

# МИШЕНИ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

## TARGETS OF CLINICAL AND SOCIAL REHABILITATION AND PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TUBERCULOSIS INFECTION IN A HOSPITAL

**E. Zakharova  
E. Mazankina  
E. Filshinskaya**

*Summary.* This article presents the results of the study of socio-psychological characteristics of children and adolescents with tuberculosis infection, which can be targets for subsequent clinical and social rehabilitation and psychological and pedagogical support of this contingent in hospital treatment. Psycho-corrective activities should be directed to the removal of internal hostility, the termination of the accumulation of affects, reduce dependence on the inner circle and empowerment.

*Keywords:* children and adolescents with tuberculosis infection, social and psychological characteristics, social adaptability, targets of psychological and pedagogical support.

**Захарова Елена Владимировна**

*К.м.н., доцент, Самарский государственный  
медицинский университет  
proscha1088@mail.ru*

**Мазанкина Елена Владимировна**

*Ассистент, Самарский государственный  
медицинский университет  
elena-mazankina@yandex.ru*

**Фильштинская Елена Геннадьевна**

*Старший преподаватель, Самарский  
государственный медицинский университет  
fil-alena@rambler.ru*

*Аннотация.* В данной статье приводятся результаты исследования социально-психологических характеристик детей и подростков с туберкулезной инфекцией, которые могут являться мишенями для последующей клинико-социальной реабилитации и психолого-педагогического сопровождения данного контингента в условиях стационарного лечения. Психокоррекционные мероприятия, должны быть направлены на снятие внутренней враждебности, прекращение аккумуляции аффектов, уменьшение зависимости от близкого окружения и повышение самостоятельности.

*Ключевые слова:* дети и подростки с туберкулезной инфекцией, социально-психологические характеристики, социальная адаптивность, мишени психолого-педагогического сопровождения.

**П**роблемы, связанные с лечением и профилактикой туберкулеза легких, до сих пор являются актуальными для российского здравоохранения. Несмотря на то, что предпринимаются серьезные меры, эпидемическая ситуация остается напряженной. Это обусловливается тем, что возрастает число прогрессирующих и наиболее тяжелых форм туберкулеза, становится шире спектр лекарственной устойчивости, в том числе у детей и подростков [2; 8].

В своих исследованиях специалисты обращают внимание на то, что существует непосредственная связь между посттуберкулезными изменениями, развивающимися после перенесенного детьми первичного туберкулеза, и вероятностью развития заболевания в более старшем возрасте [4; 2; 8].

Актуальной научно-практической проблемой современной фтизиатрической практики в педиатрии стало своевременное прогнозирование риска развития тубер-

кулезной инфекции у детей и подростков, адекватное управление указанными рисками [3]. Эпидемической фактор риска приобретает важное значение в развитии заболевания у детей и подростков. Большое значение имеют внутрисемейные контакты с больным туберкулезом. Увеличивают возможность развития деструктивных процессов бактериовыделения, осложняют течение заболевания социальные факторы риска. Сочетание эпидемиологических, медицинских и социальных факторов становятся основой для определения объема необходимой противотуберкулезной помощи. Методологически обоснованным является включение в комплекс превентивных мер, целенаправленных психокоррекционных мероприятий, программа которых основана на результатах исследования патогенетически значимых психологических механизмов развития туберкулеза органов дыхания у детей и подростков [1].

Мартусовой Е.В. (2016) выявлено, что детям с туберкулезной инфекцией труднее адаптироваться в социуме,

чем представителям других исследованных групп; у детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции показатели уровня тревожности выше, чем в других группах детей, и взаимосвязаны со стилем воспитания [5].

О необходимости проведения психокоррекционных мероприятий, направленных на расширение арсенала поведенческих моделей и формирование навыков саморегуляции у детей и подростков, способствующих повышению их психоэмоциональной адаптации и профилактике рецидивов туберкулеза указывали в своих исследованиях Г.В. Баранова (2010), Н.Н. Сиресина (2013), М.В. Шилова (2010) [6; 7; 10].

Н.В. Золотова с соавторами (2015) выявила, что дети и подростки с туберкулезом органов дыхания достоверно отличаются от здоровых сверстников специфическими психологическими характеристиками: эмоциональной неустойчивостью, зависимостью от значимых лиц, низкой эмоциональной приспособленностью к ситуациям самораскрытия и оценки, субъективно-подозрительным отношением к окружающим, алекситимическим радикалом личности, нормативностью [9].

