

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА

*Статья посвящена исследованию психологических особенностей родителей, влияющих на формирование психосоматических заболеваний ребенка.*

*Ini cause comparative psychological characteristics of the person of the parents having children suffering bronchal astma are considered.*

Психосоматическое развитие человека происходит под воздействием психосоциальных факторов, которые формируют не только присущие данной микросоциальной среде паттерны поведения и когнитивный строй, но и специфический тип метаболизма, предрасполагающий к развитию определенного психосоматического нарушения.

Как отмечено в работах Г.А. Ариной, Ю.М. Губачева, В.В. Николаевой, в последнее десятилетие ввиду смены общей структуры детской заболеваемости уменьшилась представленность болезней эпидемической группы, но увеличилась неэпидемическая группа болезней, в том числе психосоматических расстройств [9].

При этом следует отметить, что по статистическим данным, только в Амурской области за последние десять лет с 40% до 70% возросла доля наблюдаемых в педиатрической сети детей, страдающих соматическими расстройствами, хотя и не имеющих органической патологии [13].

Взаимосвязь между психологическими особенностями личности и этиологией респираторно-аллергических заболеваний не вызывает сомнений ни у врачей-аллергологов, ни у психологов. Еще Гиппократ писал о возможности развития удушья у больного бронхиальной астмой под влиянием страха и эмоционального напряжения. На роль психогенных факторов в формировании и рецидивировании бронхиальной астмы впоследствии обращалось внимание практически во всех фундаментальных исследованиях, посвященных этой болезни [4].

Бронхиальная астма – одно из самых распространенных и тяжелых респираторно-аллергических психосоматических заболеваний. Распространенность этой патологии среди детей, проживающих в промышленных городах нашей страны, колеблется от 0,6 до 1%.

Следует отметить, что заболеваемость бронхиальной астмой в России за последние три десятилетия в детской популяции увеличилась на 300%. При этом до 25-30% больных детей страдают тяжелой формой болезни, характеризующейся еженедельными приступами удушья и практически постоянно сохраняющимися признаками нарушения проходимости бронхов. Именно в этой группе больных наиболее ярко проявляются нервно-психические нарушения, обусловленные социальной дезадаптацией, хронической гипоксией, нежелательными эффектами медикаментозной терапии [3].

По данным Д.Н. Исаева, психогенная зависимость играет существенную роль у 44% детей с бронхиальной астмой. В этой группе пациентов наиболее четко прослеживается связь между обострениями болезни и эмоциональным состоянием. При этом эмоциональные факторы могут не только провоцировать приступ удушья, но и модулировать клинический ответ больного на контакт со специфическими аллергенами. Так, положительный эмоциональный фон способен препятствовать развитию приступа бытовой бронхиальной астмы при пребывании больного в запыленном помещении. С другой стороны, даже приближение к дому, в котором у ребенка

закономерно возникают приступы удушья, может сопровождаться выраженным затруднением дыхания [5].

Обсуждая вопрос этиопатогенеза бронхиальной астмы, нельзя не остановиться на концепциях представителей психоаналитического направления, определяющих психологические особенности личности, внутрисемейные отношения в качестве первичного звена в развертывании клинической картины бронхиальной астмы. Так, Ф. Александер рассматривает бронхиальную астму в детском возрасте как конверсионную реакцию, символическое выражение крика ребенка, тоскующего в связи с недостатком материнского внимания [1].

Здоровье ребенка, его психика и личностные качества определяются теми взаимоотношениями, которые складываются в течение жизни между формирующейся личностью и его ближайшим взрослым окружением. Но каждый из взрослых по-своему представляет и реально строит взаимоотношения с ребенком. Это во многом определяется разным пониманием сути воспитания – того, что является стержнем взаимоотношений между ребенком и взрослым – воспитательными отношениями [2].

В.И. Гарбузов выделил четыре типа неправильного воспитания, которые приводят к возникновению психосоматозов у ребенка.

1. Неприятие, эмоциональное отвержение сочетаются с жестким контролем, регламентацией жизни ребенка, которому навязывают единственно правильный тип поведения.

2. Тревожно-мнительное воспитание, которое выражается в тревожно-мнительной концентрации родителей на состоянии здоровья ребенка, его социальном статусе среди товарищей, ожидании успехов в учебе и будущей профессиональной деятельности. Данная аномалия включает элемент гиперсоциальности, но не престижной, не тщеславной, а тревожной. Ребенок тревожно, мнительно воспринимает естественные трудности, отношения со сверстниками. Для этих детей характерны, по мнению В.И. Гарбузова, тревожность и мнительность на всю жизнь, нервность или даже невроз.

