

М. В. Милейко

ИЗМЕНЕНИЯ Я-КОНЦЕПЦИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Работа представлена кафедрой медицинской психологии и психофизиологии
Санкт-петербургского государственного университета.
Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор И. И. Мамайчук*

В статье обсуждается взаимосвязь заболевания и особенностей смысловой сферы у детей с ХГП. По результатам исследования у детей с ХГП и их родителей выявлены: двойственная самооценка, значительный разрыв между «Я реальным» и «Я идеальным».

The paper describes the interconnection between the disease and the peculiarities of the mental sphere of CGP-suffering children. Results of the study of CGP-suffering children and their parents have shown ambiguous self-feeling, significant gap between “I-actual” and “I-ideal”.

Частота возникновения хронической гастродуоденальной патологии (ХГП) у детей неуклонно возрастает, несмотря на различные медицинские мероприятия по ее устранению многочисленные и разноплановые исследования причин ее возникновения.

В психологии и медицине длительное время общепринятым считалось воззрение на язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как на классическое психосоматическое заболевание, в этиологии и патогенезе которого несомненна роль психосоматических факторов. Взаимосвязь между психосоматическими факторами и конкретным заболеванием объяснялась с точки зрения одной из трех теорий: специфической теории Александера¹, неспецифической теории и теории кортико-висцеральных связей². Согласно теории Александера, любому психосоматическому заболеванию соответствует бессознательный внутриличностный конфликт, вызывающий тревогу, и, как ее следствие, вегетативную дисфункцию. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки это конфликт между потребностью в опеке и самостоятельностью³. В рамках неспецифической теории возникновение язвенной болезни объясняется генетической слабостью

органа, страдающего под длительным воздействием стрессора⁴, по теории кортико-висцеральных связей – нарушением кортикальных функций в корковой зоне, отвечающей за регуляцию конкретного органа, что приводит к висцеральной патологии этого органа.

Однако в 1983 г. В. Marshall и J. Warren впервые описали микроорганизм *Helicobacter pylori*, вызывающий поражение слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки⁵. К 1996 г. в медицинском сообществе признана несомненная патогенетическая роль *Helicobacter pylori* в возникновении и развитии хронического антрального гастрита типа В, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а так же рака желудка⁶.

В то же время концепция о микробной природе гастрита типа В и язвенной болезни не получила пока распространения в среде исследователей-психологов. Основные теории относительно природы этих заболеваний, господствующие в психологии, совершенно не учитывают открытие Маршаллом и Уорреном патогенетической роли *Helicobacter pylori* в возникновении ХГП³.

Медиками и психологами, имеющими различные взгляды на природу ХГП, накапливаются разносторонние данные,

не отражающие представления о человеке как о целостном организме.

В частности, астения и сопутствующие ей тревога и угнетенность, присутствующая больным с хронической гастродуоденальной патологией, расценивается не как следствие длительного воздействия микробных токсинов на организм носителя, а как одна из причин возникновения гастродуоденальной патологии⁸. С другой стороны, исследователи-медики указывают на значимость в развитии и течении гастродуоденальных заболеваний, ассоциированных с НР, продолжительности грудного вскармливания, особенностей социально-гигиенических аспектов жизни и других психосоциальных факторов⁹. Центральной проблемой исследований «психосоматических» заболеваний в психологии до настоящего времени были характерологические особенности больных¹⁰ или их отношение к болезни¹¹, в то время, как и то и другое может быть частичным следствием не только личности, но и особенностей течения самой болезни либо характера лечебных мероприятий.

Особенности смысловой сферы больных с гастродуоденальной патологией изучены лишь частично, на примере взрослой клиники. Однако у детей с хронической гастродуоденальной патологией, смысловая сфера которых находится в процессе формирования и развития, многие особенности ее остаются неизученными. Неясной остается взаимосвязь самооценки и самоотношения у таких детей и характера возникновения и течения у них заболевания, а также динамика этих структур в процессе лечения – как медицинского, так и психологического.

