

© Коллектив авторов, 2003

А.Ш. Арзикулов, М.О. Солиева, М.П. Пазилжанова

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Республика Узбекистан

Целью нашей работы было изучение особенностей психоэмоциональных реакций у школьников с дезадаптационными нарушениями. Материалом для исследования служили школьники с дезадаптационными нарушениями 7—12 лет (30 мальчиков и 32 девочки) и 13—17 лет (26 мальчиков и 24 девочки). Исследования проводили с применением методики фрустрационной толерантности S. Rosenzweig. Обследуемому предъявляли 24 рисунка, на каждом из которых изображено 2 или 3 говорящих человека. Содержание рисунков включает ситуации препятствия и ситуации обвинения. Ответы ребенка оценивают по направлению и типу реакций. Возможные направления реакций: 1) внешнеобвинительные реакции (E), для которых характерно осуждение, порицание, негодование, упреки, направленные на других людей или объекты внешнего мира; 2) самообвинительные (I), для которых характерно чувство собственной вины, угрызение совести, агрессия направлена на самого себя; 3) безобвинительные (M), когда наблюдается отсутствие обвинения как самого себя, так и окружающих. Возможные типы реакций: 1) препятственно-доминантные реакции (O—D), когда в ответах ребенка подчеркивается наличие препятствия; 2) самозащитные (E—D), когда в ответах подчеркивается осуждение кого-либо, отрицание или признание собственной вины, уклонение от упрёка; 3) разрешающие реакции (I—P), когда ответ направлен на разрешение фрустрирующей ситуации.

Метод адаптирован и стандартизирован у 550 здоровых школьников. Выбор данной методики обусловлен тем, что она позволяет определить в эксперименте способность ребенка к психологической защите, а также характер адаптивных реакций на возможные стрессовые (фрустрирующие) ситуации. По материально-бытовым условиям, физическому развитию, заболеваемости обе возрастные группы детей к началу обследования существенно не различались.

Степень реагирования и качество изменения психоэмоционального профиля зависят от возраста обследуемых. Так, у мальчиков и девочек 7—12 лет изменения психоэмоционального фона имели импунитивную направленность реакции «M» (21,0 и 19,7 соответственно у мальчиков и девочек). В целом наблюдается усиление снижения толерантности к фрустрации, что проявляется повышением показателя экстрапунитивных «E» реакций (48,1 и 49,2 соответственно у мальчиков и девочек)

и реакций продолжения потребности «I—P» (42,7 и 46,2 соответственно у мальчиков и девочек).

У учащихся-подростков с реакцией дезадаптации соотношение между типами реакций и их направленностью было резко нарушено. Имеет место достоверный рост экстрапунитивных «E» реакций самозащитного типа по сравнению с детьми 7—12 лет и по сравнению с показателями детей 13—17 лет здоровой популяции. Также отмечается выраженная тенденция увеличения показателя реакции продолжения потребности «I—P».

Реакция по типу «O—D» — доминирования препятствия — была снижена по сравнению со здоровой популяцией.

Результаты исследования свидетельствуют, что на стрессовую ситуацию школьники с дезадаптацией склонны реагировать агрессией на окружающих, излишней самозащитой и их эмоциональные реакции отличаются неадекватностью.

Низкий уровень реакции «O—D» в обеих возрастных группах (7—12 и 13—17 лет) свидетельствует о снижении критичности и самооценки. Препятствие, вызвавшее фрустрацию, детьми оценивается как не имеющее серьезного значения, или они ищут источник конфликта вне себя.

Несколько реже, чем в норме, отмечались ответы импунитивной направленности и несколько чаще — интрапунитивные.

Оценка эмоциональной сферы детей и подростков с дезадаптацией методом Роршах также указывает на характерные признаки, свидетельствующие о повышенной аффективности, слабо контролируемой интеллектом, и сниженных возможностях адекватной адаптации к окружающей среде.

Как известно, интерпретации стимульного материала обследуемыми, в которых учитывается цвет изображения (CF, FC, c), относятся к оценке эмоциональной сферы, причем степень участия формы указывает на различные виды контроля со стороны интеллекта. CF-ответы (7,2 и 6,6; 8,1 и 8,9 в 7—12 и 13—17 лет соответственно у мальчиков и девочек) у дезадаптированных школьников отмечались чаще, чем в здоровой популяции. Соотношения FC > (CF+c) были преимущественно правосторонними, что лишней раз указывает на неустойчивую эффективность и сниженные возможности адаптации.

