

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
(СПбГУ)

Выпускная квалификационная работа на тему:

***КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С  
РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ  
АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология  
основная образовательная программа «Клиническая психология»  
профиль: Клиническая психодиагностика, консультирование и психотерапия

Рецензент:

Доктор психологических наук,  
профессор, зав. кафедрой основ  
коррекционной педагогики  
Института дефектологического  
образования и реабилитации при  
ФГБОУ ВО «Российский  
государственный педагогический  
университет им. А.И. Герцена»  
Волкова И.П.

Выполнила:

Обучающаяся 6 курса  
очной формы обучения  
Копытова Ю.Г.

Научный руководитель:

Доктор психологических наук,  
профессор кафедры  
медицинской психологии  
и психофизиологии  
Мамайчук И.И.

Санкт-Петербург  
2018

## АННОТАЦИЯ

Данная дипломная работа посвящена изучению клинико-психологических особенностей детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса. Было обследовано 30 пациентов в возрасте от 8 до 12 лет: из них 11 человек с дебютом заболевания, 11 человек с обострением и 8 человек с ремиссией. Были использованы следующие методы: методика многофакторного исследования личности Кеттелла; методика Дембо-Рубинштейн; тест фрустрационных реакций Розенцвейга; методика «Выбери нужное лицо» (тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен); методика «Незаконченные предложения» В.Е. Кагана и И.К. Шаца. По результатам дисперсионного анализа не выявлено существенных отличий между группами, однако отмечается тенденция к повышению показателей ответственности и снижению показателей склонности к риску у детей в период обострения. Помимо этого у пациентов в период дебюта обнаружена тенденция к более низкому уровню притязания характера и общительности, а также увеличение числа самозащитных реакций за счет уменьшения количества необходимо-упорствующих способов реагирования в конфликтных ситуациях. Намеченные тенденции говорят о необходимости проведения дополнительных исследований с целью выявления основных мишеней психокоррекции, а также для возможности дифференцированного подхода к разработке программ психологического сопровождения.

## ABSTRACT

### Clinical and Psychological Characteristics of Children with Rheumatic Diseases in Different Periods of Activity of the Pathological Process

The diploma study is devoted to the research of psychological characteristics of children with rheumatic diseases. 30 rheumatic patients aged 8 to 12 took part in our study: 11 children in disease onset period, 11 in acute condition and 8 in remission. Their psychological characteristics were studied using The Twelve Personality Factor Questionnaire for children, Dembo-Rubinstein self-concept test, The Rosenzweig Picture Frustration Study, projective technique "Choose the right face" (R. Tammle, M. Dorka and V. Amen anxiety test) and Sack's Sentence Completion Test. According to the results of the variance analysis (ANOVA), there were no significant differences between the groups, but it was revealed that indicators of responsibility have a tendency to increase and the indicators of risk appetite have a tendency to decrease for children in acute condition. In addition, the patients in the disease onset period showed a tendency to a lower level of character and sociability aspiration. Also they have a tendency to increase the number of self-protective reactions and to decrease of number of "sticking to satisfaction" ways of responding in conflict situations. The outlined tendencies indicate the need for additional researches that will identify the main targets of psychocorrection and that will allow to develop differentiated psychological support programs.

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| АННОТАЦИЯ.....   | 2  |
| ВВЕДЕНИЕ.....  | 6  |
| <br>   |    |
| ГЛАВА 1. Клинико-психологические исследования детей с ревматическими заболеваниями ..... | 12 |
| 1.1 Психологические аспекты соматических заболеваний у детей .....                       | 12 |
| 1.2 Медицинские аспекты ревматических заболеваний<br>в детском возрасте.....             | 13 |
| 1.2.1 Общее описание ревматических заболеваний .....                                     | 13 |
| 1.2.2 Примеры конкретных ревматических заболеваний у детей.....                          | 15 |
| 1.2.3 Клиническая значимость ревматических заболеваний.....                              | 18 |
| 1.3 История изучения психологических аспектов<br>ревматической патологии.....            | 18 |
| 1.4 Психологические особенности детей<br>с ревматическими заболеваниями .....            | 21 |
| 1.5 Ревматические заболевания в психосоматическом аспекте .....                          | 28 |
| <br>   |    |
| ГЛАВА 2. Методы и организация исследования.....  | 32 |
| 2.1 Описание выборки исследования .....  | 33 |
| 2.2 Методы исследования.....   | 35 |
| 2.2.1 Методика многофакторного исследования личности Кеттелла ....                       | 36 |
| 2.2.2 Методика Дембо-Рубинштейн.....   | 40 |
| 2.2.3 Тест фрустрационных реакций Розенцвейга .....                                      | 41 |
| 2.2.4 Методика «Выбери нужное лицо» .....  | 42 |
| 2.2.5 Методика «Незаконченные предложения» .....   | 43 |
| 2.3 Процедура исследования.....  | 44 |
| 2.4 Математико-статистические методы обработки данных.....                               | 45 |

|  |     |
|--|-----|
| ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение.....  | 46  |
| 3.1 Результаты клинико-психологической беседы с детьми<br>и наблюдения.....                      | 46  |
| 3.2 Результаты экспериментально-психологического исследования .....                              | 46  |
| 3.2.1 Особенности структуры личности детей с ревматическими<br>заболеваниями .....               | 47  |
| 3.2.2 Особенности самооценки и уровня притязаний у детей с<br>ревматическими заболеваниями.....  | 49  |
| 3.2.3 Особенности фрустрационной толерантности детей с<br>ревматическими заболеваниями.....      | 51  |
| 3.2.4 Результаты исследования тревожности у детей<br>с ревматическими заболеваниями.....         | 56  |
| 3.2.5 Результаты исследования отношения к болезни у детей с<br>ревматическими заболеваниями..... | 57  |
| 3.3 Обсуждение результатов исследования.....   | 61  |
| <br>   |     |
| ВЫВОДЫ.....  | 69  |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....   | 70  |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....   | 72  |
| ПРИЛОЖЕНИЯ.....  | 77  |
| Приложение А .....   | 77  |
| Приложение Б.....  | 94  |
| Приложение В .....   | 95  |
| Приложение Г .....   | 101 |
| Приложение Д .....   | 109 |
| Приложение Ж.....  | 111 |
| Приложение К .....   | 114 |
| Приложение Л .....   | 119 |
| Приложение М.....  | 121 |
| Приложение Н .....   | 121 |

## **ВВЕДЕНИЕ**

### Актуальность темы исследования

Проблема ревматической патологии в детском возрасте заслуживает внимания, поскольку данная группа заболеваний трудно поддается лечению и приводит к тяжелым, часто инвалидизирующим последствиям. Ревматические заболевания характеризуются разнообразием своих проявлений, полиэтиологичностью и сложным патогенезом. На сегодняшний день во всем мире наблюдается тенденция к повышению уровня заболеваемости ревматической патологией как среди детей, так и среди взрослых [5; 19]. С момента возникновения ревматические болезни характеризуются прогрессивным течением, часто требуют неоднократных госпитализаций и продолжительного медикаментозного лечения. В связи с этим ухудшается качество жизни больного, меняется характер его взаимодействия с окружающими. Нередко осложнения ревматических заболеваний могут проявляться неврологической симптоматикой, когнитивными и психоэмоциональными нарушениями. Как и другие тяжелые заболевания, болезни ревматической группы могут сопровождаться изменением психического состояния ребенка и приводить к социальной дезадаптации [5; 7; 19; 29; 30].

На протяжении последних лет интерес специалистов к изучению ревматической патологии возрастает, причем вопросы вызывают как медицинские аспекты, так и психологические. Этиология и патогенез ревматических болезней все еще остаются неясными. В настоящее время отсутствует единый взгляд на роль психологических факторов в их возникновении и течении. В современной научной литературе происходит уточнение понимания природы соматических расстройств: взгляд ученых смещается от биомедицинской модели в сторону биопсихосоциального подхода, согласно которому в возникновении, развитии и течении заболевания роль отводится не только биологическим факторам, но также психологическим и социальным. Специалистами признается большой вклад

личности пациента на всех этапах течения болезни, поэтому особое внимание необходимо уделять медицинской психодиагностике, благодаря которой возможно оценить динамику заболевания и эффективность лечения [12; 41; 43].

### Степень разработанности проблемы

Работы по изучению психологических аспектов ревматической патологии стали появляться в начале прошлого века. Впервые этим вопросом заинтересовался Эмиль Крепелин, который обратил внимание на специфику протекания психозов при ревматизме. Эрнст Кречмер, изучавший связь конституции со склонностью к определенным болезням, не отрицал возможности психосоматического происхождения ревматизма [12; 21].

К настоящему моменту наибольшая часть работ по данной теме посвящена психологическим аспектам ревматоидного артрита, в то же время практически отсутствуют данные по другим ревматическим заболеваниям. Исторически ревматоидный артрит рассматривается в качестве одного из классических психосоматических расстройств, что во многом обусловлено неизвестной этиологией заболевания, однако помимо этого исследователей интересует соматопсихический компонент с точки зрения последствий и осложнений болезни [1; 49].

Отечественные исследователи принялись рассматривать ревматоидный артрит с позиций его психологических проявлений в 70-х годах XX века, однако их внимание в большей степени было обращено на поражения нервной системы и различные неврологические симптомы у взрослых [18]. Более поздние работы затрагивают вопросы влияния ревматических заболеваний на функционирование нервной системы у ребенка: именно связанные с болезнью неврологические нарушения авторы считают причиной личностных изменений и когнитивных расстройств [16; 30].

Современные специалисты исследуют влияние ревматических заболеваний на психологическое состояние ребенка, качество его жизни,

особенности формирования личности, однако на сегодняшний день среди авторов нет единодушия во взглядах на роль психологических факторов в развитии и течении ревматоидного артрита. Данные о психологических особенностях детей с ревматическими заболеваниями, полученные в результате отечественных и зарубежных исследований, довольно противоречивы, что может быть обусловлено отсутствием единства методологических и методических подходов к изучению личности такого пациента [18; 19; 21; 32].

### Цель исследования

Целью настоящего исследования является изучение клинико-психологических особенностей детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса.

### Задачи исследования:

1) Исследовать эмоциональные компоненты структуры личности детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса, а также проанализировать особенности их реагирования в ситуациях фрустрации.

2) Оценить уровень психической и социальной адаптации детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса.

3) Проанализировать особенности самооценки и особенности отношения к болезни у детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса.

### Гипотезы:

1) У детей с обострением ревматического заболевания наблюдается тенденция к повышению ответственности и осторожности, что, возможно, отличает их от детей, впервые заболевших или находящихся на стадии ремиссии.



2) На стадии дебюта заболевания и в период обострения дети демонстрируют более высокий уровень тревожности, чем пациенты на стадии ремиссии.

3) Дети с продолжительным течением заболевания независимо от периода активности патологического процесса (обострение или ремиссия) обладают более низкой самооценкой и более высоким уровнем притязаний по сравнению с пациентами, заболевшими впервые.

4) У детей на стадии дебюта и в период обострения заболевания снижается уровень психической и социальной адаптации.

5) На стадии дебюта представления детей о своем заболевании носят поверхностный характер; дети с продолжительным течением болезни демонстрируют более глубокие и стойкие переживания, связанные с болезнью.

Объект исследования: психологические особенности детей.

Предмет исследования: клинико-психологические характеристики детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса.

#### Научная новизна исследования

В настоящей работе впервые делается попытка изучить психологические характеристики детей с ревматическими заболеваниями с точки зрения периода активности патологического процесса.

#### Теоретическая значимость исследования

Результаты исследования позволят дополнить существующие в литературе представления о психологических особенностях детей с ревматическими заболеваниями.

### Практическая значимость исследования

Ожидается, что полученные результаты позволят выявить мишени для психокоррекционной работы с детьми, страдающими ревматической патологией, а также более дифференцированно подойти к разработке программ психологического сопровождения таких пациентов. Данные могут быть использованы специалистами медучреждений для лучшего понимания психологического статуса ребенка и, соответственно, для возможности более конструктивного взаимодействия с ним.

### Теоретическая и методологическая основа исследования

Теоретико-методологическую основу исследования составили комплексный подход к изучению личности человека [3]; теоретические положения Выготского Л.С. об изучении здоровых детей и детей с аномальным развитием [8]; концепция личности как системы отношений [26].

### Методы исследования

В исследовании были использованы клинико-психологический и экспериментально-психологический методы:

1) Клинико-психологический метод. Проводились беседы с родителями и детьми, целью которых являлось привлечение их к работе и установление доверительного контакта. Изучались истории болезни детей, фиксировался их основной диагноз, продолжительность заболевания, ее фаза (дебют, обострение или ремиссия), степень тяжести. В процессе работы проводилось наблюдение за ребенком.

2) Экспериментально-психологический метод. Детям предлагались следующие методики: методика многофакторного исследования личности Кеттелла в адаптации Э.М. Александровской; методика Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан; тест фрустрационных реакций Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной; методика «Выбери нужное лицо» (тест

тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен); методика «Незаконченные предложения», разработанная И.К. Шацем совместно с В.Е. Каганом и направленная на выявление отношения ребенка к болезни.

## **ГЛАВА 1. Клинико-психологические исследования детей с ревматическими заболеваниями**

### **1.1 Психологические аспекты соматических заболеваний у детей**

Известно, что наличие у человека того или иного хронического соматического заболевания неизбежно приводит к появлению определенных психических реакций, может являться причиной личностных изменений или формирования психологических особенностей, отличающих больного человека от здорового. Во многом этот процесс обусловлен не столько фактом наличия патологии, сколько отношением пациента к ней, его субъективной оценкой тяжести своего состояния, то есть внутренней картиной болезни. Тем не менее специфика конкретного заболевания сказывается на возможных реакциях человека – как на свое состояние, так и на лечебный процесс. То, насколько реагирование пациента является типичным, «зависит от параметров болезни в такой же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека» [24, с. 238]. Сегодня медицинское сообщество все больше признает весомый вклад не только биологических, но также психологических и социальных факторов в возникновение, развитие и лечение соматических расстройств; специалистами лучше понимается роль личности больного в этом вопросе. Благодаря медицинской психодиагностике можно оценить динамику заболевания и эффективность лечения [24; 41].

По сравнению со взрослыми дети гораздо более чувствительны к появлению хронического заболевания. Причиной этого является то, что характер и личность ребенка еще только формируются, при этом развитие проявляется в двух направлениях: во-первых, у ребенка начинают складываться более тесные отношения с окружающими, и, во-вторых, на этом фоне у него формируется самостоятельность, усложняется внутренний мир. Продолжается становление самосознания, ребенок начинает задумываться о своих душевных качествах и о своем отличии от других

детей. В то же время происходит и развитие эмоций ребенка, которое напрямую связано с совершенствованием мотивов и целей деятельности, с возникновением новых увлечений и потребностей [10; 36]. «На протяжении детства происходит не только глубокая перестройка органических потребностей, но и усвоение создаваемых обществом материальных и духовных ценностей, которые при определенных условиях становятся содержанием внутренних побуждений ребенка» [10, с. 263]. Очевидно, что наличие хронического заболевания откладывает отпечаток на все сферы жизни ребенка и потому сказывается на его развитии, поведении, стиле общения с окружающими, восприятии себя как личности. Наличие болевого синдрома и связанные с ним моторные трудности препятствуют формированию и усвоению необходимых навыков, мешают самовыражению и самореализации; внешние дефекты заставляют ребенка сравнивать себя с другими и могут становиться причиной возникновения чувства неполноценности; в случае частых госпитализаций больные дети оказываются оторваны от привычного круга общения, а это приводит к появлению серьезных трудностей в коммуникации.

Можно сделать вывод, что наличие у ребенка хронического соматического заболевания является деструктивным фактором психологического развития, негативно влияет на эмоциональное состояние, становится причиной возможных социальных затруднений.

## **1.2 Медицинские аспекты ревматических заболеваний в детском возрасте**

### **1.2.1 Общее описание ревматических заболеваний**

Общая информация о ревматических заболеваниях и подробное описание конкретных нозологических единиц широко представлены в различных медицинских учебниках, словарях, интернете [5; 9; 13; 17; 19; 33; 34; 35].

Ревматическая патология представляет собой группу тяжелых хронических заболеваний, в основе которых лежат системные или локальные воспалительные изменения в различных участках соединительной ткани. Данные заболевания протекают по принципу замкнутого порочного круга: в организме человека вырабатываются антитела к белкам собственных тканей – аутоантигенам, которых образуется тем больше, чем интенсивнее антитела атакуют собственные ткани. Помимо поражения соединительной ткани общим для всех ревматических заболеваний является наличие хронического инфекционного очага, нарушение иммунного гомеостаза, а также волнообразное течение с фазами обострения и ремиссии [5; 33; 34].

Наиболее часто ревматические заболевания дебютируют в возрасте 7-15 лет, реже – 4-5 лет, изредка (в 20% случаев) болезнь начинается в юношеском или более старшем возрасте. К настоящему времени ревматическая патология считается неизлечимой. С момента начала болезнь неуклонно прогрессирует, требует медикаментозного лечения в течение всей жизни больного, часто является причиной раннего развития инвалидности. Благодаря возможностям современной медицины врачи помогают пациентам облегчить течение заболевания, достичь и удержать период ремиссии на более продолжительный срок, избежать или, по крайней мере, максимально отодвинуть инвалидизирующие последствия и тяжелые осложнения [5; 33; 34].

В соответствии с локализацией основного поражения заболевания ревматической группы можно объединить в три категории: болезни суставов, системные васкулиты и диффузные болезни соединительной ткани. Особняком в этой классификации стоит ревматизм, при котором происходит поражение всей системы соединительной ткани одновременно. Ревматических болезней, связанных с поражением опорно-двигательной системы, насчитывается более 100. Наиболее часто встречаются остеоартроз, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), подагра и остеопороз. Общее между этими заболеваниями то,

что, несмотря на различные причины их возникновения, они всегда сопровождаются поражением суставов. К системным васкулитам относят геморрагический васкулит, гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит и другие заболевания, общим признаком которых является воспалительное поражение стенок сосудов. Диффузные болезни соединительной ткани – системная красная волчанка, дерматомиозит, системная склеродермия – связаны с системным иммуновоспалительным поражением соединительной ткани и ее производных. Ревматизм (болезнь Сокольского-Буйо, ревматическая лихорадка) отличается локализацией патологического процесса в оболочках сердца [9; 34; 35].

### **1.2.2 Примеры конкретных ревматических заболеваний у детей**

#### **Ревматизм**

Ревматизм представляет собой системное воспалительное заболевание соединительной ткани, которое развивается на фоне инфицирования  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А в течение 2-4 недель. Распространенность ревматизма составляет приблизительно 5-6 случаев на 100 тыс. детского населения, но по данным ВОЗ она значительно выше в развивающихся странах: 2,2 на 1 тыс. детей. Важную роль в возникновении ревматизма играет генетическая предрасположенность ребенка. Способствовать развитию заболевания могут имеющиеся у ребенка очаги хронической инфекции в носоглотке (например, ангина), частые простудные заболевания, врожденная инфицированность. Течение ревматизма может быть острым или подострым. Клиническая картина характеризуется полиморфизмом симптомов, среди которых выделяют ревматический кардит (поражение всех трех оболочек сердца), ревматический полиартрит (воспаление преимущественно крупных суставов), ревматический плеврит, малую хорею (поражение подкорковых ядер головного мозга), различные кожные формы ревматизма (высыпания или уплотнения на коже, реже – мелкие кровоизлияния). В среднем длительность ревматической атаки

составляет 3 месяца, однако может продолжаться вплоть до полугода. Повторная атака наступает спустя 10-12 месяцев, на первый план у ребенка выходят признаки поражения сердца, в то время как остальные симптомы становятся менее яркими. С каждым последующим рецидивом повышается риск формирования приобретенных пороков сердца [9; 16].

### Ювенильный ревматоидный артрит

Среди всех ревматических заболеваний в детском возрасте наиболее часто встречается ювенильный ревматоидный артрит: хроническое неуклонно прогрессирующее воспалительное заболевание суставов у детей, которое может сопровождаться вовлечением внутренних органов (сердца, почек, легких, печени, лимфатических узлов, глаз). Ювенильный ревматоидный артрит считается одним из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний у детей, его распространенность составляет 0,05-0,6%. Чаще всего манифестация болезни приходится на возраст от 7 до 14 лет, значительно реже этому заболеванию оказываются подвержены дети дошкольного или старшего школьного возраста, в 1,5-2 раза чаще болеют девочки [9; 16; 21].

К настоящему моменту этиология ревматоидного артрита неизвестна. Большинство специалистов склоняется к тому, что наибольшую роль в развитии этого заболевания играют факторы внешней среды, инфекции, аутоиммунизация и генетические нарушения. Начало заболевания бывает острым и подострым. Острое характерно для тяжелых форм ревматоидного артрита, при этом наблюдается повышение температуры тела, появление болезненности и отечности одного или нескольких суставов: чаще страдают крупные, однако в некоторых случаях болезнь охватывает и мелкие суставы рук и ног. При подостром начале болезни зачастую поражается один крупный сустав (коленный или голеностопный). В целом симптоматика менее яркая, чем при острой форме, отсутствует выраженная болезненность. Нарушение функции сустава проявляется в виде утренней скованности,



изменении походки, появлении медлительности в движениях. Нередко при подострой форме происходит ревматоидное поражение глаз, в связи с чем у ребенка падает острота зрения [9; 13].

### Системная красная волчанка

Системная красная волчанка является аутоиммунным диффузным заболеванием соединительной ткани, которое возникает на фоне наследственной предрасположенности к нарушениям иммунной регуляции. В результате таких нарушений происходит образование антител к белкам собственных тканей и развивается иммунное воспаление, которое приводит к поражению различных органов и систем. В разных регионах распространенность системной красной волчанки варьирует от 4 до 250 человек на 100 тыс. населения. В возрасте до 15 лет распространенность составляет 0,001%, дети до 5 лет практически не болеют, пик заболеваемости приходится на 12-14 лет. Девочки оказываются подвержены системной красной волчанке в 4,5 раза чаще мальчиков. Этиология и патогенез системной красной волчанки еще не изучены окончательно, однако считается, что на предрасположенность к заболеванию оказывают влияние генетические и средовые факторы. Одной из возможных причин начала заболевания является вирусная инфекция; среди факторов внешней среды отмечают инсоляцию (облучение солнечными лучами), которая так же оказывает воздействие на начало и обострения системной красной волчанки. В детском возрасте системная красная волчанка протекает остро и тяжело, однако начало болезни может быть постепенным и не всегда явным. К самым ранним симптомам относят появление лихорадки, слабость, ухудшение общего самочувствия, боли в суставах и наличие высыпаний на коже. При этом стойкий артрит встречается редко, и зачастую пациенты предъявляют жалобы на боль и скованность в суставах при отсутствии объективных изменений. Для большей части больных детей характерно поражение почек (волчаночный нефрит); у половины пациентов происходит поражение

центральной нервной системы, связанное с образованием антител к нейронам и воспалением сосудов. По итогам лечения системной красной волчанки нельзя говорить о полном выздоровлении ребенка, тем не менее возможно приостановить прогрессирование болезни и избежать инвалидизацию [9; 16].

### **1.2.3 Клиническая значимость ревматических заболеваний**

Высокая клиническая значимость ревматических заболеваний обусловлена трудностями диагностики, необходимостью регулярных длительных госпитализаций и постоянного приема лекарственных препаратов, тяжестью последствий, а также серьезным риском инвалидизации. Основными задачами лечения ревматических заболеваний являются подавление воспалительной и иммунологической активности; устранение системных проявлений; поддержание функциональных возможностей организма; замедление прогрессирования болезни; достижение фазы ремиссии и предотвращение рецидивов.

В системе медицинских вмешательств специалисты практически не уделяют внимание психологическим аспектам ревматической патологии. Тем не менее прогрессирующее течение болезни, наличие болевого синдрома, частые госпитализации и, как следствие, отрыв от привычного круга общения, а также другие последствия болезни не могут не сказываться на развивающейся личности ребенка, и потому учет психологических факторов важен на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации пациентов [11].

### **1.3 История изучения психологических аспектов ревматической патологии**

За рубежом первые упоминания о психологических аспектах ревматической патологии относятся к началу XX века, когда немецкий психиатр Е. Краепелин обратил внимание на острые психозы при ревматизме и описал их отличительные от других психозов черты: психическая деятельность больного подавляется, выраженным становится

ипохондрический синдром, возникает апатия – такие проявления автор связывал с нарушением кислородного обмена в головном мозге. Другой известный немецкий психиатр и психолог Е. Kretschmer, изучая конституциональные типы человека и их связь со склонностью к определенным заболеваниям, допускал возможность психосоматического происхождения ревматизма [12; 21].

Авторы более поздних исследований направили свои усилия в русло изучения психологических основ ревматоидного артрита, в то время как другие ревматические болезни в их работах практически не освещены. Одним из первых было описано наблюдение о том, что острые психические потрясения и постоянная тревога могут способствовать появлению у человека артрита (D. Cones, 1909 год). В 1920-е годы практически все исследователи придерживались классического психоанализа, а потому их в большей степени интересовали внутренние конфликты и влечения пациентов, вытесненные в бессознательное. С точки зрения психоаналитиков прошлого века, те влечения, которые оказываются вытеснены из сознания человека, способствуют продолжительному мышечному напряжению и ограничению движений в суставе, в связи с чем в этом суставе нарушается кровообращение и развивается тяжелое воспаление [18].

Другие авторы относили ревматоидный артрит к заболеваниям, связанным с нарушением адаптации человека к психобиологическому стрессу. Ученые отмечали, что детям до появления у них артрита была свойственна высокая моторная активность, однако «развитие замкнутости, проблемы в общении способствовали формированию интравертированных черт характера с развитой способностью к подавлению агрессии, которая особенно четко просматривалась перед началом заболевания» [18, с. 47]. Один из основоположников психосоматической медицины, американский врач и психоаналитик F. Alexander придерживался похожей гипотезы. Автор рассматривал ревматоидный артрит в качестве классического психосоматического расстройства наряду с бронхиальной астмой, язвенным

колитом, нейродермитом и другими болезнями. С его точки зрения, артрит возникает вследствие эмоционального напряжения и сопутствующих ему психофизиологических проявлений. По мнению F. Alexander, хроническое повышение напряжения в мускулах, которое происходит из-за воздействия агрессивных импульсов, является патогенным для формирования артрита [1; 12].

В 1930-х годах американский психолог-психоаналитик H.F. Dunbar совершила первую попытку описания специфических черт личности больных ревматоидным артритом [42]. Таких пациентов H.F. Dunbar охарактеризовала как конформных консерваторов, которым присущи конкретность и ригидность мышления, склонность к самоограничению и недостаток фантазии, высокая ранимость, застенчивость, подверженность депрессивным состояниям и заниженная самооценка. Позднее специалисты стали отмечать у пациентов с ревматоидным артритом трудности в выражении собственных эмоций и особое нежелание проявлять чувство злости: такое стремление больных удерживать любые негативные переживания приводит к сильной эмоциональной скованности и нарушает процесс взаимодействия с окружающими. По данным отечественных исследований (М.И. Савельева), среди больных ревматоидным артритом довольно распространено явление алекситимии – то есть неспособность распознавать и описывать свои чувства и эмоции. Сопутствующей характерной чертой алекситимии является повышенный риск возникновения психосоматических расстройств, который связан с глубоким вытеснением из сознания человека любых болезненных переживаний. Тем не менее, некоторые авторы были не согласны с существованием так называемой «ревматоидной личности» и отрицали возможность развития артрита вследствие психологических факторов [18].

