

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКА ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ЧАСТЬ II)

Е.В. Иванова¹, Н.Д. Семенова²

¹РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

²Московский НИИ психиатрии,

филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва

В статье освещается проблема социальной ситуации развития подростка с бронхиальной астмой в контексте военно-медицинского освидетельствования.

Ключевые слова: подростки, бронхиальная астма, социальная ситуация развития, военно-медицинское освидетельствование

Введение

Бронхиальная астма (БА) остается одной из наиболее актуальных проблем медицины в целом и педиатрии, в частности. Механизм возникновения и течения болезни весьма сложен: БА характеризуется биопсихосоциальной обусловленностью, и закономерности ее течения и лечения следует рассматривать во всей совокупности факторов. Одним из факторов психологического порядка является характеристика семьи, в которой растет ребенок, а также взаимодействие в диаде «мать-ребенок» [1, 2, 6]. На психосоматическое развитие ребенка и его социальную адаптацию, на все базовые процессы развития ребенка существенное влияние оказывают родители.

Родители стараются оградить детей от опасностей, стоящих на их жизненном пути. По мнению многих родителей, одной из таких «опасностей» является служба в армии. Особенно остро этот вопрос встает при призыве подростков в военкомат с целью медицинского освидетельствования. В данной ситуации некоторые родители, чаще всего, матери подростков-призывников, стараются сделать все возможное, чтобы их сын избежал военной службы, зачастую, аггравировав уже существующие заболевания, и, таким образом, инфантилизируя своего ребенка, формируя или подкрепляя отношения созависимости. Такой паттерн поведения, усиленный стрессовой ситуацией, при единичном использовании, может закрепляться в поведении подростка и использоваться в даль-

нейшем как способ совладания с любой стрессовой ситуацией. Данная стратегия поведения очевидно неконструктивна, и может не только поддерживать или ухудшать симптоматику заболевания, но и сдерживать психологическое взросление подростка, оказывать влияние на всю его последующую жизнь.

Изучая психологические характеристики семей, в которых растет ребенок с хроническим заболеванием, исследователи, прежде всего, указывали на негативное влияние дисфункций в семье на такую важную характеристику контроля хронического заболевания как комплаенс [14, 15]. Как сами пациенты, так и члены их семьи могут поддерживать те аспекты лечения, которые субъективно воспринимаются ими как полезные и отвергать те, которые они таковыми не считают [9]. Такая позиция семьи может приводить к образованию «семейной коалиции» [8], противостоящей врачу, поддерживающей некомплаенс, что, в конечном итоге, негативно сказывается на долгосрочном прогнозе в плане здоровья ребенка [13]. Чтобы лечение было эффективным, ближайшему взрослому (в большинстве случаев, матери ребенка), безусловно, следует поддерживать комплаенс, мотивировать ребенка принимать лекарства и следовать медицинским рекомендациям. В некоторых случаях, однако, такая поддержка со стороны матери оборачивается обратной стороной: матери могут чрезмерно вовлекаться в жизненное пространство и процесс лечения ребенка, что негативно сказывается на собственной жизни матери, на супружеской подсистеме и т.д. О такой чрезмерной вовлеченности матери в жизненное пространство ребенка писали многие авторы, например, применительно к психически больным детям (так называемая, «шизофрено-генная мать» [12]; или «астмагенная мать» [9]). Избыточная включенность матери в ситуацию болезни и процесс лечения ребенка может приводить к тому, что подро-

сток (возможно, противостоя таким образом, матери) начинает попустительски относиться к лечению, пренебрегать рекомендациями врача, и при этом он не осведомлен в должном объеме о специфике течения собственного заболевания и т.д. Все это ведет к поддержанию или усугублению симптоматики, сдвигу фокуса ответственности, перекладыванию ответственности за себя и состояние своего здоровья на мать.

Социальная ситуация развития подростка, психологические проблемы подросткового возраста, взросление и психосоматическое развитие (в норме и при наличии соматического заболевания) — все эти проблемы всесторонне и глубоко освещались отечественными исследователями [4, 7].