3. Непонимание своеобразия детей, возрастных особенностей формирования их личности, неблагоприятное воздействие резкого обращения, чрезмерного давления и семейных конфликтов.

4. Неблагоприятные личностные характеристики родителя – такие как гиперсоциальность, тревожность в отношениях с детьми.

5. Базисные характеристики воспитания – такие как забота, любовь родителей к детям, контроль за детьми, обучение их, интенсивность воспитательных мероприятий и время, затрачиваемое на воспитание [9].

Искаженные взаимоотношения в семье из-за недостаточной откровенности, бесплодных споров, неспособности договориться между собой для решения семейных проблем, сокрытие семейных тайн от ребенка – все это крайне затрудняет ему возможность приспособления к жизни. Следует ли говорить, что такая неопределенная и, как правило, напряженная обстановка, в которой воспитывается ребенок, чревата риском для здоровья [11]?

А.И. Захаров показал, что самосознание родителей может быть основано на инфантильной идентификации себя с собственными родителями или одним из них. Противоречия, возникающие вследствие неосознанной идентификации с родителями и реальной неспособности воплотить в себе родительские черты, приводят к невротизации личности и последующему неврозу у детей. В трех поколениях происходит уменьшение выраженности характерологических изменений, в наибольшей мере представленных в прародительской семье, и увеличение невротических, эмоциональных в своей основе и психогенных по происхождению изменений личности [9].

Психические нарушения, личностные отклонения членов семьи представляют для ребенка потенциальный риск психосоматического расстройства. Это может быть связано, во-первых, с

генетической передачей ребенку повышенной ранимости и, во-вторых, с влиянием психологических качеств у родителей на жизнь в семье. Их раздражительность лишает ребенка покоя, чувства уверенности. Их страхи могут стать причиной ограничения детской активности ввиду идентификации с родителями, ребенок, как и они, может переживать тревогу или страхи [2].

Для изучения роли личностных особенностей родителей в этиопатогенезе бронхиальной астмы нами проведено исследование на базе Амурской областной детской клинической больницы г. Благовещенска.

Выборка формировалась из матерей, находящихся на стационарном лечении детей. Первая группа была сформирована из матерей детей, находящихся на лечении по поводу бронхиальной астмы, а вторая включала матерей детей, находящихся на лечении по поводу острой травматологической и хирургической патологии. Средний возраст матерей – 34,5 лет, а возраст детей – 7,5 лет.

В ходе исследования применялись следующие методики: тест Кетелла, опросник нервно-психической адаптации И.Н. Гурвич (1992), томский опросник ригидности Г.В. Залевского (2000), модифицированный вариант диагностики межличностных отношений Л.Н. Собчик (1998).

Психическая адаптация родителей является фактором, влияющим на динамику и течение заболевания ребенка [10]. Исследование данной характеристики показало, что уровень нервно-психической дезадаптации у обеих групп испытуемых невероятно высок. В группе родителей, имеющих детей с бронхиальной астмой, средний количественный показатель данного признака составил 37,6, что соответствует статусу вероятно болезненного состояния дезадаптации, т.е. самому высокому; во второй выборке родителей – 21,9, что соответствует патологической дезадаптации (рис. 1).

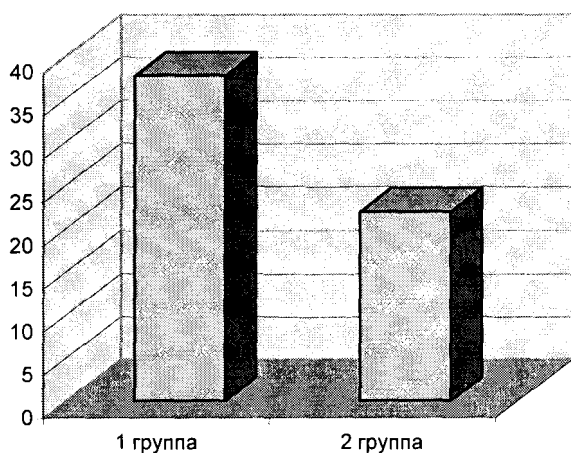


Рис. 1. Сравнительные показатели по тесту нервно-психической адаптации.

Ю.А. Александровский определяет дезадаптацию как «поломку» в механизмах психического приспособления при остром или хроническом эмоциональном стрессе, которые активизируют систему компенсаторных защитных реакций [2].