Объектом нашего исследования стали социально-психологические характеристики детей и подростков с туберкулезом легких.

Предметом исследования являются мишени клинико-социальной реабилитации и психолого-педагогического сопровождения детей и подростков с туберкулезом легких.

Цель работы: выявление психологических и социальных мишеней для коррекционного вмешательства в процессе клинико-социальной реабилитации и психолого-педагогического сопровождения детей и подростков с туберкулезом легких.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи: определить личностный профиль детей и подростков с туберкулезом легких; выявить степень выраженности агрессии у детей и подростков больных туберкулезом; определить уровень социально-психологической адаптации детей и подростков, больных туберкулезом; определить уровень самооценки и уровень притязаний у детей и подростков с туберкулезом легких.

В процессе исследования была выдвинута следующая гипотеза: дети и подростки, больные туберкулезом легких, нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении и мероприятиях клинико-социальной реабилитации.

Методы исследования: организационный (сравнительный метод); эмпирические (Детский 12-факторный личностный опросник Кеттелла, Диагностика агрессивности детей (опросник Басса-Дарки), Опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, Шкала привязанности ребенка к членам своей семьи, Методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн, проективные методики «Рисунок человека» и «Человек под дождем»); обработки данных (Корреляционный анализ был проведен при помощи U — критерия Манна-Уитни); интерпретационные.

Репрезентативную выборку составили 58 пациентов детского туберкулезного стационарного отделения противотуберкулезного диспансера в возрасте 9–15 лет. Все респонденты — жители сельской местности. Больше половины детей проживают в частных домах без удобств. Также больше половины детей проживает в семьях составом более 4 человек. В полной семье воспитываются 27 детей, из которых 2 воспитываются в приемных семьях, в неполной семье — 25 детей, под опекуном находятся — 6 детей.

Открытую форму туберкулеза имеют 8 пациентов диспансера. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет — 3 человека, ВИЧ инфекция — 2, умственная отсталость в стадии дебильности — 2. Контакт с носителем туберкулезной инфекции установлен у 17 пациентов, из которых у 12 респондентов носителем туберкулезной инфекции является член семьи. У 9 пациентов один из родителей умер от туберкулезной инфекции.

Перед началом исследования родителями детей подписывалось дополнительное информированное согласие на проведение психодиагностического обследования ребенка.

Контрольную группу составили условно здоровые дети. Экспериментальная и контрольная группы идентичны по полу и возрасту.

Анализ результатов проведенного экспериментального исследования позволил выявить и описать следующие особенности психологии детей и подростков с туберкулезной инфекцией и сравнить их с результатами детей и подростков из контрольной группы. На рисунке 1 показаны профили личности детей и подростков с туберкулезной инфекцией и детей из контрольной группы.

По шкале «вербальный интеллект» как в экспериментальной группе, так и в контрольной группе, значения завышены более чем у половины детей.

Высокие оценки по данному фактору отражают хороший уровень развития вербального интеллекта, таких

