

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКОМ ЛЕЧЕНИИ, И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ О ЕГО ВЫРАЖЕННОСТИ У ДЕТЕЙ

Жарук Иван Антонович

Аспирант, ГАОУ ВО ЛО «Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина»; н.с., клинический психолог, ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера» Минздрава России
ivanzharuk@gmail.com

POST-TRAUMATIC STRESS IN CHILDREN UNDERGOING MEDICAL TREATMENT AND PARENT'S IMPRESSION OF ITS SEVERITY IN CHILDREN

I. Zharuk

Summary: The study of features of post-traumatic stress manifestation is an important component in understanding the expression of experiences in children. Consideration of specificity of interaction of parents with children in this way, can allow to understand, how much relatives are aware of the situations causing strong experiences in their children, and how these experiences are manifested. The research revealed that on average, parents of children undergoing medical treatment underestimate the degree of intensity of post-traumatic stress in their children. Also, in 80% of cases, parents did not know about all the traumatic situations experienced by their children.

Keywords: post-traumatic stress, parents, children.

Аннотация: Изучение особенностей проявления посттравматического стресса, является важной составляющей в понимании выраженности переживаний у детей. Рассмотрение специфики взаимодействия родителей с детьми в этом ключе, может позволить понять, насколько родственники осведомлены о ситуациях вызывающих сильные переживания у их детей, и то, как проявлены эти переживания. В результате проведенного исследования было выявлено, что в среднем родители детей, находящихся на медицинском лечении, недооценивают степень интенсивности посттравматического стресса у своих детей. Также, в 80% случаев, родители не знали обо всех психотравмирующих ситуациях пережитых их детьми.

Ключевые слова: посттравматический стресс, родители, дети.

Введение

Взаимодействие родителей и детей, особенности и трудности этого процесса, становились темой психологических исследований множество раз. Для того чтобы выделить еще одно направление в исследовании этих взаимоотношений, обратимся к теме травматических переживаний и посттравматического стресса. Актуальность изучения этих явлений можно назвать достаточно выраженной, в связи с ростом количества публикаций за последние 20 лет. Большое количество публикаций и внимания к этой теме, связаны с работами Тарабриной Н.В. [13], Падун М.А. [3], Харламенковой Н.Е. [18] и многих других.

Особенностью подросткового или младшего школьного возраста, является усвоение требований, связанных с обязанностью учиться и приобретать знания. Такие требования связаны с необходимостью организованности и дисциплинированности, что затрагивает волевые усилия ребенка, для адаптации к изменяющимся условиям их социальной деятельности. Затруднения, которые могут испытывать дети в этом возрастном периоде, зачастую связаны с асинхронностью развития психических функций, и разной степенью их сформированности, у детей одного возраста. В некоторых случа-

ях (5-10%), среди детей младшего школьного возраста, может проявляться синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), являющийся психопатологическим проявлением процесса взросления. Проявления посттравматического стресса в предпоздковом возрасте могут рассматриваться, как формы проявления СДВГ, при этом, не относясь к нему непосредственно.

Особенностью подросткового периода является переход из детства в период юности. Этот переход сопровождается пубертатными изменениями и перестройками организма, важными фазами соматического развития. В области психического также происходят изменения. Стратегии решения ситуаций из детства могут не выдерживать проверку временем, проявляя необходимость выработки новых путей решения задач, которые ставит перед ребенком подростковый период и юность. Одними из многих особенностей, которые могут проявиться в подростковом периоде, можно назвать акцентуации характера. «В подростковом возрасте особенности характера часто заостряются, а при действии психогенных факторов, адресующихся к «месту наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении» [7] Такие особенности, с процессом взросления обычно компенсируются и не мешают адаптации, но могут оставаться достаточно вы-

раженными и становиться психопатологическими проявлениями. Помимо этого, в подростковом периоде, на фоне заострения черт характера, может проявиться посттравматический стресс, как проявление психотравматических ситуаций из детства и переживаний по поводу них. В отличие от акцентуаций характера, посттравматический стресс является исключительно отрицательной вариацией течения подросткового возраста, причиняет большие страдания и является проявлением дезадаптации, с которым можно разобраться с высокой вероятностью лишь благодаря психокоррекции или психотерапии. Изучая предпоздниковый и подростковый периоды, в которых происходят, как процессы, укладывающиеся в нормативные представления о процессе взросления, так и психические проявления не считающиеся нормативными, интересно попытаться выяснить: Насколько близкие родственники осведомлены о выраженности переживаний их детей, в связи с психотравмирующими ситуациями?

