

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОМ СТАЦИОНАРЕ, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

© Мордык А.В.¹, Панина Е.В.², Кондря А.В.¹, Турица А.А.¹, Руднева Ю.В.³

¹ Омский государственный медицинский университет, Омск; ² Омский государственный педагогический университет, Омск; ³ Специализированная детская туберкулёзная клиническая больница, Омск

E-mail: a.kondria@mail.ru

У детей, находившихся на длительном стационарном лечении по поводу туберкулёза, выявлены разнообразные, часто выраженные психологические нарушения, которые отличали их от здоровых сверстников, живущих дома, с родителями и посещавших общеобразовательную школу. Дети, оторванные от своих семей из-за болезни, отличались более высоким уровнем тревожности, у них присутствовало чувство неполноценности, отверженности, они страдали от дефицита общения, избегали рефлексии и принятия решений. Последствия развивающейся в условиях стационара длительного пребывания депривации непредсказуемы. Основываясь на результатах исследования, можно утверждать, что есть необходимость организации психологического сопровождения процесса лечения детей и подростков, госпитализированных по поводу туберкулёза.

Ключевые слова: туберкулёз, дети, подростки, госпитализация, стационарное лечение, психологические нарушения, социальная депривация.

PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN CHILDREN UNDERGOING LONG-TERM TREATMENT IN A TUBERCULOSIS HOSPITAL AS A MANIFESTATION OF SOCIAL DEPRIVATION

Mordyk A.V.¹, Panin E.V.², Kondrya A.V.¹, Turitsa A.A.¹, Rudneva Yu.V.³

¹ Omsk State Medical University, Omsk; ² Omsk State Pedagogical University, Omsk;

³ Children's Specialized TB Hospital, Omsk

Children who are on prolonged hospital treatment for tuberculosis revealed a variety of often pronounced psychological disorders that distinguish them from healthy peers living at home with parents and attending secondary school. Children separated from their families due to illness have a higher level of anxiety, they experience inadequacy, rejection, and they suffer from a lack of communication, avoiding reflection and decision-making. The consequences of the deprivation developing due to long hospital stay are not predictable. The results of the study prove that there is a need for psychological support of children and adolescents hospitalized with tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, children, adolescents, hospitalization, in-patient treatment, psychological disorders, social deprivation.

Заболеваемость туберкулёзом детей и подростков снижается, но проблема туберкулёза ввиду своей многогранности не утратила своего значения [8, 15]. Туберкулёз у ребёнка требует длительного стационарного лечения, отрыва от семьи и привычного окружения [7, 9]. Это важно и для полноценного излечения ребёнка, и для предотвращения инфицирования МБТ здоровых детей, состоящих с ним в контакте [11]. Однако госпитализация для несовершеннолетнего пациента – это своего рода социальная депривация, или её разновидность, определяемая как принудительная изоляция, когда общество обособляет людей вне зависимости от их желания, а нередко и вопреки ему (к категории принудительно изолированных могут быть также отнесены воспитанники домов ребёнка, детских домов, школ-интернатов) [13].

Тема социальной депривации недостаточно изучена даже в психолого-педагогической литературе [4, 14]. Распространённое ранее

мнение о необратимости последствий депривации в детском возрасте в настоящее время подвергается сомнению. Однако очевидно, что следствием социальной депривации практически может являться более или менее выраженная задержка в развитии речи, интеллекта, освоении социальных и гигиенических навыков, нарушения поведения [2, 13, 14].

Целью настоящего исследования явилось выявление психологических нарушений, отражающих признаки депривации, у больных туберкулёзом детей, находящихся на длительном лечении в специализированном стационаре.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено простое проспективное исследование среди 53 детей школьного возраста ($12,8 \pm 0,4$ года), находившихся на стационарном

лечении в Казённом учреждении здравоохранения Омской области «Специализированная детская туберкулёзная клиническая больница» (КУЗ ОО «СДТКБ») по поводу туберкулёза, и 50 здоровых детей (13,2 ± 0,6 года), обучающихся в Муниципальном общеобразовательном учреждении «Средняя общеобразовательная школа № 82». Критериями включения в исследование служили: желание ребёнка участвовать в исследовании, информированное согласие родителей или законных представителей ребёнка на участие в исследовании. Критериями исключения служил отказ ребёнка или родителей от участия в исследовании.

