

УДК 616. 34 – 053. 5: 392. 3

## ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ, СТАТУСА СЕМЬИ И КРИТИЧНОСТИ САМООЦЕНКИ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ У ДЕТЕЙ 8–12 ЛЕТ

Фетисова А.С., Сурьянинова Т.И.

*Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: kypck046@bk.ru*

В статье представлены результаты изучения особенностей семейных отношений и самооценки у детей с хроническими гастритами. На развитие личности детей влияет множество факторов, в том числе характер семейных отношений, статус семьи (полная, неполная семья) и состояние соматического здоровья ребенка. Болезнь оказывает неоднозначное влияние на психо-эмоциональное состояние ребенка. У детей 8–12 лет с функциональной диспепсией наблюдается более высокий уровень тревожности и имеют место особенности в развитии самооценки. Полученные результаты обосновывают необходимость проведения психокорректирующей работы с детьми, страдающими функциональной диспепсией, направленной на гармонизацию социально-психологического профиля с учетом выявленных его особенностей.

**Ключевые слова:** функциональная диспепсия, характер семейных отношений, статус семьи (полная, неполная семья), семейная система, сплоченность, адаптация, самооценка

## CHARACTERISTICS OF FAMILY RELATIONS AND SELF-RATING OF CHILDREN WITH CHRONIC GASTRITISES

Fetisova A.S., Suryaninova T.I.

*Kursk State Medical University, Kursk, e-mail: kypck046@bk.ru*

The article represents the results of studying of family relations and self-esteem of children suffering from functional dyspepsia. The development of children's personality is influenced by a lot of factors, including the nature of family relationships, family status (complete or incomplete family) and somatic health status of a child. The disease has an ambiguous effect on the mental state of a child. Children with functional dyspepsia at the age of 8–12 have higher level of anxiety and particularly in the development of self-esteem. The studies suggest the need for psychocorrecting work with children suffering from functional dyspepsia aimed at harmonizing social and psychological profile taking into account its revealed features.

**Keywords:** functional dyspepsia, character of the family relations, family system, family status (complete or incomplete family), unity, adaptation, self-assessment

В последнее десятилетие возрос интерес к проблеме влияния социально-психологических факторов на возникновение заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей [3; 4; 9].

В нашем исследовании к семье и к развитию межличностных отношений ребенка мы подошли с позиции теории отношений В.Н. Мясищева. Он отмечал, что основной характеристикой личности является система ее отношений. Ядром этой системы является отношение человека к самому себе как к человеку. Межличностные отношения детерминируются отношениями друг к другу за счет отношения к самому себе как к человеку [6]. Эти положения подчеркивают важность опосредующего звена (отношение к самому себе как к человеку) в межличностных отношениях. Важной интегративной характеристикой отношения к самому себе является самооценка. Особенно важно при исследовании межличностных отношений детей учитывать такую детерминанту как самооценка, еще и в силу того, что она находится на этапе развития.

С. Куперсмит и М. Розенберг указывают, что определяющим условием развития у ребенка позитивной самооценки являются

его отношения, складывающиеся в его взаимодействии с окружающей средой, т.е. особенности жизни в семье, которые ассоциируются для него с ощущением собственной ценности и успешности. Опираясь на результаты исследования С. Куперсмита, Р. Сирсом была выдвинута и в последующем экспериментально подтверждена гипотеза, согласно которой установки родителей, благодаря которым ребенок чувствует, что его любят, принимают в семье, порождают у него аналогичную самоустановку, приводящую к ощущению ценности и успешности. Адекватная самооценка развивается в семьях, отличающихся сплоченностью и солидарностью [2].

По мнению таких авторов, как Э.Г. Эйдмиллер, Д.Х. Олсон семейные отношения, характеризующиеся сплоченностью, эмоциональной близостью, доверием, способствуют нормальному развитию личности ребенка; и в противоположность, семейные отношения, характеризующиеся возникновением каких – либо противоречий, конфликтных ситуаций, могут привести к аномальному развитию личности ребенка [5; 10].

Важной детерминантой, влияющей на развитие семейных отношений и лично-

сти ребенка является статус семьи. В случае неполной семьи, когда отсутствует один из родителей, существенно нарушается структура семьи и вся система семейных отношений, что не может не сказаться на состоянии ребенка, его переживаниях и развитии его личности.

