

Н. Д. Малиновская

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ ШКОЛЬНИКОВ РФ

Работа представлена кафедрой клинической психологии.

Научный руководитель - доктор психологических наук, профессор В. А. Ананьев

Социально-экономические преобразования в России за последние 10-15 лет, как показывают многочисленные исследования, сопровождаются непрерывным ухудшением основных показателей здоровья населения.

Уже сейчас вполне очевидно, что трудности, с которыми сталкивается гражданин новой России, значительно превосходят по своей значимости любые локальные, частные и ограниченные по времени стрессовые воздействия. По данным Минздрава РФ, за последние годы в стране значительно выросли показатели заболеваемости непсихическими психическими расстройствами. Характерно, что данная динамика определяется в первую очередь невротическими расстройствами, реактивными состояниями и психосоматическими заболеваниями.

Происходящие в стране социальные перемены непосредственно и опосредовано сказываются на всех системах отношений человека, поскольку вызывают системное переформирование его мировоззрения. Изменения ценностей и ориентиров в индивидуальной реальности каждого конкретного человека, продиктованные данными социальными трансформациями, сказываются на изменении отношений по всему спектру личностных систем, от межполовых и брачных отношений, до по сути духовных сфер отношения к феноменам смерти, жизненных смыслов (Франкл Л. Vinswanger, 1936; V. Frankl, 1967) и т. п.

Практические задачи здравоохранения в области сохранения, укрепления здоровья населения и профилактики заболеваний требуют научного обоснования и разработки новых подходов к анализу этиологии и патогенеза распространенных болезней.

Эмпирические исследования свидетельствуют о том, что здоровье детей неуклонно ухудшается именно в период обучения. Причем доминирующими в структуре заболеваемости являются так называемые болезни адаптации или психосоматические заболевания, в этиологии которых не последнюю роль играют факторы психологического и социально-психологического характера. Современные концепции этой группы заболеваний основаны на системных представлениях об отношениях организм - среда и настаивают на рассмотрении всего множества факторов, детерминирующих развитие болезненного процесса.

Как показал проведенный анализ данных литературы, наиболее актуальными в плане исследования психологических и социально-психологических факторов заболеваний у детей остаются вопросы, связанные с системным анализом ранних признаков нарушений процессов адаптации. Проявления этих нарушений не имеют четко очерченной симптоматики и лежат в сфере донологической диагностики, поэтому не относятся к сфере компетенции узких специалистов и зачастую не учитываются при оценке состояния здоровья и планировании профилактических мероприятий. Но эти же расстройства с течением времени складываются в патологическую, психосоматическую, функциональную многоуровневую систему с различными составляющими: физиологическими, психологическими, патопсихологическими, социальными - структурный аттрактор болезни (САБ) (Ананьев В. А., 1998). Поэтому перспективным направлением ранней диагностики таких состояний является психологическая диагностика нарушений адаптации, по-

сколько именно психологическое состояние является наиболее чутким индикатором трудностей адаптации.

В рамках поставленных задач проводилось клинико-психологическое обследование детей разного возраста, обучающихся в общеобразовательных школах различных регионов РФ (Санкт-Петербург, Москва, Псков, Калуга, Хабаровск, Чебоксары). Всего было обследовано 597 школьников (из них 179 детей младшего школьного возраста; 175 детей младшего подросткового возраста; 243 человека старшего подросткового возраста) и более 300 родителей обследуемых школьников.

В качестве теоретико-методологической основы настоящего исследования были приняты концептуальные положения, развитые в современной психологической науке: комплексный подход к изучению человека (Б. Г. Ананьев, Л. И. Божович, Л. С. Выготский, В. С. Мерлин); биопсихосоциальная модель болезни и психосоматический подход в современной медицине и психологии; системно-теоретический подход (Ehrenfels, Gunthern, Von Bertalanffy), теория функциональных систем П. К. Анохина; теория адаптации и компенсации А. И. Воложина и Ю. К. Субботина, онтогенетическая концепция психосоматической дезадаптации В. А. Ананьева).

В научно-исследовательской работе, в соответствии с задачами, были апробированы следующие методы изучения психологических индикаторов здоровья.

- Для школьников подросткового возраста: опросник «стресс-интервью» для школьников 11-17 лет, социально-психологическая анкета, шкала самооценки тревожности Спилбергера - Ханина, торонтский перечень алекситимических черт, опросник семейного окружения FES, аутоаналитический опросник здоровой личности В. А. Ананьева, шкала SCL-90-R, опросник Спилбергера по изучению агрессии (STAXI), опросник для выявления ведущей репрезентативной системы КАВД, метод оценки здоровья Апанасенко, методы психофизиологи-

ческого исследования на реабилитационном комплексе «Реакор».