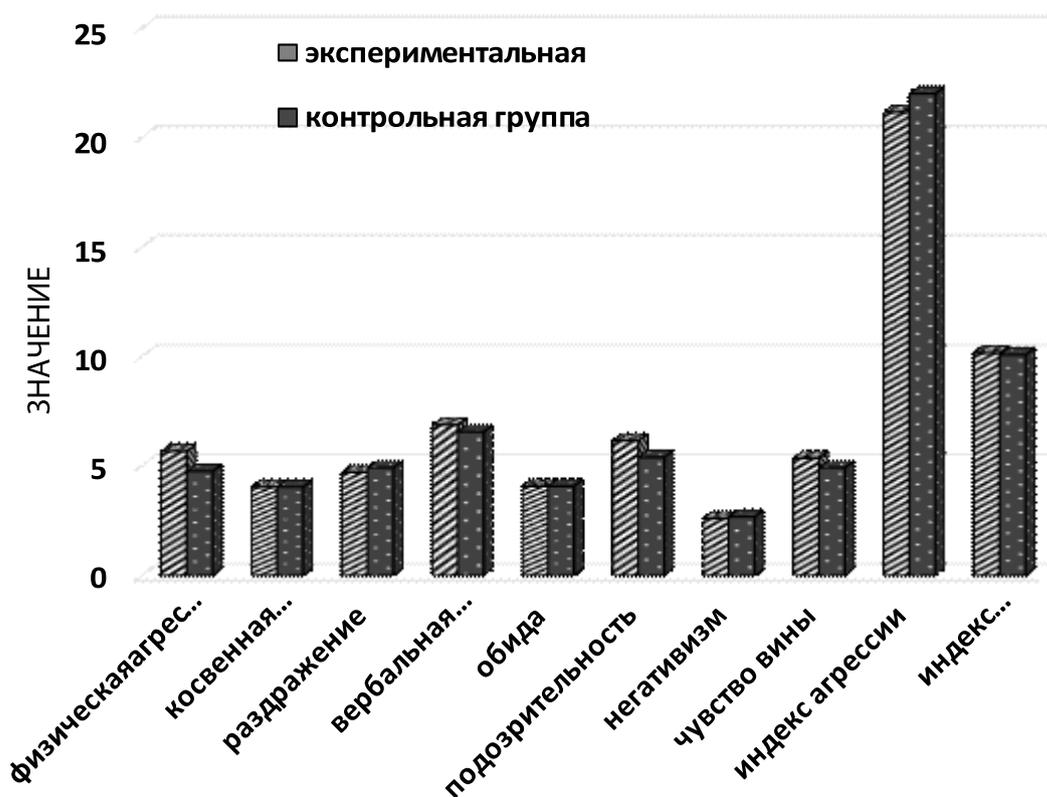


Рис. 1. Профили личности детей больных туберкулезом и детей из контрольной группы

