

БИЛЕЦКАЯ
МАРИНА ПЕТРОВНА

**СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ СЕМЕЙНОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ)**

Специальность 19.00.04 – Медицинская психология
(медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург
2006

Работа выполнена на кафедре детской психиатрии и психотерапии Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
ЭЙДЕМИЛЛЕР ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
АЛЕКСАНДРОВ АРТУР АЛЕКСАНДРОВИЧ
доктор психологических наук, профессор
КОРЖОВА ЕЛЕНА ЮРЬЕВНА

Ведущее учреждение: Санкт-Петербургская Государственная
медицинская академия им. И.И. Мечникова

Защита состоится « » _____ 2006 года в ____ часов на заседании диссертационного Совета Д 208.093.01 при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, дом 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

Автореферат разослан « » _____ 2006 года

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор ТУПИЦЫН ЮРИЙ ЯКОВЛЕВИЧ

Общая характеристика работы

Актуальность исследования

Исследованию личностных особенностей при психосоматических заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) уделяется большое внимание [Марилов В.В., 1993; Колесников Д.Б., 2001; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Katz J., Ritvo P., Irvine M.J., Jachson M., 1996; Luban-Plozza V., Poldinger W., Kreger F., 2000]. Личность ребенка формируется в структуре и под воздействием межличностных взаимоотношений в родительской семье [Захаров А.И., 1998; Бройтигам В., Кристиан Р., Рад М., 1999; Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2003; Gerris J.R.M., Dubas J.S., Janssens J.M., Vermulst A.A., 2000; Caron C., 2002].

Разработаны принципы комплексного подхода к психотерапии детей с заболеваниями ЖКТ [Каган Е.В., Исаев Д.Н., 1996], а также модели психотерапии [Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2000, 2002; Муравский С. П., 2000; Боброва И.А., 2001; Макарова О.Ф., 2001; Webb N.V., 1991; Remschmidt H., 1997, 2000], в том числе «лично-ориентированная (реконструктивная) психотерапия» [Исурина Г.Л., 1995; Карвасарский Б.Д., 1998; Ташлыков В.А., 1998; Александров А.А., 2000].

В настоящее время большое внимание уделяется заболеваниям печени и желчного пузыря [Скумин В.А., 1988; Аванесова Е.Г., 1991; Аванесова Е.Г., Гульдан В.В., 1991; Джебашвили М.И., 1991; Бабкин Д.Н., 2001; Елисеев Ю.Ю., 2003]. Согласно статистическим данным территориально-медицинского объединения (ТМО) № 28, детского поликлинического отделения (ДПО) № 65 Санкт-Петербурга, за последние 10 лет в 2,5 раза возросла заболеваемость дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) у детей и подростков. По данным литературы, несмотря на признание важной роли семьи в этиопатогенезе ДЖВП, модели психотерапии в рамках системного семейного подхода предложено не было.

При наличии достаточно большого числа научных исследований по проблемам стресс-преодолевающего поведения [Сирота Н.А., Ялтонский

В.М., 1994; Абабков В.А., Пеппе М., 2004; Laux L., Schulz A., 1996; Vollrath M., 1997; Micula G., Freundenthaler Н.Н., 1999] необходимо отметить отсутствие работ, посвященных исследованию совладающего поведения детей с ДЖВП и членов их семей, а также типов семейного воспитания, определяющих семейную дисфункцию.

Цель и задачи исследования

Цель исследования: изучение совладающего поведения и индивидуально-психологических особенностей детей 8 – 11 лет с ДЖВП и членов их семей, типов патологизирующего семейного воспитания и разработка модели семейной психотерапии в комплексном лечении ДЖВП.

Задачи исследования:

1. Изучить стратегии совладания и индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с ДЖВП.
2. Выявить психологические защитные механизмы, копинг-стратегии и индивидуально-психологические особенности родителей детей с ДЖВП.
3. Определить уровень семейной тревоги и личностной тревожности детей
4. Установить тип патологизирующего семейного воспитания в данных семьях.
5. Разработать и внедрить в практику модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии, основанной на системном подходе и теории адаптивного копинг-поведения.

Предмет исследования

Индивидуально-психологические особенности детей 8 – 11 лет с ДЖВП и членов их семей, особенности их совладающего поведения; типы семейного воспитания.

Объект исследования

Дети 8 – 11 лет с ДЖВП и члены их семей.

Научная новизна работы

Впервые были исследованы типы патологизирующего семейного воспитания, оказывающие влияние на формирование «симптома в дисфункциональной семье» больного ДЖВП. Симбиотические, конфликтно-

симбиотические детско-родительские взаимоотношения, низкая дифференцированность границ между семейными подсистемами приводят к формированию двух основных типов: «семья-конгломерат» и «семья-монолит». Было показано, что стратегии совладания в момент обострения ДЖВП не помогают разрешить конфликт и преодолеть боль, а закрепляют поведение идентифицированного пациента.

С учетом полученных результатов разработана модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии, направленная на снижение уровня общей семейной тревоги, на психокоррекцию дезадаптивных механизмов совладающего поведения членов семьи, на выявление и использование саногенного эффекта семьи в лечении ДЖВП.

