

О. В. Піонтковська, канд. мед. наук, доцент
КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН У РОДИНІ З ОНКОЛОГІЧНО ХВОРОЮ ДИТИНОЮ

У роботі вивчені дитячо-батьківські відносини у родині з онкологічно хворою дитиною. Встановлено, що у сім'ях з порушенням сімейних відносин та ознаками дисфункціонування мали місце порушення емоційного контакту з дитиною, дистанціювання від неї або надмірна концентрація з тенденцією до гіперконтролю. Виокремлено варіанти порушення у дитячо-батьківських взаємовідносинах у сім'ях з онкохворою дитиною: гіперопіка та співзалежність, дистанціювання з компенсаційною гіперопікою, гіперконтроль. Вищесказане вказує на необхідність розробки і впровадження в практику комплексної системи медико-психологічного супроводу сімей, в яких дитина хворіє на онкологічну патологію, що обов'язково включає заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я сім'ї та підвищення успішності сімейного функціонування.

Ключові слова: батьки онкохворих дітей, сім'я, дитячо-батьківські відносини, сімейне функціонування

Сім'я відіграє значну роль у розвитку дитини та її адаптації до оточуючого світу. Від того, як батьки сприймають, реагують чи відносяться до різних життєвих ситуацій, залежить психоемоційний стан дитини, її поведінка, ставлення до себе та інших, психосоціальні навички. Особливо важливими та формуючими для психологічного розвитку й актуального стану дитини є відносини між батьками та дитиною, адже перше уявлення про світ та себе в ньому дитина отримує саме від батька та матері.

Родина стає не тільки середовищем для розвитку дитини, але має потужний потенціал підтримки у кризових чи стресових життєвих ситуаціях [1—3]. Під час інтенсивних стресових подій сім'я змінює своє функціонування та намагається адаптуватися і виробити нові стратегії внутрішньосімейної взаємодії у разі тривало існуючої кризи [3].

Онкологічна хвороба у дитини — потужна стресова ситуація для родини, що безсумнівно різко змінює сімейне функціонування [4—7]. Так, сам факт встановлення діагнозу раку спричиняє «коливальний ефект» у сім'ї хворого, що полягає у виникненні страхів, невизначеності; порушення планів та зміну звичного укладу життя, міжособистісної комунікації; екзистенційну тривогу; зрушення у функціонуванні родини та посилення сімейного напруження [1]. Психологічний стан пацієнта та його рідних формується як результуюча дії серії численних, переплетених і багаторівневих чинників у вигляді рецидиву раку, продовження хвороби, змін у терапевтичній тактиці, перехід від спеціального лікування до паліативної допомоги [8, 9].

Переживаючи наявність онкологічного захворювання у дитини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дестабілізацію навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах. У сфері дитячо-батьківських відносин порушення найчастіше виражають у гіперопіці, часто у поєднанні з позицією самовідречення, що сприяє швидкому виснаженню, або ж навпаки відкидання дитини з наступним дистанціюванням і виникненням інтенсивного почуття провини та самоосуду [5]. При наявності у родині інших дітей, яким часто приділяється менше уваги та турботи, у батьків може з'являтися відчуття батьківської некомпетентності [10].

Потреба у догляді за хворою дитиною зазвичай обумовлює перерозподіл ролей у родині: матері залишаються з дитиною у стаціонарі, тоді як батьки стають основними здобувачами фінансів на лікування [11]. Це часто супроводжується для матерів звільненням з роботи, а для батьків — суттєвим робочим перевантаженням, пошуком другої роботи, її зміною на більш прибуткову на противагу власним вподобанням та перспективам.

Напруження виникає й у подружніх стосунках, що проявляється непорозуміннями та виникненням конфліктів, дистанціюванням один від одного, скороченням або повною відсутністю сексуальних стосунків, розлученням.

Наростання негативних емоцій у родині може вливатися у пошук винних у хворобі дитини, що дестабілізує родину та робить її більш уразливою до стресів, унеможлиблює отримання допомоги всередині сім'ї. Проявами психологічної дезадаптації на рівні сім'ї є приховування діагнозу або важливої інформації щодо стану дитини від одного з членів родини, відсутність відкритої комунікації, ізоляція.

Адаптація та ресурсність сім'ї, взаємовідносини у родині, в тому числі між батьками і дітьми, є вкрай важливими для психологічного благополуччя дитини. Саме тому вивчення дитячо-батьківських відносин — важливий та актуальний напрямок дослідження сучасної психоонкології, в аспекті розробки, організації та впровадження в клінічну практику заходів медико-психологічної допомоги у сфері дитячої онкології.

