)	2 (10%)	0,61
12.	Зелений	16 (80%)	16 (80%)	0
13.	Фіолетовий	3 (15%)	12 (60%)	3,09 **
14.	Коричневий	18 (90%)	19 (95%)	0,61
15.	Чорний	1 (5%)	8 (40%)	2,903 **
16.	Сірий	11 (55%)	14 (70%)	0,983

Примітка: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

Де, група 1 – онкохворі діти з позитивною динамікою лікування, група 2 – онкохворі діти з ускладненнями.

Значуща різниця у другій групі виявлена по критеріям: «вибір батьків», «хмари, дощ», «дистанція від своєї фігури» та обрані фіолетовий та чорний кольори. Таким чином, можна припустити, що діти можуть звинувачувати когось з батьківської пари у своїй хворобі, тому на малюнку зображують інших людей, наявний загальний депресивний фон та пригніченість настрою. Дистанція від своєї фігури до образів членів родини на малюнку може свідчити про те, що при ускладненні лікування дитина відчувається самотньою та покинутою, тому зв'язок з батьками потерпає значних змін. Обрані темні кольори можуть свідчити про те, що у дитини на момент проведення дослідження діагностується внутрішній неспокій, почуття відчаю та тривоги, що обумовлюється складним морально-фізичним станом та наслідками важких для організму дитини лікувальних процедур [6].

Стосовно першої групи, де білі представлені діти з ефективним лікуванням, значуща різниця виявлена у великому розмірі намальованих дерев. Це може свідчити про адекватне сприйняття себе, свого тіла та самооцінку у межах вікової норми.

За допомогою методики «Дитячий аперцептивний тест» САТ (Children's Apperception Test) Л. Беллак є можливість розглянути захисні механізми у дітей, які хворі на рак з різною ефективністю лікування. Для аналізу відмінностей між дослідними групами був застосований  $\phi$ -критерій Фішера. Результати наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

**Відмінності за концепцією методики «Дитячий аперцептивний тест» (САТ) між дослідними групами за  $\phi$ -критерієм Фішера**

№	Захисні механізми	Група 1 n=20	Група 2 n=20	$\phi$ -критерій кутового перетворення Фішера
1.	Реакція формування	8 (40%)	11 (55%)	0,955
2.	Відсутність дій та амбівалентність	8 (40%)	17 (85%)	3,09 **
3.	Ізоляція	6 (30%)	17 (85%)	3,754 **
4.	Заперечення	11 (55%)	18 (90%)	2,615 **
5.	Обман	9 (45%)	15 (75%)	1,97 *
6.	Символізація	19 (95%)	18 (90%)	0,61
7.	Проекція та інтроєкція	9 (45%)	13 (65%)	1,278
8.	Страх та тривога	6 (30%)	15 (75%)	2,957 **
9.	Регресія	3 (15%)	11 (55%)	2,77 **
10.	Відсутність контролю	3 (15%)	7 (35%)	1,489
11.	Адекватна ідентифікація	19 (95%)	18 (90%)	0,61
12.	Ідентифікація з персонажем протилежної статі	1 (5%)	2 (10%)	0,61

Примітка: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

Де, група 1 – онкохворі діти з позитивною динамікою лікування, група 2 – онкохворі діти з ускладненнями.

При обробці отриманих даних можна свідчити про такі особливості у захисних механізмах дітей з погіршенням у лікуванні: відсутність дій та амбівалентність, ізоляції, обман, заперечення, страх та тривога, регресія. Це може свідчити про прояв