Таким образом, среди причин, определяющих дезадаптацию, ведущими являются склонность к эксплозивности, неспособность корректировать свои эмоциональные и поведенческие реакции. В результате дети создают

вокруг себя конфликтные ситуации и сами реагируют на них усугублением психопатоподобного поведения.

Таким образом, у детей и подростков-школьников с реакциями дезадаптации выявлены характерные типы и направления эмоционального реагирования на фрустрацию, которые чаще проявляются экстрапунитивной

(внешнеобвиняющей) и менее часто импунитивной (уклоняющей) направленностью. Недостаточный уровень сформированности личности детей с дезадаптацией может приводить к нарушению установления межличностных отношений в системах ребенок — ребенок и ребенок — взрослый.

© Коллектив авторов, 2002

А.Я. Поляков, А.В. Сорокина, К.П. Петруничева

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ШКОЛЬНИКОВ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Новосибирский научно-исследовательский институт гигиены МЗ РФ, г. Новосибирск, РФ

Одной из причин роста заболеваний системы кровообращения наряду с другими отклонениями в состоянии здоровья является неблагоприятная экологическая ситуация в сочетании с резким ухудшением социальных условий жизни.

Исходя из этого, в задачу исследований, проводимых в рамках социально-гигиенического мониторинга, входила оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) школьников. Исследования проводили в 5 школах, расположенных на территориях с различным уровнем и характером загрязнения окружающей среды. Основной вклад в загрязнение атмосферного воздуха вносят такие токсиканты, как свинец, формальдегид, диоксид азота, сажа, аммиак, марганец, хлористый водород. В загрязнение почвы существенный вклад вносят свинец, кадмий, цинк, хром, медь, никель и др.

О функциональном состоянии ССС судили по данным ангионометрии и пульсометрии в состоянии покоя и после физической нагрузки (проба Мартине), типам саморегуляции аппарата кровообращения.

Обследован 2631 школьник (1237 мальчиков и 1394 девочки) в возрасте 7—17 лет.

Возрастная динамика средних величин ЧСС у учащихся обследованных школ характеризовалась постепенным снижением с возрастом. Наиболее интенсивное снижение ЧСС у лиц обоего пола отмечалось в возрастном промежутке от 8 до 11 лет. У девочек на фоне снижения ЧСС наблюдалась тенденция к некоторому увеличению средних величин в возрасте 12—13 лет. В возрастных группах 9—10, 13—14 и 16—17 лет у девочек и в 15 лет у мальчиков средние величины ЧСС были более высокими по сравнению с физиологическими нормативами. Тахикардия встречалась в 35,6% (у девочек — 39,6%, у мальчиков — 31%). Наиболее часто тахикардия регистрировалась в возрастном промежутке 12—14 лет, которому свойственна высокая лабильность пульса, но оставалась на довольно высоком уровне и у старших школьников. У 15% школьников нарушения ритма проявлялись брадикардией, которая чаще встречалась у мальчиков (17,3%) по сравнению с девочками (13,1%).

У обследованных нами учащихся отмечался растянутый по времени первый скачок увеличения АД (вместо

7—9 лет это происходило до 10 лет), и характерное для 10-летнего возраста некоторое снижение АД наблюдалось в 11 лет у мальчиков и в 12 лет у девочек. Второй период заметного повышения средних величин АД вместо 12—14 лет был сдвинут на более поздний срок. У мальчиков значительное повышение систолического АД (САД) происходило после 14 лет, а у девочек, несколько повысившись в 13 лет, в дальнейшем находилось практически на одном уровне. Кроме того, у обследованных учащихся отмечалось снижение средних величин САД в период наиболее интенсивного роста и развития (11—14 лет). Начало половой дифференциации АД происходило на год позже (в 11 лет вместо 10), когда САД у девочек становится более высоким по сравнению с мальчиками (первый перекрест на возрастной кривой). Второй перекрест, когда АД у мальчиков становится более высоким, отмечался в 14 лет.

Снижение средних величин АД в пубертатном возрасте и увеличение ЧСС при снижении средних величин САД характерны для учащихся всех обследованных школ, что можно расценить как компенсаторный эффект, направленный на поддержание минутного объема кровообращения в ответ на неблагоприятное влияние средовых факторов.

Средние величины САД находились в пределах средневозрастных величин, однако прослеживается гипотензивная направленность их динамики (средние значения не превышали $95,6 \pm 0,9$ — $107,1 \pm 1,3$ мм рт. ст. у мальчиков и $93,2 \pm 1,8$ — $100,4 \pm 0,9$ мм рт. ст. у девочек). Гипотензивная направленность динамики средних величин САД наиболее четко проявляется при сравнении с данными 1996 г., причем более выраженная у школьников старших возрастных групп.

