

УДК: 159.9.072:612.661.-053.6

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХЛОПЦІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ТА ПІДХОДИ ДО ЇХ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

Кирилова О. О.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків

У статті наведено комплексну систему психологічного супроводу підлітків із затримкою статевого розвитку. Представлено етапи психологічного супроводу. Визначено напрямки роботи медичного психолога, що містять оптимізацію психоемоційного стану підлітків із затримкою статевого розвитку з урахуванням їх особливостей особистості, та консультування їх батьків. Показано ефективність запропонованої системи психологічного супроводу цього контингенту хворих.

Ключові слова: хлопці, затримка статевого розвитку, психологічний супровід

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И ПОДХОДЫ К ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ

Кириллова Е. А.

В статье представлена комплексная система психологического сопровождения подростков с задержкой полового развития. Определены этапы психологического сопровождения и направления работы медицинского психолога, которые содержат оптимизацию психоэмоционального состояния подростков с задержкой полового развития и консультирование их родителей. Показана эффективность предложенной системы психологического сопровождения этого контингента больных.

Ключевые слова: мальчики-подростки, задержка полового развития, психологическое сопровождение.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BOYS WITH PUBERTY DEVELOPMENT DELAY AND APPROACHES TO THEIR PSYCHOLOGICAL SUPPORT

Kyrylova O. O.

The article presents a comprehensive system of psychological support for adolescents with puberty development delay. Stages of psychological support are presented in this research. The directions of work of the medical psychologist, which contain optimization of the psychoemotional state of adolescents with puberty development delay taking into account person peculiarities, and counseling their parents, are determined. The effectiveness of the proposed system of psychological support of this contingent of patients is shown

Keywords: boys, puberty development delay, psychological support.

АКТУАЛЬНІСТЬ

Для підлітка істотно значення мають терміни його фізичного дозрівання. Деякі підлітки дозрівають пізніше за середні терміни, маючи затримку статевого розвитку (ЗСР). Найбільш розповсюдженим клінічним варіантом затримки статевого розвитку є поєднання її з затримкою росту. Другим за частотою зустрічальності є варіант, коли при помірній затримці статевого розвитку відсутні виражені відхилення у фізичному розвитку тіла (при інфантильному та еunuhoidному типах статури). Третій клінічний варіант, що зустрічається достовірно рідше, – це затримка статевого розвитку, що поєднується з надмірною масою тіла.

Це захворювання несприятливо впливає не лише на фізичний розвиток та формування статури хлопців, але й супроводжується відхиленнями у форму-

ванні особистості й призводить до соціальної дезадаптації.

Тому **метою** цієї роботи було розкриття психологічних аспектів затримки статевого розвитку у підлітків та визначення шляхів психологічної допомоги цьому контингенту хворих.

ОБ'ЄМ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Було обстежено 85 хлопців із затримкою статевого розвитку віком 14–17 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України». Групу порівняння становили 62 здорових хлопця відповідного віку. Психодіагностика проводилась за допомогою: методика дослідження внутрішньої картини здоров'я (МД ВКЗ), Колірний тест ставлень, методика діагнос-

тики самооцінки психічних станів за Айзенком, методика «Ціннісні орієнтації» методика багатфакторного дослідження особистості Р. Кеттелла (HSPQ – варіант для підлітків), проєктивна методика «Малюнок людини», методика діагностики відношення до хвороби дитини.

За результатами психодіагностичного обстеження можна представити узагальнений психологічний портрет підлітка з діагнозом затримка статевого розвитку. Підліток, що має затримку статевого розвитку, помітно відрізняється від своїх однолітків, що нормально розвиваються, статурою, він фізично слабкіше і гірше координує рухи. Тілесні розміри і моторна координація грають важливу роль у соціальному становленні індивіда, тому у таких підлітків часто формується негативне самосприйняття та негативна Я-концепція. Зазвичай вони менш привабливі та непопулярні серед однолітків; неспокійні, постійно переживають почуття власної неадекватності, знехтуваності та залежності. Часто вони стають сором'язливими. Із-за соціального знехтування деякі з таких підлітків замикаються в собі. Бувають випадки, коли підлітки, які мають затримку статевого розвитку, намагаються компенсувати свою неадекватність тим, що агресивно і зухвало поведуться з оточуючими людьми, показуючи девіантну та деструктивну поведінку.

Більшість хлопчиків із ЗСР важко переносять свою неповноцінність, виділяють три типи психогенних реакцій підлітків на своє захворювання. Перший тип характеризується бажанням максимально захистити себе від спілкування з дорослими і однолітками. Реакція такого типу супроводжується депресивним настроєм з ідеями неповноцінності та самоприниження. При реакціях другого типу підлітки намагаються приховати своє захворювання і показати своє здоров'я, силу, мужність. Вони починають рано палити, вживати алкоголь. Підлітки, які мають третій тип психогенних реакцій, намагаються показати свою постійну зайнятість навчанням, позакласною діяльністю, спортом. Вони прагнуть ігнорувати відношення оточення, до своєї зовнішності, підкреслюючи її мале значення для себе.