Широкая распространенность посттравматического стресса среди молодого поколения, не может не вызывать размышлений по поводу того, как относятся родители к психоэмоциональному состоянию своих детей?

Новизна данного исследования заключается в изучении выраженности индекса посттравматического стресса среди детей находящихся на лечении в медицинском учреждении, в сравнении с представлениями их родителей о том, каковы проявления посттравматического стресса у их детей, и какова интенсивность переживаний их детей по поводу этих явлений.

Актуальность исследования связана с изучением интенсивности переживаний предпоздников и подростков, находящихся на лечении в медицинском учреждении. Также изучения того, как представляют родители этих детей, какова интенсивность переживаний у их детей и в связи с какими событиями.

Цель исследования

Изучение выраженности посттравматического стресса среди предпоздников и подростков, находящихся на медицинском лечении, и осведомленности их родителей о травматических событиях, и выраженности переживаний в связи с ними, у их детей.

Задачи исследования

1. Протестировать группу детей, находящихся на медицинском лечении, и их родителей, находящихся вместе с ними, на предмет выявления уровня ПТС у детей и представления об уровне ПТС у детей, среди их родителей.
2. Определить наличие или отсутствие искаженного

представления родителей об интенсивности переживаний у их детей и количестве травматических ситуаций пережитых ими.

Гипотеза

Гипотезой исследования выступит предположение о том, что среди родителей детей, находящихся на лечении в медицинском учреждении, будут выявлены в среднем более низкие показатели представления о степени выраженности ПТС у их детей, относительно результатов исследования ПТС у самих детей.

Выборка

В рамках поиска ответов на поставленные вопросы было произведено исследование на базе ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера» Минздрава России. В исследовании приняли участие 30 детей от 8 до 17 лет (средний возраст – 12,2), 17 мальчиков (56,6%) и 13 девочек (43,3%). Также 30 родителей этих детей (в основном мамы, а помимо них 1 опекун и 3 бабушки). Все старшие родственники, вне лечебного учреждения проживают совместно с респондентами-детьми на момент исследования. Средний возраст матерей – 40,2 лет. Наиболее распространенными диагнозами среди респондентов детей являлись (согласно МКБ-X): Q65 – Врожденные деформации бедра – 4 случая, G80 – Детский церебральный паралич (ДЦП) (4), M41 – идиопатический сколиоз (3) и др.

Выборка возникла в естественном процессе работы с пациентами, в текущей ежедневной психокоррекционной деятельности. То есть не происходила селекция пациентов по какому-либо свойству. Исключением являются пациенты с нарушениями интеллектуального развития, поскольку у них существенно изменена (снижена) степень понимания и осознанности ответов в полуструктурированном интервью. Также не включенными оказались респонденты, находившиеся на лечении без родителей, отказавшиеся от участия, или не давшие согласия на использование данных тестирования в публикации.

Материалы и методы

С целью изучения проявлений посттравматического стресса у детей использовалось: «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний у детей» [12].

Для оценки родителями состояния выраженности посттравматического стресса у их детей использовалась: «Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей» [12].

Также, родителям был выдан бланк с перечислением

тех же ситуаций, в которых мог оказываться их ребенок, только в этом случае им нужно было отметить:

- а) оказывались ли они сами в течение жизни в этих ситуациях?
- б) вызывали ли события, в которых оказывались переживания у них?
- в) вызывают ли у них переживания, события, произошедшие с их детьми, перечисленные в «Родительской анкете для оценки травматических переживаний детей»?

Для статистической обработки результатов, использовался двухвыборочный t-критерий для независимых выборок, для сравнения средних показателей.

