

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИЧНОСТИ ПОДРОСТКА В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF IDENTITY OF ADOLESCENT IN THE CONDITIONS OF PSYCHOSOMATIC DISEASE

**T. Vasilenko
N. Esenkova
A. Shevchenko**

Summary. The article discusses the features of the identity of adolescents in conjunction with family relationships in terms of psychosomatic illness (for example, chronic gastroduodenitis). The results of an empirical study of 120 subjects, including 60 adolescents 13–15 years old, and 60 mothers, are presented. The specific characteristics of the identity of adolescents with psychosomatic disorders (violations of the temporal and activity aspects of identity, low level of formation of gender identity, undifferentiation of the components of identity) are revealed. In addition, the features of the mother's relationship with the teenager, as well as the personality characteristics of the mother, which make it difficult for the adolescent to build a coherent and consistent identity, are identified.

Keywords: identity, adolescence, psychosomatic disorder, crisis, gender identity, intimate-personal communication, hyperprotection.

Василенко Татьяна Дмитриевна

*Д.псих.н., профессор, Курский государственный
медицинский университет
tvasilenko@yandex.ru*

Есенкова Наталья Юрьевна

*К.псих.н., ст.преподаватель, Курский государственный
медицинский университет
esenkovanj@yandex.ru*

Шевченко Анастасия Владимировна

*Ассистент, Курский государственный медицинский
университет
sheff3@list.ru*

Аннотация. В статье рассматриваются особенности идентичности подростков во взаимосвязи с семейными взаимоотношениями в условиях психосоматического заболевания (на примере хронического гастродуоденита). Представлены результаты эмпирического исследования 120 испытуемых, из них 60 подростков 13–15 лет, а также 60 матерей. Выявлены специфические характеристики идентичности подростков с психосоматическим расстройством (нарушения временного и деятельностного аспектов идентичности, низкий уровень сформированности половой идентичности, недифференцированность компонентов идентичности). Кроме того, определены особенности отношения матери к подростку, а также личностные характеристики матери, затрудняющие построение подростком целостной непротиворечивой идентичности.

Ключевые слова: идентичность, подростковый возраст, психосоматическое расстройство, кризис, половая идентичность, интимно-личностное общение, гиперпротекция.

В современном обществе границы подросткового возраста динамично меняются, психологические процессы, характерные для этого возрастного периода, начинаются все раньше и заканчиваются все позже. Одна из главных задач, приходящихся в это время, связана с построением подростком целостной непротиворечивой позитивной картины самого себя. Сложность данного процесса вкпе с увеличением психоэмоциональной и информационной нагрузки на современного подростка, а также в связи с кризисными процессами, происходящими в обществе, приводят к увеличению числа психосоматических заболеваний, а также их «омоложению». В настоящее время вопрос сохранения здоровья молодого поколения стоит особенно остро [4, 7, 11].

Согласно положениям ряда авторов, понятие «психосоматические расстройства» (ПСР) следует использовать для тех расстройств функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов

(накоплению отрицательных эмоций). Эти расстройства являются болезнями адаптации (цивилизации). Они нередко называются также стресс-зависимыми, что подчеркивает важную роль в их происхождении психосоциальных влияний [6].

Рассматривая психосоматическое расстройство, каждый автор видит в возникновении того или иного заболевания свои механизмы и особенности. Но каждый из подходов однозначно указывает на наличие связи и единства между психической и соматической составляющими [3, 6, 7]. Опираясь на теории системной семейной терапии (М. Боуэн, В. Сатир, Г. Бейтсон, Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, А.В. Черников, А.Я. Варга и др), описывающие ПСР как дисфункциональный стабилизатор семейной системы, можно говорить о том, что в возникновении психосоматических расстройств у подростков семейной системе и значимому окружению отводится большая роль, однако личностные особенности подростка, способные являться фактором защиты его

психосоматического здоровья, по-прежнему изучены недостаточно [1, 10, 14, 15].