пасивності в ситуаціях, які викликають фрустрацію, тобто при ускладненнях в процесі лікування дитина пасивно сприймає нові зміни, не намагається протистояти обставинам. Ізоляція може виражатись в тому, що у дітей сприйняття емоційно травмуючих ситуацій протікає без почуття тривоги. Частіше за все, при наявності цього захисного механізму, у психіці людини розщеплюються емоційний та когнітивний компоненти, тобто дитина може згадувати психотравмуючу ситуацію, але емоційного супроводу виникати не буде, таким чином збережуючи відносно сталий спокійний стан психіки. Прояви заперечення можуть полягати в тому, що дитина не хоче визнавати у себе наявність хвороби, намагається вести такий спосіб життя, який мала до початку лікування. Механізм заперечення є нормальним джерелом психічного розвитку дитини, але тільки в тому випадку, якщо при цьому не порушується реальність. З розвитком мислення у дітей відпадає необхідність вдаватися до такого типу захисту. Виняток складають стресові ситуації, одна з яких онкологічна хвороба. Механізм обману або самообману може свідчити про те, що визнання правди про свою хворобу спричиняє не аби який моральний дискомфорт та емоційну травму, тому обманюючи себе в тому, що хвороби немає або визнання її незначного впливу, дитина зберігає внутрішні сили та почуття психологічної рівноваги.

Страх та тривога несуть в собі явно адаптивні функції, попереджаючи про зовнішню або внутрішню небезпеку, підказують організму, що треба вжити необхідних заходів для попередження небезпеки або пом'якшення її наслідків [1].

Таблиця 3

**Відмінності за концепцією методики «Малюнок родини» між дослідними групами за  $\phi$ -критерієм Фішера**

№	Назва ознак	Група 1 n=20	Група 2 n=20	$\phi$ -критерій кутового перетворення Фішера
1.	Дистанція від дитини	5 (25%)	15 (75%)	3,162 **
2.	Штриховка	3 (15%)	16 (80%)	4,487 **
3.	Образ себе	19 (95%)	18 (90%)	0,61
4.	Вигадані персонажі	1 (5%)	5 (25%)	1,885 *
5.	Відмова від члена родини	1 (5%)	11 (55%)	3,858 **
6.	Батьківська пара	18 (90%)	11 (55%)	2,615 *
7.	Додаткові елементи	18 (90%)	15 (75%)	1,278
8.	Маленький розмір	5 (25%)	15 (75%)	3,311 **
9.	Розташування малюнку у нижній частині аркуша	5 (25%)	15 (75%)	3,311 **

Примітка: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

Де, група 1 – батьки онкохворих дітей з позитивною динамікою лікування, група 2 – батьки онкохворих дітей з ускладненнями.

Такий захисний механізм як регресія характеризується поверненням до більш ранніх форм поведінки. У онкологічно хворих дітей це може виражатись в тому, що дитина згадує себе до хвороби і намагається стати такою як була раніше. Батьки

більшості дітей даної групи розповідають, що діти відмовляються від іграшок, які купували їм від початку лікування, просять принести старі, це також стосується мультфільмів та інколи, навіть, одягу.

Підводячи підсумки, необхідно зазначити, що у дітей обох груп захисні механізми спрямовані на збереження внутрішнього комфорту і фізичних сил організму при лікуванні раку.

Проективну методику «Малюнок родини» використовують для оцінки внутрішньородинних взаємозв'язків, техніка заснована на аналізі та інтерпритації малюнка. Дану методику проходили дві дослідних групи батьків. Для аналізу відмінностей між дослідними групами був застосований ф-критерій Фішера. Результати наведені у таблиці 3.

За даними проведеної методики, більшість ознак потрапили у зону значущості, тобто різняться за своїми даними. У групі, де представлені батьки дітей, котрі мають позитивну динаміку лікування, високий показник за шкалою «батьківська пара». Можна припустити, що при взаєморозумінні у батьківській парі, дитина відчувається набагато спокійніше, мати відчуває підтримку від свого чоловіка, що позитивно впливає на настрій дитини та психологічний комфорт [4].

Високі показники по іншим шкалам належать до батьків другої групи.

Велика дистанція від свого образу та образу своєї дитини на малюнку може бути зумовленою як присутньою самій людині емоційною холодністю, так і погіршеним станом здоров'я дитини, коли у матері включається один із захисних механізмів – заперечення, при якому мати намагається не сприймати нові обставини, але при цьому абстрагується і від самої дитини.

