

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.А. ЛИФИНЦЕВА, А.Б. ХОЛМОГОРОВА

В статье приводятся результаты сравнительного исследования семей детей и подростков с органическими психосоматозами (182 ребенка и 194 родителя) и психосоматическими функциональными нарушениями (185 детей и 214 родителей) с семьями их условно здоровых сверстников, не страдающими психосоматическими расстройствами (100 детей и 84 родителя). Исследовались особенности детско-родительских отношений, характеристики родительского воспитания, качество привязанности детей к значимым фигурам. В семьях детей и подростков с психосоматической патологией разного уровня выявлены следующие коммуникативные дисфункции: высокий уровень родительской критики и элиминирования эмоций в сочетании с высоким уровнем семейного перфекционизма и индуцирования тревоги. Привязанность подростков к родителям характеризуется выраженной амбивалентностью: одновременным сочетанием доверия и отчуждения в отношении значимых фигур. В исследовании обнаружено, что уровень протекции, реализуемый родителями по отношению к собственному ребенку, напрямую связан с неадекватным уровнем заботы, получаемой самими родителями в их собственных родительских семьях.

Ключевые слова: психосоматическое расстройство, дети, подростки, семейные дисфункции, привязанность, семейные эмоциональные коммуникации.

Обращение к анализу проблемы психосоматических расстройств детей и подростков продиктовано несколькими причинами. Во-первых, само понятие «психосоматическое расстройство» является одним из самых противоречивых категорий в медицинской и психологической науке. Зародившись как обозначение для необъяснимого с биологической точки зрения заболевания, в центре которого смещение психического конфликта в соматический [Breuer, Freud, 1893], содержание данного конструкта трансформировалось и в настоящее время охватывает различные нарушения органов и систем организма, в эти-

ологии которых ведущая роль принадлежит психогенным факторам. Однако такое понимание психосоматического расстройства не раз подвергалось критике, так как абсолютизация психогенеза определенного класса заболеваний нивелирует биопсихосоциальную основу других соматических нарушений [Engel, 1967; Lipowski, 1986]. Кроме того, в последнее время отмечен значительный рост в общей популяции числа психосоматических расстройств у детей и подростков: по уровню распространенности они преобладают среди общего количества неинфекционных заболеваний детского и подросткового возраста [Исаев, 2005].

Несмотря на трудности диагностики ПСР (официальная медицинская статистика при расчете заболеваемости детей не выделяет отдельной группой ПСР) в детском и подростковом возрасте, встречаемость психосоматических заболеваний в данных возрастных группах составляет в России от 30 до 68% от числа всех детей и подростков, обращающихся в детские поликлиники [Ананьев, 2006; Антропов, Шевченко, 2002; Исаев, 2004 и др.]. И, наконец, несмотря на большое количество исследований, до сих пор остаются дискуссионными вопросы, касающиеся содержания и роли факторов семейного уровня в возникновении психосоматических расстройств у детей и подростков, природы и механизмов эмоциональной дезадаптации как одной из причин их возникновения [Кравцова, 2005; Северный, Баландина, 2005; Ierodiakonou, 2001; Minuchin et.al., 2005; Schwab, Traven, 1979 и др.]. В данном случае многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра, разработанная А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян, а также четырех-аспектная модель семейной системы А.Б.Холмогоровой позволяют комплексно и системно исследовать различные факторы психосоматической патологии не только у взрослых пациентов, но и у детей и подростков [Холмогорова, 2011; Холмогорова, Гаранян, 2008].

