

# Семейные факторы формирования артериальной гипотензии у детей

Сикорский А. В., Агеенкова Е.К.

Артериальная гипотензия остается одной из актуальных проблем современной кардиологии. Эта патология у взрослых имеет более выраженные формы, ведет к большим трудопотерям, часто трансформируется в гипертензию. Она рассматривается большинством авторов как мультифакториальное заболевание, в формировании которого принимает участие комплекс эндо- и экзогенных факторов (1,3,4). К первым относятся осложненный перинатальный период, хронические очаги инфекции, конституциональные и личностные особенности больных детей, гормональная перестройка (1,6,7), ко вторым – нарушение режима дня, умственное или физическое перенапряжение, гиподинамия, эмоциональный стресс (2,4,5). Что касается семейных факторов, способствующих развитию артериальной гипотензии у детей, то они остаются малоизученными и представляют интерес, как с научной, так и с практической точки зрения. Любая семейная дезорганизация может препятствовать развитию индивидуальности ребенка, тормозить открытое проявление эмоций, делать его ранимым в отношении эмоциональных стрессов (2) и приводить в дальнейшем к развитию заболевания.

Целью настоящего исследования явилось изучение семейных факторов, способствующих формированию артериальной гипотензии у детей.

## Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 113 детей с первичной артериальной гипотензией (ПАГ) и 124 родителя больных детей (1-ая группа), 115 пациентов с симптоматической артериальной гипотензией (САГ), основным заболеванием при которой оставалась хроническая гастродуоденальная патология и 127 отцов, матерей этих детей (2-ая группа). Группу сравнения составили 111 детей условного контроля (УК) (больные с хронической патологией гастродуоденальной зоны без артериальной гипотензии) и 121 их родитель (3 группа), 88 здоровых детей (ЗД) и 75 отцов, матерей детей чистого контроля (4 группа). Возрастной и половой состав детей основных и контрольных групп не отличался друг от друга.

Анализ семейного воспитания проводился у родителей с помощью клинико-психологической диагностики взаимоотношений в семьях (8). Определялись уровни протекции, количество и качество требований, неустойчивость стиля воспитания и причины их отклонений. Личностные особенности детей и родителей оценивались универсальным модифицированным Миннесотским тестом (ММРІ) и опростником Р.Кеттела (детский и взрослый вариант). Уровень тревожности определялся по результату теста Спилберга в модификации Ю.Л.Ханина.

## Результаты исследования

Анализ взаимоотношений в семьях показал (рис.1), что одним из наиболее частых отклонением в семейном воспитании всех больных оставалась гиперпротекция (Г+), которая характеризовалась наибольшей затратой времени, сил, внимания в воспитании собственного ребенка, а иногда становилось смыслом всей жизни. Максимально часто она выявлялась у детей с симптоматической артериальной гипотензией (67,3%). Что касается гипопротекции, то нами не установлено достоверных различий в ее показателях, как у здоровых, так и больных всех групп. Повышенная гиперпротекция в семьях больных детей сочеталась с высокой частотой потворствования (У+). Так, если у здоровых детей этот показатель составил лишь 9,1%, то у пациентов с ПАГ – 37,3% ( $p<0,001$ ), у больных с САГ – 45,7% ( $p<0,001$ ), а у детей условного контроля - 27,5% ( $p<0,001$ ) соответственно. Шкала игнорирования потребностей ребенка (У-) и чрезмерность требований-обязанностей к ним (Т+) оставались одинаковыми во всех наблюдаемых нами группах. Анализ частоты отклонений в семейном воспитании позволил выявить высокие шкалы недостаточности требований-обязанностей (Т-) и чрезмерности требований-запретов (З+) в семьях больных детей. Так, у здоровых детей частота З+ составила 5,7% против 28,5% больных с ПАГ ( $p<0,001$ ), 33,4% пациентов с САГ ( $p<0,001$ ) и 18,5% детей условного контроля ( $p<0,01$ ). Такие подходы в воспитании предполагают с одной стороны минимальное количество обязанностей в семье, а с другой – ограничение свободы и самостоятельности ребенка, что может, на наш взгляд, еще больше усиливать и без того высокий уровень тревоги, безынициативности, скованности у этой категории больных детей. У пациентов основных групп выявлялись достоверные различия в частоте недостаточности требований-запретов (З-) и минимальности санкций (С-) по отношению к четвертой группе. Сравнивая показатели отклонений в воспитании

больных детей между собой, установлена их одинаковая частота по Т-, З-, С- и разная по Г+, У+, З+. Такая разнонаправленность семейного воспитания позволяет предположить, что чрезмерность требований-обязанностей, недостаточность требований-запретов, минимальность санкций являются возможными факторами развития любой соматической патологии у ребенка, а гиперпротекция, потворствование, чрезмерность требований-запретов – специфическими для детей с артериальной гипотензией.

