

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ НИЗКОРОСЛОСТИ

Е.Б. Кравец, Т.Г. Бохан, Е.Н. Шеренкова (Томск)

Аннотация: Обсуждается проблема дефектов роста и связанных с ними трудностей социальной адаптации. Осуществляется попытка анализа отклонений в процессе психического и физического развития. Сравниваются индивидуально-типологические особенности детей с низкорослостью различных генезов. В связи с этим делается предположение о различиях в процессах социально-психологической адаптации детей с эндокринно-независимым и конституциональными типами нбизкорослости. Изучаются особенности взаимоотношений низкорослых детей со сверстниками и учителями, особенности проявления у них тревожных состояний.

Ключевые слова: Низкорослость, психосоматическая патология, дефект роста, конституциональный генез, эндокринно-независимый генез, тревожность.

На сегодняшний день проблема низкорослости среди детей и подростков имеет тенденции к росту. Так, в целом, по России за последние 3 года в два раза увеличилось количество лиц, получивших отсрочку от призыва в Вооруженные Силы страны из-за низкого физического развития. Такое положение вещей требует активных медико-социальных мероприятий по улучшению качества здоровья не только подростков, но и детей всех возрастных групп [Баранов А.А.].

У детей и подростков с дефектом роста часто возникает чувство неполноценности, ущербности, отсутствие возможности реализовать свою мечту. Данная патология может оказать влияние на весь жизненный путь [Кравасарский Б.Д., 1982]. Наличие физического дефекта подразумевает развитие аффективно насыщенных переживаний, что может приводить к психической дезадаптации, больные остро переживают неудачи и обособленное положение в обществе [Аносова Г.П., 1979]. Все это приводит к формированию различной психосоматической патологии у детей. Проведенный анализ отечественной и доступной зарубежной литературы по данной проблеме, выявил отсутствие комплексных работ, что явилось основанием для определения цели и задач исследования.

На наш взгляд, изучение психологических особенностей пациентов с низким ростом поможет выявить формирующиеся отклонения в процессе развития и адаптации, а так же позволит дифференцированно подойти к психокоррекционной и психотерапевтической работе с ними.

Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения детской больницы № 1 г. Томска. Было обследовано 57 детей в возрасте 12-15 лет с диагнозами: низкорослость конституционального и низкорослость эндокринно-независимого генезов. Для получения наиболее полного представления об особенностях данной категории детей применялся целостный подход с изучением биологического, генетического, социального психоанализа. Индивидуально-психологические особенности выявлялись с помощью опросника Кеттелла [1995], опросника структуры темперамента В.М. Русалова, опросника Айзенка (подростковый вариант), теста тревожности (Кондаш), цветового теста М. Люшера. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

В исследовании дети, с учетом клинического диагноза, были разделены на две группы: 1 группа – 32 ребенка с диагнозом низкорослость эндокринно-независимого генеза. Клинические отличия 1 и 2 групп заключаются в степени соответствия костного возраста (КВ) к паспортному (ПВ), а так же соответствие стадии полового развития возрасту ребенка. В 1 группе соотношение $KB/PB < 0,9$, половое развитие соответствовало костному возрасту. Во 2 группе $KB/PB = 1-0,9$, половое развитие соответствовало паспортному возрасту или наблюдался синдром позднего пубертата. Существенная разница в клинических проявлениях заболевания у детей с общим симптомом задержки роста в среднем составляющая $20,5 \pm 0,7$ см в обеих группах, позволила предположить, что в психологическом статусе эти группы могут иметь различия.

Анализ успеваемости этих детей в школе показал некоторые различия выделенных групп по данному параметру. Данные в процентном соотношении по группам приведены в таблице 1. И на основании полученных данных можно сделать вывод о том, что во 2 группе хорошистов почти в два раза больше чем в 1 группе, но детей имеющих тройки за четверть более 50 % в обеих группах.

Таблица 1
Школьная успеваемость по группам

Параметры успеваемости	1 группа	2 группа
Отличник	2,6 %	0 %
Хорошист	27,2 %	47,4 %
1 – 3	7,8 %	5,2 %
2 – 3	15,6 %	5,3 %
3 – 3	37,8 %	10,7 %
5 – 3	5,2 %	0 %
7- 3	0 %	15,7 %
50 % - 3	2,6 %	0 %
все - 3	28,6 %	15,7 %
Двоечник	2,6 %	0 %

По уровню случаев конфликтов с учителями и родителями разницы между группами нет. Как в 1, так и во 2 группе 73,6 % детей предпочитали дружить со сверстниками и имели обширный круг знакомств, 1/5 часть детей из обеих групп не имела друзей ни своего возраста, ни младшего.