Заштрихований малюнок може свідчити про рівень тривоги у матері, тому таке процентне відношення є абсолютно виправданим, адже більш тривожними матерями за рахунок важкого фізичного стану своєї дитини являються представники другої групи.

Вигадані персонажі також були більш присутні на малюнках другої групи. Частіше були намальовані люди, які не взаємодіяли з членами родини, були, так би мовити, фоном (черги у магазині, перехожі і т.д.), тому це може свідчити як про відчуття чогось чужого у житті, так і це можуть бути образи медичного персоналу, з яким доводиться багато спілкуватись та довіряти життя своєї дитини.

Маленький розмір усіх елементів малюнку спостерігається у більшості другої групи, можна припустити, що це свідчить про низьку самооцінку матері, схильність до звинувачення себе, загальну тривожність та неспокій.

Виходячи з того що емоційна сторона дитячо-батьківської взаємодії являє собою складне структурне утворення, де окремі елементи знаходяться в тісному взаємозв'язку, О.І.Захарова розробила опитувальник для батьків – «Опитувальник дитячо-батьківської емоційної взаємодії» (ОДБЕВ). Для аналізу відмінностей між дослідними групами був застосований U – критерій Манна-Уїтні. Результати наведені у таблиці 4.

У групі, де представлені батьки дітей, які мають позитивну динаміку у лікуванні раку, вищі показники по кожній з заданих шкал. Можна припустити за результатами, що матері першої групи адекватно сприймають фізичний і психологічний стан своєї дитини, про це свідчать взаємозалежні перші дві шкали. Також матері цих дітей більше схильні до співпереживання та розуміння проблем та труднощів, які відбуваються з їх дітьми. Батьки дітей, що

одужують, більш повноцінно проявляють почуття до своєї дитини, таким чином даючи їй відчуті підтримку та щирість свого ставлення.

Таблиця 4

**Відмінності за концепцією методики «ОДБЕВ» між дослідними групами за U-критерієм Манна-Уїтні**

№	Показники	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості	1 ранг	2 ранг
1.	Здатність сприймати стан	31,500	0,01	28,93	12,08
2.	Розуміння причин стану	12,000	0,02	29,90	11,10
3.	Емпатія	29,500	0,02	29,03	11,98
4.	Почуття батьків	4,500	0,01	30,28	10,73
5.	Безумовне прийняття	24,000	0,01	29,30	11,70
6.	Сприйняття себе в якості батьків	58,500	0,01	27,58	13,43
7.	Переважаючий емоційний фон	22,000	0,01	29,40	11,60
8.	Прагнення до тілесного контакту	15,500	0,01	29,73	11,28
9.	Надання емоційної підтримки	24,000	0,01	29,30	11,70
10.	Орієнтація на стан дитини	14,500	0,02	29,78	11,23
11.	Вміння впливати на стан дитини	90,000	0,02	26,00	15,00

Де, група 1 – батьки онкохворих дітей з позитивною динамікою лікування, група 2 – батьки онкохворих дітей з ускладненнями.

Щире ставлення та готовність бути разом, не дивлячись на перешкоди і труднощі у лікуванні, коли мати безумовно приймає свою дитину, та, в свою чергу, відчуває себе краще, тому може зникати внутрішній стан відчаю та самотності. Тому мати та дитина відчувають себе одним цілим та долають зловисну хворобу сумісними зусиллями. При цьому, друга група досліджуваних майже не відчуває себе у якості «гарних» батьків, що може тягнути за собою марні занепокоєння, віддалення від дитини та пригніченість, що в свою чергу також відчувають діти і це не може не сказатись на процесі одужання.

Проходячи кожен день через болючі та складні процедури дитині потрібна не лише материнська увага, а близький тілесний контакт. Відмічено, що діти, яких більше обіймають, цілують, тримають на колінах або ж просто за руку є більш спокійними та краще переносять лікування.