Отечественные психологи и врачи принялись изучать психологические особенности пациентов с ревматоидным артритом в 1970-х годах. В первую очередь ученые обращали свое внимание на поражения нервной системы, изменение психологического статуса пациентов, влияние психологических

факторов на динамику заболевания, лечение и реабилитацию. Тогда практически все авторы фокусировались на проблемах взрослых людей, в то время как исследований психологических особенностей больных детей насчитывается крайне мало. Специалисты выявили у пациентов с ревматоидным артритом склонность к тревоге и депрессии, нарушения сна, поведенческие изменения вследствие заболевания [18].

Подводя итог вышесказанного, можно выделить следующие основные положения:

1) Первые психологические исследования в области ревматической патологии сводятся, в основном, к изучению психологических аспектов ревматоидного артрита у взрослых.

2) За рубежом внимание специалистов было обращено на психологические факторы, способствующие возникновению заболевания, т.е. психосоматический аспект.

3) Отечественные ученые в большей степени интересовались соматопсихическим аспектом и психологическими последствиями ревматоидного артрита, исследовали влияние болезни на нервную систему и психику пациентов.

#### **1.4 Психологические особенности детей с ревматическими заболеваниями**

Несмотря на достаточно широкое распространение и большое количество ревматических заболеваний в детском возрасте, с психологической точки зрения в литературе наиболее подробно описан ювенильный ревматоидный артрит, в меньшей степени представлены данные по ревматизму и системной красной волчанке, и практически отсутствует информация по другим болезням соединительной ткани. Имеющиеся на сегодняшний день сведения о психологических особенностях детей с ревматической патологией довольно противоречивы. Тем не менее

большинство специалистов соглашается с тем, что личность больного ребенка отличается от личности здорового, при этом связь психологических особенностей ребенка с имеющимся у него ревматическим заболеванием может быть не только прямой, когда болезнь способствует заострению тех или иных черт характера, но и обратной, когда определенные психологические факторы способствуют развитию заболевания [18].

Врачи отмечают, что на начальных этапах ревматизма, который развивается постепенно, ребенок становится раздражительным, эмоционально лабильным, капризным и рассеянным, гиперактивным. Когда поражение затрагивает нервную систему (то есть проявляется малая хорея), у ребенка появляются гиперкинезы (патологические состояния, при которых происходит внезапное непроизвольное сокращение одной или нескольких мышц). Первое время такие гиперкинезы могут ошибочно восприниматься окружающими как неловкость движений и двигательная расторможенность. Взрослые обращают внимание на появление небрежности и неряшливости у ребенка, изменение почерка, двигательное беспокойство, снижение показателей памяти. В дальнейшем, при последующих рецидивах, происходит нарушение гемодинамики (движения крови по сосудам), что сказывается на работе центральной нервной системы и ведет к появлению вторичной дисциркуляторной энцефалопатии, то есть к сосудистому поражению головного мозга. Это, в свою очередь, является причиной личностных изменений и когнитивных расстройств: дети легко утомляются, снижаются показатели произвольного внимания и памяти, сужается круг их интересов [16].

Возможным исходом ревматических заболеваний является распад психических функций вследствие поражения головного мозга ребенка (органическая деменция – один из вариантов поврежденного развития). Исследование младших школьников с ревматоидным артритом позволило его авторам выявить три стадии повреждения психики, возникающие на фоне заболевания [21]:

1) Первая и наименее тяжелая стадия – ревматическая астения. При ней у ребенка снижается умственная работоспособность, появляется раздражительная слабость; он становится возбудимым, вспыльчивым, обидчивым и тревожным, быстро утомляется.

2) Вторая стадия – ревматическая церебрастения – характеризуется нарушением двигательных и сенсорных функций, появлением скованности, снижением моторной активности, ухудшением зрительного восприятия – «удвоение окружающих предметов, приближение или удаление их, восприятие цветных шаров, ощущение падения, проваливания, изменение вкусовых ощущений, нарушение восприятия собственного тела (отчуждение рук, ощущение присутствия кого-то рядом)» [12, с. 260]; заметно страдают познавательные процессы (особенно явны нарушения внимания и памяти), более отчетливым становится снижение интеллектуальной работоспособности. При этом ребенок критично относится к своему состоянию и переживает в связи с появляющимися затруднениями.

3) Третья стадия – ревматическая церебропатия. На этой стадии расстройства в эмоциональной и интеллектуальной сферах достигают пика; учебная деятельность становится практически невозможной, поскольку возникшие нарушения негативно сказываются на процессах письма, чтения, счета и так далее; настроение и поведение ребенка характеризуются нестабильностью и могут немотивированно изменяться [21].

У детей с ювенильным ревматоидным артритом часто имеют место дисфорические эмоциональные реакции, которые остаются даже при психотерапии и лечении антидепрессантами. В связи с хроническим течением болезни ребенок становится более астеничным и аутичным, у него повышается уровень тревожности, изменяются привычные способы поведения, нередко нарушается сон и появляется чувство дисгармонии с окружающим миром. С увеличением числа рецидивов заболевания ребенок становится все более тревожным, значительно возрастает риск развития депрессии, что негативно сказывается на общей клинической картине. Среди

факторов, негативно влияющих на психоэмоциональную сферу больного ребенка, выделяют социальную изоляцию (особенно при необходимости перехода на домашнее обучение), частое ухудшение самочувствия и продолжительное общее недомогание, боли в суставах и ограничение подвижности, наличие множества противопоказаний (запрет на физическую активность и другую деятельность, связанную с риском обострения), появление изменений во внешности [16; 18; 30].

Депрессии у пациентов с ювенильными артритами во многом обусловлены наличием болевого синдрома и нарушением функционирования суставов, следствием чего может стать значительное снижение или полная потеря способности двигаться и проявлять активность; у детей с тяжелым течением артрита заметно падает самооценка. Такие физиологические и связанные с ними психологические последствия болезни часто являются причиной ухудшения качества жизни детей. Негативное влияние на эмоциональный фон ребенка оказывает изменение образа жизни, а также возможное появление социальных и материальных затруднений в семье, которые возникают в связи с вынужденным снижением трудовой активности родителей [18; 19].

Указанные выше аспекты ювенильного ревматоидного артрита, его последствия и связанные с заболеванием ограничения откладывают большой отпечаток на еще не сформированную личность ребенка, нередко приводят к невротизации и астеническим проявлениям. Больные дети могут быть склонны к аутизму, им свойственны стыдливость, пассивность, высокая чувствительность и неумение конструктивно выражать эмоции. Важно учитывать неизбежные изменения во взаимоотношениях больного ребенка с окружающими: в первую очередь, такие изменения связаны с необходимостью часто пропускать школьные занятия и, как следствие, невозможностью общаться со сверстниками в достаточном объеме. Авторы статьи об особенностях личности детей с ревматоидным артритом отмечают,



что такие дети тем более замкнуты, чем выше степень их инвалидизации, они застенчивы и стараются скрыть свой внутренний мир от окружающих [22].

Помимо депрессии и тревоги, которые могут сопровождать ювенильный ревматоидный артрит, хроническая или часто появляющаяся у ребенка боль нередко приводит к появлению ипохондрии и даже к демонстративному поведению. От доминирующей копинг-стратегии ребенка при попытке совладать с болью во многом зависит ее восприятие: так, хуже переносят и чаще жалуются на интенсивную боль дети, которым характерна склонность к драматизации и негативное мышление или, наоборот, пассивные реакции по типу отрицания. У таких детей быстро падает активность, могут наблюдаться признаки депрессии и появляться нехарактерные соматические симптомы [16].

Результаты одного из исследований американских ученых показали, что состояние здоровья и переживание боли у детей, проходящих лечение на ревматологических отделениях, имеет прямую связь с наличием хронической боли у их родителей (независимо от ее локализации). Пациенты, чьи родители упоминают о собственных неприятных телесных ощущениях, чаще жалуются на интенсивную боль и обладают объективно более слабым здоровьем по сравнению с пациентами, чьи родители не склонны к болезненным состояниям [50].

Черты характера, формирующиеся у детей с ювенильными артритами, а также связанные с заболеванием трудности – трудности в общении и ведомость в отношениях с окружающими, замкнутость и склонность к аутизации, неуверенность в себе и в своих силах, неумение конструктивно выражать эмоции, высокая чувствительность и тревожность, рассудительность и осторожность – заметно подавляют фрустрационную толерантность ребенка. Исследование особенностей пациентов с ювенильным ревматоидным артритом показало, что в конфликтных ситуациях их реагирование недостаточно конструктивно: согласно результатам детского варианта методики Розенцвейга, у больных детей по

сравнению с их здоровыми сверстниками значительно меньше количество внешнеобвинительных реакций, в то время как количество самообвинительных превышает норму. Авторы указывают на прямую связь тяжести заболевания со снижением фрустрационной толерантности и нарастанием психической дезадаптации: чем более выражены симптомы болезни у ребенка, тем в большей степени он оказывается подвержен психической дезадаптации, основным признаком которой является снижение интеллекта и нарушение умственной работоспособности [21; 22]. В то же время в работе других авторов опубликованы сведения, согласно которым более тяжелые эмоциональные переживания характерны детям с меньшей выраженностью болезни, не имеющим деформации суставов, тогда как их сверстники с деформациями оказываются более эмоционально устойчивыми. С точки зрения специалистов, такой парадокс связан с необходимостью более тяжелобольному ребенку быстрее приспособиться к своему состоянию, он принимает болезнь в целом и физические изменения в частности, благодаря чему компенсаторные механизмы вырабатываются достаточно быстро. К ребенку, который внешне не отличается от здорового, взрослые предъявляют больше требований, но при этом стараются максимально такого ребенка обезопасить, ограничив практически любые проявления физической активности [18].

Часто вследствие ревматоидного артрита у детей возрастает утомляемость, и они начинают уставать гораздо быстрее своих сверстников. По данным зарубежных исследователей [48], высокая утомляемость у больных ревматоидным артритом является причиной нарушений сна, появления психологических трудностей и дисгармоничных типов отношения к болезни. Более того, авторы отмечают сохранение таких симптомов не только в активной фазе артрита, но и в период ремиссии, когда самочувствие пациентов относительно стабильно. Иными словами, они связывают утомляемость не сколько с тяжестью заболевания, сколько с переживаниями больного относительно своего состояния. Специалисты из Британии изучали

влияние самых разных факторов на степень утомляемости у больных ревматоидным артритом и обнаружили сильную связь между высокой утомляемостью и наличием интенсивных эмоциональных переживаний, при этом на эмоциональный фон оказывают воздействие различные когниции (как связанные с основным заболеванием, так и не имеющие отношение к нему), личностные черты, привычные копинг-стратегии, наличие или отсутствие социальной поддержки [47].

В медицинской литературе представлены единичные сведения о психологических аспектах системной красной волчанки. Имеющаяся на этот счет информация не может быть отнесена к разряду психологических особенностей болеющих этим заболеванием детей, поскольку не были найдены конкретные исследования по этой теме. Тем не менее авторы медицинских учебников отмечают клинические и психологические проявления поражения центральной нервной системы, которое происходит у половины пациентов с указанным заболеванием. К таким проявлениям относят упорные головные боли, нарушения сна, судороги, снижение когнитивных функций, признаки эмоциональных и психических расстройств, личностные изменения; могут появляться бредовые состояния и галлюцинации при отсутствии критики; часто у детей начинаются депрессии с тревогой и страхами, а также психопатоподобные расстройства [9; 16].

Личностные изменения, происходящие с хроническим пациентом, во многом связаны с субъективной оценкой тяжести заболевания. Специфика конкретной патологии, в свою очередь, оказывает влияние на возможные реакции человека и его отношение как к собственному состоянию, так и к процессу лечения. Отечественные исследователи связывают ухудшение адаптивности больных ревматоидным артритом с недостаточным использованием основных типов психологических защит. Реагирование пациента в равной степени зависит от особенностей его личности и медицинских параметров болезни. Семья больного ребенка, ее психологическое благополучие и социально-экономический статус влияют на

способность этого ребенка адаптироваться к диагнозу и последствиям заболевания [18; 19; 24]. Зарубежные авторы выявили и другие факторы, способствующие адаптации к ревматическим заболеваниям, а также эффективному и долгосрочному психологическому и физическому функционированию пациентов. Благоприятное влияние оказывает социальная поддержка и различные упражнения, направленные на управление стрессом, которые подбираются индивидуально в зависимости от потребностей конкретного человека [44].

В описанных выше исследованиях психологических особенностей детей с ревматическими заболеваниями имеют место разногласия, которые могут быть обусловлены погрешностями при отборе испытуемых, а также отличиями в методическом аппарате. Тем не менее большинство авторов указывают на наличие у таких пациентов признаков эмоциональных и когнитивных расстройств, повышенную тревожность и серьезный риск развития депрессии.

### **1.5 Ревматические заболевания в психосоматическом аспекте**

Ряд исследований направлен на изучение преморбидных особенностей личности пациентов, условий их жизни до появления ревматоидного артрита, эмоциональных стрессов и психотравм, которые могли бы послужить толчком к развитию болезни. По данным авторов, критические события в жизни (потеря близкого, трудности в семейной жизни) нередко предшествуют дебюту заболевания. Личностные особенности также играют немаловажную роль, поскольку в ответ на внешние жизненные ситуации может сформироваться внутренний конфликт, оказывающий негативное воздействие на способность организма адаптироваться к изменениям и вызывающий, тем самым, нарушение иммунного гомеостаза. «Стресс и срыв иммунного гомеостаза с реализацией хронического воспалительного процесса преимущественно на уровне опорно-двигательного аппарата – вот

возможный путь развития РА [ревматоидного артрита] как психосоматической патологии» [18, с. 47].

Зарубежные авторы к факторам риска возникновения ювенильного ревматоидного артрита относят дисгармоничное воспитание (чаще – авторитарное), проживание в неполной семье, развод родителей, а также высокую тревожность и чувствительность как у родителей, так и у ребенка [18; 21; 45; 46]. Врачи в том числе указывают на необходимость при диагностике ревматических заболеваний учитывать обстановку, в которой воспитывается ребенок: иногда именно понимание семейной ситуации позволяет более точно установить диагноз [17].

В пользу роли психологических факторов в этиопатогенезе ревматоидного артрита говорят и психофизиологические исследования. У больных ревматоидным артритом значительно повышается мышечный тонус, когда они испытывают раздражение или переживают стресс – иными словами, пациенты переносят конфликты на мышечные реакции. Повышение электромиографической активности в большей степени наблюдается в мышцах, располагающихся вблизи больных суставов, при этом напряжение сохраняется и некоторое время после окончания действия раздражителя. Тем не менее, нельзя однозначно сказать, является ли это причиной заболевания или его следствием [18].

В некоторых источниках описана роль психологических факторов в течении ювенильного ревматоидного артрита. С точки зрения авторов одного из исследований, наличие этого заболевания и вызванный им риск инвалидности искажают так называемую «социальную ситуацию» развития ребенка и тем самым негативно воздействуют на процесс формирования личности. Возникающие как следствие переживания и внутриличностные конфликты ведут к появлению новых соматических симптомов у ребенка, а также способствуют обострению хронического заболевания или психосоматического расстройства [32].

Важно иметь в виду, что в детском возрасте психосоматические заболевания – достаточно распространенное явление. Согласно данным исследований, чаще всего такие расстройства обнаруживаются в возрасте от 5 до 10 лет, реже – до 5 и после 10, после 15 лет практически не возникают. При этом моносистемные психосоматические заболевания, которые выявляются в одном органе или системе органов, встречаются значительно реже полисистемных, которые отмечаются в нескольких органах и системах [4].

Рассмотрение роли психологических факторов в патогенезе ревматических заболеваний имеет значение с точки зрения профилактики, которая заключается как в своевременной диагностике, так и в выявлении повышенных групп риска. Признаки эмоционального напряжения или повышенной тревожности в общем виде могут появиться у ребенка значительно раньше основного заболевания. При этом у детей наблюдаются преневротические (нарушения сна, тики, патологические привычки), вегетодистонические (головокружения, головные боли, одышка, обмороки) и соматические проявления (повышенная жажда, булимия, ожирение, кожные высыпания). Наличие нескольких из указанных признаков, связанных с эмоциональным напряжением, помогает выявить детей, попадающих в группу риска развития психосоматических расстройств [12].

Проведенный анализ литературы позволяет сформулировать следующие выводы:

1) У детей с ревматическими заболеваниями имеются определенные психологические особенности, которые оказывают негативное влияние на их психическую и социальную адаптацию.

2) Большое количество информации посвящено психологическим аспектам ревматоидного артрита, тем не менее в имеющихся на сегодняшний день сведениях обнаруживаются противоречия, которые возможно разрешить путем проведения дополнительных исследований.

3) Не найдено сведений о различиях в психологических характеристиках детей с ревматическими заболеваниями в зависимости от периода протекания патологического процесса – то есть на начальной стадии заболевания, в период обострения или ремиссии.

Указанные выше положения подчеркивают актуальность заявленной темы. Настоящая работа позволит дополнить и расширить знания в области психологических аспектов ревматической патологии.

## ГЛАВА 2. Методы и организация исследования

Цель исследования: изучение клинико-психологических особенностей детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса.

Задачи:

1) Исследовать эмоциональные компоненты структуры личности детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса, а также проанализировать особенности их реагирования в ситуациях фрустрации.

2) Оценить уровень психической и социальной адаптации детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса.

3) Проанализировать особенности самооценки и особенности отношения к болезни у детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса.

Гипотезы:

1) У детей с обострением ревматического заболевания наблюдается тенденция к повышению ответственности и осторожности что, возможно, отличает их от детей, впервые заболевших или находящихся на стадии ремиссии.

2) На стадии дебюта заболевания и в период обострения дети демонстрируют более высокий уровень тревожности, чем пациенты на стадии ремиссии.

3) Дети с продолжительным течением заболевания независимо от периода активности патологического процесса (обострение или ремиссия) обладают более низкой самооценкой и более высоким уровнем притязаний по сравнению с пациентами, заболевшими впервые.

4) У детей на стадии дебюта и в период обострения заболевания снижается уровень психической и социальной адаптации.



5) На стадии дебюта представления детей о своем заболевании носят поверхностный характер; дети с продолжительным течением болезни демонстрируют более глубокие и стойкие переживания, связанные с болезнью.

Объект исследования: психологические особенности детей.

Предмет исследования: клинико-психологические характеристики детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса.

## **2.1 Описание выборки исследования**

Обследование детей с ревматическими заболеваниями проводилось в период с октября 2017 года по март 2018 года на базе кардиоревматологического отделения СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины». С разрешения администрации больницы (главный врач А.Г. Микава, начмед И.Г. Нагнойная, зав. отделением Н.В. Слизовский) пациентам предлагалось принять участие в исследовании. Все испытуемые оказались заинтересованы в работе и активно шли на контакт. Обследование начиналась после подписания информированного согласия законным представителем ребенка. По итогам обследования всем участникам и их родителям было предложено получить обратную связь и рекомендации при необходимости.

В исследовании приняли участие 30 детей с ревматическими заболеваниями суставов средней степени тяжести. На момент проведения психологического обследования пациенты находились на плановой или экстренной госпитализации. Среди испытуемых были пациенты с хронической формой ревматического заболевания на стадии ремиссии, проходящие в больнице плановое обследование; дети, госпитализированные экстренно в связи с обострением диагностированного ранее хронического заболевания; а также дети, попавшие на кардиоревматологическое отделение

впервые в связи с дебютом заболевания. Распределение испытуемых по фазам болезни приведено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение испытуемых по фазам заболевания

| Фаза заболевания | Количество, % (чел.) |
|------------------|----------------------|
| Дебют            | 36,7% (11 чел.)      |
| Обострение       | 36,7% (11 чел.)      |
| Ремиссия         | 26,7% (8 чел.)       |

Из таблицы 1 следует, что количество испытуемых, у которых на момент проведения психологического обследования заболевание появилось впервые, совпадает с количеством пациентов, госпитализированных экстренно в связи с обострением патологического процесса (по 36,7%); остальные дети находились в больнице на плановом наблюдении (26,7%).

В таблице 2 представлено распределение детей по полу.

Таблица 2. Распределение испытуемых по полу

| Пол | Вся группа              | Дебют                   | Обострение              | Ремиссия                |
|-----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|     | Количество, %<br>(чел.) | Количество, %<br>(чел.) | Количество, %<br>(чел.) | Количество, %<br>(чел.) |
| М   | 40,0% (12 чел.)         | 36,4% (4 чел.)          | 63,6% (7 чел.)          | 12,5% (1 чел.)          |
| Ж   | 60,0% (18 чел.)         | 63,6% (7 чел.)          | 36,4% (4 чел.)          | 87,5% (7 чел.)          |

В соответствии с таблицей 2, количество обследованных девочек превышает количество обследованных мальчиков. По данным литературы, ревматическими заболеваниями чаще страдают лица женского пола [9; 16; 21; 34]. За время проведения исследования на базе кардиоревматологического отделения количество госпитализируемых девочек превышало количество мальчиков, тем не менее при отборе

испытуемых была попытка уровнять их соотношение по полу насколько это было возможно.

В группу вошли дети младшего школьного возраста (от 8 до 12 лет). Распределение детей по возрасту представлено в таблице 3.

Таблица 3. Распределение испытуемых по возрасту.

| Кол-во<br>полных<br>лет | Вся группа              | Дебют                   | Обострение              | Ремиссия                |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                         | Количество,<br>% (чел.) | Количество, %<br>(чел.) | Количество, %<br>(чел.) | Количество,<br>% (чел.) |
| 8                       | 10,0% (7 чел.)          | 27,3% (3 чел.)          | 18,2% (2 чел.)          | 25,0% (2 чел.)          |
| 9                       | 33,3% (10<br>чел.)      | 36,4% (4 чел.)          | 36,4% (4 чел.)          | 25,0% (2 чел.)          |
| 10                      | 26,7% (8 чел.)          | 27,3% (3 чел.)          | 18,2% (2 чел.)          | 37,5% (3 чел.)          |
| 11                      | 13,3% (4 чел.)          | 9,1% (1 чел.)           | 18,2% (2 чел.)          | 12,5% (1 чел.)          |
| 12                      | 3,3% (1 чел.)           | –                       | 9,1% (1 чел.)           | –                       |
| Средний<br>возраст      | 9,40±1,1                | 9,18±0,98               | 9,64±1,29               | 9,38±1,06               |

Таким образом, средний возраст обследованных детей составляет 9 лет.

## 2.2 Методы исследования

Клинико-психологический метод заключался в анализе историй болезни испытуемых (фиксировался основной диагноз; фаза заболевания – дебют, обострение или ремиссия; степень тяжести), беседе с ребенком и наблюдением за ним на протяжении работы.

Перед началом экспериментально-психологического исследования с детьми проводилась краткая вводная беседа, основной целью которой являлось привлечение их к работе, установление доверительного контакта, а также уточнение деталей анамнеза. На протяжении всей работы проводилось наблюдение за ребенком, его эмоциональным состоянием, реакциями на то

или иное задание. Вопреки распространенному представлению о том, что дети с ревматическими заболеваниями замкнутые и необщительные, пациенты оказались открыты и коммуникабельны, свободно шли на контакт; в процессе работы развернуто отвечали на вопросы и с энтузиазмом выполняли задания. Тем не менее, многие участники и их родители проявили безразличие к результатам исследования.

Экспериментально-психологический метод:

1) Методика многофакторного исследования личности Кеттелла, детский вариант в адаптации Э.М. Александровской.

2) Методика Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан для изучения самооценки испытуемых и уровня их притязаний, разработанная Т.В. Дембо в 1962 году и дополненная С.Я. Рубинштейн в 1970 году.

3) Тест фрустрационных реакций Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной (1984 год), детский вариант.

4) Методика «Выбери нужное лицо» – тест тревожности, разработанный американскими психологами Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен.

5) Методика «Незаконченные предложения», разработанная И.К. Шацем совместно с В.Е. Каганом и направленная на выявление основных представлений соматически больного ребенка о здоровье и болезни, а также переживаний, связанных с собственным заболеванием.

### **2.2.1 Методика многофакторного исследования личности Кеттелла**

Данный опросник был разработан группой американских психологов под руководством Р.Б. Кеттелла и впервые опубликован в 1949 году. Представляет собой стандартизированный метод оценки индивидуально-психологических особенностей личности. Созданный в рамках объективного экспериментального подхода, многофакторный личностный опросник Кеттелла известен как один из наиболее универсальных и широко применяемых методов, направленных на исследование личности и выявление

относительно независимых друг от друга характеристик. Преимущество опросника заключается в возможности рассматривать относительно независимые друг от друга первичные черты личности, выявленные при помощи факторного анализа. Применение методики Кеттелла позволяет решить основные задачи психодиагностики и получить достаточно объективную информацию о различных сторонах личности тестируемого [15]. Существует несколько вариантов опросника: 16PF предназначен для психодиагностики взрослых и состоит из 16 шкал; HSPQ представляет собой 14-факторный опросник для подростков возраста 12-16 лет; CPQ – опросник, применяемый при работе с детьми в возрасте 8-12 лет; а также другие версии методики. Детский и подростковый варианты создавались на основе модели 16-факторного опросника личности.

Нами использовался модифицированный 12-факторный детский вариант опросника личности Кеттелла (CPQ), адаптированный Э.М. Александровской и И.Н. Гильяшевой в 1978 году [2]. Существует две формы опросника: для мальчиков и для девочек. Методика состоит из двух частей, каждая из которых включает по 60 вопросов. Вопросы относятся к разным аспектам жизни ребенка и касаются его взаимоотношений с родителями и с другими детьми, его поведения в разнообразных ситуациях, его самооценки и так далее. Каждая из 12-ти шкал содержит 10 вопросов (по 5 в каждой части), на которые дается по два варианта ответа (за исключением фактора В, к вопросам которого предложено три варианта). За ответ, совпавший с ключом, присваивается 1 балл, после чего сумма баллов по каждой шкале переводится в стандартные оценки (стен). По каждому фактору минимальное значение (1 стен) и максимальное (10 стенов) отражают противоположные характеристики указанного свойства личности [25; 28].

Опросник включает следующие шкалы:

1) Фактор А (общительность). Низкие значения фактора свойственны замкнутым и недоверчивым детям, которые стремятся обособиться от окружающих и проявляют равнодушие; такие дети зачастую холодны в

общении, не демонстрируют яркие эмоции, могут оказаться чрезмерно обидчивы и эгоцентричны. Дети с высокими оценками общительны и приветливы, ярко проявляют эмоции; лабильны, часто оказываются подвержены перепадам настроения.