Відзначається наявність у підлітків із ЗСР відчуття непопулярності і незадоволеності собою, присутність слабого ступеня формування ідеалу, заниженої самооцінки, інтровертованості, підвищеної тривожності.

Поведінкові проблеми підлітків із ЗСР, їх соціальна знехтуваність або прояви девіантної поведінки виявлялися в тих сім'ях, в яких була або гіперопіка такого підлітка матір'ю, або було присутнє порушення комунікації між членами сім'ї.

При проведенні психологічної роботи з підлітками із ЗСР треба використовувати індивідуальні форми роботи, бо відверте обговорення питань, що пов'язані з статевим розвитком та дозріванням підлітка в

групі, викликає відчуття ніяковості, сорому та напруженості.

Програма психокорекційних занять включала 8-10 зустрічей з підлітком, що обумовлено тривалістю перебування підлітка в стаціонарі. Заняття проводились щоденно, їх тривалість становила 40-50 хв у другій половині дня, після проходження підлітком медичних процедур, через 30-40 хв після прийому їжі. Для роботи з хлопцями із ЗСР використовувались методи арт-терапії (робота з малюнками), прийоми когнітивно-поведінкової та позитивної терапії, сфокусовані бесіди та дискусії.

Зустріч та робота з батьками відбувалась 2 рази за курс лікування підлітка. Перша зустріч проходила одразу після госпіталізації підлітка із ЗСР у стаціонар, друга – в середині курсу лікування. Тривалість зустрічі становила 30-40 хв. Для роботи з батьками використовувались прийоми роз'яснювальної терапії, консультування.

Організація психологічного супроводу підлітків із ЗСР в умовах стаціонару складалася з чотирьох етапів: підготовчого, діагностичного, етапу формування та реалізації індивідуальних програм психологічного супроводу та етапу оцінки ефективності проведеної роботи.

I етап. Підготовчий етап включав зустріч із лікарем-куратором, аналіз медичної документації (картки хворого) та первинну зустріч із підлітком.

Під час зустрічі з лікарем та в результаті аналізу медичної документації отримувалась необхідна інформація про історію хвороби підлітка, стан його здоров'я, ставлення до госпіталізації та лікувальних процедур, результати спостереження лікаря щодо особливостей поведінки підлітка, що зумовлені затримкою статевого розвитку.

Під час першої зустрічі з підлітком психолог із використанням напівструктурованого інтерв'ю отримував інформацію щодо усвідомлення підлітком стану свого здоров'я, впливу захворювання на різноманітні сфери його життя.

У результаті інтерв'ювання визначалися:

- наявність/відсутність у підлітка труднощів у вербалізації власних міркувань стосовно питань статевого розвитку;
- поінформованість підлітка з питань статевого розвитку та можливих наслідків ЗСР;
- потреба та шляхи одержання ним інформаційної та психологічної підтримки;
- наявність блокування дитячо-батьківської комунікації стосовно питань статевого розвитку;
- вплив соціального (шкільного) оточення на підлітка в контексті наявності зовнішніх проявів уповільненого статевого розвитку;
- особливості емоційного реагування підлітка в контексті особливостей тілесного розвитку;
- наявність у підлітка анозогнозичних переко-

нань стосовно ЗСР;

- ставлення підлітка до лікування.

У результаті інтерв'ювання визначалися:

- наявність/відсутність у підлітка труднощів у вербалізації власних міркувань стосовно питань статевого розвитку;
- поінформованість підлітка з питань статевого розвитку та можливих наслідків ЗСР;
- потреба та шляхи одержання ним інформаційної та психологічної підтримки;
- наявність блокування дитячо-батьківської комунікації стосовно питань статевого розвитку;
- вплив соціального (шкільного) оточення на підлітка в контексті наявності зовнішніх проявів уповільненого статевого розвитку;
- особливості емоційного реагування підлітка в контексті особливостей тілесного розвитку;
- наявність у підлітка анозогнозичних переконань стосовно ЗСР;
- ставлення підлітка до лікування.

Основними завданнями первинної зустрічі з підлітком на цьому етапі були збирання психологічного анамнезу, встановлення контакту та формування мотивації на спільну роботу.

Підготовчий етап закінчувався аналізом отриманої інформації та плануванням подальшої діяльності.

II етап. Діагностичний етап включав проведення психодіагностичного дослідження з підлітком та його батьками.

При психодіагностичному обстеженні підлітка із ЗСР, яке проводилось під час другої зустрічі, особливості психоемоційного стану підлітка.

