

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А. А. АХТЯМОВА, Н. В. ЗОЛотова, В. В. СТРЕЛЬЦОВ, Г. В. БАРАНОВА, Е. С. ОВСЯНКИНА

SPECIFIC PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ADOLESCENTS SUFFERING FROM RESPIRATORY TUBERCULOSIS WITH VARIOUS PARAMETERS OF THE DISEASE

A. A. AKHTYAMOVA, N. V. ZOLOTOVA, V. V. STRELTSOV, G. V. BARANOVA, E. S. OVSYANKINA

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

Проведен сравнительный анализ психологических особенностей 100 больных туберкулезом органов дыхания подростков в возрасте 13-17 лет с различными характеристиками заболевания. Структура личности подростков с более выраженными проявлениями заболевания достоверно отличается преобладанием основных преморбидных характеристик, способствующих формированию невротических состояний, интра- и интерпсихических конфликтов, а также различных структурно-функциональных соматических нарушений. Обнаруженная личностная специфика пациентов объективировалась в показателях актуального психологического статуса. Выявленные личностные характеристики рассматриваются в качестве потенциальных патогенных психологических детерминант (в комплексе с традиционными медико-биологическими и социальными факторами риска развития заболевания), а также мишеней целенаправленной психологической коррекции.

Ключевые слова: подростки, туберкулез органов дыхания, эмоционально-личностные особенности, стиль межличностных отношений.

The psychological features of 100 adolescents at the age of 13-17 years old suffering from respiratory tuberculosis have been compared. Personality structure of adolescents with more expressed manifestations of the disease is confidently different regarding the prevalence of main pre-morbid characteristics promoting neurotic features, intra- and inter-psychical conflicts and also various structural and functional somatic disorders. The personal specific features of the patients have been objectivated in the rates of actual psychological status. The detected personal features are considered to be potential pathogenic psychological determinants (as a part of traditional medical, biological and social risk factors of the disease development), and aims of the targeted psychological management.

Key words: adolescents, respiratory tuberculosis, emotional and personal features, style of inter-personal relations.

Широкий спектр проблем, связанных с психологическими аспектами детского туберкулеза, разработан недостаточно. Интерес к указанным вопросам проявляется в основном в плоскости изучения изменений, возникающих в психологическом состоянии под влиянием уже развившегося инфекционно-го заболевания [3, 8]. В практическом отношении отмечается непосредственное влияние психологического статуса подростков на эффективность проводимого лечения [1]. Лишь в единичных работах психологическое состояние детей и подростков рассматривается в качестве одного из факторов риска развития туберкулезного процесса [2, 4], приводится психологическое обоснование необходимости разработки системы комплексной реабилитации и профилактики в очагах туберкулезной инфекции [5]. Как указывают авторы, заболевание туберкулезом одного из родителей приводит к повышению психологического напряжения и снижению стрессоустойчивости ребенка, а также появлению у него различных психологических проблем, что в целом может способствовать развитию соматических и инфекционных заболеваний у детей как из социаль-

но благополучной, так и неблагополучной семьи [5]. Одним из возможных направлений изучения психологических факторов риска туберкулезного процесса и разработки системы психологической реабилитации, ориентированной на психологическую профилактику заболевания, является оценка психологических особенностей пациентов с различными характеристиками туберкулеза органов дыхания (ТОД).

Цель исследования: сравнительная оценка психологических особенностей подростков с различными характеристиками ТОД.

Материалы и методы

Изучение личностных особенностей, а также различных характеристик впервые выявленного ТОД проведено у 100 подростков в возрасте 13-17 лет, находившихся на стационарном лечении в подростковом отделении ФГБНУ «ЦНИИТ» в 2010-2014 гг., из них 68 (68%) девочек и 32 (32%) мальчика. В клинической структуре преобладали инфильтративный туберкулез – 46 (46%), очаговый – 17 (17%) и туберкулема –

12 (12%) случаев. В остальных 25% случаях диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, диссеминированный и фиброзно-кавернозный туберкулез, а также казеозная пневмония. Бактериовыделение обнаружено у 42% подростков, у 32 (32%) пациентов определена лекарственная устойчивость возбудителя, из них множественная лекарственная устойчивость – в 68,8% случаев.

