

Н.В. Золотова, А.А. Ахтямова, В.В. Стрельцов, Г.В. Баранова

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»
Российской академии медицинских наук (Москва, Россия)*

Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: изучение патогенетически значимых психологических механизмов

Интегративный подход к туберкулезу органов дыхания наряду с выделением традиционных для фтизиопедиатрии факторов риска предполагает также углубленное изучение патогенетически значимых психологических механизмов развития заболевания. Проведен сравнительный анализ личностных характеристик, специфики эмоционального реагирования в группах впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания детей и подростков и их сверстников, не инфицированных микобактериями туберкулеза. В результате исследования установлено, что пациенты 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. В особенностях материнского отношения в семьях с наличием больного туберкулезом органов дыхания обнаружены предпосылки формирования невротического типа реагирования ребенка. Выявленные преморбидные особенности, способствующие возникновению пролонгированного нервно-психического напряжения, а также снижению резистентности организма к туберкулезной инфекции, рассматриваются в качестве психологических факторов развития заболевания.

Ключевые слова: детский туберкулез; преморбидные характеристики; материнское отношение; психологический риск.

Серьезную озабоченность российского здравоохранения продолжают вызывать проблемы, связанные с лечением и профилактикой туберкулеза легких [1]. Несмотря на предпринимаемые меры, эпидемическая ситуация в целом остается напряженной, что обусловливается возрастанием числа прогрессирующих и более тяжелых форм туберкулеза, а также расширением спектра лекарственной устойчивости, в том числе у детско-подросткового контингента [2, 3]. Специалисты акцентируют внимание на наличии непосредственной связи посттуберкулезных изменений, развивающихся после перенесенного детьми первичного туберкулеза, с возможностью развития заболевания в последующие возрастные периоды [4].

В сложившейся ситуации актуальной научно-практической проблемой современной фтизиопедиатрии является прогнозирование риска развития туберкулезной инфекции у детей и подростков и адекватное управление указанными рисками [5]. Традиционно важное значение придается эпидемическому фактору риска развития заболевания у детей и подростков, особенно внутрисемейному контакту с больным туберкулезом. Не остаются без внимания и социальные факторы риска, которые повышают вероятность развития деструктивных процессов бактериовыделения, осложненного течения заболевания [6]. Соответственно, в разрабатываемых в настоящее время инновационных технологиях определение индивидуальной степени риска заболеть туберкулезом, а также объема противотуберкулезной помощи основано на сочетании эпидемиологических, медицинских и социальных факторов [5]. Представляется необходимым и методологически оправданным 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.

Еще более полувека тому назад, относя туберкулез к наиболее сложному разделу патологии, клиницисты обращали внимание на недостаточное изучение роли психики, имеющей важнейшее значение в развитии и течении данного заболевания [7]. Проанализированные в работе «Туберкулез и психика» (1948) личные наблюдения и приведенные автором литературные данные являются, по сути, иллюстрацией и подтверждением выводов отечественных психофизиологов о влиянии на функциональное состояние высших отделов нервной системы психогенных факторов, которые способствуют нарушению адаптационных систем организма и опосредуют развитие различных структурно-функциональных нарушений в организме. Возникающие функциональные нарушения анатомо-физиологических систем в организме могут затрагивать, в частности, механизмы резистентности к различным инфекционным агентам [8], в число которых входят микобактерии туберкулеза. Следует признать, что уязвимость человека для туберкулезной инфекции обусловлена не столько непосредственным контактом с бактериовыделителем и наличием возбудителя заболевания в организме, сколько анатомофизиологическими особенностями иммунной системы, сдвиги гомеостаза и дисрегуляция которой облегчают развитие туберкулезной инфекции, а также способствуют ее более тяжелому течению, особенно в периоды возрастной перестройки иммунной системы [9].