2) Фактор В (вербальный интеллект). Низкие оценки у детей с недостаточной сформированностью функций интеллекта; конкретно-ситуационные формы мышления преобладают над абстрактными. Высокие значения по фактору отмечаются у детей с хорошо развитым абстрактным мышлением и вербальным интеллектом.

3) Фактор С (уверенность в себе). Дети с низкими значениями не уверены в себе, легко ранимы и остро переживают неуспех; таким детям тяжело адаптироваться к меняющейся среде и трудно управлять эмоциями, у них может быстро меняться настроение; могут наблюдаться ни с чем не связанные страхи. Дети с высокими оценками спокойны и уверены в себе, легко приспосабливаются к изменениям.

4) Фактор D (возбудимость). Низкие оценки характерны эмоционально устойчивым, уравновешенным, сдержанным детям. Дети с высокими значениями нетерпеливы, обладают повышенной возбудимостью, плохо владеют собой; нередко обнаруживают трудности концентрации внимания.

5) Фактор E (склонность к самоутверждению). При низких значениях фактора дети конформны, послушны, проявляют высокую зависимость от окружающих и их мнения; пассивны и не умеют отстаивать свою позицию. Высокие оценки отмечаются у детей независимых, напористых, склонных к доминированию и лидерству; в своем стремлении к самоутверждению нередко проявляют агрессию.

6) Фактор F (склонность к риску). На нижнем полюсе расположены такие качества ребенка, как осторожность, благоразумие, рассудительность. На верхнем полюсе – храбрость, беспечность, склонность к риску, энергичность.

7) Фактор G (ответственность). Дети с низкими оценками нередко пренебрегают своими обязанностями, недобросовестны, способны обмануть

ради выгоды, конфликтуют с окружающими, легко теряют мотивацию к деятельности. Высокие оценки характерны ответственным и целеустремленным детям; такие дети добросовестны и аккуратны, стараются соблюдать правила.

8) Фактор Н (социальная смелость). Низкие значения отмечаются у робких и застенчивых детей, которые остро переживают в связи с малейшей угрозой и практически не верят в собственные силы. Дети с высокими оценками демонстрируют смелость в общении, решительность, легко идут на контакт, не реагируют на неудачи.

9) Фактор I (чувствительность). Дети с низкими оценками практичны, независимы и реалистичны, в жизни полагаются на себя, в принятии решений руководствуются логикой и здравым смыслом. Высокие оценки говорят о чувствительности, мягкости ребенка, его зависимости от других, склонности полагаться на интуицию.

10) Фактор О (тревожность). Нижний полюс отражает спокойствие, оптимизм и жизнерадостность ребенка. На верхнем полюсе такие особенности ребенка, как тревожность, склонность к депрессии и подавленному настроению, отсутствие веры в себя.

11) Фактор Q3 (самоконтроль). У детей с низкими значениями по фактору наблюдается неумение контролировать свое поведение и непонимание социальных норм; такие дети слабовольны и плохо организованы. Высокие значения характерны детям, умеющим контролировать свое поведение и подстраивать его под требования общественных норм.

12) Фактор Q4 (нервное напряжение). Дети с низкими оценками спокойны и невозмутимы, легко переносят неуспех; в любых ситуациях чувствуют себя расслабленно и не стремятся к высоким достижениям. Дети с высокими оценками эмоционально неустойчивы, раздражительны; часто пребывают в состоянии возбуждения, обладают избытком побуждений.

Бланки стимульного материала и ключ к подсчету баллов представлены в приложении А.

### **2.2.2 Методика Дембо-Рубинштейн**

Методика, предназначенная для диагностики состояния самооценки испытуемого, была разработана американским психологом Т.В. Дембо в 1962 году и модифицирована советским психологом С.Я. Рубинштейн в 1970 году. Согласно модификации А.М. Прихожан [31], испытуемый получает бланк с семью вертикальными линиями, длина которых по 100 миллиметров. На каждой линии указаны нижняя, средняя и верхняя точки. В оригинальном варианте используются шкалы «здоровье», «ум / способности», «характер», «авторитет у сверстников», «умение многое делать своими руками / умелые руки», «внешность» и «уверенность в себе», однако в настоящем исследовании названия шкал были изменены в соответствии с интересующими вопросами: рассматривались такие характеристики, как «здоровье», «ум / способности», «характер», «общительность», «уверенность в себе», «счастье» и «болезнь». По инструкции испытуемому необходимо чертой отметить свое актуальное положение на каждой шкале, крестиком – желаемый уровень развития конкретной характеристики. Далее определяется и анализируется высота самооценки, уровень притязаний, а также расхождение между ними. Количество баллов по каждому из критериев определяется расстоянием в миллиметрах от нижней точки до черты для самооценки, от нижней точки до крестика для уровня притязаний и от крестика до черты для значения расхождения между первыми двумя критериями.

Реалистичный уровень притязаний характеризуется результатом от 60 до 89 баллов (оптимально – 75-89 баллов), адекватная самооценка отражается в диапазоне от 45 до 74 баллов (оптимально – 60-74), норма расхождения между уровнем притязаний и высотой самооценки составляет от +8 до +22 баллов. Оценка по шкале «болезнь» производилась с учетом инверсии.



Стимульный материал представлен в приложении Б.

### **2.2.3 Тест фрустрационных реакций Розенцвейга**

Методика представляет собой проективный рисуночный тест («Методика рисуночной фрустрации»), разработанный и впервые описанный С. Розенцвейгом в 1944 году. Тест предназначен для исследования реакций испытуемого на неудачу и затруднительные (фрустрирующие) ситуации, которые мешают выполнению деятельности или препятствуют удовлетворению потребности. Взрослый вариант применяется при диагностике испытуемых старше 12 лет; использование детской версии, описанной в 1948 году, возможно при работе с детьми от 4 до 13 лет. Участникам настоящего исследования был предложен детский вариант методики в модификации Н.В. Тарабриной [37].

Процедура проведения заключается в последовательном предъявлении ребенку 24 схематичных изображений, демонстрирующих ситуации взаимодействия двоих и более людей. Представленные на рисунках персонажи могут отличаться по полу, возрасту, степени близости и родства между собой (ребенок с родителем; с приятелем; с незнакомым взрослым; с учителем и так далее). На каждом изображении обозначен незаконченный разговор участников, при котором создается фрустрирующая ситуация для одного из них. Задача испытуемого состоит в том, чтобы придумать реплику от лица этого персонажа. Под фрустрационной толерантностью понимается устойчивость к фрустрирующим ситуациям, то есть умение переносить фрустрацию адекватно, без потери адаптации. Считается, что при выполнении такого задания испытуемый ставит себя на место персонажа и отвечает в соответствии с привычным для себя способом реагирования. Таким образом, тестируемый демонстрирует свойственные ему реакции в конфликтных ситуациях.

По завершению работы проводится анализ ответов, при этом фиксируется направленность реакции:

- 1) Экстрапунитивная – Е – реакции, направленные вовне, на живое или неживое окружение; происходит осуждение внешней стороны.
- 2) Интропунитивная – I – реакции, направленные на себя, при этом человек признает свою вину и ответственность.
- 3) Импунитивная – М – реакции, не имеющие направления, при которых ситуация воспринимается как неизбежная или незначительная.

Далее фиксируется тип реакции:

- 1) Препятственно-доминантный – OD – реакции с фиксацией на препятствии, при которых человек выражает свое отношение непосредственно к событию.
- 2) Эго-защитный – ED – реакции с фиксацией на самозащите, при которых человек либо активно критикует других, либо говорит о наличии или отсутствии собственной вины.
- 3) Необходимо-упорствующий – NP – реакции с фиксацией на разрешении фрустрирующей ситуации, при которых человек пытается найти рациональный способ решения проблемы.

Комбинации шести указанных категорий дают девять возможных факторов оценки и два дополнительных (экстрапунитивные и интропунитивные самозащитные реакции в ситуациях обвинения). Далее подсчитывается показатель степени социальной адаптации (GCR), который вычисляется по специальной таблице стандартных ответов.

Стимульный материал к методике представлен в приложении В.

#### **2.2.4 Методика «Выбери нужное лицо»**

Методика разработана американскими психологами Р. Тэммл, М. Дорки и В. Амен в 1992 году [38]. Это проективный тест, назначение которого – исследование тревожности в детском возрасте в различных жизненных ситуациях, в том числе в ситуациях взаимодействия с окружающими. Считается, что появление тревожности в определенный момент времени связано с наличием негативного эмоционального опыта в

похожих ситуациях в прошлом. Тот или иной уровень тревожности говорит о степени эмоциональной адаптации ребенка к разным жизненным ситуациям. Определение уровня тревожности позволяет лучше понять особенности взаимоотношений ребенка с другими людьми.

Стимульный материал представлен в двух вариантах: для мальчиков и для девочек. Каждый из вариантов включает по 14 рисунков, на которых изображен ребенок в различных ситуациях, типичных для возраста младшего школьника. На основном изображении лицо ребенка не прорисовано, но под каждой картинкой представлено по два дополнительных рисунка детской головы – с радостным и печальным выражением лица. Испытуемому поочередно предъявляют карточки с изображениями и просят установить, какое лицо «пропущено» в каждом конкретном случае. Выбор ребенка и его высказывания фиксируются, затем проводится количественный и качественный анализ: вычисляется индекс тревожности (который тем выше, чем меньше количество «радостных» лиц) и анализируются ситуации, вызывающие негативные эмоциональные переживания [39].

Стимульный материал и ключ к интерпретации представлены в приложении Г.

### **2.2.5 Методика «Незаконченные предложения»**

Методика разработана доктором психологических наук И.К. Шацем совместно с доктором медицинских наук В.Е. Каганом в 1986 году [14]. Целью методики является изучение как основных представлений соматически больного ребенка о здоровье и о болезни, так и его переживаний, связанных с актуальным состоянием. Методика включает 28 незаконченных предложений, завершение которым должен как можно быстрее придумать испытуемый. Фразы сформулированы таким образом, что количество вариантов их окончания неограниченно. Полученные ответы группируются по семи шкалам:

- 1) представление о здоровье

- 2) представление о болезни
- 3) отношение к болезни
- 4) отношение к лечению
- 5) представление о будущем
- 6) отношение семьи к болезни
- 7) отношение к госпитализации

Ответы пациента отражают его значимые актуальные переживания. Количественная обработка результатов предполагает определение наличия в предложении негативных переживаний: в таком случае ответу присуждается «1» балл; при отсутствии таких переживаний – «0» баллов. Максимально по каждой шкале возможно набрать 4 балла, суммарно – 28 баллов. Чем ниже оценка испытуемого по каждой шкале, тем менее субъективно значимы его переживания [14; 40].

Стимульный материал и ключ представлен в приложении Д.

### **2.3 Процедура исследования**

Исследование проводилось индивидуально с каждым ребенком непосредственно на территории больницы (в палате или в холле). Работа предполагала две встречи: на первой происходил сбор анамнеза и проводилось экспериментально-психологическое обследование, на второй встрече ребенок и его родители получали обратную связь. В среднем продолжительность одного занятия составляла 1,5 часа.

До начала психологического обследования ребенка с ним и его родителями проводилась беседа, в ходе которой семья информировалась о целях и основных этапах работы. Помимо этого целью беседы было замотивировать ребенка к участию в исследовании и установить с ним эмоциональный контакт. Работа с ребенком начиналась после подписания родителем информированного согласия. Вопреки сложившемуся представлению о детях с ревматическими заболеваниями как о замкнутых и избегающих общение с посторонними людьми, пациенты указанной

больницы и их родители оказались открыты к разговору, легко шли на контакт и с интересом относились к возможности участвовать в исследовании; во время работы дети свободно отвечали на вопросы и с энтузиазмом выполняли задания.

В процессе личной беседы с ребенком по мере возможности уточнялись детали анамнеза его жизни и болезни. Экспериментально-психологическая работа состояла из прохождения испытуемым пяти методик, описанных в предыдущем параграфе. Порядок предъявления методик не был фиксирован и подбирался индивидуально для каждого пациента в зависимости от особенностей его темперамента (представляется разумным, что одним детям удобнее выполнять сначала все текстовые методики и затем все задания с рисунками, в то время как для других детей целесообразно чередовать текстовые и рисуночные тесты). По итогам психологического обследования всем участникам и их родителям была предложена обратная связь и получение рекомендаций при необходимости, тем не менее многие семьи оказались заинтересованы лишь в самом процессе работы, но проявили безразличие к результатам.

#### **2.4 Математико-статистические методы обработки данных**

Математическая обработка полученного материала проводилась при помощи пакета программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics.

Использовались следующие методы: однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) для сравнения средних значений трех групп; критерий Н-Краскала-Уоллеса как непараметрический аналог однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) (данный критерий был использован для проверки статистических гипотез в связи с небольшим объемом выборки) [27].

## **ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение**

### **3.1 Результаты клинико-психологической беседы**

#### **с детьми и наблюдения**

Основной целью проведения клинико-психологической беседы с детьми являлось не только получение сведений касательно анамнеза жизни и болезни, но и лучшее понимание особенностей установления контакта с такой категорией пациентов. Каждый из испытуемых охотно согласился принять участие в исследовании; в процессе работы дети чувствовали себя комфортно; легко и открыто отвечали на вопросы. За все время проведения исследования на кардиоревматологическом отделении ни один из испытуемых не проявил желания прекратить или прервать работу – наоборот, даже при длительном занятии дети высказывали интерес к содержанию заданий, демонстрировали высокую работоспособность и хотели продолжать заниматься как можно дольше. В целом такое наблюдение противоречит данным литературы, согласно которым пациенты с ревматическими заболеваниями замкнутые, необщительные и избегают контактов с посторонними людьми [18; 22].

### **3.2 Результаты экспериментально-психологического исследования**

Поскольку количество испытуемых в каждой из групп сравнительно небольшое, нельзя делать однозначные выводы о статистической достоверности отличий в психологических характеристиках пациентов в зависимости от периода активности патологического процесса. Тем не менее результаты экспериментально-психологического исследования позволяют выявить основные тенденции, свойственные детям с ревматическими заболеваниями на стадии дебюта, обострения или ремиссии.

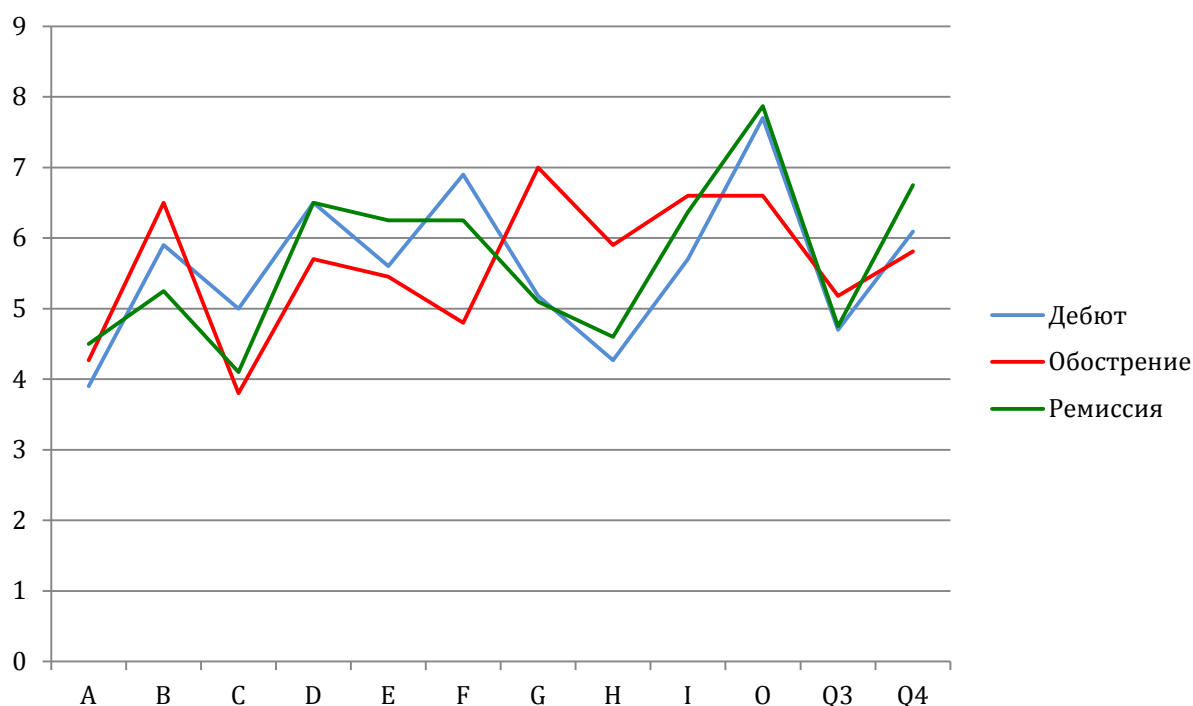
Сравнение средних значений по группам проводилось при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). В связи с небольшим

объемом выборки для проверки статистических гипотез о различиях был проведен дополнительный анализ при помощи непараметрического критерия Н-Краскала-Уоллеса. Результаты применения последнего не показали отличий от результатов, полученных при помощи однофакторного дисперсионного анализа. В дальнейшем описание итогов исследования будет проводиться с помощью средних значений.

### 3.2.1 Особенности структуры личности детей с ревматическими заболеваниями

Для исследования личности детей была использована методика многофакторного исследования личности Кеттелла [25]. Характеристики личности детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса представлены на рисунке 1.

Рис. 1. Профили личности детей с ревматическими заболеваниями



А – общительность; В – вербальный интеллект; С – уверенность в себе; D – возбудимость; Е – склонность к самоутверждению; F – склонность к риску; G – ответственность; H – социальная смелость; I – чувствительность; O – тревожность; Q3 – самоконтроль; Q4 – нервное напряжение.

По итогам анализа полученных данных были выявлены различия между группами по фактору F, который отражает более низкую склонность к риску у пациентов с обострением заболевания ( $p \leq 0,05$ ), и фактору G, который свидетельствует о более высоком чувстве ответственности у этой же группы детей ( $p \leq 0,05$ ). Кроме того, во всех группах наблюдается тенденция к повышению показателей фактора O, отражающего тревожность. В таблице 4 приведены средние значения указанных факторов.

Таблица 4. Средние значения факторов F, G и O.

|   |            | N  | Среднее | Стандартное отклонение | Стандартная ошибка |
|---|------------|----|---------|------------------------|--------------------|
| F | Дебют      | 11 | 6,91    | 1,973                  | 0,595              |
|   | Обострение | 11 | 4,82    | 2,136                  | 0,644              |
|   | Ремиссия   | 8  | 6,25    | 1,389                  | 0,491              |
| G | Дебют      | 11 | 5,18    | 1,601                  | 0,483              |
|   | Обострение | 11 | 7,00    | 1,949                  | 0,588              |
|   | Ремиссия   | 8  | 5,13    | 1,959                  | 0,693              |
| O | Дебют      | 11 | 7,73    | 1,954                  | 0,589              |
|   | Обострение | 11 | 6,64    | 2,111                  | 0,636              |
|   | Ремиссия   | 8  | 7,88    | 1,458                  | 0,515              |

Описательные статистики всех шкал методики и достоверности различий между группами представлены в приложении Ж.



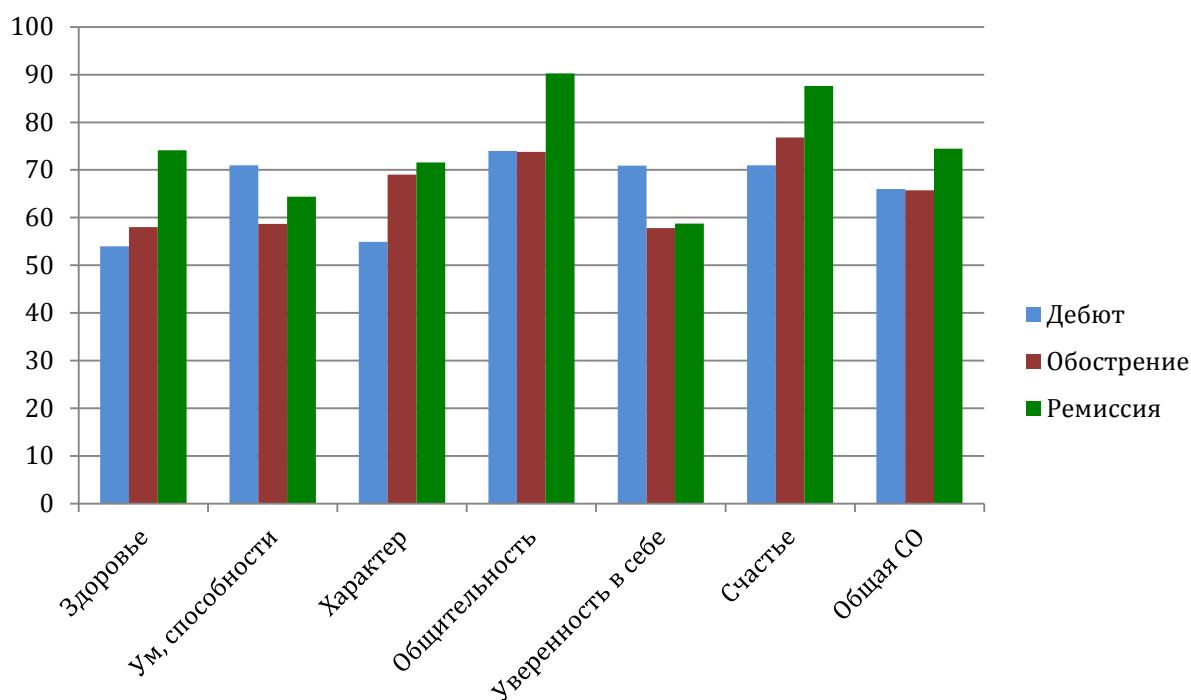
### 3.2.2 Особенности самооценки и уровня притязаний у детей с ревматическими заболеваниями

Для изучения самооценки и уровня притязаний пациентов была использована методика Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан [31].

#### Самооценка

Количественные характеристики уровня самооценки пациентов с ревматическими заболеваниями соответствуют нормальному диапазону значений (от 45 до 74), исходя из чего можно судить о реалистичном представлении детей о себе. Достоверных отличий в самооценке детей не обнаружено. Сравнительные показатели по трем группам представлены на рисунке 2.

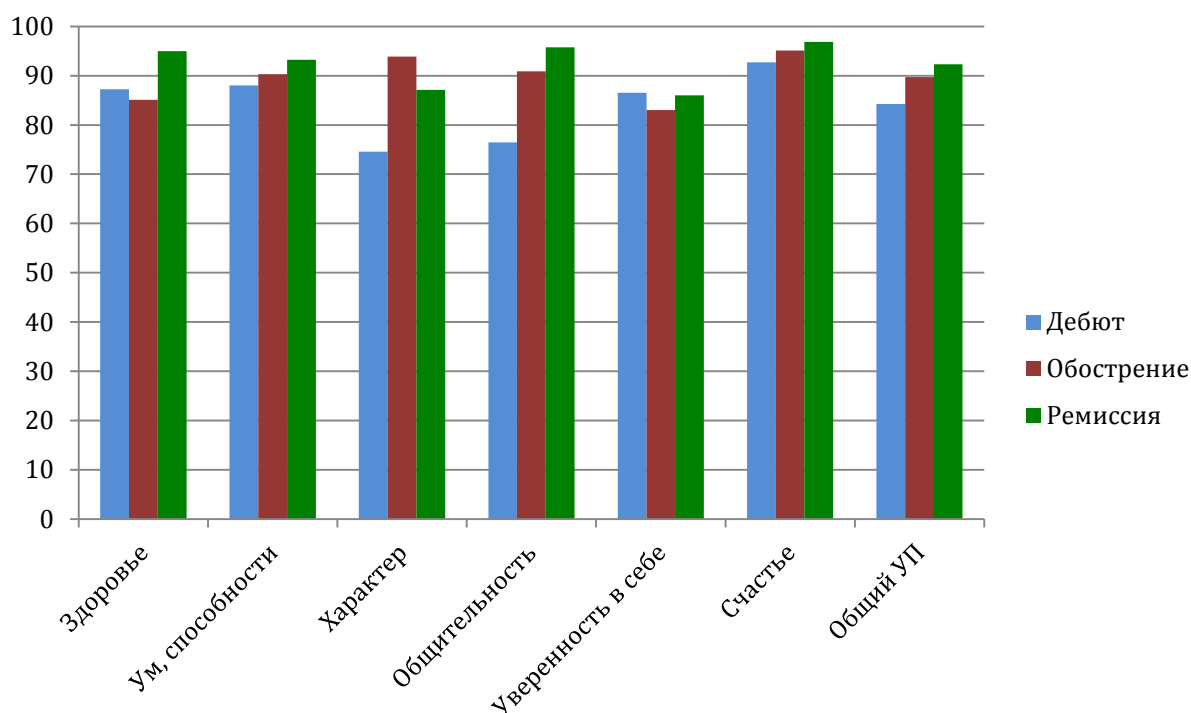
Рис. 2. Особенности самооценки детей с ревматическими болезнями



### Уровень притязаний

Средние значения показателей уровня притязаний расположены у верхней границы диапазона нормальных величин, который соответствует 60-89 баллам. Сравнительные характеристики уровня притязаний пациентов отражены на рисунке 3.

Рис. 3. Особенности уровня притязаний у детей с ревматическими заболеваниями



Были выявлены различия между детьми в уровне притязания характера ( $p \leq 0,05$ ): наиболее высокие требования к себе предъявляют дети в период обострения, в то время как на стадии дебюта наблюдается более низкий показатель по этой шкале. Помимо этого имеется тенденция к отличиям в уровне притязания общительности ( $p \leq 0,1$ ), который ниже у детей на стадии дебюта.

Описательные статистики всех значений методики Дембо-Рубинштейн и достоверности отличий между группами приведены в приложении К.

### 3.2.3 Особенности фрустрационной толерантности детей с ревматическими заболеваниями

Для исследования особенностей реагирования детей был использован тест фрустрационных реакций Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной [37]. Параметры фрустрационных реакций пациентов с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса отражены в таблице 5.

Таблица 5. Показатели реакций детей с ревматическими заболеваниями в ситуации фрустрации (%)

| Фаза болезни | Направленность реакций |       |       | Тип реакций |        |        | GCR   |
|--------------|------------------------|-------|-------|-------------|--------|--------|-------|
|              | E                      | I     | M     | OD          | ED     | NP     |       |
| Дебют        | 28,79                  | 25,76 | 45,45 | 23,48       | 55,49* | 21,02* | 38,25 |
| Обострение   | 35,98                  | 25,95 | 38,07 | 25,38       | 44,69  | 29,92  | 35,98 |
| Ремиссия     | 36,19                  | 30,47 | 33,33 | 20,84       | 45,83  | 33,33  | 38,55 |

\*- $p \leq 0,1$

Согласно полученным результатам, у детей с дебютом ревматического заболевания чаще наблюдается самозащитный тип реагирования (ED) по сравнению с детьми с продолжительным течением болезни независимо от стадии (обострение или ремиссия) ( $p \leq 0,1$ ). Кроме того, у детей в период дебюта ниже число необходимо-упорствующих реакций (NP), что говорит о наличии у них затруднений в поиске и нахождении адекватного разрешения конфликтной ситуации ( $p \leq 0,1$ ). Описательные статистики всех параметров теста и достоверности отличий представлены в приложении Л.