Центральной тенденцией всего подросткового возраста является становление того, что в разных концепциях и теориях называется субъектностью (К. Н. Поливанова, В. И. Слободчиков, Г. А. Цукерман, Б. Д. Эльконин), идентичностью (З. Фрейд, Э. Эриксон), а также самосознанием (Л. И. Божович, Л. С. Выготский, Д. Б. Эльконин, и др.) [2, 5, 12, 13, 16, 17]. Идентичность рассматривается как «структура, состоящая из определенных элементов, переживаемая субъективно как чувство тождественности и непрерывности собственной личности при восприятии других людей признающими эти тождество и непрерывность» [17]. В. В. Столин определяет идентичность как самосознание личности, которое имеет многогранную структуру [13]. Процесс формирования идентичности — это процесс, протекающий на всех уровнях психической деятельности, большая часть которого протекает на бессознательном уровне. В качестве механизмов формирования идентичности можно выделить следующие: идентификация, рефлексия, самоопределение, механизмы проекции и интроекции.

Построение непротиворечивой идентичности связано с успешностью выполнения важных возрастных задач данного периода и положительным выходом из подросткового кризиса. Напротив, в случае затруднений в формировании позитивной идентичности у подростка вследствие его личностных особенностей, а также влияния значимого окружения увеличивается вероятность ухудшения физиологического, социального и психоэмоционального функционирования подростка, снижение его адаптационного потенциала, что увеличивает риск развития ПСР.

Таким образом, целью нашего исследования является изучение специфики идентичности подростка с ПСР (на примере хронического гастродуоденита (ХГД)) в системе его семейных взаимоотношений.

Задачами исследования являются:

- ◆ Выявление и описание психологических особенностей идентичности у подростков, имеющих психосоматические расстройства.
- ◆ Выявление и описание особенности семейных взаимоотношений в семьях подростков, имеющих психосоматические расстройства.
- ◆ Анализ взаимосвязи особенностей идентичности и семейных взаимоотношений у подростков с психосоматическими расстройствами.

В исследовании приняли участие 60 подростков в возрасте от 13 до 15 лет, а также их матери. Экспериментальную группу составили 30 подростков с диагнозом

хронический гастродуоденит вместе с матерями, контрольную группу составили 30 соматически здоровых подростков вместе с матерями. Все подростки из полных семей, а также имеют среднюю школьную успеваемость, что позволяет исключить из исследования подростков с выраженными нарушениями социального функционирования. Стаж заболевания у подростков с ХГД составляет не более 1 года.

Методы исследования включают: для подростка — клинично-психологическое интервью, специализированная анкета определения типа личностной идентичности подростка (С. С. Носов), тест «Кто Я?» (М. Кун, Т. Макпарланд, в модификации Т. В. Румянцевой), семейная социограмма (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис); для родителя — опросник «Анализ семейных взаимоотношений» для родителей детей в возрасте 11–21 года (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис), тест выявления особенностей междусупружеского общения в семье (Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман, Е. М. Дубовская) [8, 9, 15].

Для статистического анализа нами были использованы методы описательной статистики; методы сравнительной статистики (непараметрический критерий U Манна-Уитни, критерий χ^2 Пирсона). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 со статистической достоверностью $p < 0,05$.

При исследовании особенностей идентичности подростков с ХГД были получены следующие результаты. Статистически значимые различия получены по критериям: половая идентичность (при $p=0,00155$), социальные роли (при $p=0,00106$), индивидуальные характеристики (при $p=0,02584$), интимно-личностное общение (при $p=0,02938$), общий уровень дифференцированности идентичности (при $p=0,000003$) в группе подростков с ХГД в сравнении с соматически здоровыми подростками. Можно говорить о том, что для подростков с ХГД в первую очередь характерен более низкий уровень дифференцированности идентичности. Данный критерий включает в себя следующие компоненты-показатели идентичности: социальное Я, рефлексивное Я, материальное Я, физическое Я, деятельное Я, перспективное Я, коммуникативное Я, и в группе здоровых подростков при самоидентификации мы наблюдаем наличие всех или большинства данных показателей. Больные подростки при самоидентификации используют 2–3 компонента идентичности. Мы предполагаем, что общий уровень дифференцированности идентичности связан с уровнем дифференциации Я (по М. Боуэну) [1]. Для низкого уровня дифференциации Я характерным является сложность в различении собственных мыслей и эмоций, что выражается в нарушении понимания своих потребностей, трудностях в установлении внутриличностных

границ, снижении адаптации к социуму, и в подростковом возрасте затрудняет позитивный выход из кризиса, что может способствовать возникновению и развитию ПСР.

