

УДК 616-002.5-053.5:[159.9.072.59:159.942.5]

*В.В. Рыбалка***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОТКЛОНЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психологические особенности, дети, туберкулезный процесс

Заболевание меняет личность ребенка, ее связь со средой, его внутренний мир, индивидуальность, мышление, эмоциональную и волевою сферу и, видимо, и ту большую сферу образительного действия, которая занимает значительное место в определенный период духовной жизни ребенка [3]. К настоящему времени накоплен достаточный опыт в изучении психологических особенностей детей с помощью методики Дж. Бука «Дом – Дерево – Человек» [1,3,4,7]. Методика ДДЧ проста и доступна в выполнении, является интегративной, позволяет получить широкий спектр информации об особенностях личности обследуемого, о его переживаниях и системе отношений. Она может быть использована для оценки уровня умственного развития; позволяет исследовать вербальный и невербальный уровни сознания и самосознания, выявить неосознаваемые переживания и психологические защиты;

позволяет предположить наличие органических нарушений в деятельности мозга, дефектов интеллектуального и личностного развития [7]. Р.Ф. Беляускайте предложена система количественной оценки результатов методики ДДЧ при изучении психологических особенностей детей, которая позволяет провести сравнительный анализ полученных по методике данных в разных группах испытуемых [1].

До настоящего времени психологические особенности детей, больных туберкулезом, изучены мало [5,6,8,9]. Не известно влияние туберкулезной инфекции на характер и выраженность психологических отклонений, а также изменение их в динамике туберкулезного процесса.

Цель исследования – изучить психологические особенности и отклонения, развивающиеся у детей 6 – 9 лет в разные периоды туберкулезного процесса.

**Материалы и методы исследования**

Обследовано 75 детей в возрасте 6 – 9 лет. С учетом клинического диагноза все дети были разделены на группы:

1-я группа – 41 ребенок с выражением туберкулиновых реакций;

2-я группа – 34 ребенка с различными формами активного туберкулеза разной локализации.

Контролем послужили 28 детей 6 – 9 лет не инфицированных микобактериями туберкулеза.

Существенных различий по полу в сравниваемых группах не было.

Психологические особенности детей изучали с помощью проективной методики Дж. Бука «Дом – Дерево – Человек» (ДДЧ) [2]. У пациентов с локальными формами туберкулеза исследование проводили до начала, и после завершения основного курса лечения. У детей с выражением туберкулиновых реакций – до начала и после завершения курса профилактического лечения.

Признаки и особенности рисунков выделены на основе руководства Дж. Бука, с дополнениями Венгер А.Л., Семеновой З.Ф. в симптомокомплексы: уровня умственного развития, общих симптомов (формальных признаков), поражения ЦНС, тревожности, ригидности, эмоциональной лабильности, астении, импульсивности, демонстративности, недоверия к себе, депрессивности, незащищенности, эмоциональной напряженности, пограничного состояния, чувства неполноценности, агрессивности, трудностей общения, фрустрации, интровертности, экстравертности. Выраженность признака в рисунке оценивалась в баллах от 0 до 3. Выраженность симптомокомплекса определялась суммой баллов набора признаков. Проведен общий многофакторный дисперсионный анализ результатов исследования и факторный анализ выделения главных компонент с применением пакета программ SPSS for Windows, версия 13.0 [10].

## Результаты исследования и их обсуждение

При анализе теста «Дом, дерево, человек» у детей 6-9 лет наиболее значимыми влияющими факторами на выраженность тех или иных рисуночных признаков являются диагноз и пол. Фактор возраст достоверно влияет лишь на уровень умственного развития. Средние значения данного признака по сравниваемым группам находятся в пределах условной нормы (18–26 баллов). В результате математических преобразований дисперсионным анализом выделено два однородных подмножества: 6 лет (20,8±0,75) и 7–9 лет (23,4±0,58), достоверно отличающихся друг от друга ( $F=3,27$ ;  $p<0,05$ ).