Проблема патогенетически значимых психологических механизмов развития туберкулеза легких у детей и подростков до настоящего времени остается малоизученной и недостаточно разработанной в клинко-психологических исследованиях. В отдельных работах отмечаются патохарактерологические черты у больных туберкулезом органов дыхания детей и подростков [10], а также высокие показатели тревоги, выраженности стресса, неспособность к осознанию и внешнему выражению эмоциональных реакций [11]. Разработка обоснованных реабилитационных программ

в системе лечебно-профилактической помощи в детской фтизиатрии требует дальнейших исследований психологических особенностей пациентов, учитывающих общепризнанные положения относительно роли психогенных факторов в формировании условий и предпосылок нарушения здоровья в детском возрасте [12, 13].

Целью данного исследования стало изучение личностных характеристик больных туберкулезом органов дыхания детей, а также особенностей родительского отношения в семьях пациентов.

Основную группу исследования (ОГ) составили 200 впервые выявленных пациентов, находившихся на лечении в детском и подростковом отделениях Центрального НИИ туберкулеза, из них 90 детей (8–12 лет) и 110 подростков (13–16) лет. Группу сравнения (ГС) составили 170 учащихся средней общеобразовательной школы г. Москвы (50 детей и 120 подростков), не инфицированных микобактериями туберкулеза. В исследовании также приняли участие 70 матерей пациентов и 50 матерей здоровых детей. Достоверные различия по возрасту и социальному статусу матерей не были обнаружены.

В исследовании применялись стандартные психодиагностические методики: личностный опросник Р. Кеттелла (соответствующие формы для детей и подростков), опросник «Многомерная оценка детской тревожности», Торонтская алекситимическая шкала, опросник форм агрессии А. Басса и А. Дарки. Использовались проективные диагностические средства: методика Рене Жиля, тест «Рука», «Рисунок семьи». Изучение родительского отношения осуществлялось с помощью опросника «Анализ стратегий воспитания» (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис). Также проводилось анкетирование, направленное на оценку индивидуальных психологических качеств своих детей родителями.

Анализ результатов исследования проводился с использованием методов параметрической статистики. Достоверность межгрупповых различий определялась с помощью *t*-критерия Стьюдента, значимость качественных межгрупповых различий оценивалась по критерию углового преобразования Фишера ($p < 0,05$).

В ходе сравнительного анализа личностного профиля, поведенческих тенденций больных туберкулезом органов дыхания (ТОД) и соматически здоровых детей 8–12 лет были выявлены достоверные различия по некоторым личностным факторам (опросник Р. Кеттелла). Более выраженными у детей с ТОД являются личностные качества, способствующие формированию невротичности: неуверенность в себе, неустойчивость настроения, тревожность, ранимость (фактор С: «Эмоциональная неустойчивость – Эмоциональная устойчивость»). Почти треть детей в ОГ испытывают трудности в приспособлении к новым условиям, чувствуют себя беспомощными, неспособными справиться с жизненными трудностями, имеют более низкую устойчивость к фрустрациям, трудным внешним ситуациям. Соответственно, в группе сравнения оценки у низкого полюса фактора С регистрировались лишь в 13% случаев ($p < 0,05$).

Достоверно чаще в основной группе по сравнению с контрольной обнаруживались высокие оценки по фактору G: «Низкая совестливость – Высокая совестливость» (62,8 и 40% детей соответственно, $p < 0,05$). В варианте опросника Р. Кеттелла, предназначенного для взрослых (форма С), фактор G обозначается как «Низкая нормативность – Высокая нормативность». Представляется, что указанное обозначение адекватнее отражает личностную специфику детей с ТОД, информация о которой подтверждалась и уточнялась результатами наблюдений, клинической беседы. Так, дети основной группы стремятся соответствовать общепринятым правилам и нормам, производить приятное впечатление на окружающих, склонны к идеализации себя и своих межличностных отношений. Им свойственно обостренное чувство справедливости, они с трудом идут на компромисс. Важно отметить, что дети с ТОД не столько сами исполнительны в отношении социальных норм, сколько испытывают сильные негативные чувства, когда предъявляемые правила не выполняются или нарушаются окружающими. Заболевшие туберкулезом дети отличаются от соматически здоровых более выраженной конформностью и инфантильностью на фоне меньшего объема знаний, менее эффективного их усвоения (фактор В). Низкие оценки по данному фактору выявлялись у 37% детей ОГ и 11% детей ГС ($p < 0,05$). Высокий уровень сформированности интеллектуальных функций, отличающий активных, с развитым абстрактным мышлением, склонных к доминированию ребят обнаруживался значительно чаще в группе сравнения (82 и 51% случаев соответственно, $p < 0,05$).

