

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ КОНТАКТА С ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ

Н. В. ЗОЛотова, А. А. АХТЯМОВА, В. В. СТРЕЛЬЦОВ, Г. В. БАРАНОВА, Е. С. ОВСЯНКИНА, Н. В. ЮХИМЕНКО

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», Москва, Россия

Проведено сравнительное изучение личностных особенностей 296 детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции и с неустановленным контактом. У детей из здорового окружения выявляли психическую напряженность, низкий самоконтроль, недостаточное развитие социальных навыков взаимодействия, что обуславливает нарушение межличностных отношений и проблемное личностное развитие. Для детей из семейных очагов характерна оценочно-морализаторская позиция по отношению к окружающим, формирование которой детерминировано патологическими стереотипами отношений в родительской семье. Подростки с неустановленным контактом отличались контрастным сочетанием преморбидных личностных установок, что имеет этиологическое значение в развитии пограничных невротических состояний. У подростков из семейно-родственных очагов был диагностирован более высокий уровень деструктивного реагирования в межличностных отношениях. Выявленные личностные характеристики рассматриваются в качестве психологических факторов, детерминирующих на преморбидном этапе гиперактивацию адаптационных систем и последующее развитие структурно-функциональных нарушений в различных системах организма, а также оказывающих влияние на течение туберкулезного процесса.

Ключевые слова: детский туберкулез, личностные характеристики, психологические стрессогенные факторы

Для цитирования: Золотова Н. В., Ахтямова А. А., Стрельцов В. В., Баранова Г. В., Овсянкина Е. С., Юхименко Н. В. Личностные характеристики детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания, при наличии и отсутствии контакта с источником инфекции // Туберкулез и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, № 3. – С. 41-47. DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-3-41-47

PERSONAL FEATURES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS ILL WITH RESPIRATORY TUBERCULOSIS EXPOSED AND NOT EXPOSED TO THE SOURCE OF INFECTION

N. V. ZOLOTOVA, A. A. AKHTYAMOVA, V. V. STRELTSOV, G. V. BARANOVA, E. S. OVSYANKINA, N. V. YUKHIMENKO

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, Russia

Specific personal features of 296 children and adolescents exposed to tuberculosis and those with unidentified exposure were comparatively analyzed. Children with unidentified exposure demonstrated psychic tension, poor self-control, poorly developed social communication skills which determined disruptive interpersonal relations and uneasy personal growth. Children exposed to tuberculosis in their families were characterized by judging didactic position towards their neighbors which was formed by dysfunctional patterns of relations in their parental families. Adolescent with unidentified exposure manifested the contrast combination of pre-morbid personal attitudes which had certain etiologic contribution to the development of borderline neurotic states. The higher level of destructive reactions in the interpersonal communication was observed in the adolescents exposed to tuberculosis in their families. Identified personal features are considered to be psychological factors determining the hyperactivation of adaptive systems at the pre-morbid state and consequent development of structural functional disorders in various systems of the host, as well as providing impact on the course of tuberculosis.

Key words: tuberculosis in children, personal features, psychological stress-producing factors

For citations: Zolotova N. V., Akhtyamova A. A., Streltsov V. V., Baranova G. V., Ovsyankina E. S., Yukhimenko N. V. Personal features of children and adolescents ill with respiratory tuberculosis exposed and not exposed to the source of infection. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2017, Vol. 95, no. 3, P. 41-47. (In Russ.) DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-3-41-47

В соответствии с существующими представлениями эпидемический фактор – контакт с больным туберкулезом – является определяющим в инфицировании микобактериями туберкулеза (МБТ) и последующем развитии туберкулеза органов дыхания (ТОД) у детей и подростков [1, 11]. Приводимые в многочисленных публикациях данные, свидетельствующие о более высокой заболеваемости детей различного возраста в условиях тесного бытового контакта с источником туберкулезной инфекции, весьма убедительны. Меньшее внимание уделяется оценке факторов риска инфицирования и заболевания туберкулезом у детей с неустановленным контактом. При этом нельзя не обратить внимания на данные литературы, согласно которым число

детей с латентной туберкулезной инфекцией без установленного контакта составляет более 60% [9], среди детей с активными формами заболевания контакт с источником обнаруживался менее чем в половине случаев [13]. Высокую вероятность заболевания ТОД у детей из здорового окружения могут определять не только традиционно обозначаемые в качестве факторов риска социальные проблемы семьи, но также снижение неспецифической защиты организма [11], хотя и понимаемое в довольно узком контексте, как обусловленное наличием хронической соматической патологии [13].