У 28 (52,8%) больных туберкулёзом детей диагностирован первичный туберкулёз, при этом чаще встречался туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов (23 ребёнка), реже (5 случаев) – первичный туберкулёзный комплекс. Вторичные формы туберкулёза диагностированы у 25 (47,2%) детей, у 22 детей это был инфильтративный туберкулёз, у 3 – очаговый. У 26 детей туберкулёзный процесс был ограниченным (49,1%), бактериовыделение установили в 5 случаях (9,4%). Высокий риск множественной лекарственной устойчивости отмечен в 22 случаях (41,5%).

Для проведения психодиагностического исследования использовались следующие методики:

- «Рисунок семьи» [6];
- Рисунок «Я реальное – Я идеальное – Я глазами других» [1];
- Методика свободного самоописания [3];
- Методика самооценки ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбрегера (в адаптации Ю.Л. Ханина) [12];
- Методика определения уровня тревожности в младшем школьном возрасте «Вставь нужное лицо» (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен) [10];
- «Рисунок несуществующего животного» [6].

Для статистического анализа использовали метод описательной статистики с определением $M \pm m$. Достоверность различий между группами определяли с помощью критерия хи-квадрат и углового преобразования Фишера ($\phi^* \text{эмп}$). Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Статистическую обработку результатов проводили с применением пакета программы Biostat и Statistica 6 для персональных компьютеров.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведённого тестирования у всех детей, находящихся на госпитализации, были установлены разной степени выраженности психологические нарушения. Так, при выполнении методики «Рисунок семьи» (выполняли 33 ребёнка) у большинства детей (26; 78,8%) рисунки характеризовали семейную ситуацию как конфликтную. Эта проблема касалась преимущественно отношений с матерью или сиблингами (братьями и сестрами). Рисунки 25 (75,8%) ребят демонстрировали наличие чувства неполноценности в семейной ситуации. Это выражалось в недостатке эмоционального контакта, нехватке общения в семье. Признаки враждебности в семейной ситуации были обнаружены на 11 рисунках (33,3%). В таких семьях нередко применялись физические наказания, крики, угрозы по отношению к ребёнку. Благоприятная семейная ситуация отражена лишь на трёх рисунках (9,1%).

В целом по выборке можно сделать следующий вывод: многие испытуемые не чувствовали себя членами своих семей (при рисовании своей семьи очень часто пропускали себя), испытывали недостаток эмоционального контакта и поддержки. Самая вероятная причина такого результата – длительное пребывание ребёнка вне семьи.

Принципиальных различий в рисунках школьников и рисунках пациентов стационара не выявлено. Однако дети из стационара чаще исключали себя из рисунка (20 случаев, 66,7%), в то время как у школьников (выполняли 50 детей) этот факт встречался крайне редко (2 случая, 4%) ($\chi^2 = 35,699$; $p = 0,000$).

Анализ рисунка «Я реальное – Я идеальное – Я глазами других» (выполняли 28 детей больных туберкулёзом) выявил следующие особенности: недовольство своим реальным положением, отсутствие у большинства чёткого представления о том, каким бы он хотел быть в идеале (18 детей, 64,3%). Это свидетельствовало о том, что ребята не задумывались, каким будет их будущее и к чему необходимо стремиться. Чаще всего испытуемые одинаково характеризовали и себя реального, и себя идеального, и себя глазами других людей (16 детей, 57,1%). Это являлось неблагоприятным признаком, указывающим на низкий уровень рефлексии, неспособности или нежелании анализировать себя и своё поведение (в норме в период с 10-11 до 15-16 лет дети начинают активно размышлять о себе и делать на этой основе различные выводы). Возможно, причиной этого являлось длительное пребывание

в стационаре, где повседневная жизнь строго определена режимом; где не возникало ситуаций, требующих принятия решений, не было необходимости раздумывать о себе и завтрашнем дне, планировать свою деятельность. Лишь у 6 человек (21,4%) обнаружена чёткость Я-идеального: эти ребята без раздумий охотно описывали (и на рисунках и в ходе уточняющей беседы) себя идеального. У одних в качестве идеала выступало то или иное желаемое поведение (послушание, хорошая учёба). У других – те или иные достижения (получение аттестата, создание семьи, строительство дома, увеличение мускул).

Таким образом, условия стационара длительного пребывания, препятствуя общению пациентов подросткового возраста со значимыми взрослыми и друзьями, создают определённые трудности в естественном развитии Я-концепции и самосознания. Поскольку именно через других значимых людей, сравнивая и сопоставляя себя с ними, подросток познаёт и себя [1]. А на основе работы самопознания запускаются процессы самоотношения и саморегуляции (что в совокупности и является самосознанием). Заложенные в подростковом возрасте особенности самосознания с большей долей вероятности останутся у человека на всю жизнь [12].