В исследовании использовали количественную оценку различных характеристик туберкулезного процесса.

Объем поражения легочной ткани с учетом особенностей течения заболевания оценивали в баллах: ограниченные процессы с неосложненным течением – 1 балл; распространенные процессы с неосложненным течением – 2 балла; ограниченные процессы с осложненным течением – 3 балла; распространенные процессы с осложненным течением – 4 балла. К ограниченным процессам относили поражения 1-2 сегментов легочной ткани, к распространенным – поражения более 2 сегментов одного легкого или двустороннее поражение независимо от объема патологических изменений [6]. Распределение пациентов на подгруппы в зависимости от объема поражения легочной ткани и течения туберкулезного процесса представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных ТОД подростков в зависимости от объема поражений легочной ткани и течения заболевания

Оценка	Распространенность процесса	Число больных (%)
1	Ограниченный процесс с неосложненным течением	31
2	Распространенный процесс с неосложненным течением	55
3	Ограниченный процесс с осложненным течением	–
4	Распространенный процесс с осложненным течением	14

Количественная оценка объема деструктивных изменений соответствовала размеру полостей деструкции: отсутствие деструктивных изменений – 0 баллов; размер полости распада до 2 см – 1 балл; от 2 до 4 см – 2 балла; от 4 до 6 см – 3 балла; более 6 см – 4 балла. В табл. 2 представлены результаты ранжированной оценки деструктивных изменений в легких. Суммарная количественная оценка объема специфических поражений легочной ткани с учетом особенностей течения заболевания, а также объема деструктивных изменений составила обобщенный рентгенологический индекс (РИ), который определяли как низкий, средний и высокий.

При оценке клинической симптоматики определяли выраженность синдрома общих нарушений: незначительная – 1 балл; умеренная – 2 балла;

Таблица 2

Распределение больных ТОД подростков в зависимости от объема деструктивных изменений в легких

Оценка	Объем деструктивных изменений	Число больных (%)
0	Отсутствие деструктивных изменений	49
1	Размер полости распада до 2 см	27
2	Размер полости распада от 2 до 4 см	16
3	Размер полости распада более чем от 4 до 6 см	8
4	Размер полости распада более 6 см	–

выраженная – 3 балла. К незначительным проявлениям синдрома общих нарушений относили наличие астеноневротических реакций без повышения температуры тела; к умеренным – сочетание астеноневротических реакций с функциональными нарушениями различных органов и систем, минимальными изменениями показателей периферической крови. Выраженными проявлениями считали сочетание астеноневротического синдрома, функциональных нарушений органов и систем, умеренных и выраженных изменений показателей периферической крови, параспецифических реакций [6]. Распределение пациентов в зависимости от проявлений симптомокомплекса общих нарушений представлено в табл. 3. Выраженность синдрома общих нарушений на основе комплексной оценки клинико-лабораторных данных отражал обобщенный индекс интоксикации (И), который определяли как низкий, средний и высокий.

Психологическое обследование подростков с ТОД осуществляли на диагностическом этапе, до начала химиотерапии. Изучение основных личностных факторов проводили с помощью личностного опросника Р. Кеттелла (адаптированная подростковая форма), форм личностно обусловленного деструктивного поведения – с применением опросника форм агрессии А. Басса и А. Дарки, стиля ведущих межличностных отношений – с помощью методики интерперсональных отношений Т. Лири, уровень алекситимии – Торонтской алекситими-

Таблица 3

Распределение больных ТОД подростков в зависимости от выраженности синдрома общих нарушений

Оценка	Степень выраженности синдрома общих нарушений	Число больных (%)
0	Отсутствие проявлений	25
1	Незначительная	33
2	Умеренная	26
3	Выраженная	16

ческой шкалы. Также применяли методики оценки актуального психологического статуса: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, адаптированный восьмицветовой тест Люшера [11].

