

III.

Профилактика девиантного родительства

Калинина М.А., Баз Л.Л.

Психосоциальные факторы риска соматоформных расстройств детско-подросткового возраста

Несмотря на многочисленные исследования, направленные на изучение пре- и постнатальных факторов риска психопатологии, до сих пор остается много нерешенных вопросов, касающихся раннего прогноза психического дизонтогенеза, с которыми столкнется развитие ребенка в будущем (Lundqvist C., Sabel K-G., 2000). К настоящему времени ученые пришли к убеждению, что для гармоничного развития ребенка необходимо соблюдение ряда условий, в числе которых одним из главных является качество социально-интерактивного опыта. Одни исследователи делают акцент на вкладе в этот интерактивный процесс ребенка (Murray L., 1994), другие – на важности поведения родителей, особенно матерей. Brazelton T. B., Cramer B. G. (1990) подчеркивают важность заботы и ухода, как для родителя, так и для самого ребенка или – двух составляющих единой системы т.н «системы мать - дитя» в рамках которой, с точки зрения трансдисциплинарного подхода, развивается ребенок. Неудачи взаимодействия в диадическом процессе матери и ребенка ведут к развитию психопатологии (Nordberg L., 1995, Schore A. N. 1994).

Значительный вклад в наше знание связей между детским ранним опытом общения с воспитателями и последующей социальной и эмоциональной адаптацией ребенка внесла теория привязанности Bowlby J. 1982, 1989 гг.[6,7]. Ядром гипотезы Bowlby J. было предположение, что ранний деструктивный опыт в детско-родительских отношениях (разрыв ребенка с матерью) приведет в движение некие процессы, которые могут видоизменить его последующее психосоциальное развитие. Частью этой модели стали собственные представления родителей о привязанности, основанные на копировании ими опыта собственных отношений со своими родителями [20]. Теория привязанности, таким образом, создала богатую платформу для того, чтобы изучать механизмы, каким образом воспитание влияет на детское развитие.

Существуют несколько исследований, которые эмпирически подтверждают эту модель. Ainsworth M. et al. (1978) выделили 3 базовых паттерна детской привязанности – одну разновидность назвали «безопасной» и две «опасными» (избегающую и ригидную). Все вместе эти модели основаны на истории диадических взаимоотношений, которая отражает детские ожидания ответа от взрослого на сигнал о своих потребностях. Четвертый вариант привязанности был назван дезорганизованной, и был предложен Main M., Solomon J.(1990). Hesse E., Main M. (2006) предположили, что дезорганизованная привязанность развивается в тех случаях, когда форма привязанности является не только выражением потребности в защите, но и источником страха. Они предположили, что этот парадокс является результатом неразрешимого противоречия между тенденциями приблизиться или убежать от родителя, препятствующего формированию стабильной стратегии поведения использовать привязанность как источник комфорта во время стресса. Серии исследований, мета-анализы, проведенных Madigan S. et al. (2006) показывают, что причиной дезорганизованной привязанности может явиться нереализованная привязанность, развод родителей, плохое обращение воспитателей с

детьми. В любом случае дезорганизованный ребенок остается брошенным, предоставленным непредсказуемому, необъяснимому поведению взрослых, которые сами дезорганизуют и дезориентируют поведение ребенка.

Greenberg M.T.(1990), Lyons-Ruth K. (1996) утверждают, что небезопасная привязанность сама по себе не является индикатором психопатологии, но скорее всего, может установить направление ее развития, и в комбинации с другими факторами риска может привести к развитию собственно психопатологии. Эта гипотеза, как и теория Bowlby J. [6,7], строится на предположении, что качество отношений привязанности оказывает модулирующее влияние на воспитание с исходом в психопатологию. К настоящему времени существуют и отечественные исследования, изучающие модулирующую роль раннего воспитания на формирование психопатологии у ребенка в школьном или подростковом возрасте [3,4,9].