По итогам качественного анализа было выявлено, что ответы детей с дебютом заболевания более короткие и реже способствуют разрешению проблемной ситуации. Пациенты в стадии ремиссии предлагают более социально желательные варианты и чаще используют вежливые обращения («дай, пожалуйста», «пожалуйста, подожди»). Характерные ответы детей с

ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса приведены в таблице 6.

Таблица 6. Характерные фрустрационные реакции детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса

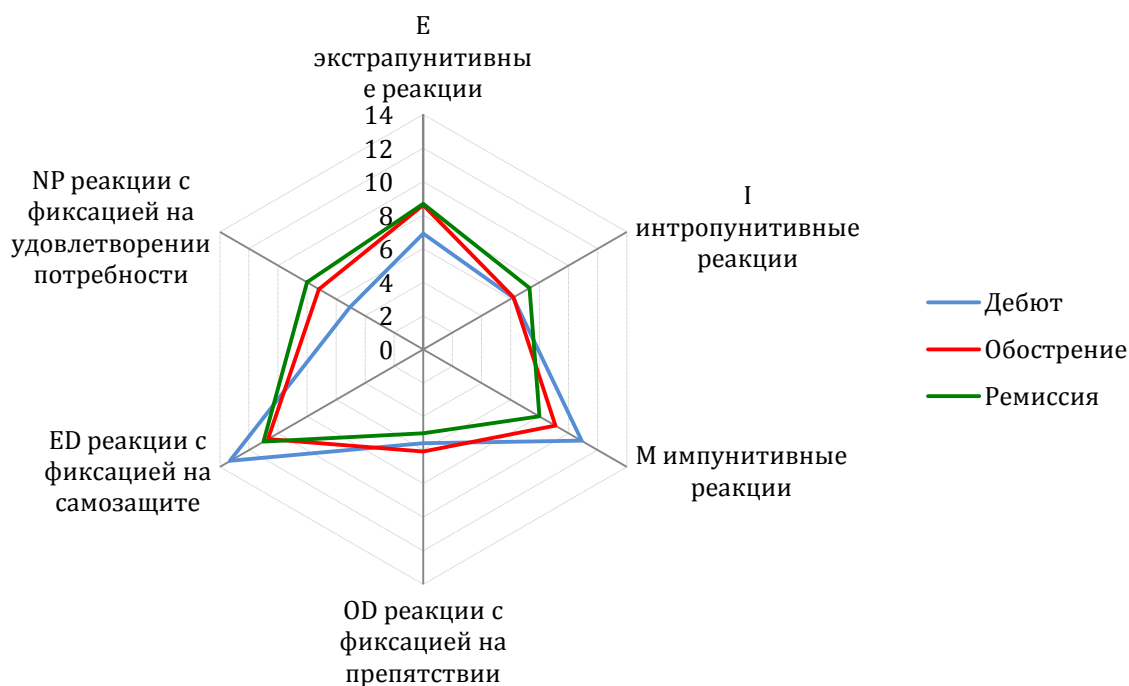
| Номер и содержание картинки                                      | Ответы детей с дебютом заболевания                     | Ответы детей с обострением заболевания                         | Ответы детей в стадии ремиссии заболевания                                       |
|--|--|--|--|
| 2. «Отдай самокат!»  | «Не догонишь»<br>«Я хочу еще покататься»<br>«Не отдам» | «Я немного покатаюсь и верну»<br>«Через несколько минут отдам» | «Пожалуйста, подожди 2 минуты»<br>«Сначала скажи волшебное слово»                |
| 5. «Я купил бы тебе эту куклу, если бы у меня было больше денег» | «Жалко»<br>«Ничего страшного»                          | «Купим потом»<br>«Купи попозже, когда будет больше денег»      | «Тогда купишь другую куклу?»<br>«Папа, пожалуйста, купи мне эту куклу»           |
| 6. «Ты слишком мал. Мы с тобой не играем»                        | «Пожалуйста!»<br>«Я не маленький»<br>«Ну и ладно»      | «Может быть я и мал, но умен»<br>«Тогда я поиграю сам»         | «Возраст – это не главное»<br>«Я найду, с кем поиграть»                          |
| 11. «Тихо! Мама спит»  | «Хорошо»<br>«Я марширую»                               | «Хорошо, больше не буду»<br>«Ой, прости»                       | «Извини, буду играть тише»<br>«Спокойной ночи, папа, я спать»                    |
| 13. «На этот раз я тебя поймал!»                                 | «Я так больше не буду»<br>«Я случайно»                 | «Это все они!»<br>«Предатели»                                  | «Отпустите меня, пожалуйста»<br>«Простите, это была не моя затея, а моих друзей» |
| 16. «Ну и что же если малышка поиграет твоим мячом?»             | «Ладно»<br>«Ну пусть играет»                           | «Тогда я с ней»<br>«Пусть поиграет, если вернет»               | «Давай поиграем, но будет скучно»<br>«Это мой мяч»                               |

Продолжение таблицы 6

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 17. «Мы сейчас уходим, а ты спи»                     | «Хорошо»<br>«Хорошо, пока»                            | «Я ведь еще не устал»<br>«Можно еще чуть-чуть поиграю?»           | «Я не хочу оставаться одна»<br>«Можно мне с вами?»                    |
| 20. «Мне очень жаль, что я нечаянно сломал твой дом» | «Ничего страшного»<br>«Ты должен опять его построить» | «Давай построим новый»<br>«Ничего, вместе мы его построим»        | «Ничего, мы ведь друзья»<br>«Ничего страшного, сейчас починим»        |
| 21. «Я буду качаться весь день»                      | «Ладно, качайся»<br>«Так нельзя»                      | «Лучше тебе весь день не качаться»<br>«Давай по очереди качаться» | «Уступи мне, пожалуйста, качели»<br>«Не жадничай, дай мне покачаться» |

На рисунке 4 представлены профили фрустрационных реакций детей на разных стадиях ревматического заболевания.

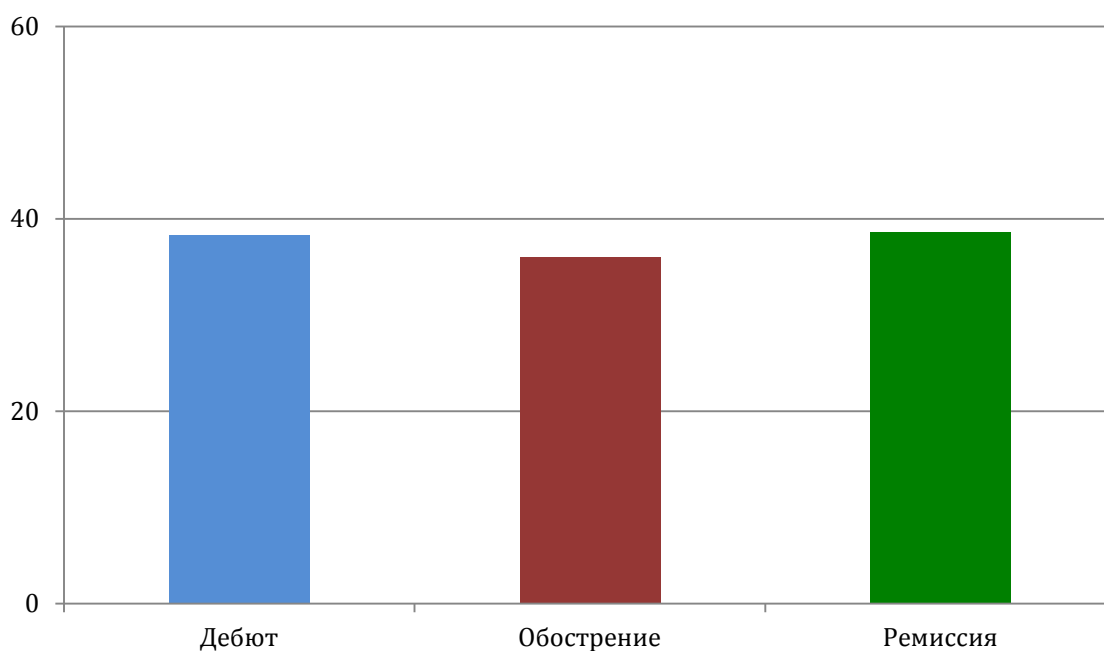
Рис. 4. Профили фрустрационных реакций детей



В целом профиль детей с дебютом ревматического заболевания отличается большей дисгармоничностью по сравнению с профилями детей с продолжительным течением болезни.

Ниже представлено сравнение показателей уровня социальной адаптации детей с ревматическими заболеваниями (рисунок 5).

Рис. 5. Показатели уровня социальной адаптации детей с ревматическими заболеваниями (GCR)

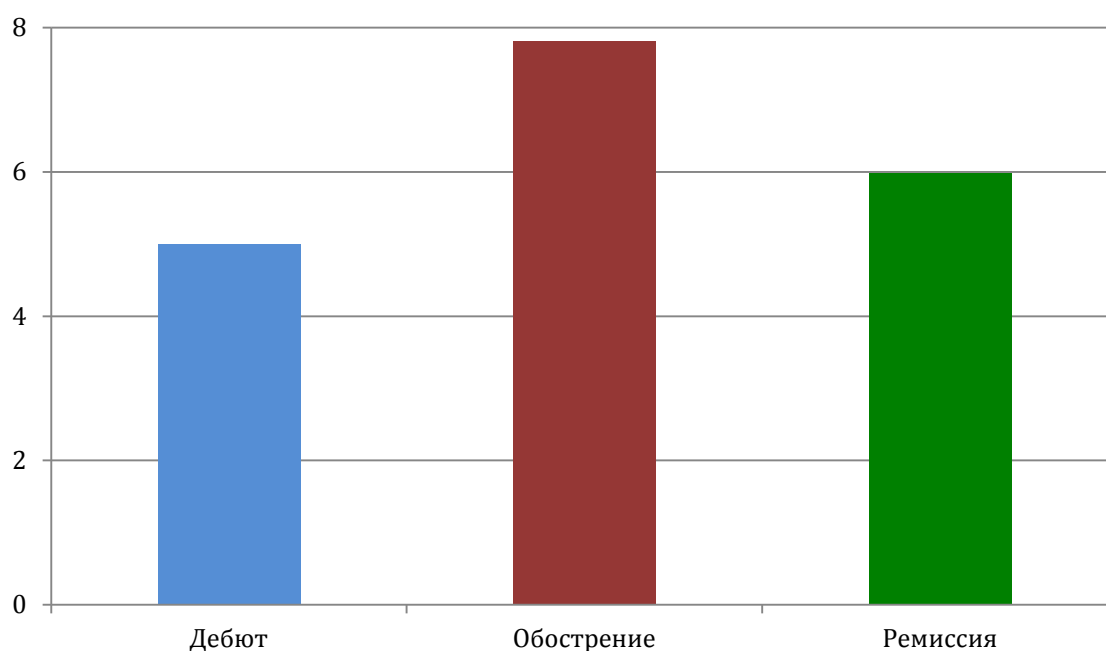


Как видно из приведенной гистограммы, уровень социальной адаптации практически не отличается в разные периоды протекания заболевания. Тем не менее показатели GCR в каждой из трех групп ниже средних показателей для здоровых детей того же возраста, представленных в литературе (35-38% при средних значениях 62-71%) [37].

Кроме анализа уровня социальной адаптации было проведено сравнение уровня психической дезадаптации детей в разные периоды активности ревматического заболевания. С точки зрения Березина Ф.Б., психическая адаптация – это «процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму

удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели при сохранении психического и физического здоровья, обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды» [6, с. 5]. Автором был предложен способ расчета уровня психической дезадаптации путем применения формулы, основанной на отношении фактора Q4 (отражающий нервное напряжение) к фактору С (уверенность в себе) из методики многофакторного исследования личности Кеттелла. Формула для детей и подростков представлена в работах Мамайчук И.И. и помимо факторов методики Кеттелла включает особенности фрустрационной толерантности [23]. Формула выглядит следующим образом:  $ПД = (OD+M+Q4)/C$ , где ПД обозначает уровень психической дезадаптации, OD – показатель реагирования на фрустрацию по препятственно-доминантному типу, M – показатель импунитивной направленности реагирования, Q4 – показатель нервного напряжения, C – показатель уверенности в себе, отражающий интеграцию поведения. Согласно данным литературы, нормальный уровень адаптации соответствует диапазону от 0 до 3 баллов; при результате от 3 до 7 баллов адаптация считается неустойчивой; при показателе выше 7 баллов можно говорить о стойком нарушении адаптации [23]. По результатам математического анализа статистически значимых отличий в уровне психической дезадаптации у детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса не обнаружено. Показатели уровня психической дезадаптации пациентов отражены на рисунке 6.

Рис. 6. Показатели уровня психической дезадаптации детей с ревматическими заболеваниями



В каждой из трех групп показатель уровня дезадаптации превышает нормальный, представленный в литературе [23], из чего следует наличие нарушений адаптации в каждый из периодов ревматического заболевания. Описательные статистики представлены в приложении М.

### **3.2.4 Результаты исследования тревожности у детей с ревматическими заболеваниями**

По итогам статистической обработки результатов методики «Выбери нужное лицо» между группами не выявлено различий в уровне тревожности. Средний показатель тревожности у детей с ревматическими заболеваниями повышен и составляет 46,7%. Описательные статистики исследования уровня тревожности представлены в приложении Н.

По инструкции к методике детям было необходимо определить настроение ребенка, изображенного на рисунках в разных жизненных ситуациях, путем выбора одного из двух вариантов выражения лица: радостного или грустного. Качественный анализ показал ряд случаев, при



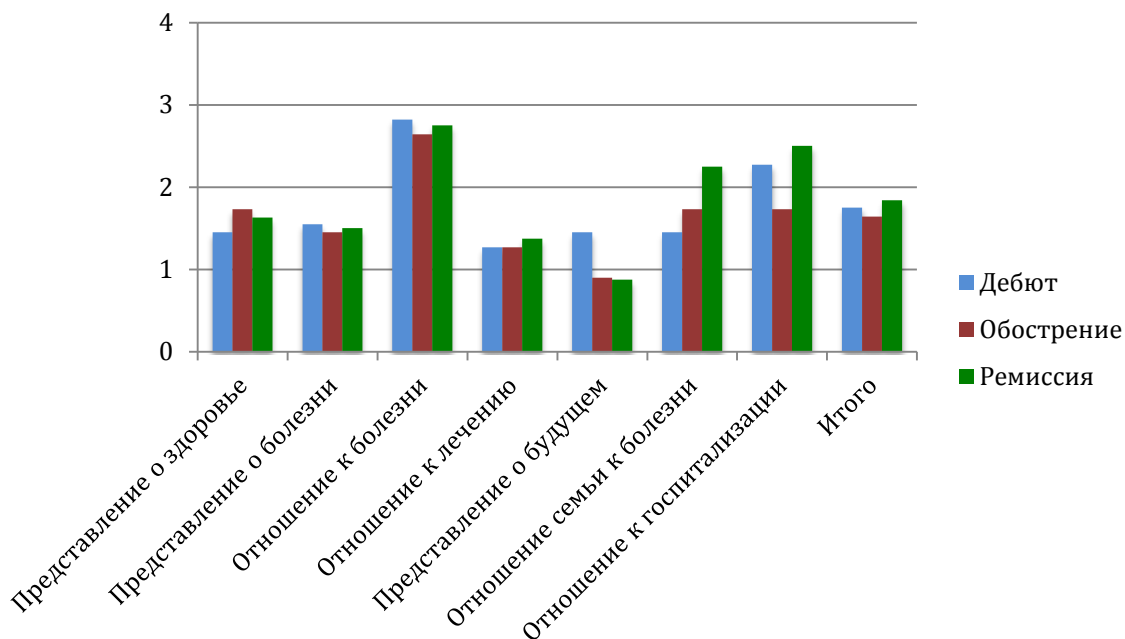
которых детям с ревматическими заболеваниями свойственно делать негативный эмоциональный выбор.

Все испытуемые (n=30) определили настроение ребенка как грустное в ситуации выговора (приложение Г, 8-е изображение); практически все сделали отрицательный эмоциональный выбор в ситуации, где ребенок выступает в качестве объекта агрессии со стороны другого ребенка (n=28) (приложение Г, 3-е изображение); в случае попытки поделить игрушку с ровесником (n=27) (приложение Г, 10-е изображение); в ситуации изоляции, когда другие дети оставляют персонажа одного (n=25) (приложение Г, 12-е изображение); а также в схожей ситуации, когда ребенок уходит спать, оставив родителей (n=24) (приложение Г, 6-е изображение). Помимо этого многие дети с продолжительным течением заболевания независимо от стадии его активности выбрали печальное изображение лица на рисунке, где взрослый указывает ребенку на необходимость прибрать игрушки (n=20) (приложение Г, 11-е изображение), в то же время у детей с дебютом заболевания данная ситуация не вызвала негативных переживаний.

### **3.2.5 Результаты исследования отношения к болезни у детей с ревматическими заболеваниями**

По итогам математического анализа результатов методики «Незаконченные предложения», разработанной И.К. Шацем и В.Е. Каганом для диагностики отношения к болезни в детском возрасте [14; 40], у детей с ревматическими болезнями в разные периоды активности патологического процесса не выявлено отличий в показателе степени выраженности негативных эмоциональных переживаний, связанных с болезнью и госпитализацией. Распределение по шкалам ответов с негативной эмоциональной окраской представлено на рисунке 7.

Рис. 7. Показатели шкал методики «Незаконченные предложения»



Помимо количественного, был проведен качественный анализ ответов испытуемых. Как выяснилось, основные переживания детей относятся к сферам «отношение к болезни», «отношение семьи к болезни» и «отношение к госпитализации». Пациенты с дебютом заболевания склонны проговаривать свои актуальные эмоции и чувства – такие, как грусть или скука. В ответах детей с продолжительным течением патологии как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии чаще звучат более глубокие переживания, связанные с болезнью и ее последствиями («С такой болезнью, как у меня... *очень плохо жить*»), прослеживаются чувства страха и тревоги. Характерные ответы пациентов с ревматическими заболеваниями представлены в таблице 7.

Таблица 7. Характерные ответы детей к методике «Незаконченные предложения»

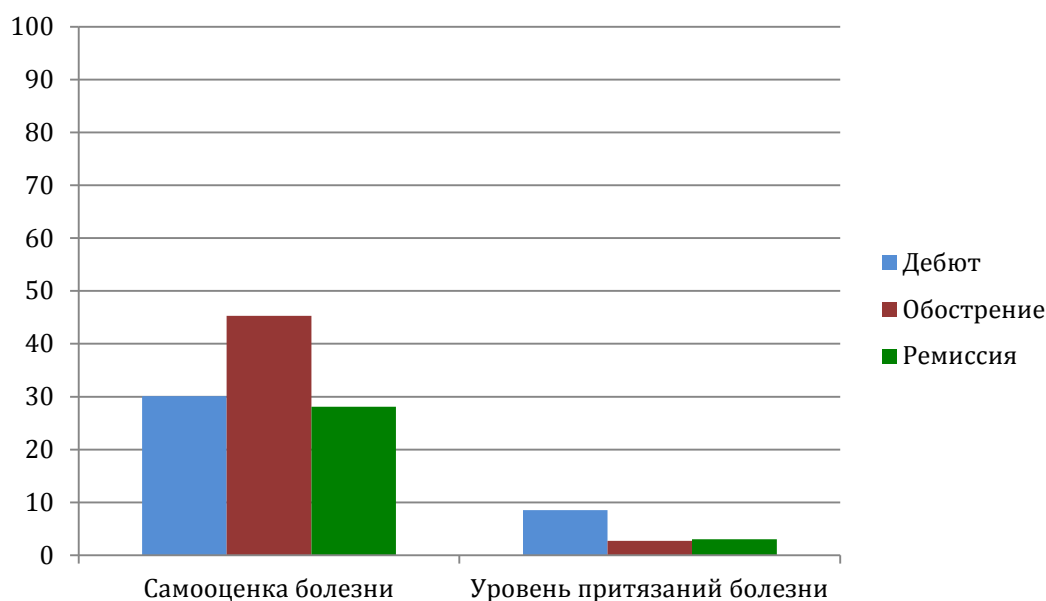
| Номер и содержание незаконченного предложения | Ответы детей с дебютом заболевания  | Ответы детей с обострением заболевания  | Ответы детей в стадии ремиссии заболевания                                 |
|---|---|---|--|
| 3. «Когда я думаю о своей болезни...»         | «становится грустно», «мне плохо»   | «мне грустно»,<br>«я расстраиваюсь»,<br>«думаю, что она очень опасная»                            | «мне грустно»,<br>«мне страшно»  |
| 6. «Когда я заболел, моя семья...»            | «расстроилась»,<br>«встревожилась»,<br>«стала обо мне заботиться»,<br>«отправила меня в больницу» | «огорчилась»,<br>«переживает»,<br>«волнуется»   | «грустила»,<br>«волновалась за меня»                                       |
| 7. «Когда я жду врачей...»                    | «мне скучно», «я отдыхаю», «я думаю о маме»   | «мне грустно»,<br>«я боюсь»   | «я постоянно волнуюсь», «меня это тревожит»                                |
| 13. «Мои близкие думают, что я...»            | «умный»,<br>«веселая»   | «невеселый»   | «плохо себя чувствую»,<br>«сильно больна»                                  |
| 16. «С такой болезнью, как у меня...»         | «тяжело»,<br>«больно»,<br>«грустно»   | «нельзя ходить в школу», «никто не хотел бы болеть», «долго лежат в больнице», «очень плохо жить» | «другим не повезло»,<br>«сложно жить»                                      |
| 21. «Когда я опять поступаю в больницу...»    | «мне одиноко», «я скучаю по родителям», «мне скучно»  | «мне грустно»,<br>«я расстраиваюсь»,<br>«я немного рад»   | «я напрягаюсь»,<br>«огорчаюсь»,<br>«мне грустно»,<br>«мне сюда не хочется» |
| 23. «Среди многих других болезней моя...»     | «обычная», «очень серьезная», «не очень серьезная»  | «самая страшная»,<br>«жуткая»,<br>«редкая»  | «самая неприятная»   |

Продолжение таблицы 7

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 24. «С болезнью у меня связано чувство...» | «страха»,<br>«грусти»,<br>«скуки»,<br>«удивления»     | «обиды»,<br>«ненависти»,<br>«боли», «страха,<br>что буду часто<br>попадать в<br>больницу» | «огорчения»,<br>«боли», «боязни»  |
| 27. «В моей семье сейчас...»               | «гармония»,<br>«скукота без<br>меня», «все<br>хорошо» | «печаль, потому<br>что я болею»,<br>«грусть», «все<br>переживают»                         | «нелегко без<br>меня»,<br>«огорчение,<br>потому что я в<br>больнице»,<br>«грусть» |

Помимо методики «Незаконченные предложения» испытуемым было предложено самостоятельно оценить то, насколько больными они себя считают. С этой целью была добавлена шкала «болезнь» к методике исследования самооценки Дембо-Рубинштейн. Статистически значимых отличий в самооценке и уровне притязания болезни у пациентов из трех групп не обнаружено. Особенности самооценки и уровня притязания болезни у детей с ревматическими заболеваниями представлены на рисунке 8.

Рис. 8. Особенности самооценки и уровня притязаний у детей с ревматическими заболеваниями



### 3.3 Обсуждение результатов исследования

Прежде чем перейти к обсуждению результатов исследования, представляется важным еще раз подчеркнуть, что в связи с недостаточно большим количеством испытуемых в каждой из трех групп выводы о наличии или отсутствии достоверных отличий следует делать с осторожностью. Тем не менее в контексте данной работы возможно говорить об основных тенденциях, свойственных детям с ревматическими заболеваниями на стадии дебюта, в период обострения и в период ремиссии.

Для начала следует отметить, что все без исключения пациенты оказались расположены к участию в исследовании. Они охотно шли на беседу, открыто отвечали на вопросы о себе и своей семье, а также о своем самочувствии. За все время исследования ни разу не пришлось столкнуться с трудностью установления контакта или с отказом ребенка от участия в работе. Взаимодействие с детьми носило неформальный характер, к выполнению заданий они относились серьезно. Невзирая на высокую продолжительность работы (до 1,5-2-х часов) и не всегда комфортные для ребенка условия проведения психологического обследования (периодически работа проходила в холле отделения больницы, где помимо испытуемого могли находиться другие пациенты и посетители), ни один из участников исследования не проявил желания прекратить или прервать занятие – наоборот, дети высказывали интерес к содержанию заданий и демонстрировали высокую работоспособность. Во многом уже первое впечатление от проведенного исследования противоречит данным литературы, согласно которым дети с ревматическими заболеваниями необщительны, замкнуты, астеничны и быстро утомляются [16; 18; 22; 30; 47; 48].

В целом по результатам проведенного исследования практически не обнаружено существенных отличий между группами детей с дебютом

ревматической патологии и детей с обострением или ремиссией диагностированного ранее хронического ревматического заболевания.

По итогам исследования структуры личности детей были выявлены отличия между группами по факторам, отражающим склонность к риску и чувство ответственности. Так, у пациентов, госпитализированных в связи с обострением заболевания, показатели склонности к риску заметно ниже, а показатели ответственности выше, чем у заболевших впервые детей и детей в период ремиссии. Это означает, что дети из данной группы более осторожные, ответственные и серьезные. Им свойственны такие черты, как опасливость, склонность все усложнять и планировать заранее, им трудно расслабиться и отпустить тяжелые мысли.

Исходя из этого можно предположить, что в острой фазе уже давно имеющегося ревматического заболевания у пациентов актуализируются переживания, связанные со своим будущим в условиях наличия патологии. Они четче осознают характер и специфику протекания болезни, а также высокую вероятность последующих обострений, сопровождающихся болевыми ощущениями. Осмысляя ограничения, накладываемые болезнью на образ жизни, дети начинают проявлять большую ответственность и осторожность в повседневных делах вообще и в своих действиях в частности. На стадии дебюта такой эффект не наблюдается, поскольку впервые появившееся заболевание еще не вписалось в картину мира ребенка: пациенты еще не способны осознать в полной мере изменение жизненной ситуации и возможные последствия болезни. Что касается периода ремиссии, то, вероятно, при условии хорошего самочувствия и отсутствия болезненных ощущений дети чувствуют себя более расслабленно и беззаботно, а потому «отпускают» контроль над своим будущим в надежде, что болезнь отступила.

Учитывая такую реакцию детей в период обострения, кажется разумным проводить с ними занятия, способствующие расслаблению и снятию напряжения. Более того, полезно обучать приемам релаксации в том числе и детей в другие периоды протекания болезни, чтобы в будущем при

необходимости они могли самостоятельно регулировать свое состояние и снимать эмоциональный дискомфорт. Один из вариантов психорегулирующей тренировки, проводить которую возможно в небольшой группе детей, представлен в работе И.И. Мамайчук в качестве метода коррекции эмоциональных расстройств у детей с ДЦП. Применение аутогенной тренировки благоприятно влияет как на психологическое состояние, так и на вегето-сосудистые реакции организма и общий энергетический уровень [20].