В сфере межличностных отношений менее насыщенными и развитыми для больных ТОД детей являются отношения со сверстниками (методика Рене Жилия, категория «Друг, подруга»: ОГ – 14,4; ГС – 26,6; $p < 0,05$). Высокие значения по данной категории имеют лишь 2% пациентов (20% среди соматически здоровых детей, $p < 0,05$). В социальном взаимодействии лидерские позиции также занимают 2% пациентов и 20% соматически здоровых детей (категория «Лидерство, доминирование», $p < 0,05$). Открыто проявляют конфликтность и агрессивность в поведении 4% больных детей и 18% их здоровых сверстников ($p < 0,05$). При этом в поведении детей с туберкулезом органов дыхания в большей степени, чем в поведении здоровых, выражена директивность – стремление не учитывать намерения, чувства и права окружающих (тест «Рука», категория «Директивность»: ОГ – 11,7; ГС – 8,4; $p < 0,05$). Согласно клинко-психологическим наблюдениям именно негибкость и излишняя прямолинейность являются наиболее частыми причинами конфликтов и разногласий больных ТОД детей с окружающими. Соматически здоровые дети более устойчивы к сложным, проблемным ситуациям межличностного взаимодействия по сравнению с пациентами ($p < 0,05$).

Недостаточное развитие необходимых социальных навыков взаимодействия со сверстниками и конфликтные межличностные отношения, обуславливая недостаток необходимого для развития ребенка чувства признания и принятия ближайшим окружением, усиливают преморбидные лич-

ностные особенности и проблемный опыт становления его «Я». Сравнительное изучение субъективных представлений о качествах собственной личности позволило обнаружить, что дети, больные туберкулезом органов дыхания, достоверно чаще оценивают себя как скромных (ОГ – 20%, ГС – 6%) и мрачных (ОГ – 14%, ГС – 2%) ($p < 0,05$). Сравнительно реже в оценке собственной личности дети основной группы выбирают качества «решительный» (ОГ – 2%, ГС – 13%), «отзывчивый» (ОГ – 4%, ГС – 17%), «терпеливый» (ОГ – 6%, ГС – 17%), «злопамятный» (ОГ – 2%, ГС – 13%) ($p < 0,05$).

В ходе сравнительного анализа личностных характеристик, поведенческих тенденций в подростковых подгруппах также были выявлены достоверные различия по сравнению с соматически здоровыми сверстниками. Заболевшие подростки отличаются достоверно более высокими оценками по фактору I: «Суровость – Чувствительность», что отражает их эмоциональную чувствительность и сензитивность, подверженность влияниям среды, зависимость от других, потребность в теплоте и поддержке (ОГ – 6,3; ГС – 5,2; $p < 0,05$). Как и в основной группе детей, среди заболевших подростков достоверно чаще обнаруживаются личностные особенности, обозначаемые как «Высокая нормативность» (фактор G): ОГ – 71% случаев, ГС – 45%; $p < 0,05$. Для них также значимы моральные аспекты межличностного взаимодействия, невыполнение или несоблюдение которых осуждается, вызывает обиду, возмущение и обвинение окружающих. Подростки с низкой нормативностью – пренебрегающие своими обязанностями, способные конфликтовать с родителями и учителями – выявлялись в основной группе в 19% случаев (в ГС – в 35% случаев; $p < 0,05$). Подобное контрастное сочетание сензитивности и гиперсоциализации может свидетельствовать о наличии внутреннего противоречия между чувством и долгом, способствующего возникновению внутреннего конфликта, проблем самовыражения и самоконтроля [13]. Косвенным подтверждением этого служат данные изучения самооценки собственных личностных качеств в подгруппе соматически здоровых и больных подростков. В основной группе достоверно преобладала самооценка «обидчивый» (40%, в ГС – 16%) и «честный» (33%, в ГС – 16%) ($p < 0,05$). Достоверно реже отмечалось наличие следующих качеств: «организованный», «самостоятельный», «эгоистичный» ($p < 0,05$).

