

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.938.363.2-055.2:159.922.76

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Афузова Г.В.

кандидат психологічних наук

Гомес Агіре Д.М.

За останні роки значне місце в захворюваності дітей та підлітків України займають психосоматичні розлади — порушення функцій органів і систем, які обумовлені взаємодією психологічних, соціальних і біологічних чинників. Поширеність цих розладів серед дітей постійно збільшується – від 10 до 14 % [3]. При цьому часто спостерігається недостатня ефективність класичного симптоматичного лікування, що призводить до ускладнень і хронічного характеру психосоматичних розладів. Поряд з медичним аспектом проблеми гостро постає її психосоціальний аспект, оскільки часті загострення психосоматичних розладів призводять до госпіталізації, а іноді і до ранньої інвалідації, що, в свою чергу, здійснює виразний дезадаптуючий вплив на особистість.

До теперішнього часу цій проблемі присвячена велика кількість робіт, в основному, європейських дослідників (А. Адлер, А. Александер, Д. Оудсхоорн, М. Ріббл, А. Фрейд і ін.), які вивчали психогенні соматичні розлади у дітей, виходячи з основних положень психоаналізу, і рекомендували для їх лікування тільки психотерапевтичний вплив. У вітчизняній практиці цей напрям, в основному, розвивався з ідей експериментального неврозу І.П. Павлова, згідно якого виникнення соматичного розладу вважалося результатом надсильної або тривалої стимуляції нервової системи. Однак незважаючи на наявність численних теорій, які намагаються пояснити етіологію і патогенез психосоматичних захворювань, жодна з них не дає вичерпного пояснення психосоматичних розладів. Тому останнім часом з'явилися гіпотези про їх багатофакторний генез, де кожна із запропонованих теорій пояснює одну з ланок патогенезу (В.Я. Гіндикин, Д.М. Ісаєв, М.В. Коркіна, В.В. Макаров, В.В.Мариллов та ін.) [3]. Дослідженням впливу сім'ї на розвиток психосоматичних розладів у особистості займалися Ф. Александр, Г. Аммон, Дж. Браун, К. Кохут, Д. Кристенсен, А. Менегетті, З. Фрейд, вітчизняні психотерапевти Е.Г. Ейдемиллер та В.В. Юстицкіс, безпосередньо виявленням психологічних особливостей т.з. «психосоматогенної» сім'ї займаються М.П. Білецька, С.В. Уманський, В.А. Уткін та інші.

Особливу увагу психологів привертає думка, яка провідною причиною розвитку психосоматичних розладів у дітей називає порушення у системі «мати – дитина». Мати і дитина утворюють психосоматичну єдність, вони живуть в діадному симбіозі. Порушення цих стосунків, які детермінуються специфічними психологічними особливостями матері, сприяють формуванню психосоматичних розладів.

Порушення раннього розвитку соматичного «Я» викликані недостатньо афективним тілесним контактом між матір'ю і дитиною. У випадку, коли мати не здатна зрозуміти ранні недиференційовані соматичні прояви дитини і не в змозі адекватно відповідати на потреби і почуття, які виражаються «мовою» органів і тіла, вона не зможе посприяти правильному розвитку соматичної ідентифікації (формуванню почуття фізичного існування) дитини [1].

Ще одним із значущих чинників у формуванні взаємин «мати – дитина» є особистісне становлення самої матері. Часто мати, яка не змогла знайти і розвинути власну ідентичність у своїй родині, має нереалістично завищений образ ідеальної матері та ідеальної дитини. Мати нав'язує дитині свої власні неусвідомлені вимоги досконалості, найчастіше у формі жорсткого контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. Лише соматичне захворювання дитини дозволяє матері підтвердити своє підсвідоме ідеальне уявлення про себе як про досконалу матір і винагородити за це дитину реальними увагою і піклуванням. Серед особистісних характеристик таких матерів виділяють високу особистісну тривожність; внутрішню конфліктність; тенденцію до стримування негативних почуттів, переважання почуття провини, суперечливе емоційне ставлення до близьких в сім'ї; сильне емоційне реагування на проблемні ситуації у поєднанні з дезорганізацією діяльності, низький рівень стійкості до стресорів, а також нездатність до конструктивного вирішення конфліктів; дезорганізацію власної активності при хворобі дитини за рахунок високої тривожності, страхів, нездатність прийняти радикальне рішення [5].