В нашей работе под психосоматическим расстройством понимаются как патологические телесные симптомы, так и функциональные и органические нарушения органов и систем, возникающие у индивида под влиянием запредельных для него социально-стрессовых факторов. В данную группу мы относим не только клинически выраженные классические психосоматические расстройства, но также и неорганические (неморфологические), но не менее травматичные и болезненные соматические проявления аффективных состояний. В качестве уровней психосоматических нарушений детей и подростков, соотнесенных с определенными нозологическими категориями МКБ-10, в работе выделяются следующие уровни:

— первый уровень — соматизация аффективного переживания — представлен размытыми диффузными соматическими симптомами, которые не могут быть объяснены никакими физическими причинами (F32 — депрессивный эпизод; F43.2 — расстройство приспособительных реакций; F45 — соматоформные расстройства);

— второй уровень — психосоматическое функциональное нарушение — включает в себя соматические синдромы, не имеющие реальной органической патологии органов и систем (F50.0 — нервная анорексия; F50.2 — нервная булимия; F44 — диссоциативные (конверсионные) расстройства; F98.0 — энурез неорганической природы; F98.1 — энкопрез неорганической природы);

— третий уровень — органические психосоматозы — соматическая патология с определенными обменно-трофическими нарушениями, практически не поддающаяся компенсации (бронхиальная астма, язвенная болезнь, гастрит, дуоденит, экзема, дерматит, псориаз, крапивница, ревматоидный артрит и т.д.).

Исследования семейных факторов возникновения психосоматических расстройств имеют достаточно длительную традицию. Согласно экспериментальным исследованиям, сфокусированным на семейных отношениях, основными факторами риска психосоматических расстройств у детей и подростков выступают: нарушения привязанности и негативный опыт отношений со значимыми близкими; неадекватная способность значимого близкого (преимущественно матери) реагировать на сигналы ребенка о его потребностях; дисфункциональные характеристики семьи как системы; элиминирование эмоций ребенка и недостаточная поддержка его в осознании собственных чувств и переживаний [Билецкая, 2010; Бриш, 2012; Варга, 1985; Кравцова, 2005; Эйдмиллер, Добряков, Никольская, 2005 и др.].

Одной из целей данного исследования явилось концептуальное обоснование и комплексное эмпирическое изучение системы семейных факторов, оказывающих влияние на возникновение и течение психосоматических расстройств у детей и подростков.

В исследовании клинических групп приняли участие 367 детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями, а также их родители. Контрольная группа, сходная по возрастным характеристикам с экспериментальной группой, была представлена 100 детьми и подростками. Клиническая оценка состояния здоровья детей и подростков, а также верификация диагноза осуществлялась врачами-педиатрами, врачами узкого профиля детских поликлиник и стационаров и врачами-детскими психиатрами (табл. 1).

Таблица 1

Диагностическая характеристика клинических групп

Код по МКБ-10	Диагноз	Количество испытуемых
J45.0	Астма с преобладанием аллергического компонента	67
L20	Атопический дерматит	44
K29	Гастрит и дуоденит	71
G2b	Синдром раздраженного кишечника	21
F45.3	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	88
F98.0	Энурез неорганической природы	41
F98.1	Энкопрез неорганической природы	8
F45.4	Устойчивое болевое соматоформное расстройство	27
Всего		367

Исходя из уровневого понимания психосоматического нарушения в детском и подростковом возрасте, испытуемые были разделены на две экспериментальных группы:

— группа детей и подростков (N=185) с функциональными психосоматическими нарушениями (множественные соматические жалобы, которые не могут быть объяснены никакими физическими причинами и соматические синдромы, не имеющие реальной органической патологии органов и систем — F45.3; F98.0; F98.1; F45.4; G2b);

— группа детей и подростков (N = 182) с психосоматическими расстройствами (соматическая патология с определенными обменно-трофическими нарушениями, практически не доступная компенсации).

В отдельную экспериментальную группу были включены 408 родителей детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями, при этом контрольная группа была представлена 84 родителями условно здоровых детей и подростков.

В ходе нашего исследования клинических групп детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями нами проверялись гипотезы об их специфических семейных дисфункциях, включающих в себя патологизирующее семейное воспитание, индуцирование негативных эмоций, сочетающиеся с запретом на выражение чувств, в том числе и позитивных; сверхконтроль со стороны родителей, преимущественно матери, инверсию семейных ролей и дисфункциональные семейные правила, нормы и установки.

