

В.Г. Булыгина^{1, 2}, М.Ю. Белякова², Л.В. Абольян¹

¹ Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

² Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва, Российская Федерация

Влияние семейной дисфункции на психофизическое развитие детей и подростков

Контактная информация:

Белякова Мария Юрьевна, магистр психологии, младший научный сотрудник лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» МЗ РФ

Адрес: 119991, Москва, Кропоткинский пер., д. 23, тел.: (495) 637-58-44, e-mail: burjew@mail.ru

Статья поступила: 11.01.2013 г., принята к печати: 14.05.2013 г.

Представлены результаты теоретико-методологического анализа проблемы семейной дисфункции как фактора, влияющего на психическое здоровье детей. Показано, что особенности семейных отношений могут играть определяющую роль в формировании психосоматических симптомов, изменять характер социализации ребенка. Описано влияние особенностей детско-родительских отношений на психофизическое развитие детей и подростков.

Ключевые слова: семейная дисфункция, психофизическое развитие, соматические симптомы, стили детско-родительских отношений, гендерная специфичность.

(Педиатрическая фармакология. 2013; 10 (3): 50–54)

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время среди детей и подростков все большую распространенность приобретают психосоматические расстройства (соматические заболевания, обусловленные психогенными факторами), которые являются доминирующими среди всех неинфекционных заболеваний этой категории пациентов. Частота таких расстройств колеблется от 15 до 60% среди населения в целом. До 40–68% обращений детей и подростков к педиатру составляют жалобы, связанные с различными психосоматическими заболеваниями и симптомами [1, 2].

Приведенные выше факты обуславливают необходимость целенаправленного изучения психологического аспекта этой проблемы, в особенности влияние дисгармоничных семейных отношений на этиопатогенез

психосоматических расстройств у детей и подростков. Исследование причин подобных заболеваний внутри семейной системы позволит достаточно рано диагностировать семейный симптом — эмоциональное напряжение, тревогу, которые в силу внутренних и внешних причин испытывает ребенок. Внешними причинами могут быть вовлеченность ребенка в конфликт между родителями, блокирование родителями свободы выбора ребенка, принятие им на себя ответственности за семейные проблемы и т.д.; ко внутренним причинам относят физические и психические заболевания ребенка. Также изучение причин заболеваний поможет выявить патологические взаимоотношения между детьми и родителями и дать дифференцированные рекомендации обоим родителям относительно стили их взаимодействия с сыном или дочерью.

V.G. Bulygina^{1, 2}, M.Yu. Belyakova², L.V. Abol'yan¹

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russian Federation

² V.P. Serbsky State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russian Federation

Influence of Familial Dysfunction on the Psycho-physical Development of Children and Adolescents

The results of the theoretical and methodological analysis of the problem of familial dysfunction as a factor influencing on children mental health are described in the article. It is shown that peculiarities of family relationships can play a key role in formation of psycho-somatic symptoms and change the type of children's socialization. The authors discuss the influence of special features of child-parental relationships on psycho-physical development of children and adolescents.

Key words: familial dysfunction, psycho-physical development, somatic symptoms, types of child-parental relationships, sexual specificity.

(Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology. 2013; 10 (3): 50–54)

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Исследования семейной дисфункции как фактора, влияющего на психическое здоровье

Семья рассматривается как совокупность ее членов, проживающих на одной территории, состоящая из взаимодействий между ними и преобразующая каждого из них. Как правило, при тех или иных нарушениях жизнедеятельности семьи (дисфункциях) потребности ее членов оказываются неудовлетворенными, что тормозит развитие личности, обуславливает возникновение нервно-психического напряжения, тревоги и др. [3, 4]. К семейным дисфункциям могут быть отнесены нарушение распределения ролей в семейной системе, нарушение семейных границ и т.д.

Начиная с 1940 г. начали прицельно проводить исследования семейных факторов психических расстройств, в которых установили связь между способом общения в семье и психическими заболеваниями. С 1980-х гг. исследователи стали интересоваться детско-родительские отношения пациентов, семейные стрессы, семейные правила и ценности [5]. Вместе с тем многие авторы справедливо отмечали, что в отечественных и зарубежных исследованиях внимание уделялось в основном отдельным факторам, комплексной оценки почти не проводилось. Исключение составили работы Н. Sadowski, В. Ugarte, J. Kolvin (1999), Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса (1999), основанные на комплексном подходе к проблеме [5–7]. Кроме того, большая часть исследований была выполнена на основании самоотчетов больных. Реальные семьи становились объектом изучения в основном при исследовании детей и подростков с депрессивной или тревожной симптоматикой [8].