В ходе сравнительного анализа форм агрессии (опросник А. Басса и А. Дарки) у подростков ОГ и ГС выявлены статистически значимые различия средних значений по параметрам: «Вербальная агрессия», «Подозрительность», «Чувство вины», «Враждебность». Полученные данные свидетельствуют, что для подростков с ТОД характерен внутренний способ выражения эмоций и переработки переживаний. Они не склонны к выражению негативных чувств через форму ссоры, конфликта, а также через содержание соответствующих словесных обращений к другим людям (шкала «Вербальная агрессия»: 56 и 64 балла соответственно, $p < 0,05$). Подростки основной группы более ограничены в возможности проявления и вербализации своих чувств (в том числе агрессивных) из опасения поступить не-

порядочно – «обидеть», «расстроить» другого человека. В затруднительных или конфликтных ситуациях, связанных с реакцией и действиями окружающих, как правило, возникает внутреннее чувство негодования, возмущения, несогласия, которое блокируется на поведенческом уровне. Подростки в основной группе по сравнению с соматически здоровыми отличаются и склонностью к «угрызениям совести» и самообвинениям (шкала «Чувство вины»: 66 и 59 баллов соответственно, $p < 0,05$).

Как выявлено, подростки с ТОД более недоверчивы, осторожны и субъективны в отношениях с окружающими, предполагая наличие у них намерений причинить вред (шкала «Подозрительность»: 52 и 43 балла соответственно, $p < 0,05$). Негативные установки в адрес людей и событий, субъективно-недоверчивое отношение к окружающему у больных подростков обуславливают наличие и достоверно более высокий уровень внутренней враждебности по сравнению с соматически здоровыми сверстниками. Высокие оценки по шкале «Враждебность» регистрировались у 19% подростков в ОГ и 8% подростков в ГС ($p < 0,05$).

По данным клинико-биографического интервью с пациентами, выявленные особенности являются устойчивыми, сформированными воспитанием в родительской семье, что позволяет нам рассматривать их в качестве специфических преморбидных характеристик. Внутренняя враждебность, субъективно-подозрительное отношение к окружающим и неспособность к конструктивному диалогу способствуют развитию высокой аффективной напряженности, снижающей адаптационные ресурсы подростков. Полученные результаты согласуются с аналогичными данными о наличии более высокой враждебности, подозрительности, чувствительности к критике в свой адрес у взрослого контингента больных туберкулезом легких [14].

Согласно полученным данным подростки основной группы испытывают дефицит способности к осознанию, вербализации, экспрессивной передаче собственных чувств и переживаний, обнаруживая в 62% случаев выраженный алекситимический радикал личности и алекситимию (ГС – 36%; $p < 0,05$). В более широком контексте можно утверждать наличие у больных туберкулезом подростков нарушений импрессивной способности – умения понимать эмоциональные состояния других людей и сопереживать им [15]. Необходимо отметить, что почти в 80% случаев выраженная алекситимия регистрировалась у тех пациентов, в лечении которых было необходимо применить хирургические методы.

По результатам проведенной оценки форм тревожности (опросник «Многомерная оценка детской тревожности») установлено, что дети и подростки основной группы склонны к повышению тревоги в ситуациях оценки знаний, испытывают негативное отношение к публичной демонстрации своих возможностей, более ранимы оценочными суждениями педагога. Высокие оценки по шкале «Тревога в ситуациях проверки знаний» регистрировались в основной группе у 23% детей и подростков, в группе сравнения – у 11% ($p < 0,05$). Полученные различия по шкале «Тревога, связанная с оценкой окружающих» свидетельствуют, что соматически здоро-

вые дети и подростки являются менее конформными, меньше ориентируются на мнение окружающих в оценке собственных поступков и мыслей, проявляют большую гибкость и находчивость во многих ситуациях, более склонны к риску и новизне, чем дети и подростки с ТОД. Низкие значения тревожности, связанной с оценкой окружающих, имеют соответственно 36 и 20% соматически здоровых и больных детей и подростков ($p < 0,05$).

