

УДК 616.21. – 007.271:371.389

## ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЛАРИНГОТРАХЕОБРОНХИТАМИ

© 2012 Т.А. Когут, Л.И. Мозжухина

Ярославская государственная медицинская академия

Поступила в редакцию 09.10.2012

Стенозирующий ларинготрахеобронхит (СЛТБ, круп) является одним из частых и наиболее тяжелых синдромов при острых респираторных инфекциях у детей раннего возраста. В патогенезе синдрома крупа большое значение придается рефлекторному спазму мышц гортани, нередко имеющему нейровегетативную природу. В развитии нейровегетативной дисфункции особую роль играют социально-психологические факторы, в том числе семейное воспитание. С целью изучения психологического климата в семье были обследованы 52 пары «мать-ребенок», дети из которых перенесли первичный СЛТБ и 60 аналогичных пар с детьми из группы с рецидивирующим СЛТБ. Результаты проведенного исследования показали, что доминирующая и потворствующая гиперпротекция, как устойчивые типы воспитания чаще встречались в семьях детей с рецидивирующими стенозами гортани. Выявленные в большинстве семей нарушения процесса воспитания способствуют развитию гипертимных и демонстративных (истероидных) черт личности у ребенка. Это обуславливает целесообразность изучения психологического статуса семьи при обследовании детей с синдромом крупа в анамнезе для своевременного включения рациональной психотерапии (индивидуальной и семейной) в комплекс реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: *стенозирующий ларинготрахеобронхит, семейное воспитание, гиперпротекция потворствующая и доминирующая*

Стенозирующий ларинготрахеобронхит (СЛТБ, круп) является одним из частых и наиболее тяжелых синдромов при острых респираторных инфекциях у детей раннего возраста. Этиопатогенез синдрома крупа характеризуется многогранностью и участием разнообразных клинико-эпидемиологических, морфологических, патофизиологических и иммунологических механизмов. Ведущую роль в развитии СЛТБ играют воспалительные изменения, обусловленные повреждением эпителия респираторного тракта, повышением сосудистой проницаемости и отеком слизистой оболочки гортани. Факторами, предрасполагающими к развитию стеноза гортани и его рецидивов, в первую очередь, выступают анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей младшего возраста, отягощенные по атопии наследственность и преморбидный фон, малые морфологические аномалии («стигмы» дизэмбриогенеза), нарушения иммунного гомеостаза [1, 2]. В то же время в патогенезе синдрома крупа большое значение придается рефлекторному спазму мышц гортани, имеющему неврогенную природу. Известно, что у больных СЛТБ рефлексогенные зоны гортани вследствие воспаления становятся мощным источником патологической импульсации, что ведет к усилению тонуса мышц, вплоть до развития острого ларингоспазма [4]. При этом немаловажную роль играет нейровегетативная дисфункция.

*Когут Татьяна Александровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии Института последипломного образования. E-mail: tkogut@bk.ru*  
*Мозжухина Лидия Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии Института последипломного образования*

Известно, что нейровегетативный гомеостаз организма находится в большой зависимости от целого ряда социально-психологических факторов, оказывающих существенное влияние на течение соматических заболеваний у детей [3]. Среди этих факторов семейное воспитание играет особую роль, так как во многом определяет психологический статус и эмоциональное реагирование ребенка на различные недуги [5]. С помощью доступных психологических методик мы исследовали те особенности воспитания детей с синдромом крупа, учет которых наиболее важен при изучении непсихотических нарушений, влияющих на их поведение и личность. Исследование проводилось на базе отделения респираторных инфекций Инфекционной клинической больницы г.Ярославля в 2010-2011 гг. Использовались следующие методики: клиническая беседа с матерью; беседа-разговор с ребенком о его представлении о «болезни-здоровье» (для детей старше 3 лет); опросник родительского отношения АСВ (Эйдемиллер Э.Г., 1994), включающий 130 утверждений о воспитании детей, бланк для ответа родителей и приложение, позволяющее их оценить по отдельным шкалам опросника.

Были обследованы 52 пары «мать-ребенок», дети из которых перенесли первичный СЛТБ и 60 аналогичных пар с детьми из группы с рецидивирующим СЛТБ. Контрольную группу составили 30 детей аналогичного возраста, не имеющих хронических заболеваний и ни разу не болевших СЛТБ. Из клинических бесед с матерями и детьми было установлено, что дети, имеющие в анамнезе неоднократные стенозы гортани, по сравнению с впервые заболевшими СЛТБ и контрольной группой, чаще обнаруживают демонстративные черты поведения и отличаются выраженной потребностью

быть рядом с родителями. Анализ опросника родительского отношения АСВ [5] показал, что большинство обследованных семей характеризуются

различными формами отклонений в процессе воспитания (табл. 1).