Отдельно изучался уровень удовлетворенности эмоционально-психологических потребностей супругов (потребности в уважении, в ощущении значимости и ценности своего «Я», заботе, ласке, внимании и т.д.) как фактор психического здоровья ребенка. Обнаружено, что дисгармоничные супружеские отношения оказывают влияние на эмоциональное благополучие детей. На поведенческом уровне дезадаптация детей может проявляться в снижении активности, а также в неуверенности, тревожности, низкой самооценке, недифференцированности образа «Я». Эмоциональное неблагополучие может повысить уязвимость детей к психическим и психосоматическим расстройствам, снизить уровень адаптации к социальным условиям развития [9–12].

Был также проведен сравнительный анализ семейных отношений пациентов с соматоформными расстройствами, в формировании которых основную роль играют психические факторы — стрессы, конфликты в длительном анамнезе, и здоровых испытуемых. Выявлено, что больные с соматоформными расстройствами проживали с родителями, у которых эмоциональная разобщенность и высокий уровень критики сочетались с нарушениями семейной структуры. В семьях детей, больных соматоформными расстройствами, преобладали неконструктивное отношение к эмоциональным реакциям ребенка, а также высокий уровень стрессогенности. Было обнаружено накопление травматического опыта в семейной истории трех поколений (насилие, драки,

ранняя смерть близких), чрезмерная критика в адрес детей, нетерпимость к их неудачам со стороны родителей и при этом запрет на выражение негативных чувств. Все это обуславливало возникновение специфического способа осмысления и переживания жизненных ситуаций, связанного с уходом от эмоциональных переживаний и их трансформацией в соматические симптомы. Такие взаимоотношения были характерны как для супружеских семей пациентов, так и для семей их родителей [13, 14].

Согласно С. Минухину, ситуация, когда близость между представителями разных поколений, в частности между родителями и детьми, больше, чем внутрисемейная (например, между супругами), способствует возникновению дисфункции, следствием которой могут быть нарушения развития разного рода — как всей семейной системы, так и детей, втянутых в эти коалиции [15].

Представители системной семейной психотерапии выделяют следующие особенности семейных отношений, играющие ведущую роль в формировании патогенных ситуаций:

- большая личная значимость событий, происходящих в семье, по сравнению с событиями, происходящими в других сферах жизни;
- особая открытость и, следовательно, уязвимость членов семьи по отношению к различным внутрисемейным влияниям, в т.ч. и травмирующим;
- сама длительность семейных отношений создает особенно «благоприятные условия» для длительно действующих, закономерно и часто повторяющихся психических травм [3, 4].

Теоретические подходы к пониманию причин соматизации детей и подростков

В настоящее время в психосоматической медицине известно более 300 одно- и многофакторных концепций, объясняющих природу возникновения психосоматических заболеваний [6].

Среди них выделяют характерологически ориентированные концепции, объясняющие природу возникновения психосоматических заболеваний через характерологические, личностные особенности; психофизиологические — основанные на систематических психофизиологических проверках, объясняющих специфичность болезней. Личностно-ориентированные концепции сфокусированы на взаимодействии личности с внутренними факторами, прежде всего с защитными механизмами. Гомеостатические теории содержат в своей основе гомеостатический подход в психологии, внутри которого можно выделить теории патологии раннего развития и теории объектных отношений. Как известно, суть гомеостатического подхода заключается в том, что личность, как и семья, стремится к внутреннему балансу, равновесию, постоянству. Нейрогуморальные теории исходят из того, что психосоматическая патология — это проявление общего неспецифического адаптационного синдрома, в связи с чем они объясняют болезни нарушениями внутренней среды организма. К комплексным теориям, учитывающим как соматические, так и психологические факторы патогенеза соматических заболеваний, следует отнести клиническую гипотезу меха-

низмов формирования психосоматических расстройств А. Б. Смуглевича и положения Д. Н. Исаева о связи эмоционального стресса с психосоматическими расстройствами у детей [6].

По мнению Ю. Ф. Антропова, в возникновении и формировании у подростков психосоматической патологии различного характера принимает участие ряд факторов: аффективная патология, наследственная отягощенность психосоматическими и психическими заболеваниями, биологически измененная почва, личностные особенности, неполноценность или функциональное перенапряжение определенного органа или системы [16]. Соответственно, провоцирующим фактором возникновения расстройств психосоматического круга в различных органах и системах является в первую очередь хронический стресс в сочетании с особенностями повышенного эмоционального реагирования. Типичным механизмом реагирования в детском и младшем подростковом возрасте является процесс соматизации эмоционального дистресса [17], т.е. трансформация психологического напряжения в физический дискомфорт, недомогание или заболевание.

