

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ РОДИТЕЛЕЙ И ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Психосоматическое функциональное заболевание – этот диагноз всё чаще и чаще слышат родители болеющих детей младшего школьного возраста. Дети упорно страдают от выраженной патологии (интенсивные боли, потери сознания, кашель и одышка и т.д.), которая не сопровождается видимыми патологическими изменениями со стороны соматической сферы – все исследования и большинство анализов подтверждают – ребёнок в целом здоров. При этом страдания детей нарастают, выбивают их из повседневной жизни, изменяют их психологический статус – вплоть до социальной дезадаптации [6].

Ведущим фактором в формировании адаптационных способностей к окружающему миру является семья. Семья, может, как способствовать формированию навыков адаптации, так и препятствовать их развитию. При этом важно, каким образом родители осуществляют контроль за социальным поведением ребёнка. В литературе выделяют несколько разновидностей форм контроля, которые можно свести к двум формам – излишнее ограничение свободы ребёнка или предоставление ему свободы в необоснованно широких рамках [1, 4, 10]. Родители с выраженными запретительными тенденциями ограничивают право ребёнка следовать собственным побуждениям, активно добиваются от него подчинения правилам и следят за тем, чтобы он полностью выполнял свои обязанности. Родители, для которых запретительные тенденции не характерны, в меньшей степени контролируют детей, меньше их ограничивают в поведении и способах выражения эмоций.

В.С. Ротенберг акцентирует внимание на том, что воспитание ребёнка, характерными чертами которого является предоставление решений в готовом виде и ограничение самостоятельности, приводит к отмиранию поисковой активности и формирует определённый стиль поведения в ситуации фрустрации – капитуляцию перед трудностями. Это в свою очередь способствует снижению сопротивляемости организма и развитию психосоматических заболеваний [6].

Г. Стайерлин выделяет три типа отношений родительских семей у психосоматических больных: 1) "связывание" - характеризуется жесткими стереотипами коммуникаций; дети инфантилизируются, отстают в эмоциональном развитии; 2) "отвержение" - ребёнок вынужден отказываться от своей личности, у него развиваются аутистические тенденции; 3) "делегирование" - родители ожидают от детей реализации собственных несбывшихся надежд, манипулируют ими как проектами своего "Я" [10].

A.Lewicki утверждает, что "на ребёнка влияет вся совокупность сознательных и неосознаваемых поведенческих актов родителей (их несдержанность, слишком эмоциональный и недостаточно рациональный подход к ребёнку) ... ребёнок вступает в область патологии, овладевая эффективными способами приспособления к неправильным отношениям в семье своих родителей. Так происходит формирование искажённой системы представлений, ложного представления о действительности, являющейся причиной возникновения в последующем ряда конфликтов... Привычка в данном случае играет роль фиксатора" [2].

Огромную роль в сохранении психического здоровья ребёнка играют его отношения с матерью [5, 9]. Нередко мать становится источником эмоционального стресса, вызывающего заболевание ребёнка по ряду причин. Чаще всего в качестве психогенных факторов, в которых фигурирует мать, в литературе рассматривают: нарушенные отношения привязанности между ребёнком и матерью; материнское отношение к ребёнку (гипоопека или гиперопека), а также собственные личностные особенности матери [1, 3, 4]. М. Балинт особо подчёркивает, что пациентам с психосоматическими нарушениями необходимо преодолеть излишнюю симбиотическую зависимость от матери, для них характерны нарциссические и сепарационные конфликты [10]. А. Лоуэн считает, что нарушение гармонии между родителями и детьми способствует закладыванию основы дисгармонии личности ещё в детском возрасте [10]. Разнообразные нарушения в детско-материнских отношениях приводят, как правило, к различным нарушениям в развитии ребёнка. Один из вариантов искажённого развития – это возникновение психосоматического заболевания.

Составляя личностный портрет психосоматических пациентов, можно выделить следующие, присущие им особенности: сложности в проявлении негативных аффектов, скудость внешних эмоциональных проявлений, проблемы в "регулировании близости дистанции" в отношениях с матерью и другими значимыми объектами. Поэтому они вынуждены решать свои проблемы на уровне тела. Их аффекты в значительной степени связаны с соматическими реакциями [7, 8, 9].

Классификация психосоматических заболеваний у детей и подростков по МКБ-10 включает в себя следующие заболевания: рецидивирующие боли в животе психогенного происхождения, ночной энурез, артериальная гипотензия, цефалгия напряжения, СДВГ, посттравматическое стрессовое расстройство, синдром хронической усталости, длительный субфебрилитет, обморок и мигрень [3].