Сопоставление психологических данных проводили среди подростков с различным объемом поражений легочной ткани, в том числе деструктивных изменений, уровнем обобщенных показателей (РИ, И), отсутствием и наличием бактериовыделения, а также среди пациентов с лекарственной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам и наличием лекарственной устойчивости МБТ.

В статистическом анализе использовали параметрические и непараметрические методы сравнения (t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна – Уитни), а также точный критерий Фишера, коэффициент корреляции r-Пирсона. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Сравнительный анализ полученных данных позволил установить, что пациенты с различной распространенностью туберкулезного процесса достоверно отличались эмоциональными характеристиками личности и особенностями регуляции социального поведения (факторы С и G личностного опросника Р. Кеттелла). Более выраженными у подростков с распространенными процессами являются личностные качества, определяющие формирование невротичности: эмоциональная неустойчивость, неуверенность в себе, тревожность, ранимость (фактор С). Оценки у полюса «эмоциональная нестабильность» фактора С, свидетельствующие о низкой толерантности к фрустрациям и эмоциональным нагрузкам, чувствительности к психическим травмам различного характера, достоверно чаще обнаруживались у подростков с распространенными изменениями в легких (21% случаев) по сравнению с ограниченными поражениями (7% случаев, $p < 0,05$). При этом 37% подростков с распространенными процессами отличались особенностями, обозначаемыми «высокая нормативность поведения» (фактор G): стремление соответствовать общепринятым правилам и нормам, производить приятное впечатление на окружающих, идеализировать себя и свои межличностные отношения, заостренное чувство справедливости и трудности установления компромиссов (среди ограниченных процессов – 13% случаев, $p < 0,05$). Необходимо пояснить, что так называемая нормативность поведения актуализируется в обычной жизни подростков с ТОД не столько собственной исполнительностью в отношении социальных норм, сколько наличием сильных негативных переживаний, когда общепринятые правила не выполняются или нарушаются окружающими.

Также в подгруппе с распространенными процессами достоверно более выраженными являлись такие формы личностно обусловленного деструктивного реагирования, как обида и враждебность (60 и 57% случаев соответственно). В подгруппе с ограниченными поражениями высокие значения обиды и враждебности обнаруживались достоверно реже – в 39% случаях соответственно, $p < 0,05$. Подобные личностные качества провоцируют наличие недоброжелательных или амбивалентных отношений с окружающими, неудовлетворенность своим положением в микрогруппе и стремление его компенсировать. Как выявлено, в межличностном взаимодействии пациентов с распространенными процессами достоверно преобладал авторитарный стиль поведения: стремление к компетентному лидерству, воздействию на окружающих, ориентация на собственное мнение (39% случаев; среди ограниченных процессов – 19% случаев; $p < 0,05$).

Подростки с различным объемом деструкции в легких также достоверно отличались эмоционально-личностными особенностями. Низкие оценки по фактору С (полюс «эмоциональная неустойчивость») выявляли у пациентов с наличием полостей распада достоверно чаще по сравнению с пациентами без полостей распада (24 и 8% случаев соответственно, $p < 0,05$). Кроме вышеуказанных невротических проявлений, при наличии полостей распада у пациентов с большей частотой обнаруживали оценки у высокого полюса фактора D («высокая эмоциональная возбудимость») – в 17 и 2% случаях соответственно ($p < 0,05$). Как известно, повышенная аффективность, в том числе на слабые провоцирующие стимулы, является одним из патогенетических факторов, сопутствующих развитию психического перенапряжения и различных структурно-функциональных нарушений в организме. При высоких оценках по фактору D отмечается плохой эмоциональный контроль с проявлением различных аффективных реакций в субъективно трудных для индивида ситуациях (неудовлетворенные потребности, противоречие между желанием и возможностями, недостаток уважения и признания и т. п.). Такая личностная характеристика, как эмоциональная возбудимость, проявлялась и в соответствующих показателях актуального эмоционального состояния пациентов. По результатам корреляционного анализа, размер полости деструкции оказался статистически положительно взаимосвязанным с показателями вегетативного коэффициента, характеризующими уровень возбуждения, непродуктивной активности, импульсивности обследуемого [11].