Аналогичные проявления нарушений приспособления, имеющие обратимый характер, В.Я. Семке (1988) были обозначены как психодезадаптационные состояния. Наряду с утратой адаптивного характера реагирования, ломкой сложившихся механизмов психологической защиты, эти проявления характеризуются проявлениями новых форм реагирования в виде тревожности или ригидности, выступающих основным фактором превращения аномальных личностных реакций в стойкие патохарактерологические расстройства [9].

В ходе исследования были получены сведения о наличии тесной положительной корреляционной связи ( $r = 0,597$ , при  $p < 0,95$ ) в первой группе респондентов между параметрами «психическая ригидность» и «нервно-психическая дезадаптация». Для оценки достоверности различий было проведено диагностическое исследование сравниваемых групп.

Анализируя с помощью U-критерия Манна-Уитни полученные данные, мы констатировали факт наличия достоверных различий по признаку нервно-психической адаптации, измеренной тестом Гурвича.

Исследование показало, что признаки нервно-психической дезадаптации родителей, имеющих детей с бронхиальной астмой, выражены в более значительной степени,  $U_{эмп.} = 294$ , при  $U_{кр.} = 338$ , при  $p < 0,05$ , что неудивительно, если обратить внимание на указанный выше

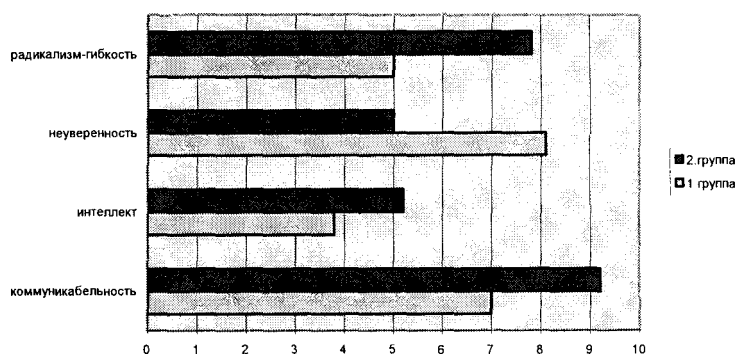


Рис. 3. Сравнительные показатели по тесту Кетелла.

коэффициент корреляции между данным показателем и уровнем психической ригидности. На основании анализа значимых корреляционных связей нами выделены следующие сочетания личностных характеристик родителей первой исследовательской выборки: авторитарный стиль поведения, неадекватная самооценка, импульсивность и недостаточный самоконтроль, обособленность, недоверчивость и подозрительность, конформность, инертность в принятии решений, переоценка значимости мнения других. Выявлена закономерность влияния опыта в переживании субъективно трудных ситуаций на усугубление психической дезадаптации, характеризующейся заниженной самооценкой, конформностью и интравертированностью.

В ходе исследования удалось выяснить, что у родителей, имеющих детей с бронхиальной астмой, более высокие показатели психической ригидности в отличие от второй группы родителей.

Ригидность, по словам Г.В. Залевского, сопровождается такими особенностями личности как скованность, отчужденность, замкнутость [8]. Можно предположить, что именно эти особенности затрудняют для ригидной личности родителя процесс успешной коммуникации с собственным ребенком.

Нами была выявлена корреляционная зависимость между показателями психической ригидности и шкалой коммуникабельности теста Кетелла ( $r = -0,412$ , при  $p < 0,95$ ).

С помощью критерия Манна-Уитни удалось выявить, что по шкале коммуникабельности Кетелла вторая выборка превосходит первую, при  $p < 0,05$ .

Таким образом, если в группе родителей с детьми, болеющими бронхиальной астмой (группа 1), показатели коммуникабельности снижены по сравнению с группой родителей, имеющих детей с острыми заболеваниями (группа 2), то можно сделать предварительный вывод, что низкая коммуникабельность родителей – один из факторов формирования психосоматозов их детей. Коммуникабельность – это, в узком смысле, способность к установлению контактов, которая, по словам Кетелла, как и ригидность, затрудняет успешность адаптации.

Немного меньше, но тем не менее превосходит вторая выборка родителей первую по шкале интеллекта (того же теста), при  $p < 0,05$ .