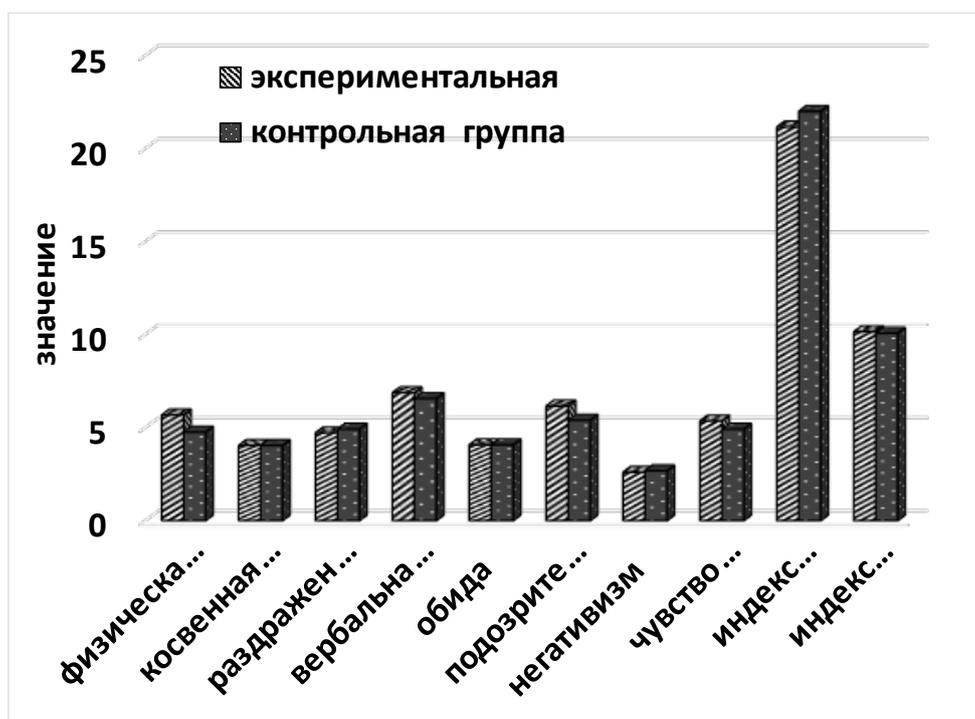


Рис. 2. Уровень агрессии детей в экспериментальной и контрольной группах

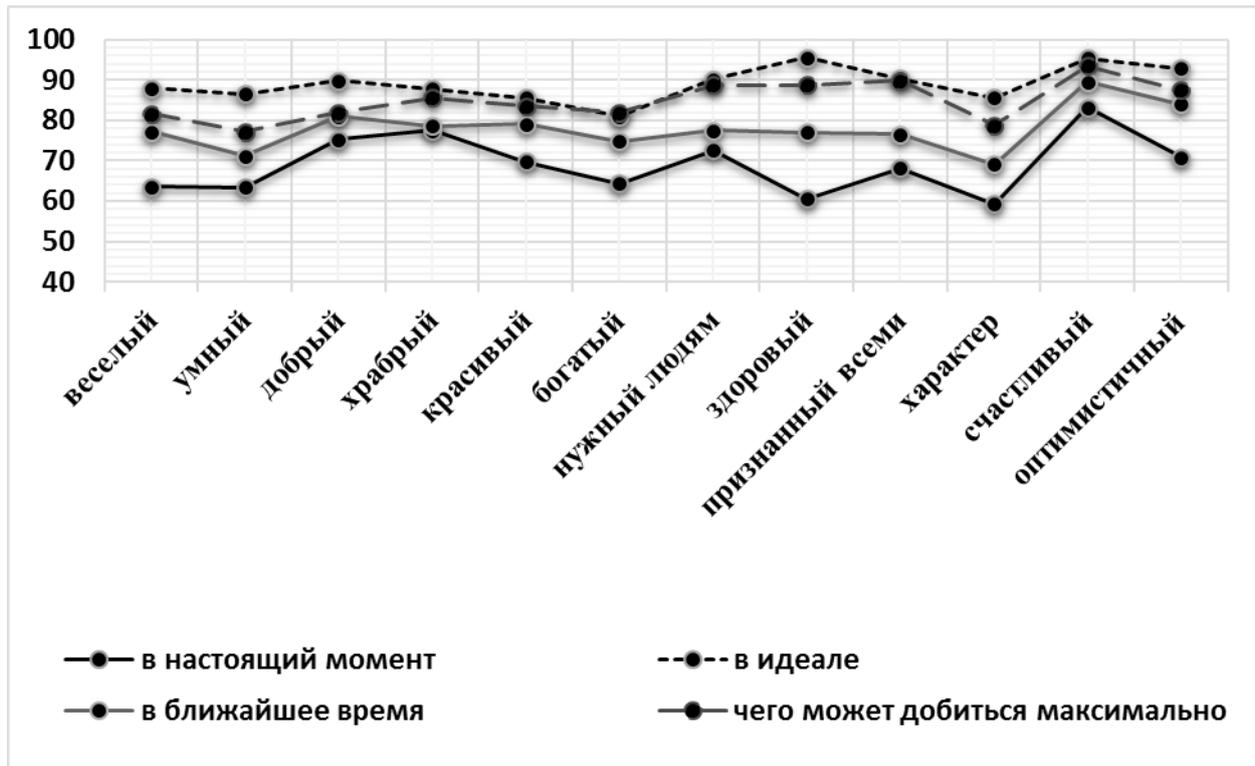


Рис. 3. Уровень самооценки испытуемых экспериментальной группы

его функций, как обобщение, выделение частного из общего, овладение логическими и математическими операциями, легкость усвоения новых знаний.

Более чем у половины детей из экспериментальной группы отмечается завышение по шкале «ответственность». Дети и подростки с туберкулезной инфекцией воспринимают и выполняют нормы поведения, предъявляемые взрослыми, стремятся не нарушать правила, обладают хорошим самоконтролем (Рисунок 2.)

В экспериментальной группе больше, чем у половины детей выявляются завышения по шкалам вербальная агрессия и чувство вины. Также завышено значение индекса враждебности. Это проявляется в негативной оценке повседневных событий и людей. Дети и подростки с туберкулезной инфекцией испытывают чувство вины за свое состояние, угрызения совести за то, что их болезнь становится проблемой для их семьи и друзей.

В контрольной группе больше, чем у половины испытуемых детей и подростков завышение по шкале вербальная агрессия. Выявлено завышенное значение индекса агрессии. Это означает, что для детей из контрольной группы деструктивные тенденции характерны в основном в области субъектно-субъектных отношений. Агрессия выражается в виде выражения своих

негативных чувств через словесные ответы (обзывания, угрозы, присвоение «кличек» и т.д.).