В нашем исследовании использовались следующие методики: проективная рисуночная методика «Моя семья» (Г.Т. Хоментаскас); шкала

привязанности ребенка к членам своей семьи (А.И. Баркан); опросник оценки типов привязанности к матери (Г.В. Бурменская, Е.В. Пупырева); опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК, А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова); опросник привязанности подростков к родителям и друзьям (IPPA G. Armsden, M.T. Greenberg в адаптации Д.В. Лифинцева, А.А. Лифинцевой); опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий); авторская анкета для родителей, опросник родительской связи (Parental Bonding Instrument (PBI) G.Parker, в адапт. О.Г. Калины и А.Б. Холмогоровой).

Проведенное экспериментально-психологическое исследование семейного контекста детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями позволило вывить целый ряд семейных дисфункций. Результаты, полученные с помощью методики «Анализ семейных взаимоотношений», свидетельствуют о том, что для семей, имеющих детей и подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями характерны такие особенности воспитания, как гиперпротекция, недостаточность требований-обязанностей, недостаточность требований-запретов и минимальность санкций, применяемых к ребенку (табл. 2).

Таблица 2

Особенности родительского отношения к детям с психосоматическими расстройствами, функциональными психосоматическими нарушениями и к условно здоровым детям

№	Тип родительского отношения	Родители детей с психосоматическими расстройствами (N = 34)		Родители детей с функциональными психосоматическими нарушениями (N = 47)		Родители условно здоровых детей (N = 53)	
		M	SD	M	SD	M	SD
1	Гиперпротекция	6,1A	2,3	6,0C	2,1	4,9AC	1,8
2	Гипопротекция	2,1	1,1	2,0	1,1	2,5	1,3
3	Потворствование	3,4	1,9	3,4	1,8	3,0	1,4
4	Игнорирование потребностей	1,1	0,4	1,1	0,6	1,0	0,4
5	Чрезмерность требований-обязанностей	1,2	0,8	1,5	0,9	1,5	0,5
6	Недостаточность требований-обязанностей	2,3AB	1,1	1,5B	0,9	1,9A	0,8
7	Чрезмерность требований-запретов	1,6	1,0	1,8	0,9	1,8	0,6

№	Тип родительского отношения	Родители детей с психосоматическими расстройствами (N = 34)		Родители детей с функциональными психосоматическими нарушениями (N = 47)		Родители условно здоровых детей (N = 53)	
		M	SD	M	SD	M	SD
8	Недостаточность требований-запретов	2,0В	1,1	1,7В	0,8	1,8	0,6
9	Чрезмерность санкций	2,0	1,0	1,6	1,0	1,7	0,9
10	Минимальность санкций	3,2В	1,9	2,7В	1,6	2,7	1,5
11	Неустойчивость стиля воспитания	1,9	1,1	1,8	1,0	1,5	0,7

Примечание. Статистически достоверные (критерий Манна-Уитни) различия этих же показателей: А — между родителями детей с психосоматическими расстройствами и родителями «условно здоровых детей»; В — между родителями детей с функциональными психосоматическими нарушениями и родителями детей с психосоматическими расстройствами; С — между родителями детей с функциональными психосоматическими нарушениями и родителями «условно здоровых детей». В таблице указаны среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD).

В ходе сопоставительного анализа основных стратегий воспитания родителей детей и подростков клинических групп и родителей здоровых испытуемых было установлено, что стратегии родительского воспитания имеют ряд отличий. Так, между группами родителей больных и здоровых детей были выявлены достоверные различия по такому параметру опросника АСВ, как «гиперпротекция» ($t_{ЭМП} = 3,777$; $p < 0,001$). При сравнении результатов исследований особенностей семейных взаимоотношений внутри клинических групп достоверные различия были обнаружены по таким шкалам опросника, как «Недостаточность требований-обязанностей» ($t_{ЭМП} = 3,664$; $p < 0,001$), «Недостаточность требований-запретов» ($t_{ЭМП} = 2,584$; $p < 0,01$) и «Минимальность санкций» ($t_{ЭМП} = 2,691$; $p < 0,01$).