По результатам методики свободного самоописания (выполнял 21 пациент) можно указать следующие, актуальные для данной выборки, темы: «Общение и дружба», «Семья», «Больница», «Общение с противоположным полом». «Общение и дружба» – самая значимая тема (21 ребёнок, 100%). Ребята указывали, что любят общаться, описывали свои коммуникативные качества и качества предпочитаемых друзей. Общение являлось ведущим видом деятельности в подростковом возрасте (а большинство испытуемых – подростки), поэтому полученные результаты отражали нормальное состояние. Однако, учитывая результаты других методик, можно предположить, что в данном случае отражена желаемая, а не реальная ситуация: ребята хотели бы общаться в большей мере, чем сейчас. В качестве примера можно привести следующие фразы: «я скучаю по друзьям», «больше всего мне нравится общаться с людьми гораздо старше меня», «я знаю, что мои друзья меня ждут». Четверо испытуемых (19%) затронули вопрос о доверии к людям («не люблю предательства», «считаю, что мне можно доверять», «посторонним я не доверяю» и др.). Тема «Семья» (19 детей, 90,5%) содержала, прежде всего, такие фразы, как «люблю, когда мама

навещает меня», «я скучаю по брату», «скоро вернусь домой» и т.п. Большинство подобного рода предложений показывали, что ребята скучают о родных и нуждаются в более частом общении с ними. «Больница» – данная тема поднималась в 8 самоописаниях (38,1%). Ребята упоминали о том, что сейчас они находятся в больнице. При этом упоминаний о болезни нет. Возможно, причиной этого являлось недостаточное осознание специфики своего заболевания. Однако это вполне объяснимо: каким бы ни было заболевание, но если оно не портит внешность – оно не сильно беспокоит подростка. Самая малочисленная тема – «Общение с противоположным полом» – лишь 4 девочки (19%) упомянули о том, что «с мальчиками интереснее, чем с девочками», «среди друзей мальчиков больше, чем девочек» и т.п. Такое общение способствует становлению половой идентичности (этим также знаменателен подростковый возраст). Тот факт, что из всех испытуемых об общении с представителями противоположного пола упомянули так мало человек и ни один испытуемый не упомянул свой пол, отражает ситуацию в целом по России: подавляющее большинство подростков сейчас андрогинны (образно выражаясь, это «средний» психологический пол) [5]. Таким образом, подавляющее большинство пациентов больницы не задумывалось над тем, как подобает вести себя девочке (девushке), мальчику (юноше). Причин тому могло быть несколько. Одна из них – отсутствие возможности вести полноценное общение с представителями противоположного пола как своего (друзья, одноклассники), так и более старшего возраста (родственники, учителя), которое способствует половой и полоролевой идентификации.

В табл. 1 представлены основные темы отражающие ситуацию среди детей специализированного стационара и школьников (выполняли 50 детей) при анализе методики свободного самоописания.

Как видно из табл. 1, в самоописаниях школьников присутствовали оценочные суждения (как положительные, так и отрицательные), в то время как самоописания пациентов стационара отражали лишь констатацию некоторых фактов о своей жизни. При совпадении актуальности темы «Общение с противоположным полом» у школьников отмечена большая заинтересованность данным вопросом, чем у пациентов ($\chi^2=2,041$; $p=0,153$), это можно объяснить большей возможностью вести полноценное общение с представителями противоположного пола.

Таблица 1

Результаты сравнения текстов самоописаний пациентов стационара и школьников

Наиболее актуальные темы для пациентов стационара, N = 21			Наиболее актуальные темы для школьников, N = 50		
	абс	%		абс	%
1. Общение и дружба	21	100	1. Положительная характеристика себя	48	96
2. Семья	19	90,5	2. Общение и дружба	46	92
3. Больница	8	31,8	3. Отрицательная характеристика себя	30	60
4. Общение с противоположным полом	4	19	4. Общение с противоположным полом	20	40