Положения, выносимые на защиту

1. Совладающее поведение детей с ДЖВП характеризуется отсутствием адаптивных комплексов и использованием множества единичных копинг-стратегий (или диад), которые являются малоэффективными. Совладающее поведение взрослых членов семей детей с ДЖВП характеризуется использованием неконструктивных, малоэффективных копинг-стратегий.
2. Ребенок 8 – 11 лет с ДЖВП является идентифицированным пациентом. Боль в животе в момент обострения заболевания является «симптомом в семье», выполняющим морфостатическую функцию.
3. Семьи детей с ДЖВП являются дисфункциональными и имеют в своей основе негармоничное (патологизирующее) воспитание.
4. Семьи детей с ДЖВП характеризуются высоким уровнем общей семейной тревоги, стертой границей между подсистемами и высокой личностной тревожностью ребенка.
5. Разработанная модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии направлена на психокоррекцию дезадаптивных механизмов совладающего поведения членов семьи, а также на выявление саногенного эффекта семьи в комплексном лечении детей с ДЖВП.

Научно-практическая значимость

Полученные клинико-психологические характеристики и данные о

структуре совладающего поведения членов семей детей 8 – 11 лет с ДЖВП, выявленные особенности семейных коммуникаций и типов патологизирующего воспитания в этих семьях позволяют определить мишени психотерапевтического воздействия с целью более успешного лечения и профилактики обострения ДЖВП.

Полученные результаты могут быть использованы:

- в работе врачей-психотерапевтов, врачей, работающих на отделениях психосоматического профиля;
- в работе преподавателей кафедр психосоматики, психотерапии и клинической психологии, на факультетах повышения квалификации по психотерапии и медицинской психологии в следующих учебных курсах: «Клиническая психология», «Психосоматическая медицина», «Медико-психологическая реабилитация», «Психология и психотерапия семьи»;
- в работе с семьями больных детей;
- психологами и педагогами в работе с детьми с соматической патологией.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования используются при проведении семинаров на кафедре детской психиатрии и психотерапии Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская Медицинская Академия Последипломного Образования Министерства Здравоохранения РФ», а также лекций и семинаров и на факультете клинической психологии СПб ГПМА. Модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии внедрена в программу комплексного лечения детей младшего школьного возраста с ДЖВП на базе ТМО № 28, ДПО № 65 Красносельского района Санкт-Петербурга.

Результаты исследования доложены на IV Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Психология и психотерапия. Психотерапия детей, подростков и взрослых: состояние и перспективы» (2 доклада на секциях «Психотерапия детей с особенностями развития» и «Психотерапия при психосоматических расстройствах» – СПб, 2002), на

Ассоциации «Психическое здоровье детей и подростков» (СПб, 2003), на научно-практической конференции «Ожирение» (СПб, 2005) и на заседании кафедры детской психиатрии и психотерапии (СПб, 2005).

По теме диссертации опубликовано 8 работ.

Структура и объем диссертации

Основное содержание диссертации изложено на 130 страницах машинописного текста. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, пяти глав с описанием выборки и методов исследования, изложением результатов и обсуждением их, описанием модели краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии, выводов, заключения, библиографического указателя. Всего приведено 16 приложений, включающих 12 рисунков. Библиографический указатель состоит из 358 источников литературы (207 отечественных и 151 иностранных авторов).

Содержание работы

Материалы и методы исследования

Работа проведена на базе ТМО № 28, ДПО № 65 Красносельского района Санкт-Петербурга. В исследовании приняло участие 249 человек в возрасте от 8 до 46 лет. Обследуемый контингент был разделён на три группы:

Основную группу составили 85 человек – 30 семей, в которых имелись дети 8 – 11 лет с ДЖВП (МКБ-10: К 82.8): 34 ребёнка (17 мальчиков и 17 девочек), 30 матерей и 21 отец. Средний возраст детей составил 9,6 лет, матерей – 34,5 года, отцов – 36 лет.

1-ю контрольную группу составили 30 семей, в которых имелись дети 8 – 11 лет, страдающие гастродуоденитами. Эти семьи были представлены 81 членом: 32 ребёнка (17 мальчиков и 15 девочек), 30 матерей и 19 отцов. Средний возраст детей составил 9,2 года, матерей – 34 года, отцов – 35,6 лет.

2-ю контрольную группу составили 30 семей, в которых имелись дети 8 – 11 лет, не имеющие заболеваний ЖКТ – 82 члена: 33 ребёнка (17 мальчиков и 16 девочек), 30 матерей и 19 отцов. Средний возраст детей

составил 9,4 лет, матерей – 32 года, отцов – 34,5 лет.

Сравнительная характеристика основной и контрольных групп

Достоверных возрастных различий между матерями и отцами всех исследуемых групп не найдено. По возрастному и половому составу обследуемые дети однородны. В группах с патологией ЖКТ количество полных семей достоверно ниже (в основной группе – 18 семей ($p < 0,01$); в 1-й контрольной группе – 21 семья ($p < 0,05$)), чем во 2-й контрольной группе (28 семей).

Для достижения поставленной цели и решения задач диссертационного исследования были использованы **методы**:

1. Клинико-биографический метод использовался с целью получения дополнительной информации об обследуемом контингенте (возраст, сопутствующая патология, образование, тип семьи, семейный анамнез, составление семейных генограмм). Данный метод позволил исследовать характер взаимоотношений в нуклеарной семье, а также выявить особенности взаимодействия с другими членами микросоциального окружения (друзья, одноклассники, учителя).