Таким образом, мы видим, что ребенок с психосоматическим нарушением становится объектом семейной опеки, как со стороны матери, так и со стороны остальных членов семьи, а уровень требований к нему снижается. Впоследствии данная характеристика семейного воспитания приводит к тому, что ребенка «изолируют» от его сверстников (в целях профилактики инфекций, обострения заболевания), и, соответственно, ребенок не получает навыков эффективного межличностного общения, что впоследствии может приводить к появлению трудностей именно в

сфере межличностных отношений. Помимо этого, с высокой вероятностью гиперпротекция в семье лишает ребенка самостоятельности, способствует формированию у него черт инфантилизма и эгоцентризма.

Отметим, что уровень протекции, реализуемый родителями по отношению к собственному ребенку напрямую связан с неадекватным уровнем заботы, получаемой самими родителями в их собственной родительской семье (опросник РВ1, шкала заботы, $r_{ЭМП} = 0,344$; $p < 0,000$). Матери детей и подростков обеих экспериментальных групп, использующие воспитательную тактику гиперпротекции, достоверно чаще отмечали, что их родители не поощряли их в принятии собственных решений, вторгались в их личную жизнь и не предоставляли им возможности принимать решения самостоятельно.

Данные стратегии семейного воспитания достоверно связаны с особенностями привязанности у детей дошкольного и младшего школьного возраста, с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями. Во-первых, анализируя формы привязанности, встречающиеся в семьях детей и подростков с психосоматическими нарушениями, мы обнаружили, что для детей 5—10 лет обеих экспериментальных групп наиболее типичным является избегающий тип привязанности к матери (более 53%), затем следует амбивалентный тип (39%). Во-вторых, как показал корреляционный анализ, избегающий тип привязанности отмечают дети, родители которых в качестве психологических причин негармоничного воспитания указывают фобию утраты ребенка ($r_{ЭМП} = 0,267$; $p = 0,017$), в то же время амбивалентный тип привязанности связан с воспитательной неуверенностью родителя и неразвитостью родительских чувств ($r_{ЭМП} = 0,256$; $p = 0,02$; $r_{ЭМП} = 0,217$; $p = 0,030$). Наконец, в-третьих, дошкольники и младшие школьники с психосоматическими расстройствами гораздо чаще, чем их условно здоровые сверстники и сверстники с функциональными психосоматическими нарушениями, сообщали о наличии привязанности только к одному объекту — матери.

Исследование качества привязанности подростков клинических групп к родителям и друзьям позволило обнаружить следующие особенности (табл. 3).

Результаты сравнительного исследования качества привязанности у подростков с психосоматическими нарушениями и здоровых испытуемых, полученные с помощью методики «Опросник привязанности подростков к родителям и друзьям» Г. Армсдена и М.Т. Гринберга, показали наличие достоверных отличий. В группе испытуемых с психосоматическими расстройствами более высокие показатели по сравнению со здоровыми респондентами были выявлены по шкале «Отчуждение»

Таблица 3

Особенности качества привязанности подростков контрольной и экспериментальных групп к родителям и друзьям (средние значения)

Шкала опросника		Группы испытуемых					
		Подростки с органическими психосоматогами (N = 44)		Подростки с функциональными психосоматическими нарушениями (N = 36)		Условно здоровые подростки (N = 72)	
		M	SD	M	SD	M	SD
мать	Доверие	38,18	4,56	39,56	4,12	41,58	3,66
	Коммуникация	30,16	4,96	32,11	4,34	32,65	4,30
	Отчуждение	18,11AB	5,22	13,99B	4,91	14,25A	3,85
	Общее по шкале	86,45	11,17	85,66	12,03	88,48	11,44
отец	Доверие	33,61A	5,84	34,16C	5,32	39,27AC	3,16
	Коммуникация	24,78A	4,50	24,51C	4,38	29,53AC	3,00
	Отчуждение	18,7A	4,33	19,1C	4,14	15,44AC	2,97
	Общее по шкале	77,09A	14,25	77,77C	12,61	84,24AC	8,34
родители	Доверие	35,90A	6,01	36,86C	5,93	40,43AC	3,19
	Коммуникация	27,47A	4,67	28,31	4,81	31,09A	3,70
	Отчуждение	18,41A	3,15	16,55	3,80	14,85A	3,06
	Общее по шкале	81,77A	16,71	81,72C	15,93	86,36AC	10,13
друзья	Доверие	39,61	3,32	39,37	3,95	40,31	3,18
	Коммуникация	30,94	2,99	29,11	3,51	29,63	2,37
	Отчуждение	20,28A	3,65	21,13C	3,73	17,14AC	3,44
	Общее по шкале	90,83	14,81	89,61	15,17	87,08	14,08

