

Т.В. Свиридова¹, Л.С. Намазова-Баранова^{1, 2, 3}, Т.В. Маргиева^{1, 2}, С.Б. Лазуренко¹, А.С. Буслаева¹

¹ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Исследование самооотношения младших подростков с хроническими заболеваниями (на примере пациентов с хроническим гломерулонефритом)

Контактная информация:

Свиридова Татьяна Васильевна, кандидат психологических наук, медицинский психолог НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1, тел.: (495) 967-14-20, e-mail: tvsviridova@gmail.com

Статья поступила: 21.02.2013 г., принята к печати: 30.09.2013 г.

С целью изучения самооотношения у младших подростков с хроническими заболеваниями обследованы 86 детей с хроническим гломерулонефритом и 78 условно здоровых сверстников. Средний стаж заболевания — 3,5 года. Выявлено, что у младших подростков с хроническими заболеваниями величина интегрального самооотношения, его компонентов (самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес, ожидаемое положительное отношение), установок на внутренние действия в адрес своего «Я» (самоуверенность, отношение других, самопринятие, самоинтерес) значительно ниже, чем у здоровых сверстников. Особая социальная ситуация, возникающая в связи с болезнью, приводит к искаженному развитию личности. В итоге личность больного подростка становится еще более уязвимой для стрессовых ситуаций, социальной и психологической дезадаптации.

Ключевые слова: самооотношение подростков, хроническая болезнь, социальная ситуация развития, хронический гломерулонефрит, педиатрическая психология.

(Педиатрическая фармакология. 2013; 10 (5): 74–78)

На современном этапе развития педиатрии организация лечебного процесса и восстановительных мероприятий осуществляется на основе междисциплинарного дифференцированного подхода с учетом личностно-ориентированного и возрастного принципа оказания медико-социальной помощи.

Наличие у детей хронической болезни отражается на социальных условиях жизни, искажая их: ограничение эмоционально-личностного общения с близкими и

сверстниками, отсутствие продуктивной деятельности, ограничение в социальной активности и т.д.

Наиболее явно социальные последствия болезни проявляются в подростковом возрасте: в период активного развития самосознания, значительного расширения круга общения, изменения социальной роли ребенка в обществе. Осознание социальных ограничений и физических отличий от здоровых сверстников приводит к появлению третичных психологических нарушений

T.V. Sviridova¹, L.S. Namazova-Baranova^{1, 2, 3}, T.V. Margieva^{1, 2}, S.B. Lazurenko¹, A.S. Buslaeva¹

¹ Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

² First Sechenov Moscow State Medical University, Russian Federation

³ Pirogov Russian National Medical Research University, Moscow, Russian Federation

The Study of Self-Attitude of Younger Adolescents with Chronic Diseases (Case Study of Patients with Chronic Glomerulonephritis)

In order to study self-attitude of younger adolescents with chronic diseases, we examined 86 children with chronic glomerulonephritis and 78 conditionally healthy peers. The average disease duration was 3.5 years. The authors revealed that the level of integral self-attitude, its components (self-esteem, autogenic sympathy, self-interest, expected positive attitude) and sets on internal actions towards one's ego (self-confidence, attitude of other people, self-acceptance, self-interest) of younger adolescents with chronic diseases is significantly lower than in healthy peers. Special social situation arising in connection with the disease leads to distorted development of the personality. The adolescent's personality becomes even more vulnerable to stressful situations, social and psychological deadadaptation.

Key words: self-attitude of adolescents, chronic disease, social situation of development, chronic glomerulonephritis, pediatric psychology.

(Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology. 2013; 10 (5): 74–78)

в виде острых эмоциональных переживаний, связанных с болезнью, своим «Я», пессимистичных представлений о будущем. Это негативно сказывается на процессе адаптации подростков к процессу лечения и реабилитации, а также вызывает риск нарушений в развитии личности и адаптационных трудностей в социуме.