Метод включённого наблюдения, представляющий собой модификацию «естественного эксперимента» по А.Ф. Лазурскому, позволил определить характер и стереотипы взаимодействия членов семьи на семейных сессиях.

2. Клинико-психологический метод был представлен следующими методиками:

1) Опросник копинг-стратегий школьного возраста N.M. Ryan-Wenger (1990), адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским (1994) в модификации И.М. Никольской, Р.М. Грановской (2001).

2) Шкала явной тревожности у детей (CMAS) A. Castaneda, B.R. McCandless, D.S. Palermo (1959), адаптированная А.М. Прихожан.

3) Многофакторный личностный вопросник Р. Кеттелла (детский вариант), апробированный Э.М. Александровской, И.Н. Гильяшевой (1978, 1985, 1995).

4) Опросник «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» (ИЖС) R. Plutchik и H. Kellerman (1979), апробированный в НИПНИ им. В.М. Бехтерева [Вассерман Л.И., Клубова Е.Б. и др., 1999].

- 5) Опросник «Копинг-тест» R. Lazarus (1980, 1984, 1987).
- 6) Гиссенский личностный опросник, разработанный в 1968 году, повторно стандартизированный в 1975 году [Beckman D., Brahler E., Richter H.-E., 1983]. Апробация проведена в НИПНИ им. В.М. Бехтерева [Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Малкова Л.Д., Мелик-Парсаданов М.В., Подсадный С.А., Трегубов И.Б., 1993].
- 7) Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса (1986, 1999).
- 8) Опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ) Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса (1999, 2002).

3. Статистический метод

Полученный материал был обработан с помощью статистического пакета SPSS. Были применены: однофакторный дисперсионный анализ, анализ наличия связей с помощью χ^2 -теста, сравнение средних по ранговому критерию Mann - Whitney и по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Данное исследование опирается на системный подход в изучении психологии семьи [Эйдемиллер Э.Г., 1999, 2003], биопсихосоциальный подход [Uexkull T., 1986] в изучении этиопатогенеза ДЖВП у детей и транзакциональную теорию стресса и копинга R. Lazarus (1980, 1993).

По данным семейного анамнеза выявлено, что дисфункциональные отношения в семье усиливают проявление психосоматического компонента ДЖВП. В свою очередь, хроническим фрустрирующим моментом для родителей является выраженность болевого синдрома у ребенка, необходимость строгого соблюдения режима питания, отдыха. В данной работе проанализированы особенности совладающего поведения у представителей нуклеарной семьи.

Совладающее поведение и индивидуально-психологические особенности младших школьников с ДЖВП

Совладающее поведение у младших школьников с ДЖВП

Дети основной группы используют единичные стратегии, основным

содержанием которых является телесный контакт, отношения привязанности («обнимаю, прижимаю, глажу» – 47,6%), эмоциональное отреагирование через горе и страдание («плачу, грущу» – 43,9%), а также диады копинг-стратегий, основное содержание которых: аффективное отреагирование с агрессией, направленной на себя («кусаю ногти» (41,9%) – «схожу с ума» (47,8%)), восстановление физических сил («сплю» (47,5%) – «ем или пью» (49,0%)) или аффективное отреагирование, в основном, вербального характера («воплю, кричу» (44,6%)) – $p < 0,001$.

В 8 – 9 лет используются единичные стратегии, с возрастом (10 – 11 лет) чаще применяются диады копинг-стратегий. Значимые различия по полу в использовании стратегий совладания были отмечены лишь дважды: «плачу и грущу» – у 70,60% девочек ($\Phi = 0,354$, $p < 0,05$; $n = 17$), а также «борюсь, дерусь», встречающаяся у 76,50% мальчиков ($\Phi = 0,589$, $p < 0,001$; $n = 17$). Индекс соотношения помогающие стратегии / используемые стратегии составил 0,61 ($p < 0,01$).

Дети 1-й контрольной группы используют копинг-стратегии сходного с основной группой содержания, но интенсивность применения их значимо ниже ($p < 0,001$): «обнимаю, прижимаю, глажу» – 31,7%; «плачу и грущу» – 34,1%; «схожу с ума» – 37,0%; $p < 0,05$: «сплю» – 30%.

Выбор стратегий совладания определяется половыми различиями: у мальчиков использование «агрессивных» стратегий совладания достоверно выше, чем у девочек ($p < 0,05$). Индекс соотношения помогающие / используемые стратегии составляет 0,68 ($p < 0,05$).

Во 2-й контрольной группе использовались единичные копинг-стратегии: «прошу прощения, говорю правду» (50,0%, $p < 0,05$; $n = 33$), «стараюсь забыть» (48,9%, $p < 0,05$; $n = 33$), но достоверно чаще ($p < 0,01$) в структуре совладающего поведения были отмечены комплексы, включающие в себя «детскую работу», отвлекающие занятия, физические нагрузки с расслаблением и восстановлением сил. С возрастом происходит усложнение совладающего поведения. Индекс

соотношения помогающие / используемые копинг-стратегии приближается к 1 (0,91, при $p < 0,05$).

