ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Н.А. Корнетов, Л.Ф. Десятова, И.И. Балашева

*ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск
634050, г. Томск, Московский тракт, 2, e-mail: ldesyatova@sibmail.com*

Изучены особенности темперамента у 86 детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) в возрасте 3–16 лет. Исследование проводилось с использованием стандартизированных и адаптированных к русскоязычной популяции родительских опросников для детей различных возрастных групп (Колпаков В.Г. с соавт., 1993). Установлены статистически значимые отличия темперамента больных ОЛЛ от здоровых детей и совокупность свойств темперамента, которые чаще других проявляются у детей с расстройствами поведения. Обоснована необходимость психологической и/или психиатрической консультативной помощи данному контингенту больных.

Ключевые слова: дети, острый лимфобластный лейкоз, особенности темперамента.

FEATURES OF CHILDREN TEMPERAMENT WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

N.A. Kornetov, I.I. Balasheva, L.F. Desyatova

Siberian State Medical University, Tomsk

2, Moskovsky Tract, 634050-Tomsk, Russia, e-mail: ldesyatova@sibmail.com

The temperament characteristics were studied in 86 children with acute lymphoblastic leukemia (ALL) at the age of 3–16 years. Research was conducted using standardized and adapted to the Russian-speaking population of parental questionnaires for children of different age groups (Kolpakov V.G. et al., 1993). Statistically significant differences in temperament ALL patients from healthy children installed and feature of temperament, which is most often seen in children with conduct disorder are installed. The need for psychological and/or psychiatric counseling this category of patients is substantiated.

Key words: children, acute lymphoblastic leukemia, features of temperament.

Основным вариантом опухолевого процесса в детском возрасте остаётся острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ), результаты лечения которого в последние годы значительно улучшились, зачастую удается добиться полного выздоровления [12]. В связи с этим увеличилось число детей, нуждающихся в дальнейшей социальной адаптации после длительного изнуряющего лечения. В настоящее время ряд исследователей за рубежом и в России занимаются изучением психологических последствий ОЛЛ у детей. Эти работы имеют в основном психоаналитическую ориентацию или решают психиатрические вопросы [3, 4, 7, 16, 17]. В то же время изучение особенностей психологической конституции – темперамента – у данной группы больных не проводилось. Темперамент играет важную роль в реакциях на жизненные стрессы, влияет на способы преодоления стресса и сказывается на его последствиях [18]. Этот феномен в настоящее время рассматривается как устойчивый индивидуальный стиль поведения, имеющий при-

родную основу и проявляющийся в характерном уровне активности, реактивности и саморегуляции [13]. Возникновение такой стрессовой ситуации на жизненном пути ребёнка, как развитие лейкоза, проведение длительной полихимиотерапии, ставит задачу индивидуализации проводимых психологических корректирующих мероприятий. Исследование темпераментальных особенностей таких детей является необходимым для дальнейшей успешной социальной адаптации как самых пациентов, страдающих ОЛЛ, так и их семей [7, 14].

Целью исследования явилось изучение особенностей темперамента у детей с ОЛЛ.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 86 больных с ОЛЛ. Из них в возрасте 3–7 лет – 32 человека, 8–12 лет – 29, 12–16 лет – 25 пациентов (средний возраст составил $9,7 \pm 3,6$ года). Мальчиков – 48 (56%), девочек – 38 (44%), соотношение их составило 1,3:1, что соответствует данным литературы [1, 2, 5, 10, 11, 15]. Из исследования исключались

пациенты с наличием психических расстройств и расстройств поведения.

Диагноз ОЛЛ выставлялся на основании клинико-гематологических данных, включающих морфологическую, цитохимическую, иммунологическую и цитогенетическую идентификацию бластных клеток костного мозга. Изучение свойств темперамента было проведено с помощью стандартизированных и адаптированных В.Г. Колпаковым с соавт. (1993) к русскоязычной популяции родительских опросников для детей различных возрастных групп [6]. Опросник для определения темперамента детей 3–7 лет содержит 72 вопроса, оценивающих поведение детей по 7-балльной шкале. Родительский опросник для определения темперамента детей 8–12 лет состоит из 109 вопросов, оценивающих поведение детей по 6-балльной шкале. Опросник для определения темперамента детей в возрасте 12–16 лет включает 66 вопросов, оценивающих поведение детей по 4-балльной шкале. Родителям предлагалось самостоятельно выбрать по одному из предложенных вариантов ответа на каждый вопрос. В возрасте от 3 до 12 лет были оценены следующие черты темперамента: активность, ритмичность, адаптивность, приближение, интенсивность, порог чувствительности, настроение, внимание, отвлекаемость. В возрастной группе 12–16 лет – активность, интенсивность, настроение, приближение, порог чувствительности, активность во сне, гибкость, ориентировка на задачу. Для сравнительного анализа использованы средние популяционные значения черт темперамента ($M \pm SD$), полученные В.Г. Колпаковым с соавт.