Примечание. Здесь и далее: статистически достоверные (критерий Манна-Уитни) различия этих же показателей: А — между подростками с психосоматическими расстройствами и «условно здоровыми подростками»; В — между подростками с функциональными психосоматическими нарушениями и подростками с психосоматическими расстройствами; С — между подростками с функциональными психосоматическими нарушениями и «условно здоровыми подростками». В таблице указаны среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD).

(в привязанности к матери, отцу и друзьям) ($t_{ЭМП} = 2,714$; $p < 0,01$ — в привязанности к матери; $t_{ЭМП} = 2,004$; $p < 0,05$ — в привязанности к отцу; $t_{ЭМП} = 2,413$; $p < 0,01$ — в привязанности к друзьям). Схожие результаты мы получили в сопоставлении данных по шкале «Отчуждение» в привязанности к отцу и друзьям у испытуемых с функциональными психосоматическими нарушениями и здоровых испытуемых ($t_{ЭМП} = 2,512$; $p < 0,01$ — в привязанности к отцу; $t_{ЭМП} = 2,028$; $p < 0,05$ — в привязанности к друзьям). Более низкие по сравнению со здоровыми

подростками показатели по шкале «Доверие» в привязанности к отцу были зафиксированы у подростков обеих клинических групп ($t_{ЭМП} = 2,322$; $p < 0,05$ — у подростков с функциональными психосоматическими нарушениями; $t_{ЭМП} = 2,228$; $p < 0,05$ — у подростков с психосоматическими расстройствами).

Следует отметить, что все показатели шкал привязанности здоровых подростков к родителям и друзьям находятся в значимой, логически обусловленной, корреляционной зависимости. Например, в отличие от экспериментальных групп в группе здоровых испытуемых нами была выявлена обратно пропорциональная взаимосвязь между шкалами «Коммуникация» (уверенность подростка в том, что родители и сверстники чувствительны и отзывчивы по отношению к его эмоциональным состояниям, а также способны к оценке степени и качества необходимых коммуникаций с ним) и «Отчуждение» (постоянное переживание подростком чувств изоляции и гнева, опыта опасной сепарации с родителями и сверстниками, ведущих к ограничению контактов с ними). В тоже время в группах испытуемых с психосоматическими органическими и функциональными расстройствами корреляции между данными показателями привязанности в некоторых случаях алогичны. Например, нами обнаружена прямопропорциональная взаимосвязь между шкалами «Доверие» и «Отчуждение» в привязанности к родителям в группе подростков с психосоматическими расстройствами ($r_{ЭМП} = 0,401$; $p = 0,0004$). Можно предположить, что за этим стоят выраженное амбивалентное отношение подростков к своим родителям, страх автономии и стремление к ней, что приводит к сочетанию высокого уровня доверия со стремлением к отчуждению.

Таким образом, оценивая качество привязанности подростков с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями к родителям, мы можем утверждать, что она обладает определенными характеристиками:

— преобладанием негативного аффективного/когнитивного опыта переживания гнева и/или безнадежности, являющихся результатом специфической привязанности к отцу;

— одновременным сочетанием в привязанности подростка к родителям чувства доверия, выражающегося в уверенности, что его потребности ими понимаются и удовлетворяются, и чувства отчуждения, проявляющегося в изоляции и переживании гнева.