Различия по полу у детей 6-9 лет выявлены лишь по четырем симптомокомплексам. Так, у девочек средние значения суммы баллов по симпто-

мокомплексам демонстративность и интровертность достоверно выше ( $p<0,001$  и  $p<0,01$ ), чем у мальчиков, а по симптомокомплексам незащищенность ( $p<0,05$ ) и агрессивность ( $p<0,01$ ) ниже.

Наиболее существенные различия в рисунках детей младшего школьного возраста выявлены по фактору диагноз (Табл.1). Признаки поражения ЦНС в раннем периоде туберкулезной инфекции встречаются чаще, чем у здоровых детей, на 72,3%, а после профилактического лечения – на 97%,. У маленьких пациентов с впервые выявленным активным туберкулезом данный симптомокомплекс регистрируется лишь на 17% чаще, а после основного курса лечения – на 23%, по сравнению с группой сравнения ( $p<0,001$ ).

Таблица 1

### Выраженность психологических симптомокомплексов в разные периоды туберкулезной инфекции

| симптомокомплекс             | здоровые<br>n=28 | вираж<br>до лечения<br>n=30 | вираж<br>после<br>лечения<br>n=30 | акт.<br>туберкулез<br>до лечения<br>n=24 | акт.<br>туберкулез<br>после<br>лечения<br>n=24 | F        |
|------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|----------|
| Уровень умственного развития | 24,1±0,74        | 23,4±0,48                   | 21,7±0,43                         | 23,0±1,01                                | 23,1±0,78                                      | 1,72     |
| Общие симптомы               | 15,6±0,74        | 17,7±1,01                   | 19,2±0,92                         | 14,8±0,70                                | 15,0±0,99                                      | 4,57**   |
| Поражение ЦНС                | 4,7±0,54         | 8,1±0,70                    | 9,3±0,57                          | 5,5±0,67                                 | 5,8±0,57                                       | 10,19*** |
| Тревога, страхи              | 8,0±0,52         | 7,6±0,50                    | 7,9±0,51                          | 7,6±0,55                                 | 7,2±0,45                                       | 0,36     |
| Депрессивность               | 3,6±0,50         | 3,2±0,37                    | 4,2±0,40                          | 3,0±0,48                                 | 2,8±0,41                                       | 1,77     |
| Астеническое состояние       | 4,4±0,38         | 4,3±0,49                    | 4,3±0,40                          | 3,3±0,38                                 | 3,3±0,42                                       | 1,86     |
| Импульсивность               | 5,8±0,48         | 6,8±0,45                    | 6,8±0,51                          | 6,3±0,52                                 | 6,1±0,54                                       | 0,82     |
| Эмоциональная напряженность  | 4,6±0,33         | 2,5±0,30                    | 2,6±0,35                          | 3,2±0,46                                 | 2,7±0,31                                       | 6,53***  |
| Эмоциональная лабильность    | 3,1±0,25         | 4,0±0,24                    | 4,3±0,24                          | 3,4±0,29                                 | 3,5±0,37                                       | 3,30*    |
| Пограничное состояние        | 2,6±0,38         | 3,0±0,47                    | 4,0±0,40                          | 3,4±0,41                                 | 3,1±0,38                                       | 1,75     |
| Недоверие к себе             | 3,9±0,40         | 3,6±0,31                    | 4,0±0,35                          | 3,2±0,40                                 | 3,1±0,45                                       | 1,02     |
| Незащищенность               | 3,6±0,43         | 5,2±0,45                    | 5,4±0,40                          | 3,6±0,35                                 | 4,1±0,37                                       | 4,58**   |
| Чувство неполноценности      | 2,5±0,25         | 2,1±0,19                    | 3,0±0,25                          | 2,8±0,32                                 | 2,7±0,35                                       | 1,43     |
| Ригидность                   | 4,7±0,46         | 3,7±0,34                    | 3,7±0,36                          | 3,0±0,51                                 | 3,5±0,42                                       | 9,39     |
| Демонстративность            | 2,2±0,36         | 2,4±0,33                    | 2,4±0,28                          | 2,5±0,36                                 | 2,3±0,26                                       | 0,11     |
| Агрессивность                | 4,2±0,32         | 3,2±0,30                    | 3,0±0,26                          | 2,8±0,40                                 | 3,0±0,34                                       | 2,96*    |
| Интровертность               | 2,4±0,32         | 3,6±0,28                    | 3,4±0,25                          | 3,1±0,35                                 | 2,4±0,33                                       | 3,46**   |
| Экстравертность              | 1,2±0,19         | 1,2±0,22                    | 1,2±0,18                          | 0,9±0,22                                 | 1,2±0,25                                       | 0,41     |
| Трудности общения            | 3,4±0,40         | 4,5±0,45                    | 5,0±0,43                          | 5,3±0,55                                 | 4,6±0,50                                       | 2,41     |
| Фрустрация                   | 1,8±0,29         | 1,4±0,17                    | 2,3±0,24                          | 2,3±0,33                                 | 2,4±0,34                                       | 2,76*    |