Подростки с хроническим гломерулонефритом, находящиеся на стационарном лечении, вынуждены длительное время соблюдать определенную диету, ограничения в физической активности, в контактах со сверстниками и социальной активности в целом (в связи со снижением иммунитета). Течение болезни и общая интоксикация организма приводят к низкой работоспособности и быстрой истощаемости таких пациентов [1, 2], что негативно сказывается на их эмоциональном состоянии и психическом развитии в целом.

В исследовании Л.Д. Зикеевой изучены невротические реакции у взрослых больных хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом. Исследователем показана ведущая роль невротических депрессивных расстройств, выделены реакции личности на болезнь: истерические, ипохондрические, депрессивно-ипохондрические, тревожно-депрессивные, астенодепрессивные [3].

Находясь на медикаментозном лечении (в первую очередь глюкокортикостероидами и другими иммуносупрессивными препаратами), у детей и подростков повышается уровень тревоги, депрессии и агрессии [4, 5].

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

С целью изучения самооотношения у младших подростков, больных хроническим гломерулонефритом, обследованы 86 человек (40 мальчиков и 46 девочек), средний стаж заболевания которых составляет 3,5 года. В группу сравнения вошли 78 условно здоровых сверстников (40 мальчиков и 38 девочек). Экспериментальной базой исследования являлись ФГБУ «НЦЗД» РАМН и ГБОУ «СОШ № 1572» г. Москвы.

Стандартное обследование включало наблюдение, клиническую беседу, комплекс проективных методик («Незаконченные предложения», «Методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн», модифицированный тест «Рисунок человека» и «Вопросник самооотношения» В.В. Столина и С.Р. Пантелеева). Обработка результатов обследования осуществлялась с помощью качественного анализа, описательной статистики, непараметрического критерия Манна–Уитни, углового преобразования Фишера, контент-анализа.

Для установления доверительных отношений диагностическое исследование проводилось непосредственно с каждым испытуемым индивидуально в кабинете психолога. Перед проведением диагностики личности психолог обсуждал с подростком цель исследования, вопросы конфиденциальности, сеттинг. Диагностика одного испытуемого в среднем занимает 2,5–3 ч (по 25–30 мин в день).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Самоотношение младших подростков обеих групп характеризуется в целом начальным этапом развития, когда наряду с размытостью «Я» и невысокими параметрами «самоуверенность» и «саморуководство» подростки испытывают довольно выраженный интерес к себе, принимают себя в большей части, чем обвиняют, склонны к самопониманию. Однако, они не ожидают от других людей положительного отношения в свой адрес. Это может проявляться в эмоциональной закрытости, нарушениях групповых норм, склонности к асоциальному поведению и трудностях при контакте с другими людьми.

Отчасти это связано с началом процесса отделения в подростковом возрасте. Ситуативное эмоциональное отчуждение от значимых взрослых, ощущение одиночества, враждебности других по отношению к собственной личности, наиболее характерные для негативной стадии подросткового кризиса, способствуют выстраиванию границ личности и поиску собственного «Я».

В соответствии с представленными компонентами самооотношения, у здоровых и хронически больных младших подростков выражены средние значения следующих установок на внутренние действия в адрес «Я»: «самоуверенность», «самопринятие», «саморуководство», «самообвинение», «самоинтерес», «самопонимание». Большинство показателей установок на внутренние действия находятся в зоне выраженности и составляют средние значения ($50\% < \alpha < 74\%$).

В самой структуре самооотношения младших подростков можно выделить более низкие средние значения таких установок на внутренние действия, как «саморуководство», «самоуверенность» и «самообвинение».

На этапе перехода от латентности к пубертату в связи с размытостью «Я» подростки ощущают собственную слабость «Я», испытывают трудности в саморегуляции эмоций и поведения, зависимы от внешних оценок и обстоятельств.

Исследование показало, что больные подростки ограничены в способах реализации своих возрастных и индивидуальных потребностей, а это приводит к искажению развития самооотношения.