Стратегии совладания, используемые детьми с психосоматическими заболеваниями ЖКТ (основная и 1-я контрольная группы), малоэффективны, вследствие чего сохраняется высокий уровень личностной тревожности ребенка, и психотравмирующая ситуация не разрешается. Для них также характерно ожирение, так как одной из часто используемых стратегий совладания является стремление «заесть» неприятную жизненную ситуацию ($p < 0,001$). Основными темами рисунков являются переживания болевого синдрома заболевания или отражающие неблагоприятную семейную ситуацию.

Тревожность детей младшего школьного возраста с ДЖВП

У детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ отмечается повышенный уровень тревожности (стены 7–10 по СМАС): в основной группе $3,94 \pm 0,152$ ($n=34$), в 1-й контрольной группе – $3,78 \pm 0,140$ ($n=32$), а во 2-й контрольной группе он достоверно ниже: $2,45 \pm 0,131$ ($n=33$, $p < 0,001$). Значимых различий между основной и 1-й контрольной группами получено не было (рис.1).



Рис.1.

Таким образом, высокий уровень тревожности у детей с ДЖВП и гастродуоденитами свидетельствует о том, что психосоматическое заболевание усугубляет протекание возрастного кризиса младшего школьного возраста. В 10 – 11 лет уровень тревожности снижается, но в

основной ($3,53 \pm 0,194$) и в 1-й контрольной группах ($3,40 \pm 0,163$) сохраняются показатели достоверно выше нормативных данных ($p < 0,01$).

Особенности личности детей младшего школьного возраста с ДЖВП

Дети основной группы наиболее тревожны, легко возбудимы, используют более конкретные формы мышления. Для них характерен высокий самоконтроль, напряженность, гипернормативность и раздражительность.

По многим показателям результаты сопоставимы с 1-й контрольной группой, что позволило выявить различия с детьми, не имеющими заболевания ЖКТ (Таб.1).

Сравнительный анализ основных факторов личности

Таб.1.

Фактор	Дети с психосоматическим заболеванием ЖКТ (n=66)	Дети со здоровым ЖКТ (n=33)	T	P
A	4,22±0,140	5,70±0,287	4,42	p<0,001
B	4,79±0,900	5,48±0,209	3,06	p<0,01
C	4,44±0,106	5,55±0,214	4,64	p<0,001
D	6,15±0,137	5,39±0,222	-3,04	p<0,01
G	4,80±0,133	5,64±0,245	2,98	p<0,01
H	4,11±0,130	5,24±0,254	3,99	p<0,001
O	6,88±0,121	6,27±0,227	-2,58	p<0,01
Q ₃	4,50±0,135	5,45±0,243	3,72	p<0,001
Q ₄	7,24±0,118	6,09±0,293	-3,64	p<0,001

По шкалам доминантности, чувствительности, склонности к риску достоверно значимых различий не выявлено.

Таким образом, дети с психосоматическими заболеваниями ЖКТ не уверены в себе, в своем поведении, более возбудимые, характеризуются менее добросовестным поведением, робкие, чувствительные к угрозе.

Совладающее поведение и индивидуально-психологические особенности родителей детей с ДЖВП

Психологические защитные механизмы (ПЗМ) взрослых членов семей

Для родителей детей с ДЖВП достоверно характерны ПЗМ:

вытеснение ($7,37 \pm 0,131$; n=30 – у матерей; $7,324 \pm 0,168$; n=21 – у отцов), $p < 0,001$; регрессия ($8,50 \pm 0,213$; n=30 – у матерей и $8,52 \pm 0,235$, n=21 – у отцов), $p < 0,001$; реактивные образования ($4,23 \pm 0,141$; n=30 – у матерей,

4,24±0,168; n=21 – у отцов), $p<0,001$. По шкале «отрицание» выявлены значимые различия у матерей основной группы по сравнению с обеими контрольными группами: 7,0±0,152; n=30; $p<0,001$. У отцов основной группы были получены достоверные различия по шкале «замещение», $p<0,001$ (8,10±0,181; n=21). Несмотря на низкие значения интеллектуализации у отцов основной группы (4,57±0,111; n=21) показатели значимо выше, чем у матерей этой же группы (3,50±0,133) $p<0,01$. Показатели по шкале «компенсация» значимо снижены (3,00±0,136; $p<0,01$ – у матерей; 3,67±0,105; $p<0,001$ – у отцов) по сравнению с обеими контрольными группами.

Для родителей 1-й контрольной группы характерны ПЗМ:

компенсация (4,13±0,142; n=30, $p<0,01$ – у матерей; 4,63±0,114; n=19, $p<0,001$ у отцов); проекция (8,37±0,890; $p<0,05$ – у матерей; 8,42±0,116, $p<0,01$ – у отцов).

У родителей 2-й контрольной группы отмечаются показатели достоверно ниже, чем в основной и 1-й контрольной группах по шкалам «вытеснение», «регрессия» и «замещение» ($p<0,001$) и высокие показатели по шкале «интеллектуализация» ($p<0,001$): 6,67±0,880; n=30 – у матерей; 7,53±0,118; n=19 – у отцов.

Совладающее поведение родителей детей с ДЖВП

Матери детей с ДЖВП чаще прибегают к поиску социальной поддержки (78,33±1,649, $p<0,001$), а также к «бегству – избеганию» неприятных ситуаций (74,58±2,522, $p<0,001$). У отцов отмечаются сниженные показатели по шкалам «дистанцирование от проблемы» (40,48±2,207) и высокий конфронтативный копинг (73,81±2,105). Совладающее поведение родителей основной и 1-й контрольных групп имеют много общего, что объясняется этиопатогенезом психосоматических заболеваний ЖКТ (рис. 2).