Следует признать, что уязвимость организма к туберкулезной инфекции обусловлена не столько непосредственным контактом с бактериовыделите-

лем и наличием возбудителя заболевания в организме, сколько состоянием иммунной системы, дисрегуляция которой облегчает развитие туберкулезной инфекции, а также способствует ее более тяжелому течению [16]. С позиций теории общего адаптационного синдрома нарушения иммунного гомеостаза и снижение различных форм резистентности макроорганизма может определяться функциональным состоянием адаптационных (стресс-реализующих) систем [10, 12]. Гиперактивация гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной и симпатoadреналовой систем, обусловленная различными стрессорными воздействиями, сопровождается системными нарушениями в организме (в частности, альтерацией тканей внутренних органов и развитием соматической патологии, а также угнетением функциональной активности клеток системы иммунитета), трансформируясь таким образом из звена адаптации в звено патогенеза многих, в том числе инфекционных заболеваний [4, 5, 8, 10].

Хорошо известный механизм межклеточных взаимодействий, охватывающий нейроэндокринную и вегетативную системы с высшими структурами центральной нервной системы, лежащими в основе эмоциональных, когнитивных, поведенческих реакций, со всей очевидностью обуславливает необходимость изучения вопроса о патогенетическом влиянии совокупности психологических факторов на пролонгирование стадии тревоги и преморбидную активацию стресс-реализующих систем [4, 5]. Актуальность подобных исследований в детской фтизиатрии подчеркивается и рассмотрением определенных возрастных периодов в качестве самостоятельных факторов риска развития психосоматической дезадаптации, что связано с особенностями развития психики на этапах онтогенеза [2, 6, 7, 14].

Цель исследования: сравнительное изучение личностных особенностей детей с ТОД из очагов туберкулезной инфекции и с неустановленным контактом с больным туберкулезом.

Материалы и методы

Психологические характеристики с учетом эпидемических факторов заболевания изучены у 296 детей и подростков, больных ТОД. Распределение пациентов по возрастному-половому составу представлено в табл. 1, по клиническим формам заболевания – в табл. 2. Контакт с больным туберкулезом не был установлен у 45 (43,7%) детей и 96 (49,7%) подростков. В очагах туберкулезной инфекции значительно преобладал постоянный семейно-родственный контакт – у 42 (72,4%) детей и 68 (70,1%) подростков. Данные о бактериовыделении у источника инфекции были известны в 86 (55,5%) случаях, из них сведения о лекарственной чувствительности МБТ у источника инфекции имелись в 74 (86%) случаях (табл. 3).

Таблица 1. Распределение пациентов по возрастному и половому составу

Table 1. Breakdown of patients as per age and gender

Группы больных	Число пациентов					
	по всей группе		дети 9-12 лет		подростки 13-17 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Девочки	183	61,8	62	60,2	121	62,7
Мальчики	113	38,2	41	39,8	72	37,3
Всего	296	100	103	100	193	100

Таблица 2. Распределение пациентов по клиническим формам заболевания

Table 2. Breakdown of patients as per clinical forms of tuberculosis

Клинические формы туберкулеза	Число пациентов					
	по всей группе		дети 9-12 лет		подростки 13-17 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	67	22,6	49	47,6	18	9,3
Первичный туберкулезный комплекс	4	1,4	4	3,9	-	-
Инфильтративный туберкулез	97	32,8	8	7,8	89	46,0
Очаговый туберкулез	82	27,7	35	34,0	47	24,4
Туберкулема	14	4,7	1	1,0	13	6,7
Диссеминированный туберкулез	14	4,7	2	1,9	12	6,2
Фиброзно-навернозный туберкулез	8	2,7	-	-	8	4,2
Цирротический туберкулез	1	0,3	-	-	1	0,5
Экссудативный плеврит туберкулезной этиологии	2	0,7	1	1,0	1	0,5
Казеозная пневмония	3	1,0	1	1,0	2	1,1

По данным тестов на лекарственную чувствительность МБТ, чувствительность микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам была сохранена у 21 (28%) источника инфекции, устойчивость МБТ определялась в 53 (72%) случаях. В спектре лекарственной устойчивости преобладала множественная и широкая лекарственная устойчивость – по 62,3 и 24,5% случаев соответственно. По основным социальным характеристикам семьи в очагах туберкулезной инфекции и без установленного контакта достоверно не различались, при этом можно отметить достоверно более молодой возраст родителей в эпидемических очагах (табл. 4).