За висновками А. Менегетті, не рідкісні випадки, коли жінки, які побудували все своє життя на стереотипах і комплексах, навіть після народження дитини продовжують жити у страху. Автор зазначає, що у

випадках, коли дитина народжується не від істинного бажання з боку матері, у неї може виникнути екзистенційна фрустрація, жінка буде жити з потребою у компенсації. В подальшому, з боку матері контакти із дитиною будуть вибудовуватися за принципом компенсативної проєкції, а психосоматичне порушення у дитини виконуватиме подвійну функцію:

1) надасть матері можливість уникнути власного конфлікту амбівалентного ставлення до дитини (як мати хворої дитини жінка отримує хибну ідентичність);

2) надасть дитині можливість отримати свободу для розвитку функцій власного Я в інших зонах.

Мати «нагороджує» дитину турботою та піклуванням у ситуації хвороби, хвороба дитини потрібна їй для захисту від власної потреби в інфантильній залежності, а також для постійного самоствердження (доглядаючи за хворою дитиною, матір задовольняє підсвідомі фантазії власної всемогутності) [4].

Дослідження Г. Аммон доказали, що психосоматичні захворювання дитини проявляються завжди, коли дитина використовувалася матір'ю як інструмент в боротьбі зі своїми невирішеними конфліктами ідентичності. Дитина повинна «взяти» на себе функцію захисту матері і служити їй як допоміжне Я. Дослідниця зазначає: «У психосоматичній реакції мова йде про свідоме чи несвідоме відторгнення матір'ю цілісності дитини... В основі цього лежить те, що мати сама не володіє інтегрованим соматичним Я або перебуває під впливом оточуючої сімейної групи, яка не дозволяє їй достатнього тілесно-емоційного контакту з дитиною ... Психосоматичний симптом у дітей сигналізує про порушення комунікації з матір'ю» [1, С.72].

Таким чином, роль матері у виникненні психосоматичних розладів є незаперечною. Особистісні особливості матері, невирішені внутрішні конфлікти, порушення ідентичності і цілісності власного «Я» стають потужним чинниками впливу і призводять до формування психосоматичних розладів у дитини.

М.П. Білецька вивчала психологічні особливості сімей, в яких зростала дитина з психосоматичними порушеннями. Її дослідження дозволило визначити психосоматичні співвідношення при захворюваннях шлунково-кишкового тракту та бронхіальною астмою у дітей з позиції сімейного підходу. За результатами цього дослідження виявилось, що у даних сім'ях відсутній чіткий розподіл сімейних функцій, відносини між членами сім'ї конфліктні. Найбільше виразний симбіотичний зв'язок у діаді «мати – дитина» у сім'ях дітей з бронхіальною астмою, батько у такій сім'ї видалений зі сфери сімейних взаємовідносин. Важливою психологічною особливістю було визначено наявність алекситимії, яка виражається на різних ступенях у всіх членів сім'ї. У цих дисфункціональних сім'ях за рахунок невисловлених негативних емоцій та блокування потреб членів сім'ї нарастають тривожність, почуття провини і напруга. Психосоматичний симптом дозволяє родині знизити напругу і зберегти сімейний гомеостаз: загострення захворювання є сигналом звернути увагу на дитину, припинити сварки і є тимчасовим стабілізатором сімейних відносин.

Матері дітей з психосоматичними розладами вважають себе не дуже популярними в суспільстві; вони схильні до депресивних переживань і замкнуті. Дослідження на адаптаційному рівні дозволили виявити психологічні захисні механізми батьків дітей з психосоматичними розладами шлунково-кишкового тракту і бронхіальної астми (витіснення, заперечення, регресія), які закріплюють соматичну концепцію захворювання дитини [2].

Діагностикою психологічних особливостей матерів дітей з психосоматичними розладами займалися С.В. Уманський та В.А. Уткін. Дослідження показали наявність у жінок незначного підвищення рівня депресії та агресивності, яке відбувалося за рахунок двох компонентів – фізичної агресії та вербальної агресії. Матері оцінювали себе як сумлінних і пунктуальних жінок, дуже охайних, з гіпертрофованим поняттям про чистоту та особисту гігієну. Вони слідували за дієтами дітей, лікарськими призначеннями, часто і ретельно опитували дітей про стан їх здоров'я. Однак у них відзначається знижена здатність вербалізувати як свої емоції, так і розуміти чужі, в тому числі емоції своїх дітей. Таким чином, для обстежених жінок була характерна материнська гіперопіка, яка заважає дитині підтримувати відносини з іншими людьми та самостійно приймати рішення і є перепорою для розвитку незалежної поведінки. Більше того, надмірний материнський інтерес до стану здоров'я дитини, часті медичні обстеження сприяють фіксації уваги дитини на стані свого здоров'я. Навіювання та імітація, які присутні в парі «мати – дитина», сприяють формуванню психосоматичних розладів. Знижена здатність жінок розуміти своїх дітей призводить до того, що вони ігнорують їх реальні потреби, які властиві дитячому вікові, дітям нав'язується іпохондрична поведінка [6].