- Для детей младшего школьного возраста: опросник «стресс-интервью» для детей 7-10 лет, опросник «Уровень детской тревожности» (УДТ) Е. Е. Ромициной, опросник агрессивности Баса - Дарки, проективный тест «семейная социограмма» Э. Г. Эйдемиллера и проективный рисунок «Где живут чувства?».

- Для родителей обследуемых детей: опросник Т. М. Achenbach (лист детского поведения СВСШ - 18) и биографическая карта ребенка.

Обследование включало также социальный раздел (изучение социального статуса, материального положения, интерперсональных взаимодействий, семейных отношений и др.) и психосоматический (изучение наследственной отягощенностиTM, соматического и нейрогормонального статуса во взаимосвязи с социально-психологическими параметрами. Полученные данные были обработаны с помощью статистического анализа, который включал: однофакторный дисперсионный, корреляционный, факторный анализ с использованием программы Statistica-6.0.

На основании результатов анализа медицинской документации и интервьюирования родителей обследованных детей, были сформированы группы: группа № 1 - здоровые дети, группа № 2 - часто болеющие дети (дети 2-й группы здоровья, не имеющие хронического диагноза) и группа № 3 - дети, имеющие хроническое заболевание.

Исследование показало, что наиболее распространенной патологией среди обследованных детей младшего школьного возраста являются заболевания системы пищеварения (18,9%), а также аллергические заболевания, которые составляют 16,7% от всех обследованных детей этой возрастной группы. Наиболее распространенной патологией среди обследованных детей младшего подросткового возраста являются офтальмологические заболевания (20,5%) и заболевания системы пищеварения (19,4%).

На первом месте среди наиболее распространенных заболеваний у старших подростков являются нарушения зрения (46,9%), далее следуют нарушения системы пищеварения (23,0%). Данные отражают увеличение количества часто болеющих детей с возрастом от 17,8% в младшем школьном возрасте до 20,9% в старшем подростковом. Также можно говорить о тенденции к увеличению с возрастом числа детей, страдающих хроническими заболеваниями зрительной и желудочно-кишечной системы. Так, в младшем школьном возрасте выявляется 18,9% детей с патологией системы пищеварения, в младшем школьном возрасте - 19,4%, а в старшем подростковом возрасте - 23,0%. Эти данные свидетельствуют о недостаточной эффективности профилактических мероприятий, проводимых в школах: количество больных увеличивается в два раза за период от младшего школьного до младшего подросткового возраста и далее.

Наиболее информативным признаком нарушений адаптации у детей и подростков в нашем исследовании оказался показатель тревожности. Выявлены достоверные различия ($p < 0.01$; $p < 0.05$) по параметру «личностная тревожность» (опросник Спилбергера - Ханина) в группах здоровых, часто болеющих и хронически больных младших подростков. Часто болеющие дети младшего подросткового возраста демонстрируют самый высокий уровень личностной тревожности среди детей своего возраста из других групп здоровья.

В старшем подростковом возрасте наблюдается несколько иная картина. Показатели личностной тревожности достоверно различаются во всех 3 группах ($p < 0.01$; $p < 0.05$), но самый высокий уровень тревожности выявлен у больных детей. Достоверно значимые различия во всех трех группах получены и по параметру «аутоагрессия» (опросник Staxu) ($p < 0.001$; $p < 0.05$). Самый высокий уровень аутоагрессии выявлен у подростков, страдающих соматическими заболеваниями, самый низкий у здоровых школьников.

Уровень общей тревожности достоверно ($p < 0.05$) выше у часто болеющих младших школьников, чем у здоровых. Также выявлены достоверные различия ($p < 0.05$) по показателям «тревога, приводящая к снижению психической активности (астенизации)» и «тревога, приводящая к вегетативным реакциям» (опросник УДТ) между группами здоровых и часто болеющих детей.

Наибольший уровень тревожности выявлен в группе часто болеющих детей в младшем и среднем школьном возрасте. В старшем подростковом возрасте тревожность выше у хронически больных детей.

Другим важным психодиагностическим индикатором нарушений здоровья в наших исследованиях оказался показатель алекситимии. Выявлены достоверные различия по параметру «алекситимия» в группах здоровых, часто болеющих и хронически больных младших подростков. Данные свидетельствуют о том, что часто болеющие дети чаще, чем их здоровые сверстники испытывают трудности осознания, дифференциации и выражении своих эмоциональных реакций. Результаты исследования динамики этого показателя с возрастом показали, что он повышается в группе хронически больных детей, в то время как показатели здоровых и часто болеющих статистически не различаются.