Примечание: F – критерий Фишера. \* - достоверность различий: \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Эмоциональная напряженность снижена во все периоды туберкулезной инфекции, но наиболее существенно в период первичного инфицирования МБТ – 54% от уровня здоровых, после профилактического лечения – 56%, у детей с активным туберкулезом – 69%, а после основного курса лечения – 58% ( $p<0,001$ ). С точки

зрения взгляда на организм как на биологическую систему, ответной реакцией на иммунологический, физиологический и психологический стресс является переход этой системы в энергосберегающий режим. Это проявляется уменьшением значимости поступающей извне информации и ответного реагирования личности на те-

кущие события, а соответственно – снижением эмоциональной напряженности.

Симптомокомплекс незащищенности в раннем периоде туберкулезной инфекции у детей 6-9 лет выявляется чаще на 44%, по сравнению со здоровыми. Профилактическое лечение не устраняет данный психологический феномен, частота и выраженность его возрастает на 6% и составляет 150% от уровня не инфицированных. Различий по симптомокомплексу незащищенности между впервые заболевшими туберкулезом и здоровыми детьми нет. После основного курса лечения рисуночные признаки незащищенности встречаются на 14% чаще ( $p < 0,01$ ).

Признаки интровертированной направленности личности в рисунках детей встречаются чаще при выраже туберкулиновых реакций, до и после лечения, и у больных активным туберкулезом – на 50, 41 и 29% соответственно ( $p < 0,01$ ). Различий по интроверсии в графическом представлении у пролеченных и здоровых детей нет.

Рисуночные признаки эмоциональной лабильности во все периоды туберкулезной инфекции встречаются чаще: в период выража туберкулиновой реакции – на 29%, после профилактического лечения – на 38%, при активном туберкулезе – на 10%, после основного курса лечения – на 13% ( $p < 0,05$ ). После любого вида лечения отмечается нарастание признаков эмоциональной лабильности на 1/3.

Симптомокомплекс агрессивность у детей в раннем периоде туберкулезной инфекции, по сравнению со здоровыми, встречается на 24% реже, при активном туберкулезе – на 33%, после профилактического и основного курсов лечения – на 29% ( $p < 0,05$ ). Это свидетельствует о повышении конформности установок, потребности в поддержке и понимании окружающих.

У детей младшего школьного возраста при выраже туберкулиновых реакций признаки фрустрации менее выражены, 78% от уровня у здоровых детей. После профилактического лечения и при формировании заболевания симптомы фрустрации нарастают на 27% по сравнению с не инфицированными, а после основного курса лечения – на 33% ( $p < 0,05$ ).

Формальные рисуночные признаки, общие симптомы, у детей младшей возрастной группы максимально выражены в раннем периоде туберкулезной инфекции: до профилактического лечения – 113% от уровня здоровых, после – 123%. У больных активным туберкулезом средние значения общих симптомов ниже – на 5% от уровня у здоровых детей, после завершения основ-

ного курса лечения – на 4%. В целом при активном туберкулезе отмечается «обеднение» рисунков количеством и качеством рисуночных признаков, что связано с более глубоким психологическим стрессом и астенизацией.