При психодіагностичному обстеженні батьків на цьому етапі визначався тип ставлення батьків до здоров'я підлітка із затримкою статевого розвитку. При аналізі бралися до уваги категорії:

- обговорення батьками з дитиною теми хвороби (ЗСР);
- переживання занепокоєння, тривоги з приводу хвороби дитини;
- наявність анозогнозичних настанов щодо ЗСР;
- час звернення по медичну допомогу з приводу ЗСР;
- наявність знань щодо наслідків ЗСР;
- наявність занепокоєних думок щодо майбутнього дитини;
- активність з боку батьків, спрямована на збереження здоров'я підлітка із затримкою статевого розвитку;
- показники за шкалами інтернальності, тривоги, нозогнозії.

Отримані у процесі емпіричного дослідження результати, що визначали особливості психологічного статусу хлопців із ЗСР, були основою для створення

індивідуальних програм психологічного супроводу на наступному етапі.

III етап. Створення та реалізація індивідуальних програм психологічного супроводу хлопців із ЗСР в умовах стаціонару з урахуванням батьківського ставлення до здоров'я своїх дітей.

Розробка індивідуальних програм психологічного супроводу підлітків із ЗСР включала дві складові, а саме: корекцію дезадаптивних типів ставлення до власного здоров'я хворого підлітка та оптимізацію його психоемоційного стану.

Для корекції проводилося:

- підвищення інформованості щодо ЗСР;
- формування адекватного ставлення до хвороби;
- формування відповідальності щодо підтримки та збереження власного здоров'я;
- формування активних поведінкових стратегій по відношенню до збереження та укріплення власного здоров'я.

Оптимізація емоційної сфери хворих підлітків була спрямована на:

- розвиток навичок вербалізації емоцій;
- пом'якшення емоційного дискомфорту, зумовленого наявністю захворювання (зниження внутрішньої напруги для зменшення показників тривожності, фрустрованості та агресивності);
- оптимізація міжособистісних стосунків;
- підвищення самооцінки.

На цьому ж етапі проводилося консультування батьків хворого підлітка.

Батьки, які мали підтримуючий тип батьківського ставлення, проявляли активність та зацікавленість щодо допомоги своїй дитині, розглядалися як партнери для побудови системи психологічної допомоги підлітку. Батькам надавалися рекомендації щодо питань формування здорового способу життя підлітка, його підтримки в ситуації дорослішання та статевого дозрівання.

Робота з батьками при ігноруючому типі батьківського ставлення спрямовувалась на підвищення інформованості щодо затримки статевого розвитку та його можливих наслідків, на оптимізацію міжособистісних стосунків між батьками та підлітком. Якщо у батьків була відсутня мотивація до співпраці із психологом, то питання підвищення інформованості щодо затримки та її наслідків висвітлював батькам лікар-ендокринолог.

Наприкінці психологічного супроводу проводилось заключне обговорення з підлітком питань щодо отримання досвіду, розширення розуміння своєї хвороби та застосування отриманих знань у житті.

IV етап. Оцінка ефективності проведеної роботи проводилася на підставі оцінки динаміки показників, які характеризують психоемоційний стан підлітка. В кінці останньої зустрічі з підлітком, перед ви-

пискою його з відділення, проводилося повторне психодіагностичне обстеження.

У корекційній програмі взяли участь 55 хлопців із затримкою статевого розвитку, які проходили лікування в ендокринологічному відділенні клініки ДУ «ІОЗДП НАМН».

Після завершення курсу психологічної корекції у підлітків із ЗСР спостерігалася достовірна позитивна динаміка. У більшості пацієнтів (90,63 %) було зафіксовано достовірне зниження показників тривожності, фрустрованості та агресивності ($P < 0,05$).

Для визначення стійкості змін у соціальному функціонуванні підлітків через півроку було проведено опитування. До опитувальника були включені питання, які висвітлювали позиції ставлення підлітка до свого захворювання (ЗСР), наявність активної позитивної стратегії щодо збереження свого здоров'я, зміни у спілкуванні із оточенням. Також вивчалося питання щодо надання батьками емоційної підтримки хворому підлітку після виписки його із стаціонару. При проведенні опитування виявлено,

що усі хлопці (100 %) пройшли курс медикаментозного лікування, 78,13 % дотримуються режиму харчування, який призначив лікар-ендокринолог. 75,00 % хлопців відмітили позитивні наслідки співпраці із психологом, а саме з них: 45,8 % відмітили поліпшення у розумінні захворювання та його наслідків, 16,7 % придбали впевненість у собі, 37,5 % хлопців відчували полегшення свого емоційного стану. Майже половина (46,7 %) хлопців із ЗСР після психологічного супроводу у стаціонарі визнали наявність позитивних змін у стосунках із однолітками. Більша частина хлопців (71,33 %) визнали, що мають емоційну підтримку своїх батьків у ситуації наявності затримки статевого розвитку, вони розмовляють та заспокоюють підлітка. З цих хлопців 18,2 % мали емоційну підтримку і до роботи з психологом, а 53,13 % відмітили, що ставлення до них батьків змінилося після відвідування батьками психолога.

Таким чином, система психологічного супроводу підлітків із затримкою статевого розвитку показала свою високу ефективність, що зумовлено її комплексністю та індивідуальним підходом.