Психосоматические расстройства, их полиморфизм и широкое распространение в популяции представляют предмет изучения многих исследователей – психиатров, неврологов, терапевтов – специалистов по пограничным психическим расстройствам. В отечественной психиатрии возникновение таких расстройств в детском возрасте принято рассматривать в ключе формирования патохарактерологических черт личности и невротических расстройств. Важную роль в возникновении подобных нарушений отводят влиянию неблагоприятных семейных факторов, причем, типичной формой взаимоотношений в семье детей с психосоматическими нарушениями и их родителей часто является стиль «гиперопеки»[1-3], способствующий подавлению у ребенка свободы самовыражения. Привычка сдерживать свои эмоциональные порывы, в свою очередь, продуцирует негативные эмоции, чувство постоянного дискомфорта, что приводит к проявлению разнообразных соматических проявлений невротического характера и искажению личностных черт, по типу ипохондрической фиксации или истерической диссоциации, а в итоге развиваются типичные психосоматические заболевания. Как показывают данные литературы, и безразличное поведение матери, сопровождающееся депривирующим влиянием, также способствует возникновению различных психических нарушений [2-4].

В течение 2008-2011 гг. на базах НЦПЗ РАМН проводилось обследование детей, направляемых первоначально на лечение в педиатрический стационар с подозрением на кардиологическую или дыхательную патологию. В дальнейшем в связи с отсутствием данных за соматическое заболевание, с согласия или просьбы родителей, дети консультировались психиатром. Родителям предлагалось информированное согласие на обследование по принятому в Центре образцу. Всего было обследовано 48 детей в возрасте от 7 до 13 лет (9 мальчиков и 39 девочек). Для исключения сопутствующей соматической патологии в стационаре все дети обследовались стандартными клиническими и параклиническими методами: педиатрическим, психопатологическим, неврологическим, вегетологическим, психологическим, биохимическими анализами крови и мочи, проводились по показаниям исследование ЭКГ, ЭХОКГ, ЭЭГ. Психическое состояние детей оценивалось качественно, с учетом данных психопатологического, и психологического обследований, а также количественно. Впечатления о родителях и семье складывались из анамнестических данных и сведений лечащих врачей в стационаре, а также с помощью разработанного структурированного интервью.

Клиническая картина психического состояния в 19,2% определялась невротическими расстройствами в рамках акцентуаций тревожно-мнительного, истерического типа. В 42,3% отмечались неврозоподобные расстройства на фоне специфического развития по типу шизотипического диатеза. В 15,3% случаях, у детей с шизотипальными стигмами, отмечались транзиторные эпизоды психотических расстройств по типу просоночных, квалифицированных как форпост симптомы эндогенного заболевания. У других 15,3% детей диагностировались нарушения мышления (искажение уровня обобщений, разноплановость) в виде симптомов парциального постпроцессуального дефекта, укладывающихся в рамки дисгармонического мозаичного развития личности. Типичными для всех детей были проявления алекситимии. Неврологическое обследование выявляло отдельные рассеянные симптомы минимальной мозговой дисфункции, а также нелокализованные неврологические знаки (маркер риска шизофрении по Горюновой А.В. 1995г) в зоне черепно-мозговой иннервации, диффузную мышечную гипотонию и дистонию, лабильный вегетативный тонус. По результатам РЭГ, УЗДГ отмечались признаки ангиодистонии смешанного типа.

Что касается детско-материнских отношений, то из анамнеза выясняется, что, отношения с родителями часто были формальными. Начиная с дошкольного возраста, дети находились в детских дошкольных учреждениях, в том числе и детских садах с пятидневным пребыванием. В школьном возрасте дети либо были загружены различными кружками, либо совсем не посещали каких-либо дополнительных занятий вне школы. В быту к детям предъявлялись достаточно высокие требования: хорошо учиться, посещать кружки, выполнять некий круг бытовых обязанностей. При этом родители мало помогали или обучали своих детей выполнять предъявляемые требования. Они объясняли это тем, что уровень их образования был недостаточен для помощи в учебе, или же тем, что были чрезвычайно загружены на работе. В реальности же родители часто не считали необходимым это делать. На вопрос психолога, не может ли мама помочь дочери научиться вязать, мать удивляется: «Что помогать? Мне моя мама дала клубок ниток и спицы и сказала, чтобы я вязала».

