

## ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕМЕЙНЫХ ОЦЕНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ, САМООЦЕНКИ И ТРЕВОЖНОСТИ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ У ДЕТЕЙ 8-12 ЛЕТ

© Фетисова А.С., Хмелевская И.Г.

Кафедра педиатрии Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: [kypck046@bk.ru](mailto:kypck046@bk.ru)

В статье представлены результаты изучения особенностей семейных отношений, самооценки и тревожности у детей с функциональной диспепсией. На развитие личности детей влияет множество факторов, в том числе характер семейных отношений и состояние соматического здоровья ребёнка. Болезнь оказывает неоднозначное влияние на психоэмоциональное состояние ребёнка. 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 учётом выявленных его особенностей.

**Ключевые слова:** функциональная диспепсия, характер семейных отношений, семейная система, сплочённость, адаптация, самооценка, тревожность.

### CHARACTERISTICS OF FAMILY RELATIONS, SELF-ASSESSMENT AND ANXIETY OF 8-12 YEAR-OLD CHILDREN WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA

*Fetisova A.S., Khmlevskaya I.G.*

**Pediatrics Department of Kursk State Medical University, Kursk**

The article represents the results of studying family relations, self-assessment and anxiety in children suffering from functional dyspepsia. The development of children's personality is influenced by a lot of factors, including the nature of family relationships 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 some particularities in self-assessment development. 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 specific features revealed.

**Keywords:** functional dyspepsia, character of family relations, family system, cohesion, adaptation, self-assessment, anxiety.

В последнее десятилетие возрос интерес к проблеме влияния социально-психологических факторов на возникновение заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей [2, 3, 9].

В нашем исследовании к семье и к развитию межличностных отношений ребёнка мы подошли с позиции теории отношений В.Н. Мясищева [5]. Он отмечал, что основной характеристикой личности является система её отношений. Ядром этой системы является отношение человека к самому себе как к человеку. Межличностные отношения детерминируются отношениями друг к другу за счёт отношения к самому себе как к человеку [5]. Эти положения подчёркивают 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, ещё и в силу того, что она находится на этапе развития.

С. Куперсмит и М. Розенберг указывают, что определяющим условием развития у ребёнка

позитивной самооценки являются отношения, складывающиеся в его взаимодействии с окружающей средой, т.е. особенности жизни в семье, которые ассоциируются для него с ощущением собственной ценности и успешности [1]. Опираясь на результаты исследования С. Куперсмита, Р. Сирсом была выдвинута и в последующем экспериментально подтверждена гипотеза, согласно которой установки родителей, благодаря которым ребёнок чувствует, что его любят, принимают в семье, порождают у него аналогичную самоустановку, приводящую к ощущению ценности и успешности. Адекватная самооценка развивается в семьях, отличающихся сплочённостью и солидарностью [1].

По мнению таких авторов, как Э.Г. Эйдемиллер, Д.Х. Олсон семейные отношения, характеризующиеся сплочённостью, эмоциональной близостью, доверием, способствуют нормальному развитию личности ребёнка; и в противоположность, семейные отношения, характеризующиеся возникновением каких-либо противоречий, конфликтных ситуаций, могут привести к аномальному развитию личности ребёнка [4, 12].

С точки зрения развития личности ребёнка, и особенно такой интегративной характеристики его Я как самооценка, важно, какой характер имеет пространство оценок, в которое включён ребёнок в семье. Насколько эти оценки гармоничны или противоречивы, насколько адекватны или искажены, – все эти параметры, взаимодействуя друг с другом, создают особый характер семейных отношений. Если система оценочных отношений иерархична, непротиворечива, то есть все члены семьи оценивают себя и друг друга адекватно, то такая система семейных оценочных отношений создаёт условия для развития у ребёнка большей уверенности в себе, адекватной самооценки, оптимального уровня тревожности и активности. И наоборот, если система оценок членов семьи противоречива, отсутствует структура и иерархия в оценках, то складывающаяся система семейных оценочных отношений создаёт условия для развития тревожных реакций у ребёнка, неадекватной самооценки, неадекватного уровня активности (депрессии или агрессии). Это в свою очередь не может не сказаться на соматическом состоянии ребёнка, в частности на состоянии желудочно-кишечного тракта. В связи с этим важной детерминантой, влияющей на развитие семейных отношений и личности ребёнка, 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 ребёнка, его переживаниях и развитии его личности.