Сравнительное изучение психологических характеристик проводили между группами пациентов из постоянного семейно-родственного контакта и с неустановленным контактом с источником инфекции до начала специфической терапии. В анализе также использовали данные 127 здоровых, неинфицированных учащихся общеобразовательной школы г. Москвы: 40 детей (9-12 лет) и 87 подростков. В исследовании применяли адаптированные для

Таблица 3. Характеристики очагов туберкулезной инфекции, в которых проживали дети и подростки, больные ТОД
Table 3. Characteristics of tuberculous infection foci where children and adolescent ill with respiratory tuberculosis lived

Очаги туберкулезной инфекции	Число детей		Характеристика					
			наличие МБТ		устойчивость МБТ		очаг смерти	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Семейно-родственный постоянный	110	71,0	68	79,1	43	81,1	38	76,0
Семейный и родственник эпизодический	32	20,6	16	18,6	9	17,0	9	18,0
Квартирный	8	5,2	2	2,3	1	1,9	3	6,0
В классе	3	1,9	–	–	–	–	–	–
Случайный	2	1,3	–	–	–	–	–	–
Всего	155	100	86	100	53	100	50	100

Таблица 4. Основные социальные характеристики семей, в которых проживали дети и подростки, больные ТОД

Table 4. Main social parameters of the families where children and adolescent ill with respiratory tuberculosis lived

Характеристики	Очаг туберкулезной инфекции (%)	Без установленного контакта (%)
Полная семья	53,1	65,8
Неполная семья	34,6	28,9
Семья опекунов	12,3	5,3
Асоциальный образ жизни родителей	8,6	5,3
Низкий ежемесячный доход	11,0	7,5
Удовлетворительный ежемесячный доход	31,5	28,4
Средний ежемесячный доход	38,4	38,8
Высокий ежемесячный доход	19,2	25,4
Средний возраст матерей	36,9 ± 4,9***	40,3 ± 4,9***
Средний возраст отцов	40,5 ± 6,9*	43,6 ± 6,0*

Примечание: здесь и далее достоверность межгрупповых различий обозначена * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

соответствующего возраста личностный опросник Р. Кеттелла, опросник форм агрессии А. Басса и А. Дарки. В статистическом анализе использовали параметрические методы сравнения (t-критерий Стьюдента для независимых выборок), а также точный критерий Фишера, достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Сравнительный анализ психологических данных позволил установить некоторые достоверные различия в эмоционально-личностных характеристиках и особенностях социального поведения между детьми из семейных очагов и с неустановленным контактом с источником инфекции, а также их соматически здоровыми сверстниками.

Более чем у половины (52%) пациентов 9-12 лет без установленного контакта с источником инфекции диагностировали оценки у высокого полюса фактора Q_4 («Фрустрированность»). Полученные

результаты свидетельствуют о выраженности у данных пациентов беспокойства, нетерпеливости, раздражительности, нереализованных побуждений и притязаний и в целом – психического напряжения, обусловленного высокой мотивацией достижений. Наличие подобных личностных особенностей у детей рассматривается специалистами в качестве предрасполагающих к развитию различных соматических нарушений [2, 5]. Неслучайно в группе соматически здоровых, неинфицированных детей высокие оценки по фактору Q_4 встречались достоверно реже – в 32% случаях ($p < 0,05$). Дети с ТОД с неустановленным контактом достоверно отличались от здоровых детей более низким самоконтролем собственных эмоций и поведения. Так, оценки у низкого полюса фактора Q_3 «Импульсивность» встречались среди 41% пациентов без контакта и только у 18% соматически здоровых детей ($p < 0,05$). Противоположные оценки по указанному фактору, свидетельствующие о достаточной социальной приспособленности и волевом контроле (полюс «Контроль желаний»), достоверно преобладали у соматически здоровых детей по сравнению с пациентами без контакта – по 49,0 и 20,7% случаев соответственно ($p < 0,05$).