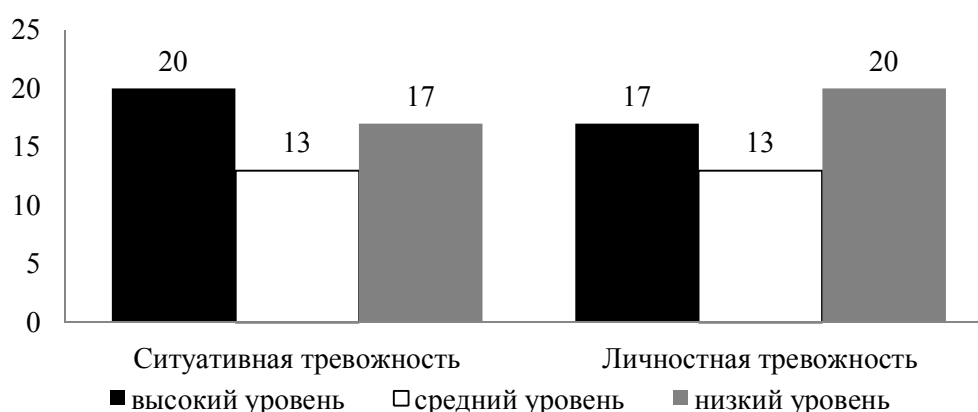


Рис. 1. Результаты исследования тревожности у школьников.

Таким образом, можно заключить, что условия стационара длительного пребывания препятствовали осознанию и оценке качеств и свойств личности. Для того, чтобы минимизировать такого рода последствия, рекомендуется организация развивающих и коррекционных мероприятий. Помимо этого, представление о себе школьников гораздо шире по содержанию (среднее количество слов в тексте – $25 \pm 1,2$), чем у пациентов стационара (среднее количество слов в тексте – $18 \pm 0,9$) ($p = 0,000$). Причиной этого, как уже отмечалось ранее, является недостаток общения со значимыми взрослыми и друзьями. В условиях стационара эта важная потребность подростка депривируется.

По результатам методики самооценки ситуативной и личностной тревожности (выполняли 20 пациентов) на момент проводимого тестирования лишь один пациент (5%) испытывал острое переживание по поводу своего пребывания в больнице. Состояние большей части пациентов характеризовалось средним (14; 70%) и низким (5; 25%) уровнем тревожности, что свидетельствовало об адаптации детей к возникшей ситуации. Восемь человек (40%) рассматривали большинство происходящих с ним событий, в том числе пребывание в больнице, как угрожающие. Высокий уровень личностной тревожности наблюдался в процессе лечения: пациенты боялись процедур, задавали много вопросов врачам, часто находились в состоянии

напряжения, беспокойства, нередко паниковали. Они более подвержены влиянию стресса и склонны переживать состояния тревоги большей интенсивности и значительно чаще, чем пациенты с низким уровнем тревожности, что, бесспорно, влияет на эффективность лечения. Примечательно, что не было ни одного испытуемого с низким уровнем личностной тревожности.

Исследование тревожности в младшем школьном возрасте не выявило выходящих за пределы нормы результатов.

Результаты исследования тревожности школьников (выполняли 50 детей) изображены на рис. 1.

Обратимся к сравнительному анализу. Ситуативная тревожность: высокий уровень тревожности чаще встречался у школьников, чем у пациентов стационара ($\phi^*_{эмп} = 2,761$, при $p \leq 0,01$). Такие результаты можно объяснить следующим образом: жизнь в стационаре крайне бедна на события, которые заставили бы подростков испытывать чувство тревоги. В то время как подростки, посещающие школу, много общаются, встречаются с новыми людьми, получают множество информации из разных источников – всё это и может стать основой для возникновения высокого уровня ситуативной тревожности. Средний уровень тревожности чаще встречался у ребят из стационара ($\phi^*_{эмп} = 2,124$, при $p \leq 0,05$). Различий во встречаемости низкого уровня ситуативной тревожности не выявлено.

Личностная тревожность: различий во встречаемости высокого уровня не выявлено. Это значит, подростки-школьники и подростки-пациенты стационара не различались по специфике реагирования на жизненные события. Исходя из этих данных, мы не можем утверждать, что высокий уровень личностной тревожности является предпосылкой для развития заболевания (туберкулёза). Средний уровень личностной тревожности чаще встречался у учащихся школ ($F_{эмп} = 1,732$, при $p \leq 0,05$). Школьники в 40% случаях демонстрировали низкий уровень ситуативной тревожности, что может явиться причиной пассивности, безразличия к окружающим людям и событиям, низкий уровень мотивации, безответственности. В стационаре на момент исследования подростков с такими особенностями выявлено не было.