Помимо указанных выше отличий, в личностном профиле детей во всех группах наблюдается повышение показателей по фактору, характеризующему тревожность. Нельзя сказать однозначно, чем именно обусловлено данное повышение. Возможно, таким образом сказывается факт наличия соматической патологии: дети с дебютом могут испытывать тревогу из-за внезапно свалившейся болезни, пациенты с продолжительным течением – независимо от периода активности патологического процесса – озабочены своим состоянием и пониманием того, что их жизнь отчасти подчинена заболеванию. Следует учесть, что кроме всего прочего пациентов объединяли условия, в которых проводилось психологическое обследование: возможно, именно госпитализация наложила свой отпечаток на эмоциональное состояние детей и оказала влияние на полученные результаты.

Склонность к тревоге у больных ревматоидным артритом отмечается многими авторами [16; 18; 21; 30; 32]. Более того, в некоторых литературных источниках повышенная тревожность описана среди преморбидных особенностей личности пациентов и рассматривается в качестве одного из возможных факторов, участвующих в развитии ревматической патологии [12; 18; 45; 46].

С помощью качественного анализа результатов проективной методики «Выбери нужное лицо» были более подробно изучены содержательные характеристики тревожности у детей с ревматическими заболеваниями. Так,

обнаружено, что для многих пациентов характерно наличие негативных эмоциональных переживаний в ситуациях, связанных со взаимодействием со сверстниками. То, что именно такие ситуации для детей особенно значимы, свидетельствует о вероятном негативном опыте в жизни. С одной стороны, такое положение дел может быть обусловлено наличием у больных детей реально существующих трудностей в коммуникации, возникающих в связи с теми ограничениями, которые заболевание накладывает на жизнь: необходимость вынужденного отрыва от учебного процесса из-за частых госпитализаций, строгие ограничения в физической активности (в том числе в подвижных играх); как следствие – недостаток общения со сверстниками не только по количеству, но и по качеству. Социальная изоляция, в свою очередь, может привести и к более серьезным последствиям, поскольку в период младшего школьного возраста личность детей еще продолжает формироваться, и общение со сверстниками играет в этом немаловажную роль [10, 36]. С другой стороны, обозначенные причины повышенной тревожности в ситуациях взаимодействия с другими детьми – а именно, трудности в общении из-за госпитализаций и других ограничений болезни – не могут быть применимы к пациентам с дебютом заболевания, поскольку прежде они не сталкивались с подобными обстоятельствами. Возможно, дети, заболевшие и попавшие в больницу впервые, испытывают тревогу при общении со сверстниками из-за резкой смены привычного окружения, ведь теперь им приходится устанавливать контакты сразу с большим количеством новых людей: с врачами, соседями по палате и другими пациентами. Все же вопрос о том, с чем в действительности связаны негативные эмоциональные переживания при общении с другими детьми, пока остается открытым. В любом случае, имея представления о соответствующей особенности пациентов с ревматическими заболеваниями, работающие с ними специалисты могут помочь им более успешно адаптироваться к своему социальному окружению.



По итогам исследования самооценки достоверные отличия между группами пациентов отсутствуют. В целом самооценка детей адекватна, так что нет оснований полагать, что пациенты имеют нереалистичные представления о себе. В общем уровне притязаний также не выявлено достоверных отличий, а его показатели расположены у верхней границы диапазона нормальных величин. Полученные результаты противоречат данным литературы, согласно которым дети с ревматическими заболеваниями (в частности, с ювенильным хроническим артритом) обладают заниженной самооценкой [32]. При более детальном изучении обнаружены отличия на уровне статистической тенденции в показателях притязания характера и общительности: значения по этим шкалам ниже у пациентов в период дебюта. Возможно, это обусловлено прежде более благоприятной социальной обстановкой таких детей: поскольку они заболели впервые и им не приходилось часто и надолго отлучаться от своего окружения в связи с госпитализациями, характер их взаимоотношений с близкими людьми не успел измениться. В то же время дети с длительным течением заболевания вынуждены меньше общаться с привычным для себя окружением, вследствие чего у них снижается коммуникативная компетентность, им становится труднее взаимодействовать с другими, а появляющиеся из-за этого переживания заставляют предъявлять к себе повышенные требования.

По результатам исследования фрустрационной толерантности детей с помощью теста фрустрационных реакций Розенцвейга была обнаружена тенденция к увеличению числа самозащитных реакций при уменьшении количества необходимо-упорствующих способов реагирования у пациентов в период дебюта заболевания. Это свидетельствует о появлении у детей трудностей в ситуациях социального взаимодействия и невозможности найти адекватное разрешение конфликта. Общий профиль фрустрационных реакций таких детей отличается более выраженной дисгармоничностью по сравнению с пациентами с продолжительным периодом болезни. Кроме

этого было обнаружено, что на стадии дебюта ревматического заболевания дети отвечают более коротко, а в их репликах зачастую не прослеживаются попытки решить возникшую проблему. Так, например, на рисунок № 5 «Я купил бы тебе эту куклу, если бы у меня было больше денег» пациенты, заболевшие впервые, чаще отвечали «*жалко*» или «*ничего страшного*», в то время как для детей, страдающих ревматической патологией в течение продолжительного времени, более характерна формулировка «*купим попозже, когда будет больше денег*». Возможно, данное отличие обусловлено резким изменением жизненных обстоятельств у пациентов на стадии дебюта: в такой период энергия и ресурсы ребенка направлены на принятие болезни и необходимость вписать ее в свой образ мира, поэтому дети ослаблены, уязвимы и испытывают потребность защититься. Что касается тех детей, которые болеют давно, – они уже успели адаптироваться к своему заболеванию, а потому даже ситуация обострения и появления болезненных ощущений не оказывает влияния на их поведение в социуме. При этом уровень социальной адаптации достаточно низкий в каждой из трех групп, что говорит о возможном наличии у пациентов актуальных межличностных конфликтов. Следует добавить, что ответы детей в период ремиссии носят более социально желательный характер и часто сопровождаются вежливыми обращениями: «*дай, пожалуйста*», «*пожалуйста, подожди*». Предположительно, это связано с изменением у детей характера взаимодействия с другими людьми. Периодические госпитализации и увеличение не только физической, но и эмоциональной дистанции с близким окружением способствует появлению социальной тревожности и различных опасений; дети могут бояться вызвать на себя агрессию и стараются быть осторожнее в общении. Если сопоставить результаты исследования фрустрационных реакций детей с результатами исследования самооценки, складывается впечатление, что пациенты в период дебюта менее критичны к себе с точки зрения взаимоотношений с другими людьми.

Важно отметить, что у детей во всех группах наблюдается неустойчивая психическая адаптация, то есть особенности их личности не соответствуют в полной мере требованиям окружающей среды, а потому они могут испытывать трудности в удовлетворении потребностей и реализации своих целей. В целом такое наблюдение совпадает с данными, приведенными в литературе [22].

Количественный анализ результатов изучения самооценки и уровня притязания болезни, а также результатов исследования отношения к болезни с помощью методики «Незаконченные предложения» не показал достоверных отличий между группами пациентов. В дополнение к количественному был проведен качественный анализ, детально изучены ответы каждого испытуемого. Были выявлены следующие тенденции: в период дебюта высказывания детей более короткие, как и при выполнении теста фрустрационных реакций Розенцвейга; их ответы отражают скорее ситуативные эмоции и актуальные переживания. В высказываниях детей с продолжительным течением ревматического заболевания чаще звучат более глубокие переживания, связанные с целостным восприятием болезни и ее последствий. Например, незаконченное предложение № 16 «С такой болезнью, как у меня...» дети, заболевшие впервые, продолжают словами «*тяжело*», «*грустно*»; пациенты, которые болеют давно, отвечают на это же предложение высказываниями «*очень плохо жить*», «*другим не повезло*». Вероятно, пациенты с дебютом заболевания еще не успели осознать и адекватно оценить тяжесть своего состояния и возможные последствия. У детей, которые страдают ревматической патологией в течение продолжительного времени, образ болезни встраивается в картину мира и фоново влияет на эмоции. Согласно данным литературы, формирование когнитивного уровня в структуре отношения к болезни у детей с ювенильным хроническим артритом происходит не сразу, а с возрастом, и сопровождается появлением и усилением негативных эмоциональных переживаний [32].

Исходя из полученных результатов следует с осторожностью делать выводы о конкретных психологических особенностях детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса. Были выявлены основные тенденции, свойственные для отдельных групп детей с указанной патологией, а также характеристики, присущие большинству пациентов на всех стадиях болезни. Обнаруженные тенденции могут быть более детально изучены в последующих исследованиях при увеличении объема выборки.

## ВЫВОДЫ

1) В структуре личности детей с ревматическими заболеваниями в период обострения отмечается снижение показателей склонности к риску и повышение показателей ответственности. Кроме того, как на стадии дебюта, так и в периоды обострения и ремиссии у пациентов наблюдается повышенный уровень тревожности. У подавляющего большинства детей с ревматическими заболеваниями тенденция к повышению тревожности обнаруживается в ситуациях взаимодействия со сверстниками.

2) Профиль фрустрационных реакций детей в период дебюта заболевания отличается большей дисгармоничностью с преобладанием самозащитных способов реагирования. У пациентов с длительным периодом заболевания такая тенденция не отмечается.

3) У детей с ревматическими заболеваниями независимо от периода активности патологического процесса обнаруживается тенденция к снижению уровня психической и социальной адаптации.

4) Показатели самооценки и уровня притязаний у пациентов с ревматическими заболеваниями находятся в диапазоне нормальных величин, однако у детей на стадии дебюта значения уровня притязания характера и общительности ниже, чем у пациентов с обострением или в период ремиссии.

5) Отношение к болезни у детей, заболевших впервые, характеризуется наличием ситуативных негативных эмоций. Пациенты в период ремиссии и на стадии обострения диагностированного ранее хронического ревматического заболевания демонстрируют более стойкое и целостное восприятие болезни и проявляют более глубокие переживания.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цель исследования заключалась в изучении психологических особенностей детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса: на стадии дебюта, обострения и ремиссии. Последнее время распространенность ревматической патологии возрастает по всему миру [5; 19], при этом этиология и патогенез таких заболеваний до сих пор недостаточно ясны. Болезни ревматической группы трудно поддаются лечению и нередко приводят к серьезным последствиям, что не может не сказываться на психологическом состоянии пациентов. У детей наличие столь серьезного заболевания может сопровождаться изменением психического состояния и приводить к социальной дезадаптации [5; 19; 30].

Результаты исследования показали, что психологические характеристики детей на стадии дебюта, в период обострения и в период ремиссии заболевания примерно одинаковы. Были выявлены и описаны определенные тенденции, характерные для той или иной группы пациентов, однако в контексте данной работы сложно делать выводы о стойких отличиях. В процессе исследования обнаружено, что на всех стадиях у пациентов имеет место тенденция к повышению тревожности, а также к снижению уровня психической и социальной адаптации.

Полученные данные дополняют уже имеющиеся и представленные в литературе сведения о психологических особенностях детей с ревматическими заболеваниями. Результаты настоящего исследования могут быть использованы для выявления основных мишеней психокоррекционной работы с пациентами, страдающими ревматической патологией. Материалы работы также могут оказаться полезны для сотрудников медицинских учреждений, поскольку общее понимание психологического статуса больных детей дает возможность более конструктивно с ними взаимодействовать.

Представляется важным дальнейшее более детальное изучение клинико-психологических характеристик детей с ревматическими заболеваниями, которое позволит более дифференцированно подойти к разработке программ психологического сопровождения данной категории пациентов.

Особенность ревматических заболеваний, отличающих их от большинства других хронических соматических патологических состояний, заключается в тесной связи клинического выражения степени активности ревматологического процесса с величиной отклонения различных лабораторных тестов. Прежде всего, к таковым относятся разнообразные показатели воспаления, а также различные иммунопатологические реакции [9; 19]. Так, представляется целесообразным поиск взаимосвязей между психологическим статусом пациента и количественным выражением ревматоидного фактора, С-реактивного белка, циркулирующего иммунного комплекса и др. Обнаружение таких взаимосвязей может придать различным психологическим характеристикам личности ребенка прогностическое значение в отношении ожидаемой динамики ревматического процесса.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М., 2002. 352 с.
2. Александровская Э.М., Гильяшева И.Н. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р.Кеттелла. Методические рекомендации. М., 1993. 40 с.
3. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды. В 2-х т. Т. 1. М., 1980. 232 с.
4. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб., 2002. 560 с.
5. Баранов А.А., Алексеева Е.И. Ревматические болезни у детей: проблемы и пути их решения // Вопросы современной педиатрии. 2004. Т. 3, № 1. С. 7-11.
6. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988. 270 с.
7. Брызгунов И.П. Психосоматика у детей. М., 2009. 480 с.
8. Выготский Л.С. Психология. М., 2000. 1008 с.
9. Детские болезни: учебник / под ред. А.А. Баранова. М., 2009. 880 с.
10. Запорожец А.В. К вопросу о генезисе, функции и структуре эмоциональных процессов у ребенка // Избранные психологические труды. В 2-х т. Т. I. Психическое развитие ребенка / под ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко. М., 1986, с. 260-275.
11. Игишева Л.Н., Притчина С.С., Янко Е.В., Быкова Ю.А. Особенности клинико-психологического статуса пациентов с ювенильным артритом // Регулярные выпуски РМЖ. 2016. № 18. С. 1227-1230.
12. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб., 2005. 400 с.
13. Йегер Л. Клиническая иммунология и аллергология. Т. II. М., 1990. 512 с.



14. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 74-75.

15. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. СПб., 2007. 112 с.

16. Кельмансон И.А. Основы педиатрии для детского клинического психолога. СПб., 2010. 348 с.

17. Клиника и диагностика ревматических болезней у детей [Электронный ресурс]. URL:

[http://meduniver.com/Medical/Physiology/diagnostika\\_revmaticheskix\\_bolezni\\_u\\_detei.html](http://meduniver.com/Medical/Physiology/diagnostika_revmaticheskix_bolezni_u_detei.html) (дата обращения: 27.01.2018).

18. Макарова В.И., Бабилова И.В., Джос Ю.С. Особенности психоэмоционального статуса больных ревматоидным артритом и детей с ювенильным хроническим артритом // Научно-практическая ревматология. 2002. № 3. С. 46-50.

19. Малиевский В.А. Ювенильные артриты: эпидемиология, медико-социальные и экономические последствия, качество жизни : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.39, 14.00.09 / Ин-т ревматологии РАМН. М., 2006. 38 с.

20. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2006. 400 с.

21. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001. 220 с.

22. Мамайчук И.И., Лапкин Ю.А., Лихачева Е.С. Некоторые особенности личности детей, больных ревматоидным артритом // Ревматология. 1986. № 4. С. 38-41.

23. Мамайчук И. И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб., 2000. 168 с.

24. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М., 1999. 592 с.

25. Методика многофакторного исследования личности Кэттелла / Детский вариант [Электронный ресурс] // Psylab.info – Энциклопедия психодиагностики.

URL:[http://psylab.info/Методика\\_многофакторного\\_исследования\\_личности\\_Кэттелла/Детский\\_вариант](http://psylab.info/Методика_многофакторного_исследования_личности_Кэттелла/Детский_вариант) (дата обращения: 12.09.2017)

26. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избр. Психол. Тр. / В.Н. Мясищев / под ред. А.А. Бодалева. М., 2004. 356 с.

27. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. СПб., 2004. 392 с.

28. Никольская И.М. Методы психологического исследования психически больных детей // Детская психиатрия: учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб, 2005. С. 139-161.

29. Петровская Т.Ю., Саатова Г.М. Диагностические и прогностические аспекты ювенильного ревматоидного артрита // Научно-практическая ревматология. 2002. № 2. С. 45-46.

30. Подклетнова Т.В., Кузенкова Л.М., Алексеева Е.И. Психоневрологические аспекты ювенильного ревматоидного артрита // Вопросы современной педиатрии. 2009. Т. 8. № 1. С. 46-51.

31. Прихожан А.М. Применение методов прямого оценивания в работе школьного психолога // Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психодиагностических методик / под ред. И.В. Дубровиной и др. М., 1988. С. 110-128.

32. Пятакова Г.В., Ишевская Г.И. Формирование личности подростков, страдающих ювенильным хроническим артритом // Ананьевские чтения – 2009: Современная психология: методология, парадигмы, теории. Материалы научной конференции «Ананьевские чтения – 2009». Выпуск 2. Методологический анализ теорий, исследований и практики в различных областях психологии / под ред. Л.А. Цветковой, В.М. Аллахвердова. СПб., 2009. С. 425-427.

33. Ревматические болезни [Электронный ресурс] // Медицинская учебная литература. URL: <https://auno.kz/patologiya/276-revmaticheskie-bolezni.html> (дата обращения: 17.01.2018)
34. Ревматические болезни [Электронный ресурс] // Медицинский справочник болезней.  
URL: [http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology#title\\_detail](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology#title_detail) (дата обращения: 17.01.2018).
35. Ревматические заболевания у детей [Электронный ресурс] // Клиника аллергологии и педиатрии. URL: <http://www.klinikaallergo.ru/revmaticheskie-zabolevaniya-u-detej/> (дата обращения: 20.02.2018).
36. Рыбалко Е.Ф. Возрастная и дифференциальная психология. СПб., 2001. 224 с.
37. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации. Л., 1984.
38. Тест тревожности (Р.Тэмпл, М.Дорки, В.Амен) // Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб., 2002. С. 19-28.
39. Тест тревожности (Р.Тэмпл, М.Дорки, В.Амен) // Практикум по возрастной психологии / под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. СПб., 2008. С. 271-280.
40. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. СПб., 2010. 192 с.
41. Щелкова О.Ю., Вассерман Л.И. Задачи психологической диагностики в клинической и профилактической медицине // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности / под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой. СПб., 2014, с. 69-82.
42. Dunbar F. Emotions and Bodily Changes // New York: Columbia University Press. 1935. P. 1192.
43. Engel G.L. The biopsychosocial model: Continued discussion // Family Medicine. 1991. Vol. 23. № 116. P. 414.

44. Evers, A. W. M., Zautra, A., & Thieme, K. (2011). Stress and resilience in rheumatic diseases: A review and glimpse into the future // *Nature Reviews Rheumatology*, 7(7), 409-415.
45. Henoch M., Boston J., Baum J. Chronic physical illness in childhood: Psychological and social effects in adolescence and adult life // *International Congress of Rheumatology, 16th: Abstracts*. Philadelphia, 1977.
46. Henoch M.J., Batson J.W., Baum J. Psychological factors in juvenile rheumatoid arthritis. *Rheum.*, 1978, 21, 2, 229-233.
47. Matcham, F., Ali, S., Hotopf, M., Chalder, T. Psychological correlates of fatigue in rheumatoid arthritis: A systematic review // *Clinical Psychology Review*. July 01, 2015. Vol. 39. P. 16-29.
48. Michel, B., Banovic, I., Gilibert, D., Pallu, J., Meyer, O. Psychological factors and intensity of fatigue experienced by rheumatoid arthritis patients: A preliminary study // *Annales Medico-Psychologiques*. June 2016. Vol. 174, Is. 5. P. 344-351.
49. Pieringer W. Psychosomatische und somatopsychische Aspekte der progressiv chronischen Polyarthritits // *Wien. Klin. Wochenschr.* 1978. № 94. P. 17-20.
50. Schanberg, L. E., Anthony, K. K., Gil, K. M., Lefebvre, J. C., Kredich, D. W., & Macharoni, L. M. (2001). Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease // *Pediatrics*, 108(3).

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение А

Бланки стимульного материала к методике многофакторного исследования личности Кеттелла

#### Для мальчиков. Часть I

1. Ты быстро справляешься со своими домашними заданиями или ты их выполняешь долго
2. Если над тобой подшутили, ты немного сердишься или смеешься
3. Ты думаешь, что почти все можешь сделать как надо или ты можешь справиться только с некоторыми заданиями
4. Ты часто делаешь ошибки или ты их почти не делаешь
5. У тебя много друзей или не очень много
6. Другие мальчики умеют больше, чем ты или ты можешь столько же
7. Всегда ли ты хорошо запоминаешь имена людей или случается, что ты их забываешь
8. Ты много читаешь или большинство ребят читает больше
9. Когда учитель выбирает другого мальчика для работы, которую ты сам хотел сделать, тебе становится обидно или ты быстро об этом забываешь
10. Ты считаешь, что твои выдумки, предложения, идеи хорошие и правильные или ты не уверен в этом
11. Какое слово будет противоположным по значению к слову «собирать» «раздавать» или «накапливать» или «беречь»
12. Ты обычно молчаливый или много говоришь
13. Если мама на тебя сердится, это иногда бывает ее ошибкой или у тебя ощущение, что ты сделал что-то неправильно
14. Тебе понравилось бы больше заниматься с книгами в библиотеке или быть капитаном дальнего плавания
15. Какая из следующих букв отличается от двух других?  
«с» или «т» или «у»
16. Ты можешь вечером долго сидеть спокойно или начинаешь ерзать

17. Если ребята беседуют о каком-то месте, которое и ты хорошо знаешь, ты тоже начинаешь рассказывать о нем что-нибудь или ты ждешь, когда они кончат
18. Ты смог бы стать космонавтом или ты думаешь, что это слишком сложно
19. Дан цифровой ряд: 2, 4, 8,... Какая следующая цифра в этом ряду?  
10 или 16 или 12
20. Твоя мама говорит, что ты слишком живой и беспокойный или ты тихий и спокойный
21. Ты охотнее слушаешь, как рассказывает кто-то из ребят или тебе больше нравится рассказывать самому
22. В свободное время ты лучше почитал бы книгу или поиграл в мяч
23. Дана группа слов: «холодный», «горячий», «мокрый», «теплый». Одно слово не подходит по смыслу к остальным. Какое?  
«мокрый» или «холодный» или «теплый»
24. Ты всегда осторожен в своих движениях или бывает, когда ты бегаешь, то задеваешь за предметы
25. Ты тревожишься, что тебя могут наказать или тебя это никогда не волнует
26. Тебе больше понравилось бы строить дома, когда ты вырастешь или быть летчиком
27. Когда Коле было столько же лет, сколько Наташе сейчас, Аня была старше его. Кто моложе всех?  
Коля или Аня или Наташа
28. Учитель часто делает тебе замечания на уроках или он считает, что ты ведешь себя так, как надо
29. Когда твои друзья спорят о чем-то, ты вмешиваешься в их спор или молчишь
30. Ты можешь заниматься, когда другие в классе разговаривают, смеются или когда ты занимаешься, должна быть тишина
31. Ты слушаешь «новости» по телевизору или ты идешь играть, когда они

начинаются

32. Тебя обижают взрослые или они тебя хорошо понимают

33. Ты спокойно переходишь улицу, где большое движение транспорта или ты немного волнуешься

34. С тобой случаются большие неприятности или мелкие, незначительные

35. Если ты знаешь вопрос, ты сразу же поднимаешь руку или ждешь, когда тебя вызовут, не поднимая руки

36. Когда в класс приходит новичок, ты с ним знакомишься так же быстро, как и остальные ребята или тебе надо больше времени

37. Охотнее ты стал бы водителем какого-нибудь транспорта (автобуса, троллейбуса, такси) или врачом

38. Ты часто огорчаешься, когда что-то не сбывается или редко

39. Когда кто-то из детей просит помочь им на контрольной, ты говоришь, чтобы он сам все решал или помогаешь, если не видит учитель

40. В твоём присутствии взрослые разговаривают между собой или они частенько слушают тебя

41. Если ты слышишь грустную историю, слезу могут навернуться на твои глаза или этого не бывает

42. Большинство твоих планов тебе удастся осуществить или порой получается не так, как ты задумал

43. Когда мама зовет тебя домой, ты продолжаешь играть еще немного или идешь сразу же

44. Можешь ли ты свободно встать в классе и что-то рассказать. или ты робеешь, смущаешься

45. Понравилось бы тебе оставаться с маленькими детьми или тебе не понравилось бы оставаться с ними

46. Бывает так, что тебе одиноко и грустно или такого с тобой не бывает

47. Уроки дома ты делаешь в разное время дня или в одно и то же время дня

48. Хорошо ли тебе живется или не совсем хорошо

49. С большим удовольствием ты отправился бы за город, полюбоваться

красивой природой или на выставку современных машин

50. Если тебе делают замечания, ругают, ты сохраняешь спокойствие и хорошее настроение или ты сильно расстраиваешься

51. Скорее тебе понравилось бы работать на кондитерской фабрике или быть учителем

52. Когда ребята в классе шумят, ты всегда сидишь тихо или ты шумишь вместе с ними

53. Если тебя толкают в автобусе, ты считаешь, что ничего особенного не произошло или тебя это сердит

54. Случалось тебе делать что-то такое, чего не следовало делать или такого не случалось с тобой

55. Ты предпочитаешь друзей, которые любят побаловаться, побегать, пошалить или тебе нравятся более серьезные

56. Ты испытываешь беспокойство, раздражение, когда приходится сидеть тихо и ждать, пока что-то начнется или тебе не доставляет никакого труда долгое ожидание

57. Охотнее ты сейчас бы ходил в школу или поехал путешествовать в автомобиле

58. Бывает иногда, что ты злишься на всех или ты всегда доволен всеми

59. Какой учитель тебе понравился бы больше: мягкий, снисходительный или строгий

60. Дома ты ешь все, что тебе предлагают или ты протестуешь, когда дают пищу, которую ты не любишь

### Для мальчиков. Часть II

1. К тебе хорошо относятся почти все или только некоторые люди

2. Когда ты утром просыпаешься, ты сначала сонный и вялый или тебе сразу хочется повеселиться

3. Ты заканчиваешь свою работу быстрее, чем другие или тебе надо немного больше времени

4. Бываешь ли ты иногда неуверен в себе или ты уверен в себе



5. Ты всегда радуешься, когда видишь своих школьных друзей или иногда тебе не хочется никого видеть
6. Говорит ли тебе мама, что ты медлителен или ты делаешь все быстро
7. Другим детям нравится то, что ты предлагаешь или им не всегда это нравится
8. В школе ты выполняешь все точно так, как требуют или твои одноклассники выполняют требования учителя более точно
9. Думаешь ли ты, что дети стараются перехитрить тебя или они относятся к тебе по-дружески
10. Ты делаешь все всегда хорошо или бывают дни, когда у тебя ничего не получается
11. Больше всего общего с «льдом», «паром», «снегом» имеют «вода» или «буря» или «зима»
12. Ты сидишь во время урока спокойно или любишь повертеться
13. Ты возражаешь иногда своей маме или ты ее побаиваешься
14. Тебе больше нравится кататься на лыжах в парке, в лесу или кататься на лыжах с высоких гор
15. «ходить» так относится к слову «бегать», как «медленно» к слову «верхом» или «ползком» или «быстро»
16. Ты считаешь, что ты всегда вежлив или бываешь надоедливым
17. Говорят ли, что с тобой трудно договориться (ты любишь настаивать на своем) или с тобой легко иметь дело
18. Менялся ли ты с кем-нибудь из ребят своими вещами (карандашом, линейкой, ручкой) или ты этого никогда не делал
19. Дан цифровой ряд: 7, 5, 3... Какая следующая цифра в этом ряду?  
2 или 1 или 9
20. Хочется ли тебе быть иногда непослушным или у тебя никогда нет такого желания
21. Твоя мама делает все лучше, чем ты или часто твое предложение бывает лучше