Также у подростков с ХГД в сравнении со здоровыми подростками выявлена несформированность/низкая степень сформированности позитивной половой (гендерной) идентичности, а также низкая представленность сферы интимно-личностного общения. То есть, наблюдаются трудности в реализации ведущего вида деятельности данного периода, что может говорить о низкой значимости дружеских отношений в жизни больного подростка, в том числе отношений с противоположным полом, либо же о высокой значимости, но низкой компетентности в данной области. Мы предполагаем, что низкая значимость данной темы у подростков экспериментальной группы указывает на некоторый психологический инфантилизм в результате специфического семейного отношения (результаты исследования представлены ниже), затрудняющего для ребенка сепарацию от родителей и ухудшающего прохождение подросткового кризиса.

Необходимо отметить, что у подростков с ХГД в самоидентификационных характеристиках преимущественно представлены индивидуальные характеристики при низкой представленности социальных ролей, в то время как у здоровых подростков наблюдается обратная тенденция. Очевидно, больные подростки испытывают затруднения в выполнении правил, исходящих от различных социальных ролей, что ведет к изоляции, избеганию социальных контактов, повышению психоэмоционального напряжения в отношениях с окружающими и общему снижению адаптации как одному из факторов развития ПСР.

При исследовании различных аспектов идентичности подростков были выявлены статистически значимые различия по следующим критериям: положительное отношение к настоящему (при $p=0,0448$), а также способность к продуктивной работе (при $p=0,0037$). Можно говорить о том, что у подростков с ХГД достоверно чаще наблюдаются нарушения временного и деятельностного компонентов идентичности в сравнении со здоровыми подростками. Больной подросток реже оценивает свое настоящее положительно, с одной стороны, очевидно, в связи с болезнью и сопутствующими ей сложностями, с другой, находясь в эмоционально нагружающих отношениях с родителями, в частности с матерью, что может затруднять процесс сепарации и построения собственной идентичности. Кроме того, больные подростки реже здоровых испытывают желание и стремление к выполнению какой-либо деятельности, а также не стремятся выполнить ее хорошо. В эмоциональном аспекте у та-

кого подростка может наблюдаться отсутствие чувства компетентности, уверенности в своих силах, повышенная тревога, на уровне поведения — часто отсутствие самой возможности выполнить какое-либо задание или дело, обычно в связи с тревогами и запретами со стороны родителей, что также подтверждается результатами, приведенными ниже.

Далее нами были исследованы группа матерей подростков с хроническим гастродуоденитом ($n=30$) и группа матерей здоровых подростков ($n=30$). При исследовании особенностей отношения матери к подростку получены следующие результаты. Статистически значимые различия получены по критериям: гиперпротекция (при $p=0,0001$), минимальность санкций (при $p=0,0052$), фобия утраты ребенка (при $p=0,0001$), вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания ($0,04627$). Для матерей больных подростков характерен высокий уровень тревоги за его здоровье, стремление к максимальному удовлетворению потребностей ребенка при минимуме требований и ограничений, при этом отмечается склонность втягивать сына или дочь в решение супружеских проблем. Такое отношение к больному ребенку отмечается и в более раннем возрастном периоде [4, 11]. Однако, в подростковом возрасте ригидность членов семьи в отношении к ребенку может вызвать более тяжелые нарушения. Гиперопекаемый подросток испытывает затруднения в выполнении основных возрастных задач: успешной сепарации от родителей, построения собственной идентичности. Он часто ограничен от иных, отличных от семьи, источников социальных влияний, в меньшей степени способен самостоятельно принимать решения, а значит, менее адаптивен и менее стрессоустойчив, что является фактором развития психосоматического расстройства. Эти данные схожи с представлением Д.Н.Исаева о возникновении ПСР у детей [6]. Кроме того, следует отметить, что чрезмерное стремление родителя максимально удовлетворить потребности ребенка говорит в большей степени о проецировании родителем собственных неудовлетворенных потребностей на ребенка (подростка), и игнорировании его истинных потребностей, что эмоционально перегружает подростка и может восприниматься им как давление и пренебрежение [15].

