

С. Н. Воронина

Материнское отношение как фактор развития соматического заболевания у детей

Статья посвящена исследованию влияния психологических факторов (материнского отношения и качеств личности матери) на развитие бронхиальной астмы у детей. Приводятся данные эмпирического исследования 40 детей, страдающих бронхиальной астмой, и 30 детей из группы высокого риска по развитию этого заболевания, а также их матерей. Возраст детей 3 – 6 лет. Задачи исследования реализовывались с помощью комплекса клинико-психолого-педагогических методов и конкретных методик: наблюдение, интервьюирование, клинико-anamnestический метод, опросник «Анализ семейного воспитания» Э. Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса, опросник «Шкала семейного окружения», R.H.Moos, 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла, тест «Дом. Дерево. Человек», тест «Несуществующее животное». Выявлена система саногенных факторов при риске развития бронхиальной астмы: эмоциональное принятие матерью ребенка, интроверсия, сообразительность и адекватная самооценка матери, высокий уровень экспрессивности в семье, низкая степень семейной организации. Установлено, что патогенным фактором, провоцирующим развитие бронхиальной астмы у ребенка с наследственной и конституциональной предрасположенностью к данному заболеванию, является эмоциональное отвержение ребенка матерью, скрывающееся под «маской» тревоги и опеки. Противоречие между эмоциональной и поведенческой стороной отношения матери к ребенку, способствующее формированию условной желательности болезни для семьи, является одним из механизмов влияния материнского отношения на развитие бронхиальной астмы у детей.

Ключевые слова: материнское отношение, качества личности матери, механизм возникновения, бронхиальная астма, группа риска, дошкольный возраст.

S. N. Voronina

The Maternal Relation as a Factor of Development of Children's Somatic Disease

The article is devoted to research of influence of psychological factors (the maternal relation and qualities of the mother's identity) on development of children's bronchial asthma. Data of the empirical research of 40 children who have bronchial asthma and 30 children from the high risk group on development of this disease, and also their mothers are provided. Age of children is 3 - 6 years. Research problems were implemented by means of the complex of clinic-psychology-pedagogical methods and certain techniques: supervision, interviewing, a clinic-anamnesic method, a questionnaire "Analysis of Family Up-Bringing" by E. G. Eydemiller and V. Yustitskis, a questionnaire "Scale of Family Environment", R.H.Moos, R. Kettell's 16-factorial personal questionnaire, a test "House. Tree. Person", "Nonexistent Animal Test". The system of the sanogenic factors is revealed at risk of development of bronchial asthma: emotional acceptance of the child by the mother, introversion, ingenuity and adequate self-assessment of the mother, a high level of expressivity in the family, a low degree of the family organization. It is established that the pathogenic factor provoking development of bronchial asthma of the child with hereditary and constitutional predisposition to this disease, is emotional rejection of the child by the mother, hiding under "the mask" of alarm and guardianship. The contradiction between the emotional and behavioural party of the mother's attitude to the child, promoting formation of conditional desirability of the disease for the family, is one of mechanisms of influence of the maternal relation on development of children's bronchial asthma.

Keywords: maternal relation, qualities of the mother's identity, a genesis mechanism, bronchial asthma, a group of risk, pre-school age.

Интерес к механизмам возникновения, течения и лечения психосоматических расстройств у детей в отечественной медицине и психологии растет с каждым годом. Специалисты оценивают распространенность таких расстройств в диапазоне 40–68 % от общего числа детских заболеваний, что делает актуальность этой проблемы очевидной.

Одним из наиболее часто встречающихся на сегодняшний день психосоматозов является бронхиальная астма (БА). Распространенность ее в детской популяции составляет 5–10 %. Среди этиологических факторов бронхиальной астмы в

качестве наиболее значимых большинство специалистов перечисляют аллергию, инфекции и психологические факторы. К последним относят некоторые особенности личности ребенка, неправильное воспитание, неблагоприятные микросоциальные и бытовые условия.

Несмотря на актуальность данной проблемы, многие вопросы, связанные с провоцирующей ролью психологических факторов в формировании БА у детей, не решены. По мнению Н. Д. Былкиной, это объясняется противоречивостью результатов исследований, каждая теория уязвима для критики, исследования имеют обыч-

но описательный характер, выводы авторов страдают чрезмерной обобщенностью. Далеко не всегда используются надежные психодиагностические методики, адекватные целям исследований. Часто остается неясным, были ли выявленные психологические особенности присущи больным до начала заболевания или же они обусловлены болезнью [1]. Последнее утверждение особенно проблематично, так как все исследования психологического статуса при бронхиальной астме проводятся у детей школьного возраста (с 7 лет), когда болезнь уже имеет «достаточный стаж».