С целью обобщающего анализа отдельных психологических феноменов проведен факторный анализ выделения главных компонент с применением метода вращения - варимакс с нормализацией Кайзера. Нами выделено 5 синдромокомплексов, объединяющих сильно коррелирующие между собой психологические феномены.

В результате математических преобразований установлено, что у здоровых детей 6 – 9 лет ведущим является синдромокомплекс тревожных расстройств с выраженной эмоциональной напряженностью, импульсивностью и агрессивностью в поведении. На втором по распространенности месте находятся акцентуации развития личности. Третье место занимает синдромокомплекс поражения ЦНС и нарушения интеллектуального развития. Депрессивные расстройства по распространенности находятся на четвертом месте, а астенические состояния и проблемы поведения на пятом.

В раннем периоде туберкулезной инфекции у детей 6 – 9 лет ведущим является ассоциированное расстройство, включающее признаки пограничного состояния, поражения ЦНС и малых депрессивных состояний. Тревожные расстройства по распространенности занимают второе место. Синдромокомплекс акцентуаций развития личности перемещается на третье место. На четвертом месте находятся проблемы поведения, трудности межличностных и социальных взаимодействий, связанные с нарушенной самооценкой.

У детей младшего школьного возраста после профилактического лечения на первом месте сохраняется ассоциированное расстройство, включающее признаки пограничного состояния, поражения ЦНС и малых депрессивных состояний. На втором месте – тревожные расстройства. Но качественное и количественное выражение графических признаков выше перечисленных синдромокомплексов максимальное. Третье место по распространенности занимают астенические состояния. На четвертом месте находятся проблемы поведения, связанные с нарушенной самооценкой, склонностью к фрустрациям. Синдромокомплекс акцентуаций развития личности занимает пятое место.

У детей с активным туберкулезом до лечения

ведущими являются симптомы поражения ЦНС с астеническим синдромом. На втором месте – тревожные расстройства с симптомами пограничного состояния и проблемами поведения. Третье место по распространенности занимают депрессивные расстройства со склонностью к фрустрациям. На четвертом месте находится синдромокомплекс акцентуаций развития личности. Эмоциональная лабильность является самостоятельным симптомом, занимающим пятое место.

После завершения основного курса лечения у детей 6 – 9 лет наиболее распространенными являются астенодепрессивные расстройства. Тревожные расстройства удерживают вторую позицию. Синдромокомплекс, включающий признаки поражения ЦНС и пограничного состояния, перемещается на третье место. Проблемы поведения находятся на четвертом месте, а акцентуации развития личности на пятом.

**Выводы:**

Туберкулезная инфекция с самых ранних этапов оказывает общее комплексное влияние на детский организм, меняет психологию восприятия и поведение ребенка, приводит к формированию психологических особенностей и отклонений:

1. В раннем периоде туберкулезной инфекции, как до, так и после лечения, чаще формируются ассоциированные расстройства, включа-

ющие признаки пограничного состояния, поражения ЦНС и малых депрессивных состояний.

2. У детей больных туберкулезом чаще развиваются различные варианты астенического синдрома: цереброастенические при выявлении, «малые» астенодепрессивные после завершения основного курса лечения.

3. При активном туберкулезе отмечается «обеднение» рисунков количеством и качеством рисуночных признаков, что связано с более глубоким психологическим стрессом и астенизацией, как следствие – понижением и торможением всех психических функций детей.

4. Тревожные расстройства по распространенности занимают второе место во все периоды туберкулезного процесса.

5. На всех этапах туберкулезной инфекции эмоциональная напряженность снижена, но в раннем периоде более значительно.

6. Проблемы в социальных и межличностных взаимодействиях у детей при эволюции туберкулезного процесса нарастают и несколько ослабевают после основного курса лечения.