Дети с ТОД без установленного контакта имели более выраженную склонность к самоутверждению, независимости, доминированию по сравнению с детьми из семейно-родственного контакта и достоверно не отличались по указанным проявлениям от здоровых детей. Так, высокие оценки по фактору E («Настойчивость») встречались у пациентов без контакта и здоровых детей в 34,5 и 30,8% случаев соответственно, у пациентов из семейно-родственного контакта достоверно реже – в 14% случаев ($p < 0,05$). Однако, учитывая свойственные детям с неустановленным контактом особенности волевой регуляции поведения, можно заключить, что потребность в самоутверждении и лидерские тенденции у таких детей остаются в их преморбидном периоде нереализованными в связи с недостаточным развитием навыков социального взаимодействия в отличие от здоровых детей. Недостаточное развитие необходимых социальных навыков взаимодействия обуславливает конфликтные межличностные отношения со сверстниками, недостаток необходимого

для психологического развития ребенка чувства признания и принятия ближайшим окружением, т. е. проблемный опыт становления его личности.

Пациентов из очагов туберкулезной инфекции отличали психологические особенности, обозначаемые как нормативность поведения (высокий полюс фактора G: 57% случаев, среди детей без контакта – 27% случаев) ($p < 0,05$). Дети с подобной нормативностью поведения стремятся производить приятное впечатление на окружающих, склонны идеализировать себя и свои межличностные отношения. Отличаясь высокой ориентированностью в общепринятых моральных нормах, такие дети обладают заостренным чувством справедливости и испытывают трудности в установлении компромиссов. При этом носитель указанных качеств не столько сам исполнитель в отношении моральных норм, сколько с их позиций стремится оценивать поступки окружающих. Принципиально важно отметить, что приведенное клинико-психологическое содержание нормативности, свойственной детям из постоянного семейного контакта, максимально соответствует одной из основных мишеней психотерапевтической работы со взрослым контингентом, которую обозначаем как судейскую позицию [15].

Сопоставление характеристик детей из очагов с учетом лекарственной устойчивости МБТ позволило обнаружить некоторые яркие достоверные различия, несмотря на небольшую численность сравниваемых подгрупп. Так, у детей из очагов туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя достоверно чаще диагностировали проявления эмоциональной возбудимости, повышенной реактивности (высокий полюс фактора D), а также черты беспечности, самонадеянности, склонность к риску и импульсивному поведению (высокий полюс фактора E). В очагах туберкулеза с лекарственной чувствительностью возбудителя достоверно преобладали эмоционально уравновешенные дети (низкий полюс фактора D), проявляющие рассудительность и осторожность в поведении (низкий полюс фактора F) (табл. 5).

В ходе сравнительного анализа психологических особенностей подростков из очагов туберкулезной инфекции и без установленного контакта, а также их здоровых сверстников получены достоверные раз-

личия. Все подростки, больные ТОД, достоверно отличались от здоровых подростков более высокой эмоциональной сензитивностью, подверженностью влияниям среды, зависимостью от других (высокий полюс фактора I «Чувствительность») (табл. 6). Как известно, эмоциональная чувствительность является основным преморбидным радикалом формирования невротических состояний, способствует нарушению межличностных отношений и социально-психологической дезадаптации [14]. Среди форм деструктивного реагирования среди подростков с ТОД чаще диагностировали субъективно-недоверчивое отношение к окружающему (шкала «Подозрительность»), проявления аутоагрессии (шкала «Чувство вины») (табл. 7). Характерной для подростков с ТОД является также диссоциация поведенческих и вегетативных компонентов эмоциональных пере-

Таблица 6. Распределение оценок по факторам личностного опросника Р. Кеттелла среди больных ТОД и соматически здоровых подростков

Table 6. Distribution of scores as per Cettell's Sixteen Personality Factor Questionnaire in adolescents ill with respiratory tuberculosis and those healthy

Личностные характеристики	Число подростков (%)		
	без контакта	из очага инфекции	соматически здоровые
Фактор I «Чувствительность»	67,4 ^a	56,3 ^a	36,0
Фактор G «Высокая нормативность»	56,0 ^a	46,3	33,3
Фактор A «Сердечность»	68,5 ^b	46,3 ^a	75,0
Фактор A «Обособленность»	23,6 ^b	36,3 ^a	16,7
Фактор H «Социальная смелость»	58,4 ^b	45,0 ^a	61,1

Примечание: здесь и далее достоверность межгрупповых различий обозначена а – в сравнении с данными соматически здоровых подростков, б – в сравнении с данными пациентов из семейных очагов ($p < 0,05$).