Согласно современному психонейро-иммунологическому подходу связь психики и тела объясняется через механизм нейроиммунной регуляции [6, 7]. На нейрофизиологическом уровне состояние тревоги связано с определённым 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 [8]. 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 наличием функциональной диспепсии у детей 8-12 лет.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в соответствии с государственным заданием «Влияние характера семейных отношений и индивидуально-личностных особенностей ребёнка на возникновение и течение заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей 8-12 лет» на 2015-2017 годы, на базе педиатрического отделения ОБУЗ «Городская больница № 3» г. Курска и средней общеобразовательной школы с углублённым изучением отдельных предметов № 7 им. А.С. Пушкина г. Курска.

В исследовании приняли участие дети в возрасте от 8 до 12 лет, рандомизированные по полу и возрасту. В экспериментальную группу вошли дети, страдающие функциональной диспепсией (ФД) в течение 1 года, находящиеся на стационарном лечении в педиатрическом отделении ОБУЗ «ГБ № 3» (60 человек). ФД – персистирующие или повторные приступы болей или дискомфорта или чувство переполнения в эпигастральной области, связанное или не связанное с приёмом пищи или физическими упражнениями, раннее насыщение, вздутие живота, тошнота, непереносимость жирной пищи, не проходящее после дефекации и не связанное с изменением характера стула или его частоты, суммарной продолжительностью не менее 3 месяцев за последние 6 месяцев, при котором в процессе обследования не удалось выявить какое-либо органическое заболевание (в соответствии с Римскими критериями III).

В контрольную группу вошли здоровые дети 8-12 лет (60 человек), обучающиеся в средней общеобразовательной школе с углублённым изучением отдельных предметов № 7 им. А.С. Пушкина г. Курска.

В качестве методик исследования выступили: опросник «Шкала семейной адаптации и сплочённости» FACES-3 (авторы: Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптирован М. Перре) [12]; методика «Лесенка» (автор С.Г. Якобсон, модифицирована А.С. Чернышёвым, Т.И. Сурьяниновой) для исследования самооценки [14]; методика исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн [9], шкала явной тревожности для детей (СМАС) [13].

Методы статистической обработки результатов: критерий U – Манна-Уитни используемый для оценки выраженности сплочённости 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.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя результаты ответов по опроснику «Шкала семейной адаптации и сплочённости» (FACES-3), мы получили показатели, отражающие особенности характера семейной системы у детей с ФД и детей без данного заболевания. Выделенные показатели отражены в табл. 1.

Обнаружены различия в экспериментальной и контрольной группах, по показателю семейная адаптация на высоком уровне статистической значимости (табл. 2).

В контрольной и экспериментальной группах, по показателю нормальный и высокий и низкий уровень адаптации различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости. В семьях с низким уровнем адаптации наблюдается значительное преобладание здоровых детей. В семьях с нормальным и высоким уровнем адаптации большее место занимают дети с ФД. Стремление к поддержанию равновесия, сохранению нормального функционирования в таких семьях является выраженным. Данное положение говорит о том, что болезнь способствует повышению уровня

семейной адаптации и перестройке семейных отношений.

Для сопоставления контрольной и экспериментальной групп по частоте встречаемости сбалансированного типа семейных отношений мы обратились к критерию  $\chi^2$  Пирсона (табл. 3).

В контрольной группе преобладает сбалансированный тип семейных отношений (46%), в группе детей с ФД преобладает несбалансированный тип (34%). Данные результаты достигают достоверного уровня статистической значимости (критерий  $\chi^2$  Пирсона ( $p = 0,2124$ )).

Исследуя пространство семейных оценок (самооценки родителей и детей и оценки родителями и детьми друг друга), нами были выделены три типа оценочных отношений в семье: непротиворечивые, средний уровень противоречия, противоречивые.

Для сопоставления контрольной и экспериментальной групп по частоте встречаемости непротиворечивого типа семейных отношений мы использовали критерий  $\chi^2$  Пирсона (табл. 4).

В контрольной группе преобладает непротиворечивый тип оценочных отношений (64%), в группе детей с ФД непротиворечивый тип оценочных отношений составляет (14%). Данные результаты достигают высокого уровня статистической значимости (критерий  $\chi^2$  Пирсона ( $p = 0,00007$ )).