Результаты и обсуждение

В результате исследования было выявлено, что 17 детей имеют показатели выраженного посттравматического стресса (показатель общего индекса ПТС у них превысил 25, что является выраженным проявлением в сравнении с контрольной группой). [табл.1]

У 13 детей показатель общего индекса ПТС остался в пределах нормативных значений контрольной группы.

Результаты подростков в этом исследовании соответствуют выявленным ранее данным, по итогам скринингового исследования индекса ПТС у 130 подростков, находящихся на лечении в медицинском учреждении. О том, что каждый 2 ребенок, среди находящихся на медицинском лечении пациентов, имеет выраженный индекс

посттравматического стресса. [4]

В результате тестирования родителей были выявлены низкий средний уровень значения индекса ПТС, предполагаемый родителями в отношении своих детей – 7,7 баллов. В то время как результат выборки детей показал значительно более высокий средний результат – 24,93.

Лишь в 6 случаях (20%) из 30, отмеченные родителями травматические ситуации, которые, по их мнению, случались в жизни их детей, полностью совпали с теми ситуациями, которые отметили сами дети. Таким образом, в 24 случаях (80%) родители имели неполное или искаженное представление о том, какие ситуации оказались травматичными для их детей.

Такие результаты, в случае с детьми, чей индекс ПТС оказался выражен (17), могут говорить о незнании родителями того, что их дети испытывают проявления посттравматического стресса и интенсивные переживания.

Среди ситуаций, которые респонденты-дети отметили, как вызвавшие переживания, и о которых не знают их родители, наиболее часто встречающимися стали: Трудности передвижения (в 6 случаях), Серьезное физическое заболевание (6), Смерть близких (5), Длительная или повторная госпитализация (4).

Стоит так же отметить, несмотря на то, что родители не знают, что их дети испытывают переживания по поводу этих ситуаций, они отметили, что сами испытывают переживания по поводу этих ситуаций в своей жизни: Се-

Таблица 1.

Среднегрупповые значения критериев полуструктурированного интервью для оценки травматических переживаний детей. [12]

Показатели	Контрольная группа (N=100)		Дети, пережившие травматический опыт (N=52)	
	M	SD	M	SD
Критерий А	–	–	5,73	2,54
Критерий В	3,14*	3,24	7,48	4,12
Критерий С	5,13*	3,24	11,01	5,46
Критерий D	5,46*	3,64	11,51	4,32
Критерий F	1,24*	2,01	4,53	3,03
Total ПТСР	15,07*	9,52	34,94	11,25

* по результатам T-теста вероятность ошибки $p < 0,05$.

рзное физическое заболевание ребенка (в 6 случаях), Смерть близких (5), Длительная или повторная госпитализация (1). В связи с этими данными, можно предположить, что детям может быть трудно поделиться с родителями своими переживаниями, по поводу какой-либо из вышеуказанных ситуаций, поскольку родители сами испытывают переживания по поводу этих ситуаций. Или же как в случае с ситуациями – «Трудности передвижения» и «Длительная или повторная госпитализация», когда родители оказывают помощь в осуществлении передвижения или находятся вместе с ними в больнице, детям, возможно, неловко сообщать родителям, что та сфера, в которой родитель и так помогает ребенку, являясь совместным занятием с родителем – вызывает переживания и страдания у ребенка.

Помимо этого, родители пациентов отмечали ситуации, которые их дети не считали травматичными для себя. Наиболее часто отмечались такие ситуации: Длительная или повторная госпитализация (10 раз), Другое травматичное событие (3), Неполная семья (2). Также, некоторые из этих родителей отмечали, что эти ситуации вызывают негативные переживания у них самих: Длительная или повторная госпитализация (4 раза), Неполная семья (2). Можно предположить, что в этих случаях родители ошибочно принимали свои переживания, за переживания своих детей. В остальных подобных случаях можно отметить ошибочное представление родителей о ситуациях вызывающих переживания у их детей, или отсутствие искренности в ответах детей при прохождении теста.