Таблица 7. Распределение оценок по формам агрессии опросника А. Басса – А. Дарки среди больных ТОД и соматически здоровых подростков

Table 7. Distribution of scores as per Buss – Durkee Hostility Inventory in adolescents ill with respiratory tuberculosis and those healthy

Формы агрессии	Число подростков (%)		
	без контакта	из очага инфекции	соматически здоровые
Физическая агрессия	36,7 ^{ab}	56,4	57,5
Вербальная агрессия	32,9 ^{ab}	48,7 ^a	63,2
Косвенная агрессия	30,4 ^a	34,6 ^a	54,0
Подозрительность	35,4 ^a	37,2 ^a	21,8
Обида	26,6 ^b	43,6 ^a	23,0
Чувство вины	64,6 ^a	67,9 ^a	51,7
Высокий индекс агрессивности	21,5 ^{ab}	43,6	51,7
Высокий индекс враждебности	27,8 ^{ab}	39,7 ^a	17,2

Таблица 5. Распределение оценок по факторам личностного опросника Р. Кеттелла среди детей из очагов с различной чувствительностью МБТ

Table 5. Distribution of scores as per Cettell's Sixteen Personality Factor Questionnaire in children with various sensitivity of tuberculous mycobacteria

Личностные характеристики	Число детей (%)	
	Очаг с ЛУ МБТ	Очаг с ЛЧ МБТ
Фактор D «Эмоциональная возбудимость»	60,0*	17,0*
Фактор D «Эмоциональная сдержанность»	27,0*	67,0*
Фактор F «Беспечность»	60,0**	–
Фактор F «Озабоченность»	67,0**	100,0**

живаний [11], так как в затруднительных или конфликтных ситуациях подростки ограничены в возможности проявления своих негативных эмоций как в косвенных формах (шкала «Косвенная агрессия»), так и через прямые словесные обращения к другим людям (шкала «Вербальная агрессия»).

Качественный анализ ответов на утверждения, составляющие опросник форм агрессии, позволил выявить различную чувствительность определенных утверждений среди соматически здоровых и больных ТОД подростков, что способствовало уточнению клинико-психологической характеристики последних. Так, пациенты достоверно чаще относили к себе следующие утверждения:

- Даже если я злюсь, я не прибегаю к «сильным» выражениям (56% случаев, здоровые сверстники – 41% случаев; $p < 0,05$).

- Я не умею поставить человека на место, даже если он этого заслуживает (35,0% случаев, здоровые сверстники – 16% случаев; $p < 0,01$).

- Я лучше соглашусь, чем стану спорить (35,0% случаев, здоровые сверстники – 24% случаев; $p < 0,05$).

- Я думаю, что многие люди не любят меня (39,3% случаев, здоровые сверстники – 19,5% случаев; $p < 0,01$).

- Иногда мне кажется, что надо мной смеются (44,5% случаев; здоровые сверстники – 33,3% случаев; $p < 0,05$).

- Меня угнетает, что я мало делаю для своих родителей (63,0% случаев, здоровые сверстники – 48,3% случаев; $p < 0,05$).

- Я делаю много такого, о чем впоследствии сожалею (57% случаев, здоровые сверстники – 44,8% случаев; $p < 0,05$).

Подростков с неустановленным контактом отличали от здоровых сверстников более высокая нормативность поведения и соответствующая оценочно-морализаторская позиция по отношению к окружающим (высокий полюс фактора G) (табл. 6). Указанные личностные особенности сочетались с выраженными трудностями открытого проявления и вербализации своих отрицательных эмоций (шкалы «Вербальная агрессия», «Физическая агрессия», индекс агрессивности) (табл. 7). Учитывая особенную чувствительность подросткового возраста к различного рода нарушениям отношений, подобную ситуацию рассогласования между субъективным представлением о должном и реальным поведением окружающих в условиях социально детерминированных взаимодействий необходимо рассматривать как качественно сложную форму интра- и интерпсихического конфликта для подростка. Указанный конфликт приобретает хронический стрессогенный характер, поскольку ближайшее окружение неизбежно провоцирует его актуализацию, и является субъективно безвыходным, так как ответная поведенческая реакция оказывается невозможной или ограниченной.