**Висновки.** Теоретичний аналіз свідчить, що реакція дитини на своє захворювання залежить від віку, індивідуального розвитку, реакції батьків та складності лікувальних процедур. Батьки хворої дитини переживають сильну психотравмуючу ситуацію. Було досліджено наступні особливості сприйняття внутрішньородинних зв'язків: у групі, де представлені діти з ефективним лікуванням, виявляється позитивне ставлення до матері, членів родини та лікарів. У другій групі виявлено

віддаленість від батьків та образу на них, недовіру медичному персоналу, занижку самооцінку та апатичність. Була визначена наступна різниця у захисних механізмах онкохворих дітей: відсутність дій та апатія, ізоляція, обман, заперечення, страх та тривога, регресія – були представлені у другій групі досліджуваних. У дітей обох груп адаптивні механізми спрямовані на збереження внутрішнього комфорту і фізичних сил організму при лікуванні раку. Було визначено такі особливості взаємовідносин між батьками і онкологічно хворими дітьми: батьки, онкологічно хворих дітей, які знаходяться з ними в близькому емоційному та тілесному кон-

такті, співчують, розуміють причини та наслідки поведінки, та настрою дитини, можуть позитивно впливати на подальший процес одужання. За рахунок того, що емоційний стан хворої дитини є позитивно налаштованим, процес лікування сприймається більш виважено та адекватно, що може впливати на покращення загального самопочуття та фізіологічного стану.

**Пропозиції.** Результати дослідження можна використовувати при психокорекційній та психотерапевтичній роботі з різними віковими групами онкохворих дітей та їх батьків, значно впливати на формування позитивних взаємовідносин між ними.

#### Список літератури:

1. Астахов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В. М. Астахов // Прикладная психология. – 1999. – № 1. – С. 41-47.
2. Белогурова М. Б. Детская онкология: Руководство для врачей / М. Б. Белогурова – СПб: Питер, 2002. – 176 с.
3. Дурнов Л. А. Психологические аспекты детской онкологии / Л. А. Дурнов // Журнал клинической психоонкологии. – 2002. – № 3. – С. 21-33.
4. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей / Д. Н. Исаев // Вопросы психологии. – 1992. – № 3. – С. 25-39.
5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М: Медицина, 1996. – 464 с.
6. Тхостов А. Ш. Осознание заболевания у онкологических больных / А. Ш. Тхостов // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1981. – № 2. – С. 80-84.
7. Урядницкая Н. А. Особенности патологической адаптации детей к лечению детей с онкопатологией / Н. А. Урядницкая // Вопросы психологии. – 2009. – № 4. – С. 38-43.

**Жидко М.Е., Тухтарова К.Р.**

Национальный аэрокосмический университет имени Н.Е. Жуковского  
«Харьковский авиационный институт»

## ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РАЗНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ

#### Аннотация

Статья посвящена рассмотрению особенностей родительско – детских отношений у онкологически больных детей с разной эффективностью лечения. Диагностируется психоэмоциональное состояние онкобольного ребенка. Рассматриваются и уточняются защитные механизмы у детей, больных раком. Оцениваются внутрисемейные взаимоотношения. Отмечается актуальность и потребность в оказании психологической и психотерапевтической поддержке семьям с онкологически больными детьми.

**Ключевые слова:** онкологическая болезнь, внутрисемейные взаимоотношения, защитные механизмы, психоэмоциональное состояние, эффективность лечения.

**Zhidko M.E., Tukhtarova K.R.**

National Aerospace University named after N.E. Zhukovsky  
«Kharkiv Aviation Institute»

## THE PECULIARITIES OF PARENT-CHILD RELATIONSHIP IN ONCOLOGICALLY ILL CHILDREN IN DIFFERENT TREATMENT EFFICACY

#### Summary

The article is dedicated to the examination of peculiarities of parent-child relationship in oncologically ill children in different treatment efficacy. Psychoemotional state of a child is diagnosed. The mechanisms of defence of an oncologically ill child are reviewed and clarified. The intrafamilial connections are evaluated. The emphasis is made on the actuality and need of psychological and psychotherapeutic support of families with oncologically ill children.

**Keywords:** oncological diseases, intrafamilial connections, defence mechanisms, psychoemotional state, treatment efficacy.