Вопрос того, почему одни и те же ситуации становятся травматичными для одних людей, а на других никак не влияют или даже становятся чем-то способствующим позитивным изменениям, можно считать открытым и на сегодняшний день. Как пишут об этом отечественные и зарубежные авторы: «...по сей день не решенным остается вопрос, почему одно и то же травматическое событие делает беспомощной жертвой одного человека, а другого не только несколько не задевает, но подчас даже укрепляет» [9; 19; 8].

По итогам статистической обработки результатов выборок детей и родителей t-критерий Стьюдента было подтверждено различие средних показателей выборок на уровне статистической значимости $p=0,01$. Это подтверждает гипотезу о том, что оценка родителей уровня выраженности ПТС подростков, находящихся на лечении в медицинском учреждении, будет ниже собственного уровня ПТС, оцениваемого подростками.

В связи со всем выше перечисленным можно предположить, что травматичность ситуаций может быть связана с отсутствием достаточной коммуникации между родителями и детьми. Как пишет о травматичности ситуаций французский психоаналитик и психиатр Жак Лакан: «...из-за того, что форма его [прим. невроза] первой символической интеграции была потрясением для субъекта, отпечаток приобретает в плоскости воображаемого характер травмы... [прим. между наличием травматического эффекта ситуации и его отсутствием]... лишь одно различие, а именно: в такой момент рядом нет никого, кто мог бы субъекту дать в помощь слово» [5]

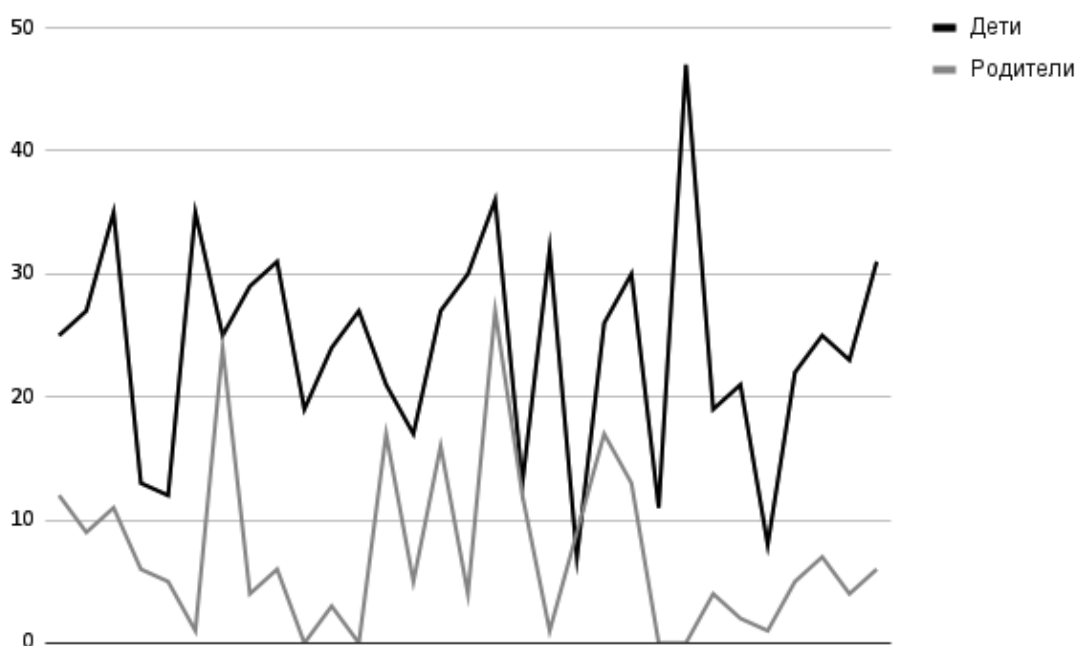


Диаграмма 1. Сравнение результатов родителей и детей в оценке индекса ПТС у детей.

На нехватку в вопросе коммуникации указывает отсутствие достаточной выговоренности пациентами отношения к тяжелым жизненным ситуациям, даже в общении с близкими родственниками. Данные проявления соответствует критерию С – «Полуструктурированного интервью для оценки травматических переживаний у детей» – «Избегание». Такой вывод подтверждается результатами исследования, поскольку среди всех критериев, при помощи которых определяется индекс выраженности ПТС, наиболее часто превышающим нормативные показатели контрольной группы, оказался именно критерий С – «Избегание» (14 раз — 46,6%).