В результате анализа данных анкетирования были получены различия в оценках индивидуальных личностных качеств соматически здоровых детей и пациентов их матерями. Матери пациентов достоверно чаще отмечали следующие особенности своего ребенка: тревожный и озабоченный, долго переживает ссоры и неприятности, избирателен в контактах с окружающими, более длительно адаптируется к новой обстановке по сравнению с другими детьми. Выделялась и такая специфическая преморбидная особенность, как сдерживание внешних выражений чувств («всё в себе»), внутренняя переработка переживаний, что является отражением противоречий между внутренним и внешним планом реагирования у таких детей. Полученные данные подтверждались результатами анализа проективного рисунка семьи, в соответствии с которым дети и подростки ОГ более закрыты и замкнуты в своих семьях, менее способны к открытому выражению эмоций и переживаний по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$).

В целом, по данным анкетирования, матери детей и подростков с ТОД более чувствительны к мнению окружающих людей об их ребенке по сравнению с родителями соматически здоровых детей ($p < 0,05$). Как известно, сензитивность, гиперсоциализация и тревожность представляют базисную триаду личностного типа реагирования не только у детей, но также и в родительской, и в прародительской семье; родительская семья служит основным звеном передачи психотравмирующего межличностного опыта и патологических стереотипов отношений [13]. Изучение родительского отношения позволило установить, что для воспитательного опыта матерей детей и подростков с ТОД характерно неосознанное желание привить своему ребенку, независимо от пола, качества, которые традиционно воспринимаются как женские, – мягкость, деликатность, опрятность, вежливость, нежность (шкала «Предпочтение женских качеств»). Подобные стремления можно рассматривать как попытку матери компенсировать свою предшествующую эмоциональную неудовлетворенность, недостаток эмоционального тепла и контакта в собственной семье. По данным клинико-биографического интервью, почти в каждом втором случае отношения в прародительской семье между родителями и детьми отличались проблемным характером, при этом чаще отмечались конфликты у матери ребенка и его бабушки (в основном по материнской линии). Прародители характеризуются как чрезмерно строгие, категоричные и авторитарные, склонные к нравоучениям и активному вмешательству даже во взрослую самостоятельную жизнь своих детей.

Избыточное воспитательное влияние бабушек находит отражение в более выраженном доминировании и контроле матерей над больными

детьми и подростками по сравнению с матерями соматически здоровых детей (шкала «Чрезмерность требований и запретов»). Подобный стиль проявляется в большем количестве запретов, ограничивающих свободу и самостоятельность детей. Матери пациентов более склонны преувеличивать последствия, которые могут иметь место при нарушении подобных ограничений, что обусловлено свойственной им негибкостью как в вопросах воспитания, так и в межличностных отношениях в целом. Указанный воспитательный стиль может форсировать реакцию эмансипации (сопротивления, негативизма) у активных детей и провоцировать развитие черт личности сензитивного и тревожно-мнительного типа у более пассивных. Доминирование матери в семьях пациентов может проявляться не только в виде запретов и ограничений, но и противоречиво сочетаться с потворствованием больному ТОД ребенку (шкала «Потворствование»). Некритичное удовлетворение желаний ребенка некоторым образом удовлетворяет потребность матери в укреплении собственной значимости и сохранении влияния на него. Однако подобная привязанность не обеспечивает ребенку необходимых для его полноценного психологического развития эмоционального контакта, заботы и внимания (шкала «Гипопротекция»). Следовательно, в воспитательных стратегиях матерей больных ТОД детей и подростков прослеживается формирование вышеуказанной нормативности, социально одобряемых качеств в ребенке (при отсутствии достаточного внимания к нему и ограничении его самостоятельности). Подобный непоследовательный стиль воспитательного влияния обуславливает дисгармоничное развитие, формирование противоречивого образа «Я» ребенка. Анализ восприятия внутрисемейных отношений позволил обнаружить, что для детей с ТОД (8–12 лет) мать действительно является более авторитетной фигурой в семье и зависимость от нее выше, чем у соматически здоровых детей (методика Рене Жилия, категория «Мать»: ОГ – 43,8; ГС – 34,7; $p < 0,05$). У соматически здоровых детей семейные связи являются более широкими, и для них эмоционально значимы также остальные члены семьи и родственники. Доминирование категории «Мать» над остальными сферами взаимоотношений выявлено у 34% детей в ОГ и лишь у 15% в ГС ($p < 0,05$). При этом для большинства пациентов сфера отношений в семье насыщена негативными переживаниями.