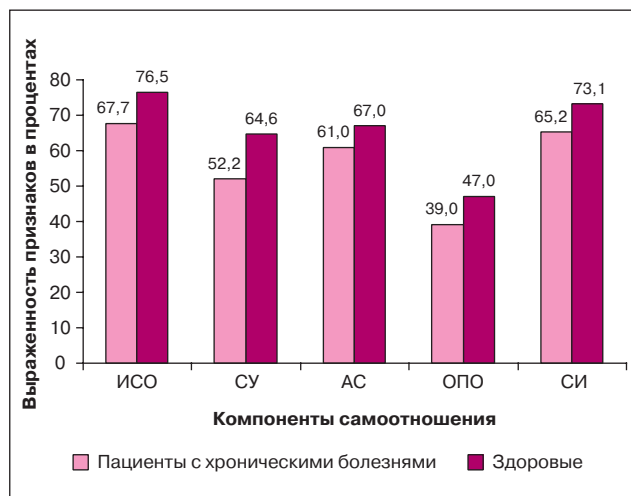
Самоотношение хронически больных подростков составляет значимо низкие средние значения интегрального самооотношения и его компонентов по сравнению со здоровыми сверстниками. Средние величины интегрального чувства «за» или «против» составляют 67,7 (область выраженности признака) и 76,5% (область яркой выраженности признака); самоуважения — 52,5 и 64,6%; аутосимпатии — 61,0 и 67,0%; ожидания положительного отношения от других — 39,0 и 47,0%; самоинтереса — 65,2 и 73,1% у хронически больных подростков и здоровых сверстников, соответственно. Выявленная значимость различий, согласно критерию Манна–Уитни, достоверна для интегрального самооотношения, самоуважения, ожидания положительного отношения от других, самоинтереса на уровне значимости $\alpha < 0,01$; для аутосимпатии — на уровне значимости $\alpha < 0,05$ (рис. 1).

Кроме того, у подростков с хроническими заболеваниями значимо ниже, чем у здоровых сверстников (по критерию Манна–Уитни, $\alpha < 0,01$), средние значения установок в адрес собственного «Я»: «самоуверенность», «отношение других», «самопринятие», «самоинтерес».

Таким образом, больные подростки меньше, чем здоровые, уважают себя, испытывают симпатию и интерес к своему «Я». По сравнению со здоровыми в поведении и деятельности дети с патологией в меньшей степени уверены и интересны себе, меньше принимают себя, свою личность. Негативные эмоциональные переживания, связанные с длительной госпитализацией, неясным прогнозом течения болезни на фоне уязвимости личности, могут привести к инкапсуляции, трудностям установления доверительных отношений, что в свою очередь негативно скажется на дальнейшем развитии самосознания и адаптации к болезни.

Хронические негативные эмоциональные переживания, сопровождающие болезнь, приводят к началу инфантилизации личности младшего подростка. В данный возрастной период, когда для подростка актуальна оценка своей социальной значимости взрослыми и одобрение, принятие группой сверстников, он не ожида-

Рис. 1. Сравнение компонентов самооотношения у хронически больных и здоровых младших подростков (по В.В. Столину, С.Р. Пантелееву)



Примечание. ИСО — интегральное самооотношение, СУ — самоуважение, АС — аутосимпатия, ОПО — ожидание положительного отношения от других, СИ — самоинтерес.

ет положительного отношения от других, менее уверен в себе, менее симпатичен и интересен в собственных глазах, что является существенным психологическим барьером общения и самопознания. Учитывая то, что именно в подростковом возрасте отмечается рост проблемных переживаний, связанных с собственной личностью, хронически больные подростки более склонны к личностной и социальной дезадаптации.

В самооотношении хронически больных и здоровых младших подростков наблюдаются гендерные различия (рис. 2).