22. Если бы ты был диким животным, ты охотнее стал быстрой лошадью или львом
23. Дана группа слов «некоторые», «все», «часто», «никто». Одно слово не подходит к остальным. Какое?  
«часто» или «никто» или «все»
24. Когда тебе сообщают приятную новость, ты радуешься спокойно или тебе от радости хочется прыгать
25. Если кто-то к тебе относится не очень хорошо, ты прощаешь ему это или ты относишься к нему так же
26. Что тебе больше понравилось бы в бассейне: плавать или нырять с вышки
27. Вова моложе Пети, Сережа моложе Вовы. Кто самый старший?  
Сережа или Вова или Петя
28. Учитель иногда говорит, что ты недостаточно внимателен и допускаешь много помарок в тетради или он этого почти никогда не говорит
29. В спорах ты во что бы то ни стало стремишься доказать, что ты хочешь или спокойно можешь уступить
30. Ты лучше послушал бы историю о войне или о жизни животных
31. Ты всегда помогаешь новым ученикам, которые пришли к вам в класс или обычно это делают другие
32. Ты долго помнишь о своих неприятностях или ты быстро о них забываешь
33. В игре ты с большим удовольствием изображал бы пилота сверхзвукового самолета или известного писателя
34. Если мама тебя отругала, ты становишься грустным или настроение у тебя почти не портится
35. Ты всегда собираешь свой портфель с вечера или бывает, что делаешь это утром
36. Хвалит ли тебя учитель или он о тебе мало говорит
37. Можешь ли ты прикоснуться к пауку или паук тебе неприятен
38. Часто ли ты обижаешься или это случается очень редко

39. Когда родители говорят, что тебе пора спать, ты сразу же идешь или еще немного продолжаешь заниматься своим делом
40. Ты смущаешься, когда приходится разговаривать с незнакомым человеком или ты совсем не смущаешься
41. Ты скорее стал бы художником или охотником
42. У тебя все удачно выходит или бывают неудачи
43. Если ты не понял условие задачи, ты обращаешься к товарищу или к учителю
44. Можешь ли ты рассказывать смешные истории так, чтобы все смеялись или ты находишь, что это не очень легко делать
45. После урока тебе хочется некоторое время побыть около учителя или тебе хочется сразу же идти гулять в коридор
46. Иногда ты сидишь без дела и чувствуешь себя плохо или такого с тобой не бывает
47. По пути из школы ты останавливаешься поиграть или после школы ты идешь сразу домой
48. Всегда ли твои родители выслушивают тебя или они часто сильно заняты
49. Когда ты не можешь выйти из дома, тебе грустно или тебе это безразлично
50. У тебя мало затруднений или много
51. В свободное время ты лучше пошел бы в кино или сажать деревья во дворе
52. Ты охотнее расскажешь маме о своих школьных делах или о прогулке, экскурсии
53. Если друзья берут твои вещи без спроса, ты считаешь, что в этом нет ничего особенного или ты сердишься на них
54. При неожиданном звуке тебе случалось вздрогнуть или ты просто оглядываешься
55. Тебе больше нравится, когда вы с ребятами рассказываете что-то друг другу или тебе больше нравится играть с ними

56. Повышаешь ли ты голос в разговоре, когда сильно взволнован или ты всегда разговариваешь спокойно
57. Охотнее ты пошел бы на урок или посмотрел бы встречу по футболу
58. Если ты слушаешь радио или смотришь телевизор, мешают тебе посторонние разговоры или ты их не замечаешь
59. Бывает ли тебе трудно в школе или тебе легко в школе
60. Если тебя дома чем-то разозлили, ты спокойно выходишь из комнаты или выходя из комнаты, ты можешь хлопнуть дверью

### Для девочек. Часть I

1. Ты быстро справляешься со своими домашними заданиями или ты их выполняешь долго
2. Если над тобой подшутили, ты немного сердисься или смеешься
3. Ты думаешь, что почти все можешь сделать как надо или ты можешь справиться только с некоторыми заданиями
4. Ты часто делаешь ошибки или ты их почти не делаешь
5. У тебя много друзей или не очень много
6. Другие девочки умеют больше, чем ты или ты можешь столько же
7. Всегда ли ты хорошо запоминаешь имена людей или случается, что ты их забываешь
8. ты много читаешь или большинство ребят читает больше.
9. Когда учитель выбирает другую девочку для работы, которую ты сама хотела сделать, тебе становится обидно или ты быстро об этом забываешь
10. Ты считаешь, что твои выдумки, предложения, идеи хорошие и правильные или ты не уверена в этом
11. Какое слово будет противоположным по значению к слову «собирать»? «раздавать» или «накапливать» или «беречь»
12. Ты обычно молчаливая или много говоришь
13. Если мама на тебя сердится, это иногда бывает ее ошибкой или у тебя ощущение, что ты сделала что-то неправильно
14. Тебе понравилось бы больше заниматься с книгами в библиотеке или

быть капитаном дальнего плавания

15. Какая из следующих букв отличается от двух других?

«с» или «т» или «у»

16. Ты можешь вечером долго сидеть спокойно или начинаешь ерзать

17. Если девочки беседуют о каком-то месте, которое и ты хорошо знаешь, ты тоже начинаешь рассказывать о нем что-нибудь или ты ждешь, когда они кончат

18. Ты смогла бы стать космонавтом или ты думаешь, что это слишком сложно

19. Дан цифровой ряд: 2, 4, 8,... Какая следующая цифра в этом ряду?

10 или 16 или 12

20. Твоя мама говорит, что ты слишком живая и беспокойная или ты тихая и спокойная

21. Ты охотнее слушаешь, как рассказывает кто-то из ребят или тебе больше нравится рассказывать самой

22. В свободное время ты лучше почитала бы книгу или поиграла в мяч

23. Дана группа слов: «холодный», «горячий», «мокрый», «теплый». Одно слово не подходит по смыслу к остальным. Какое?

«мокрый» или «холодный» или «теплый»

24. Ты всегда осторожна в своих движениях или бывает, когда ты бегаешь, то задеваешь за предметы

25. Ты тревожишься, что тебя могут наказать или тебя это никогда не волнует

26. Тебе больше понравилось бы строить дома, когда ты вырастешь или летать (быть пилотом, стюардессой)

27. Когда Коле было столько же лет, сколько Наташе сейчас, Аня была старше его. Кто моложе всех?

Коля или Аня или Наташа

28. Учитель часто делает тебе замечания на уроках или он считает, что ты ведешь себя так, как надо

29. Когда твои друзья спорят о чем-то, ты вмешиваешься в их спор или молчишь
30. Ты можешь заниматься, когда другие в классе разговаривают, смеются или когда ты занимаешься, должна быть тишина
31. Ты слушаешь «новости» по телевизору или ты идешь играть, когда они начинаются
32. Тебя обижают взрослые или они тебя хорошо понимают
33. Ты спокойно переходишь улицу, где большое движение транспорта или ты немного волнуешься
34. С тобой случаются большие неприятности или мелкие, незначительные
35. Если ты знаешь вопрос, ты сразу же поднимаешь руку или ждешь, когда тебя вызовут, не поднимая руки
36. Когда в класс приходит новенькая, ты с ней знакомишься та же быстро, как и остальные ребята или тебе надо больше времени
37. Охотнее ты стала бы водителем какого-нибудь транспорта (автобуса, троллейбуса, такси) или врачом
38. Ты часто огорчаешься, когда что-то не сбывается или редко
39. Когда кто-то из детей просит помочь им на контрольной, ты говоришь, чтобы он сам все решал или помогаешь, если не видит учитель
40. В твоем присутствии взрослые разговаривают между собой или они частенько слушают тебя
41. Если ты слышишь грустную историю, слезу могут навернуться на твои глаза или этого не бывает
42. Большинство твоих планов тебе удастся осуществить или порой получается не так, как ты задумала
43. Когда мама зовет тебя домой, ты продолжаешь играть еще немного или идешь сразу же
44. Можешь ли ты свободно встать в классе и что-то рассказать или ты робеешь, смущаешься
45. Понравилось бы тебе оставаться с маленькими детьми или тебе не

понравилось бы оставаться с ними

46. Бывает так, что тебе одиноко и грустно или такого с тобой не бывает

47. Уроки дома ты делаешь в разное время дня или в одно и то же время дня

48. Хорошо ли тебе живется или не совсем хорошо

49. С большим удовольствием ты отправилась бы за город, полюбоваться красивой природой или на выставку новых товаров

50. Если тебе делают замечания, ругают, ты сохраняешь спокойствие и хорошее настроение или ты сильно расстраиваешься

51. Скорее тебе понравилось бы работать на кондитерской фабрике или быть учительницей

52. Когда ребята в классе шумят, ты всегда сидишь тихо или ты шумишь вместе с ними

53. Если тебя толкают в автобусе, ты считаешь, что ничего особенного не произошло или тебя это сердит

54. Случалось тебе делать что-то такое, чего не следовало делать или такого не случалось с тобой

55. Ты предпочитаешь друзей, которые любят побаловаться, побегать, пошалить или тебе нравятся более серьезные

56. Ты испытываешь беспокойство, раздражение, когда приходится сидеть тихо и ждать, пока что-то начнется или тебе не доставляет никакого труда долгое ожидание

57. Охотнее ты сейчас бы ходила в школу или поехала путешествовать в автомобиле

58. Бывает иногда, что ты злишься на всех или ты всегда довольна всеми

59. Какой учитель тебе понравился бы больше: мягкий, снисходительный или строгий

60. Дома ты ешь все, что тебе предлагают или ты протестуешь, когда дают пищу, которую ты не любишь

Для девочек. Часть II

1. К тебе хорошо относятся почти все или только некоторые люди
2. Когда ты утром просыпаешься, ты сначала сонная и вялая или тебе сразу хочется повеселиться
3. Ты заканчиваешь свою работу быстрее, чем другие или тебе надо немного больше времени
4. Бываешь ли ты иногда не уверена в себе или ты уверена в себе
5. Ты всегда радуешься, когда видишь своих школьных друзей или иногда тебе не хочется никого видеть
6. Говорит ли тебе мама, что ты медлительна или ты делаешь все быстро
7. Другим детям нравится то, что ты предлагаешь или им не всегда это нравится
8. В школе ты выполняешь все точно так, как требуют или твои одноклассники выполняют требования учителя более точно
9. Думаешь ли ты, что дети стараются перехитрить тебя или они относятся к тебе по-дружески
10. Ты делаешь все всегда хорошо или бывают дни, когда у тебя ничего не получается
11. Больше всего общего с «льдом», «паром», «снегом» имеют «вода» или «буря» или «зима»
12. Ты сидишь во время урока спокойно или любишь повертеться
13. Ты возражаешь иногда своей маме или ты ее побаиваешься
14. Тебе больше нравится кататься на лыжах в парке, в лесу или кататься на лыжах с высоких гор
15. «ходить» так относится к слову «бегать», как «медленно» к слову «верхом» или «ползком» или «быстро»
16. Ты считаешь, что ты всегда вежлива или бываешь надоедливой
17. Говорят ли, что с тобой трудно договориться (ты любишь настаивать на своем) или с тобой легко иметь дело
18. Менялась ли ты с кем-нибудь из ребят своими вещами (карандашом, линейкой, ручкой) или ты этого никогда не делала



19. Дан цифровой ряд: 7, 5, 3,... Какая следующая цифра в этом ряду?  
2 или 1 или 9
20. Хочется ли тебе быть иногда непослушной или у тебя никогда нет такого желания
21. Твоя мама делает все лучше, чем ты или часто твоё предложение бывает лучше
22. Если бы ты была диким животным, ты охотнее стала быстрой лошадью или тигрицей
23. Дана группа слов: «некоторые», «все», «часто», «никто». Одно слово не подходит к остальным. Какое?  
«часто» или «никто» или «все»
24. Когда тебе сообщают приятную новость, ты радуешься спокойно или тебе от радости хочется прыгать
25. Если кто-то к тебе относится не очень хорошо, ты прощаешь ему это или ты относишься к нему так же
26. Что тебе больше понравилось бы в бассейне: плавать или нырять с вышки
27. Вова моложе Пети, Сережа моложе Вовы. Кто самый старший?  
Сережа или Вова или Петя
28. Учитель иногда говорит, что ты недостаточно внимательна и допускаешь много помарок в тетради или он этого почти никогда не говорит
29. В спорах ты во что бы то ни стало стремишься доказать то, что ты хочешь или спокойно можешь уступить
30. Ты лучше послушала бы историю о войне или о жизни животных
31. Ты всегда помогаешь новым ученикам, которые прилипают к вам в класс или обычно это делают другие
32. Ты долго помнишь о своих неприятностях или ты быстро о них забываешь
33. Тебе бы больше понравилось уметь хорошо шить наряды или быть балериной
34. Если мама тебя отругала, ты становишься грустной или настроение у тебя

почти не портится

35. Ты всегда собираешь свой портфель с вечера или бывает, что делаешь это утром

36. Хвалит ли тебя учитель или он о тебе мало говорит

37. Можешь ли ты прикоснуться к пауку или паук тебе неприятен

38. Часто ли ты обижаешься или это случается очень редко

39. Когда родители говорят, что тебе пора спать, ты сразу же идешь или еще немного продолжаешь заниматься своим делом

40. Ты смущаешься, когда приходится разговаривать с незнакомым человеком или ты совсем не смущаешься

41. Ты скорее стала бы художником или хорошим парикмахером

42. У тебя все удачно выходит или бывают неудачи

43. Если ты не поняла условие задачи, ты обращаешься к кому-либо из ребят или к учителю

44. Можешь ли ты рассказывать смешные истории так, чтобы все смеялись или ты находишь, что это не очень легко делать

45. После урока тебе хочется некоторое время побыть около учителя или тебе хочется сразу же идти гулять в коридор

46. Иногда ты сидишь без дела и чувствуешь себя плохо или такого с тобой не бывает

47. По пути из школы ты останавливаешься поиграть или после школы ты идешь сразу домой

48. Всегда ли твои родители выслушивают тебя или они часто сильно заняты

49. Когда ты не можешь выйти из дома, тебе грустно или тебе это безразлично

50. У тебя мало затруднений или много

51. В свободное время ты лучше пошла бы в кино или сажать цветы и деревья во дворе

52. Ты охотнее расскажешь маме о своих школьных делах или о прогулке, экскурсии

53. Если друзья берут твои вещи без спроса, ты считаешь, что в этом нет ничего особенного или ты сердишься на них
54. При неожиданном звуке тебе случалось вздрогнуть или ты просто оглядываешься
55. Тебе больше нравится, когда вы с девочками рассказываете что-то друг другу или тебе больше нравится играть с ними
56. Повышаешь ли ты голос в разговоре, когда сильно взволнована или ты всегда разговариваешь спокойно
57. Охотнее ты пошла бы на урок или посмотрела бы выступление фигуристов
58. Если ты слушаешь радио или смотришь телевизор, мешают тебе посторонние разговоры или ты их не замечаешь
59. Бывает ли тебе трудно в школе или тебе легко в школе
60. Если тебя дома чем-то разозлили, ты спокойно выходишь из комнаты или выходя из комнаты, ты можешь хлопнуть дверью

#### Ключ к тесту

| Фактор | Ключ                    | Фактор | Ключ                    |
|--------|-------------------------|--------|-------------------------|
| A      | 1a, 2b, 5a, 7a, 9b      | G      | 31a, 35a, 39a, 43b, 47b |
| B      | 11a, 15c, 19b, 23a, 27c | H      | 32b, 36a, 40b, 44a, 48a |
| C      | 3a, 4b, 6b, 8a, 10a     | I      | 33b, 37b, 41a, 45a, 49a |
| D      | 12b, 16b, 20a, 24b, 28a | O      | 34a, 38a, 42b, 46a, 50b |
| E      | 13a, 17a, 21b, 25b, 29a | Q3     | 51b, 52a, 55b, 57a, 59b |
| F      | 14b, 18a, 22b, 26b, 30a | Q4     | 53b, 54a, 56a, 58a, 60b |

#### Таблицы для перевода «сырых» баллов в стены

Мальчики 8-10 лет (n = 142)

|   | 1   | 2   | 3 | 4 | 5   | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | X   | $\sigma$ |
|---|-----|-----|---|---|-----|---|---|---|---|----|-----|----------|
| A | 0   | 1-2 | 3 | 4 | 5   | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 6,3 | 2,2      |
| B | 0-1 | 2   | 3 | 4 | 5   | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 5,6 | 1,8      |
| C | 0   | 1   | 2 | 3 | 4-5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 5,4 | 2,2      |
| D | 0   | 1   | 2 | 3 | 4-5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 5,3 | 2,4      |

|    |     |   |   |     |     |     |   |   |     |      |     |     |
|----|-----|---|---|-----|-----|-----|---|---|-----|------|-----|-----|
| E  |     | 0 | 1 | 2   | 3   | 4   | 5 | 6 | 7-8 | 9-10 | 4,2 | 2,1 |
| F  | 0-1 | 2 | 3 | 4   | 5   | 6   | 7 |   | 8   | 9-10 | 6,4 | 1,8 |
| G  | 0   | 1 | 2 | 3-4 | 5   | 6   | 7 | 8 | 9   | 10   | 6,0 | 2,2 |
| H  | 0-2 | 3 | 4 | 5   | 6   | 7   | 8 |   | 9   | 10   | 6,1 | 2,2 |
| I  |     | 0 | 1 | 2   | 3   | 4   | 5 | 6 | 7   | 8-10 | 3,8 | 1,9 |
| O  |     | 0 | 1 | 2   | 3   | 4-5 | 6 | 7 | 8   | 9-10 | 3,4 | 2,1 |
| Q3 | 0   | 1 | 2 | 3   | 4-5 | 6   | 7 | 8 | 9   | 10   | 5,1 | 2,2 |
| Q4 | 0   | 1 | 2 | 3   | 4   | 5   | 6 | 7 | 8   | 9-10 | 4,5 | 2,2 |

Девочки 8-10 лет (n = 152)

|    | 1   | 2   | 3   | 4   | 5 | 6 | 7   | 8   | 9 | 10   | X   | $\sigma$ |
|----|-----|-----|-----|-----|---|---|-----|-----|---|------|-----|----------|
| A  | 0-1 | 2-3 | 4   | 5   | 6 | 7 | 8   | 9   |   | 10   | 7,0 | 1,9      |
| B  | 0-1 | 2   | 3   | 4   | 5 | 6 | 7   | 8   | 9 | 10   | 5,9 | 1,9      |
| C  | 0   | 1   | 2   | 3-4 | 5 | 6 | 7   | 8   | 9 | 10   | 5,9 | 2,2      |
| D  |     | 0   | 1   | 2   | 3 | 4 | 5-6 | 7-8 | 9 | 10   | 3,8 | 2,4      |
| E  |     | 0   | 1   | 2   | 3 | 4 | 5   | 6   | 7 | 8-10 | 3,1 | 1,9      |
| F  | 0   | 1   | 2   | 3   | 4 | 5 | 6   | 7   | 8 | 9-10 | 4,0 | 2,0      |
| G  | 0-1 | 2   | 3-4 | 5   | 6 | 7 | 8   |     | 9 | 10   | 7,2 | 2,1      |
| H  | 0-1 | 2-3 | 4   | 5   | 6 | 7 | 8   |     | 9 | 10   | 6,5 | 2,1      |
| I  | 0-1 | 2   | 3-4 | 5   |   | 6 | 7   | 8   | 9 | 10   | 7,0 | 1,8      |
| O  |     | 0   | 1   | 2   | 3 | 4 | 5   | 6   | 7 | 8-10 | 3,7 | 2,1      |
| Q3 | 0-1 | 2   | 3-4 | 5   | 6 | 7 | 8   | 9   |   | 10   | 6,9 | 2,1      |
| Q4 |     | 0   | 1   | 2   | 3 | 4 | 5   | 6-7 | 8 | 9-10 | 3,8 | 2,2      |

Мальчики 11-12 лет (n = 141)

|   | 1   | 2   | 3   | 4 | 5   | 6 | 7 | 8   | 9 | 10   | X   | $\sigma$ |
|---|-----|-----|-----|---|-----|---|---|-----|---|------|-----|----------|
| A | 0   | 1   | 2   | 3 | 4-5 | 6 | 7 | 8   | 9 | 10   | 5,6 | 2,5      |
| B | 0-2 | 3   | 4   | 5 | 6   | 7 | 8 | 9   |   | 10   | 6,9 | 1,8      |
| C | 0   | 1   | 2   | 3 | 4-5 | 6 | 7 | 8   | 9 | 10   | 5,2 | 2,5      |
| D | 0   | 1   | 2-3 | 4 | 5   | 6 | 7 | 8   | 9 | 10   | 5,6 | 2,4      |
| E | 0-1 | 2   | 3   | 4 | 5   | 6 | 7 | 8   | 9 | 10   | 5,6 | 2,1      |
| F | 0-1 | 2-3 | 4   | 5 | 6   | 7 | 8 | 9   |   | 10   | 6,6 | 2,0      |
| G | 0   | 1   |     | 2 | 3   | 4 | 5 | 6-7 | 8 | 9-10 | 4,2 | 2,1      |
| H | 0-1 | 2   | 3   | 4 | 5   | 6 | 7 | 8   | 9 | 10   | 5,8 | 2,3      |
| I | 0   |     | 1   | 2 | 3   | 4 | 5 | 6   | 7 | 8-10 | 3,4 | 1,9      |

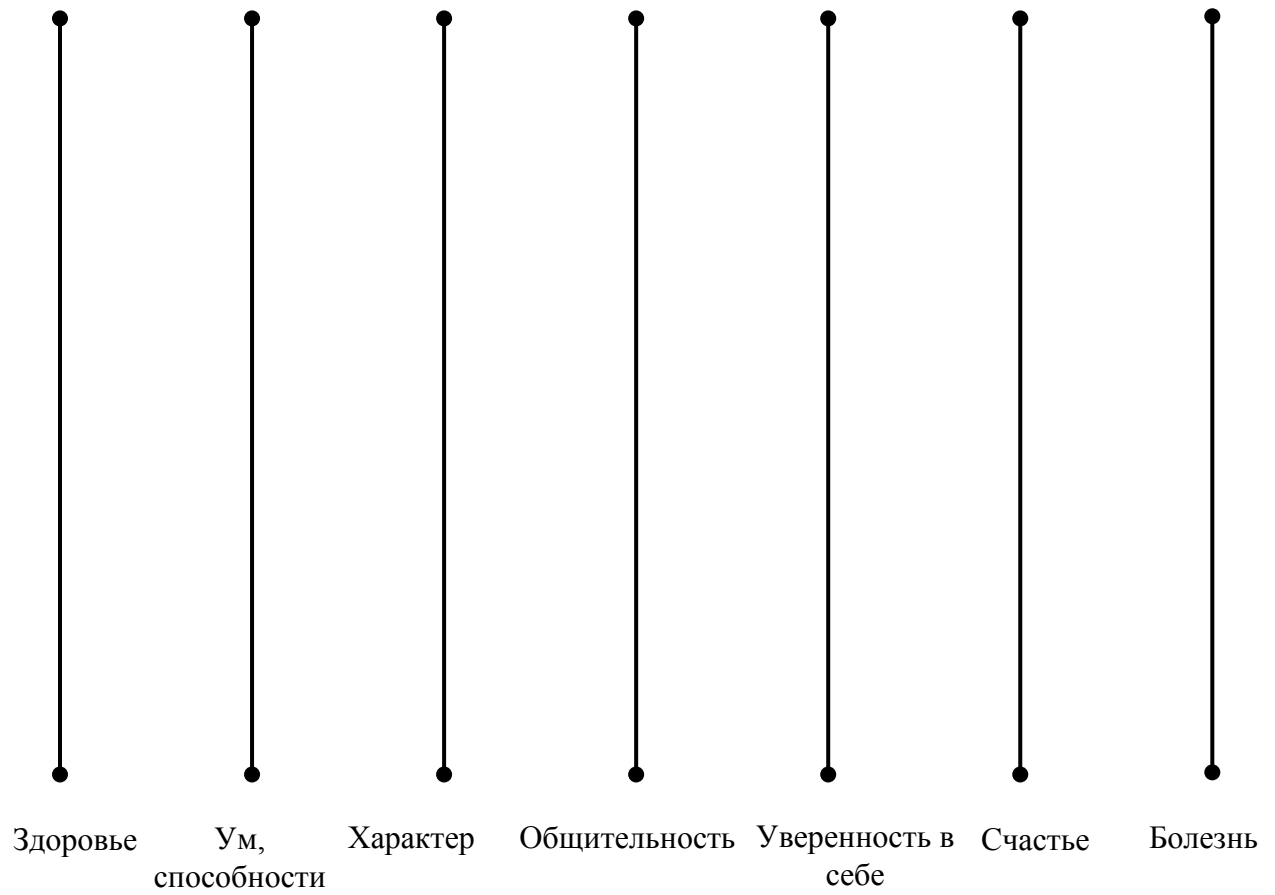
|    |   |   |   |     |   |   |     |   |   |      |     |     |
|----|---|---|---|-----|---|---|-----|---|---|------|-----|-----|
| O  |   | 0 | 1 | 2   | 3 | 4 | 5-6 | 7 | 8 | 9-10 | 3,9 | 2,5 |
| Q3 |   | 0 | 1 | 2   | 3 | 4 | 5   | 6 | 7 | 8-10 | 3,6 | 2,1 |
| Q4 | 0 | 1 | 2 | 3-4 | 5 | 6 | 7   | 8 | 9 | 10   | 6,0 | 2,4 |

Девочки 11-12 лет (n = 135)

|    | 1   | 2 | 3   | 4   | 5   | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 | X   | $\sigma$ |
|----|-----|---|-----|-----|-----|---|-----|---|---|----|-----|----------|
| A  | 0-2 | 3 | 4   | 5   | 6   | 7 | 8   | 9 |   | 10 | 6,3 | 2,2      |
| B  | 0-3 | 4 | 5   | 6   | 7   |   |     | 8 | 9 | 10 | 7,3 | 1,8      |
| C  | 0   | 1 | 2   | 3   | 4-5 | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 | 5,2 | 2,6      |
| D  | 0   | 1 | 2   | 3-4 | 5   | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 | 5,1 | 2,5      |
| E  | 0-1 | 2 | 3   | 4   | 5   | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 | 5,0 | 2,1      |
| F  | 0-1 | 2 | 3   | 4   | 5   | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 | 4,8 | 2,1      |
| G  | 0   | 1 | 2   | 3   | 4   | 5 | 6-7 | 8 | 9 | 10 | 5,2 | 2,2      |
| H  | 0-1 | 2 | 3   | 4   | 5-6 | 7 | 8   | 9 |   | 10 | 6,3 | 2,2      |
| I  | 0-2 | 3 |     | 4   | 5   | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 | 6,3 | 1,8      |
| O  | 0   | 1 | 2   | 3   | 4   | 5 | 6-7 | 8 | 9 | 10 | 4,4 | 1,9      |
| Q3 | 0   | 1 | 2   | 3   | 4   | 5 | 6-7 | 8 | 9 | 10 | 4,8 | 2,4      |
| Q4 | 0   | 1 | 2-3 | 4   | 5   | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 | 5,8 | 2,5      |