Анализ рисунков несуществующего животного (выполняли 25 пациентов) обнаружил следующие особенности испытуемых: недовольство своим положением в социуме, недостаточность признания со стороны окружающих (8 человек, 32%); неуверенность в себе, низкая самооценка, подавленность, нерешительность, незаинтересованность своим положением в обществе (6 человек, 24%); эгоцентризм (18 человек, 72%); лёгкость возникновения страхов и опасений, недоверия (10 человек, 40%); переживание страха (16 человек, 64%); вербальная агрессия, в большинстве случаев защитная (9 человек, 36%); поверхностность суждений, легкомыслие в выводах и неосновательность суждений, импульсивность в принятии решений (10 человек, 40%); конформность суждений и установок; стандартность, банальность в принятии решений (16 человек, 64%); защита от окружающих: агрессивная (14 человек, 56%), со страхом и тревогой (12 человек, 48%), с опасением и подозрительностью (16 человек, 64%); защита против вышестоящих лиц (врачей, медсестер, старших по возрасту пациентов, учителей) (11 человек, 44%); защита против насмешек, непризнания, отсутствия авторитета у младших, боязнь осуждения (13 человек, 52%); астеничность, экономия энергии (15 человек, 60%); значимость мнения окружающих о себе, заинтересованность в информации о себе (9 человек, 36%).

Заключение. Таким образом, у детей, находящихся на длительном стационарном лечении по поводу туберкулёза, выявляли разнообразные, часто выраженные психологические нарушения, которые отличали их от здоровых сверстников, живущих дома, с родителями и посещающих общеоб-

разовательную школу. Дети, оторванные от своих семей из-за болезни, отличались более высоким уровнем тревожности, у них присутствовало чувство неполноценности, отверженности, они страдали от дефицита общения, избегали рефлексии и принятия решений. Последствия подобной, развивающейся в условиях стационара длительного пребывания депривации непредсказуемы. Основываясь на результатах исследования, можно утверждать, что есть необходимость организации психологического сопровождения процесса лечения детей и подростков, госпитализированных по поводу туберкулёза. Основываясь на полученных результатах, можно указать по меньшей мере четыре сферы, требующих участия психологов:

1. Работа с эмоциональным состоянием пациентов (снятие напряжения, тревожности, страхов; коррекция агрессивного поведения).

2. Организация и проведение коммуникативных тренингов, которые позволят наладить отношения между ребятами, сплотить их.

3. Организация и проведение занятий личностного роста (самопознание, целеполагание и т.п.).

4. Организация и проведение психологических консультаций для детей и родителей.

Систематическое проведение подобного рода мероприятий позволят решить или значительно сократить психологические проблемы пациентов, находящихся на длительном лечении в специализированном стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1986. – 422 с.
2. Буслаева М.Ю. Социальная депривация как источник психологической угрозы психическому развитию дошкольника // Вестник Шадринского государственного педагогического института. – 2014. – № 4 (24). – С. 147-150.
3. Вишняков И.А., Шлякова В.В. Тестовые материалы к курсу «Психодиагностика»: Учебное пособие. – Омск, 1998. – С. 117-119.
4. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.
5. Девятова И.Е. Гендерные детерминанты поведения старших подростков в межличностном конфликте // Актуальные вопросы современной науки. – 2008. – № 4-1. – С. 146-152.
6. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности. – СПб.: Речь, 2005. – 198 с.
7. Маврин С.А., Мануйлова Л.М., Мордык А.В., Плеханова М.А. Роль социально-педагогической поддержки в решении проблем детского

- туберкулёза // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 6 (72). – С. 3-8.
8. Мордык А.В., Цыганкова Е.А., Пузырёва Л.В., Турица А.А. Туберкулёз у детей Российской Федерации на современном этапе // Педиатрическая фармакология. – 2014. – Т. 11, № 3. – С. 27-30.
 9. Мордык А.В., Плеханова М.А. Медико-социальная и психологическая характеристика детей с впервые выявленным туберкулёзом, поступивших в специализированный стационар // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2011. – № 2. – С. 67-70.
 10. Овчарова Р.В. Практическая психология в начальной школе. – М. : ТЦ Сфера, 2002. – 240 с.
 11. Пузырёва Л.В., Мордык А.В., Татаринцева М.П., Ситникова С.В. Заболеваемость туберкулёзом контактных лиц в очагах туберкулёзной инфекции по г. Омску за период 2005-2010 гг. // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2011. – Т. 88, № 5. – С. 127-128.
 12. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: в 2 кн. – Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 384 с.
 13. Скорик Е.А. Влияние среды интернатного учреждения на психоэмоциональное развитие детей // Российский психологический журнал. – 2013. – Т. 10, № 4. – С. 47-54.
 14. Шевякова И.А. Влияние социальной депривации на показатели здоровья детей, проживающих в семьях социального риска // Пермский медицинский журнал. – 2011. – Т. 28, № 6. – С. 129-136.
 15. Цыганкова Е.А., Мордык А.В., Плеханова М.А. Анализ эпидемиологической ситуации по туберкулёзу среди детей и подростков в Омской области // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 6 (72). – С. 50-54.