В своих представлениях о существенных изменениях личности мы опираемся на теоретический подход, предложенный отечественными психологами – понимание личности как субъекта деятельности¹². При таком понимании личности «вершинной» сферой становятся лично-

стные смыслы. Опираясь на труды А. Н. Леонтьева и Б. С. Братуся¹³, В. В. Николаева на примере больных хронической почечной недостаточностью убедительно показала, что длительное соматическое заболевание провоцирует аномальное развитие левации у взрослых происходит искажение смысловой сферы. Можно предположить, что изменения личности, возникшие вследствие хронической болезни, будут отражаться и в представлениях об идеале. Учитывая семейный характер заболевания, следует изучить степень и характер влияния измененной личности хронически больного родителя на личностные особенности хронически больного ребенка.

Таким образом, целью нашей работы стало изучение особенностей смысловой сферы детей с хронической гастродуоденальной патологией и динамики этих особенностей в процессе медицинской и психологической реабилитации.

В МУЗ ДГП № 8 Центрального района Санкт-Петербурга и пульмонологическом отделении ЛОГУЗ «Областная детская больница» было обследовано 139 человек в возрасте от 10 до 64 лет, из них 83 ребенка в возрасте от 10 до 17 лет. Всем детям после всестороннего медицинского обследования врачами медицинских учреждений назначалась соответствующая медикаментозная терапия. Основную группу составили 112 человек (56 пар ребенок – родитель), страдающих ХГП. Некоторые из детей из основной группы (27 человек) получали не только медикаментозное, но и психотерапевтическое лечение. Контрольную группу составили детей 27 без ХГП. ХГП и наличие инфекции *Helicobacter pylori* выявлялись методами эзофагогастродуоденоскопии и «дыхательным тестом» по аммиаку¹⁴. Для выявления сопутствующей патологии изучались истории болезни детей, проводился структурированный опрос родителей.

Для изучения особенностей смысловой сферы и представлений о своем идеале использовались: методика исследования самооотношения (МИС)¹⁵, метод «Пиктограммы»¹⁶, личностный дифференциал (ЛД), тест Люшера, цветовой тест отношений, метод диагностики межличностных отношений (ДМО) (модифицированный Л. Н. Собчик тест Т. Лири¹⁷), вспомогательная авторская методика «Рисунок своего идеала», структурированная беседа, клиническое наблюдение. Данные методик ДМО, ЛД и МИС были обработаны на персональном компьютере с помощью программы STATISTICA (метод сравнения выборок по t-критерию Стьюдента).

Результаты: по данным структурированного опроса, беседы, наблюдения и анализа историй болезни выявлены следующие психосоциальные факторы: снижение продолжительности грудного вскармливания (в 95% случаев менее 12 месяцев, в 65% случаев менее 6 месяцев), стесненные условия проживания (76% проживают в коммунальных квартирах либо в «родственных коммуналках»), нарушенную структуру семьи (в 95% случаев неблагоприятные по своему психологическому климату). В подавляющем большинстве семей (68%) отец не принимает участие в воспитании ребенка либо из-за разрыва отношений с семьей, либо из-за нежелания. Если отец проводит время с ребенком, то совместно они просматривают телевизор или играют в компьютерные игры. В то время как в контрольной группе отцы проводят время с детьми в основном за неформальными занятиями: рыбалкой, починкой машины, разнообразными «мужскими хобби». Матери детей с хронической гастроуденальной патологией чаще всего ориентированы на контроль за школьной успеваемостью и состоянием здоровья. У таких матерей ярко выражена тревога за здоровье и благополучие детей, но данные наблю-

дения и беседы свидетельствуют о наличии у них скрытого отвержения по отношению к семье в целом и к своим детям в частности.