Таблица 2

Данные по группам о наличии конфликтов и друзей

Перечень данных	1 группа	2 группа
Конфликты с учителями	21,6 %	21,0 %
Конфликты с родителями	24,3 %	26,3 %
Друзья сверстники	73,6 %	73,6 %
Друзей нет	21,6 %	26,3 %
Друзья младшего возраста	2,7 %	0 %

Учитывая все вышеизложенное, можно сделать вывод, что дети с конституциональной низкорослостью в социальном плане имеют больше возможностей, в отличие от детей с эндокринно-независимой формой низкорослости, что обуславливает у них хорошую успеваемость в школе и меньшую тревожность, которую подтверждают результаты исследования по шкале тревожности.

Результаты исследования по тесту «Шкала тревожности», позволили получить представление, как дети исследуемых групп оценивают ситуацию с точки зрения того, насколько она может вызвать тревогу. Полученные данные приведены в таблице 3.

Таблица 3

Уровень тревожности (%)

Уровень тревожности	Школьная		Самооценочная		Межличностная		Общая	
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.
Нормальный	45.8	75.0	83.3	91.7	70.8	58.3	70.8	75.0
Несколько повышенный	33.3	8.3	12.5	-	20.8	8.3	29.2	8.3
Высокий	20.8	8.3	-	-	4.2	8.3	-	8.3
Очень высокий	-	8.3	-	8.3	-	-	-	-
Чрезмерное спокойствие	-	-	4.2	-	4.2	25.0	-	8.3

Корреляционный анализ выявил прямую зависимость между несколько повышенной школьной тревожностью и клиническим диагнозом – низкорослостью эндокринно-независимая (1 группа). Высокая тревожность этой группы детей может быть за счет наличия у них сопутствующих хронических соматических заболеваний, в отличие от детей с конституциональной низкорослостью, как правило, соматически здоровых, а так же за счет более низкого социального уровня родителей и опекунов, низких материальных возможностей, более низкой успеваемости в школе у детей 1 группы.

Опросник структуры темперамента (ОСТ) позволил выявить прямую корреляционную зависимость между высокими показателями по шкале «социальный темп» и клиническим диагнозом ($r=0,36$). Дети с конституциональной низкорослостью имеют высокий социальный темп, характеризующийся речедвигательной быстротой, высокой скоростью и возможностью речедвигательного аппарата, хорошей вербализацией. По выраженности задержки роста имеется прямая зависимость между малой задержкой роста и низкими показателями по шкале «социальная эргичность» ($r=0,41$). Чем меньше задержка роста, тем незначительнее потребность в социальных контактах, вероятнее уход от социально активных форм поведения, замкнутость, социальная пассивность. Высокие показатели по этой шкале имеют прямую зависимость с высокой задержкой роста ($r=0,41$). Чем больше задержка роста, тем выше потребность в общительности, выраженная в стремлении к лидерству, занятию высокого ранга. Таким образом, конституциональная низкорослость предполагает наличие более высокого социального темпа. Однако, в этой группе наиболее выраженная задержка роста приходится на детей, у которых выявлена высокая потребность в социальных

контактах и стремление к лидерству. Вероятно, такая тенденция может являться компенсаторной реакцией на физический дефект, что при недостаточных личностных возможностях, а именно, высокой тревожности, эмоциональной неустойчивости, может приводить к возникновению эмоционально-телесной напряженности, нервно-психическим расстройствам, асоциальному поведению, еще более усугубляя дефицит роста.

Данные предположения нашли свое отражение в результатах, полученных с помощью опросника Кеттелла (подростковый вариант).

Корреляционный анализ выявил прямую зависимость ($r=0,36$) между клиническим диагнозом и низкими значениями фактора Е. Дети с конституциональной низкорослостью более не уверены в себе, подчиняемы, зависимы, не верят в свои силы и возможности. Прямая зависимость между фактором I и высокой задержкой роста ($r=0,38$) и обратная - со средней ($r=-0,30$). Чем выше задержка роста, тем ребенок более суровый, жесткий, рациональный. Обратная зависимость указывает на то, что, чем меньше задержка роста, тем дети более доброжелательны, эмпатийны, менее напряженны в межличностных контактах. Такая же зависимость по фактору Q3 с высокой задержкой роста ($r=0,30$) и средней ($r=-0,29$). Чем выше задержка роста, тем более безалаберный и импульсивный, с плохим самоконтролем и неумением организовать свое время. Обратная зависимость показывает, что чем меньше задержка роста, тем более сглажены эти качества.