Кратко рассмотрим несколько телесных проявлений у детей стресса (кратковременного, но интенсивного, либо затяжного) и накопленных неотреагированных отрицательных эмоций. Проявления со стороны сердечнососудистой системы - это боли в области сердца, возникающие вне связи с физической нагрузкой, скачки артериального давления, сердцебиение. Эти функциональные кардиалгии, боли в области сердца психогенного характера описываются образным выражением "принимать всё близко к сердцу", акцентируется внимание, что сердечный ритм чутко отражает эмоциональное состояние человека. Проявления со стороны пищеварительной системы – это нарушение глотания, сопровождающееся ощущением "комка в горле", приступы психогенной тошноты или рвоты. Последний симптом часто возникает непосредственно в стрессовой ситуации, нежелательных встреч, связанных с неприятными отношениями ("меня от них тошнит"). Для развития психосоматической симптоматики необходимо сначала возникновение (или обострение) внутреннего конфликта или противостояние сознательной и бессознательной частей личности, который проявляется в их диссоциации, а затем конфликт разряжается путем появления психосоматических симптомов [8, 9, 10].

В данной статье представлены результаты тестирования 40 мам, дети которых находились на амбулаторном или

стационарном лечении (дневной стационар) в психоневрологическом диспансере. Дети жаловались на интенсивные боли в животе, в области сердца, комок в горле, а также сильные головные боли. Наиболее выражены эти симптомы отмечались на протяжении учебной недели, в выходные дни их проявления были не такие интенсивные. Перед поступлением на лечение в ПНД родителями предварительно были проведены многочисленные исследования состояния здоровья детей и наличие соматических заболеваний, могущих быть причиной болезненных симптомов, было исключено. Практически у всех детей была неярко выраженная неврологическая симптоматика (повышенное внутричерепное давление, функциональная незрелость отдельных отделов коры головного мозга, нарушен кровоток в отдельных венах головного мозга), у восьми детей в анамнезе – аллергические реакции, у некоторых с бронхиальным компонентом. Нарастание болезненных симптомов у детей родители отмечали после окончания каникул или карантина.

Тестирование проводилось с помощью теста СМИЛ, теста родительского отношения В.В. Столина, В.Н. Варги, использовался тест Розенцвейга, проводились беседы.

По результатам тестирования обследованных мам можно разделить на три группы. У первой группы преобладают такие черты характера как тревожность, мнительность, склонность фиксироваться на соматических функциях у себя и ребёнка, фон настроения у них часто снижен либо легко меняется под влиянием малозначительных причин. Ограничительное поведение они распространяют не только на свои действия и желания, но и на поведение ребёнка. Чаще всего они чрезмерно привязаны к детям и привязывают их к себе. Они гипертрофированно заботливы и затрудняют соответствующее возрасту свободное развитие, не соблюдая необходимую дистанцию между собой и ребёнком.

У их детей отмечался высокий уровень тревожности, множественные страхи, низкий уровень адаптации. В школьном коллективе они выбирали себе одного – двух друзей, с которыми предпочитали проводить время переменок. При возникновении каких-либо проблем у их друзей, они были готовы активно им помогать и поддерживать, хотя в остальных случаях чаще оставались пассивны. В большинстве случаев у этих детей отмечались боли в области сердца, наличие аллергических реакций, головные боли.

У второй группы мам преобладают такие черты, как доминантность и склонность фиксироваться на малозначимых деталях, требовательность, настойчивость и ответственность. Также они склоны к постепенному накоплению и застою аффекта, медленной смене настроения. Такие мамы требуют от детей беспрекословного послушания, высмеивают их за ошибки и не позволяют празднично проводить время (играть, бегать, мечтать и т.д.). Их дети отличались склонностью к перфекционизму, негибкостью в поведении, очень неустойчивой самооценкой со склонностью к понижению. У них отмечались интенсивные боли в животе, головные боли.

У детей также было выявлено преобладание отрицательной позиции по отношению к одноклассникам, сверстникам со двора. Это проявлялось следующим образом – ребята часто подсмеивались над более слабыми; старались поднять свою значимость путём демонстрации дорогих игр и телефонов и подтруниванием над теми, у кого не было таких игр; насмехались над рисунками и подделками других ребят и т.д.

Третьей группе мам свойственна высокая эмоциональная лабильность, впечатлительность, демонстративность, у некоторых сочетающаяся со склонностью к реакциям тревоги и страха. Но у них отмечается выраженная непоследовательность в поведении, вседозволенность сменяется неожиданными запретами. Смена настроения у таких мам происходит очень быстро, а вместе с настроением меняется и степень запретов.

У их детей отмечались следующие болезненные проявления: комок в горле и невозможность глотать, боли в области сердца. Отношения со сверстниками и в школьном коллективе у этих детей характеризовались следующими особенностями: к детям они относились избирательно – к тем, кто им чем-то не нравился или хотя бы минимально их обидел – негативно. При положительном отношении к другому ребёнку они охотно вступали с ним в игру, но если у друга возникали проблемы, то ограничивались сопереживанием неудачи без попыток оказать реальную помощь.