Со стороны родителей наблюдалось непонимание психологического состояния детей, не было внимания к потребностям ребенка. Создавалось впечатление, что только жалобы на соматическое недомогание – это единственное, что привлекало внимание взрослых к проблемам ребенка. Ситуация болезни ребенка была понятна для матерей, они знали, что необходимо срочно обращаться к врачу. Так, даже в раннем возрасте при заболевании ребенка банальной респираторной инфекцией, его помещали в больницу, хотя состояние детей часто не требовало госпитализации.

Привыкнув с раннего детства к пребыванию в различных детских учреждениях, дети обычно не тяготились пребыванием в больнице. У них отсутствовало чувство глубокой привязанности к родителям и дому. Так, девочка 14 лет на вопрос врача, нравится ли ей в больнице, ответила: «Да, ведь здесь столько новых подружек!». Дети сами не торопились вернуться домой, в котором им было не очень «уютно». Вместо одних соматических жалоб они высказывали другие. Наблюдались случаи, когда детей, которых намеревались выписать из отделения кардиологии из-за отсутствия показаний к лечению, переводили в другие отделения для проведения обследования по новым жалобам. Показательной является ситуация, когда после назначения даты выписки девочка 10 лет звонила домой в 12 часов ночи и сообщала матери, что у нее возникла новая проблема со

здоровьем, из-за которой ее категорически не должны были выписывать. Некоторые дети сами требовали от матерей, чтобы их положили в больницу.

Было проведено нейро- и патопсихологическое обследование детей, и особенности детско-родительских отношений. Психологическое исследование детей выявило разнообразную картину патопсихологических синдромов, соответствующих задержанному, дисгармоническому и искаженному психическому развитию (В.В.Лебединский 1985). Следует отметить, что у большинства детей наблюдалось легкое недоразвитие пространственного восприятия, и в целом, дети имели общий невысокий уровень развития. Практически у всех детей отмечалась неразвитость мотивационной сферы, узкий круг интересов, некоторое уплощение эмоциональной сферы. Нейрофизиологические пробы выявляли нарушения процесса латерализации, зрительного восприятия и переработки информации со слабостью правополушарных, реже левополушарных функций.

Оценивая в целом психическое состояние группы наблюдавшихся детей, можно заключить, что оно соответствует дизонтогенетическому с преобладанием почти у половины из них шизотипальных стигм, и практически у всех парциальным недоразвитием формирования сенсорной и эмоционально-волевой сфер. При разнообразных нарушениях психического развития детей во всех случаях сходной является картина детско-родительских отношений. Выявляется наличие недостатка внимания и заботы со стороны родителей, нежелание заниматься его психологическими проблемами и наличием высоких требований к результатам его деятельности. По сути, характер детско-родительских и, особенно, детско-материнских отношений, приближается к т.н. «социальному сиротству» и может быть рассмотрено в рамках эмоционально депривации.

Литература

1. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение.- Медицина, Москва, 1977.- С.25-57.
2. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков.- Медицина, Москва, 1988.- С.27-33.
3. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении Автореферат дисс. на соиск . уч степени доктора мед наук. М. 1995
4. Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф. Роль фактора среды в индивидуальной реактивности в возникновении и клинике пограничных нервно-психических расстройств детского возраста. - В кн.: Психогигиена детей и подростков.- М, 1985.- С. 66-91.
5. Козловская Г.В., Проселкова М.Е., Калинина М.А., Марголина И.А., Платонова Н.В. Психическая депривация как патогенный фактор в раннем онтогенезе./ Психиатрия, 2005, 6.- 18-24.

Масленникова Е. С.

Реабилитация родителей детей, рождённых маловесными

Россия 1 января 1993 года присоединилась к странам, выполняющим рекомендации Всемирной организации здравоохранения: считать младенцев жизнеспособными, если они появились на свет не ранее 22-й полной недели и масса их тела достигла 500 г. За прошедшие с этого времени годы, выработаны технологии, накоплен большой опыт и практические знания по реабилитации таких детей. К 22 неделе