Враховуючи здобутки дослідників, які висвітлювали питання психологічних особливостей членів т.з. «психосоматогенної» сім'ї, нами було проведено дослідження для виявлення рівня тривожності та алекситимії у матерів, діти яких страждають на психосоматичні розлади. Базою дослідження був реабілітаційний центр «Родина» м. Києва. У дослідженні взяли участь 15 жінок-матерів дітей віком з 6 до 11 років. Вісім з них склали експериментальну групу (це матері, діти яких мали психосоматичні розлади – порушення з боку шлунково-кишкового тракту та дерматити), а 7 – контрольну (діти цих жінок не мали психосоматичних розладів). Для визначення рівнів тривожності та алекситимії було використано методику вимірювання рівня тривожності

Тейлора (адаптація Т.А. Немчинова) та Торонтську шкалу алекситимії (TAS). Отримані результати представлені в таблицях 1 і 2.

Таблиця 1

Результати методики вимірювання рівня тривожності Тейлора та TAS в експериментальній групі

№	Рівень тривожності	TAS
1.	23	82
2.	14	53
3.	31	70
4.	31	71
5.	31	80
6.	25	68
7.	39	65
8.	16	66

За результатами методики вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Т.А. Немчинова) було визначено, що в середньому рівень тривожності у експериментальній групі складає 26,2 (високий рівень тривожності), а у контрольній групі – 13,8 (середній (з тенденцією до низького) рівень).

Таблиця 2

Результати методики вимірювання рівня тривожності Тейлора та TAS в контрольній групі

№	Рівень тривожності	TAS
I.	5	58
II	15	59
II	0	42
I	36	73
V	8	49
V	11	53
II.	22	66

Результати опитувальника «Торонтська шкала алекситимії (TAS)» продемонстрували, що рівень алекситимії в середньому у експериментальній групі складає 69,3 (група ризику), а в контрольній групі – 57,1 (неалекситимічний тип).

Для виявлення взаємозв'язку між тривожністю та алекситимією ми використали ранговий коефіцієнт кореляції за Спірменом (табл. 3).

Таблиця 3

Розрахунок суми квадратів різниць рангів

Ранг X	Ранг Y	d_i	d_i^2	$\sum d^2$
3	8	5	25	64
1	1	0	0	
6	5	1	1	
6	6	0	0	
6	7	-1	1	

4	4	0	0
8	2	6	36
2	3	-1	1

$$r = 1 - \frac{6\sum d^2}{n * (n^2 - 1)} = 1 - \frac{6 * 64}{8 * (8^2 - 1)} = 0,24$$

Отриманий показник $r = 0,24$ свідчить про те, що між алекситимією і тривожністю матерів у даній вибірці існує слабкий зв'язок. Причиною таких результатів може бути:

1) недостатній обсяг вибірки (можливо, при більшій кількості досліджуваних цей зв'язок буде простежуватися сильніше);

2) наявність інших чинників, що впливають на формування психосоматичних розладів у дітей, які у даному дослідженні не були враховані. Це створює передумови для подальших емпіричних досліджень залежності між психологічними особливостями матерів та їх впливом на виникнення розладів у дитини.

Таким чином, на основі теоретичного аналізу медико-психологічної літератури, наявних досліджень з окресленої проблеми та результатів власного емпіричного дослідження, були визначені особистісні характеристики матерів, які відіграють значущу роль у формуванні психосоматичних порушень у дитини, а саме: високий рівень тривожності, стримування негативних почуттів, тенденція до домінування; алекситимія; сильне емоційне реагування на проблемні ситуації, прояви вербальної агресії, низький рівень стресостійкості, нездатність приймати радикальне рішення, знижена здатність розуміти потреби своєї дитини.