Отсутствие внимания, к проявлениям посттравматического стресса у детей со стороны родителей, учителей и специалистов, работающих с детьми, может негативно сказаться на их успеваемости в учебе: «при ПТС ниже выносливость при занятиях умственной деятельностью, а также скорость решения задач, выше вязкость мышления». [2] Не понимание родителями того с чем связана необычность поведения и эмоциональных реакций ребенка, может замедлить процесс реадaptации, поскольку «Тяжелое психоэмоциональное состояние (детей) связано с критикой родителями их ошибок, агрессии, недовольства», а также длительное отсутствие внимания к проявлениям ПТС: «Утяжеление психоэмоциональной и социальной дезадаптации у подростков с давностью травмы более 3 лет» [11]. Как отмечает А.А. Лифинцева, неосведомленность об особенностях ПТС может усугублять его проявления из-за дефицитарности поддержки и социальной дезинтеграции: «...некомплектность и дефицитарность социальной поддержки, низкий уровень предоставления подростку социальной поддержки со стороны основных членов его социальной сети (родителей, друзей, одноклассников и педагогов) и социальная дезинтеграция, играют важную роль в появлении у подростков указанной симптоматики» [6]. Также, проявления посттравматического стресса, не рассматриваемые в совокупности, могут приниматься за другие проявления, сопутствующие процессу взросления – акцентуации характера или изменения поведения подростка в связи с пубертатным периодом.

Обращает на себя внимание исследование, проведенное Хажуевым И.С. направленное на изучение тех же параметров среди детей, и отношение к проявлениям посттравматического стресса у детей среди родителей. В сравнении родителей больных и здоровых детей было выявлено, что: «У родителей больных детей отмечено преобладание переменных избегания и возросшей возбудимости по сравнению с аналогичными показателями у родителей здоровых детей» [17]. Также, интересным является вывод: «в результате рангового анализа данных обследования родительских выборок не было выяв-

лено значимых различий по переменной «общий индекс посттравматического стресса» [17]. Таким образом, результаты обеих выборок родителей оказались в области показателя – 27 баллов, что указывает на достаточную осведомленность родителей о травматичных ситуациях происходивших в жизни их детей и интенсивность переживаний детей по поводу этих ситуаций.

Согласно результатам исследования Толкачевой О.Н., посттравматическое состояние имеет различные периоды, каждый из которых связан с определенными, актуальными для этого периода, способами поддержки, различных социальных групп. Как следует из её работы: «Феноменологический анализ полученных по средствам интервью, данных позволил выделить следующие посттравматические периоды

Острый адаптационный период – острый шок, борьба с угрозой жизни и физическому благополучию

Адаптационный период – начало освоения травматического опыта, включая попытку осмысления происходящего

Институциональный период – реорганизация пострадавших социальных связей

Постинституциональный период – установление посттравматической повседневности» [15].

Соответствие способа и социальной группы, оказывающих помощь человеку, может способствовать формированию посттравматического роста, как преодоления эффектов психотравмирующей ситуации. Участие и осведомленность родителей, в таком случае играет немаловажную роль.

Выводы, которые можно сделать из проведенного исследования:

1. Среди пациентов-детей, находящихся на лечении в медицинском учреждении, выявлено наличие высокого индекса посттравматического стресса, чуть более чем у каждого второго респондента. 17 случаев (56,6%).
2. Родители пациентов, находящихся на лечении в медицинском учреждении, присутствующие вместе с ними, в среднем имеют более низкие результаты в оценке уровня выраженности ПТС у детей, предполагая более низкий уровень ПТС (7,7), чем его оценивают у себя сами дети (24,93). Также выявлено наличие неполного или искаженного представления родителей о травматичных ситуациях происходивших и вызывавших переживания у их детей, в 24 случаях (80%).

Заключение

Полностью подтвердилась гипотеза исследования, заключающаяся в предположении о том, что в среднем, родители детей, находящихся на медицинском лечении, будут иметь более низкие результаты в оценке степени выраженности ПТС у их детей, относительно результатов исследования ПТС у самих детей.