Подобное торможение внешних компонентов эмоциональных переживаний, как известно, сопро-

вождается активацией нейроэндокринной оси и усиленным стресс-синдромом [10]. К проявлениям указанного синдрома специалисты, в частности, относят увеличение концентрации в крови глюкокортикоидов и перераспределение лимфоцитов – основной механизм, через который стрессовые воздействия (не только внешние, но и внутренние, обусловленные психическим напряжением) потенцируют развитие иммуносупрессии [8]. Подтверждением этиопатогенетического значения нормативности поведения у подростков является и связь указанного качества с распространенностью туберкулезного процесса [3].

В семейных очагах достоверно реже встречались открытые, доброжелательные и готовые к сотрудничеству подростки (высокий полюс фактора A), а также непринужденные и уверенные в социальном взаимодействии (высокий полюс фактора H) (табл. 6). Более трети подростков в данной группе отличались замкнутостью, отсутствием интуиции в межличностных отношениях, проявлениями негативизма и эгоцентризма в поведении, более низким уровнем социальной приспособленности в целом (низкий полюс фактора A). В межличностных отношениях такие подростки склонны испытывать отрицательно окрашенные эмоции, которые обусловлены субъективной оценкой воспринимаемого как несправедливо причиненного им огорчения, оскорбления и т. п. окружающими (шкала «Обида»). Указанные особенности реагирования, наряду с достоверно более высокой подозрительностью, обуславливали более выраженную враждебность подростков из эпидемических семейных очагов по сравнению со здоровыми подростками, а также пациентами без установленного контакта (табл. 7). Очевидно, что личностно-обусловленные формы деструктивного реагирования на преморбидном этапе оказывают мощное стрессорное воздействие на адаптационные системы. На фоне заболевания подобные стереотипы поведения способствуют формированию в организме пациента патологической дистресс-реакции, что повышает вероятность развития распространенных процессов [3], а также прогрессирующих форм туберкулеза легких [4].

Непосредственное влияние на состояние психического и физического здоровья, а также качество социальной адаптации ребенка оказывает система эмоциональных взаимодействий родительской семьи. Воздействие неправильного воспитания оказывается наиболее патогенным именно в подростковом возрасте, когда формируются базовые потребности данного периода развития – потребности в автономии, уважении, самоопределении, достижении наряду с потребностью в поддержке и присоединении. В результате изучения особенностей восприятия подростками личностных характеристик своих родителей получены достоверные различия в особенностях воспитательного стиля матерей в семейных очагах с различной лекарственной чувствительностью МБТ. Количество случаев заболевания туберкулезом мате-

ри в очагах с наличием устойчивости и с сохраненной чувствительностью не различалось. Характеристиками воспитательного влияния матерей в очагах с наличием лекарственной устойчивости МБТ являлись:

- негативно-враждебный стиль общения (24% случаев, в очагах туберкулеза с лекарственной чувствительностью возбудителя в 100% случаев не диагностировался; $p < 0,01$).

- непоследовательные и резко изменчивые формы воспитательных проявлений (43% случаев; в очагах туберкулеза с лекарственной чувствительностью возбудителя в 100% случаев не диагностировались; $p < 0,01$).

В семейных очагах туберкулеза с лекарственной чувствительностью возбудителя детско-родительские отношения были более благополучными и в 91% случаев характеризовались наличием эмоциональной близости с матерью (в очаге с лекарственной устойчивостью – 41% случаев, $p < 0,01$).

Заключение

Исследование позволило уточнить особенности эмоциональной дезадаптации у больных ТОД детей и подростков с наличием и неустановленным контактом. У детей из здорового окружения выявляли психическую напряженность, низкий самоконтроль, недостаточное развитие социальных навыков взаимодействия. Недостаточное развитие необходимых социальных навыков взаимодействия сопровождается фрустрацией базовых психологических потребностей ребенка (в частности, потребности в признании

и принятии ближайшим окружением), что обуславливает нарушение межличностных отношений и проблемный опыт личностного развития. Для детей из семейных очагов характерна оценочно-морализаторская позиция по отношению к окружающим, формирование которой детерминировано патологическими стереотипами отношений в родительской семье.

Нормативность поведения, выявляемая у подростков, обусловлена особенностями их собственной социализации и в большей степени характеризовала пациентов с неустановленным контактом. Также подростки с неустановленным контактом отличались контрастным сочетанием преморбидных личностных установок (сензитивность и гиперсоциализация, индивидуализм и сотрудничество), которое имеет этиологическое значение в развитии пограничных невротических состояний и эмоциональной дезадаптации в целом. У подростков из семейно-родственных очагов диагностирован более высокий уровень деструктивного реагирования в межличностных отношениях. В очагах с наличием лекарственной устойчивости установлены дисфункциональные стили воспитательных стратегий со стороны матери.