**Таблица 1.** Формы семейного воспитания больных с первичным и рецидивирующим СЛТБ

Характеристика воспитательного процесса	Первичный СЛТБ, n=52		Рецидивирующий СЛТБ, n=60		Группа сравнения, n=30		p <sub>1</sub> , p <sub>2</sub> , p <sub>3</sub>
	n	%	n	%	n	%	
гиперпротекция доминирующая	2	3,9	5	8,3	0	0,0	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05
гиперпротекция потворствующая	8	15,4	14	23,3	1	3,3	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>3</sub> >0,05
чрезмерность требований с излишней строгостью наказаний	1	1,9	1	1,7	1	3,3	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05
недостаточность требований с минимальной строгостью наказаний	5	9,6	9	15,0	8	26,7	p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05
фобия утраты ребенка	1	1,9	3	5,0	0	0,0	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05
неустойчивый стиль воспитания	7	13,5	10	30,0	7	23,3	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05
отсутствие отклонений в воспитании	28	53,8	18	16,7	13	43,3	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>3</sub> <0,01

*Примечание:* p<sub>1</sub> – сравнение групп первичного СЛТБ и контрольной, p<sub>2</sub> – сравнение групп рецидивирующего СЛТБ и контрольной, p<sub>3</sub> – сравнение групп первичного и рецидивирующего СЛТБ

Из данных табл. 1 видно, что доминирующая и потворствующая гиперпротекция, как устойчивые типы воспитания чаще встречались в семьях детей с рецидивирующими стенозами гортани. В зависимости от возраста ребенка, потворствующая гиперпротекция (воспитание по типу «все можно») сопровождается недостаточностью требований-запретов (к детям раннего возраста) и требований-обязанностей (к детям старшей возрастной группы). В большинстве случаев этому сопутствует минимальная строгость наказаний (санкций) со стороны родителей за нарушение их требований ребенком. При таком воспитательном подходе ребенок находится в центре внимания семьи, стремящейся к максимальному удовлетворению его потребностей. В отдельных семьях (3 случая) потворствующая гиперпротекция определялась предпочтением родителей в ребенке детских качеств, что также обуславливало сниженный уровень требований к нему. Значительно реже в обследуемых семьях отмечалась доминирующая гиперпротекция. В основе этого типа негармоничного воспитания лежит чрезмерность требований-запретов и требований-обязанностей, предъявляемых к ребенку, т.е. воспитание по типу «все нельзя». У эмоционально-лабильных детей такие запреты усиливают реакции эмансипации, оппозиции и побуждают возникновение протеста в виде острых аффективных реакций демонстративного характера [6]. При тревожно-мнительном типе личности ребенка доминирующая гиперпротекция усиливает в нем астенические черты (замкнутость, неуверенность

в своих действиях). В контрольной группе доминирующая гиперпротекция не была выявлена. Кроме указанных устойчивых типов семейного воспитания (потворствующая и доминирующая гиперпротекция) в обследуемых группах выявлялись отдельные формы отклонений воспитательного подхода (нарушение системы требований и строгости санкций в виде их чрезмерности или недостаточности), а также неустойчивый стиль воспитания.

Неустойчивость стиля воспитания проявляется в нестабильности или противоречивости воспитательных установок родителей по отношению к ребенку, с переходом от очень строгих к либеральным и наоборот (например, от значительного внимания к эмоциональному отвержению). Как правило, в этих семьях мать и отец отличались противоположным отношением к системе требований и строгости наказаний. Неустойчивый стиль воспитания чаще выявлялся в группе «сравнения» без достоверных различий с I и II группами. Среди других отклонений семейного воспитания, была диагностирована фобия утраты ребенка (в 1 семье I группы и в 3-х – во II-ой). Как выяснилось из бесед с матерями, источником формирования такой фобии явился ранее перенесенный ребенком тяжелый стеноз гортани, а в одном из случаев – гибель другого ребенка в семье от указанной причины. Необходимо отметить, что родители с фобией утраты ребенка отличались повышенной неуверенностью в себе, боязнь ошибиться, имели преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности. Это

заставляло их тревожно прислушиваться к любым пожеланиям сына или дочери, стремиться удовлетворить их и мелочно опекать. Как воспитательный подход, фобия утраты ребенка в дальнейшем может предопределить формирование гиперпротекции (потворствующей или доминирующей). В семьях детей контрольной группы фобия утраты ребенка не выявлена.