Во всех случаях ХГП сопутствует два или несколько хронических заболеваний: дискинезия желчевыводящих путей – у 98%, вегетососудистая дистония – у 85%, аллергические реакции различной степени тяжести – у 75%, явления резидуально-органического генеза – у 65%, нефропатии – у 40% обследованных. Тогда как у детей из контрольной группы при всестороннем медицинском обследовании выявляется лишь одно хроническое заболевание – аллергические реакции различной степени тяжести.

Тяжесть ХГП и наличие большого количества сопутствующих заболеваний положительно коррелирует в обеих группах с таким фактором, как стесненность жилищных условий.

По данным методики ДМО дети с ХГП по сравнению с контрольной группой оценивают себя как менее уверенных в себе, худших советчиков и организаторов; им менее свойственен стиль уверенного, независимого, соперничающего поведения.

Идеальное представление о себе у детей с ХГП – как о более покорных и застенчивых, нуждающихся в послушании, дружелюбных и стремящихся к сотрудничеству с референтной группой.

По данным методики ЛД в экспериментальной группе как у детей, так и у их родителей выявлен разрыв между представлениями о своем «реальном Я» и «идеальном Я» по факторам Оценки и Силы. Большинство детей с ХГП и их родители (72%) представляют свое «Идеальное Я» менее активным, чем «Я реальное». Интересно отметить, что «Идеальное Я» у родителей и детей зачастую совпадает, и тем чаще, чем младше ребенок. По данным этой методики можно проследить, какие именно качества транслируются родителями детям

в процессе воспитания. Выделяется небольшая (15%) группа детей с ХГП, в которой отмечаются одни и те же качества у своего реального и идеального «Я», даже после дополнительной инструкции. Для них характерны высокие баллы по шкале открытости МИС, а также высокие показатели по первому октанту ДМО: они могут быть охарактеризованы как замкнутые и властные. Эти характеристики формируются у них в ответ на ограничивающую гиперопеку, избранную их родителями в качестве воспитательного стиля.

В контрольной группе разница между «реальным Я» и «идеальным Я» незначительна: дети подчеркивают в беседе, что ничего в себе особенно менять не хотят, что они и так себе нравятся.

В процессе медицинской и психологической реабилитации у детей с ХГП по данным ЛД возрастают показатели по всем трем факторам, а особенно по фактору Активности. Уменьшается разрыв между «реальным» и «идеальным Я», в наибольшей мере по фактору Активности, чуть менее – по фактору Оценки, приближаясь по своим средним значениям к данным контрольной группы.

По данным вспомогательной методики «Рисунок своего идеала» выявлено, что у детей с хронической гастродуоденальной патологией представления о своем идеале существенно отличаются от таковых в контрольной группе. Хотя фигуру человека изображают 63% обследованных (52% в контрольной группе), она зачастую имеет измененный масштаб, плохо прорисована на листе, лишена значительных деталей. Присутствуют даже несколько рисунков, где ребенок рисует себя с пустым кругом вместо лица. Сюжет присутствует только в 23% случаев (53% в контрольной), в 12% случаев изображена на листе одна голова. Рисунок четко выделяется на листе только в 10% случаев (91% в контрольной группе).

Для пиктограмм детей с ХГП характерны следующие особенности: значительные изменения графических характеристик (изменение нажима, штриховки, размера рисунка) отдельных пиктограмм в процессе обследования; формальное смысловое наполнение положительных понятий-стимулов («Семья», «Мечта», «Надежда»), что свидетельствует о семейном неблагополучии; аффективно-насыщенное изображение понятия «Болезнь», как связанного с переживанием боли, ограничений, неприятных процедур.