Согласно современному психонейроиммунологическому подходу связь психики и тела объясняется через механизм нейроиммунной регуляции [7]. На нейрофизиологическом уровне состояние тревоги связано с определенным соотношением нейромедиаторов (катехоламинов, серотонина, гистамина, брадикинина и др.), которое является общим для мозга и желудка. В результате чего осуществляется прямое воздействие на чувствительные рецепторы органов и тканей, регулируется деятельность гипофиза и структур ретикулярной формации, формируется долговременное стрессовое состояние [1]. Стрессовое состояние является энергетически затратным на всех уровнях организации человека, поэтому если человек долгое время подвержен стрессу, то происходят нарушения в его иммунной системе.

Целью настоящего исследования являлось изучение взаимосвязи характера семейных отношений, статуса семьи (полная, неполная семья), особенностей самооценки, уровня тревожности с возникновением функциональной диспепсии у детей 8–12 лет.

#### Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе педиатрического отделения ОБУЗ «Городская больница №3» г. Курска и средней общеобразовательной школы с углубленным изучением отдельных предметов №7 им. А.С. Пушкина г. Курска.

В исследовании приняли участие дети в возрасте от 8 до 12 лет: экспериментальная группа (50 человек); контрольная группа (50 человек).

В экспериментальную группу вошли дети, страдающие функциональной диспепсией (ФД), находящиеся на стационарном

лечении в педиатрическом отделении ОБУЗ «ГБ №3».

В контрольную группу вошли здоровые дети 8–12 лет, обучающиеся в средней общеобразовательной школе с углубленным изучением отдельных предметов №7 им. А.С. Пушкина г. Курска.

Также были обследованы 60 детей 8–12 лет, которые были разделены на четыре подгруппы по 15 человек в каждой: здоровые дети из полных семей, здоровые дети из неполных семей, больные дети из полных семей и больные дети из неполных семей.

В качестве методик исследования выступили: опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3 (авторы: Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптирован М. Перре); методика «Лесенка» (автор С.Г. Якобсон, модифицирована А.С. Чернышевым, Т.И. Сурьяниновой) для исследования самооценки [8]; шкалы явной тревожности для детей (CMAS).

Методы статистической обработки результатов: критерий U – Манна-Уитни используемый для оценки выраженности сплоченности и адаптации семейных отношений в группах детей с ФД и здоровых детей; критерий Фишера и Пирсона для сопоставления по частоте встречаемости типов самооценки и типов семейной системы, критерий Крускал-Уоллис для проверки равенства средних нескольких выборок (семейная сплоченность и семейная адаптация в подгруппах больных и здоровых детей из полных и неполных семей). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.0.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов ответов по опроснику «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3. Для сопоставления типов семейной системы по частоте встречаемости в этих группах больных и здоровых мы обратились к критерию  $\phi^*$  – угловое преобразование Фишера (см. табл. 1).

Таблица 1

Данные расчета критерия  $\phi^*$  – угловое преобразование Фишера

	Несбалансированный тип семейной системы	Сбалансированный тип семейной системы
P-level	P = .0563	P = .3246
Экспериментальная группа (дети с ФД)	75 %	25 %
Контрольная группа (здоровые)	60 %	40 %

Обнаружены различия в группах больные и здоровые, по показателю несбалансированный тип семейной системы, на уровне статистической тенденции.

Из табл. 1 видно, что и в экспериментальной и в контрольной группах чаще встречается несбалансированный тип семейной системы, чем сбалансированный тип семейной системы. В экспериментальной группе частота встречаемости несбалансированного типа семейной системы выше, чем в контрольной группе. Семьи с несбалансированным типом семейной системы имеют ригидную структуру, не позволяющую быстро адаптироваться к изменяющимся условиям и возникающим стрессам в жизни семьи. С этой точки зрения семьи с несбалансированным типом семейной системы являются группой риска по возникновению заболеваний, в частности заболеваний ЖКТ.

Сплоченность и адаптация – характеристики сбалансированности семейной системы. Выявлено преобладание больных детей в семьях с низким уровнем семейной сплоченности. Напротив, в семьях характеризующихся сплоченностью больше здоровых детей. В семьях с низкой сплоченностью, возникает угроза распада, нарушения гомеостатического баланса. Психотравмирующие переживания ребенка по поводу возникшей угрозы являются фактором, способствующим трансформации нарушения в нервно-психическое или соматическое.