Таким образом, 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. Выявленные особенности обуславливают наличие трудностей в межличностном взаимодействии с окружающими и способствуют возникновению пролонгированного нервно-психического напряжения. В особенностях детско-родительских отношений в семьях пациентов выявлены предпосылки формирования невротического типа реагирования детей и

подростков. В систему противотуберкулезной помощи детям и подросткам необходимо внедрить психокоррекционные мероприятия, целью которых является изменение специфических психологических особенностей пациентов. Необходимо также проводить консультационную работу с родителями и прародителями пациентов, направленную на создание более благоприятных условий для личностного развития ребенка. Подход, предполагающий выделение патогенетически значимых психологических механизмов развития туберкулеза органов дыхания, открывает возможности для решения актуальных превентивных задач, связанных с сохранением соматического здоровья детей и подростков в современном обществе.

Литература

1. *Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. (доклад секретариата ВОЗ)*. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/protivotuberkuleznaya_slujba/B134_12-ru.pdf (дата обращения: 01.07.2015).
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*. 2015. № 1. С. 19–24.
3. *Овсянкина Е.С., Панова Л.В., Фирсова В.А., Губкина М.Ф., Кобулашвили М.Г.* Структура клинических форм и особенности течения туберкулеза с деструкцией легочной ткани у детей старшего возраста и подростков // *Туберкулез и болезни легких*. 2012. № 1. С. 10–13.
4. *Камаева Н.Г., Чугаев Ю.П.* Проблемы современной фтизиопедиатрии // *Фтизиатрия и пульмонология*. 2011. № 3(3). С. 59–67.
5. *Голубев Д.Н., Моисеева О.В., Тюлькова Т.Е., Чугаев Ю.П., Довгалюк И.Ф., Старшинова А.А.* Инновационные подходы к выявлению и диагностике туберкулеза у детей // *Фтизиатрия и пульмонология*. 2014. № 1 (8). С. 119–126.
6. *Рашкевич Е.Е., Мякишева Т.В., Авдеева Т.Г.* Социальные факторы риска и их влияние на характер и течение туберкулеза у подростков // *Сибирское медицинское обозрение*. 2011. № 6. С. 97–99.
7. *Берлин-Чертов С.В.* Туберкулез и психика. М. : Медгиз, 1948. 82 с.
8. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л. : Изд-во Ленинградского университета, 1960. 428 с.
9. *Чугаев Ю.П., Тюлькова Т.Е., Козлова О.Ф., Козлова А.В.* Особенности проявления туберкулезной инфекции у ревакцинированных детей и подростков // *Туберкулез и болезни легких*. 2012. № 1. С. 14–18.
10. *Лукашова Е.Н., Игишева Л.Н., Копылова И.Ф.* Психологические особенности больных туберкулезом подростков // *Проблемы туберкулеза*. 2002. № 1. С. 39–41.
11. *Исаева Н.Ю.* Эмоционально-личностные особенности детей старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции : дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 150 с.
12. *Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. 2-е изд. М. : Изд. Института психотерапии; Изд. НГМА, 2000. 320 с.
13. *Захаров А.И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. М. : Медицина, 1982. 216 с.
14. *Золотова Н.В., Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В.* Исследование распространенности форм агрессии у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2007. № 9. С. 16–19.