Выявлены достоверные различия и по другим психодиагностическим показателям между группами здоровых, часто болеющих и хронически больных детей в возрастной группе «младшие подростки»: соматизация, обсессивно-компульсивная симптоматика, межличностная чувствительность, депрессивная симптоматика, тревога, агрессивное поведение, реактивное поведение (опросник SQL).

В старшем подростковом возрасте выявлены достоверные различия по всем показателям SCL-90 ($p < 0.01$; $p < 0.05$). Таким образом, выделяется группа больных детей (часто болеющих и хронически больных), обнаруживающих более выраженный характер исследуемых нарушений, по срав-

нению с группой здоровых детей. Обнаруженные нарушения в группе часто болеющих детей можно объединить в «эмоционально-поведенческий» симптомокомплекс, при котором симптоматика проявляется как в виде сниженного настроения, повышенной тревожности, вегетативных реакциях, жалобах на нарушения сна, аппетита и беспричинные боли, так и в поведенческих реакциях, повышенной импульсивности, формировании навязчивостей. Категория F43.20-43.23. МКБ-10 {«Расстройства адаптации»} описывает подобные состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства (обычно препятствующие социальному функционированию и ведущие к снижению продуктивности деятельности), которые возникают в период адаптации к значительным переменам в жизни или стрессовому жизненному событию. Индивидуальная предрасположенность или уязвимость играет более значимую роль в вероятности возникновения и в формах проявления расстройства адаптации, чем для других состояний из рубрики F 43. Тем не менее считается, что состояние не развивается без воздействия стрессового фактора. Расстройство может проявляться по-разному. Отмечается связь угнетенности аффекта или депрессивного настроения с сопутствующей им тревогой. Описанные нарушения у подростков при наличии выраженной клинической симптоматики и субъективных переживаний относят к пограничным психическим расстройствам. Данные также позволяют говорить о различиях в межличностных проявлениях между здоровыми и хронически больными детьми младшего подросткового возраста. Дети, имеющие хроническое заболевание, обнаруживают у себя большую сензитивность в общении по сравнению со здоровыми детьми.

Выявленные признаки нервно-психического неблагополучия у детей фиксируются и родителями. Значимые различия между группами здоровых и часто болеющих детей в возрастной группе «младшие

подростки» наблюдаются по значениям шкал опросника Т. М. Achenbach (лист детского поведения СВС1Л4-18). Показатели выше у часто болеющих детей по сравнению со здоровыми на 1%-ном уровне значимости по шкалам: аутизация, тревожность/депрессия, проблемы социализации, нарушения внимания, делинквентные проявления, агрессивность.

Для часто болеющих школьников младшего школьного возраста в структуре социально-психологических факторов на первый план выходят признаки астенического реагирования, проявляющиеся самоизоляцией, психосоматическими жалобами, тревожно-депрессивной окраской настроения, нарушениями внимания. В характеристиках детей, имеющих хронические заболевания, структура факторов приобретает иной характер: на первый план выходит агрессия, связанная с тревожно-депрессивными проявлениями, нарушениями внимания и делинквентностью. Этот фактор можно рассматривать как проявления психической дезадаптации, формирующейся на фоне соматического заболевания.

Анализ динамики психодиагностических проявлений нарушений адаптации в школьном возрасте показывает, что проявления нервно-психического неблагополучия, сопутствующие нарушениям функционального состояния и здоровья учащихся выявляются как на уровне поведенческих реакций, так и на уровне интрапсихических переживаний. Фактором, детерминирующим эти проявления, является тревожность, которая и является наиболее чутким индикатором психического статуса. С возрастом, в связи с процессами формирования личности, проявления тревоги приобретают более дифференцированный характер, обусловленный индивидуально-психологическими особенностями ребенка и условиями формирования стереотипов реагирования на травмирующие ситуации.

Разрабатываемая кафедрой клинической психологии психолого-педагогического факультета РГПУ им. А. И. Герцена кон-

цепция структурного аттрактора болезни, как показывают проводимые исследования, является адекватным и надежным инструментом для систематизации и формализованного представления патогенных факторов психологического и социально-психо-

логического характера в динамике состояния здоровья у детей. Полученные данные могут быть использованы при разработке подходов к психологической коррекции состояний детей в рамках психопрофилактических программ.