Среди пациентов с низким РИ по сравнению с пациентами с высоким РИ достоверно чаще выявляли оценки у полюса «низкая эмоциональная возбудимость» фактора D (52 и 35% случаев соответственно, $p < 0,05$). Кроме сдержанности, невозмутимости, подростки с низким РИ также от-

личались оптимальным эмоциональным тонусом и стрессоустойчивостью (низкий полюс фактора Q4: «расслабленность» – 49 и 29% случаев соответственно, $p < 0,05$).

В структуре личности пациентов с высоким и средним индексом И по сравнению с подростками с низким индексом более выражены невротические проявления, связанные с наличием ранимости, склонностью к тревожно-депрессивным состояниям, страхам, чувству виновности и неполноценности (высокий полюс фактора О: «тревожность» – 31 и 15% случаев соответственно, $p < 0,05$). Особенностью эмоционально-волевой сферы подростков с высоким индексом И является более низкий уровень волевой регуляции и внутреннего контроля своих эмоций и поведения, импульсивность (низкий полюс фактора Q3: «низкий самоконтроль» – 29 и 13% случаев соответственно, $p < 0,05$). В межличностных отношениях 72% пациентов с высоким и средним индексом И склонны к проявлению повышенной вербальной агрессии, в подгруппе с низким индексом такими характеристиками обладают лишь 48% пациентов ($p < 0,05$). Обнаруженная личностная специфика подростков с различным уровнем обобщенных индексов объективировалась и в показателях их актуального психологического статуса (табл. 4). Как видно из таблицы с результатами корреляционного анализа, выраженность рентгенологических характеристик заболевания и отклонения по клинко-лабораторным данным взаимосвязаны с уровнем неуверенности и беспокойства в социальных контактах (шкала «межличностная сензитивность»), избегающим поведением (шкала «фобические расстройства»). Кроме указанных симптомов, рентгенологический индекс также положительно коррелировал с подозрительностью, негативизмом по отношению к другим людям (шкала «параноидное мышление»), общей тяжестью психического состояния (GSI).

У 60% пациентов с наличием бактериовыделения более выраженными являлись личностные особенности, отражающие эмоциональную сензитивность, мягкость, зависимость (высокий полюс фактора I: «чувствительность»). Полученный факт имеет особое значение в объективизации психологических патогенных механизмов развития ТОД, так как эмоциональная чувствительность является основ-

ным преморбидным радикалом формирования невротических состояний, способствует нарушению межличностных отношений и социально-психологической дезадаптации [9]. У подростков без бактериовыделения обозначенные особенности выявлялись лишь в 29% случаев ($p < 0,05$). При изучении личностных характеристик подростков с учетом лекарственной устойчивости МБТ установлено, что особенностью стиля межличностных отношений подростков с МЛУ МБТ является критичность к окружающим людям, социальным явлениям, скептический настрой к чужим мнениям, неудовлетворенность своим положением в микрогруппе, опережающая враждебность в высказываниях и поведении (недоверчиво-скептический стиль взаимодействия, $p < 0,05$). Подобный стиль распространен у 35% пациентов с МЛУ МБТ и только у 8% подростков с чувствительностью к препаратам основного ряда ($p < 0,05$). Одновременно у пациентов с наличием МЛУ МБТ с большей частотой встречались оценки себя как альтруистичных, готовых к принесению в жертву своих интересов, к помощи и состраданию по отношению к окружающим. Такие подростки стремятся производить приятное впечатление на окружающих и в целом склонны к идеализации межличностных отношений, в которых для них значимо проявление деликатности, отзывчивости, сострадания ($p < 0,05$). Обнаруженное искажение в личностных установках подростков с МЛУ МБТ отражает «контрастность» – один из основных преморбидных радикалов личности, имеющих этиологическое значение в развитии пограничных невротических состояний. Как указывается, для «контрастной» личности характерны сложные, противоречивые отношения с окружающими и невротическая дезинтеграция образа Я [9].