Как у хронически больных, так и у здоровых подростков-девочек наблюдаются более высокие средние значения установок на внутренние действия в адрес своего «Я»: «самоинтереса» и «самоуверенности», чем у подростков-мальчиков (критерий Манна–Уитни, $\alpha < 0,01$). Это может свидетельствовать о более сильном «Я» девочек, о более раннем созревании личности девочек, чем мальчиков.

Результаты, полученные с помощью дополнительных методик, расширяют и углубляют исследование самооотношения здоровых и хронически больных младших подростков.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПО МЕТОДИКЕ ДЕМБО–РУБИНШТЕЙН (АДАПТАЦИЯ А. М. ПРИХОЖАН)

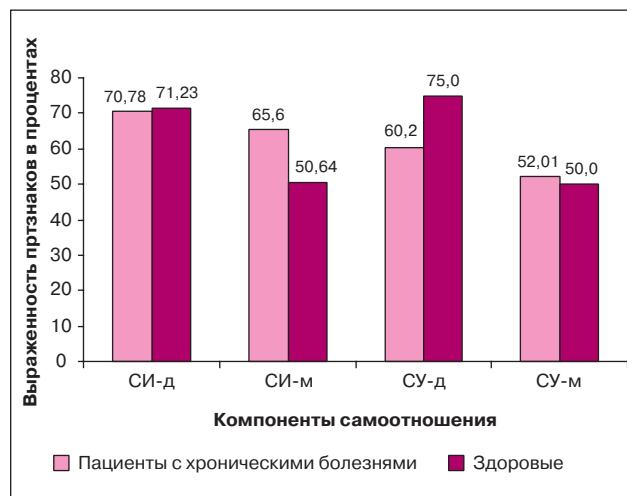
К общим особенностям самооценки больных и здоровых младших подростков следует отнести тот факт, что показатели самооценки и уровня притязаний в целом составляют возрастную норму (средний и высокий уровни, соответственно).

У младших подростков с хроническими заболеваниями определены значимо низкие (критерий Манна–Уитни, $\alpha < 0,01$) самооценки по следующим показателям: «здоровье», «характер», «ум», «способности», «внешность», «уверенность в себе», «авторитет у сверстников».

Как и здоровые сверстники, младшие подростки с хроническими заболеваниями мочевой системы обладают преимущественно высоким уровнем притязаний.

В отличие от здоровых больные подростки имеют значимо низкий (критерий Манна–Уитни, $\alpha < 0,01$) уровень притязаний по шкалам «здоровье», «характер», «ум», «способности», «авторитет у сверстников», «внешность», «уверенность в себе». Возможно, снижение уровня притязаний говорит о более низкой социальной активности

Рис. 2. Установки на внутренние действия в адрес собственного «Я» (по В.В. Столину, С.Р. Пантелееву) у здоровых и хронически больных подростков — девочек (д) и мальчиков (м)



Примечание. СИ — самоинтерес, СУ — самоуважение.

у хронически больных подростков, снижении их социальной позиции, ограниченных возможностях в реализации потребности в самоуважении.

Значимое отличие от здоровых сверстников составляет разность самооценки и уровня притязаний у хронически больных подростков: низкие самооценка и уровень притязаний подростков с патологией приводит их к высокой внутриличностной конфликтности.

Наблюдаются гендерные различия самооценки и уровня притязаний в обеих группах младших подростков.

Здоровые девочки-подростки значимо выше оценивают свою внешность, чем подростки-мальчики, и имеют значимо высокий уровень притязаний по всем аспектам: «здоровье», «характер», «ум», «способности», «авторитет у сверстников», «внешность», «уверенность в себе».

Хронически больные девочки-подростки значимо выше, чем подростки-мальчики, оценивают свой характер и имеют более высокий уровень притязаний по таким аспектам, как «здоровье», «характер», «ум», «способности», «внешность».