Возможно, дети с конституциональной низкорослостью с высокой задержкой роста – неуверенные в себе, но подчиняющиеся и зависимые в силу привычного стиля взаимодействия со взрослыми (гиперопека, гипоопека), имеющие эмоциональную неустойчивость (по данным оп-

росника Азейнка) и тревожность в норме, реализуя потребность в лидерстве и общении могут представлять два варианта проблемного поведения: конформное, подчиняемое, подавляемое собственные чувства и потребности, или - могут попасть под влияние асоциальных групп подростков, т.е. тех, кто обеспечит им социальную поддержку.

Таким образом, данное исследование позволило сделать следующие выводы в отношении психологических особенностей детей с диагнозом низкорослость:

1. Группы детей с различными формами низкорослости (конституциональной и эндокринно-независимой) имеют различия в индивидуальных психологических особенностях.

2. В 1 группе (эндокринно-независимая форма низкорослости) дети характеризуются следующими особенностями: несколько повышенной школьной тревожностью, высокой эмоциональной устойчивостью, более уверены в себе, преобладает умеренный социальный темп. Во 2 группе (низкорослость конституционального генеза) - дети характеризуются нормальным уровнем тревожности, очень высоким уровнем эмоциональной неустойчивости, не уверенностью в себе, подчиняющиеся зависимые, не верят в свои силы и возможности, высоким социальным темпом.

3. Внутри групп, по степени выраженности задержки роста, имеются следующие особенности при высокой задержки роста - высокая потребность в социальных контактах, стремление к лидерству, общительность, импульсивность, безалаберность плохой самоконтроль, неумение организовать свое время, суровость, жесткость, эмоциональная зрелость; при средней и малой задержки роста незначительная потребность в социальных контактах, замкнутость, социальная пассивность, менее ориентированы на социум, выше самоконтроль, менее эмоционально-телесно блокированы.

4. Сочетание степени выраженности задержки роста и клинического диагноза имеет также свои особенности. При сочетании высокой задержки роста и эндокринно-независимой формы низкорослости у детей более выражены способы протеста, высокая потребность в социальных контактах и высокий уровень притязаний на право реализации собственных потребностей через социум. У пациентов с конститу-

циональной низкорослостью и выраженной задержкой роста наиболее вероятно развитие асоциального поведения, высокая потребность в социальных контактах, стремление к лидерству, занятию высокого ранга в сочетании с импульсивностью, безалаберностью и плохим самоконтролем.

5. Дети с конституциональной и эндокринно-независимой формами низкорослости, характеризующиеся выраженной эмоциональной неустойчивостью и социальной напряженностью, имеют большую задержку роста, чем дети с менее выраженной потребностью в лидерстве, социально гибкие и эмоционально доброжелательные.

Наше исследование наряду с данными других ученых [Карвасарский Б.Д., Исаев Д.Н., Зеленский С.Н., Волков В.В.] показало, что больные, страдающие соматическими заболеваниями, наряду со специфическим биологическим лечением, нуждаются в психотерапевтической помощи. К сожалению, это положение не достаточно находит в современных условиях реального воплощения. Что определяется, в том числе и малой разработанностью технологий психологической помощи данной категории детей. Анализ результатов, полученных в нашем исследовании, предоставляет основания для определения направлений психологической коррекции, методов и форм работы с детьми, страдающими задержкой роста.

Литература

1. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики/Под ред. Н.М. Жарикова. - М., 1990. - 306 с.
2. Блунк В. Детская эндокринология: Пер. с нем. - М.: Медицина, 1981. - 304 с.
3. Беспалько И.Г. Психосоматическая гипотеза психических расстройств и ее значение для реабилитации//Реабилитация больных психозами. - Л., 1981. - С. 42-50.
4. Зелинский С.М. Представление о своей болезни у детей, страдающих сахарным диабетом//Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - Л., 1990. - С. 55-59.
5. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб: Специальная литература, 1996. - 454 с.

PSYCHOLOGICAL FEATURES of CHILDREN With VARIOUS BY CLINICAL VARIANTS of SHORT GROWTH E.B. Kravets, T.G. Bokhan, E.N. Sherenkova (Tomsk)

The summary: The problem of defects of growth and difficulties, connected to them, of social adaptation is discussed. The attempt of the analysis of deviations(rejections) is carried out during mental and physical development. The features of children with endocrine-various and morphological types of children with a short growth are compared. In this connection the assumption of distinctions in processes social-psychological adaptations of children with endocrien-independent and morphological types of the short growth. The features of mutual relation of shortgrowthed children with classsmates and teachers, feature of display at them of disturbing condition are studied.

Key words: shortgowntness, psychosomatal pathology, defect of growth, morphological genese, endocrine-independent genese, uneasiness.