Обнаружены различия в экспериментальной и контрольной группах по показателю семейная адаптация на достоверном уровне статистической значимости по критерию U Манна-Уитни (критерий U Манна-Уитни ( $p < 0,05$ )). Наблюдается значительное преобладание в экспериментальной группе детей из семей с нормальным и высоким уровнем адаптации по сравнению с контрольной группой. Данное положение говорит о том, что болезнь способствует повышению уровня семейной адаптации и перестройке семейных отношений.

Анализ результатов по шкале явной тревожности СМАС (адаптация Прихожан) представлен в табл. 2.

В контрольной группе здоровых детей у 77% уровень тревожности находится в пределах нормы, у 23% – повышенный уровень. В группе детей с ФД в большинстве случаев (70%) наблюдается повышенный уровень тревожности, у остальных детей (30%) – в пределах нормы. Выявлены статистически значимые различия на высоком уровне значимости (критерий U Манна-Уитни ( $p < 0,0055$ )).

Таким образом, у детей с заболеванием ЖКТ наблюдается повышенная тревожность, которая связана с постоянным эмоциональным напряжением, которое подавляется, в результате чего у них могла возникнуть соматическая патология.

В ходе исследования нами были уточнены особенности взаимосвязи таких факторов как статус семьи, семейные сплоченность и адаптация с функциональной диспепсией у детей 8–12 лет. Сравнение особенностей семейной адаптации и семейной сплоченности в подгруппах: здоровые дети из полных семей, здоровые дети из неполных семей, больные дети из полных семей и больные дети из неполных семей показало, что семейные сплоченность и адаптация достоверно различается во всех сравниваемых подгруппах (критерий Крускал-Уоллис ( $p = 0,001$ )).

Наиболее ярко семейные сплоченность и адаптация различаются в подгруппах детей из полных семей по сравнению с детьми из неполных семей. Полные семьи как больных, так и здоровых детей имели разделенный тип сплоченности. Этот тип характеризуется некоторой эмоциональной дистанцированностью членов семьи. Семьи с разделенным типом взаимоотношений характеризуются эмоциональной отдаленностью членов семьи друг от друга, но она не является такой выраженной, как в разобщенной системе. Неполные семьи как больных, так и здоровых детей имели разобщенный тип сплоченности. Этот тип характеризует низкая степень сплоченности членов семьи, отношения отчуждения. В таких системах члены семьи эмоционально разделены, имеют мало привязанностей

**Таблица 2**

Распределение тревожности в контрольной и экспериментальной группах

Тревожность	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Повышенная	21 (70%)	7 (23%)
В норме	9 (30%)	23 (77%)

друг к другу, демонстрируют несогласованное поведение. Было установлено, что супруги в таких семьях чаще проявляют депрессивную симптоматику. Болезнь усиливает в большей степени разобщенность в семье. Полные семьи имеют разделенный тип сплоченности, но семьи с больными детьми имеют более низкие показатели этого типа и эти различия достоверны (критерий Крускал-Уоллис ( $p=0,001$ )). Неполные семьи имеют разобщенный тип семейной сплоченности, но семьи, больных детей имеют более низкие показатели семейной сплоченности по сравнению со здоровыми, эти различия достоверны (критерий Крускал-Уоллис ( $p=0,001$ )).

В полных семьях как больных, так и здоровых детей семейная адаптация относится к структурному типу. Для него характерны гибкость и некоторая степень пластичности: например, члены семьи способны обсуждать общие проблемы и учитывать мнение детей. Роли и внутрисемейные правила стабильны, однако существует возможность их обсуждения. В неполных семьях как больных, так и здоровых детей более выражена склонность к хаотичности. Система в хаотичном состоянии имеет неустойчивое или ограниченное руководство. Решения, принимающиеся в семье, часто являются импульсивными и непродуманными. Роли не ясны и часто смещаются от одного супруга к другому.

Таким образом, семейные сплоченность и адаптация существенно отличаются в различных по статусу семьях. Статус семьи наиболее тесно связан с уровнями семейной сплоченности и адаптации по сравнению с фактором болезни. Болезнь еще в большей степени усугубляет разобщенность в семье. Особенно на ранних стадиях заболевания. Статус семьи тесно связан с формой семейной адаптации: неполные семьи имеют неконструктивные способы семейной адаптации, полные семьи имеют более конструктивные способы семейной адаптации. Фактор болезни усиливает выраженность неконструктивных форм адаптации в неполных семьях и конструктивных форм адаптации в полных семьях.

Нами были определены особенности самооценки в зависимости от статуса семьи и наличия ФД у детей 8–12 лет (см. табл. 3).