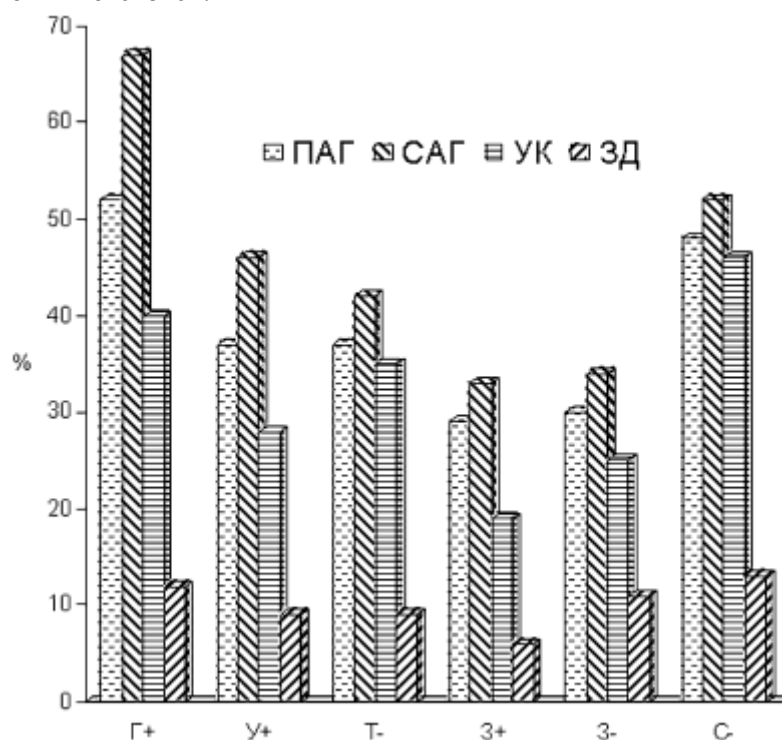
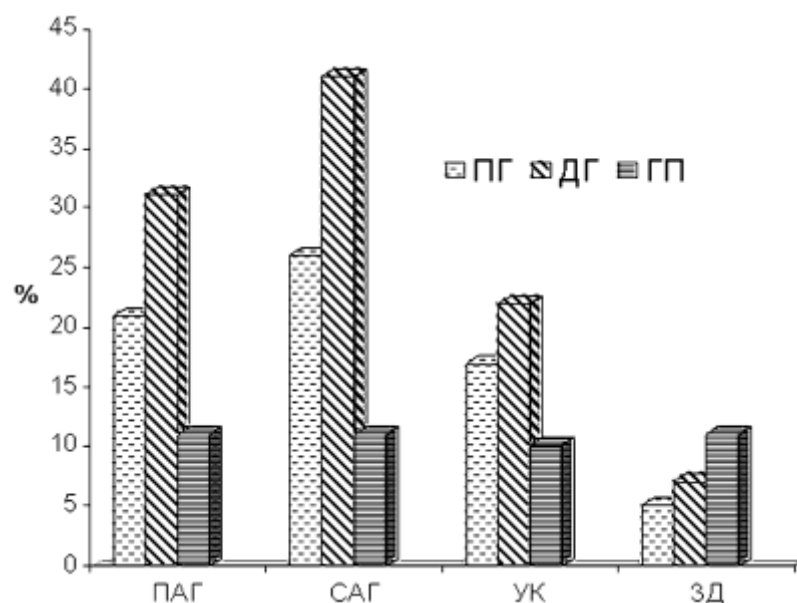