Среди преморбидных особенностей ребенка, predisposing к развитию психосоматических расстройств, выделены такие психологические черты, как эгоцентризм [18], инфантилизм с повышенной зависимостью от окружающих [19], эмоциональная незрелость, скрытая или явная агрессивность, алекситимия (неспособность словесного выражения собственных чувств, эмоций) [19], избыточный контроль над эмоциями [20].

Этиологическая концепция на первый план выводит эмоциональную связь матери и ребенка. Д. Н. Исаев указывает на необходимость учета роли отца, также оказывающего влияние на ребенка не только прямо, но и через отношения с матерью, которые создают определенный семейный климат [1].

Представители культурно-исторического подхода отводят ключевую роль в формировании психосоматических симптомов характеру и ходу социализации ребенка, подчеркивая важность роли детско-родительских отношений при выделении основных этапов развития телесных (соматических) функций в ходе онтогенеза [21, 22].

На начальном этапе развития ребенка принципиальным является его взаимодействие с матерью, которая наделяет телесные состояния ребенка (такие, как чувство голода, боли, дискомфорта и т.д.) психологическим, человеческим смыслом. Телесные проявления служат единственным средством коммуникации между ребенком и взрослым в этот период. С возрастом коммуникативный план телесности теряет свою актуальность, однако он не исчезает полностью, и в ситуации соматической болезни может актуализироваться, служить источником возникновения психосоматических симптомов истерической конверсии, выполняющих функцию коммуникативного послания на языке тела [21]. Далее ребенок учится владению своим телом, с помощью которого он производит манипуляции с предметами окружающего мира. На этом этапе он усваивает способы эмоционального реагирования на воздействия, способы переживания

боли и поведенческие реакции на нее. Также происходит первоначальная фиксация внимания на определенных органах и системах и усвоение способов психологической регуляции эмоциональных и телесных состояний. Все эти рано усвоенные стереотипы становятся устойчивыми и достаточно ригидными, и в дальнейшем они способны актуализироваться в определенных эмоциогенных условиях.

Подростковому возрасту как этапу онтогенеза присущ ряд особенностей: наряду с дисгармоничностью и неравномерностью, нарушением относительного психического и физического равновесия, достигнутых на предыдущем этапе онтогенеза, изменением реактивности организма происходит трансформация мотивационной сферы, формируется способность к рефлексии, и появляются такие новообразования, как самоотношение, самоопределение, самопознание и произвольная регуляция собственных телесных состояний. Повышенное внимание и чувствительность к сфере межличностных отношений делают подростка более уязвимым и податливым в отношении неблагоприятных воздействий дисфункциональной семейной среды. Итогом психосоматического развития должен стать психосоматический феномен нормы, который формируется прижизненно. Он представляет собой психически опосредованный телесный процесс и обладает принципиальной возможностью произвольной регуляции (т.е. телесные процессы должны функционировать в единстве с психическими и быть произвольно регулируемы человеком) [21–24].

Современные эмпирические исследования влияния семейной дисфункции на психофизиологическое развитие подростков

Изучение влияния особенностей детско-родительских отношений на психофизиологическое развитие детей и подростков позволило установить следующее.

- Трудности непосредственного выражения эмоций обуславливают использование детьми соматических жалоб как более простого (по сравнению с вербальным) способа выражения дистресса, что препятствует развитию способности к рефлексии у ребенка (т.е. того базового свойства субъекта, благодаря которому становится возможным осознание и регуляция своей жизнедеятельности). Дефицит рефлексивных психологических средств в дальнейшем может приводить к устойчивому существованию патогенного алекситимического стереотипа психологической регуляции (упрощенного способа выражения собственных эмоциональных состояний через соматические симптомы) или к истерическому способу симптомообразования психосоматических расстройств в жизненно трудных ситуациях.
- Наличие в семье «обусловленного болезнью поведения» родителей выражается в определенных способах реагирования на симптомы соматических и эмоциональных расстройств ребенка с предпочтением замечать только соматические симптомы. Ребенок быстро усваивает и повторяет подобные паттерны поведения взрослых, которые могут преувеличивать или преуменьшать значение его жалоб. Выполнение поже-

ланий детей, когда они предъявляют соматические жалобы, а не тогда, когда они обращаются с другими просьбами, например в поисках родительской любви и заботы, значимо коррелирует с увеличением числа жалоб у детей и связано с наличием в анамнезе у родителей психосоматических симптомов [25, 26].