Родители детей со здоровым ЖКТ имеют средние нормативные показатели по всем шкалам и достоверно чаще ($p<0,001$) используют различные адаптивные формы совладающего поведения в зависимости от ситуаций.

Совладающее поведение родителей детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ и здоровым ЖКТ

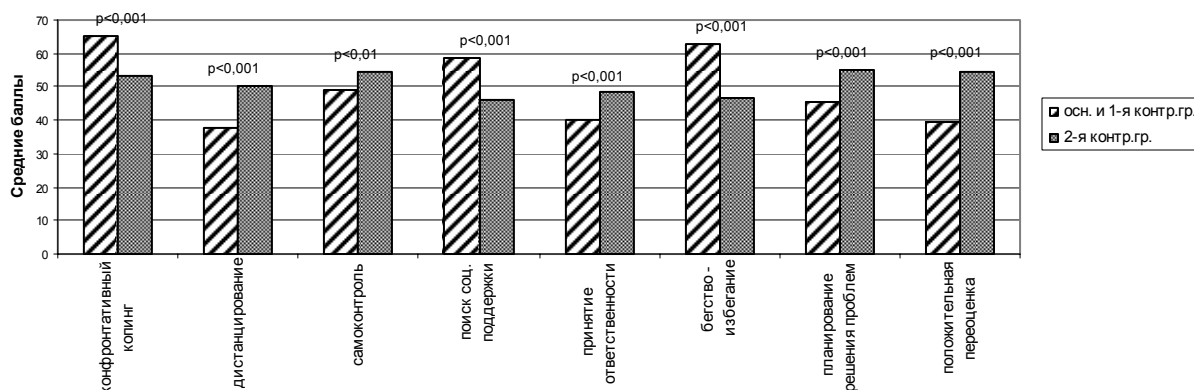


Рис. 2.

Личностные особенности родителей детей с ДЖВП

Полученные результаты у родителей основной и 1-й контрольной групп сопоставимы. Это позволило выделить личностные особенности матерей и отцов детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ.

Матери детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ считают себя не очень популярными в обществе, нетерпеливы, с избыточным контролем, нередко имеют депрессивные переживания, склонны к замкнутости. Избыточный контроль значимо выше в основной группе ($26,97 \pm 0,373$, при достоверности различий $p < 0,001$ для 2-й и $p < 0,05$ для 1-й контрольных групп).

Отцы детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ также не всегда успешны во взаимодействии с окружением. Они нетерпеливы, любят настоять на своем, с избыточным контролем, склонны к депрессивным переживаниям ($p < 0,001$).

В данном исследовании был проведен сравнительный анализ личностных особенностей родителей детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ и родителей детей со здоровым ЖКТ (таб. 2).

Шкала	Родители детей с психосоматическими заболеваниями (n=100)	Родители детей со здоровым ЖКТ (n=49)	t	P
I	24,26 ± 0,270	27,94 ± 0,227	10,43	p < 0,001
II	22,98 ± 0,244	24,96 ± 0,231	5,88	p < 0,001
III	25,78 ± 0,263	23,08 ± 0,130	-9,19	p < 0,001
IV	29,88 ± 0,235	26,14 ± 0,149	-13,42	p < 0,001
V	21,67 ± 0,318	20,12 ± 0,67	-4,31	p < 0,001
VI	21,48 ± 0,311	17,63 ± 0,133	-11,37	p < 0,001

Наибольший коэффициент различий имеется по шкалам социального одобрения, настроения и социальных способностей.

Таким образом, родители детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ отличаются неуверенностью в своей социальной значимости, относительной неуспешностью в общении с окружающими, склонностью к депрессивным переживаниям, слабой способностью к самоотдаче. Получены также значимые различия, свидетельствующие об их доминантности, избыточном контроле, отстраненности от других людей. Выявленные личностные особенности оказывают влияние на тип семейных взаимоотношений и могут определять уровень общей семейной тревоги.

Клинико-психологические особенности семей детей с ДЖВП

Данные анамнеза, метода включенного наблюдения и интервью доказывают, что идентифицированным пациентом в семье чаще всего является ребенок, так как именно его болевой синдром и / или поведение, школьная неуспеваемость служат наиболее частыми причинами обращения к врачу.

Анализ семейных генограмм позволил выявить у детей с психосоматическими заболеваниями наследственную предрасположенность: в прародительской семье и у одного из родителей имела патология ЖКТ (язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, эрозивный гастродуоденит, ДЖВП). В этих семьях чаще отмечались ссоры, уходы из дома, взаимоотношения супругов носили конфликтно-симбиотический характер, наблюдалось замалчивание конфликтов. Выявлено большое число разводов в ряду поколений. Во 2-й контрольной группе конфликтных ситуаций в семье

отмечалось меньше, полные семьи составили 60% от общего числа семей.