На наш взгляд, в настоящее время при исследовании психологических факторов бронхиальной астмы необходимо переходить от концептуальных моделей, представляющих линейную зависимость, к моделям системным, многофакторным и многоуровневым, включающим психологические, социальные и биологические факторы, сложным образом взаимодействующие при данном заболевании.

Цель: выявить психологическое влияние материнского отношения и качеств личности матери на развитие бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста с учетом особенностей соматического, социального и психологического статусов ребенка.

Работа выполнена на базе МУЗ «Детская поликлиника № 5» г. Ярославля.

Исследование состояло из двух этапов.

На 1 этапе было обследовано 70 детей в возрасте 3–6 лет и их матери. Экспериментальную группу 1 составили 40 детей с БА в межприступном периоде болезни. Все дети имели атопическую форму БА, легкой степени. Экспериментальную группу 2 составили 30 детей из «группы риска» по возникновению БА. Задачи исследования реализовывались с помощью комплекса клинико-психолого-педагогических методов и конкретных методик: наблюдение, интервьюирование, клинико-анамнестический метод, метод экспертных оценок, методика «Анализ семейного воспитания» Э. Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса, 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла, тест «Дом. Дерево. Человек», тест «Несуществующее животное».

Мы определили соматический, социальный, психологический статусы ребенка, особенности семейных взаимоотношений и качеств личности матери, воспитывающей соматически ослабленного ребенка.

На втором этапе исследования мы наблюдали за состоянием здоровья испытуемых на протяжении 3 лет. За этот период бронхиальной астмой

из ГВР заболело 9 детей, и в ГБА у 11 детей приступы повторялись, т.е., несмотря на проводимое медицинское лечение, взять астму под контроль не удалось. Остальные дети (50 человек) по результатам клинического обследования были отнесены к категории соматически ослабленных детей, но не имеющих хронического заболевания.

Таким образом, мы разделили выборку по факту заболевания. Для определения психологических факторов, влияющих на формирование бронхиальной астмы в дошкольном возрасте, использовался многомерный метод математической статистики – **факторный анализ**, который применялся к группе заболевших БА и группе риска.

Факторный анализ в группе заболевших БА детей позволил выделить 5 значимых групп факторов, объясняющих 34 % совокупной дисперсии. Выделенные группы факторов, включающие характеристики воспитания и личностные особенности матери, расположились по степени значимости следующим образом:

1 группа – «Эмоциональное отвержение» (% общей дисперсии – 12,45). В фактор вошли следующие показатели: семейная дезадаптация (-0,76), неразвитость родительских чувств (НРЧ) (-0,71), проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК) (-0,64), вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК) (-0,64); гипопротекция (Г-) (-0,56); недостаточность требований (Т-) (-0,57); игнорирование потребностей ребенка (У-) (-0,57). Семейная дезадаптация включает нарушение всех компонентов родительского отношения: эмоционального (НРЧ, Г-, У-), когнитивного и поведенческого (ПНК, ВК, Т-).

2 группа – «Активный доминантный консерватизм» (% общей дисперсии – 7,13). Фактор объединил следующие показатели: фактор Q₁ (мятежность) (0,62); фактор Е (доминантность) (0,55); фактор Н (смелость) (0,59); экстраверсия (0,57). Сочетание факторов характеризует активную личность, придерживающуюся консервативных взглядов, склонную навязывать свою жесткую позицию окружающим.

3 группа – «Ситуативная тревожность» (% общей дисперсии – 5,39). Фактор Q₄ («свободно плавающая» тревожность) (-0,59);

4 группа – «Чувство вины» (% общей дисперсии – 4,62). Фактор О (склонность к чувству вины) (-0,47);

5 группа – «Догматичная сила» (% общей дисперсии – 4,42). Фактор формирует следующие показатели: фактор М (воображение) (-0,60); фактор N (проницательность) (0,51); фактор С

(сила «Я») (-0,50).

Последние три фактора хорошо согласуются между собой и характеризуют личность с сильной нервной системой, для которой характерно шаблонное мышление, прямолинейность, догматичность. Можно предположить, что роль матери для такой личности достаточно тяжела. Эмоционально отвергая ребенка, она испытывает глубокое чувство вины, которое маскируется внешней сверхзаботой, требовательностью.