С целью изучить особенности социальной ситуации развития подростков призывного возраста с БА, нами было исследовано 15 диад «мать-ребенок»: подростки 17 лет с диагнозом БА, проходящие военно-медицинское освидетельствование, а также матери этих подростков.

Методический арсенал исследования включал: наблюдение, беседу, набор проективных рисуночных методик («Я», «Я, когда я болен», «Моя семья», «Моя семья, когда я болен»), методику «Портрет моего ребенка, когда он болен» (модификация методики Спиваковской А.С. — «Портрет моего ребенка» [10]), а также авторскую методику на созависимость, как определение «составляющих» жизни матери подростка, страдающего БА (методика описана в первой части статьи [5]). Наблюдение предполагало присутствие психолога на приеме врача, осуществлявшего собственно медицинское освидетельствование. Информированное согласие на проведение исследования было получено от всех его участников.

Результаты исследования

Обследованные таким образом диады «мать-ребенок» были разделены на 2 группы на основе критериев *функциональная / дисфункциональная семья*, разработанных семейными психологами [3, 11].

Первая группа, *функциональная семья*, характеризуется гармоничной структурой, а именно: партнерскими, равноправными отношениями между всеми ее членами; отсутствием ярко выраженной симбиотической связи матери с ребенком (о которой можно судить, наблюдая взаимодействие диады «мать-ребёнок» с врачом, а также по результатам проективных методик, выполненных матерью и подростком); отношению к подростку как к взрослому человеку; запросу информации от врача на предмет болезни и лечения, при адекватном реалистическом отношении к заболеванию подростка.

Вторая группа, *дисфункциональная семья*, характеризуется дисгармоничной структурой, а именно: наличием доминирующей, авторитарной фигуры матери; чертами инфантилизма, демонстрируемыми подростком; выраженной гиперопекой со стороны матери по отношению к подростку; наличием дистанцированного от остальной семьи отца и отсутствием партнерства в супружеской подсистеме; смешением родительской и детской подсистем; жесткими внешними границами семьи с проницаемыми внутренними; неадекватным, с чертами катастрофизации, отношением к заболеванию подростка.

Согласно данным критериям, семьи испытуемых были разделены на группы: функциональные (6 диад / семей) и дисфункциональные (9 диад / семей).

Наблюдение психолога, сделанное на приеме врача, позволило выделить особенности поведения семей этих двух групп в ситуации медицинского освидетельствования.

Функциональные семьи в ситуации медицинского освидетельствования подростков призывного возраста с бронхиальной астмой (6 диад / семей). В этих случаях подростки сами рассказывали врачу о своих жалобах, особенностях течения заболевания, принимаемых ими ранее препаратах. Матери в таких семьях лишь задавали уточняющие вопросы врачу о текущем состоянии сына. Подростки занимали в целом активную, «взрослую» позицию на приеме у врача, инициировали и поддерживали контакт со специалистом; при этом матери позволяли сыну брать инициативу на себя, проявлять активность, сохраняли личные границы ребенка, давали ему возможность проявить себя, и при этом сами шли на контакт с врачом, проясняя нужные для себя моменты. По словам врача, у таких пациентов (в пяти семьях из шести) отмечался высокий уровень комплаенса, что выражалось в соблюдении подростком всех рекомендаций врача, в ответственном отношении к базисной терапии, к прохождению освидетельствования.

Дисфункциональные семьи в ситуации медицинского освидетельствования подростков призывного возраста с бронхиальной астмой (9 диад / семей). Для этих семей была характерна иная картина взаимодействия со специалистом: матери сами рассказывали врачу о жалобах сына и о течении его заболевания. Подростки в таких семьях не могли правильно ответить на большинство вопросов врача о принимаемых ранее препаратах, особенностях течения заболевания и т.п.; позиция подростка характеризовалась пассивностью, чертами «детскости» (например, во время приема под-