- Директивность родителей (категорическая, не терпящая возражений форма общения с ребенком) обуславливает увеличение внутренней конфликтности у ребенка и приводит к его фиксации на соматических симптомах. С увеличением числа соматических жалоб у детей коррелирует неправильное воспитание в раннем детстве, а именно: жестокое отношение, отсутствие заботы, отвержение. Наличие постоянных стрессовых семейных ситуаций, связанных с супружеской дисгармонией, конфликтами и т.п., также приводит к увеличению числа симптомов.
- Использование родителями системы поощрений без предъявления образцов нормативного отправления телесных функций и дисциплинарных воздействий приводит к недостаточной произвольности телесных функций у детей, к тенденции использовать соматические симптомы как средство коммуникации и фиксироваться на них [27].
- Сочетание эталонирования и преимущественно наказаний в социализации закрепляет механизм фиксации на соматических симптомах, что отражает глубокий уровень психологического неблагополучия. Это подтверждается низкой самооверенностью, высокой внутренней конфликтностью и склонностью к самообвинению у детей.
- Нарушение привязанности подрывает способность детей к рефлексии и интеграции внутреннего опыта, побуждая их использовать психосоматические симптомы как призыв к разрешению трудной семейной ситуации. Более тяжелые и многократные случаи преднамеренного вызывания или имитации симптомов указывают на наличие серьезных трудностей во взаимоотношениях. При этом часто отмечается поверхностный и незрелый стиль детско-родительских отношений.
- Изучение влияния семейной дисфункции на физически здоровых и соматически отягощенных подростках позволило установить, что у соматически неблагополучных подростков возникали трудности с осознанным управлением собственными телесными функциями. Было обнаружено различное влияние однородных по содержанию тактик воспитания родителей на овладение способностью регулировать телесные функции в указанных двух группах. Так, излишняя директивность родителей соматически неблагополучных детей приводит к высокой степени регуляции телесных функций, а у здоровых — к их фиксации. В группе соматически отягощенных подростков тенденция использовать соматические симптомы как средство коммуникации значимо связана с фиксацией на телесных функциях — излишним вниманием и сосредоточением на процессах, происходящих в организме, а также с преобладанием родительских стратегий поощрения [28].

Исследования гендерной специфичности влияния детско-родительских отношений на психофизическое развитие подростков выявили следующее.

- У мальчиков способность к регуляции собственных телесных функций в большей степени зависит от самоотношения. При установке на социально желательное поведение они воспринимают отношение окружающих к себе как положительное, хороший контроль над эмоциональными проявлениями увеличивает их собственную самооценку. У мальчиков отмечают более высокие, по сравнению с девочками, показатели саморуководства: они считают себя источником собственной активности и ее результатов [29].
- В случае преобладания в семье ограничительных воздействий у мальчиков наблюдается хороший эмоционально-волевой контроль, но при этом повышается вероятность фиксации на тех или иных соматических проявлениях в сочетании с низкими показателями самоуверенности, самопривязанности и самооценки.
- Родительская стратегия, связанная с демонстрацией эталонов поведения и поощрения в ходе социализации телесных функций, может провоцировать: склонность мальчиков использовать соматические симптомы в качестве средств коммуникации; большую выраженность к зависимому и отклоняющемуся от нормативного поведению; слабую сформированность эмоционально-волевых структур. Излишнее навязывание эталонов, впрочем, как и «перекося» в поощрительной и ограничительной политике родителей, обуславливают низкую степень произвольности телесных функций и снижение саморуководства [29].
- Согласно данным различных исследователей, одной из особенностей протекания подросткового периода у девочек является возрастающее число соматических жалоб [30]. Подобное явление может быть обусловлено как принятыми в данном обществе особенностями социализации лиц разного пола, так и менее развитым у девочек саморуководством.
- При стремлении к преодолению норм и предписаний у девочек отмечается тенденция к использованию соматических симптомов как средства коммуникации и манипулирования. Гипертрофированность коммуникативной функции телесности (склонность использовать соматические симптомы в качестве способа общения, стараться обратить на себя внимание посредством этих симптомов) отмечается и в случае перегруженности семейной модели социализации телесных функций различными эталонами. Особенно это усугубляется тем, что большинство отцов и матерей независимо от особенностей их личностного поведения предпочитают видеть в поведении девочек подчинительные формы в большей степени, чем в поведении мальчиков. Соответственно, перегруженность семейной модели социализации телесных функций различными эталонами у лиц женского пола обуславливает склонность использовать телесные симптомы в качестве способа привлечения внимания к себе и повода для общения [29].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отрицательное влияние семейной дисфункции на психофизиологическое развитие детей и подростков не вызывает сомнения.