Анализ семейных социограмм позволил выявить положение ребенка в системе межличностных взаимоотношений и характер коммуникаций в семье. Наиболее частые варианты семейных социограмм в основной группе были графически представлены в двух вариантах:

- «**семья-конгломерат**»: все кружки тесно соприкасаются между собой, «слипаясь» или наслаиваясь друг на друга. Кружки большего размера – родители, а находящийся под ними кружок (ребенок) – идентифицированный пациент. Если в семье более одного ребенка, то sibс нарисован в отдалении и с краю или включен в единый «конгломерат»;
- «**семья-монолит**»: внутри круга, обозначающего семейные границы, находится большой кружок, обведенный жирной линией, иногда заштрихованный, в котором расположены все члены семьи, имеющие слабо дифференцированные границы или не имеющие таковых.

Тип семейного воспитания в семьях детей с ДЖВП

Для семей детей с ДЖВП были выявлены следующие типы патологизирующего семейного воспитания: для матерей детей с ДЖВП – «потворствующая гиперпротекция» ($p < 0,01$), а для отцов детей с ДЖВП – «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0,05$).

Матери детей 1-й контрольной группы использовали стиль воспитания «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0,01$), а отцы – «повышенная моральная ответственность» ($p < 0,05$). Для родителей детей с психосоматическими заболеваниями характерна фобия утраты ($p < 0,001$), воспитательная неуверенность ($p < 0,001$) и предпочтение детских качеств ($p < 0,01$).

Во 2-й контрольной группе преобладал адекватный стиль семейного воспитания; имелась слабо выраженная тенденция к стилю «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0,001$).

Семейная тревога в семьях детей с ДЖВП

Важным показателем семейного благополучия является отсутствие семейной тревоги. В дисфункциональных семьях за счёт невысказанных негативных

эмоций, блокирования потребностей членов семьи, нарастают тревожность, вина и напряжённость, которые вместе составляют уровень семейной тревоги. Выявлен высокий уровень общей семейной тревоги в семьях детей с психосоматическими заболеваниями: в основной группе он составил $14,27 \pm 0,239$ ($n=51$), который определялся высокими показателями по шкалам тревожности ($5,75 \pm 0,115$) и напряжённости ($5,76 \pm 0,870$). 1-я контрольная группа также отличается высоким уровнем общей семейной тревоги – $14,00 \pm 0,272$ ($n=49$). Сравнительный анализ показал, что имеются достоверные различия по шкале «вина» между всеми группами ($p<0,001$). В 1-й контрольной группе этот показатель значимо выше ($p<0,001$). Уровень общей семейной тревоги во 2-й контрольной группе не превышает нормативных показателей. Полученные результаты проиллюстрированы на рис. 3.

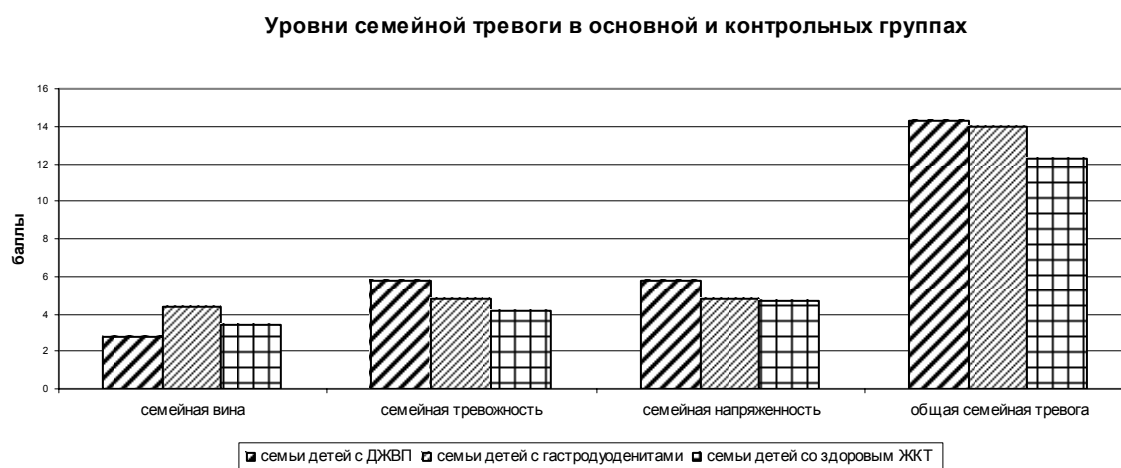


Рис. 3.

Модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии в программе комплексного гастроэнтерологического лечения детей с ДЖВП

Необходимость включения семейной психотерапии в комплексное лечение гастроэнтерологических заболеваний обусловлено тем, что дисфункциональные семьи могут способствовать возникновению психосоматических расстройств. В таких семьях выражены: чрезмерная забота о состоянии здоровья членов семьи, ригидность с тенденцией к сохранению прежнего состояния семьи, вторжение в личностные границы и неясное положение в семье («недифференцированная эго-масса» – Bowen

М., 1978), а также неумение разрешать конфликты, зависящие от аномальных взаимодействий и приводящие к неспособности противостоять трудностям [Исаев Д.Н., 2000].

Модель семейной психотерапии, разработанная в данном исследовании, основывается на принципах системной семейной психотерапии, теории адаптивного копинг-поведения [Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994; Эйдемиллер Э.Г., 2002, 2005; Lazarus R., 1986, 1993]. Выбор краткосрочной модели семейной психотерапии был обусловлен следующими факторами:

- необходимостью работы с семьей пациента с целью снижения семейной тревоги и нормализации детско-родительских взаимоотношений;
- трудностью вовлечения всей семьи в программу комплексного лечения;
- необходимостью объяснения «психосоматическим» семьям, что проблемы имеются не только у больного ребенка, но и у семьи, как системы в целом;
- необходимостью эмоционального отреагирования боли, своего отношения к болезни, тревоги и страхов больного ребенка как члена семьи, так и индивидуально, как личности.