Также матери больных подростков имеют затруднения в прямом выражении чувств и открытом прояснении проблем, что и проявляется в втягивании, триангулировании подростка в отношения между родителями. Неспособность в паре взаимодействовать без включения третьего является признаком семейной дисфункции, что также может приводить к возникновению ПСР [1]. Трудности в отношениях с супругом подтверждаются результатами, полученными с помощью теста выявления особенностей междусупружеского общения в семье,

согласно которому матери подростков с ХГД достоверно чаще в сравнении с матерями здоровых подростков испытывают недостаток в близости и взаимопонимании со стороны мужа (шкалы «доверительность общения (оценка партнера)» (при $r=0,0124$) и «взаимопонимание между супругами (оценка себя)» (при $r=0,0415$), а также получают от супруга меньше эмоциональной поддержки (шкала «психотерапевтичность общения» (при $r=0,0153$)). В этой ситуации ребенок может играть для матери роль эмоционального партнера, восполнять ее потребность в психологической близости, при этом затрудняться в построении собственной целостной непроторечивой позитивной идентичности.

Таким образом, в результате проведенного исследования мы можем сделать следующие выводы:

1. Подростки, имеющие психосоматическое заболевание, характеризуются следующими особенностями их идентичности: более низким уровнем дифференцированности идентичности, несформированностью/низкой сформированностью позитивной половой (гендерной) идентичности, преобладанием личностных характеристик над социальными, а также затруднениями в исполне-

нии ведущего вида деятельности подросткового возраста, интимно-личностного общения. Данные особенности ведут к фрустрации основных потребностей подростка, снижению уровня его адаптивности и стрессоустойчивости, что является фактором возникновения и развития ПСР.

2. В семейном окружении подростка выявлена гиперпротекция со стороны матери при отсутствии функций контроля и установления границ, из личностных черт матери больного подростка отмечается чрезмерная тревога за его здоровье, склонность решать супружеские проблемы путем втягивания ребенка, одиночество и отсутствие близости в отношениях с супругом.
3. В целом в семьях больных подростков наблюдается затруднение в распознавании собственных чувств и потребностей, как у матери, так и у подростка, отсутствие границ, эмоциональная перегруженность, спутанность семейных ролей. Такие матери не поддерживают растущую автономность подростка, что затрудняет для него построение целостной позитивной идентичности как фактора поддержания его психосоматического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейкер К., Варга А. Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна. — М., 2008. — 496 с.
2. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Под редакцией Д. И. Фельдштейна. — М., 1997. — 352 с.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. / Пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Брунека. — М, 1999. — 376 с.
4. Василенко Т. Д., Земзюлина И. Н., Селин А. В., Симоненко И. А., Шевченко А. В. Семья и психосоматическое здоровье ребенка // Вестник РФФИ. Гуманитарные и общественные науки. — 2017. — № 1 (86). — С. 112–122.
5. Выготский Л. С. Психология развития ребенка. — М.: Эксмо. — 2005. — 512 с.
6. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб.: Специальная литература, 1996. — 454 с.
7. Кулаков С. А. Основы психосоматики. — СПб.: Речь, 2005. — 288 с.
8. Пашукова Т. И., Допира А. И., Дьяконов Г. В. Практикум по общей психологии. М.: Ин-т практической психологии, 1996.
9. Румянцева Т. В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. Тест М. Куна «Кто Я?» в модификации Т. В. Румянцевой. — СПб., 2006. С. 82–103.
10. Сатир В. Психотерапия семьи. — СПб.: Речь, 2000. — 337 с.
11. Симоненко И. А. Рефлексия как фактор защиты подростка в преодолении стрессовых воздействий дисфункциональной семейной системы в условиях психосоматического расстройства // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2015. — N3(32). — С. 8 [Электронный ресурс]. — URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10.11.2018).
12. Слободчиков В. И., Цукерман Г. А. Интегральная периодизация общего психического развития // Вопросы психологии. 1996. № 5. — С. 38–50.
13. Столин В. В. Самосознание личности / В. В. Столин. — М.: Просвещение. — 1983. — 288 с.
14. Черников А. В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. — М.: Независимая фирма Класс. — 2001. — 208 с.
15. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. — СПб: Речь, 2003. — 336 с.
16. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. — М. — 1989.
17. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон; пер. с англ. А. Д. Андреевой, А. М. Прихожан, В. И. Ривощ. — М.: Прогресс. — 1996. — 344 с.

© Василенко Татьяна Дмитриевна (tvasilenko@yandex.ru), Есенкова Наталья Юрьевна (esenkovanj@yandex.ru),

Шевченко Анастасия Владимировна (sheff3@list.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»