Низкий уровень средних величин САД является результатом высокой распространенности гипотензивных состояний у обследованных учащихся. Так, число детей с пониженным АД составляет около 30% (31,7% среди девочек и 27,6% среди мальчиков). Высокая распространенность гипотензивных состояний регистрируется с 11-летнего возраста, достигая своего максимума в 13, 14 и 16 лет у мальчиков и в 16—17 лет у девочек. Лица с повышенным АД встречались с одинаковой частотой как среди мальчиков, так и среди девочек (2,4%).

Гипотензивная направленность изменения АД может быть обусловлена непосредственным влиянием на ССС таких загрязнителей, как диоксид азота, окись углерода, формальдегид. Но, с другой стороны, более низкий уровень АД может быть связан с таким процессом, как децелерация (среди школьников Новосибирска стало больше детей с дефицитом массы тела и вдвое больше низкорослых детей), а также с йоддефицитными состояниями, так как недостаток гормонов щитовидной железы вызывает изменения со стороны ССС, проявляющиеся гипотонией, снижением минутного и ударного объемов крови.

При проведении функциональной пробы с физической нагрузкой (проба Мартине) установлено, что более чем у половины обследованных школьников района определялся дисрегуляторный тип реакции ССС на физическую нагрузку (55,2%), причем у девочек несколько чаще, чем у мальчиков (58,4% против 51,8%). Наибольшая частота этих нарушений регистрировалась в возрастном промежутке 13—17 лет с максимумом нарушений в 14 лет (73,4%). У 17% учащихся определялся условно неблагоприятный тип реакции ССС на физическую нагрузку, который, напротив, чаще встречался у мальчиков и составил 18,8% против 15,2% у девочек.

Анализ типов саморегуляции деятельности ССС показал, что только у 20,4% школьников выявлялся оптимальный смешанный тип саморегуляции. У 28,4% учащихся был выявлен сердечный тип, когда регуляция осуществляется за счет усиления работы миокарда. В то же время более чем у половины учащихся (51,2%) определялся наименее эффективный тип саморегуляции — сосудистый, при котором регуляция осуществляется по-

вышением тонуса сосудов на фоне истощенной функциональной способности сердца.

Наличие большого числа детей с низким АД, минутным объемом кровообращения и дисрегуляторными нарушениями деятельности ССС, расцениваемыми как признаки гипоеволютивного сердца, также свидетельствуют о нарушении развития аппарата кровообращения и довольно часто встречаются в обследованном коллективе. Среди обследованных школьников детей с наличием таких признаков выявлено более 30%, причем чаще среди девочек (34% против 28% у мальчиков). Больше всего таких детей встречалось в группе 16—17 лет.

Таким образом, отмеченные отклонения в возрастной динамике основных показателей параметров деятельности ССС, проявляющиеся несвойственными возрасту повышением ЧСС, снижением АД в период наиболее интенсивной нейроэндокринной перестройки, нарушением сроков начала половой дифференциации показателей основных гемодинамических параметров, высокая распространенность гипотензивных состояний, дисрегуляторных реакций на физическую нагрузку, нарушение процессов саморегуляции, свидетельствуют о нарушении физиологически закономерного развития ССС.

Степень нарушений в определенной мере определялась экологическим состоянием территории расположения обследованных школ и проживания учащихся. Больше число отклонений выявлялось у учащихся школ, расположенных на территориях с более высоким показателем комплексной нагрузки и более высоким риском неблагоприятного экологического воздействия.

Зав. редакцией *В. Г. Соколова*
Технический редактор *Н. А. Свиридова*

ЛР № 070205 от 22.10.91

Сдано в набор 25.04.2004. Подписано в печать 28.06.2004 г.

Бум. офсетная. Печать офсетная. Формат 60×84 1/8.

Усл. печ. лист. 13,06. Уч.-изд. л. 23,38. Тираж 5000 экз.

Заказ № 2035.

Журнал «Педиатрия»

Для корреспонденции используйте адрес:

115054, Россия, Москва-54, а/я 32

Тел./факс редакции: (095) 959-88-22

E-mail: legacy_millennium@hotmail.com.

Индексы:

для индивидуальных подписчиков

71458, 71695 (год)

для предприятий и организаций

71459, 71696 (год)

Компьютерный набор и верстка ООО «Информпресс-94»

Отпечатано в типографии «Информпресс-94»
107066, г. Москва, ул. Старая Басманная, 21/4
Тел./факс: 267-68-33