В результате анализа и интерпретации данных, полученных в результате исследования социально-психологической адаптации респондентов, выявлено, что показатели экспериментальной группы выше по шкале «Адаптивность», чем показатели контрольной группы. Это означает, что дети из экспериментальной группы не только могут лучше адаптироваться в новых условиях, но и стремятся приспособиться к ним.

Для исследования самооценки по методике Дембо-Рубинштейн были введены следующие шкалы: «веселый/грустный», «умный/глупый», «добрый/злой», «храбрый/трусливый», «красивый/уродливый», «богатый/бедный», «нужный людям/ненужный никому», «здоровый/больной», «признанный всеми/не признан никем», «характер», «счастливый/несчастливый», «оптимистичный/пессимистичный» (Рисунок 3).

В результате анализа и интерпретации результатов по данной методике в экспериментальной группе выявлен средний актуальный уровень самооценки по шкалам: «веселый/грустный», «умный/глупый», «красивый/уродливый», «богатый/бедный», «нужный людям/ненужный никому», «здоровый/больной», «здоровый/больной»,

«признанный всеми/не признан никем», «характер», «оптимистичный/пессимистичный». Высокая самооценка выявлена по шкалам: «храбрый/трусливый», «счастливый/несчастный». Средний уровень самооценки означает, что дети и подростки экспериментальной группы стремятся не выделяться, не обращать на себя внимание окружающих, как сверстников, так и взрослых.

Заниженный уровень притязаний выявлен по шкале «характер», что является индикатором неблагоприятного развития личности. Дети объясняли «плохой характер» так: «со всеми ругается», «создает проблемы», «с ним никто не хочет общаться». Нереалистичные представления о самооценке выявлены по шкале «счастливый/несчастный», что является компенсаторным завышением самооценки.

Слабо дифференцированная самооценка, сочетающаяся со средними притязаниями и характеризующаяся слабым расхождением между притязаниями и самооценкой, является неблагоприятным показателем для личностного развития и для обучения подростка.

В результате анализа и интерпретации результатов по данной методике в контрольной группе выявлен средний уровень самооценки по большинству шкал.

Выявлен заниженный уровень притязаний по шкале «нужный людям/ненужный никому». Нереалистичное представление о самооценке выявлено по шкале «умный/глупый», что является компенсаторным завышением самооценки, что для подростков является нормой.

Интерпретация результатов исследования по методикам «Рисунок человека» и «Рисунок человека под дождем» осуществляется с использованием введенных нами следующих критериев: 1. Расположение на листе; 2. Размер рисунка; 3. Сила нажима линий; 4. Наличие штриховки; 5. Соответствие полу человека на рисунке полу автора рисунка; 6. Размер головы человека на рисунке; 7. Наличие волос на голове у человека на рисунке; 8. Степень прорисованности черт лица; 9. Наличие ушей у человека на рисунке; 10. Выражение лица; 11. Наличие украшений на голове, волосах (шапки, банты и т.д.); 12. Шея (длинна, толщина); 13. Пропорциональность туловища по отношению к размеру тела человека на рисунке; 14. Наличие кистей рук у человека на рисунке; 15. Пропорциональность длинны ног по отношению к размеру тела человека на рисунке; 16. Устойчивость ступней человека на рисунке; 17. Наличие дополнительных украшений на человеке (пуговицы, карманы и т.д.); 18. Наличие и размер зонта на рисунке; 19. Длинна ручки зонта; 20. Наличие и плотность дождя на рисунке; 21. Направление дождя; 22. Наличие на рисунке луж; 23. Наличие на рисунке туч; 24. Дополнительные элементы (дороги, деревья, скамейки и т.д.).

В ходе проведенного исследования выявлено, что привязанность детей и подростков экспериментальной группы к матери выше, чем к другим членам семьи. Матери детей из экспериментальной группы не являются носителями туберкулезной инфекции. В контрольной группе степень выраженности привязанности к матери и отцу практически одинаковая.

Корреляционный анализ результатов проведенного исследования позволил выявить различия между экспериментальной и контрольной группами.

Между исследуемыми группами выявлено значимое различие по фактору I (чувствительность) теста Кеттелла ( $U=182,5$ , при  $p<0,009$ ), причем показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. Это означает, что дети из экспериментальной группы меньше подвержены влиянию внешней среды. Для них чаще будет характерен реалистический подход в поиске выхода из проблемной ситуации, практицизм, мужественная независимость. В повседневной жизни они опираются на здравый смысл и логику, больше доверяют рассудку, чем чувствам, интуиции предпочитают расчет. Возможно преодоление психических травм за счет рационализации.