У 46% пациентов с наличием МЛУ МБТ обнаруживали выраженные алекситимические черты, проявляющиеся в ограниченной способности к восприятию собственных чувств и переживаний, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. В клинической психологии алекситимия рассматривается как один из факторов психосоматических заболеваний, так как сопровождается хронизацией негативных эмоций и, как следствие, развитием соматических изменений [10]. У подростков с чувствительными к противотуберкулезным препаратам

Таблица 4

Достоверные коэффициенты корреляций между рентгенологическим индексом (РИ), индексом интоксикации (И) и клиническими шкалами опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)

Шкалы SCL-90-R	Обобщенные показатели	
	РИ	И
Межличностная сензитивность	0,019	0,039
Фобические расстройства	0,006	0,033
Параноидное мышление	0,002	–
Суммарный показатель тяжести психического состояния (GSI)	0,031	–

МБТ подобные алекситимические проявления выявлялись лишь в 8% случаев ($p < 0,05$).

Заключение

В структуре личности больных ТОД подростков с более выраженными проявлениями заболевания достоверно преобладали основные преморбидные характеристики, способствующие формированию невротических состояний, интра- и интерпсихических конфликтов, а также различных структурно-функциональных соматических нарушений: эмоциональная нестабильность, возбудимость, сензитивность, чувствительность к психическим травмам, деструктивное реагирование и низкий уровень волевой регуляции. Обнаруженная личностная специфика пациентов объективировалась также в показателях актуального психологического статуса.

У подростков с наличием МЛУ МБТ выявляются черты «контрастной» личности, для которой характерны противоречивые отношения с окружающими и невротическая дезинтеграция образа Я. Также подростки с МЛУ МБТ ограничены в способности к восприятию собственных чувств и переживаний, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче, что является одним из факторов психосоматических заболеваний.

Выявленные личностные характеристики необходимо рассматривать в качестве потенциальных патогенных психологических детерминант (в комплексе с традиционными медико-биологическими и социальными факторами риска) развития заболевания, а также мишеней целенаправленной психологической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дробот Н. Н. Туберкулез органов дыхания у подростков – психоэмоциональный статус // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход: Всерос. науч.-практ. конференция с междунар. участием. – Курск, 2011. – С. 101-102.
2. Золотова Н. В., Ахтямова А. А., Стрельцов В. В. и др. Психологические факторы патогенеза туберкулеза органов дыхания у детей и подростков // Туб. – 2013. – № 4. – С. 25-32.
3. Исаева Н. Ю. Эмоционально-личностные особенности детей старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2001. – 19 с.
4. Лукашова Е. Н., Игешева Л. Н., Копылова И. Ф. Психологические особенности больных туберкулезом подростков // Пробл. туб. – 2002. – № 1. – С. 39-41.
5. Мордык А. В., Подкопаева Т. Г., Герасимов Н. Н. и др. Формирование подходов к созданию программ психологической реабилитации детей в очагах туберкулезной инфекции // Туб. – 2014. – № 8. – С. 71-72.
6. Панова О. В. Комплексное лечение деструктивного туберкулеза легких у детей и подростков: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2013. – 179 с.
7. Рашкевич Е. Е., Мьякишева Т. В., Авдеева Т. Г. Социальные факторы риска и их влияние на характер и течение туберкулеза у подростков // Сиб. мед. обозрение. – 2011. – № 6. – С. 97-99.