Таким образом, можно предположить наличие общих гендерных различий у младших подростков. Девочки испытывают большую уверенность в собственных силах, чем мальчики, больший самоинтерес, более высокий уровень притязаний, способствующий дальнейшему саморазвитию и лучшей адаптации к лечению и пребыванию в стационаре.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПО ПРОЕКТИВНОЙ МЕТОДИКЕ «РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА»

К. МАХОВЕР (МОДИФИКАЦИЯ Н. И. ВЬУНОВОЙ, Т. В. СВИРИДОВОЙ)

Исследование трех рисунков «Здоровый человек», «Больной человек», «Я» с помощью общепринятой схемы анализа рисунка человека К. Махвер и сопоставление полученных гипотез с вышеизложенными результатами, а также наблюдения позволили изучить субъективные переживания, связанные с собственным телесным «Я», а также отношение к болезни. Кроме того, сопоставительный анализ трех указанных рисунков позволяет изучить субъективную оценку младшими подростками своей личности, адаптационные механизмы и переживания, связанные с болезнью.

Методика показала, что для младших подростков обеих групп характерна ориентация на ближайшие жизненные перспективы. Они испытывают потребность в подтверждении своей половой идентичности (в рисунках «Я» они подчеркивают свой пол вторичными половыми признаками, одеждой и т.п.), индивидуальности. Как правило, в рисунках подростков больной человек «плохой», в чем-то «ущербный», «лишенный движения», «старый» или «молодой». Здоровый человек, наоборот, «хороший», «свободный в движении», что свидетельствует о большей приемлемости для всех образа здорового человека, чем больного.

В качестве типичной особенности рисунков «Я» (рис. 3) у хронически больных младших подростков можно отметить отсутствие тела у изображения «Я» (рис. 3 В), совпадение пола изображения «Я» и рисунков здорового и больного человека, наличие элементов социальной желательности в рисунке «Я». Следует отметить, что данные особенности были математически подтверждены с помощью непараметрического критерия Фишера.

Увеличение головы за счет отсутствия или уменьшения размеров тела в рисунках «Я» в совокупности с данными, полученными в ходе наблюдения и беседы, позволяют нам говорить о наличии тяжелых эмоциональных переживаний, связанных с телесным «Я», болевыми ощущениями, искажении образа «Я» в целом.

Наличие же одного пола во всех трех рисунках у хронически больных подростков может быть признаком начала формирования адаптационных механизмов личности к болезни. В условиях длительного заболевания пациенты адаптируются к своему физическому состоянию и начинают оценивать его как норму, принимать свою болезнь как данность. Причем болезнь они воспринимают, в отличие от здоровых подростков, как ограничение, прежде всего телесного «Я» и физической активности.

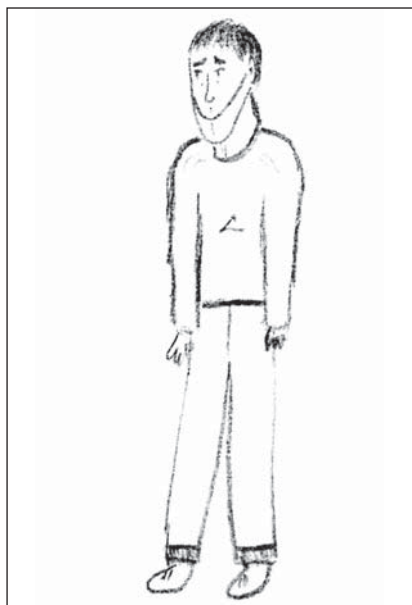
Кроме того, характерное для рисунка «Я» наличие элементов социальной желательности, возможно, отражает потребность быть «правильными» для взрослых (как в более ранние возрастные периоды), «включенными» в мир взрослых, что подтверждает факт о большей инфантильности больных подростков по сравнению со здоровыми сверстниками.

Для здоровых подростков (рис. 4) в большей степени характерно отвержение болезни, они склонны изображать больного человека как «плохого», «асоциального типа»: больной человек «сам виноват» в своей болезни (некий социальный стереотип). Кроме того, рисунки здоровых подростков «Я» и «Больной человек», как правило, разного пола, что может свидетельствовать о субъективном отношении здоровых подростков к больным людям как к другим. Это объясняет тот факт, что в группе хронически больные довольно часто отвергаются здоровыми сверстниками.