Детско-родительские отношения могут выступать в качестве средового ресурсного фактора успешной социализации подростков, в т. ч. и их телесных функций, но также способны приводить и к увеличению числа симптомов и становиться фактором риска соматизации.

К основным семейным факторам, предрасполагающим к появлению соматических расстройств, относятся: наличие у многих членов семьи соматических

симптомов; недостаточное вербальное выражение эмоциональных проблем, включая конфликт; трудности в установлении поведенческих ограничений для детей; «обусловленное болезнью поведение»; наличие в анамнезе родителей соматоформных расстройств, тревоги или депрессии.

Определение особенностей детско-родительских отношений при предъявлении ребенком психосоматических симптомов является актуальной научно-практической задачей, позволяющей сделать психотерапевтические и психокоррекционные вмешательства более дифференцированными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей. *СПб.: Речь*. 2005. 400 с.
- Сидоров П. И., Новикова И. А. *Мед. психол. в России: электрон. научн. журн.* 2010; 1. URL: <http://medpsy.ru>
- Варга А. Я., Драбкина Т. С. Системная семейная психотерапия. *СПб.: Речь*. 2001.
- Карабанова О. А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Уч. пос. *М.: Гардарики*. 2004. 320 с.
- Воликова С. В. Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. *М.* 2006. 24 с.
- Сидоров П. И., Новикова И. А. *Соц. и клин. психиатр.* 2007; 17 (3): 76–81.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. *СПб.: Питер*. 1999. 656 с.
- Воликова С. В., Холмогорова А. Б. Эмпирические психологические исследования семейных факторов психических расстройств. *Совр. терапия псих. расстройств.* 2007; 3: 33–42.
- Давлетбаева З. К. Супружеские отношения как фактор психического здоровья детей дошкольного возраста. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. *Самара*. 2004. 24 с.
- Мазурова Н. В. О взаимосвязи родительского отношения и высокой тревожности часто болеющих детей. Тез. XIV Конгр. педиатров России. *М.* 2010. 132 с.
- Мазурова Н. В. *Вопр. диагностики в педиатрии.* 2010; 2 (5): 40–44.
- Мазурова Н. В., Буслаева А. С. *Вопр. диагностики в педиатрии.* 2010; 2 (2): 44–49.
- Мазурова Н. В. *Дефектология.* 2005; 1: 42–46.
- Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Шайб П., Виршинг М. *Мед. психол. в России: электрон. научн. журн.* 2011; 1. URL: <http://medpsy.ru>
- Minuchin S. *Families and family therapy.* Cambridge: *Harvard University Press*. 1974. 228 p.
- Антропов Ю. Ф. *Росс. психиатрич. журн.* 1998; 3: 61–69.
- Дозорцева Е. Г. Психология аномального развития в подростковом возрасте (криминологический аспект). Автореф. дис. ... докт. психол. наук. *М.* 2000. 48 с.
- Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. *М.* 1986. 384 с.
- Aro H. Life stress and psychosomatic symptoms among 14–16 year old Finnish adolescents. *Psychological Medicine.* 1987; 17: 191–201.
- Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. *Л.* 1976. 223 с.
- Николаева В. В., Арина Г. А. *Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология.* 1996; 2: 8–18.
- Тхостов А. Ш. Психология телесности. *М.: Смысл*. 2002. 287 с.
- Николаева В. В., Арина Г. А. *Психол. журн.* 2003; 24 (1): 119–126.
- Чебакова Ю. В. Психологическая саморегуляция телесных феноменов у больных с соматической патологией. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. *М.* 2006. 179 с.
- Garralda E. Chronic fatigue syndrome: helping children and adolescents. *Oxford & New York, NY: Association for Child Psychology and Psychiatry.* 1999.
- Taylor D. C. The components of sickness: disease, illnesses and predicament. In *One Child. London: Spastics International Medical Publications.* 1982. P. 1–13.
- Булыгина В. Г., Колесников А. Д. Самоотношение и саморегуляция у больных гемофилией подростков. Тез. Всеросс. научн. конф. «Психологические проблемы современной российской семьи». *М.* 2005. 560 с.
- Булыгина В. Г., Саука А. *Сексология.* 2006; 2: 31–37.
- Булыгина В. Г., Гуляева К. Ю. *Сексология и сексопатология. М.* 2005; 1: 19–25.
- Craig T., Boardman A. P., Mills K., Daly-Jones O., Drake H. The South London somatisation study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Brit. J. Psychiatry.* 1993; 163: 579–588.