Нацеленность на проговаривание отношения к тяжелым жизненным ситуациям, перевод ощущений в слова, является одним из эффективных психокоррекционных приемов, который позволяет переосмыслить такие ситу-

ации. При этом стоит упомянуть и другие факторы, способствующие социализации и адаптации, в связи с психическим травматизмом: «...освоения социальных норм и практик данной группы; реорганизации социальных связей личности в качестве субъекта травматического опыта; освоения и трансформации доминирующих представлений и форм социального взаимодействия в сторону их большей инклюзивности...» [14] Изучение особенностей проявлений посттравматического стресса, а также стратегий его переосмысления, проживания, интеграции травматического опыта в подростковом возрасте, может избавить от негативных последствий в связи с длительными травматическими переживаниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азарных Т.Д. Стрессорная нагрузка и посттравматические стрессы в юношеском возрасте // Известия Самарского научного центра РАН. 2014. №2-3. С. 605
2. Азарных Т.Д. Темперамент и посттравматические стрессы в юношеском возрасте с учетом фактора пола // Ученые записки университета Лесгафта. 2014. №11. С.117
3. Быховец Ю.В., Падун М.А. Личностная тревожность и регуляция эмоций в контексте изучения посттравматического стресса // Клиническая и специальная психология. 2019. Т. 8. № 1. С. 78–89.
4. Жарук И.А. Проявления посттравматического стресса у детей, находящихся на лечении в медицинском учреждении // Психология – наука будущего: Материалы IX Международной конференции молодых ученых, Москва, 18–19 ноября 2021 года. Москва: Институт психологии РАН. 2021. С. 135–139
5. Лакан Ж. Семинары. Книга 1. Работы Фрейда по технике психоанализа // Гнозис, 2019. С. 107–111.
6. Лифинцева А.А. Влияние межличностных факторов на психосоматическое здоровье подростков // Вопросы психологии. 2013. № 4. С. 34–44
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. — Санкт-Петербург: Речь. 2009. 256 с.
8. Магомед-Эминов, М.Ш. Трансформация личности // М.: Психоаналитическая ассоциация. 1998. 496 с.
9. Мазур Е.С. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 31–52
10. Силёнок И.К. Характеристика посттравматического синдрома подростков // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2013. №3. С. 134–141
11. Суроегина А.Ю. Психосоциальные факторы эмоциональной дезадаптации подростков и молодежи, перенесших спинальную травму // диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.13. Москва. 2015. 161 с.
12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса // СПб: Питер, 2001. С. 235–240
13. Тарабрина Н.В. Стресс и посттравматический стресс: дифференциация понятий // Разработка понятий в современной психологии. Сборник статей. Москва. 2019. С. 285–308.
14. Толкачева О.Н. Социализация и ресоциализация личности после психологической травмы // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия "Познание". 2017. № 11-12. С. 45–56.
15. Толкачева О.Н. Структурно-временная модель социально-психологической поддержки посттравматического роста личности [Текст] // Интерактивная наука. 2017. №11(21). С. 48–54.
16. Уласень Т.В. Комплексный анализ дезадаптивных проявлений у подростков социозащитных учреждений [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2017. Т. 5. № 3(17) URL: http://medpsy.ru/climp/2017_3_17/article04.php (дата обращения: 31.12.2021).
17. Хажуев И.С. Эмпирическое исследование взаимосвязи интенсивных стрессовых переживаний взрослых и детей // Учитель создает нацию (А-Х.А. Кадыров): Сборник материалов IV международной научно-практической конференции, Грозный, 21 ноября 2019 года. Грозный: Издательство ООО НПКП «МАВР», 2019. С. 544–549
18. Харламенкова Н.Е. Феномен отрицания признаков посттравматического стресса: осознаваемые и неосознаваемые стратегии // Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен. Москва: Институт психологии РАН, 2020. С. 1177–1186.
19. Levine P., Chitty J. New Insights in to trauma Therapy. APTA National Conference, 1994, p.13.

© Жарук Иван Антонович (ivanzharuk@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»