З метою вирішення поставленого завдання протягом 2011—2012 років на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1» (м. Харків) нами було проведено психодіагностичне обстеження 428 батьків дітей з діагнозом онкологічного новоутворення (214 родин).

Опитувані родини було поділено на групи в залежності від стану подружніх взаємовідносин та функціональності сімейної системи у ситуації наявності онкологічного захворювання у дитини (діагностику подружньої конфліктності та взаємодії здійснювали з використанням методики PARI [12]). Група 1 — 80,8 % сімей (173) відзначали наявність напруженості в сімейних відносинах, сімейних конфліктів, як пов'язаних з лікуванням дитини, так і ескалації існуючих раніше міжособистісних та подружніх проблем, що призводило до дистанціювання та зниження внутрішньосімейного

ресурсу. У групі 2 — 19,2 % (41) родин сімейна система характеризувалася згуртованістю, здатністю до гнучкої адаптації до стресової ситуації та ресурсом вирішувати актуальні проблеми, які виникали під час лікування дитини.

Для оцінки дитячо-батьківських відносин було використано методику вивчення батьківських настанов Parental Attitude Research Instrument — PARI [12]. Методика PARI складається з 23 шкал, 8 з яких описують ставлення до сімейної ролі, тоді як 15 — власне відносини між батьками та дитиною, що згруповані у три змістовні блоки, а саме, емоційний контакт, емоційна дистанція та надмірна концентрація на дитині. Також як метод вивчення дитячо-батьківських відносин проводили клініко-діагностичне напівструктуроване інтерв'ю з батьками онкохворих дітей.

Вивчення дитячо-батьківських відносин за методикою PARI виявило такі відмінності у групах 1 та 2 (таблиця): для батьків групи 1 були наявними порушення емоційного контакту з дитиною, що виражалося у труднощах спілкування з дитиною, недостатньому вмінні доступно пояснювати та виражати свої переживання стосовно тієї чи іншої ситуації і стимулювати активність дитини, побудовою стосунків з дитиною

з позиції домінування батьків на відміну від відносин партнерства і рівноправності. Також у групі 1 як для матерів, так і батьків, відмічалася не лише порушення комунікації з дитиною, але і дистанціювання чи уникнення контакту з нею, високий рівень роздратованості, пов'язаний зі взаємодією з дитиною, надмірна строгість. Батьки з групи 1 були надміру опікуючими, різко обмежували будь-які сторонні впливи на дитину, інтенсивно втручалися у її внутрішній світ, нав'язували свої рішення, часто не враховуючи бажання самої дитини, їм були притаманними намагання контролювати прояви агресивності та сексуальності у дитини.

У групі 2 у батьків стосунки з дітьми були більш гармонійними. Вони спілкувалися з дітьми відкрито, вміли встановити дитиною партнерські стосунки, надавали їй можливість почуватися на рівних, що сприяло оптимальному емоційному контакту. У сім'ях з групи 2 батьки та матері намагалися встановити близькі та довірливі стосунки з дитиною, були менш роздратованими під час взаємодії з нею, не виявляли надмірної строгості чи численних обмежень. У групі 2 батьки виявляли чутливість до потреб дитини і її волевиявлення, турбота не мала нав'язливого, домінуючого чи контролюючого характеру.

Особливості дитячо-батьківських відносин між батьками та онкохворими дітьми у групах 1 та 2