росток мог «отключиться», отвлечься на игру в смартфоне), при этом подростки больше поддерживали контакт с матерью, нежели с врачом, проводившим освидетельствование. С трудом отвечая на вопросы врача, они часто направляли взгляд на мать, вербально или невербально искали у нее помощи и поддержки, часто выглядели растерянными, рассеянными, беспомощными. Матерей таких подростков можно охарактеризовать как тревожных, гиперопекающих, контролирующих, доминирующих. Симбиотический характер отношений с ребенком проявлялся следующим образом. Такие матери в разговоре с врачом часто использовали местоимение «мы», как это делают, например, матери младенцев («мы сегодня хорошо покушали», «мы покакали» и т.п.) — в итоге, и без того слабая позиция подростка, его активность и инициатива подавлялись, его умение рассчитывать на себя и самому справляться с трудностями ставились под сомнение. По словам лечащего врача, у таких пациентов (в семи семьях из девяти) отмечался низкий уровень комплаенса, при том, что ответственность за лечение брала на себя мать ребенка; подростки были недостаточно информированы об особенностях своего заболевания, характере его течения и последствиях несоблюдения базисной терапии.

Что касается сочинений «Портрет моего ребенка, когда он болен», то матери подростков из группы *функциональных* семей описывали качества, характеристики ребенка, его поведение в период болезни. В сочинениях матерей этой группы болезнь воспринималась адекватно, без излишней тревоги за состояние подростка. Клиницисты, говоря об излишней тревоге матери ребенка с БА, подразумевают ярко выраженную, превосходящую нормальную, «фоновую» тревогу, необходимую в данном случае — заболевание приступообразное, и разумная настороженность здесь необходима [9, 13, 16]. Матери были уверены в способности ребенка, что называется, управлять болезнью.

Вот наиболее характерные примеры фраз матерей данной группы:

«Я переживаю за своего ребенка, но знаю, что он поправится. Все дети болеют, это факт, это нормально. Мой сын довольно самостоятельный, верю, что он тоже может позаботиться о себе» (Ф. мать подростка Р.).

«Я переживаю за него, но точно знаю, что он выздоровеет в скором времени. Мой сын, в принципе, может позаботиться о себе сам, но мне спокойнее, когда я знаю, что могу ему помочь» (Г. мать подростка М.).

В целом, для матерей данной категории семей характерно адекватное восприятие бо-

лезни ребенка, отсутствие катастрофизации, уверенность в том, что ребенок все правильно понимает и сможет самостоятельно справиться с приступом.

Сочинения «Портрет моего ребенка, когда он болен», написанные матерями подростков из группы *дисфункциональных* семей, характеризовались следующим. Матери чаще описывали именно свои переживания по поводу болезни сына, избегая при этом рассказа о самом подростке и его состоянии. Сдвиг фокуса на себя, описание именно своих мыслей и чувств по поводу ребенка и его болезни (тогда как по условиям задания требовалось «нарисовать» портрет ребенка) — все это так или иначе присутствовало в сочинениях матерей данной группы. Частичное описание характеристик ребенка отмечено лишь у четырех матерей из девяти. Данная особенность может быть связана с излишней настороженностью матери по отношению к окружающему, с недостаточной открытостью психологическому исследованию: матери данной группы могли неосознанно «защищаться» от психолога, во избежание обнаружения собственных негативных чувств в отношении ребенка или черт «условной желательности» для них заболевания ребенка.

Вот наиболее характерные примеры фраз матерей данной группы:

«Только я смогу позаботиться о ребенке наилучшим образом, кроме меня с этим никто не справится» (Т. мать подростка О.).

«Если меня не будет рядом [с ребенком], случится что-то страшное» (Т. мать подростка О.).

«Болезнь ребенка — самое тяжелое испытание в моей жизни» (О. мать подростка М.).

«Если я буду хорошо заботиться о нем — он быстро поправится, исход лечения зависит только от меня» (Л. мать подростка И.).