Таблица 1

Данные расчёта описательной статистики по критерию U Манна-Уитни относительно характеристик семейной системы

	p-level	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
		Me	Размах	Me	Размах
Семейная сплочённость	0,582	36	27	37	19
Семейная адаптация	0,003	31	20	29,5	13
Удовлетворённость семейной жизнью	0,371	-5	-21	-9,5	-32

Таблица 2

Распределение уровня адаптации в экспериментальной и контрольной группах и данные расчета критерия  $\phi^*$ –угловое преобразование Фишера

	Экспериментальная группа	Контрольная группа
p – level	p = 0,018	p = 0,021
Семьи с нормальным и высоким уровнем адаптации	18 (60%)	6 (20%)
Семьи с низким уровнем адаптации	12 (40%)	24 (80%)

Таблица 3

Результаты исследования типа семейных отношений в контрольной и экспериментальной группах

		Контрольная группа	Экспериментальная группа
Тип семейных отношений	Сбалансированный	14 (46%)	7 (23%)
	Среднесбалансированный	10 (34%)	13 (43%)
	Несбалансированный	6 (20%)	10 (34%)

Таблица 4

Результаты исследования типа оценочных отношений в экспериментальной и контрольной группах

		Контрольная группа	Экспериментальная группа
Тип оценочных отношений	Непротиворечивые	20 (64%)	4 (14%)
	Средний уровень противоречия	7 (23%)	12 (40%)
	Противоречивые	3 (13%)	14 (46%)

Таблица 5

Результаты исследования самооценки детей в контрольной и экспериментальной группах по методике «Лесенка»

	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Адекватная самооценка	14 (47%)	21 (70%)
Неадекватная самооценка	16 (53%)	9 (30%)

Таблица 6

Результаты исследования самооценки мам в контрольной и экспериментальной группах по методике Дембо-Рубинштейн

	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Адекватная самооценка	14 (48%)	22 (75%)
Неадекватная самооценка	15 (52%)	7 (25%)

Таблица 7

Распределение тревожности в контрольной и экспериментальной группах

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

Результаты исследования самооценки детей по методике «Лесенка» отражены в табл. 5.

Можно увидеть существенные различия в распределении самооценки в двух исследуемых группах. В экспериментальной группе преобладает неадекватный тип самооценки, в группе здоровых детей преобладает адекватный тип самооценки, что имеет статистически значимые различия на уровне статистической тенденции (критерий Манна-Уитни ( $p = 0,094982$ )).

Для исследования самооценки родителей была использована методика Дембо-Рубинштейн (см. табл. 6).

В экспериментальной группе преобладает неадекватный тип самооценки мам, а в контрольной группе преобладает адекватный тип самооценки, что имеет статистически значимые различия на достоверном уровне статистической значимости (критерий Манна-Уитни ( $p = 0,015554$ )).

Мы проследили частоту встречаемости адекватного типа самооценки у детей с ФД (экспериментальная группа), а также у здоровых детей (контрольная группа) в семьях с адекватной и неадекватной самооценкой мамы, используя критерий  $\chi^2$ -угловое преобразование Фишера. Адекватная самооценка детей, как в контрольной, так и в экспериментальной группах, тесно связана

с характером самооценки матери. В семьях с адекватной самооценкой матери адекватная самооценка ребёнка встречалась чаще (62% – в экспериментальной группе (дети с ФД) и 76% в контрольной группе (здоровые дети)), чем в семьях с неадекватной самооценкой матери (38% в экспериментальной группе (дети с ФД) и 23% в контрольной группе (здоровые дети)). Различия по частоте встречаемости адекватного типа самооценки в экспериментальной группе достигают достоверного уровня статистической значимости (критерий  $\phi^*$  – угловое преобразование Фишера ( $p = 0,0039$ )), в контрольной (критерий  $\phi^*$  – угловое преобразование Фишера ( $p = 0,0091$ )).

Мы проследили частоту встречаемости типов самооценок у детей с ФД в зависимости от оценочных отношений в семье. Когда между членами семьи устанавливаются непротиворечивые оценочные отношения, самооценка детей носит адекватный характер. Данные результаты достигают уровня статистической тенденции (критерий  $\chi^2$  Пирсона ( $p=0,06100$ )). В семьях с противоречивыми оценочными отношениями встречаются все типы самооценки: в семьях со средним уровнем противоречия адекватная самооценка встречается

у 64% детей, самооценка с отсутствием психологической защиты встречается у 27% детей, инфантильная самооценка у 9% детей; в противоречивых семьях адекватная самооценка встречается у 67% детей, самооценка с отсутствием психологической защиты встречается у 27% детей, инфантильная самооценка у 6% детей.

Исследуя полные и неполные семьи детей с ФД, мы выявили следующую закономерность. В полных семьях преобладающим типом самооценки является адекватный (61%), в неполной семье (с отсутствием отца) наиболее часто встречается тип самооценки, в котором главным критерием является отсутствие психологической защиты (75%). Результаты достигают достоверного уровня статистической значимости (критерий  $\chi^2$  Пирсона ( $p=0,03362$ )). В неполных семьях отцовско-родительские функции выполняет мать, это является фактором, нарушающим семейные отношения, в частности недифференцированное безусловное и условное принятие ребёнка и отсутствие психологической защиты.