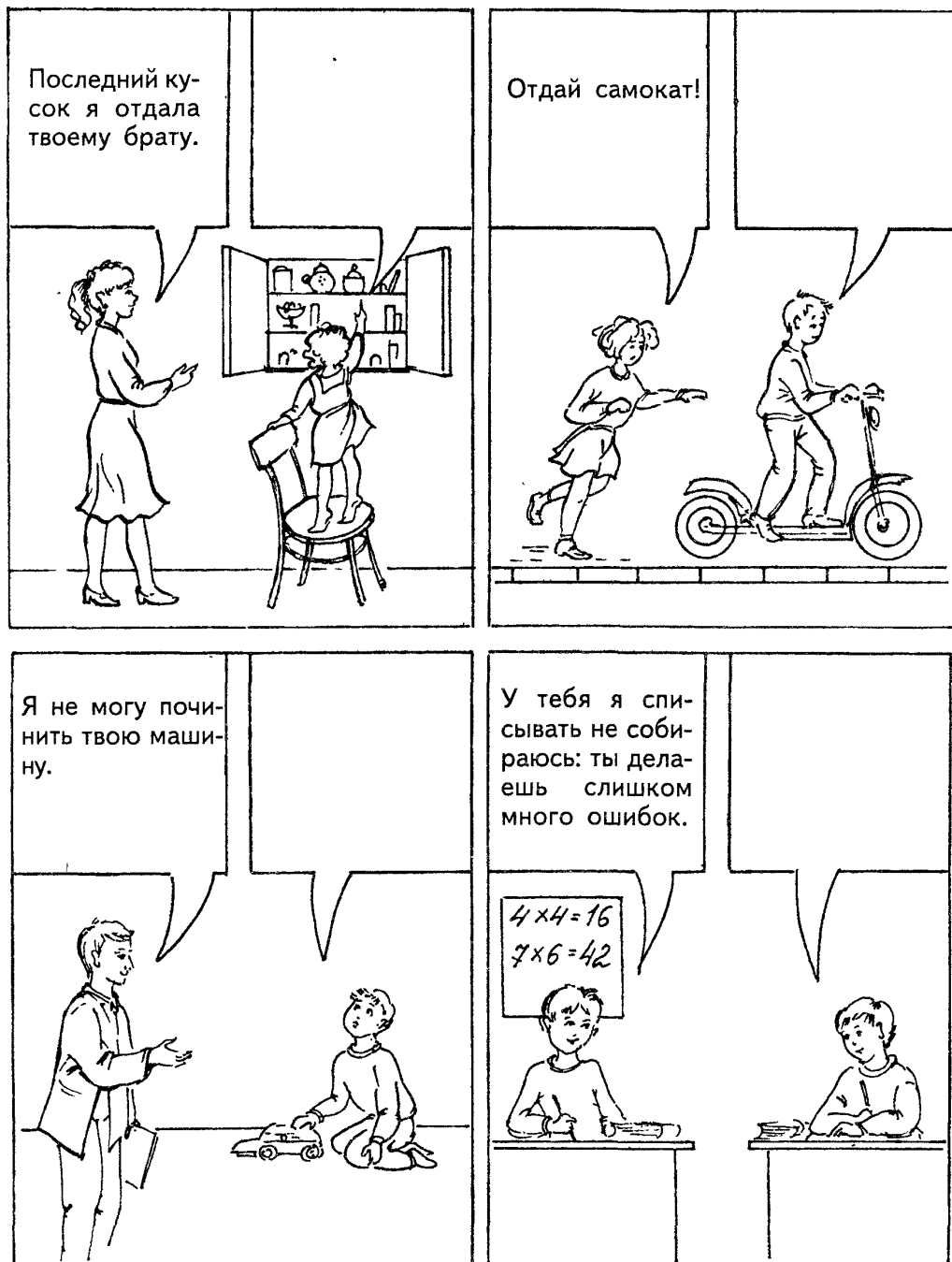
## Приложение Б

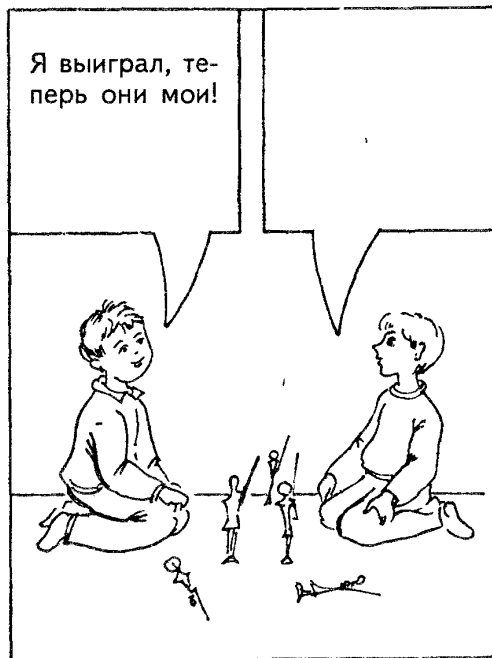
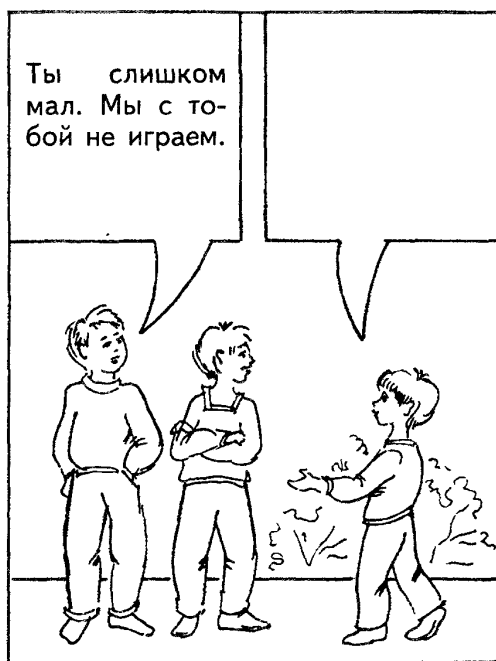
### Стимульный материал к методике Дембо-Рубинштейн



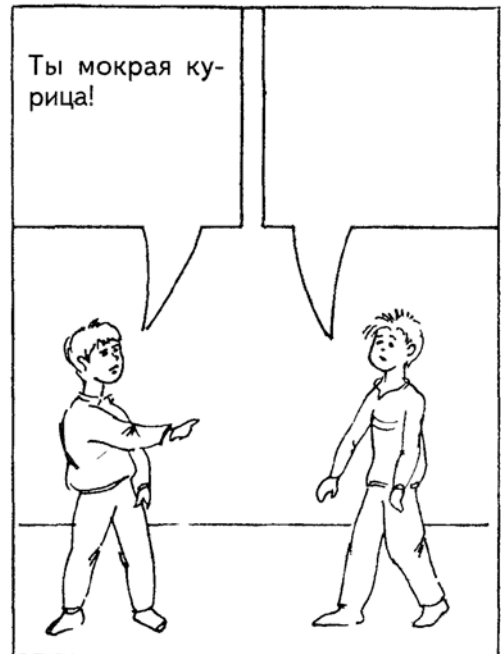
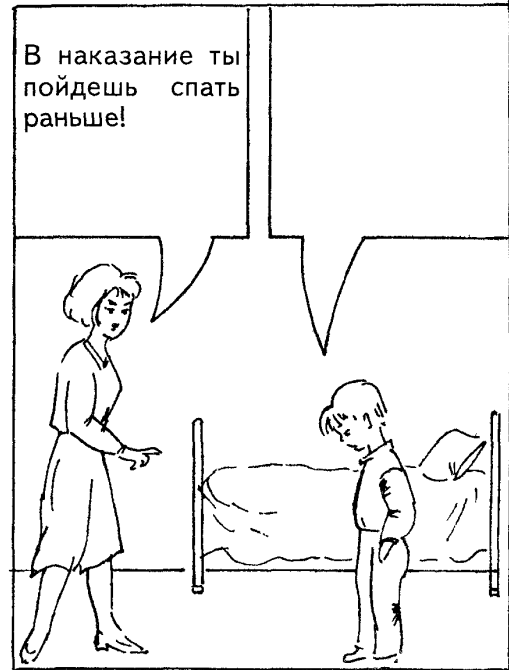
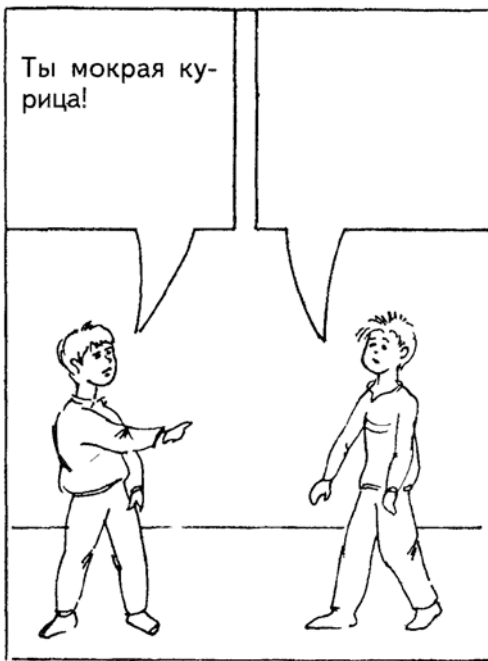
## Приложение В

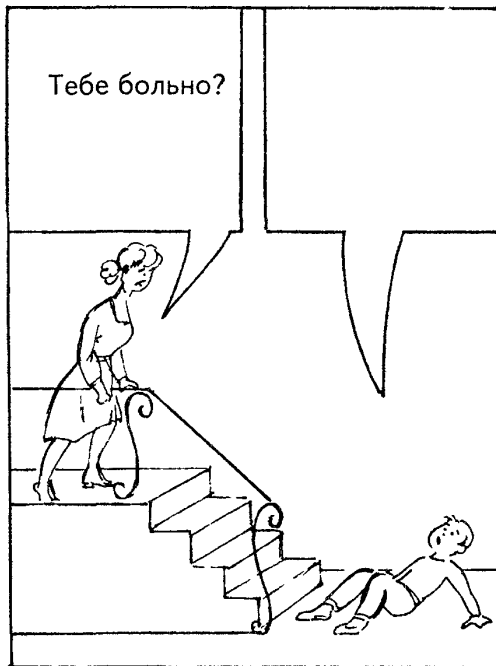
Стимульный материал к тесту фрустрационных реакций Розенцвейга

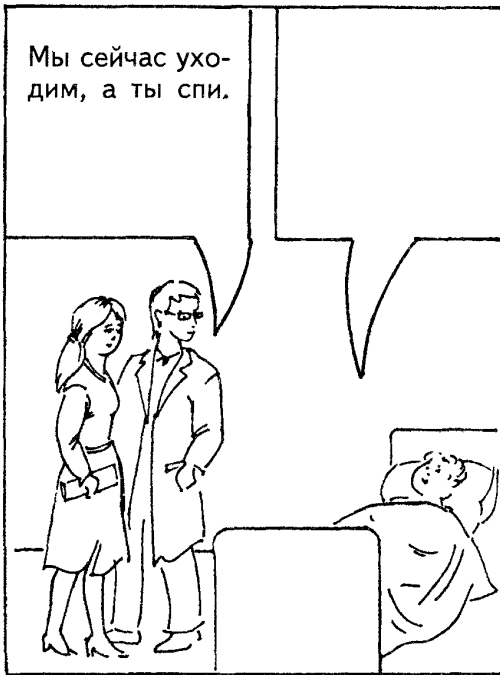


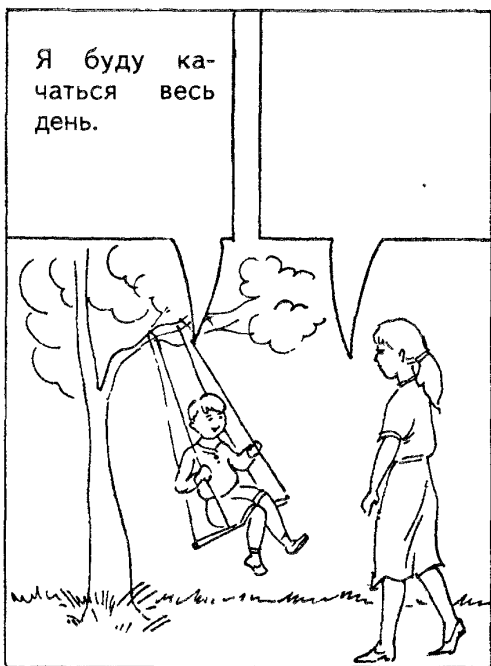








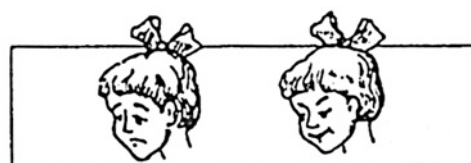
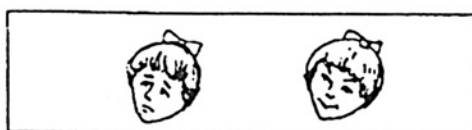
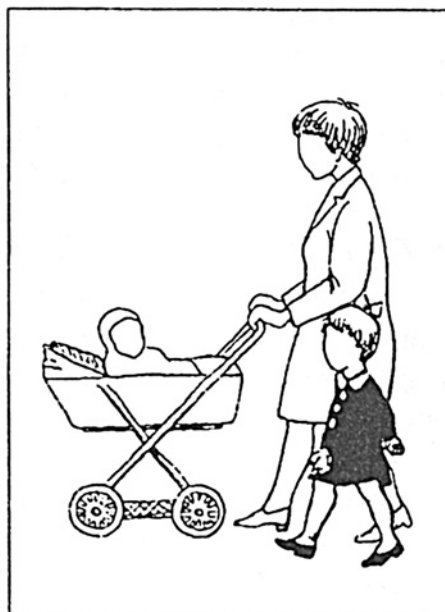


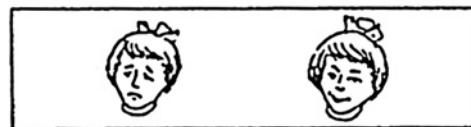
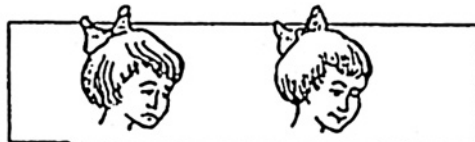
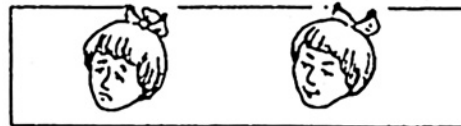
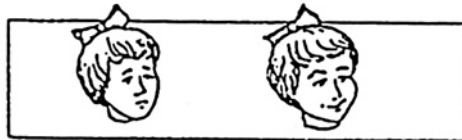
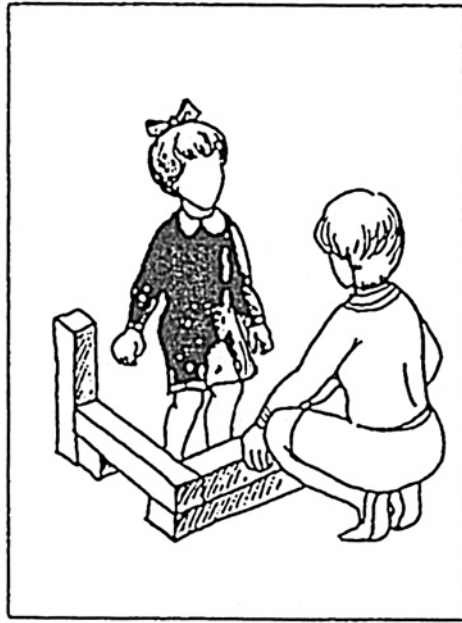


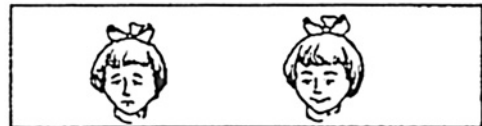
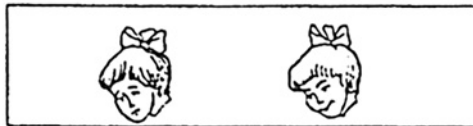
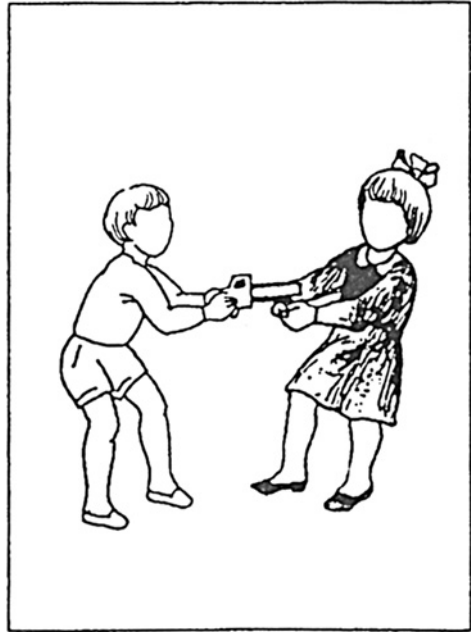
## Приложение Г

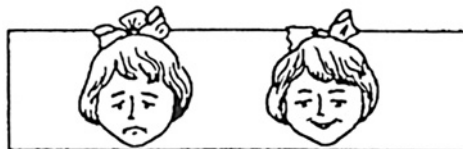
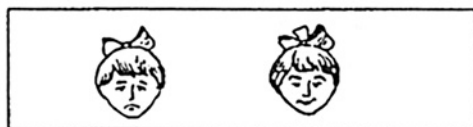
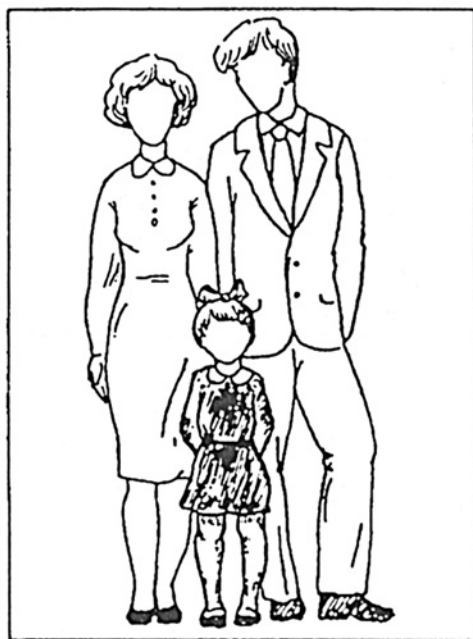
Стимульный материал к методике «Выбери нужное лицо»

Вариант для девочек

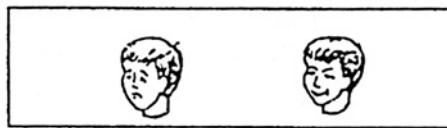




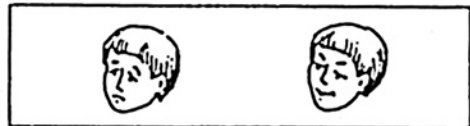
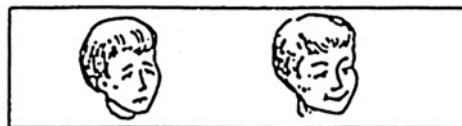
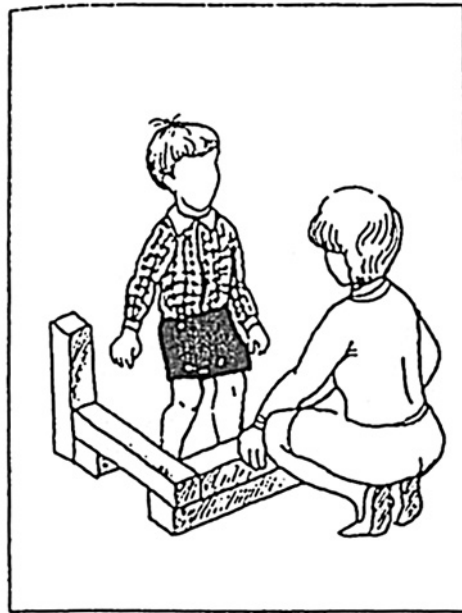
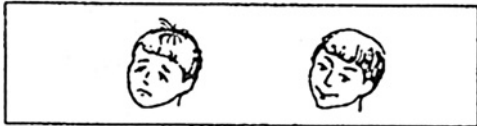


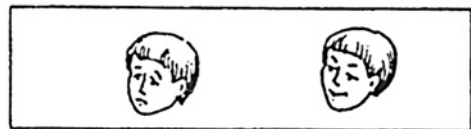
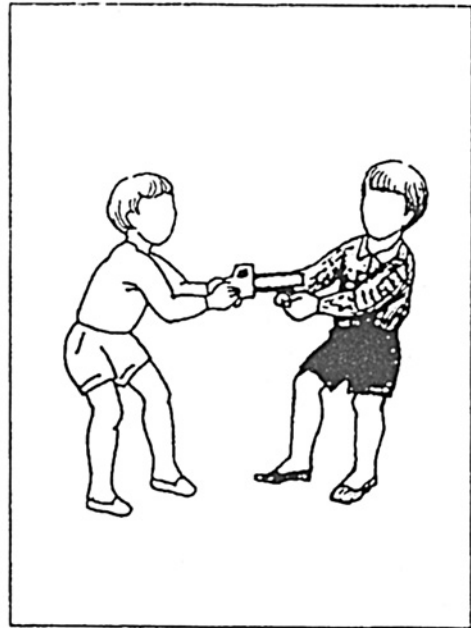
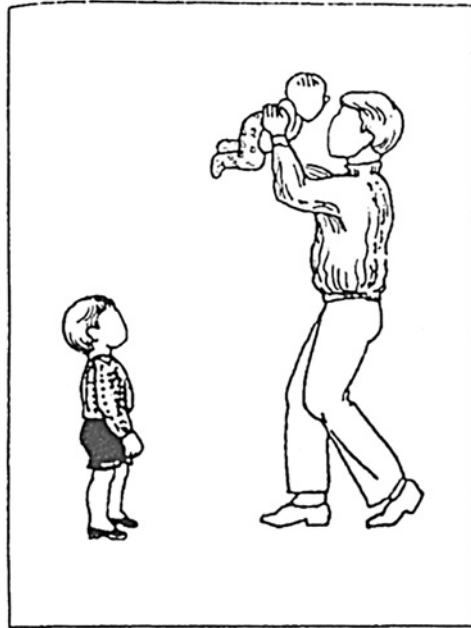
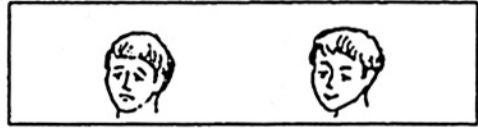
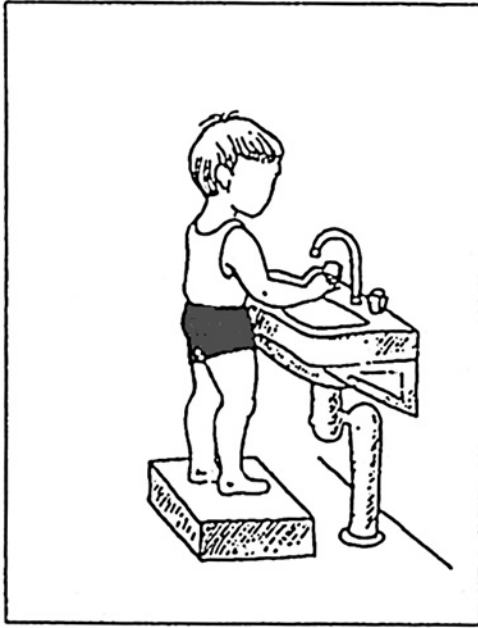


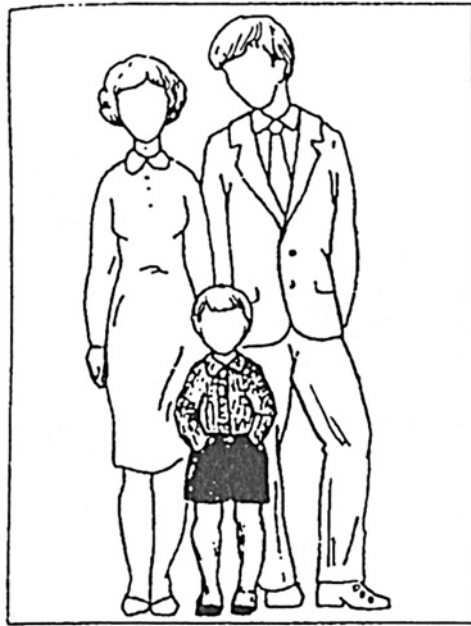
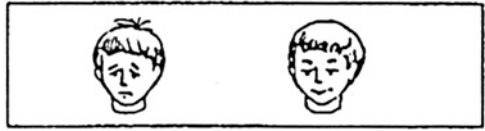
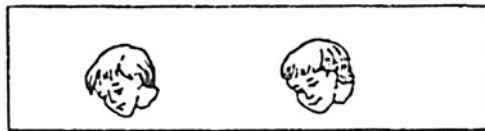
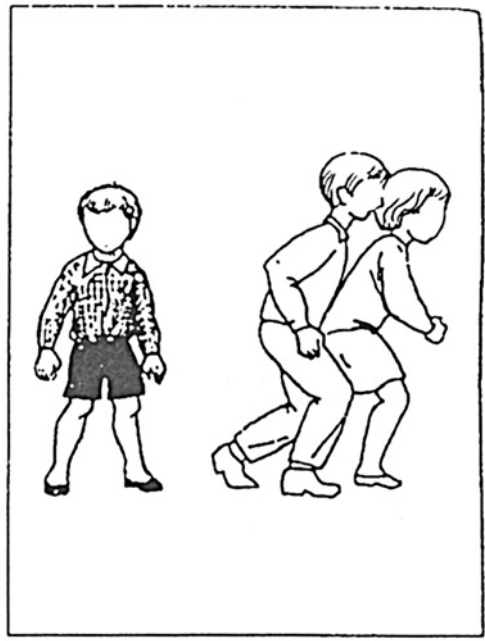
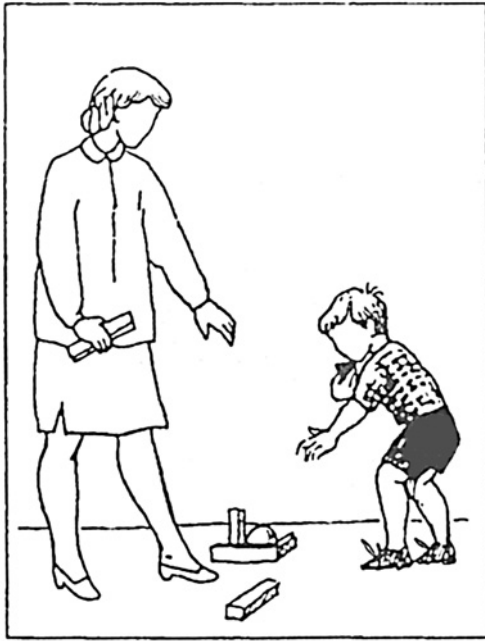
Вариант для мальчиков











## Интерпретация

На основании данных протокола вычисляется индекс тревожности ребенка (ИТ), который равен процентному отношению числа эмоционально негативных выборов (печальное лицо) к общему числу рисунков (14):

$$\text{ИТ} = \frac{\text{Число эмоциональных негативных выборов}}{14} \times 100\%$$

14

В зависимости от уровня индекса тревожности дети подразделяются на 3 группы:

- a) высокий уровень тревожности (ИТ выше 50%);
- b) средний уровень тревожности (ИТ от 20 до 50%);
- c) низкий уровень тревожности (ИТ от 0 до 20%).