Выявленные в исследовании личностные характеристики детей и подростков рассматриваются в качестве психологических факторов, детерминирующих на преморбидном этапе гиперактивацию адаптационных систем и последующее развитие структурно-функциональных нарушений в различных системах организма, а также оказывающих влияние на течение туберкулезного процесса.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова В. А., Клевно Н. И., Кавтарашвили С. М. Очаг туберкулезной инфекции и его значение в развитии туберкулеза у детей // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 1. – С. 19-24.
2. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М., 2000. – 320 с.
3. Ахтямова А. А., Золотова Н. В., Стрельцов В. В. и др. Психологические особенности больных туберкулезом органов дыхания подростков с различными характеристиками заболевания // Туб. и болезни легких. – 2016. – № 1. – С. 10-14.
4. Васильева Л. С., Филиппова Т. П. Дистресс в патогенезе прогрессирующих форм туберкулеза легких // Бюллетень Вост.-Сиб. науч. центра Сиб. отд. РАМН. – 2006. – № 6. – С. 202-208.
5. Васильева Л. С., Филиппова Т. П. Клинические варианты течения туберкулеза легких как проявление адаптационных реакций организма в условиях различных эпидемиологических периодов // Сиб. мед. журнал. – 2006. – № 9. – С. 5-11.
6. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – М., 1982. – 216 с.
7. Золотова Н. В., Ахтямова А. А., Стрельцов В. В., Баранова Г. В. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: изучение патогенетически значимых психологических механизмов // Сиб. психол. журнал. – 2015. – № 57. – С. 129-140.
8. Киселева Н. М., Кузьменко Л. Г., Нкане Нкоза М. М. Стресс и лимфоциты // Педиатрия. – 2012. – № 1. – С. 137-143.
9. Корнева Н. В., Старшинова А. А., Ананьев С. М. и др. Прогностические факторы развития туберкулеза у детей с латентной туберкулезной инфекцией // Туб. и болезни легких. – 2016. – № 6. – С. 14-19.

REFERENCES

1. Aksenova V.A., Klevno N.I., Kavtarashvili S.M. Tuberculous infection focus and its effect on tuberculosis development in children. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 1. pp. 19-24. (In Russ.)
2. Antropov Yu.F., Shevchenko Yu.S. *Psichosomaticeskije rasstrojstva i patologicheskie privychnye deystviya u detey i podrostkov*. [Psychosomatic disturbances and pathologic habitual activities in children and adolescents]. Moscow, 2000, 320 p.
3. Akhtyamova A.A., Zolotova N.V., Streltsov V.V. et al. Specific psychological features of adolescents suffering from respiratory tuberculosis with various parameters of the disease. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2016, no. 1. pp. 10-14. (In Russ.)
4. Vasilieva L.S., Filippova T.P. Distress in the pathogenesis of progressing forms of pulmonary tuberculosis. *Bull. Vost.-Sib. Nauch. Tsentra SO RAMN*, 2006, no. 6. pp. 202-208. (In Russ.)
5. Vasilieva L.S., Filippova T.P. Clinical variants of pulmonary tuberculosis as manifestations of adaptive reactions of the host during various epidemiological periods. *Sib. Med. Journal*, 2006, no. 9. pp. 5-11. (In Russ.)
6. Zakharov A.I. *Psikhoterapiya nevrozov u detey i podrostkov*. [Psychological therapy of neurosis in children and adolescents]. Moscow, 1982, 216 p.
7. Zolotova N.V., Akhtyamova A.A., Streltsov V.V., Baranova G.V. Respiratory tuberculosis in children and adolescents: investigation of pathogenetically important psychological patterns. *Sib. Psikhol. Journal*, 2015, no. 57, pp. 129-140. (In Russ.)
8. Kiseleva N.M., Kuzmenko L.G., Nkane Nkoza M.M. Stress and lymphocytes. *Pediatriya*, 2012, no. 1. pp. 137-143. (In Russ.)
9. Korneva N.V., Starshinova A.A., Ananiev S.M. et al. Prognostic factors for tuberculosis development in children with latent tuberculous infection. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2016, no. 6. pp. 14-19. (In Russ.)

10. Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика. – М.: Наука, 1981. – 278 с.
11. Овсянкина Е. С., Юхименко Н. В., Петракова И. Ю. и др. Факторы риска развития туберкулеза у детей при наличии и отсутствии контакта с больным туберкулезом // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 10. – С. 20-23.
12. Панин Л. Е., Соколов В. П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. – Новосибирск, 1981. – 178 с.
13. Сиренко И. А., Подопригора Н. М., Марченко О. Ю., Шматко С. А. Значимость групп риска в детской фтизиатрии // Пробл. туб. – 2006. – № 9. – С. 31-33.
14. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). – М., 1988. – 200 с.
15. Стрельцов В. В., Золотова Н. В., Баранова Г. В., Ахтямова А. А. Психологическая реабилитация на различных этапах химиотерапии // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – № 2. – С. 57-77.
16. Чугаев Ю. П., Тюлькова Т. Е., Козлова О. Ф., Козлова А. В. Особенности проявления туберкулезной инфекции у ревакцинированных детей и подростков // Туб. и болезни легких. – 2012. – № 1. – С. 14-18.
10. Meerson F.Z. *Adaptatsiya, stress i profilaktika*. [Adaptation, stress and prevention]. Moscow, Nauka Publ., 1981, 278 p.
11. Ovsyankina E.S., Yukhimenko N.V., Petrakova I.Yu. et al. Risk factors of tuberculosis development in children exposed and not exposed to a TB case. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 10. pp. 20-23. (In Russ.)
12. Panin L.E., Sokolov V.P. *Psichosomaticheskie vzaimootnosheniya pri khronicheskom emotsionalnom napryazhenii*. [Psychosomatic correlations in chronic emotional tension]. Novosibirsk, 1981, 178 p.
13. Sirenko I.A., Podoprigora N.M., Marchenko O.Yu., Shmatko S.A. Importance of risk groups for tuberculosis control in children. *Probl. Tub.*, 2006, no. 9, pp. 31-33. (In Russ.)
14. Spivakovskaya A.S. *Profilaktika detskikh nevrozov (kompleksnaya psikhologicheskaya korrektsiya)*. [Prevention of neurosis in children (integral psychological management)]. Moscow, 1988, 200 p.
15. Streltsov V.V., Zolotova N.V., Baranova G.V., Akhtyamova A.A. Psychologic rehabilitation at various stages of chemotherapy. *Konsultativnaya Psikhologiya i Psikhoterapiya*, 2015, no. 2. pp. 57-77. (In Russ.)
16. Chugaev Yu.P., Tyulkova T.E., Kozlova O.F., Kozlova A.V. Specific manifestations of tuberculous infection in re-vaccinated children and adolescents. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2012, no. 1. pp. 14-18. (In Russ.)

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза».
107564, Москва, Яузская аллея, д. 2.
Тел.: 8 (499) 785-90-27.

Золотова Наталья Владимировна

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы по изучению психологических проблем туберкулеза детско-подросткового отдела.
E-mail: Zolotova_n@mail.ru

Ахтямова Альмира Ахнафовна

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы по изучению психологических проблем туберкулеза детско-подросткового отдела.

Стрельцов Владимир Владимирович

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы по изучению психологических проблем туберкулеза детско-подросткового отдела.

Баранова Галина Викторовна

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы по изучению психологических проблем туберкулеза детско-подросткового отдела.

Овсянкина Елена Сергеевна

доктор медицинских наук, профессор, руководитель детско-подросткового отдела.
Тел.: 8 (499) 785-90-05.
E-mail: detstvocniit@mail.ru

Юхименко Наталья Валентиновна

доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник детско-подросткового отдела.
E-mail: detstvocniit@mail.ru

FOR CORRESPONDENCE:

Central Tuberculosis Research Institute,
2, Yauzskaya Alleya, Moscow, 107564
Phone: +7 (499) 785-90-27.

Natalya V. Zolotova

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis, Children and Adolescents Department.
E-mail: Zolotova_n@mail.ru

Almira A. Akhtyamova

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis, Children and Adolescents Department.

Vladimir V. Streltsov

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis, Children and Adolescents Department.

Galina V. Baranova

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis, Children and Adolescents Department.

Elena S. Ovsyankina

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Children and Adolescents Department.
Phone: +7 (499) 785-90-05.
E-mail: detstvocniit@mail.ru

Natalya V. Yukhimenko

Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of Children and Adolescents Department.
E-mail: detstvocniit@mail.ru