Факторный анализ в группе риска позволил выделить 5 значимых групп факторов, объясняющих 49 % совокупной дисперсии. Выделенные группы факторов, включающие клинико-анамнестические признаки и психологические характеристики, расположились по степени значимости следующим образом:

1 группа – «Социальный конформизм» (% общей дисперсии – 12,86). В фактор вошли биологические, социальные показатели, характеристики воспитания и личностные особенности матери: неустойчивое воспитание (Н) (0,76), строгость санкций (С+) (0,67), пол ребенка (-0,65), социальный статус матери (-0,65), чрезмерность запретов (З+) (0,63), фактор N (проницаемость) (0,63), фактор G (групповая конформность) (0,61).

2 группа – «Самоотношение» (% общей дисперсии – 10,88). Фактор объединил следующие показатели: социальное поведение ребенка (-0,63), агрессивность матери (-0,63), самооценка матери (-0,65).

3 группа – «Сдержанная интроверсия» (% общей дисперсии – 9,8). Фактор формирует следующие показатели: фактор А (теплота) (-0,71), фактор В (интеллект) (0,76), фактор Н (смелость) (-0,77), фактор F (импульсивность) (-0,72), экстраверсия (-0,72);

4 группа – «Эмоциональное принятие» (% общей дисперсии – 8,38). В фактор вошли следующие показатели: гиперпротекция (Г+) (-0,66), потворствование (У+) (-0,59), расширение сферы родительских чувств (РРЧ) (-0,53). Эмоциональный компонент родительского отношения характеризуется принятием и симпатией (Г+, У+), поведенческий – явлением патологизирующих ролей.

5 группа – «Контактность» (% общей дисперсии – 6,81). Фактор объединил следующие показатели: фактор Q₂ (самоудовлетворенность) (-0,68), контактность (-0,54).

Анализ распределения факторов и состава признаков, вошедших в каждый фактор, показывает, что наибольшие веса во всех трех группах полу-

чили параметры, отражающие нарушение воспитания и коммуникативные способности матери.

Таким образом, на основании проведенного факторного анализа можно сделать выводы о характере влияния материнского отношения и личностных качеств матерей на развитие бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста.

Патогенный характер имеют следующие параметры:

1. Родительское воспитание характеризуется гипопротекцией (Г-), игнорированием потребностей ребенка (У-), недостаточностью требований – обязанностей (Т-).

2. Нарушен структурно-ролевой аспект жизнедеятельности семьи (ПНК) и механизмы интеграции семьи (НРЧ, ВК), что обуславливает такие нарушения воспитания, как гипопротекция и эмоциональное отвержение.

3. Семейное окружение характеризуется низкой степенью экспрессивности, низким интеллектуально-культурным уровнем семьи, высоким уровнем ориентации на достижения, высокой степенью семейной организации и высоким значением для семьи морально-нравственных аспектов.

4. Личностными качествами матери являются: низкие коммуникативные способности (факторы Е, Н, N, Экстр.), низкие интеллектуальные способности (факторы М, Q₁), высокое эмоциональное напряжение.

Саногенный характер имеют следующие параметры:

1. Родительское воспитание характеризуется неустойчивостью (Н), чрезмерностью санкций (С+), гиперпротекцией (Г+) и потворствованием (У+).

2. Нарушен структурно-ролевой аспект жизнедеятельности семьи (РРЧ), обусловленный эмоциональным симбиозом родителя и ребенка.

3. Семейное окружение характеризуется высокой степенью экспрессивности, низким интеллектуально-культурным уровнем семьи, низким уровнем ориентации на достижения, низкой степенью семейной организации и низким значением для семьи морально-нравственных аспектов.

4. Личностными особенностями матери являются: сообразительность (фактор В), низкие коммуникативные способности (факторы А, Н, Q₂, Экстр.), высокая агрессивность и адекватная самооценка.

5. Психологический статус ребенка включает показатели социального поведения.

На основании полученных результатов можно предположить механизм влияния факторов семейного воспитания на развитие бронхиальной астмы у детей. Ведущими психологическими факторами являются личность матери и ее отношение к ребенку. Матери, воспитывающие детей-астматиков, являются активными, сильными личностями, которые придерживаются консервативных взглядов, склонные навязывать свою жесткую, догматичную позицию окружающим. В отношении к ребенку у них наблюдается противоречие между поведенческим и эмоциональным компонентом отношения, которое можно охарактеризовать как эмоциональное отвержение под маской тревоги. Причиной такого отношения может быть психологическая неготовность женщины к материнству. Косвенным проявлением психологической неготовности является высокий процент перинатального стресса и высокая отягощенность интранатального периода в группе детей-астматиков.