Косвенно данные результаты подтверждаются и анализом рисунков семьи, выполненных детьми дошкольного и младшего школьного возраста. Для детей с психосоматическими расстройствами наиболее авторитетным членом семьи является бабушка (что может свидетельствовать об инверсии семейных ролей), а для детей с функциональными психосоматическими

тическими нарушениями — бабушка и отец. В качестве наиболее эмоционально значимых членов семьи испытуемые обеих групп выделили мать, при этом практически исключив сиблингов (даже при их наличии).

В ходе анализа результатов, полученных с помощью опросника СЭК нами было обнаружено, что подростки с психосоматическими расстройствами и функциональными нарушениями отмечают наличие в их семье таких семейных дисфункций, как родительская критика, индуцирование тревоги в семье, элиминирование эмоций и семейный перфекционизм. В табл. 4 приводятся средние значения показателей данного опросника.

Таблица 4

Стиль эмоциональных коммуникаций в семье подростков экспериментальных и контрольной групп

Шкалы опросника	Группы испытуемых					
	Подростки с психосоматическими расстройствами (N = 58)		Подростки с функциональными психосоматическими нарушениями (N = 49)		Условно здоровые подростки (N = 70)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Родительская критика	7,22A	3,09	8,94C	3,77	6,32AC	2,43
Индуцирование тревоги	12,08AB	4,12	10,04CB	3,24	7,08AC	2,41
Элиминация эмоций	10,51A	2,14	9,02C	2,29	8,16AC	1,77
Внешнее благополучие	5,13	2,21	5,03	2,19	5,15	2,18
Фиксация на негативных переживаниях	3,62	1,37	4,09	1,94	3,31	1,16
Индуцирование недоверия к людям	2,12	1,12	2,07	1,17	2,14	1,06
Семейный перфекционизм	5,77A	1,11	5,34C	1,43	4,21AC	1,05

По данным, полученным с помощью опросника СЭК, в семьях подростков с психосоматическими нарушениями и в семьях условно здоровых подростков наблюдались статистически достоверные различия по шкалам «Родительская критика» ($U_{эмп} = 1562$; $p = 0,002$), «Индуцирование тревоги» ($U_{эмп} = 1453$; $p = 0,01$), «Элиминирование эмоций» ($U_{эмп} = 1439$; $p = 0,01$) и «Семейный перфекционизм» ($U_{эмп} = 1457$; $p = 0,01$). В семьях у подростков с психосоматическими функциональными расстройствами и в семьях подростков с органическими психосоматозами наблюдались статистически достоверные различия по шкале «Индуцирование тревоги» ($U_{эмп} = 1307$; $p = 0,01$).

Родительская критика в семейных коммуникациях выражена в большей степени в группе подростков с функциональными психосоматическими нарушениями. Данный факт можно объяснить тем, что зачастую родители детей с функциональными психосоматическими нарушениями, в отличие от родителей детей с психосоматическими расстройствами, не склонны воспринимать соматические проявления ребенка как «нечто серьезное», считая, что его соматизация, прежде всего, способ манипуляции с целью отказа выполнять какую-либо деятельность (чаще всего не ходить в школу или не заниматься домашними делами). В этой же экспериментальной группе достоверно выше показатели «индуцирования тревоги», отражающие фиксацию родителей на опасностях и жизненных трудностях, которые присутствуют или могут присутствовать в жизни подростка. Таким образом, можно утверждать, что родители подростков с функциональными психосоматическими нарушениями транслируют в своем воспитании два ведущих чувства — с одной стороны, чувство недовольства, проявляющееся в чрезмерной критике ребенка, а с другой — чувство тревоги за него, связанное с реальными или возможными трудностями в его жизни.

Возложение на ребенка больших надежд, попытка избежать промахов и заслужить любовь родителей безупречным выполнением их требований, запрет на выражение чувств и элиминация эмоций наблюдались в семейных коммуникациях испытуемых обеих экспериментальных групп. Высокие стандарты деятельности, устанавливаемые родителями собственным детям, отсутствие у них возможности отреагирования собственных чувств, в том числе и позитивных, играют деструктивную роль и могут способствовать возникновению у ребенка психосоматических нарушений различной степени тяжести.