15. Москачева М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Демидова Л.Ю. Алекситимия, психосоматика и механизмы коммуникации // Труды IX Международного конгресса «Психосоматическая медицина-2014». СПб., 2014. С. 66–71.

Поступила 22.06.2015 г.; принята 22.07.2015 г.

Сведения об авторах:

ЗОЛотова Наталья Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулеза ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН (Москва, Россия).

E-mail: Zolotova_n@mail.ru

АХТЯМОВА Альмира Ахнафовна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулеза ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН (Москва, Россия).

E-mail: bliznec18@bk.ru

СТРЕЛЬЦОВ Владимир Владимирович, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулеза ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН (Москва, Россия).

E-mail: vvst-64@mail.ru

БАРАНОВА Галина Викторовна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулеза ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН (Москва, Россия).

E-mail: g_a_l_i_n_a_62@mail.ru

RESPIRATORY TUBERCULOSIS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: RESEARCH OF SIGNIFICANT PATHOLOGIC GENETIC PSYCHOLOGICAL MECHANISMS

Siberian journal of psychology, 2015, 57, 129-140. DOI: 10.17223/17267080/57/9

Zolotova Natalya V., Akhtyamova Almira A., Streltsov Vladimir V., Baranova Galina V. FSBI «CTRI» RAMS (Moscow, Russian Federation).

E-mail: Zolotova_n@mail.ru; bliznec18@bk.ru; vvst-64@mail.ru; g_a_l_i_n_a_62@mail.ru

Keywords: children tuberculosis, preclinical characteristics, mother relation, psychological risk.

Nowadays problems connected with treatment and precaution of tuberculosis, especially among children and adolescents, cause concern of Russian healthcare system. The determination of individual risk level of tuberculosis in phthisis paediatrics is traditionally based on medical epidemiologic and social factors. To add task-oriented psycho-corrective measures into prevention measures complex is necessary and methodologically justified, the program of these measures is based on the results of significant pathologic genetic psychological mechanisms of children and adolescents' respiratory tuberculosis development research.

The aim of the research is to study personal characteristics of respiratory tuberculosis patients and parents' relation features in patients' families.

The main research group consisted of 90 children and 110 adolescents with newly diagnosed respiratory tuberculosis and the comparison group consisted of 50 children and 120 adolescents not infected with tuberculosis. Also 70 patients' mothers and 50 healthy children' mothers took part in the research.

In the result of comparative analysis of personal characteristics and specificity of emotional reaction significant differences between indicated groups were found. Patients are significantly different from healthy equals in age in specific psychological features, such as emotional instability, dependence on important people, low emotional adaptation to situations of self-realization and valuation, normalization, subjective distrust to surrounding people,

insufficient development of necessary social skills of teamwork with equals in age and conflict interpersonal relations. The features of mother relation in the families with a respiratory tuberculosis patient (domination and control, conniving, lack of protection, incoherence) provide disharmonious development and contradictory pattern of «I» formation of a child. The features found during the research give rise to prolonging stress appearance in subjective hard situations, and, accordingly, decrease the organism resistance to tuberculosis infection. These features are considered psychological factors of children and adolescents' disease development.

The presence of such pathological genetic significant psychological mechanisms is an empirical support of the extension of traditional methods of help against tuberculosis for children and adolescents and its implementation to the system of psychological programs, aimed at patients' specific features correction and consulting help for patients' family members.