Выявлено достоверно значимое различие ( $U=139,500$ , при  $p < 0,001$ ) по шкале «Адаптивность». Показатели экспериментальной группы выше, чем показатели контрольной группы. Это означает, что дети из экспериментальной группы не только могут лучше адаптироваться в новых условиях, но и показывают свою готовность к ним приспособиться.

Достоверно значимое различие ( $U=216,500$ , при  $p < 0,062$ ) выявлено по шкале «Принятие себя». Показатели экспериментальной группы выше, чем показатели контрольной группы. Это означает, что дети из экспериментальной группы склонны более реально оценивать себя и свои возможности.

По шкале «Принятие других» так же выявлено значимое различие ( $U=151,000$ , при  $p < 0,002$ ), причем показатели экспериментальной группы выше, чем показатели контрольной группы. Это означает, что дети из экспериментальной группы способны реально оценивать достоинства и недостатки окружающих и выстраивать на этой основе свои взаимоотношения с ними.

Достоверно значимое различие ( $U=198,500$ , при  $p < 0,027$ ) самооценки по шкале веселый/грустный, причем показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. По шкале умный/глупый ( $U=193,500$ , при  $p < 0,021$ ), показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной

группы. По шкале нужный людям/ненужный никому ( $U=113,000$ , при  $p < 0,001$ ), причем показатели экспериментальной группы выше, чем показатели контрольной группы. По шкале здоровый/больной ( $U=130,000$ , при  $p < 0,001$ ), причем показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы.

Значимое различие идеальной самооценки по шкале умный/глупый ( $U=178,000$ , при  $p < 0,007$ ), при этом показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. По шкале храбрый трусливый ( $U=160,500$ , при  $p < 0,003$ ), при этом показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. По шкале красивый/уродливый ( $U=212,000$ , при  $p < 0,047$ ), показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. По шкале богатый/бедный ( $U=186,000$ , при  $p < 0,013$ ), показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. По шкале характер ( $U=136,500$ , при  $p < 0,001$ ), показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. По шкале оптимистичный/пессимистичный ( $U=196,500$ , при  $p < 0,020$ ), показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы.

Самооценка ближайшего изменения качеств имеет значимые различия по шкале счастливый/несчастный ( $U=169,000$ , при  $p < 0,005$ ), показатели экспериментальной группы выше, чем показатели контрольной группы.

По проективной методике «Рисунок человека» между исследуемыми группами выявлено значимое различие по критерию «размер рисунка» ( $U=199,500$ , при  $p < 0,020$ ). Показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы, что указывает на то, что самооценка у детей из контрольной группы выше, чем у детей из экспериментальной группы. По критерию «Шея (длина, толщина)» значимое различие ( $U=158,500$ , при  $p < 0,001$ ), показатели экспериментальной группы выше, чем показатели контрольной группы. Это означает, что дети из экспериментальной группы конфликт между разумом и чувствами склонны решать через самоустранение от мира собственных сильных эмоций. В поведении это будет проявляться в виде подавления своих чувств и эмоций, что не является характерным для подросткового возраста.

Между исследуемыми группами выявлено значимое различие по критерию «Размер рисунка» ( $U=184,500$ , при  $p < 0,007$ ) по проективной методике «Рисунок человека под дождем». Показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы, что указывает на то, что самооценка у детей из контрольной группы в стрессовой ситуации будет сохраняться высокой. По критерию «соответствие полу человека на рисунке полу