По данным авторской методики [5], когда матерей просили оценить удельный вес каждой из «составляющих» их жизни с сыном, страдающим БА, в группе функциональных семей, в целом, отмечалось более равномерное и гармоничное распределение ролей в отношениях матери с сыном. По сравнению с группой дисфункциональных семей, большая доля отдается категории «собственная жизнь» (15 %), что говорит об отсутствии симбиотической связи с подростком, тогда как в группе дисфункциональных семей, среднее значение данной категории составляет лишь 6 %.

Распределение средних значений по данной методике следующее:

В группе *функциональных* семей:

«Защитник» 12 %

«Собственная жизнь» 15 %

«Сотрудничающий с врачом» 17 %

- «Родственник» 27 %
- «Компаньон по жизни» 14 %
- «Сострадающий» 15 %
- В группе *дисфункциональных семей*:
- «Защитник» 13 %
- «Собственная жизнь» 6 %
- «Сотрудничающий с врачом» 18 %
- «Родственник» 24 %
- «Компаньон по жизни» 10 %
- «Сострадающий» 29 %

В группе дисфункциональных семей наибольший удельный вес (в процентном отношении) имели такие составляющие как «сострадающий» и «родственник», что может свидетельствовать об избыточной фиксации на ребенке, излишней включенности в его жизнь, на фоне признания малоценности собственной жизни.

Отметим также, что матери данной группы были склонны описывать себя как «сотрудничающих с врачом» (см. соответствующую категорию), однако, по свидетельству лечащего врача, это было не так: подростки данной группы попустительски относились к лечению и приему базисной терапии.

Таким образом, в *функциональных* семьях у матерей отсутствовали признаки гиперопеки в отношении своих сыновей, не отмечалось повышенной тревожности по поводу их состояния. Для матерей данной группы было характерно адекватное отношение к болезни подростка без выраженной катастрофизации. В таких семьях подросток сам проявлял активность и инициативу, брал на себя ответственность за свое поведение в ходе приема и в ходе лечения. Комплаенс и сотрудничество с врачом в данной группе были удовлетворительными. Отец при этом выступал как фигура, соразмерная по значимости с фигурой матери и в повседневной жизни, и в ситуации болезни и освидетельствования. Супружеская подсистема в данной группе была сильной, между родительской и детской подсистемами соблюдались границы.

В *дисфункциональной* группе семейные роли были достаточно ригидными, что препятствовало работе семейной системы в целом, ее изменению и развитию. Фигура отца в таких семьях (достаточно значимая для идентификации подростка в данном возрасте), как правило, обесценивалась, отец находится «под прессом» жены, что неблагоприятно сказывалось на личностном развитии и формировании зрелости в отношениях с собой и с окружающими у подростков в настоящий момент. Матери выступали доминирующей фигурой, подавляя самостоятельность подростка и подкрепляя инфантильные тенденции. По оценке лечащего

врача, показатели комплаенса и сотрудничества (с врачом) у подростков из таких семей оказались значительно ниже показателей подростков первой группы.

Созависимость матерей в данной группе проявляется в центрации на ребенке, «растворении» в нем в ущерб собственной жизни, в излишнем контроле и взятии на себя полной ответственности за болезнь и лечение ребенка, что может дополнительно подкреплять позицию беспомощности и пассивности подростка, задерживать их естественный процесс взросления. Созависимость матери с сыном вносит еще большую дисгармонию в и без того дисгармоничную семью. Симбиотическая связь матери с сыном не разрывается, подростковый «бунт», если и проявляется, то частично и дефицитарно, оставляя нетронутым желание подростка «отделиться» от родителей. Гиперопека и повышенная тревожность матери, нежелание отпускать от себя ребенка в совокупности с доминированием матери в семье — все это способствует инфантилизации подростка. Такая позиция (снятие с себя ответственности и делегирование ее ближайшему взрослому) удобна и самому подростку: матери могут подкреплять и поощрять ее, проявляя больше принятия, заботы и внимания именно в ситуации болезни, создавая тем самым вторичную выгоду болезни.