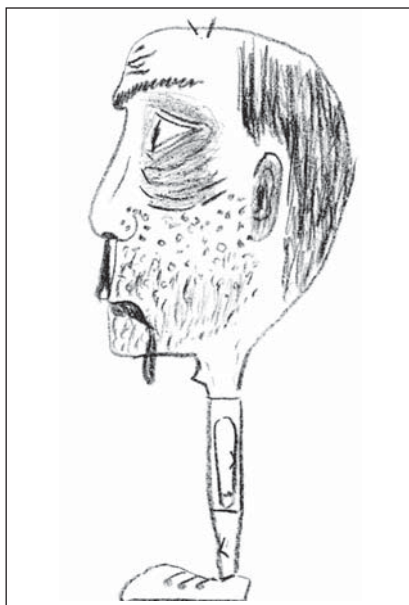
Таким образом, в самоотношении здоровых младших подростков и страдающих хроническими соматическими заболеваниями имеются общие и особенные характеристики, а именно:

- в самоотношении хронически больных и здоровых младших подростков выражены такие компоненты, как «самоуважение», «аутосимпатия», «самоинтерес». Средние значения данных компонентов в области выраженности позволяют предположить начальный этап развития самоотношения;
- в области выраженности двух групп младших подростков находятся такие установки на внутренние действия в адрес своего «Я», как «самоуверенность», «самопринятие», «саморуководство», «самообвинение», «самопонимание». Характерной особенностью самоотношения для младших подростков является слабая выраженность его компонента «ожидание положительного отношения других», указывающая на большую направленность младших подростков «на себя» (своеобразный подростковый эгоцентризм), чем на других людей. Причем в самой структуре самоотношения младших подростков можно выделить более низкие средние значения таких установок на внутренние действия, как «саморуководство», «самоуверенность» и «самообвинение». Специфика самого самоотношения проявляется в общей эмоциональной неустойчивости младших подростков, их повышенной возбудимости;
- у младших подростков с хроническими заболеваниями величина интегрального самоотношения, его компонентов (самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес, ожидаемое положительное отношение), установок на внутренние действия в адрес своего «Я»

Рис. 3. Степан, 12 лет, диагноз: «Хронический гломерулонефрит»



А. «Здоровый человек».

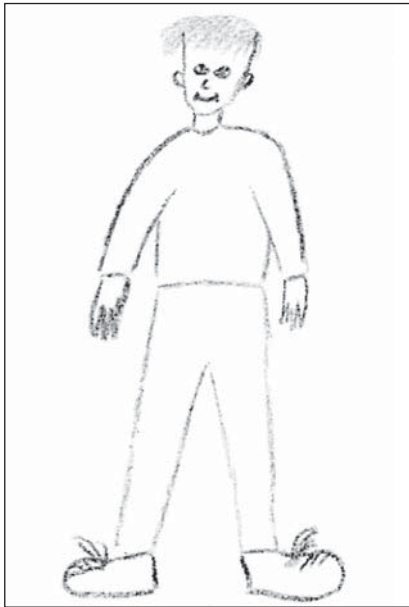


Б. «Больной человек».

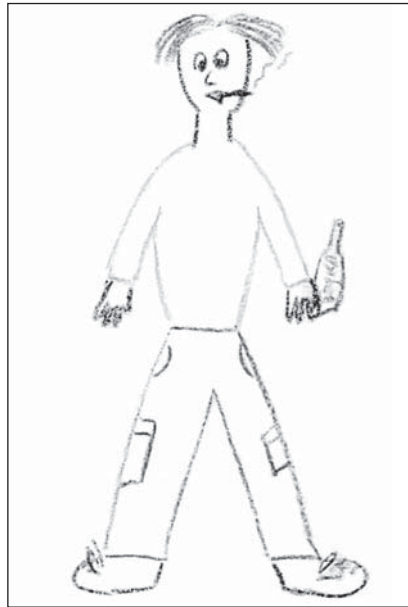


В. «Я — это Я».