Шкали	Група 1, n = 346		Група 2, n = 82	
	Жінки, n = 173	Чоловіки, n = 173	Жінки, n = 41	Чоловіки, n = 41
Оцінка оптимального емоційного контакту				
Вербалізація	13,9 ± 0,4	10,1 ± 0,8	18,7 ± 0,3	15,4 ± 0,7
Партнерські відносини	14,2 ± 0,3	10,0 ± 0,7	17,5 ± 0,3	15,4 ± 0,7
Розвиток активності дитини	11,5 ± 0,4	9,2 ± 0,7	15,5 ± 0,4	13,4 ± 0,8
Відносини на рівних	10,5 ± 0,2	8,6 ± 0,8	17,1 ± 0,3	15,4 ± 0,8
Оцінка надмірної емоційної дистанції з дитиною				
Дратівливість	16,1 ± 0,7	13,4 ± 0,8	9,3 ± 0,7	8,6 ± 0,8
Надмірна строгість	13,2 ± 0,8	12,3 ± 0,7	8,4 ± 0,7	9,0 ± 0,8
Ухилення від контакту	14,6 ± 0,3	13,4 ± 0,6	8,5 ± 0,3	9,4 ± 0,7
Оцінка надлишкової концентрації на дитині				
Надмірна турбота	15,8 ± 0,3	10,3 ± 0,7	12,5 ± 0,5	10,2 ± 0,6
Пригнічення волі	12,2 ± 0,5	10,4 ± 0,7	8,2 ± 0,3	8,9 ± 0,6
Боязнь образити	14,5 ± 0,3	13,5 ± 0,8	15,5 ± 0,3	14,4 ± 0,7
Виключення позасімейних впливів	14,4 ± 0,5	12,4 ± 0,8	12,7 ± 0,5	11,0 ± 0,7
Пригнічення агресивності	14,8 ± 0,4	12,3 ± 0,7	11,4 ± 0,4	10,1 ± 0,7
Пригнічення сексуальності	14,3 ± 0,6	12,7 ± 0,7	11,0 ± 0,4	9,4 ± 0,5
Надмірне втручання у світ дитини	15,9 ± 0,3	12,7 ± 0,5	10,5 ± 0,4	9,1 ± 0,5
Бажання прискорити розвиток дитини	12,2 ± 0,5	11,1 ± 0,7	13,4 ± 0,4	12,1 ± 0,7

Отже, у родинах з порушенням сімейного функціонування, спостерігалися суттєві порушення у дитячо-батьківських відносинах, які проявлялися різними за змістом симптомами, що в цілому чинили негативний вплив на адаптацію сім'ї до онкологічного захворювання дитини, знижували її реабілітаційний ресурс. Усі батьки (і в групі 1, і в групі 2) відмічали підвищення напруженості у внутрішньосімейних відносинах

та у стосунках з дітьми зокрема. Вони відмічали труднощі у спілкуванні з дитиною, а саме, пояснення, що з нею відбувається і чому необхідно перебувати в лікарні, проходити численні діагностичні процедури, отримувати лікування, яке для дитини було неприємним і часто болісним. Дітям, особливо молодшого віку, було складно пояснити подібне, тому вони ставали капризними, відмовлялися від

прийому ліків, проявляли агресивність до батьків чи оточуючих або ж навпаки ставали апатичними та байдужими, відмовлялися гратися, втрачали апетит і сон. Подібні зміни у емоційному стані та поведінці дитини для батьків були вторинним травматичним чинником, який інтерпретувався як ще більше погіршення ситуації й ескалація напруження, вказував на їхню батьківську некомпетентність чи невміння долати кризові ситуації. У батьків подібні переживання сприяли різкому підвищенню психічного напруження, яке виливалася у пошук конструктивного рішення проблеми, і психологічному пристосуванню або ж формуванню неадаптивних стратегій, таких як внутрішнє дистанціювання від дитини, самозвинувачення, пошук винних у оточенні, жорсткий контроль та авторитарне ставлення до дитини (силове вирішення ситуації). За даними інтерв'ювання батьків важливим у спілкуванні з дітьми молодшого віку було не стільки обґрунтувати, як заспокоїти і забезпечити максимальну можливу атмосферу безпеки і підтримки.

З дітьми старшого віку, в особливості підлітками, взаємовідносини набували дещо іншого характеру. Основним конфліктом у стосунках між батьками і дітьми у підлітковому віці був дисонанс між потребою у самостійності та залежністю. Підлітки ставали демонстративними, висловлювали протести у разі незбігу ситуації з їхніми бажаннями, могли відмовлятися від лікування чи процедур, або ж ставали замкнутими, пасивними і відлюдькуватими. Саме у цьому віці проблеми у стосунках між батьками і дітьми проявлялися найбільш гостро, адже взаємодія у даному життєвому періоді починала вибудовуватися з позиції співробітництва і дорослості. Неготовність чи невміння батьків прийняти подібну зміну ставали підґрунтям різноманітних проблем, в результаті яких контакт між батьками і дітьми порушувався, тоді як потреба у емоційній підтримці з боку батьків у підлітків залишалася досить сильною і вагомою.