Можна передбачити, що знання механізмів впливу у діаді «матір – дитина» та вчасно вжиті комплексні психолого-медико-соціальні заходи з оптимізації психологічного клімату та дитячо-батьківських взаємин у родині є запорукою збереження здоров'я підростаючого покоління.

Література

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб.: Речь, 2000. – 238 с.
2. Билецкая М. П. Психологические особенности семей детей с психосоматическими расстройствами и семейная терапия / М. П. Билецкая // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 5. // URL: <http://medpsy.ru>.
3. Кулаков С. А. Основы психосоматики: учеб. пособие / С. А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
4. Менеgetti А. Психосоматика. Новейшие достижения: [пер. с итал.] / А. Менеgetti. – М.: Онтопсихология, 2007. – 354 с.
5. Сидоров П. И. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний / П. И. Сидоров, И. А. Новикова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17. – Вып. 3. – С. 76-81.
6. Уманский С.В. Психосоматические индукции в семье и их коррекция психотерапевтом / С. В. Уманский, В. А. Уткин // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2009. – № 9. – с. 40-43.

References

1. Ammon G. Psihosomaticheskaya terapiya / G. Ammon. – SPb.: Rech, 2000. – 238 s.
2. Biletskaya M. P. Psihologicheskie osobennosti semey detey s psihosomaticheskimi rasstroystvami i semeynaya terapiya / M. P. Biletskaya // Meditsinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. – 2012. – № 5. // URL: <http://medpsy.ru>.
3. Kulakov S. A. Osnovyi psihosomatiki: ucheb. posobie / S. A. Kulakov. – SPb.: Rech, 2003. – 288 s.
4. Menegetti A. Psihosomatika. Noveyshie dostizheniya: [per. s ital.] / A. Menegetti. – M.: Ontopsihologiya, 2007. – 354 s.
5. Sidorov P. I. Sinergeticheskaya kontseptsiya formirovaniya psihosomaticheskikh zabolevaniy / P. I. Sidorov, I. A. Novikova // Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya. – 2007. – T. 17. – Vyip. 3. – S. 76-81.
6. Umanskiy S.V. Psihosomaticheskie induktsii v seme i ih korrektsiya psihoterapevtom / S. V. Umanskiy, V. A. Utkin // Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2009. – № 9. – S. 40-43.

Афузова Г.В., Гомес Агирре Д.М. Психологічні особливості матерів дітей з психосоматичними розладами

У статті розглядається проблема поширеності психосоматичних розладів серед дитячо-підліткової популяції в Україні. Здійснено теоретичний аналіз етіопатогенетичних чинників психосоматичних розладів в історичному аспекті, особливу увагу звернено на порушення міжособистісної взаємодії у родині. Зазначено, що від психологічних особливостей матері залежить побудова взаємин у діаді «матір – дитина» – у разі наявності неусвідомлених особистісних конфліктів у жінки ці взаємини негативно впливатимуть на ранній розвиток соматичного «Я» дитини, підвищуючи ризик розвитку психосоматичної патології. На основі аналізу наукової літератури та наявних досліджень з окресленої теми були визначені особистісні характеристики матерів, які відіграють значущу роль у формуванні психосоматичних порушень у дитини (високий рівень тривожності, тенденція до домінування; алекситимія; надемоційне реагування у проблемних ситуаціях, прояви вербальної агресії, низький рівень стресостійкості тощо). Експериментально досліджено психологічні особливості матерів дітей з психосоматичними порушеннями, в результаті чого встановлено емпіричний взаємозв'язок між проявами у них тривожності та алекситимії. Визначено доцільність подальшого вивчення зазначеної проблеми для збагачення знань про механізми впливу у діаді «матір – дитина» з метою збереження здоров'я підростаючого покоління.

Ключові слова: психосоматичні порушення, діти, сім'я, матір, психологічні особливості.

Афузова А.В., Гомес Агирре Д.М. Психологические особенности матерей детей с психосоматическими нарушениями

В статье рассматривается проблема распространенности психосоматических расстройств среди детско-подростковой популяции в Украине. Осуществлен теоретический анализ этиопатогенетических факторов