Боль в животе при обострении ДЖВП – **симптом, выполняющий морфостатическую функцию**. При этом идентифицированный пациент – ребенок сохраняет гомеостаз семейной системы. Психотерапевт изменяет равновесие в семейной системе, подготавливая ее к изменениям. Это может приводить к усилению симптома на первых шагах психотерапии, поэтому необходимо при реализации краткосрочной модели провести ряд сессий с детской и родительской подсистемами отдельно. Это помогает снизить семейную тревогу, возросшую в начале перестройки семейных ролей, а также снизить тревогу и напряженность идентифицированного пациента, который, включаясь в «детскую работу» (адаптивные стратегии совладания), может эмоционально отреагировать свои проблемы.

Разработанная «ромбовидная» векторная модель семейной психотерапии детей 8 – 11 лет с ДЖВП является частью комплексного лечения и предназначена для специалистов (врачей-психотерапевтов, медицинских психологов), чья работа непосредственно связана с лечением

данного контингента больных и членов их семей. Данная модель может быть реализована в рамках амбулаторного лечения, а также на базе консультационно-диагностических центров или реабилитационных гастроэнтерологических отделений.

В настоящее время предложенная модель была внедрена в практику комплексного лечения детей с ДЖВП на базе психотерапевтического кабинета ДПО №65, ТМО №28 Красносельского района г. Санкт-Петербурга.

Целью реализации модели является обеспечение адаптивного функционирования семейной системы в момент обострения ДЖВП, выявление и использование саногенного эффекта семьи для выздоровления или длительной ремиссии заболевания ребенка.

Данная цель решается посредством реализации следующих **задач**:

- принятие ответственности за существующие проблемы каждым членом семейной системы;
- повышение родительской компетентности;
- поиск и активизация семейных ресурсов и развитие на их основе адаптивных стратегий совладания;
- ориентация не на причины заболевания, а на его лечение.

Модель строится, исходя из следующих **принципов**:

- психосоматическое заболевание (ДЖВП) у ребенка – проблема не идентифицированного пациента, а всей семьи;
- ориентация на совладание с болезнью, а не на «культ болезни», существующий в семье;
- преодоление алекситимических барьеров – задача всей семьи;
- отказ от анализа прошлых ошибок, работа с семьей «здесь и сейчас», направленная на решение проблем, связанных с текущим заболеванием;
- четкая дифференцированность внутрисемейной структуры, правильное функционирование подсистем в семье – основа адаптивного совладающего поведения и саногенной роли семьи в лечении ДЖВП;
- семья воспринимается способной нести ответственность за поведение своих членов и решение своих проблем;

- интенсивность и кратковременность вмешательства.

Предлагаемая модель рассчитана на 46 часов, состоит из четырех этапов и реализуется в течение пяти месяцев, включая поддерживающий этап. Частота встреч определяется задачами этапа.

Принципы и техники психотерапии, интегрированные в модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии: семейная системная психотерапия, семейная арт-терапия, ролевые игры, свободный проективный рассказ, семейная дискуссия, психогимнастика.

Данная модель семейной психотерапии называется «ромбовидной» векторной, так как предусматривает проведение лечения по направлениям, условно обозначающим ромб: на начальном этапе проводится психотерапевтическая работа с семьей, как с системой. На втором этапе психотерапевтическая работа проводится по направлениям-векторам с родительской и детской подсистемами отдельно. В данном исследовании отмечено, что семьи с ребенком, страдающим ДЖВП, находятся в тесной взаимозависимости, границы между подсистемами либо тесно соприкасаются, «слипаясь» друг с другом («семья-конгломерат»), либо образуют единый слившийся блок («семья-монолит»). С целью снижения напряженности связей во внутрисемейной структуре и реконструкции границ каждой подсистемы принято решение о проведении ряда психотерапевтических сессий по векторам детской и родительской подсистем. На третьем и четвертом этапах психотерапия проводится с семьей, как системой в целом. Содержанием третьего этапа является реконструкция семейных отношений и выработка адекватного совладающего поведения в период обострения заболевания. Четвертый этап – поддерживающий, итоговый. В ходе него также происходит отсоединение психотерапевта от семьи.

Оценка эффективности краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии

Оценка эффективности применения данной модели проводилась с помощью опросника «Анализ семейной тревоги» [Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.,

1999]. Анализ полученных данных сравнивался с исходными данными (рис.4)



Рис. 4.

Завершением «экологической проверки» данной модели явилось проведение катамнестического исследования: 21 семья (70%), явившись на встречу с психотерапевтом через 6 месяцев после окончания лечения, отмечают улучшение взаимопонимания между членами семьи, снижение частоты и степени выраженности конфликтов в семье, преобладание конструктивных решений проблемных ситуаций. (таб. 3).

