

Тимофеева А. Н., Свиридова Т. В., Буслаева А. С.

Научный центр здоровья детей (Москва)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Известно, что бронхиальная астма в своем патогенезе имеет выраженный психологический компонент. В литературе уделяется большое внимание психологическим особенностям взрослых пациентов с бронхиальной астмой. В частности, авторы указывают на высокую роль эмоционального стресса в возникновении болезни, индивидуальные психологические характеристики больных (высокий уровень тревоги, эмоциональную лабильность, алекситимию, повышенную агрессивность, чрезмерную фиксацию на симптомах болезни) и особенности их социального взаимодействия.

Вместе с тем, несмотря на наличие весомой теоретической базы исследованию социальной ситуации развития и психологических особенностей детей с бронхиальной астмой, в литературе, на наш взгляд, не уделено должного внимания [1; 3; 4; 5].

С целью изучения психологического состояния 102 младших школьников (7–10 лет), страдающих бронхиальной астмой, нами было проведено данное исследование. Из них 56 чел. (31 мальчиков и 25 девочек) – дети с бронхиальной астмой в стадии нестойкой клинической ремиссии со средней длительностью болезни 2,5 года. Группу сравнения составили 54 здоровых школьников (30 мальчиков и 24 девочки), состоящих на диспансерном наблюдении в ФГБНУ НЦЗД.

В качестве методов исследования были использованы: анализ медицинской документации, беседа, наблюдение и методике «Рисунок человека» [2]. Статистическая обработка производилась с помощью контент-анализа данных, углового преобразования Фишера (ϕ^* критерий). Вычисления проводились с помощью пакета прикладных программ STATISTICA.

Сравнительный анализ образа жизни здоровых и больных школьников показывает, что становление детской личности происходит в принципиально разных социальных условиях. Школьники с бронхиальной астмой вынуждены регулярно проходить курсы длительного лечения в круглосуточном стационаре (в среднем 2 раза в год), состоят на постоянном диспансерном учете по месту жительства. Они нуждаются в соблюдении строго лечебного режима, ограничивающего физическую и социальную активность, характерную для здоровых сверстников. В частности, детям необходимо соблюдать строгую диету, систематически принимать препараты, прерывать свою учебу на длительное время и ограни-

чивать контакты с другими детьми в связи с необходимостью профилактики сезонных обострений и/или госпитализации в круглосуточный стационар (от 2-х недель до нескольких месяцев). В силу длительной госпитализации маленькие пациенты сталкиваются с трудностями адаптации к менее комфортным, по сравнению с домашними, бытовым условиям, длительной разлукой с близкими и друзьями, изменением привычного жизненного ритма. Наблюдаются различия и в родительском воспитании и отношении к ребенку. Родители больных детей склонны к повышенной тревоге за ребенка, гиперопеке, фиксации на болезни ребенка в ущерб его интересам и психологическим потребностям. В то время как родители здоровых детей в большей мере фиксированы на академических достижениях своего ребенка, всестороннем развитии его психического потенциала.

Анализ проведенного психологического обследования здоровых и больных детей показал, что к общим особенностям двух групп детей можно отнести развитие личностной тревожности и эмоциональной лабильности. На фоне эмоциональной незрелости (характерной для данного возраста) большинство детей испытывают эмоциональные трудности в связи с процессом адаптации к новой социальной среде и несоответствия требований взрослых психофизическим возможностям. Данные, полученные в ходе наблюдения и беседы с ребенком, подкрепляются результатами, полученными с помощью рисуночной методики «Нарисуй человека». В частности, общим для рисунков младших школьников являются такие формальные показатели эмоциональной сферы как сильные колебания нажима, варьирование размеров рисунков, тщательное стирание исправлений и желание сделать более четкими линии, штриховка рисунка [2]. Вместе с тем, проведенный качественный и количественный анализ данных свидетельствует о большей выраженности психологических трудностей у детей с бронхиальной астмой, чем у здоровых сверстников.

При сопоставительном анализе результатов обследования эмоционального состояния детей с бронхиальной астмой выявлена устойчивая тенденция к снижению настроения, бедным, сглаженным проявлениям эмоций, блокировке эмоциональных переживаний и трудностей их вербализации. Возможно, чтобы как-то противостоять длительному стрессу, родители и сам ребенок склонны длительное время подавлять связанные с болезнью неприятные переживания, в связи с чем, психологические трудности становятся устойчивыми личностными образованиями. В рисунках больных детей это проявляется в меньшей эмоциональной выразительности, выбором более холодных цветовых решений, малом коли-

честве деталей, схематичности [2]. Рисунки здоровых детей имеют более теплые оттенки, в них встречается большое количество разнообразных деталей, характеризующих их включенность в различные виды деятельности (учебная, игровая, коммуникативная). В ходе психологического консультирования у здоровых школьников отмечались дифференцированные эмоциональные проявления, позитивное отношение к взаимодействию с новым взрослым, во время беседы о жизни они чаще демонстрировали положительные эмоции.

Дети с бронхиальной астмой склонны к повышенной внутриличностной конфликтности, защитно-агрессивному типу поведения в ситуации стресса, который проявляется в повышенной враждебности, трудностях децентрации в конфликтной ситуации, активном вербальном или физического отреагировании в ответ на субъективно значимый психотравмирующий стимул. Ситуация постоянного дефицита необходимого коммуникативного опыта (в связи с режимом социальных ограничений, особенностями родительского воспитания) на фоне эмоциональных трудностей и эгоцентрической позиции в общении приводит к усугублению трудностей адаптации к новой социальной среде, формированию внутренних барьеров в общении со сверстниками (замкнутости, ограничениям в общении, социальным страхам). В рисуночной деятельности это подтверждается такими показателями как сверхсильный нажим, наличие выраженной агрессивной символики (агрессивное выражение лица, оборонительные средства), отсутствие рук или их скрещивание на груди, за спиной, преувеличены ступни [2].

Еще одной важной психологической особенностью больных детей является их меньшая включенность в расширенный социум (трудности формирования широких социальных мотивов и внутренней позиции школьника). Характерным отличием рисунков больных детей является изображение предметов, характеризующих ситуацию болезни (кровать, одеяло, подушка, домашние тапочки около кровати, лекарства, конфеты, книги, на прикроватном столике). Здоровые дети практически всегда изображают объекты, по которым можно судить об определенном месте, занимаемом ребенком в системе отношений: и семейных, и общественных (портфель, школа, игра с ровесниками).

Таким образом, искаженная вследствие болезни социальная ситуация развития оказывает неблагоприятное влияние на психологическое состояние и процесс становления личности ребенка, и, как следствие, затрудняют его социальную адаптацию. Отсутствие учета взрослыми психофизических особенностей младших школьников приводит к возникновению «социального вывиха» и риску соматизации неблагоприятных

эмоциональных переживаний. Это обосновывает необходимость разработки программы психолого-педагогического сопровождения детей с бронхиальной астмой в процессе лечения, а также определяет направление нашего дальнейшего научного поиска.

Литература

1. Антропов, Ю. Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. – СПб., 2002.
2. Венгер, А. Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство / А. Л. Венгер. – М., 2003.
3. Выготский, Л. С. Педагогическая психология / Л. С. Выготский. – М., 1999.
4. Профилактическая педиатрия / Под ред. А. А. Барановой. – М., 2012. – С. 442–484.
5. Сухарева, Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – Т.2. – М., 1957.