Математическая обработка полученных данных проводилась с использованием статистического пакета SAS 8.0.

Результаты и обсуждение

Как показал анализ, у больных мальчиков в возрасте от 3 до 7 лет в средние значения укладывались ритмичность, настроение, приближение, адаптивность, порог чувствительности, отвлекаемость. При этом у них отмечались высокие показатели моторного компонента поведения ($5,30 \pm 0,8$; $p=0,0004$) и энергетического уровня реакций на раздражители ($4,87 \pm 0,5$; $p<0,0001$), слабая концентрация внимания, низкая настойчивость ($3,32 \pm 0,97$; $p=0,03$). Пациенты мужского пола от 8 до 12 лет имели близкие к средним значениям

величин здоровых детей активность, ритмичность, интенсивность, настроение, адаптивность, внимание. Однако эти больные характеризовались высокой готовностью реагировать на раздражители ($4,83 \pm 0,75$; $p<0,0001$) и повышенной отвлекаемостью ($4,42 \pm 0,95$; $p=0,003$), у них преобладали отрицательные реакции (уход, избегание, страх) на новые стимулы ($2,45 \pm 0,84$; $p=0,02$). Мальчики, страдающие ОЛЛ в возрасте от 12 до 16 лет, не отличались от своих сверстников по показателям активности общей и во сне, настроения, приближения, порога чувствительности, гибкости, ориентировки на задачу, ритмичности в еде. В то же время они имели низкую интенсивность реакций на внешние раздражители ($1,88 \pm 0,61$; $p=0,0001$), нерегулярность сна ($1,90 \pm 0,72$; $p=0,01$) и непредсказуемость поведения ($1,74 \pm 0,78$; $p=0,003$) (таблица).

У больных девочек в возрасте от 3 до 7 лет в средние значения укладывались активность, интенсивность, приближение, адаптивность, внимание, отвлекаемость. При этом у них преобладало положительное настроение (смех, радость, удовольствие) ($5,34 \pm 0,75$; $p=0,003$), непредсказуемость и аритмичность привычек, физиологических процессов ($3,33 \pm 0,89$; $p<0,0001$), низкая готовность реагировать на раздражители ($2,83 \pm 0,79$; $p=0,02$). Девочки, страдающие ОЛЛ в возрасте от 8 до 12 лет, не отличались от своих сверстниц по показателям всех черт темперамента. Пациентки женского пола 12–16 лет имели близкие к популяционным значениям величины активности общей и во сне, интенсивности, настроения, порога чувствительности, гибкости, ориентировки на задачу. В то же время их поведение и привычки характеризовались непредсказуемостью: низкие показатели ритмичности сна ($1,89 \pm 0,66$; $p=0,03$), еды ($1,62 \pm 0,58$; $p=0,005$), привычек ($1,84 \pm 0,69$; $p=0,01$). Больным девочкам 12–16 лет было свойственно преобладание отрицательных реакций на новые раздражители ($2,38 \pm 0,55$; $p=0,03$) (таблица).

При суммировании всех данных, которые получены при исследовании темперамента и анализе психотипологических характеристик больных ОЛЛ, обнаружилось различия в половом диморфизме. В возрасте 3–7 лет у мальчиков с ОЛЛ отчетливо определяются признаки гиперкинетических расстройств с нарушением внимания. В возрастной