Оптимальная критичность самооценки (6 ступень по 40%), то есть когда ребенок способен видеть собственные слабости и недостатки, но не фиксироваться на них, чаще встречается у здоровых детей.

Отсутствие критичности в самооценке (инфантилизм) (7 ступень 46,7%; 20%) чаще всего встречается у здоровых детей из полных и неполных семей. Инфантилизм в самооценке полностью отсутствует у больных детей из неполных семей (7 ступень 0%). У больных детей из полных семей отсутствие критичности (7 ступень 13%) (критерий Пирсона ( $p=0,001$ )).

На развитие критичности самооценки ребенка влияет как статус семьи, так и ФД. Болезнь и неполный статус семьи усиливают критичность самооценки детей 8–12 лет.

На основании полученных результатов нами были сформулированы следующие выводы.

В семьях с несбалансированным типом семейной системы, являющимся проблематичным, дети чаще страдают функциональной диспепсией, чем в семьях со сбалансированным типом.

Самооценка с более выраженными показателями критичности достоверно чаще встречается в группе больных детей в сравнении с группой здоровых детей.

Болезнь связана с более высоким уровнем тревожности детей и способствует повышению уровня семейной адаптации, перестройке семейных отношений, развитию критичности в самооценке.

Статус семьи наиболее тесно связан с уровнями семейной сплоченности и адаптации по сравнению с фактором болезни. Фактор болезни усиливает выраженность неконструктивных форм адаптации в неполных семьях и конструктивных форм адаптации в полных семьях, а так же в большей степени усугубляет неконструктивные формы семейной сплоченности.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости проведения психокоррекционной работы профилактического характера у здоровых детей из семей с несбалансированным типом семейной системы, так как они находятся в группе риска по возникновению заболеваний желудочно-

**Таблица 3**

Показатели критичности самооценки в зависимости от статуса семьи и наличия ФД

Уровень критичности	Полные семьи		Неполные семьи	
	больные	здоровые	больные	здоровые
4 ступень	3 (20%)	1 (6,7%)	8 (53,3%)	1 (6,7%)
5 ступень	6 (40%)	1 (6,7%)	3 (20%)	5 (33,3%)
6 ступень	4 (26,7%)	6 (40%)	4 (26,7%)	6 (40%)
7 ступень	2 (13,3%)	7 (46,7%)	0 (0%)	3 (20%)

кишечного тракта; а так же психокоррекционной работы с детьми, страдающими функциональной диспепсией, особенно со стажем заболевания до 1 года, так как у этих детей чаще встречается неадекватная самооценка и высокие показатели тревожности.

**Список литературы**

1. Баранов А.А., Володин Н.Н., Самсыгина Г.А. «ред.» и др. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Рук. для практикующих врачей. – М.: Литера, 2007. – В 2 кн.. Книга 2.
2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М.: Прогресс, 1986. – 422 с.
3. Гурова М.М. Депрессивные расстройства у детей с хроническими гастродуоденитами // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – №1 (33). – Приложение. – С. 213.
4. Ленкевич И.Э., Копытов А.В., Казачкова Л.П., Дударева Г.В. О влиянии некоторых психологических факторов на формирование язвенной болезни у детей и подростков // Военная медицина: научно-практический лицензируемый журнал (Белорусский государственный медицинский университет). – 2009. – №1. – С. 48–52.
5. Лидерс А.Г. Полный и исправленный вариант методики Д.Х. Олсона FACES III // Психологическая диа-

гностика: Научно-методический и практический журнал: Тематический выпуск: Диагностика семейных отношений и родительно-детских отношений / Ред. М.К. Акимова, В.Г. Колесников. – 2005. – №4. – С. 104–115.

6. Мясичев В.Н. Психология отношений: под редакцией А.А. Бодалева / Вступительная статья А.А. Бодалева. – М.: Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. – 400 с. – (Серия «Психологи России»).
7. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. Под общ. ред. проф. Н.И. Мельченко, профессора Г.В. Акопова. – Самара: изд-во СамГПУ, 1999.
8. Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С. Методика исследования самооценки, пространства семейных, школьных оценок первоклассников во взаимосвязи с успешностью в обучении // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 12–10. – С. 1877–1882.
9. Фетисова А.С. Влияние характера семейных отношений и индивидуально-личностных особенностей ребенка на возникновение и течение заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей 8–12 лет // Ученые записки, 2011. – №4 (20).
10. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2006 – 352 с., С.29–31.