По результатам МИС не выявлено достоверных статистических отличий в самооценке не только между группами родителей и детей, но и между контрольной и экспериментальной группами, и даже между группами проходивших и не проходивших психологическую реабилитацию. Однако качественный анализ показывает, что это вызвано прежде всего большим разбросом показателей в экспериментальной группе. Выделяется группа родителей (27%) с высокими (более 7 стенов) показателями по шкалам «Открытость», «Самоуверенность» и низкими (менее 5 стенов) по шкалам «Внутренняя конфликтность» и «Самообвинение». Эти родители вполне самоуверенны, лишены внутренней напряженности, ощущают ценность собственной личности в своих глазах и глазах окружающих, и в то же время не способны честно осознавать и выдавать значимую информацию о себе. Их дети также склонны скрывать важную информацию о себе, но у них даже при высоких показателях по шкале «Открытости» отмечаются довольно высокие показатели по шкалам «Внутренней конфликтности» и «Самообвинения». Более того, именно такие пары ребенок – родитель стремятся пройти программу психологической реабилитации, и, хотя их личные показатели по шкалам «Открытости», «Внутренней конфликтности» и «Самообвинения» изменяются в процессе реабилитации, при усреднении показателей

статистические различия выявить невозможно.

Выводы: по результатам большинства использованных психологических методик как у детей с ХГП, так и у их родителей выявляются такие особенности самоотношения, как внешняя самоуверенность, отсутствие напряженности вместе со скрытностью и нежеланием давать значимую информацию о себе, двойственная самооценка.

Представления об идеале, о желаемых качествах либо вытесняются этими больными – в случае ответов «я такой, какой надо», либо чрезмерно оторваны от реальных качеств.

Таким образом, очевидно, что у больных ХГП имеются значительные нарушения смысловой сферы, которые транслируются родителями в процессе воспитания и, вероятно, являются одной из существенных причин формирования полиорганной патологии.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: Эксмо-пресс, 2002. С. 16.

² Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. СПб.: Речь, 2004. С. 66.

³ Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: Эксмо-пресс, 2002. С. 43.

⁴ Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. СПб.: Речь, 2004. С. 66.

⁵ Корсунский А. А., Щербаков П. Л. Факторы риска и профилактика развития *Helicobacter pylori*-ассоциированных болезней верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 10.

⁶ Корсунский А. А., Щербаков П. Л. Факторы риска и профилактика развития *Helicobacter pylori*-ассоциированных болезней верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 9.

⁷ Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. С. 71–72, 77; Менделевич В. Д. Клиническая медицинская психология. М.: Медпресс-информ, 2005. С. 255.

⁸ Корсунский А. А., Щербаков П. Л. Факторы риска и профилактика развития *Helicobacter pylori*-ассоциированных болезней верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 21.

⁹ Корсунский А. А., Щербаков П. Л. Факторы риска и профилактика развития *Helicobacter pylori*-ассоциированных болезней верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 160–161; Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. С. 79.

¹⁰ Корсунский А. А., Щербаков П. Л. Факторы риска и профилактика развития *Helicobacter pylori*-ассоциированных болезней верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 79–80; Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. СПб.: Речь, 2004. С. 145.

¹¹ Вахрушева И. А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: Автореферат... – СПб. 2004. С. 10.

¹² Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл. Академия, 2005. С. 69.

¹³ Братусь Б. С. Аномалии личности. М. 1988. С. 48.

¹⁴ Милейко В. Е., Мельникова И. Ю., Григорян Т. М.: Иванова С. Ю. Диагностика *Helicobacter pylori* по его уреазной активности // Клиническая эндоскопия. 2005.– № 1. С. 14–18.

¹⁵ Психодиагностические материалы. Редактор-составитель И. М. Карлинская. М.: МГУ, 1999. С. 176.

¹⁶ Милейко М. В. Применение методики «Пиктограммы» для диагностики изменений личностной сферы у больных с гастродуоденальной патологией // Здоровье семьи – XXI век: Материалы X международной конференции 27 апреля – 9 мая 2006 года. – Банког; Таиланд; Пермь: ПОНИЦАА, 2006. С. 234–236.

¹⁷ Собчик Л. Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. Практическое руководство. СПб.: Речь, 2003.