Дорослішання, більш реалістичне та глибоке усвідомлення значення хвороби для життя і майбутнього, потреба у визнанні і самоствердженні як психологічні вимоги даного віку, обумовлювали встановлення рівноправних стосунків з дітьми, надання реалістичної інформації, залучення до спільного з батьками і лікарями прийняття рішення щодо лікування. Звичайно подібна тактика потребувала значних зусиль і психологічної компетентності, включала гнучку оцінку готовності до отримання інформації щодо хвороби і лікування, несла в собі ризики дестабілізації ситуації внаслідок зриву адаптації на фоні травматичності новин, однак її дотримання дозволяло підтримувати міцний контакт з дитиною і йти по лінії її вікового психічного розвитку.

Таким чином, для дітей будь-якого віку у взаємодії основним, що забезпечувало гармонійність стосунків з батьками, були увага до дитини, врахування її потреб, її психоемоційна підтримка, відкрита, з готовністю до діалогу комунікація.

В цілому батькам було дуже складно одночасно справлятися зі своїми переживаннями, пов'язаними з хворобою дитини, емоційною реакцією та поведінкою самої дитини, у поєднанні з необхідністю вирішувати різноманітні практичні проблеми під час лікувального процесу. На вищесказане нашаровувалися

взаємовідносини між подружжями, з близьким оточенням, соціально-побутові аспекти.

За аналізом результатів, отриманих за методикою PARI, а також дані клініко-діагностичного інтерв'ю з батьками онкохворих дітей, було виділено декілька варіантів порушення у дитячо-батьківських взаємовідносинах у родинах з онкологічно хворою дитиною: гіперопіка та співзалежність, дистанціювання з компенсаційною гіперопікою, гіперконтроль.

Гіперопіка та співзалежність характеризувалися міцною емоційною прив'язаністю, взаємною індукцією між дитиною і батьками. Такі батьки гостро реагували на найменші проблеми дитини, відгороджували її від реальності та прийняття рішень, часто у їх психоемоційному стані були присутніми занепокоєння, тривога. Внаслідок гіперопіки діти гірше пристосовувалися до нової обстановки, їм було складно встановлювати відносини з іншими дітьми у відділенні, вони були вразливими і чутливими до образ, часто тривожились, вимагали уваги і особливого ставлення від оточуючих (подібного до того, як проявляли батьки). Під час лікувального процесу батьки та діти виявляли виразну емоційну залученість у ситуації, різні за інтенсивністю афективні реакції, уявлення про захворювання характеризувалося суб'єктивністю інтерпретації, відкиданням негативного прогнозу, внаслідок чого спостерігалися відхилення від лікувальної тактики, звернення до лікування нетрадиційними методами, конфлікти з медичним персоналом.

При емоційному дистанціюванні з компенсаційною гіперопікою зовні батьки демонстрували турботу, дотримувалися призначеного режиму лікування, чітко виконували лікарські інструкції, виконували все, що вкладають у поняття «хороші батьки», однак на внутрішньопсихологічному рівні на тлі високого емоційного напруження відбувалося емоційне відкидання дитини. Гіперопіка у даному випадку відіграла роль вторинної компенсації відсутності емоційного прийняття дитини. Подібне переживання сприймалося вкрай болісно самими батьками, які відчували себе некомпетентними чи неправильними. Відсутність емоційної близькості з дитиною спричиняла нерозуміння і недостатню чутливість до її потреб, зменшення ресурсу підтримки, що негативно відбивалося на психоемоційному стані дитини. Дитина на подібне ставлення реагувала пригніченням, тривогою або роздратуванням, її емоційний стан та поведінку було важче регулювати. Під час лікування такий тип стосунків проявлявся зменшенням саногенного впливу на дитину через батьків, суб'єктивізм сприйняття й оцінки інформації щодо захворювання батьками дитини, ризиком для психічного здоров'я дитини і членів її сім'ї.

Гіперконтроль виражався у тому, що батьки намагалися жорстко контролювати емоційні та поведінкові прояви дитини, регламентувати її уявлення щодо захворювання. Психологічним змістом подібної поведінки було створення контрольованого, а отже і «безпечного» середовища. На подібну стратегію діти відповідали протестною реакцією або пасивною підкорюваністю. Авторитарне ставлення батьків спостерігалося не тільки по відношенню до дитини, але і проектувалося на оточуючих. Такі батьки намагалися

контролювати роботу медичного персоналу (правильність призначень, виконання процедур та ін.), втручалися у лікувальний процес, були підвищено конфліктними.