References

1. WHO. (2015) *Global'naya strategiya i tseli v oblasti profilaktiki, lecheniya i bor'by s tuberkulezom na period posle 2015 g.* [Global strategy and objectives of prevention, treatment and control of tuberculosis since 2015]. [Online] Available from: http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/protivotuberkuleznaya_slujba/B134_12-ru.pdf. (Accessed: 1st July 2015).
2. Aksenova, V.A., Klevno, N.I. & Kavtarashvili, S.M. (2015) A tuberculosis infection nidus and its role in the development of tuberculosis in children. *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and Lung Diseases*. 1. pp. 19-24. (In Russian).
3. Ovsyankina, E.S., Panova, L.V., Firsova, V.A., Gubkina, M.F. & Kobulashvili, M.G. (2012) Struktura klinicheskikh form i osobennosti techeniya tuberkuleza s destruktivnyy legochnoy tkani u detey starshego vozrasta i podrostkov [The structure of the clinical forms and the peculiarities of TB with the destruction of lung tissue in older children and adolescents]. *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and Lung Diseases*. 1. pp. 10-13.
4. Kamaeva, N.G. & Chugaev, Yu.P. (2011) Problemy sovremennoy ftiziopediatrii [Problems of modern phthisiopediatrics]. *Ftiziatriya i pul'monologiya*. 3(3). pp. 59-67.
5. Golubev, D.N., Moiseeva, O.V., Tyulkova, T.E., Chugaev, Yu.P., Dovgaluk, I.F. & Starshinova, A.A. (2014) Innovative approach to detection and diagnosis of TB in children. *Ftiziatriya i pul'monologiya*. 1(8). pp. 119-126. (In Russian).
6. Rashkevich, E.E., Myakisheva, T.V. & Avdeeva, T.G. (2011) Sotsial'nye faktory riska i ikh vliyaniye na kharakter i techeniye tuberkuleza u podrostkov [Social risk factors and their impact on the character and course of tuberculosis in adolescents]. *Sibirskoe meditsinskoye obozrenie*. 6. pp. 97-99.
7. Berlin-Chertov, S.V. (1948) *Tuberkulez i psikhika* [Tuberculosis and psyche]. Moscow: Medgiz.
8. Myasishchev, V.N. (1960) *Lichnost' i nevrozy* [Personality and neuroses]. Leningrad: Leningrad State University.
9. Chugaev, Yu.P., Tyulkova, T.E., Kozlova, O.F. & Kozlova, A.V. (2012) Osobennosti proyavleniya tuberkuleznoy infektsii u revaktsinirovannykh detey i podrostkov [Tuberculosis infection in revaccinated children and adolescents]. *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and Lung Diseases*. 1. pp. 14-18.
10. Lukashova, E.N., Igisheva, L.N. & Kopylova, I.F. (2002) Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh tuberkulezom podrostkov [Psychological characteristics of adolescents with tuberculosis]. *Problemy tuberkuleza*. 1. pp. 39-41.
11. Isaeva, N.Yu. (2001) *Emotsional'no-lichnostnyye osobennosti detey starshego i podrostkovogo vozrasta s razlichnymi proyavleniyami tuberkuleznoy infektsii* [Emotional

- and personal features of older children and adolescents with various forms of tuberculosis infection]. Medicine Cand. Diss. St. Petersburg.
12. Antropov, Yu.F. & Shevchenko, Yu.S. (2000) *Psikhosomaticheskie rasstroystva i patologicheskie privychnye deystviya u detey i podrostkov* [Psychosomatic disorders and pathological habitual actions in children and adolescents]. 2nd ed. Moscow: Institute of Psychotherapy, NGMA.
 13. Zakharov, A.I. (1982) *Psikhoterapiya nevrozov u detey i podrostkov* [Psychotherapy neuroses in children and adolescents]. Moscow: Meditsina.
 14. Zolotova, N.V., Siresina, N.N. & Strel'tsov, V.V. (2007) Issledovanie rasprostranennosti form agressii u bol'nykh s vpervye vyvavlennym tuberkulezom legkikh [The common forms of aggression in patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis]. *Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh*. 9. pp. 16-19.
 15. Moskacheva, M.A., Kholmogorova, A.B., Garanyan, N.G. & Demidova, L.Yu. (2014) [Alexithymia, psychosomatic medicine and communication mechanisms]. *Psikhosomaticheskaya meditsina-2014* [Psychosomatic Medicine 2014]. Proc. of the 9th International Congress. St. Petersburg. pp. 66-71. (In Russian).

Received 22.06.2015;

Accepted 22.07.2015