Рис.1 Частота (%) отклонений в семейном воспитании детей в исследуемых группах

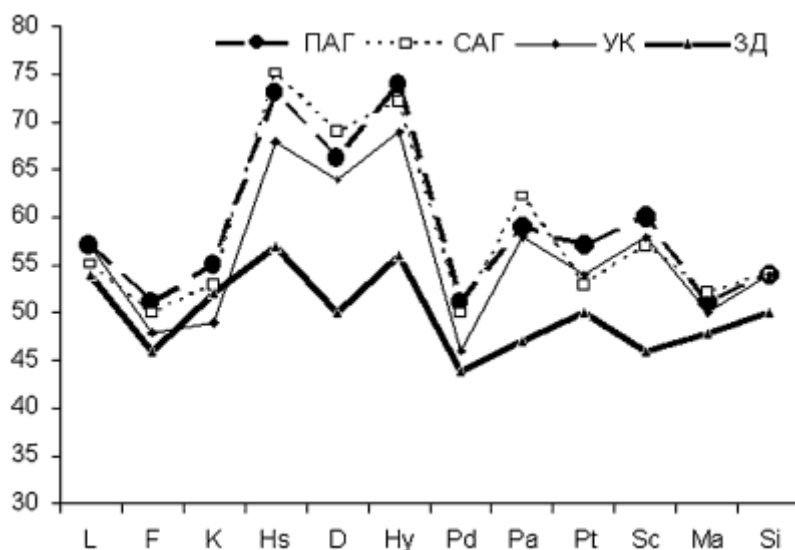
Анализируя процесс воспитания важно не только оценить уровень протекции, количество и качество требований к ребенку, но и дать оценку стилю воспитания детей (рис.2). Так, если в четвертой группе потворствующая гиперпротекция (ПГ) составила 5,1%, то у пациентов с ПАГ - 21,2% ( $p < 0,001$ ), у больных с САГ - 26,1% ( $p < 0,001$ ) и детей условного контроля - 17,2% ( $p < 0,01$ ) соответственно. Такой тип воспитания сочетает гиперпротекцию с максимальным удовлетворением любых потребностей ребенка на фоне минимального уровня требований, запретов и санкций. Оставалась высокой у больных детей основных групп и встречаемость доминирующей гиперпротекции (ДГ), которая характеризовалась одновременным существованием гиперпротекции и многочисленных запретов. Что касается гипопротекции (ГП), то она одинаково часто встречалась как у больных, так и у здоровых детей.



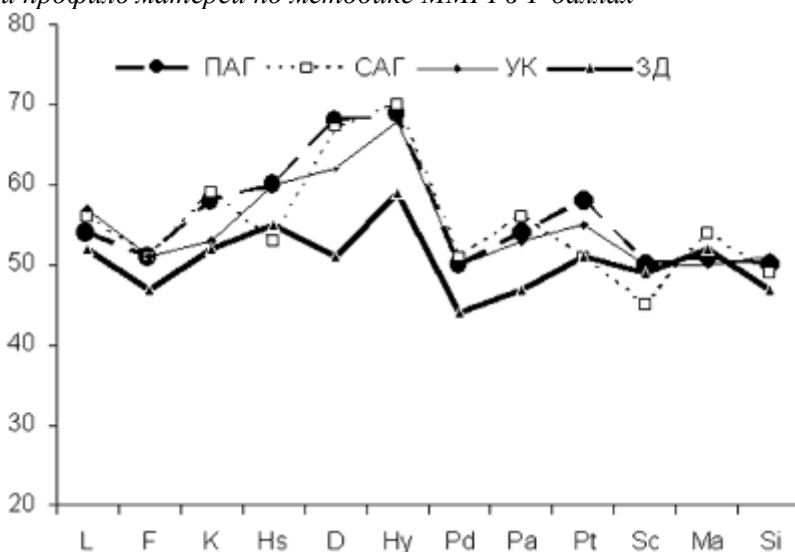
*Рис.2 Частота типов (%) семейного воспитания детей в исследуемых группах*

Нам представлялось важным определение корреляционных связей между некоторыми отклонениями семейного воспитания и личностными особенностями больных детей. Установлены положительные корреляции у детей первой и второй групп между гиперпротекцией и шкалой депрессии (D) ( $p<0,05$ ;  $p<0,05$ ) методики ММРІ, тревожностью-озабоченностью (O+) ( $p<0,05$ ;  $p<0,05$ ) и напряженностью-раздражительностью (Q4+) ( $p<0,05$ ;  $p<0,05$ ) теста Р.Кеттелла, потворствованием и чувствительностью-нежностью (I+) ( $p<0,05$ ;  $p<0,05$ ). Таким образом, некоторые виды семейного воспитания детей с артериальной гипотензией участвуют в становлении личностных особенностей пациентов и увеличивают число внешнесредовых социальных факторов, способствующих формированию болезни.

По мнению некоторых авторов (2,4), основную роль в нарушении воспитательного процесса играют личностные особенности родителей. С помощью теста ММРІ нами изучена структура личности матерей и отцов детей (рис.3,4). У матерей больных детей всех групп оставались одинаково повышенными шкалы невротической триады. Так, если величина внутренней тревоги (шкала депрессии D) у матерей здоровых детей составила 50,5 балла, то в группе ПАГ – 66,7 балла ( $p<0,001$ ), САГ – 68,9 баллов ( $p<0,001$ ), условного контроля – 64,4 балла ( $p<0,001$ ). Во всех группах родителей больных детей отмечался высокий уровень ригидности аффекта (шкала Pa) и аутизма (шкала Sc). Что касается личностных особенностей отцов больных детей, то нами установлено одинаковое во всех группах увеличение шкал депрессии (D), истерии (Hy), паранойи (Pa).