Таким образом, инфантилизация подростков-призывников, подкрепляемая их семьями, является проблемой как психологического, так и социального характера, так как влияет на предстоящую адаптацию подростков к взрослой жизни. Так как предстоящее военно-медицинское освидетельствование является стрессовым событием для всей семьи, вызывая угрозу изменений в семейной системе, в данной ситуации психологические особенности взаимодействия в диаде «мать-ребенок» будут носить особо выраженный характер. Используемая неконструктивная стратегия совладания в данной ситуации впоследствии может закрепиться и стать паттерном поведения подростка в стрессовых ситуациях взрослой жизни. Проявляющиеся черты инфантилизма и созависимости с матерью могут отразиться на всей дальнейшей жизни подростка, влияя на его выбор профессии, выбор спутницы жизни, нравственный выбор. В связи с чем важное социальное значение имеет исследование отношений матери с сыном в описанных семьях для своевременной коррекции семейных дисфункций.

Литература

1. Билецкая М.П., Бурлакова М.И. Системный семейный подход в изучении психо-

- эмоциональных особенностей у детей с бронхиальной астмой / М.П. Билецкая, М.И. Бурлакова // Практическая медицина. — 2012. — №2 (57). — С. 89–92.
2. Билецкая М.П., Шемет В.Е. Семейная тревога и копинг в диаде «мать — сын-подросток, страдающий бронхиальной астмой» / М.П. Билецкая, В.Е. Шемет // Евразийский Союз Ученых. — 2015. — №4-11 (13). — С. 165–168.
 3. Варга А. Введение в системную семейную психотерапию / А. Варга — М.: Когито-Центр, 2017. — 182 с.
 4. Выготский Л.С. Психология подростка // Собр. соч.: В 6 т. М., 1982-1984.
 5. Иванова Е.В., Семенова Н.Д. Социальная ситуация развития подростка призывного возраста с бронхиальной астмой (Часть I): Проблема и новое в методическом инструментарии // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2020. — №. 4. — С. 35-37.
 6. Мамайчук И.И., Галицына Е.Ю. Особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой и основные направления семейной психологической коррекции/ И.И. Мамайчук, Е.Ю. Галицына // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. — 2016. — № 2 — С. 111–123.
 7. Николаева В.В., Арина Г.А., Леонова В.М. взгляд на психосоматическое развитие ребенка сквозь призму концепции П.Я. Гальперина // Культурно-историческая психология. — 2012. — №. 4. — С. 67-72.
 8. Сатир В. Психотерапия семьи / В. Сатир. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2018. — 280 с.
 9. Семенова Н.Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы / Бронхиальная астма. Под ред. АГ Чучалина: в 2-х т. Т. 2. — 1997.
 10. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов / А.С. Спиваковская — М.: Издательство МГУ Москва, 1988. — 200 с.
 11. Шапиро А.З. Понятийный аппарат современной семейной терапии // Семейная психология и семейная терапия. — 1998. — №. 2. — С. 97.
 12. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис — СПб.: Питер, 2009. — 4-е изд. — 672 с.
 13. Behmanesh F. et al. Evaluation of anxiety and depression in mothers of children with asthma // Electronic physician. — 2017. — Т. 9. — №. 12. — С. 6058.
 14. Brophy C.J., Mitchell M.E. Children with chronic illness: a structural-strategic family approach // Journal of Psychotherapy & the Family. — 1990. — Т. 6. — №. 3-4. — С. 129-149.
 15. Fiese B. et al. Family climate of routine asthma care: Associating perceived burden and mother-child interaction patterns to child well-being // Family process. — 2008. — Т. 47. — №. 1. — С. 63-79.
 16. Sicouri G. et al. Parent-child interactions in children with asthma and anxiety // Behaviour research and therapy. — 2017. — Т. 97. — С. 242-251.

The social situation of the development of a draft-age adolescent with bronchial asthma (Part II)

E.V. Ivanova, N.D. Semenova

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Moscow Research Institute of Psychiatry — a branch of V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow

The article highlights the social situation of the development of a teenager with bronchial asthma in the context of a military medical examination.

Key words: adolescents, bronchial asthma, social developmental situation, military medical examination