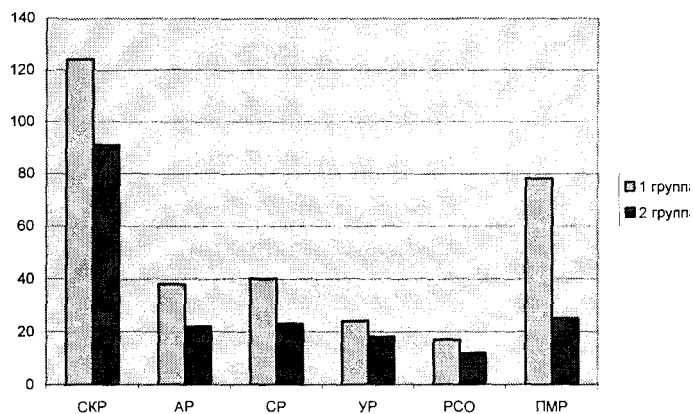


Рис. 2. Сравнительные показатели ригидности по TOP3.

По признаку неуверенности в себе (шкала Кетелла) первая группа превзошла вторую, при  $p < 0,05$ .

Следует отметить наличие корреляционной связи в первой выборке между показателями психической ригидности и шкалой уверенности в себе теста Кетелла ( $r = -0,491$ , при  $p < 0,95$ ), тогда как во второй подобной зависимости не наблюдается. Следовательно, отсутствие родительской уверенности в себе характерно для родителей, воспитывающих ребенка с бронхиальной астмой, в большей степени, чем для второй группы.

Выявленное превосходство дает нам право еще раз подтвердить выводы Г.В. Залевского, что ригидной личности свойственны неосознанное чувство вины, чувство неполноценности, покорность по отношению к авторитетам [8]. Отсюда можно считать, что отсутствие родительской уверенности в себе предположительно может участвовать в формировании психосоматических заболеваний у детей.

При исследовании шкалы радикальность – ригидности Кетелла выявилось, что вторая группа превосходит первую по признаку гибкости, при  $p < 0,05$ . Эти сведения подтверждаются данными, полученными в ходе применения ТОРЗ.

Таким образом, в ходе нашего исследования обнаружены специфические психологические особенности родителей, воспитывающих детей, страдающих бронхиальной астмой. Выяснилось, что группа родителей, имеющих детей, страдающих бронхиальной астмой, значительно превосходит группу родителей, имеющих детей без хронических заболеваний, по количественным показателям выраженности таких качеств как ригидность и неуверенность в себе, и, наоборот, уступает по показателям коммуникативности и интеллекта.

Следует отметить, что уровень психической дезадаптации у обеих групп испытуемых оказался невероятно высок. Это свидетельствует о крайней необходимости работы психолога практически в любых отделениях медицинского стационара.

Установление места и роли психологических особенностей родителей в индивидуальном этиопатогенезе болезни ребенка и решение вопроса о необходимости и методах их коррекции являются, на наш взгляд, необходимыми условиями успешного лечения психосоматических заболеваний в детском возрасте. Все сказанное указывает на острую необходимость создания и внедрения в медицинские учреждения специальных психокоррекционных программ, направленных на профилактику психосоматических расстройств у детей в условиях непосредственной работы с родителями.

---

1. Александер Ф., Селесник Ш. Психосоматический подход в медицине // Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / сост. К.В. Сельченюк. – Минск: Харвест, 1999. – С. 129-151.

2. Александровский Ю.А., Ажигипов Р.Г. Терапия тревожных состояний у больных с пограничными психическими расстройствами. – М.: Медицина, 2000. – С. 163-204.

3. Бебчук М.А., Житловский В.Е. К вопросу об аффективных расстройствах при бронхиальной астме в подростковом возрасте // Научно-практическая конференция по неврологии и психиатрии детского и подросткового возраста. – Калуга, 1988.–С. 103.

4. Браун Дж. Психосоматический подход // Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / сост. К.В. Сельченюк. – Минск: Харвест, 1999.–С. 42-69.

5. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 285 с.

6. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 320 с.

7. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.

8. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке и патологии). – Томск: Томский гос. ун-т, 2004. – 460 с.

9. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) // Сибирский психологический журнал – 2005. – № 22. – С. 13.
10. Клиническая психология. – 2-е междунар. изд. / под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
11. Ключева Т.Н. Особенности состояния здоровья детей дошкольного возраста // Прикладная психология. – 2001. – № 4. – С. 66-76.
12. Козидубова В.М. Особенности психосоматических нарушений при депрессиях у детей и подростков // Материалы научно-практ. конф. по неврологии и психиатрии детского и подросткового возраста. – Калуга, 1988. – С. 94.
13. Моногарова Л.И., Бабцева А.Ф., Поддубная С.М. Динамика заболеваемости детей и подростков Амурской области // Материалы областной научно-практ. конф. «Состояние здоровья детей и подростков в йоддефицитном регионе». – Благовещенск, 2008. – С. 73-86.