группе 8–12 лет у пациентов отмечается высокая реактивность, отрицательные поведенческие реакции, низкая настойчивость с повышенной отвлекаемостью, раздражимостью и слабой концентрацией внимания, что указывает на сохранение сформированного в детстве психофизиологического и поведенческого паттерна реагирования. В 12–16 лет у больных ОЛЛ отчетливо регистрируются асинхрония физиологических показателей и непредсказуемость поведенческих реакций, что клинико-психологически может описываться как поведенческие нарушения в виде безрассудности, импульсивности, необдуманности, отсутствия сдержанности при низкой интенсивности реакций на внешние раздражители. Такое диссоциативное сочетание гиперактивных поведенческих реакций при слабости реагирования на внешние стимулы, вероятнее всего, подчеркивает конституциональный генез этих нарушений, с одной стороны, и наличие тяжелого соматического заболевания, которое проявляет эти темпераментальные характеристики до уклоняющихся от нормы, с другой. Важно отметить, что половой диморфизм в корреляции с

чертами темперамента у девочек и особенности их реагирования имеют отличия с мальчиками, но мало отличаются от практически здоровых лиц женского пола. На первый план в соответствии с возрастными особенностями выступают черты зависимого поведения, нестабильного настроения в зависимости от степени удовлетворенности/неудовлетворенности и адаптабельность. Единственной характеристикой, общей с мальчиками, является отвлекаемость и дизритмичность. Такие черты темперамента трудно интерпретировать, поскольку они могут быть при заболевании ОЛЛ в раннем возрасте проявлением соматогенной астении. Однако дизритмичность и отвлекаемость у девочек также могут рассматриваться как смягченный вариант более ярких характеристик у мальчиков.

В настоящее время в литературе описано 5 следующих совокупностей свойств темперамента, которые чаще других проявляются у детей с расстройствами поведения [8, 9, 12]: 1 – неритмичность, низкая адаптивная способность, тенденция к избеганию, преобладание негативного настроения большой интенсивности; 2 – боязнь новых ситуа-

Таблица

Средние значения черт темперамента ($M \pm SD$) у больных ОЛЛ в баллах

Показатели	Мальчики			Девочки		
	3–7 лет	8–12 лет	12–16 лет	3–7 лет	8–12 лет	12–16 лет
Активность	5,30 ± 0,8***	3,29 ± 0,94	2,00 ± 0,88	4,41 ± 0,82	3,45 ± 0,86	2,73 ± 0,84
Активность во сне	–	–	2,28 ± 0,96	–	–	2,67 ± 0,93
Ритмичность	4,02 ± 1,11	3,55 ± 0,58	–	3,33 ± 0,9***	3,23 ± 0,89	–
Интенсивность	4,87 ± 0,5***	3,47 ± 0,95	1,9 ± 0,6***	4,98 ± 0,85	3,94 ± 0,80	2,87 ± 0,81
Настроение	4,38 ± 0,96	3,46 ± 0,57	2,54 ± 0,73	5,34 ± 0,7**	3,48 ± 0,62	2,82 ± 0,46
Приближение	4,36 ± 0,95	2,45 ± 0,84*	2,61 ± 0,56	5,05 ± 0,99	2,90 ± 0,84	2,38 ± 0,55*
Адаптабельность	4,77 ± 0,95	3,11 ± 0,66	–	5,13 ± 0,84	3,27 ± 0,84	–
Порог чувствительности	3,41 ± 0,82	4,83 ± 0,8***	2,50 ± 0,61	2,83 ± 0,79*	4,41 ± 0,93	2,94 ± 0,79
Внимание	3,32 ± 0,97*	3,22 ± 0,76	–	4,08 ± 0,6	2,85 ± 0,78	–
Отвлекаемость	4,29 ± 0,79	4,42 ± 0,95**	–	4,69 ± 0,78	4,05 ± 0,64	–
Ритмичность сна	–	–	1,9 ± 0,72**	–	–	1,89 ± 0,66*
Ритмичность в еде	–	–	1,96 ± 0,90	–	–	1,62 ± 0,58**
Ритмичность в привычках	–	–	1,7 ± 0,78**	–	–	1,84 ± 0,69**
Гибкость	–	–	3,12 ± 0,86	–	–	2,47 ± 0,93
Ориентировка на задачу	–	–	2,55 ± 0,77	–	–	2,23 ± 0,90

Примечание: значимость различий с популяционными значениями * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

ций, слабые негативные реакции, медленная адаптация; 3 – чрезмерное упрямство; 4 – чрезмерная отвлекаемость; 5 – повышенная или пониженная активность. У детей с ОЛЛ из перечисленных расстройств поведения имеют место чрезмерная отвлекаемость – у мальчиков 8–12 лет. Повышенная активность обнаружена у больных ОЛЛ мужского пола 3–7 лет.