Оценка эффективности модели краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии

Таб. 3

Участие в данной модели психотерапии	Да	Нет	P
	30 семей	30 семей	
Опрошено абсолютное число (%)	21 семья (70%)	23 семьи (76,6%)	
Ремиссия ДЖВП % детей от опрошенных	80%	45%	p<0,001
Рецидив ДЖВП % детей от опрошенных	20%	55%	p<0,001

Таким образом, у 80% детей, прошедших катамнестическое исследование отмечается стойкая ремиссия в протекании ДЖВП, у 20 % – снижение выраженности болевого синдрома и большая продолжительность ремиссии, что может свидетельствовать об эффективности проведенной психотерапии.

Выводы

1. Для детей с ДЖВП характерно использование множества единичных (или диад) копинг-стратегий и отсутствие их комплексов. Основным содержанием стратегий совладания является телесный контакт, отношения привязанности, эмоциональное отреагирование через горе и страдание, а также аффективное отреагирование вербального характера или реакции интрапунитивного типа. Структура совладающего поведения с возрастом усложняется: в 10 – 11 лет чаще используются стратегии совладания, направленные на проговаривание или обдумывание психотравмирующей ситуации.
2. Выявлены психологические защитные механизмы родителей, закрепляющие соматическую концепцию заболевания ребенка (вытеснение, отрицание, регрессия). Копинг-стратегии матерей отличаются обращением к поиску социальной поддержки, а также «бегством – избеганием» неприятных ситуаций. У отцов отмечаются сниженные показатели по шкалам «дистанцирование от проблемы» и «положительная переоценка» и высокий конфронтативный копинг. Совладающее поведение основной и 1-й контрольных групп имеют много общего, что объясняется этиопатогенезом психосоматических заболеваний ЖКТ.
3. Для детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ характерен высокий уровень тревожности, который к 10–11 годам имеет тенденцию к снижению. В семьях детей с ДЖВП отмечается высокий уровень общей семейной тревоги.
4. Дети с ДЖВП тревожны, легко возбудимы, раздражительны, с высоким самоконтролем. Родители детей с психосоматическими заболеваниями нетерпеливы, нередко имеют депрессивные переживания, склонны к замкнутости. Избыточный контроль значимо выше в основной группе.
5. Патологизирующий стиль семейного воспитания «потворствующая гиперпротекция» – у матерей и «доминирующая гиперпротекция» – у отцов определяет семейную дисфункцию. Боль в животе при обострении ДЖВП выполняет морфостатическую функцию «симптома в семье». У

родителей детей с психосоматическими заболеваниями выражена фобия утраты, воспитательная неуверенность и предпочтение детских качеств.

6. Низкая дифференцированность границ между семейными подсистемами, приводит к формированию двух основных типов: «семья-конгломерат» и «семья-монолит» и сочетается с отсутствием гибкой системы конструктивных стратегий совладания у членов семьи.

7. Разработанная и внедренная в практику комплексного лечения ДЖВП модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии способствует адаптивному функционированию семейной системы в момент обострения заболевания и позволяет использовать саногенный эффект семьи для выздоровления или длительной ремиссии ДЖВП.

По теме диссертации опубликованы следующие работы

1. Билецкая М.П. Психологические особенности и семейная психотерапия детей с дискинезией желчевыводящих путей // Материалы IV Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Психология и психотерапия. Психотерапия детей, подростков и взрослых: состояние и перспективы». – СПб: ИМАТОН, 2002. – С. 95–98.

2. Билецкая М.П. Тревожность в семьях детей с дискинезией желчевыводящих путей // Материалы V Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции 8–9 февраля 2003 г.: «Психология и психотерапия. Тревога и страх: единство и многообразие взглядов». – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. – С. 30–33.

3. Билецкая М.П. Психологические особенности и семейная психотерапия детей с дискинезией желчевыводящих путей // Сборник тезисов к научно-практической конференции молодых учёных «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины». – СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2003. – С. 225–227.

4. Билецкая М.П. Психологические особенности и семейная психотерапия детей с дискинезией желчевыводящих путей: биопсихосоциальный подход // Материалы научно-практической конференции молодых учёных

(Бехтеревские чтения) 28 февраля – 1 марта 2002 г.: «Биопсихосоциальная парадигма медицины и её влияние на развитие психоневрологической науки и практики» – СПб, 2004. – С. 26–30.

5. Билецкая М.П. Психологические особенности и семейная психотерапия детей младшего школьного возраста с дискинезией желчевыводящих путей // Актуальные проблемы педиатрии / Сборник научных работ кафедры педиатрии – 2 с курсом гастроэнтерологии, посвященный 50-летию кафедры. – СПб: ООО «Береста». – 2004. – С. 212–215.

6. Билецкая М.П. Совладающее поведение в семьях детей с дискинезией желчевыводящих путей и семейная психотерапия // Материалы Международной научно-практической конференции «Семья XXI века». – Калининград: Янтарный сказ, 2004. – С. 143–146.

7. Билецкая М.П. Психологические особенности детей с дискинезией желчевыводящих путей и семейная психотерапия // Детская психиатрия: Учебник / Под редакцией Э.Г. Эйдемиллера. Серия «Национальная медицинская библиотека». – СПб: Питер, 2005. – С. 685–693.

8. Билецкая М.П. Клинико-психологические характеристики детей младшего школьного возраста с дискинезией желчевыводящих путей и членов их семей // Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин. – М.– 2005 (V, № 2). – С. 86 – 90.