Влияние отцов в семьях первой и третьей группы минимально – они самоустраиваются от выполнения роли отца, стремясь свести к минимуму общение с тревожным, впечатлительным, излишне эмоциональным или закрытым в своих эмоциональных проявлениях ребёнком. В этих семьях нет распределения функций между отцом и матерью – мать одна выполняет и дисциплинарную и поддерживающую функцию в искажённом виде. И ребёнок остаётся один на один с матерью, которая не способна в полной мере в силу своих особенностей характера и поведения воспитать полноценного ребёнка.

В семьях второй группы и мать и отец в большей мере выполняют дисциплинарную функцию, уделяя значительно меньше внимания осуществлению поддерживающей функции. У ребёнка возникает ощущение, что он "хороший" только тогда, когда всё делает хорошо и успешно, у него нет права на ошибку, на промах и неудачу. Пытаясь стимулировать ребёнка, родители этой группы используют подколки, сравнения с другим более успешным ребёнком, рассказывают о своих прошлых и нынешних социальных успехах.

Ребёнок в период младшего школьного возраста овладевает новыми жизненными стереотипами, новыми формами взаимодействия с обществом. Расширение жизненного пространства, необходимость поддерживать отношения с большим количеством людей – сверстников и взрослых, в норме способствуют повышению адаптационных способностей у ребёнка. Неспособность семьи, в частности матери, поддержать и понять ребёнка в этот период, ставит его в трудное и уязвимое положение, способствуя формированию психопатологии, один из вариантов которой – психосоматические функциональные нарушения. В этот период ребёнок особо остро нуждается в направляющей и поддерживающей помощи со стороны родителей, ведь родители пока ещё являются для него авторитетом, они ещё способны формировать его самооценку, уровень его притязаний.

В данной работе рассматривались в качестве психогенных факторов, способствующих формированию психосоматической патологии: материнское отношение – гиперопека и отвержение, а также ряд характерологических особенностей и особенностей эмоционально-волевой сферы матери. И было ещё раз подтверждено, что мать, не смотря на то, что она является самым близким для ребёнка человеком, может стать источником эмоционального стресса, вызывающего психосоматические заболевания по ряду причин. Ещё больше заострить стрессовую ситуацию для ребёнка способен отец, не понимающий его и не принимающий и искажённо выполняющий свои родительские функции. В таких семьях отмечается разобщённость родителей, они слабо способны к совместному поиску выхода из проблем и совладанию с фрустрирующими ситуациями.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антропов Ю.Ф.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999. – 304 с.
2. *Астапов В.М.* Тревожность у детей / В.М. Астапов. – М.: ПЕРСЕ, 2001. – 160 с.
3. *Брызгунов И.П.* Психосоматика у детей / И.П. Брызгунов. – М.: Психотерапия, 2009. – 480 с.
4. *Захаров А.И.* Психотерапия у детей и подростков / А.И. Захаров. – М., 1982. – 386 с.
5. *Ройз С.А.* Волшебная палочка для родителей / С.А. Ройз. – К.: Ника-Центр, 2005. – 184 с.
6. *Ротенберг В.С.* Адаптивная функция сна, причины и проявления её нарушения / В.С. Ротенберг. – М.: Наука, 1982. – 175 с.
7. *Сандомирский М.Е.* Психосоматика и телесная психотерапия: Практич. руководство / М.Е. Сандомирский. – М.: Независимая фирма "Класс", 2007. – 592 с.
8. *Сандомирский М.Е.* Защита от стресса / М.Е. Сандомирский. – М.: Изд-во Ин-тута Психотерапии, 2001. – 336 с.
9. *Сандомирский М.Е.* Как справиться со стрессом / М.Е. Сандомирский. – М. - Ярославль: Изд. Яросл. Техн. ун-та, 1995. – 146 с.
10. *Старшенбаум Г.В.* Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.

Подано до редакції 21.04.2010

РЕЗЮМЕ

В статье рассматривается одна из возможных причин, способствующая развитию психосоматических нарушений у детей. Установлено, что стиль материнского отношения к ребёнку и её личные особенности могут стать психотравмирующим фактором для ребенка и причиной формирования у него психосоматических отклонений.

Ключевые слова: психосоматические нарушения, стиль материнского отношения, личные особенности.

Л.Е. Ерастова

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ОСОБИСТІСНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ БАТЬКІВ І ВИНИКНЕННЯМ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

РЕЗЮМЕ

В статті роздивляється одна із причин виникнення психосоматичних порушень у дітей. Встановлено, що стиль материнського ставлення до дитини та її особистісні особливості можуть стати психотравмуючим фактором для дитини і причиною формування у неї психосоматичних порушень.

Ключові слова: психосоматичні порушення, стиль материнського ставлення, особистісні особливості.

L.E. Erastova

INTERCONNECTION BETWEEN PERSONAL PARENTAL FEATURES AND APPEARANCE OF CHILDREN'S PSYCHOSOMATIC DISEASES

SUMMARY

The article shows a reason of appearance of children's psychosomatic disorders. It is established that mother's style of treating a child and her personal features can become a psychotraumatic factor for a child and a reason for development of psychosomatic disorders.

Keywords: psychosomatic disorders, mothers' style of treatment, personal features.