автора рисунка» ( $U=250,000$ , при  $p < 0,044$ ), показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. Это означает, что у детей из контрольной группы в стрессовой ситуации самоидентификация не изменяется. По критерию «степень прорисованности черт лица человека на рисунке» ( $U=250,000$ , при  $p < 0,020$ ), показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. Для детей из экспериментальной группы в стрессовой ситуации будет характерно испытывать сложности в общении, склонность к уходу от проблем, связанных с конфликтами в отношении с окружающими. По критерию «шея (длина, толщина)» ( $U=216,000$ , при  $p < 0,052$ ), показатели экспериментальной группы выше, чем показатели контрольной группы. Дети из экспериментальной группы стресс, который возникает из-за конфликта между чувствами и разумом склонны решать через подавление собственных сильных эмоций. В поведении это будет проявляться в виде замкнутости и отделения от своей группы. По критерию «наличие и плотность дождя на рисунке» ( $U=225,000$ , при  $p < 0,018$ ), показатели экспериментальной группы выше, чем показатели контрольной группы. Дети из контрольной группы при возникновении состояния фрустрации чаще испытывают желание спрятаться, уйти от проблем. По критерию «наличию на рисунке туч» ( $U=187,500$ , при  $p < 0,004$ ), показатели контрольной группы выше, чем показатели экспериментальной группы. Дети из контрольной группы чаще ожидают неприятности во время стрессовых ситуаций.

Исследование агрессивности в экспериментальной и контрольной группах выявило различия между ними группами по индексу враждебности и индексу агрессии.

В ходе проведенного исследования было выявлено, что дети и подростки с туберкулезной инфекцией в меньшей степени подвержены влиянию окружающей среды, чем условно здоровые респонденты. Склонны реально оценивать себя и свои возможности, подавлять свои чувства и эмоции. Испытывают повышенное чувство вины за свое состояние. Склонны негативно оценивать себя и окружающих. Уровень социальной адаптивности у детей с туберкулезом легких в пределах нормы. Дети и подростки стремятся придерживаться социальных норм и правил поведения в обществе. У детей и подростков, больных туберкулезом, снижена самооценка и занижен уровень притязаний.

Таким образом, дети с туберкулезной инфекцией способны не только хорошо адаптироваться, но и стремятся к этому. Это качество может стать хорошей опорой для проведения психокоррекционных мероприятий, направленных на снятие внутренней враждебности, прекращение аккумуляции аффектов, которое субъективно переживаются как напряжение и беспокойство,

уменьшение зависимости от близкого окружения и повышения самостоятельности.

Проблема туберкулеза остается нерешенной и актуальной на современном этапе развития медицины. В настоящее время для повышения качества проти-

вотуберкулезной работы среди детей и подростков специалистами признается необходимость сочетания лечебно-диагностических мероприятий с психокоррекционной и воспитательной работой, обеспечивающих интеграцию медицинского, психологического и социального аспектов лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова В. А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Пробл. туберкулеза. — 2009. — № 1. — С. 6–9.
2. Аксенова В. А., Клевно Н. И., Кавтарашвили С. М. Очаг туберкулезной инфекции и его значение в развитии туберкулеза у детей // Туберкулез и болезни легких. Москва: «НЬЮ ТЕРРА», 2015. № 1. С. 19–24.
3. Инновационные подходы к выявлению и диагностике туберкулеза у детей / Д. Н. Голубев [и др.] // Фтизиатрия и пульмонология. 2014. № 1 (8). С. 119–126
4. Камаева Н. Г., Чугаев Ю. П. Проблемы современной фтизиопедиатрии // Фтизиатрия и пульмонология. 2011. № 3(3). С. 59–67.
5. Мартусова Е. В. Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции Клиническая и специальная психология 2016. Том 5. № 3. С. 78–94.
6. Психологические особенности детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания / Г. В. Баранова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. 2010. № 1. С. 50–53.;
7. Сиресина Н. Н., Стрельцов В. В. Психологические факторы патогенеза туберкулеза органов дыхания у детей и подростков // Туберкулез и болезни легких. 2013. № 4. С. 25–32.;
8. Структура клинических форм и особенности течения туберкулеза с деструкцией легочной ткани у детей старшего возраста и подростков / Е. С. Овсянкина [и др.] // Туберкулез и болезни легких. 2012. № 1. С. 10–13.
9. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: изучение патогенетически значимых психологических механизмов / Н. В. Золотова [и др.] // Сибирский психологический журнал. 2015. № 57. С. 129–140
10. Шилова М. В., Лебедева Л. В. Туберкулез у подростков в России // . Российский педиатрический журнал. 2010. № 3. С. 4–10.

© Захарова Елена Владимировна ( proscha1088@mail.ru ),

Мазанкина Елена Владимировна ( elena-mazanikina@yandex.ru ), Фильштинская Елена Геннадьевна ( fil-alena@rambler.ru ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Самара