На эмоциональное отвержение ребенка-астматика матерью, скрывающееся под маской тревоги и опеки, указывают следующие факты:

– высокий процент атопического дерматита на первом году жизни ребенка. Этот факт согласуется с результатами Рене А. Шпица и В. Годфри Коблинера, которые изучали объективные отношения детей, страдающих младенческой экземой и отмечали у большинства матерей этих детей проявления внешней тревожности, применительно направленной на ребенка, которая была связана с необычно сильной бессознательной враждебностью [4].

– высокий уровень тревожности и агрессивности детей-астматиков, который может указы-

вать на нарушение формирования аффективного развития ребенка. По мнению М. Раттер, к усилению тревожности и понижению адаптивности ребенка к новым стрессогенным ситуациям приводит низкая интенсивность межличностного взаимодействия матери с ребенком [2].

– замкнутость и низкий уровень социального поведения детей-астматиков также косвенно указывает на эмоциональное безразличие матери к ребенку. В исследованиях М. И. Лисиной, А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых доказано, что безразличие родителей способствует формированию у ребенка таких личностных черт, как сварливость, пугливость, беспомощность, что затрудняет их общение со сверстниками и взрослыми. Эта родительская позиция тормозит эмоциональное развитие ребенка. Если родители эмоционально отвергают ребенка, то ему чрезвычайно трудно ориентироваться в чувствах других людей и их переживаниях, поставить себя на место другого и почувствовать чужую боль и обиду [5, 6].

Внешне мать демонстрирует заботу, вплоть до гиперопеки, разрешающий стиль воспитания (снижен параметр требований, санкций, запретов). Именно такие характеристики воспитания детей-астматиков подтверждаются результатами других исследований, которые изучают внешнюю сторону взаимодействия (С. Ю. Куприянов, М. Н. Ливанова).

Если основным патогенным психологическим фактором считать нарушение эмоциональной стороны взаимодействия матери и ребенка, то механизм развития бронхиальной астмы можно представить следующим образом (Рис. 1).



Рис. 1. Психологический механизм развития бронхиальной астмы у детей

Одной из составляющих эмоциональной стороны взаимодействия является родительская чувствительность, т.е. распознавание состояния ребенка, понимание причин этого состояния и способность к сопереживанию. Эмоциональное неприятие матерью ребенка искажает его восприятие. Состояние ребенка, его намерения могут быть оценены неадекватно из-за пристрастного отношения к нему. Мать может недооценивать степень усталости ребенка, начать испытывать раздражение от его капризов, неудачных поведенческих проявлений. Так, например, потребность ребенка в близком взаимодействии с матерью, желание получить эмоциональную поддержку может расцениваться, как стремление разрушить отношение матери с другими людьми, помешать ей в выполнении различных дел. Неспособность ребенка самостоятельно справляться со своим состоянием, успокоиться, может восприниматься как нежелание подчиниться воле родителя, проявление строптивости и т.п. В младенческом возрасте недостаточная чуткость матери по отношению к ребенку может расцениваться как негативный фактор. По В. В. Ковалеву, для младенческого и раннего возраста характерен сомато-вегетативный уровень нервно-психического реагирования в ответ на различные вредности, который выражается в повышении

общей и вегетативной возбудимости, нарушении сна, аппетита, в появлении желудочно-кишечных расстройств, частых простуд. Учитывая исходную функциональную несостоятельность различных процессов организма ребенка-астматика, можно предположить включение механизма «замкнутого круга». Сущность проявления этого механизма заключается в том, что нарушения, возникающие первоначально в соматической сфере (но, возможно и в психической), вызывают психопатические реакции, последние же, в свою очередь, становятся причиной дальнейшего соматического нарушения.

Таким образом, на нечуткость матери ребенок реагирует нарушением в соматической сфере (атопический дерматит, простуда). Частые заболевания ребенка, с одной стороны, вызывают тревогу матери, усиливают ее нервно-психическое напряжение и раздражение в отношении ребенка как причины ее «бед», а с другой стороны, становятся способом заполнения эмоционального дефицита в общении матери и ребенка.