8. Сиренко И. А., Рыбалка В. В. Влияние туберкулезной инфекции на психологический статус детей // Туб. – 2010. – № 1. – С. 59-63.
9. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). – М., 1988. – 200 с.
10. Урванцев Л. П. Психология в соматической клинике: учебное пособие. – Ярославль, 1998. – 160 с.
11. Цыганок И. И. Цветовая психодиагностика. Модификация полного клинического теста Люшера: Методическое руководство. – СПб.: Речь, 2007. – 264 с.

REFERENCES

1. Drobot N.N. Respiratory tuberculosis in children – psychological and emotional status. *Psikhologiya zdorov'ya i bolezni: kliniko-psikhologicheskii podkhod. Vseros. nauch.-prakt. konferentsiya s mezhdunar. uchastiem*. [Psychology of health and disease: clinical and psychological approach. All-Russian Scientific Practical Conference with International Participation]. Kursk, 2011, pp. 101-102. (In Russ.)
2. Zolotova N.V., Akhtyamova A.A., Streltsov V.V. et al. Pathogenic psychological factors of respiratory tuberculosis in children and adolescents. *Tub.*, 2013, no. 4, pp. 25-32. (In Russ.)
3. Isaeva N.Yu. *Emotsionalno-lichnostnye osobennosti detey starshego i podrostkovogo vozrasta s razlichnymi proyavleniyami tuberkulyoznoy infektsii. Diss. kand. med. nauk.* [Emotional and personal specific features of children of the elder age and adolescents with various manifestations of tuberculous infection. Cand. Diss.]. St. Petersburg, 2001, 150 p.
4. Lukashova E.N., Igisheva L.N., Kopylova I.F. Psychological specifics of adolescents suffering from tuberculosis. *Probl. Tub.*, 2002, no. 1, pp. 39-41. (In Russ.)
5. Mordyk A.V., Podkopaeva T.G., Gerasimov N.N. et al. Approaches to psychological rehabilitation programmes development for children exposed to tuberculous infection. *Tub.*, 2014, no. 8, pp. 71-72. (In Russ.)
6. Panova O.V. *Kompleksnoe lechenie destruktivnogo tuberkuleza legkikh u detey i podrostkov. Diss. dokt. med. nauk.* [Integral treatment of destructive pulmonary tuberculosis in children and adolescents. Doct. Diss.]. Moscow, 2013, 179 p.
7. Rashkevich E.E., Myakisheva T.V., Avdeeva T.G. Social risk factors and their impact on the character and course of tuberculosis in adolescents. *Sib. Med. Obozreniye*, 2011, no. 6, pp. 97-99. (In Russ.)
8. Sirenko I.A., Rybalka V.V. Impact of tuberculous infection on psychological status of children. *Tub.*, 2010, no. 1, pp. 59-63. (In Russ.)
9. Spivakovskaya A.S. *Profilaktika detskikh nevrozov (kompleksnaya psikhologicheskaya korrektsiya)*. [Prevention of neurosis in children (integral psychological management)]. Moscow, 1988, 200 p.
10. Urvantsev L.P. *Psikhologiya v somaticheskoy klinike: uchebnoe posobie*. [Psychology in somatic manifestations: manual]. Yaroslavl, 1998, 160 p.
11. Tsyganyuk I.I. *Tsvetovaya psikhodiagnostika. Modifikatsiya polnogo klinicheskogo testa Lyushera. Metodicheskoe rukovodstvo*. [Color psychological diagnostics. Modification of a full Lüscher color test. Guidelines]. St. Petersburg, Rech Publ., 2007, 264 p.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ахтямова Альмира Ахнафовна
ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза»,
кандидат психологических наук, старший научный
сотрудник группы по изучению психологических проблем
туберкулеза детско-подросткового отдела,
107564, г. Москва, Яузская аллея, д. 2.
E-mail: bliznec18@mail.ru

Поступила 26.05.2015