Отже, кожен з вищеописаних типів порушення дитячо-батьківських відносин мав свої особливості щодо впливу на психологічне благополуччя дитини та її батьків, в тому числі на поведінку у лікувальному процесі.

Таким чином, у родинях з онкологічно хворою дитиною, в яких наявне порушення сімейного функціонування, одним з важливих компонентів сімейної дисфункції були зміни у дитячо-батьківських відносинах, які чинили негативний вплив на психологічну адаптацію дитини та її батьків до ситуації захворювання, знижували реабілітаційний ресурс родини. Саме тому вивчення взаємовідносин у родині, в тому числі дитячо-батьківських, є необхідною складовою в аспекті розроблення, організації та впровадження в клінічну практику заходів медико-психологічної допомоги у сфері дитячої онкології.

Список літератури

1. Кришталь В. В. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи / В. В. Кришталь, И. А. Семенкина // Международный медицинский журнал. — 2000. — Т. 6, № 1. — С. 11—15.
2. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. — 2007. — Т. 1, № 2. — С. 3—8.
3. Маркова М. В. Медико-психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития: идеология и эффективность внедрения / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Таврический журнал психиатрии. — 2011. — Т. 15, № 3 (56). — С. 131—132.
4. Psycho-Oncology / [Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. et al.]. — Oxford University press, 2010. — 745 p.
5. Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment / H. Maurice-Stam, F. J. Oort, B. F. Last [et al.] // Psychooncology. — 2008. — Vol. 17. — Issue 5. — P. 448—459.
6. Fathers' views and understanding of their roles in families with a child with acute lymphoblastic leukaemia: an interpretative phenomenological analysis / K. Hill, A. Higgins, M. Dempster [et al.] // J Health Psychol. — 2009. — Vol. 14. — Issue 8. — P. 1268—1280.
7. Clarke J. N. Mother's home healthcare: emotion work when a child has cancer / J. N. Clarke // Cancer Nurs. — 2006. — Vol. 29. — Issue 1. — P. 58—65.
8. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 4 (73). — С. 86—91.
9. Піонтковська О. В. Дитяча психоонкологія: проблеми та шляхи їх вирішення / О. В. Піонтковська // Архів психіатрії. — 2012. — Т. 19, № 4 (71). — С. 76—84.
10. Assessing psychological adjustment in siblings of children with cancer: parents' perspectives / G. Cordaro, L. Veneroni, M. Massimino [et al.] // Cancer Nurs. — 2012. — Vol. 35. — Issue 1. — P. 42—50.

11. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара / С. В. Климова, Л. Л. Микаэлян, Е. Н. Фарих [и др.] // Журнал практического психолога. — 2009. — № 2. — С. 87—102.

12. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.

Надійшла до редакції 24.04.2013 р.

О. В. Пионтковская

КЗОЗ «Областная детская клиническая больница № 1»
(г. Харьков)

Особенности детско-родительских отношений в семьях с онкологически больным ребенком

В работе изучены детско-родительские отношения в семье с онкологически больным ребенком. Установлено, что в семьях с нарушением семейных отношений и признаками дисфункционирования имели место нарушения эмоционального контакта с ребенком, дистанцирование от него или чрезмерная концентрация с тенденцией к гиперконтролю. Выделены варианты нарушения в детско-родительских взаимоотношениях в семьях с онкобольным ребенком: гиперопека и созависимость, дистанцирование с компенсационной гиперопекой, гиперконтроль. Вышесказанное указывает на необходимость разработки и внедрения в практику комплексной системы медико-психологического сопровождения семей, в которых ребенок болеет онкологией. Система психологической помощи обязательно должна включать мероприятия, направленные на укрепление здоровья семьи и повышать успешность семейного функционирования.

Ключевые слова: родители онкобольных детей, семья, детско-родительские отношения, семейное функционирование.

O. V. Piontkovska

Regional Clinical Hospital № 1
(Kharkiv)

Features of child-parent relationship in the family with a child with cancer

The aim of the research was to investigate the child-parent relationship in the family with a child with cancer. Found that in families with violation of family relationships had been a violation of emotional contact with the child, distance from him or excessive concentration with a tendency to hypercontrol. It was selected types of disadaptation in child-parent relationships in families with a child with cancer. That is why is quite necessary to create complete system of psychological help with accent on family interrelations. It can improve total family health and efficiency of family functioning.

Keywords: parents of children with cancer, family, child-parent relationship, family functioning.