психосоматических расстройств в историческом аспекте, особое внимание обращено на нарушение межличностного взаимодействия в семье. Отмечено, что от психологических особенностей матери зависит построение отношений в диаде «мать – ребенок» – в случае наявности неосознанных личностных конфликтов у женщины эти отношения будут негативно влиять на раннее развитие соматического «Я» ребенка, увеличивая риск развития психосоматической патологии. На основе анализа научной литературы и существующих исследований по данной теме были определены личностные характеристики матерей, которые играют значимую роль в формировании психосоматических нарушений у ребенка (высокий уровень тревожности, тенденция к доминированию, алекситимия, сверхэмоциональное реагирование в проблемных ситуациях, проявления вербальной агрессии, низкий уровень стрессоустойчивости и т.д.). Экспериментально исследованы психологические особенности матерей детей с психосоматическими нарушениями, в результате чего выявлена эмпирическая взаимосвязь между проявлениями у них тревожности и алекситимии. Определена целесообразность дальнейшего изучения выбранной проблемы для обогащения знаний о механизмах влияния в диаде «мать – ребенок» с целью сохранения здоровья подрастающего поколения.

Ключевые слова: психосоматические нарушения, дети, семья, мать, психологические особенности.

Afuzova G.V., Gomez Aguirre D.M. The psychological features of the mothers of children with the psychosomatic disorders.

The article addresses the problem of prevalence of psychosomatic disorders among children and adolescent population in Ukraine. It represents the theoretical analysis of etiopathogenetical factors of psychosomatic disorders in historical perspective, with particular attention paid to violations of interpersonal interaction in the family. We indicated that the psychological characteristics of mothers depends on building relationships dyad "mother - child" in the case of unconscious personal conflicts in women these relationships negatively affect the early development of somatic "I" of baby, increasing the risk of psychosomatic disorders. Based on the analysis of scientific literature and existing research we determined the personal characteristics of mothers, who play an important role in the formation of psychosomatic disorders in children (they are: a high level of anxiety, the tendency to dominate, alexithymia; over-emotional responses to problematic situations, manifestations of verbal aggression, low stress, etc.). Experimentally investigated the psychological characteristics of mothers of children with psychosomatic disorders resulting set of empirical relationship between symptoms of anxiety and alexithymia. Also it was determined the expediency of further study of this problem for the enrichment of knowledge about the mechanisms of actions in the dyad "mother-child" to preserve the health of the younger generation

Key words: psychosomatic disorders, children, family, mother, psychological characteristics.

Стаття надійшла до редакції 24.10.2013 р.

Статтю прийнято до друку 25.10.2013 р.

Рецензент: д.психол.н., проф. Шульженко Д.І.

УДК: 376.06

МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ В ТЕОРІЇ І ПРАКТИЦІ КОРЕКЦІЙНОЇ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Дем'яненко Б. Т.

кандидат медичних наук, доцент

Своїм походженням термін «психологічний захист» зобов'язаний З. Фрейду і був найпершим вираженням динамічної позиції психоаналітичної теорії. Вперше цей термін з'явився у 1894 р. в роботі З. Фрейда «Захисні нейропсихози» і був використаний для опису боротьби «Я» проти хворобливих або нестерпних думок і афектів. З. Фрейд вважав, що в ранньому віці Его дитини відносно слабке, щоб протистояти сильним агресивним та сексуальним імпульсам Ід. Для того щоб справлятися з джерелами тривоги, Его формує захисні механізми. Пізніше головним джерелом тривоги стає страх перед Супер-его. Основним механізмом психологічного захисту З. Фрейд вважав витіснення. Подальший розвиток концепції механізмів психологічного захисту пов'язаний з ім'ям Вільгельма Райха – учня З. Фрейда. В. Райх вважав, що механізми захисту діють на двох рівнях: 1) психологічному та формують особливості характеру (характерологічний панцир за В. Райхом) та 2) тілесному, що формує м'язовий панцир. Роботи В. Райха сприяли розвитку психосоматичного напрямку в медицині та тілесно-орієнтованої терапії [7, с. 262-269].

Розширення уявлень про психологічний захист пов'язано з ім'ям доньки З. Фрейда – Анни Фрейд. Її погляди принципово не відрізнялися від поглядів З. Фрейда останніх років його творчості. А. Фрейд виділила 15 варіантів механізмів психологічного захисту, а також розробила критерії класифікації механізмів психологічного захисту, такі як: локалізація загрози «Я», час утворення в онтогенезі, ступінь конструктивності. Вона до кінця розвинула ідею З. Фрейда про зв'язок між окремими способами захисту та відповідними неврозами, визначила роль захисних механізмів в нормі і патології індивідуального розвитку. І, нарешті, А. Фрейд дала першу розгорнуту дефініцію захисних механізмів: «Захисні механізми – це діяльність «Я», яка починається, коли «Я» схильне до