Отметим наличие достоверной положительной корреляционной взаимосвязи между показателем «гиперпротекция» (опросник АСВ) и «семейный перфекционизм» ($r_{эмп} = 0,189$; $p = 0,041$) в группе детей и подростков с психосоматическими расстройствами. Можно предположить, что существует определенная воспитательная амбивалентность в семьях данной группы детей: с одной стороны, родители вынуждают их стремиться к совершенству и выполнять различные виды деятельности, исходя из идеальной модели, а с другой, — чрезмерно заботятся о них, стараясь предупредить возникновение малейших трудностей.

Таким образом, семьи детей и подростков экспериментальных групп отличаются от семей условно здоровых сверстников более выраженные коммуникативные дисфункции, более высокие показатели родительской критики, элиминирования эмоций, семейного перфекционизма и индуцирования тревоги. Данные детских рисунков свидетельствуют о

частичном нарушении иерархической структуры семьи, где доминирует женщина, а отец исключается из процесса воспитания, хотя потребность ребенка в коммуникациях с ним очень высока. Родители детей и подростков обеих групп отметили наличие в качестве основных характеристик родительского воспитания гиперпротекцию, недостаточность требований-обязанностей и минимальность санкций, которые обусловлены, по их мнению, их воспитательной неуверенностью, наличием фобических реакций, связанных с вероятной утратой ребенка и неразвитостью родительских чувств. Патологизирующим влиянием на психосоматическое здоровье детей и подростков обладает непоследовательность и противоречивость воспитательных воздействий — одновременное сочетание родителями критики ребенка с гиперпротекцией.

В семьях детей и подростков с психосоматическими нарушениями чаще всего наблюдаются небезопасные формы привязанности, отличающиеся одновременным сочетанием доверия и отчуждения в отношении фигур привязанности.

Полученные результаты позволяют выделить следующие характерные особенности семейных дисфункций, выступающих одним из факторов риска психосоматической патологии детского и подросткового возраста:

— в аспекте воспитательных стратегий — снижение уровня требований к ребенку, стремление родителей «изолировать» его от сверстников, высокий уровень протекции и заботы;

— в аспекте семейных коммуникаций — индуцирование тревоги, фиксация на негативных ситуациях, запрет на выражение чувств и воспитательная амбивалентность;

— в аспекте семейных ролей — их инверсия (доминирование бабушек) и исключение отца из процесса воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

- Ананьев В.А.* Психология здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.
- Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С.* Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 556 с.
- Билецкая М.П.* Семейная психотерапия детей с расстройствами ЖКТ. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
- Бриш К.Х.* Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. М.: Когито-Центр, 2012. 316 с.
- Варга А.Я.* Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. 14 серия. 1985. № 4. С. 17—24.
- Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
- Кравцова Н.А.* Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психо-

- соматического дизонтогенеза) // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 13—18.
- Северный А.А., Баландина Т.А.* Возрастные особенности психопатологической феноменологии и комплексной коррекции функциональных психовегетативных расстройств у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2005. № 1. С. 36—41.
- Холмогорова А.Б.* Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
- Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г.* Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94—102.
- Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2005. 333 с.
- Breuer J., Freud S.* Uber den psychischen Mechanismus hysterischer Phanomene. Vorlaufige Mittheilung // Neurol. Zbl. 1893. № 12. P. 4—10; 43—47.
- Engel G.L.* The concept of psychosomatic disorder // J. Psychosom. Res. 1967. № 11. P. 3—9.
- Ierodiakonou C.S.* The psychosomatic approach in childhood disorders: some psychodynamic and psychotherapeutic issues // Revista Portuguesa de Psicossomatica. 2001. № 1. С. 45—55.
- Lipowski Z.J.* Psychosomatic medicine: past and present // Can. J. Psychiatry. 1986. № 31. P. 8—13.
- Minuchin S., Baker L., Rosman B.L., Liebman R., Milman L., Todd T.C.* A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy // Arch. Gen. Psychiatry. 1975. № 32. P. 1031—1038.
- Schwab J, Traven N.* Factors related to the incidence of psychosomatic illness // Psychosomatics. 1979. № 20. P. 307—315.