Отсутствие каких-либо отклонений в семейном воспитании отмечено у 53,58% детей с первичным СЛТБ, у 30,0% – с рецидивирующим СЛТБ и в 43,4% случаев в группе сравнения. Сравнение групп больных показало отсутствие достоверных различий между ними по отдельным формам воспитательного процесса, однако в совокупности девиантные воспитательные подходы

достоверно чаще диагностировались в семьях детей с РСЛТБ. Исходя из этого, была проанализирована характеристика воспитания детей из групп РСЛТБ в зависимости от частоты рецидивов стеноза гортани (табл. 2). Из таблицы 2 следует, что подавляющее большинство детей с многократными эпизодами крупа были из семей с теми или иными отклонениями воспитательного процесса. Таким образом, семьи больных со стенозирующими ларинготрахеобронхитами характеризуются разнообразными нарушениями воспитательного процесса. Негармоничные типы семейного воспитания чаще обнаруживаются у детей с повторными стенозами гортани и особенно – при часто рецидивирующем СЛТБ.

**Таблица 2.** Наличие отклонений в воспитании детей в зависимости от частоты рецидивов СЛТБ

Количество рецидивов СЛТБ	Число больных, n=48	Отклонение семейного воспитания				p
		есть		нет		
		n	%	n	%	
2	14	8	57,1	6	42,9%	>0,05
3	18	10	55,6	8	44,4%	>0,05
4 и >	16	14	87,5	2	12,5%	<0,001

**Выводы:** девиантные воспитательные подходы, характеризующие психологический климат в большинстве семей больных с СЛТБ, способствуют формированию гипертимных и демонстративных (истероидных) черт личности у ребенка. Это обуславливает необходимость включения вегетотропных и седативных препаратов, а также психотерапии (индивидуальной и семейной) в комплекс реабилитационных мероприятий больных со стенозирующими ларинготрахеобронхитами.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Абрамов, В.В.* Возможные принципы интеграции иммунной и нейроэндокринной систем // Иммунология. 1996. №1. С. 60-61.

2. *Грачева, М.С.* Иннервация гортани. Автореф. дисс. д.м.н. – М., 1953. 24 с.  
 3. *Кладова, О.В.* Иммунопатогенез, клиника и лечение рецидивирующего крупа у детей. Автореферат дисс. д-ра. мед. наук. – М., 2003. 32 с.  
 4. *Савенкова, М.С.* Рецидивирующий круп (клиника, патогенез, перспективы лечения) / *М.С. Савенкова, В.Ф. Учайкин* // Российский педиатрический журнал. 1998. №5. С. 14-19.  
 5. *Эйдемиллер, Э.Г.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов / *Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская.* – СПб.: Речь, 2006. 352 с.  
 6. *Эйдемиллер, Э.Г.* Психология и психотерапия семьи / *Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис.* – СПб.: Питер, 2010. 672 с.

## FEATURES OF FAMILY BRINGING UP CHILDREN WITH CONSTRICTIVE LARYNGOTRACHEOBRONCHITIS

© 2012 T.A. Kogut, L.I. Mozzhuhina

Yaroslavl State Medical Academy

Constrictive laryngotracheobronchitis (CLTB, croup) is one of the most frequent and severe syndromes of acute respiratory infections in young children. Great importance is attached to a reflex spasm of the larynx often with autonomic nature in the pathogenesis of the syndrome of croup. There is a special role of the social and psychological factors, including family bringing up in the development of autonomic dysfunction. 52 "mother-child" pairs whose children underwent primary constrictive laryngotracheobronchitis and 60 similar couples with children from the group with recurrent CLTB were examined to study the psychological climate in the family. The results of this research revealed that dominant and conniving hyper-patronage as the persistent kinds of bringing up had been more common in families with children with recurrent laryngeal stenosis. Disturbances of the bringing up process detected in most families promoted the development hyperthymic and demonstrative (hysteroid) personality traits of a child. This reveals the necessity of research of the psychological status of the family during the examination of children with croup syndrome in anamnesis to use the rational psychotherapy (individual and family) package of rehabilitating measures at the early stage.

Key words: *constrictive laryngotracheobronchitis, family bringing up, dominant and conniving hyper-patronage*

*Tatiana Kogut, Candidate of Medicine, Assistant at the Pediatrics Department at the Institute of Post-diploma Education. E-mail: tkogut@bk.ru; Lidiya Mozzhuhina, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Pediatrics Department at the Institute of Post-diploma Education*