## Приложение Д

Стимульный материал к методике «Незаконченные предложения»

1. Мое здоровье было бы хорошим, если бы ...
2. Я заболел, потому что ...
3. Когда я думаю о своей болезни ...
4. Чтобы вылечиться, мне нужно ...
5. Я хочу, чтобы когда-нибудь ...
6. Когда я заболел, моя семья ...
7. Когда я жду врачей ...
8. Мое здоровье зависит прежде всего от ...
9. В большинстве случаев моя болезнь возникает, когда ...
10. Самое неприятное в моей болезни ...
11. Я думаю, что лечение моей болезни ...
12. Будущее кажется мне ...
13. Мои близкие думают, что я ...
14. Я хотел бы, чтобы мой врач ...
15. Чтобы не болеть, я посоветовал бы другим ...
16. С такой болезнью, как у меня ...
17. Если бы все знали, как я боюсь ...
18. Чаще всего мне становится легче от ...
19. Мне нужно выздороветь, чтобы в будущем ...
20. Все ждут, что я ...
21. Когда я опять поступаю в больницу ...
22. Когда я был здоров ...
23. Среди многих других болезней моя ...
24. С болезнью у меня связано чувство ...
25. Если бы лечение ...
26. Я верю, что в будущем ...
27. В моей семье сейчас ...
28. Когда я впервые поступил в больницу ...

## Ключ

Представление о здоровье – предложения 1, 8, 15, 22

Представления о болезни – предложения 2, 9, 16, 23

Отношение к болезни – предложения 3, 10, 17, 24

Отношение к лечению – предложения 4, 11, 18, 25

Представление о будущем – предложения 5, 12, 19, 26

Отношение семьи к болезни – предложения 6, 13, 20, 27

Отношение к госпитализации – предложения 7, 14, 21, 28

Количественная оценка производится следующим образом:

1 – когда окончание предложения не выражает отрицательных переживаний

– ответ оценивается как «0»

2 – когда отрицательные переживания звучат в предложении – ответ

оценивается как «1».

Далее подсчитывается сумма баллов по каждой из семи подгрупп и в целом.

## Приложение Ж

Описательные статистики значений показателей методики многофакторного исследования личности Кеттелла

|   |            | N  | Среднее | Стандартное отклонение | Стандартная ошибка |
|---|------------|----|---------|------------------------|--------------------|
| А | Дебют      | 11 | 3,91    | 2,427                  | 0,732              |
|   | Обострение | 11 | 4,27    | 2,611                  | 0,787              |
|   | Ремиссия   | 8  | 4,50    | 2,138                  | 0,756              |
|   | Всего      | 30 | 4,20    | 2,355                  | 0,430              |
| В | Дебют      | 11 | 5,91    | 2,166                  | 0,653              |
|   | Обострение | 11 | 6,55    | 1,572                  | 0,474              |
|   | Ремиссия   | 8  | 5,25    | 2,188                  | 0,773              |
|   | Всего      | 30 | 5,97    | 1,974                  | 0,360              |
| С | Дебют      | 11 | 5,00    | 1,265                  | 0,381              |
|   | Обострение | 11 | 3,82    | 1,779                  | 0,536              |
|   | Ремиссия   | 8  | 4,13    | 2,100                  | 0,743              |
|   | Всего      | 30 | 4,33    | 1,729                  | 0,316              |
| D | Дебют      | 11 | 6,55    | 2,207                  | 0,666              |
|   | Обострение | 11 | 5,73    | 3,101                  | 0,935              |
|   | Ремиссия   | 8  | 6,50    | 1,512                  | 0,535              |
|   | Всего      | 30 | 6,23    | 2,388                  | 0,436              |
| Е | Дебют      | 11 | 5,64    | 1,690                  | 0,509              |
|   | Обострение | 11 | 5,45    | 2,505                  | 0,755              |
|   | Ремиссия   | 8  | 6,25    | 2,915                  | 1,031              |
|   | Всего      | 30 | 5,73    | 2,303                  | 0,421              |
| F | Дебют      | 11 | 6,91    | 1,973                  | 0,595              |
|   | Обострение | 11 | 4,82    | 2,136                  | 0,644              |
|   | Ремиссия   | 8  | 6,25    | 1,389                  | 0,491              |
|   | Всего      | 30 | 5,97    | 2,059                  | 0,376              |
| G | Дебют      | 11 | 5,18    | 1,601                  | 0,483              |
|   | Обострение | 11 | 7,00    | 1,949                  | 0,588              |
|   | Ремиссия   | 8  | 5,13    | 1,959                  | 0,693              |
|   | Всего      | 30 | 5,83    | 1,984                  | 0,362              |
| H | Дебют      | 11 | 4,27    | 2,149                  | 0,648              |
|   | Обострение | 11 | 5,91    | 2,300                  | 0,694              |
|   | Ремиссия   | 8  | 4,63    | 1,061                  | 0,375              |
|   | Всего      | 30 | 4,97    | 2,059                  | 0,376              |
| I | Дебют      | 11 | 5,73    | 2,328                  | 0,702              |
|   | Обострение | 11 | 6,64    | 1,912                  | 0,576              |
|   | Ремиссия   | 8  | 6,38    | 2,825                  | 0,999              |
|   | Всего      | 30 | 6,23    | 2,285                  | 0,417              |
| O | Дебют      | 11 | 7,73    | 1,954                  | 0,589              |

|    |            |    |      |       |       |
|----|------------|----|------|-------|-------|
|    | Обострение | 11 | 6,64 | 2,111 | 0,636 |
|    | Ремиссия   | 8  | 7,88 | 1,458 | 0,515 |
|    | Всего      | 30 | 7,37 | 1,921 | 0,351 |
| Q3 | Дебют      | 11 | 4,73 | 1,902 | 0,574 |
|    | Обострение | 11 | 5,18 | 2,601 | 0,784 |
|    | Ремиссия   | 8  | 4,75 | 1,832 | 0,648 |
|    | Всего      | 30 | 4,90 | 2,107 | 0,385 |
| Q4 | Дебют      | 11 | 6,09 | 1,514 | 0,456 |
|    | Обострение | 11 | 5,82 | 2,562 | 0,772 |
|    | Ремиссия   | 8  | 6,75 | 1,488 | 0,526 |
|    | Всего      | 30 | 6,17 | 1,931 | 0,353 |

Межгрупповые и внутригрупповые различия в группах детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса  
(методика многофакторного исследования личности Кеттелла)

|   |                | Сумма квадратов | Степень свободы | Средний квадрат | F     | p            |
|---|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|--------------|
| A | Между группами | 1,709           | 2               | 0,855           | 0,145 | 0,866        |
|   | Внутри групп   | 159,091         | 27              | 5,892           |       |              |
|   | Всего          | 160,800         | 29              |                 |       |              |
| B | Между группами | 7,830           | 2               | 3,915           | 1,005 | 0,379        |
|   | Внутри групп   | 105,136         | 27              | 3,894           |       |              |
|   | Всего          | 112,967         | 29              |                 |       |              |
| C | Между группами | 8,155           | 2               | 4,078           | 1,402 | 0,263        |
|   | Внутри групп   | 78,511          | 27              | 2,908           |       |              |
|   | Всего          | 86,667          | 29              |                 |       |              |
| D | Между группами | 4,458           | 2               | 2,229           | 0,374 | 0,691        |
|   | Внутри групп   | 160,909         | 27              | 5,960           |       |              |
|   | Всего          | 165,367         | 29              |                 |       |              |
| E | Между группами | 3,094           | 2               | 1,547           | 0,277 | 0,760        |
|   | Внутри групп   | 150,773         | 27              | 5,584           |       |              |
|   | Всего          | 153,867         | 29              |                 |       |              |
| F | Между группами | 24,921          | 2               | 12,461          | 3,431 | <b>0,047</b> |
|   | Внутри групп   | 98,045          | 27              | 3,631           |       |              |
|   | Всего          | 122,967         | 29              |                 |       |              |
| G | Между группами | 23,655          | 2               | 11,828          | 3,528 | <b>0,044</b> |
|   | Внутри групп   | 90,511          | 27              | 3,352           |       |              |
|   | Всего          | 114,167         | 29              |                 |       |              |
| H | Между группами | 16,001          | 2               | 8,000           | 2,019 | 0,152        |
|   | Внутри групп   | 106,966         | 27              | 3,962           |       |              |
|   | Всего          | 122,967         | 29              |                 |       |              |



|    |                |         |    |       |       |       |
|----|----------------|---------|----|-------|-------|-------|
| I  | Между группами | 4,764   | 2  | 2,382 | 0,439 | 0,649 |
|    | Внутри групп   | 146,602 | 27 | 5,430 |       |       |
|    | Всего          | 151,367 | 29 |       |       |       |
| O  | Между группами | 9,364   | 2  | 4,682 | 1,295 | 0,290 |
|    | Внутри групп   | 97,602  | 27 | 3,615 |       |       |
|    | Всего          | 106,967 | 29 |       |       |       |
| Q3 | Между группами | 1,382   | 2  | 0,691 | 0,147 | 0,864 |
|    | Внутри групп   | 127,318 | 27 | 4,715 |       |       |
|    | Всего          | 128,700 | 29 |       |       |       |
| Q4 | Между группами | 4,121   | 2  | 2,061 | 0,535 | 0,592 |
|    | Внутри групп   | 104,045 | 27 | 3,854 |       |       |
|    | Всего          | 108,167 | 29 |       |       |       |

## Приложение К

Описательные статистики показателей самооценки детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса (методика Дембо-Рубинштейн)

|                    |            | N  | Среднее | Стандартное отклонение | Стандартная ошибка |
|--------------------|------------|----|---------|------------------------|--------------------|
| Здоровье           | Дебют      | 11 | 54,000  | 23,100                 | 6,965              |
|                    | Обострение | 11 | 58,000  | 20,842                 | 6,284              |
|                    | Ремиссия   | 8  | 74,125  | 20,904                 | 7,391              |
|                    | Всего      | 30 | 60,833  | 22,556                 | 4,118              |
| Ум, способности    | Дебют      | 11 | 71,000  | 16,025                 | 4,832              |
|                    | Обострение | 11 | 58,727  | 24,856                 | 7,494              |
|                    | Ремиссия   | 8  | 64,375  | 22,684                 | 8,020              |
|                    | Всего      | 30 | 64,733  | 21,317                 | 3,892              |
| Характер           | Дебют      | 11 | 54,909  | 24,554                 | 7,403              |
|                    | Обострение | 11 | 69,091  | 18,157                 | 5,475              |
|                    | Ремиссия   | 8  | 71,625  | 20,942                 | 7,404              |
|                    | Всего      | 30 | 64,567  | 22,007                 | 4,018              |
| Общительность      | Дебют      | 11 | 74,000  | 31,254                 | 9,423              |
|                    | Обострение | 11 | 73,818  | 26,103                 | 7,870              |
|                    | Ремиссия   | 8  | 90,250  | 14,350                 | 5,074              |
|                    | Всего      | 30 | 78,267  | 25,991                 | 4,745              |
| Уверенность в себе | Дебют      | 11 | 70,909  | 16,700                 | 5,035              |
|                    | Обострение | 11 | 57,818  | 31,298                 | 9,437              |
|                    | Ремиссия   | 8  | 58,750  | 24,829                 | 8,779              |
|                    | Всего      | 30 | 62,867  | 24,933                 | 4,552              |
| Счастье            | Дебют      | 11 | 71,091  | 20,569                 | 6,202              |
|                    | Обострение | 11 | 76,818  | 20,336                 | 6,132              |
|                    | Ремиссия   | 8  | 87,625  | 14,121                 | 4,993              |
|                    | Всего      | 30 | 77,600  | 19,511                 | 3,562              |
| Болезнь            | Дебют      | 11 | 30,091  | 27,508                 | 8,294              |
|                    | Обострение | 11 | 45,273  | 24,418                 | 7,362              |
|                    | Ремиссия   | 8  | 28,125  | 23,503                 | 8,310              |
|                    | Всего      | 30 | 35,133  | 25,730                 | 4,698              |
| Общая самооценка   | Дебют      | 11 | 65,985  | 15,338                 | 4,625              |
|                    | Обострение | 11 | 65,712  | 12,988                 | 3,916              |
|                    | Ремиссия   | 8  | 74,458  | 11,187                 | 3,955              |
|                    | Всего      | 11 | 65,985  | 15,338                 | 4,625              |

Описательные статистики показателей уровня притязаний детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса

## (методика Дембо-Рубинштейн)

|                          |            | N  | Среднее | Стандартное отклонение | Стандартная ошибка |
|--------------------------|------------|----|---------|------------------------|--------------------|
| Здоровье                 | Дебют      | 11 | 87,273  | 11,551                 | 3,483              |
|                          | Обострение | 11 | 85,091  | 16,592                 | 5,003              |
|                          | Ремиссия   | 8  | 95,000  | 6,525                  | 2,307              |
|                          | Всего      | 30 | 88,533  | 12,955                 | 2,365              |
| Ум, способности          | Дебют      | 11 | 88,000  | 11,857                 | 3,575              |
|                          | Обострение | 11 | 90,273  | 15,518                 | 4,679              |
|                          | Ремиссия   | 8  | 93,250  | 12,326                 | 4,358              |
|                          | Всего      | 30 | 90,233  | 13,138                 | 2,399              |
| Характер                 | Дебют      | 11 | 74,545  | 19,444                 | 5,863              |
|                          | Обострение | 11 | 93,909  | 10,104                 | 3,046              |
|                          | Ремиссия   | 8  | 87,125  | 20,252                 | 7,160              |
|                          | Всего      | 30 | 85,000  | 18,368                 | 3,354              |
| Общительность            | Дебют      | 11 | 76,455  | 27,678                 | 8,345              |
|                          | Обострение | 11 | 90,909  | 12,676                 | 3,822              |
|                          | Ремиссия   | 8  | 95,750  | 9,331                  | 3,299              |
|                          | Всего      | 30 | 86,900  | 20,241                 | 3,695              |
| Уверенность в себе       | Дебют      | 11 | 86,545  | 11,228                 | 3,385              |
|                          | Обострение | 11 | 83,000  | 19,834                 | 5,980              |
|                          | Ремиссия   | 8  | 86,000  | 17,279                 | 6,109              |
|                          | Всего      | 30 | 85,100  | 15,934                 | 2,909              |
| Счастье                  | Дебют      | 11 | 92,727  | 8,979                  | 2,707              |
|                          | Обострение | 11 | 95,091  | 9,481                  | 2,859              |
|                          | Ремиссия   | 8  | 96,875  | 4,764                  | 1,684              |
|                          | Всего      | 30 | 94,700  | 8,192                  | 1,496              |
| Болезнь                  | Дебют      | 11 | 8,545   | 11,776                 | 3,551              |
|                          | Обострение | 11 | 2,727   | 3,952                  | 1,192              |
|                          | Ремиссия   | 8  | 3,000   | 6,949                  | 2,457              |
|                          | Всего      | 30 | 4,933   | 8,526                  | 1,557              |
| Общий уровень притязаний | Дебют      | 11 | 84,258  | 9,001                  | 2,714              |
|                          | Обострение | 11 | 89,712  | 10,241                 | 3,088              |
|                          | Ремиссия   | 8  | 92,333  | 8,349                  | 2,952              |
|                          | Всего      | 30 | 88,411  | 9,610                  | 1,755              |

Межгрупповые и внутригрупповые различия в самооценке детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса  
(методика Дембо-Рубинштейн)

|  | Сумма квадратов | Степень свободы | Средний квадрат | F | p |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|---|---|
|--|-----------------|-----------------|-----------------|---|---|

|                    |                |           |    |          |       |       |
|--------------------|----------------|-----------|----|----------|-------|-------|
| Здоровье           | Между группами | 2015,292  | 2  | 1007,646 | 2,136 | 0,138 |
|                    | Внутри групп   | 12738,875 | 27 | 471,810  |       |       |
|                    | Всего          | 14754,167 | 29 |          |       |       |
| Ум, способности    | Между группами | 829,810   | 2  | 414,905  | 0,907 | 0,416 |
|                    | Внутри групп   | 12348,057 | 27 | 457,335  |       |       |
|                    | Всего          | 13177,867 | 29 |          |       |       |
| Характер           | Между группами | 1649,673  | 2  | 824,837  | 1,797 | 0,185 |
|                    | Внутри групп   | 12395,693 | 27 | 459,100  |       |       |
|                    | Всего          | 14045,367 | 29 |          |       |       |
| Общительность      | Между группами | 1566,730  | 2  | 783,365  | 1,174 | 0,325 |
|                    | Внутри групп   | 18023,136 | 27 | 667,524  |       |       |
|                    | Всего          | 19589,867 | 29 |          |       |       |
| Уверенность в себе | Между группами | 1127,421  | 2  | 563,711  | 0,901 | 0,418 |
|                    | Внутри групп   | 16900,045 | 27 | 625,928  |       |       |
|                    | Всего          | 18027,467 | 29 |          |       |       |
| Счастье            | Между группами | 1276,780  | 2  | 638,390  | 1,766 | 0,190 |
|                    | Внутри групп   | 9762,420  | 27 | 361,571  |       |       |
|                    | Всего          | 11039,200 | 29 |          |       |       |
| Болезнь            | Между группами | 1803,501  | 2  | 901,750  | 1,400 | 0,264 |
|                    | Внутри групп   | 17395,966 | 27 | 644,295  |       |       |
|                    | Всего          | 19199,467 | 29 |          |       |       |
| Общая самооценка   | Между группами | 435,302   | 2  | 217,651  | 1,196 | 0,318 |
|                    | Внутри групп   | 4915,572  | 27 | 182,058  |       |       |
|                    | Всего          | 5350,874  | 29 |          |       |       |

Межгрупповые и внутригрупповые различия в уровне притязаний детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса (методика Дембо-Рубинштейн)

|                    |                | Сумма квадратов | Степень свободы | Средний квадрат | F     | p            |
|--------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|--------------|
| Здоровье           | Между группами | 482,376         | 2               | 241,188         | 1,485 | 0,244        |
|                    | Внутри групп   | 4385,091        | 27              | 162,411         |       |              |
|                    | Всего          | 4867,467        | 29              |                 |       |              |
| Ум, способности    | Между группами | 127,685         | 2               | 63,842          | 0,353 | 0,706        |
|                    | Внутри групп   | 4877,682        | 27              | 180,655         |       |              |
|                    | Всего          | 5005,367        | 29              |                 |       |              |
| Характер           | Между группами | 2111,489        | 2               | 1055,744        | 3,715 | <b>0,038</b> |
|                    | Внутри групп   | 7672,511        | 27              | 284,167         |       |              |
|                    | Всего          | 9784,000        | 29              |                 |       |              |
| Общительность      | Между группами | 2003,564        | 2               | 1001,782        | 2,738 | <b>0,083</b> |
|                    | Внутри групп   | 9877,136        | 27              | 365,820         |       |              |
|                    | Всего          | 11880,700       | 29              |                 |       |              |
| Уверенность в себе | Между группами | 77,973          | 2               | 38,986          | 0,144 | 0,866        |
|                    | Внутри групп   | 7284,727        | 27              | 269,805         |       |              |
|                    | Всего          | 7362,700        | 29              |                 |       |              |
| Счастье            | Между группами | 82,334          | 2               | 41,167          | 0,596 | 0,558        |
|                    | Внутри групп   | 1863,966        | 27              | 69,036          |       |              |
|                    | Всего          | 1946,300        | 29              |                 |       |              |
| Болезнь            | Между группами | 226,958         | 2               | 113,479         | 1,629 | 0,215        |
|                    | Внутри групп   | 1880,909        | 27              | 69,663          |       |              |
|                    | Всего          | 2107,867        | 29              |                 |       |              |

|                             |                |          |    |         |       |       |
|-----------------------------|----------------|----------|----|---------|-------|-------|
| Общий уровень<br>притязаний | Между группами | 331,460  | 2  | 165,730 | 1,907 | 0,168 |
|                             | Внутри групп   | 2346,970 | 27 | 86,925  |       |       |
|                             | Всего          | 2678,430 | 29 |         |       |       |

## Приложение Л

Описательные статистики показателей фрустрационных реакций детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса  
(тест фрустрационных реакций Розенцвейга)

|     |            | N  | Среднее | Стандартное отклонение | Стандартная ошибка |
|-----|------------|----|---------|------------------------|--------------------|
| E   | Дебют      | 11 | 28,788  | 15,557                 | 4,691              |
|     | Обострение | 11 | 35,985  | 16,538                 | 4,986              |
|     | Ремиссия   | 8  | 36,198  | 15,266                 | 5,397              |
|     | Всего      | 30 | 33,403  | 15,710                 | 2,868              |
| I   | Дебют      | 11 | 25,758  | 9,695                  | 2,923              |
|     | Обострение | 11 | 25,947  | 10,306                 | 3,107              |
|     | Ремиссия   | 8  | 30,469  | 9,445                  | 3,339              |
|     | Всего      | 30 | 27,083  | 9,741                  | 1,778              |
| M   | Дебют      | 11 | 45,455  | 10,977                 | 3,310              |
|     | Обострение | 11 | 38,068  | 15,593                 | 4,701              |
|     | Ремиссия   | 8  | 33,333  | 15,187                 | 5,370              |
|     | Всего      | 30 | 39,514  | 14,345                 | 2,619              |
| OD  | Дебют      | 11 | 23,485  | 6,325                  | 1,907              |
|     | Обострение | 11 | 25,379  | 10,533                 | 3,176              |
|     | Ремиссия   | 8  | 20,833  | 18,059                 | 6,385              |
|     | Всего      | 30 | 23,472  | 11,579                 | 2,114              |
| ED  | Дебют      | 11 | 55,492  | 11,610                 | 3,500              |
|     | Обострение | 11 | 44,697  | 12,161                 | 3,667              |
|     | Ремиссия   | 8  | 45,833  | 8,554                  | 3,024              |
|     | Всего      | 30 | 48,958  | 11,871                 | 2,167              |
| NP  | Дебют      | 11 | 21,023  | 9,338                  | 2,816              |
|     | Обострение | 11 | 29,924  | 12,852                 | 3,875              |
|     | Ремиссия   | 8  | 33,333  | 14,773                 | 5,223              |
|     | Всего      | 30 | 27,569  | 12,932                 | 2,361              |
| GCR | Дебют      | 11 | 38,245  | 12,619                 | 3,805              |
|     | Обострение | 11 | 35,982  | 12,676                 | 3,822              |
|     | Ремиссия   | 8  | 38,550  | 13,130                 | 4,642              |
|     | Всего      | 30 | 37,497  | 12,382                 | 2,261              |

Межгрупповые и внутригрупповые различия в группах детей с ревматическими заболеваниями в разные периоды активности патологического процесса  
(тест фрустрационных реакций Розенцвейга)

|   |                | Сумма квадратов | Степень свободы | Средний квадрат | F     | p     |
|---|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|-------|
| E | Между группами | 370,111         | 2               | 185,055         | 0,736 | 0,488 |

|     |                |          |    |         |       |              |
|-----|----------------|----------|----|---------|-------|--------------|
|     | Внутри групп   | 6786,863 | 27 | 251,365 |       |              |
|     | Всего          | 7156,973 | 29 |         |       |              |
| I   | Между группами | 125,227  | 2  | 62,613  | 0,644 | 0,533        |
|     | Внутри групп   | 2626,509 | 27 | 97,278  |       |              |
|     | Всего          | 2751,736 | 29 |         |       |              |
| M   | Между группами | 716,790  | 2  | 358,395 | 1,843 | 0,178        |
|     | Внутри групп   | 5250,947 | 27 | 194,480 |       |              |
|     | Всего          | 5967,737 | 29 |         |       |              |
| OD  | Между группами | 95,697   | 2  | 47,848  | 0,341 | 0,714        |
|     | Внутри групп   | 3792,614 | 27 | 140,467 |       |              |
|     | Всего          | 3888,310 | 29 |         |       |              |
| ED  | Между группами | 747,514  | 2  | 373,757 | 3,022 | <b>0,065</b> |
|     | Внутри групп   | 3338,857 | 27 | 123,661 |       |              |
|     | Всего          | 4086,372 | 29 |         |       |              |
| NP  | Между группами | 798,230  | 2  | 399,115 | 2,660 | <b>0,088</b> |
|     | Внутри групп   | 4051,452 | 27 | 150,054 |       |              |
|     | Всего          | 4849,682 | 29 |         |       |              |
| GCR | Между группами | 40,286   | 2  | 20,143  | 0,123 | 0,884        |
|     | Внутри групп   | 4406,124 | 27 | 163,190 |       |              |
|     | Всего          | 4446,410 | 29 |         |       |              |



### Приложение М

Описательные статистики уровня психической дезадаптации пациентов с ревматическими заболеваниями

|    |            | N  | Среднее | Стандартное отклонение | Стандартная ошибка |
|----|------------|----|---------|------------------------|--------------------|
| ПД | Дебют      | 11 | 4,992   | 2,194                  | 0,661              |
|    | Обострение | 11 | 7,813   | 6,567                  | 1,980              |
|    | Ремиссия   | 8  | 5,980   | 3,079                  | 1,089              |
|    | Всего      | 30 | 6,290   | 4,513                  | 0,824              |

### Приложение Н

Описательные статистики исследования уровня тревожности у детей с ревматическими заболеваниями (методика «Выбери нужное лицо»)

|                     |            | N  | Среднее | Стандартное отклонение | Стандартная ошибка |
|---------------------|------------|----|---------|------------------------|--------------------|
| Уровень тревожности | Дебют      | 11 | 43,506  | 17,040                 | 5,138              |
|                     | Обострение | 11 | 49,351  | 8,116                  | 2,447              |
|                     | Ремиссия   | 8  | 47,321  | 5,314                  | 1,879              |
|                     | Всего      | 30 | 46,667  | 11,674                 | 2,131              |