FAMILY FACTORS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

A.A. LIFINTSEVA, A.B. KHOLMOGOROVA

This article presents the results of a comparative study of families of children and adolescents with organic psychosomatic disorders (182 children and 194 parents) and functional psychosomatic disorders (185 children and 214 parents) with families of their healthy peers who do not suffer from psychosomatic disorders (100 children and 84 parents). Analyze of parent-child relationships, characteristics of parental upbringing, the quality of children's attachment to a significant figures. The several dysfunctional communications in the families of children and adolescents with different levels of psychosomatic pathology are revealed: a high level of parental criticism and elimination of emotions combined with a high level of family perfectionism and anxiety inducing. Adolescent attachment to parents is char-

acterized by emotional ambivalence: the simultaneous combination of trust and rejection in relation to significant figures. This study found that the level of protection of parents towards their own child is directly related to an inadequate level of care received by parents in their own family of origin.

Keywords: psychosomatic disorder, children, adolescents, family dysfunctions, attachment, family emotional communication.

- Anan'ev V.A.* Psihologija zdorov'ja. SPb.:Rech', 2006. 384 s.
- Antropov Ju.F., Shevchenko Ju.S.* Lechenie detej s psihosomaticheskimi rasstrojstvami. SPb.: Rech', 2002. 556 s.
- Bileckaja M.P.* Semejnaja psihoterapija detej s rasstrojstvami ZhKT. SPb: Rech', 2010. 192 s.
- Brish K.H.* Terapija narushenij privjazannosti: Ot teorii k praktike. M.: Kogito-Centr, 2012. 316 s.
- Varga A.Ja.* Rol' roditel'skogo otnoshenija v stabilizacii detskoj nevtoticheskoj reakcii // Vestnik MGU, 14 serija. № 4. 1985. S. 17—24.
- Isaev D.N.* Jemocional'nyj stress. Psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej. SPb.: Rech', 2005. 400 s.
- Kravicova N.A.* Rol' detsko-roditel'skih otnoshenij v formirovanii psihosomaticheskix narushenij u detej i podrostkov (dinamicheskaja model' psihosomaticheskogo dizontogeneza) // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. 2005. № 22. S. 13—18.
- Severnij A.A., Balandina T.A.* Vozrastnye osobennosti psihopatologicheskoj fenomenologii i kompleksnoj korrekcii funkcional'nyh psihovegetativnyj rasstrojstv i u detej i podrostkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2005. № 1. S. 36—41.
- Kholmogorova A.B.* Integrativnaja psihoterapija rasstrojstv affektivnogo spektra. M.: ID "MEDPRAKTIKA-M", 2011. 480 p.
- Kholmogorova A.B., Garanjan N.G.* Mnogofaktornaja model' depressivnyh, trevozhnyh i somatoformnyh rasstrojstv // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 1998. № 1. S. 94—102.
- Jejdemiller Je.G., Dobrjakov I.V., Nikol'skaja I.M.* Semejnij diagnost i semejnaja psihoterapija. SPb.: Rech', 2005. 333 s.
- Breuer J., Freud S.* Uber den psychischen Mechanismus hysterischer Phanomene. Vorlaufige Mittheilung // In: Neurol. Zbl. 1983. № 12. P. 4—10; 43—47.
- Engel G.L.* The concept of psychosomatic disorder // J. Psychosom. Res. 1967. № 11. P. 3—9.
- Ierodiakonou C.S.* The psychosomatic approach in childhood disorders: some psychodynamic and psychotherapeutic issues // Revista Portuguesa de Psicossomatica. 2001. № 1. C. 45—55.
- Lipowski Z.J.* Psychosomatic medicine: past and present // Can. J. Psychiatry. 1986. № 31. P. 8—13.
- Minuchin S., Baker L., Rosman B.L., Liebman R., Milman L., Todd T.C.* A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy // Arch. Gen. Psychiatry. 1975. № 32. P. 1031—1038.
- Schwab J, Traven N.* Factors related to the incidence of psychosomatic illness // Psychosomatics. 1979. № 20. PP. 307—315.