Таким образом, черты темперамента у больных с ОЛЛ в разные периоды онтогенеза детско-подросткового возраста отличаются от контрольной группы здоровых детей. У пациентов при выраженных гипокинетических расстройствах с дефицитом внимания и неритмичным, импульсивным реагированием могут обнаруживаться нарушения психологического развития и психические расстройства детского возраста, которые нарушают контакт и увеличивают дезадаптацию ребенка в социальной среде. В связи с этим необходимо внедрение консультативной психологии и психиатрии в практику работы детских онкогематологических отделений для своевременного выявления и коррекции психологических проблем во время лечения, а также для успешной последующей социальной адаптации и улучшения качества жизни больных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашева И.И., Лучинина Р.Н., Десятова Л.Ф. 50 лет клинико-эпидемиологических исследований острых лейкозов у детей Томской области // Сибирский онкологический журнал. 2010. № 1 (37). С. 23–28.
2. Борисевич Н.В., Белевцев М.В., Алейникова О.В. Иммунологическая характеристика первых рецидивов острого лимфобластного лейкоза у детей и оценка эволюции иммунофенотипа бластных клеток в рецидиве // Гематология и трансфузиология. 2004. № 6. С. 10–13.
3. Добренъков К.В., Тимаков А.М., Варфоломеева С.Р. и др. Проблемы лечения лейкозов у детей // Русский медицинский журнал. 1998. Т. 6, № 23. С. 1489–1494.
4. Детская онкология: Руководство для врачей / Под ред. М.Б. Белогуровой. СПб.: СпецЛит, 2002. 351 с.
5. Злокачественные новообразования кроветворной и лимфоидной ткани у детей: Руководство для врачей / Под ред. Л.А. Дурнова. М.: Медицина, 2001. 272 с.
6. Колпаков В.Г., Макаров В.В. Опросники для определения темперамента: методические рекомендации. Красноярск: Фонд ментального здоровья, 1993. 42 с.
7. Киян И.Г. Психологические последствия острого лейкоза у детей // Вопросы психологии. 2004. № 4. С. 84–89.
8. Макарова Г.А. Роль темперамента в адаптации детей // Педагогика развития и перемены в российском образовании: Мат. 2-й науч.-практич. конф. Красноярск, 1995. С. 97–103.
9. Макарова Г.А. Определение темперамента у детей и подростков посредством опросников // Вопросы ментальной медицины и экологии. 1997. Т. 3, № 4. С. 68–81.
10. Мерзлова Н.Б., Меркурьев Д.В., Батулин В.И. и др. Структура и генетико-иммунологические особенности острых лейкозов у детей в Пермском крае // Детская больница. 2011. № 1. С. 22–27.
11. Петрович С.П., Алейникова О.В., Шумихина Т.П. и др. Эпидемиологические аспекты онкогематологических заболеваний у детей в Республике Беларусь // Вопросы онкологии. 2002. Т. 48, № 3. С. 301–305.
12. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Самочатова Е.В., Чернов В.М. Детская гематология в России: достижения и перспективы развития // Педиатрия. 2009. Т. 87, № 4. С. 9–14.
13. Слободская Е.Р. Развитие ребенка: индивидуальность и приспособление. Новосибирск: СО РАМН, 2004. 416 с.
14. Степашин В.Ю. Влияние темперамента ребенка на состояние нервно-психического здоровья и течение социально-психологической адаптации к школьному обучению // Материалы конгр. педиатров России «Здоровый ребенок». М., 1999. С. 442.
15. Karachunskiy A., Herold R., von Stackelberg A. et al. Results of the first randomized multicentre trial on childhood acutelymphoblastic leukaemia in Russia // Leukemia. 2008. Vol. 22 (6). P. 1144–1153.
16. Landier W. Childhood acute lymphoblastic leukemia: current perspectives // Oncol. Nurs. Forum. 2001. Vol. 28 (5). P. 823–833.
17. Sawyer M. et al. Childhood cancer: A 4-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents // J. Pediat. Hematol. Oncol. 2000. Vol. 22 (3). P. 214–220.
18. Strelau J. Temperament: A psychological perspective. N.Y.: Plenum, 1999. 243 p.

Поступила 15.03.13