*Рис.3 Личностный профиль матерей по методике ММРІ в T-баллах*



*Рис.4 Личностный профиль отцов по методике ММРІ в T-баллах*

Доминирование тревожного аффекта в структуре личности родителей больных детей подтверждалось результатами психологического обследования по методике Спилбергера. Во всех наблюдаемых нами группах отмечалась высокая тревога как устойчивая черта личности.

Реактивная и личностная тревога с высокой степенью достоверности преобладала у родителей детей с хронической гастродуоденальной патологией и симптоматической артериальной гипотензией. Оценивая взаимосвязь личностной тревоги больных детей и их родителей, нами установлен высокий уровень корреляционных связей этого параметра пациентов второй группы и их матерей ( $r=+0,75; p<0,05$ ), а также их отцов ( $r=+0,68; p<0,05$ ). Что касается пациентов с первичной артериальной гипотензией, то высокие корреляции параметра личностной тревоги выявлены только с параметрами матери ( $r=+0,71; p<0,05$ ). Полученные данные свидетельствуют об участии одного или обоих родителей в становлении тревожных черт личности больных детей.

В нарушении семейного воспитания важную роль играют не только личностные особенности родителей, но психологические проблемы родителей, решаемые за счет ребенка (8). В этом случае в основе неправильного воспитания лежит какая-то семейная проблема, чаще всего носящая характер неосознаваемой. Наши исследования показали, что родители детей основных групп наблюдения пытаются разрешить свои проблемы за счет воспитания собственных детей через воспитательную неуверенность, предпочтение детских качеств и фобию утраты ребенка. Воспитательная неуверенность родителей здоровых детей составила 3,4% против 28,1% родителей первой ( $p<0,001$ ) и 33,1% второй ( $p<0,001$ ) групп. Она обусловлена потворствующей или доминирующей гиперпротекцией и возникает вследствие супружеской дисгармонии. Предпочтение детских качеств нами выявлялось у 15,1% родителей детей с ПАГ ( $p<0,001$ ), 18,3% родителей больных с САГ ( $p<0,001$ ) и связано, на наш взгляд, либо с опытом своей родительской семьи, либо с психастеническими чертами характера самих родителей. Фобия утраты может быть объяснена или хроническим заболеванием ребенка, или вытесненными проблемами матери, рассматриваемыми в психоаналитических концепциях личности.

Таким образом, структура личности родителей, неправильное семейное воспитание могут быть источником психологического напряжения ребенка, влиять на его личностные особенности и участвовать в формировании артериальной гипотензии. Все это требует соответствующих индивидуальных и семейных психотерапевтических подходов в лечении и реабилитации больных детей.

#### Выводы

1. Родители детей с артериальной гипотензией имеют высокий уровень тревоги, как устойчивой черты личности, которая напрямую связана с повышенной личностной тревогой больного ребенка.
2. Наиболее частыми нарушениями воспитания в семьях детей с артериальной гипотензией являются гиперпротекция, потворствование, недостаточность требований-обязанностей, чрезмерность требований-запретов и минимальность санкций.
3. Психологические проблемы родителей детей с артериальной гипотензией решаются порой за счет ребенка через воспитательную неуверенность, предпочтение детских качеств и фобию утраты.
4. В комплекс лечения и реабилитации детей с первичной и симптоматической артериальной гипотензией необходимо включать индивидуальную и семейную психотерапию.

#### Литература

1. Вейн А.М., Окнин В.Ю., Хаспекова Н.Б., Федотова А.В. Состояние механизмов вегетативной регуляции при артериальной гипотензии // Журнал неврологии психиатрии. - 1998. - №4. - С20-24.
2. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. - Санкт-Петербург «Специальная литература», 2000.
3. Леонтьева И.В., Белоконов Н.А., Ахметжанова Х.М., Белозеров Ю.М., Сипягина А.Е., Дгебуадзе Г.М. Маркеры риска развития гипо- и гипертонической болезни у детей с артериальной гипотонией // Вопросы охраны материнства и детства. - 1991. - №3. - С23-28.
4. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. - Москва «МЕДпресс-информ», 2002. - 607с.
5. Мутафьян О.А. Артериальные гипертензии и гипотензии у детей и подростков. - Санкт-Петербург, 2002. - 143с
6. Сикорский А.В. Психовегетативные нарушения у детей с артериальной гипотензией // Белорусский медицинский журнал. - 2002. - №1. - С75-79.
7. Сикорский А.В. Состояние эмоционально-личностной сферы у детей с хронической гастродуоденальной патологией // Охрана материнства и детства. - 2002. - №3. - С45-50.

8.Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами и неврозоподобными состояниями (методические рекомендации). – Ленинград, 1987. -25с.