Знание психологических особенностей и отклонений у детей младшего возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции позволит улучшить качество клинической диагностики, взаимодействие врача и пациента, повысить эффективность лечения.

***В.В. Рибалка***

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ І ВІДХИЛЕННЯ, ЩО РОЗВИВАЮТЬСЯ У ДІТЕЙ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Дослідження малюнків 75 дітей 6 – 9 років за методикою Дж. Бука «Будинок – Дерево – Людина» (БДЛ) виявило, що туберкульозна інфекція з ранніх етапів має загальний комплексний вплив на дитячий організм, змінює психологію сприйняття й поведінки дитини, призводить до формування психологічних особливостей і відхилень. Ранній період туберкульозної інфекції характеризується асоційованими розладами, що включають у себе ознаки пограничного стану, враження ЦНС та малі депресивні реакції, легкі тривожні розлади, порушення соціальних і міжособових взаємостосунків.

При формуванні хвороби психологічні відхилення мають більш складну структуру і глибину, що пов'язано з більш важким стресом і астенизацією, як наслідок – пониженням і гальмуванням всіх психічних функцій дітей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 98-102).

***V.V. Ribalka***

## **PSYCHOLOGICAL FEATURES AND DEFLECTION, THAT DEVELOPE IN CHILDREN IN DIFFERENT PERIODS OF TUBERCULOSIS INFECTION**

Kharkiv medical academy of postgraduate education MH of Ukraine

The research of 10-14-year-old children's drawings which was made with the help of J. Book's procedure «House-Tree-Human» (HTH) has tapped that tuberculosis infection has general and complex influence on children's organism, changes psychology of perception and behavior of children, causes formation of psychological features and deflection. Early period of tuberculosis infection is characterized with associated disorders, which include signs of the boundary state, the lesion of the CNS and small depressive reactions, mild anxiety disorders, disorders in social and interpersonal interaction.

During the period of disease formation psychological deflection has more complex structure and depth, which are connected with more serious stress and asthenisation and, as result, decrease and inhibition of all psychological functions of children. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 98-102).

## Литература

1. Беляускайте Р.Ф. Рисуночные пробы как средство диагностики развития личности ребенка / Р.Ф. Беляускайте // Диагностическая и коррекционная психологическая работа школьного психолога. – М., 1987. – С. 67 – 80.
2. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Дж.Бук // Проективная психология. М.: Эксмо-пресс, Апрель-пресс, 2000. – 528 с.
3. Вачнадзе Э.А. Рисунки детей больных шизофренией и эпилепсией / Э.А. Вачнадзе. – Тбилиси: «Мецниереба», 1975. – 71с.
4. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А. Л. Венгер. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 160 с.
5. Глазунова С. Н. Возрастные особенности морфофункционального развития и психоэмоционального состояния тубинфицированных детей и подростков: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. биол. наук: спец. 03.00.13 «Физиология» / Глазунова С.Н. – Тюмень, 2007. – 26с.
6. Исаева Н.Ю. Эмоционально-личностные особенности детей старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции: дис. канд. мед. наук: 21.08.01 / Исаева Наталья Юрьевна. – СПб., 2001. – 150с.
7. Семенова З.Ф. Психологические рисуночные тесты. Методика «Дом – Дерево – Человек» / З.Ф. Семенова, С.В. Семенова. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. – 190 с.
8. Сиренко И.А., Рыбалка В.В. Влияние туберкулеза на психоэмоциональную сферу у детей // Український пульмонологічний журнал. – 2009. – №1. – С.29 - 32.
9. Сиренко И.А., Рыбалка В.В. Астенический синдром в разные периоды туберкулезного процесса у детей // Проблеми медичної науки та освіти. – 2009. – №1. – С.
10. Бююль А., Цёфель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: Пер. с нем./ Ахим Бююль, Петер Цёфель – СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2001. – 608с.

Поступила в редакцию 24.06.2010