Анализ результатов по шкале явной тревожности CMAS (адаптация Прихожан) приведён в табл. 7.

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 функциональной диспепсией наблюдается повышенная тревожность, связанная с постоянным эмоциональным напряжением, которое подавляется и усиливает симптоматику функциональной диспепсии. Тревожность у детей проявляется в том, что они беспокоятся о том, что скажут о них люди, особенно – родители, что с ними может случиться что-то плохое, они переживают из-за школьных оценок и легко краснеют.

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.

Семьи с несбалансированным типом семейной системы являются группой риска по возникновению функциональной диспепсии.

Наличие у ребёнка функциональной диспепсии влияет на уровень семейной адаптации. Семьи детей с ФД обладают более высокой степенью адаптации, чем семьи здоровых детей. Это обусловлено стремлением семейной системы приспособиться к новым условиям взаимодействия членов семьи.

Наличие ФД у детей 8-12 лет неоднозначно связано с особенностями семейных отношений: с одной стороны, наличие заболевания связано с несбалансированностью и противоречивостью семейных отношений, с другой стороны, повышает семейную адаптацию.

Неадекватная самооценка достоверно чаще встречается в группе детей с ФД в сравнении с группой здоровых детей.

На формирование самооценки ребёнка влияет самооценка родителей, прежде всего матери. В семьях с адекватной самооценкой матери у большинства детей мы обнаруживаем адекватную самооценку ребёнка. Данная тенденция выявлена как в экспериментальной, так и в контрольной группе.

На формирование самооценки ребёнка в семье оказывает влияние тип оценочных отношений, а также структурный состав семьи. Непротиворечивый тип оценочных отношений способствует формированию адекватной самооценки ребёнка. У детей с ФД, воспитывающихся в полных семьях, преобладает оптимально адекватный тип самооценки по сравнению с детьми с ФД, но воспитывающихся в неполных семьях, где достоверно чаще встречается тип самооценки, характеризующийся отсутствием психологической защиты.

У детей с функциональной диспепсией наблюдается повышенная тревожность, связанная с постоянным эмоциональным напряжением, которое подавляется и усиливает симптоматику функциональной диспепсии.

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

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости проведения психокоррекционной работы профилактического характера, направленной на оптимизацию семейных отношений, самооценки и тревожности у здоровых детей из семей с несбалансированным типом семейной системы, так как они находятся в группе риска по возникновению заболеваний желудочно-кишечного тракта; а также психокоррекционной работы той же направленности 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.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М. : Прогресс, 1986. – 422 с.
2. Гурова М.М. Депрессивные расстройства у детей с хроническими гастродуоденитами // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – № 1(33), приложение. – С. 213.
3. 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.
4. Лидерс А.Г. Полный и исправленный вариант методики Д.Х. Олсона FACES III / Ред. М.К. Акимова, В.Г. Колесников. // Психологическая диагностика: Научно-методический и практический журнал: Тематический выпуск: Диагностика семейных отношений и родительно-детских отношений. – 2005. – № 4. – С. 104-115.
5. Мясищев В.Н. Психология отношений: под ред. А.А. Бодалева / Вступительная статья А.А. Бодалева. – М. : Издательство НПО «МОДЭК», 2003. – 400 с. – (Серия «Психологи России»).
6. Поволяева Ю.А., Хмелевская И.Г. Клинико-иммунологические особенности сахарного диабета I типа у детей, проживающих в Курской области, в зависимости от давности заболевания // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2010. – № 4. – С. 84-89.
7. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. Под общ. ред. профессора Н.И. Мельченко, профессора Г.В. Аكوпова. – Самара : Издательство СамГПУ, 1999.
8. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: рук. для практикующих врачей : в 2 кн. // Ред. А.А. Баранов, Н.Н. Володин, Г.А. Самсыгина – М. : Литера, 2007. – Книга 2. – 1087 с.
9. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство. – М., 2007.
10. Фетисова А.С. Влияние характера семейных отношений и индивидуально-личностных особенностей ребёнка на возникновение и течение заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей 8-12 лет [Электронный ресурс] // Учёные записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2011. – № 4(20). – Режим доступа: <http://scientific-notes.ru/pdf/022-035.pdf>, свободный (03.07.2015).
11. Чернышёв А.С., Сурьянинова Т.И. Генезис группового субъекта деятельности // Психологический журнал – 1990. – Т. 11, № 2. – С. 7-15.
12. 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. – С. 29-31.
13. Энциклопедия психологических тестов. – М. : ТЕРРА-Книжный клуб, 2000. – 399 с.
14. Якобсон С.Г. Психологические проблемы этического развития детей. – М. : Педагогика, 1984. – 144 с.