Для дальнейшего пояснения механизма развития бронхиальной астмы у детей можно воспользоваться понятием «смысл болезни», введенным Е. В. Ивановой. Смысл болезни – это та роль, которую заболевание играет в опосредованных семейных взаимоотношениях [3]. Негативное

отношение к ребенку вытесняется матерью, однако в субъективных переживаниях остаются чувство вины и тревога, требующая сознательно-го оправдания. Тогда болезнь помогает от них избавиться: мать, уделяя время и силы лечению ребенка, неосознанно пытается самооправдаться. У ребенка при этом формируется негативный образ «Я», а поскольку протест в форме агрессии вытесняется, ребенок также «хватается» за болезнь. Она позволяет ему хоть как-то понять холодное отвергающее отношение со стороны матери и в то же время общаться с ней (по поводу болезни), привлекая внимание. Образуется устойчивая триада «мать – болезнь – ребенок». При этом болезнь компенсирует нарушенные взаимоотношения и восполняет дефицит общения, а поэтому становится условно желательной и для ребенка и для матери. Болезнь становится хронической, и лечение не помогает.

Разрушение триады может иметь для семьи в целом тяжелые последствия. Отец отстранен от воспитания, и это его часто устраивает. При выздоровлении ребенка из-за возможных внутрисемейных конфликтов не исключен распад семейной структуры в целом. Концентрация детей и родителей на болезни, фиксация ребенка на связанных с ней переживаниях, ипохондрические мысли и состояния повышают устойчивость заболевания по отношению к лечению. Необходимо отметить, что в детской популяции распространенность бронхиальной астмы выше, чем во взрослой популяции. Не вся детская астма переходит во взрослую, особенно если она началась в раннем возрасте и имела легкую форму. Чаще всего детская астма входит в длительную ремиссию в 7-летнем возрасте или с началом подросткового периода. Медики объясняют этот факт созреванием иммунной системы и выработкой гормонов, способствующих редукции симптомов.

С психологической точки зрения эти факты можно объяснить изменениями в социальной ситуации развития ребенка, т.е. ребенок идет в школу, расширяются социальные и межличностные связи. Эмоциональный дефицит общения с матерью можно заменить общением со сверстниками, достижениями в учебной деятельности. Болезнь перестает быть условно желательной для ребенка. Однако раннее развитие ребенка в условиях заболевания оставляет свой след в его личности, что необходимо учитывать при проведении психологического консультирования родителей, воспитывающих ребенка-астматика, и при построении коррекционных и развивающих программ для соматически ослабленных детей.

Библиографический список

1. Былкина, Н. Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) [Текст] // Психологический журнал. 1997. Т.18. – №2. – С. 149–160.
2. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова и др. – М.: «Академия», 2002. – 416 с.
3. Иванова, Е. В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений (на примере atopических дерматитов у детей) [Текст] // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1993. – №1. – С. 31–38.
4. Коблинер, В. Г., Шпиц, Р. А., Первый год жизни [Текст] / пер. с англ. Л. Б. Сумм под ред. А. М. Боквикова. – М.: ГЕРРУС, 2000. – 384 с.
5. Лисина, М. И. Возрастные и индивидуальные особенности общения со взрослыми у детей от рождения до 7 лет [Текст]: автореф. дис. ... докт. Психол. Наук. – М., 1974. – 25 с.
6. Прихожан, А. М. Тревожность у детей и подростков: Психологическая природа и динамика [Текст]. – Воронеж: МПСИ: НПО Модек, 2000. – 304 с.

Bibliograficheskij spisok

1. Bylkina, N. D. Razvitiye zarubezhnykh psikhosomaticheskikh teorij (analiticheskij obzor) [Tekst] // Psikhologicheskij zhurnal. 1997. T.18. – №2. – S. 149–160.
2. Vozrastno-psikhologicheskij podkhod v konsul'tirovanii detej i podrostkov [Tekst]: Ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedenij / G. V. Burmenskaya, E. I. Zakharova, O. A. Karabanova i dr. – M.: «Akade-miya», 2002. – 416 s.
3. Ivanova, E. V. Smysl bolezni v kontekste semejnykh vzaimootnoshenij (na primere atopicheskikh dermatitov u detej) [Tekst] // Vestnik MGU. Seriya 14. Psikhologiya. 1993. – №1. – S. 31–38.
4. Kobliner, V. G., SHpits, R. A., Pervyj god zhiz-ni [Tekst]. Per. s angl. L. B. Summ pod red. A. M. Bokovikova. – M.: GERRUS, 2000. – 384 s.
5. Lisina, M. I. Vozrastnye i individual'nye osobennosti obshheniya so vzroslymi u detej ot rozhdeniya do 7 let [Tekst]: Avtoref. dis. ... dokt. Psikhol. Nauk. – M., 1974. – 25 s.
6. Prikhozhan, A. M. Trevozhnost' u detej i podrostkov: Psikhologicheskaya priroda i dinamika [Tekst]. – Voronezh: MPSI: NPO Modex, 2000. – 304 s.