Рис. 4. Наташа, 11,5 лет, соматически здорова



А. «Здоровый человек».



Б. «Больной человек».



В. «Я».

(самоуверенность, отношение других, самопринятие, самоинтерес) значительно ниже, чем у здоровых сверстников. Иная социальная ситуация развития приводит к особому функционированию самоотношения младших подростков с хроническими соматическими заболеваниями;

- для хронически больных подростков характерна большая тревожность, внутриличностная конфликтность, негативные переживания, связанные с телесным «Я».

Наблюдаются гендерные различия в строении и содержании самоотношения младших подростков. У подростков-девочек двух групп наблюдаются более высокие средние значения установок на внутренние действия в адрес своего «Я» (самоинтереса и самоуверенности), чем у подростков-мальчиков. У девочек более высокий уровень притязаний. Это может говорить о более раннем созревании самоотношения девочек, их большей активности, чем у мальчиков.

Для здоровых девочек характерна более высокая тревожность и меньшая удовлетворенность своей внешностью, вместе с тем большая удовлетворенность своей семьей. У здоровых подростков-мальчиков отмечается значительно более высокие самооценки поведения, интеллекта, внешности, счастья, чем у девочек. Для хронически больных младших подростков менее характерны гендерные различия в процессе самооценивания, чем для здоровых сверстников.

Итак, на этапе перехода от латентности к пубертату в связи с начальным этапом развития самоотношения, размытостью границ «Я» хронически больные подростки в большей степени, чем здоровые, ощущают собственную

слабость «Я», негативно относятся к своему телесному «Я», испытывают трудности в саморегуляции, общении; зависимы от взрослых, более склонны испытывать негативные эмоции по поводу собственного «Я». Хроническая соматическая болезнь искажает развитие самоотношения младших подростков по пути инфантилизации. В итоге личность больного становится еще более уязвимой для стрессовых ситуаций, социальной и психологической дезадаптации. Поэтому хронически больные младшие подростки остро нуждаются в индивидуальном психолого-педагогическом подходе со стороны значимых взрослых (родителей, учителей, врачей).

Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости создания специальной психолого-педагогической развивающей среды для подростков в процессе их воспитания в семье и в период осуществления реабилитационных мероприятий в условиях медицинского стационара. Данные о том, что на формирование психологической возрастной зрелости детям с хроническим течением болезни требуется больше времени, чем здоровым сверстникам, указывают на важность организации психологической поддержки семьи больного ребенка с момента выявления у него нарушений здоровья. Психолого-педагогическая поддержка детей с хроническим течением болезни должна оказываться на протяжении всего периода детства, включать в себя регулярный мониторинг процесса формирования психики и обеспечения соответствия социальных условий среды психологическим потребностям ребенка. Психолого-педагогическая помощь детям с хроническими болезнями является средством предупреждения нарушений психического развития, а также способствует их социальной адаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зикеева Л.Д. Невротические реакции у больных хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом. *Клиническая медицина*. 1974; 9: 43–47.
2. Лопаткин Н.А., Коркина М.В., Цивилько М.А. Психические нарушения у больных хронической почечной недостаточностью. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1971; 8: 1835–1841.
3. Муладжанова Т.Н., Николаева В.В. Особенности познавательной деятельности больных хронической почечной недо-

4. Hall S., Thorley G., Houtman P.N. The Effects of Corticosteroids on Behavior in Children with Nephrotic Syndrome. *Journal of the International Pediatric Nephrology Association*. 2003; 18 (12 Dec.): 1221–1223.
5. Soliday E., Grey Sh., Mare B. Behavioral Effects of Corticosteroids in Steroid-sensitive Nephrotic Syndrome. *Pediatrics*. 1999; 104 (4 Oct.): 51.