

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТЯЖЕЛЫХ ОЖГОВЫХ ТРАВМ

**Е.А. Горская, кандидат психологических наук.
Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России.
Г.В. Пятакова, кандидат психологических наук.
Санкт-Петербургский государственный университет**

Приведены результаты исследования особенностей эмоционального реагирования в ситуации фрустрации, проявления враждебных реакций, характеристик совладающего поведения детей и подростков с отдаленными последствиями ожоговых травм.

Ключевые слова: ожоговые травмы, дети, подростки, эмоциональные особенности, копинг-поведение

EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH BURNS INJURIES

E.A. Gorskaya. Saint-Petersburg university of State fire service of EMERCOM of Russia.
G.V. Pyatakowa. Saint-Petersburg State university

The article presents the results of researches of the emotional reaction to situations of frustration, expressions of hostility, coping behavior of children and adolescents with long-term consequences of burns injuries.

Key words: burns injuries, children, adolescents, emotional characteristics, coping

Проблема отклоняющегося психического развития у детей при различных заболеваниях привлекает всеобщее внимание специалистов в области психологии, образования и медицины [1–4]. Менее изученными оказались нарушения эмоционального развития детей и подростков с отдаленными последствиями ожоговых травм. Реалии современного мира свидетельствуют об увеличении частоты аварий, катастроф, несчастных случаев с большим количеством пострадавших от ожогов, в том числе и детей. По данным Всемирной организации здравоохранения, ожоги занимают третье место среди других видов травм. По статистическим данным количество лиц, получивших травмы при ожогах с каждым годом увеличивается, 40 % из числа пострадавших от ожогов составляют дети. Ожоги – третья по частоте причина смерти от травм в детском возрасте. 36,8 % детей, получивших ожоги, приходится на школьников от 7 до 14 лет. [5–7]. Ожоговая травма приводит к повреждениям, при которых поражается кожа, или другие ткани, при воздействии термического фактора. Наиболее часто ожоги у детей и подростков встречаются вследствие воздействия жидкостей высокой температуры, электрического тока, открытого пламени, реже встречаются ожоги от химических реактивов. Последствием ожоговой травмы является ожоговая болезнь – тяжелое страдание, сопровождающееся нарушением функций почти всех органов и систем организма, а также образованием грубых рубцов на поверхности тела. У детей и подростков последствия ожогов переносятся тяжелее, чем у взрослых. Это связано с меньшей площадью тела ребенка, толщиной кожи и слизистых оболочек, а также с особенностями реактивности и созревания детского организма. Отдаленным последствием термических ожогов может быть потеря функций рук и ног, контрактуры суставов, осложнения, требующие проведения сложных пластических операций, длительного лечения в стационаре. 54 % ожоговых травм у детей приходится на видимые для окружающих части тела – лицо, кисти рук или шею. Физический недостаток

(рубцы, шрамы, деформированные конечности), изменяющий внешность, становится источником постоянной психогенной травматизации, нарушает структуру интериндивидуальных социальных связей, искажает интраиндивидуальную структуру психических свойств и качеств больного (категории Б.Г. Ананьева). Особое отношение к больному ребенку в семье, специфика стратегий воспитательных воздействий, необходимость сложного и болезненного хирургического вмешательства, частые госпитализации, сопровождающиеся отрывом от семьи, особое положение ребенка в референтной группе сверстников – создают особые условия, определяющие психическое развитие. Особое значение физический недостаток, уродующий внешность, приобретает в подростковом возрасте, в период обострения противоречий между физической, интеллектуальной и социальной линиями в развитии человека [8–10]. В этом отношении особенно тяжелыми оказываются последствия ожоговых травм с локализацией поражения в области лица, шеи, кистей рук и других открытых участков тела. Последствия травм, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни, могут вызывать наиболее тяжелые психологические реакции, выраженные поведенческие девиации, дезадапционные срывы и кризисы эмоциогенной природы, тяжелейшие депрессивные состояния. В исследованиях клиницистов отмечается, что отдаленные последствия ожоговых травм в подростковом возрасте могут проявляться в виде психопатологических расстройств: психовегетативных, энцефалопатических симптомов, а также в виде психогенных патологических формирований личности дефицитарного и депривационного типов [7]. Вместе с тем, немалое значение имеет и компенсаторный потенциал личности, те особенности в индивидуальном развитии подростка, которые позволяют ему выработать адекватные особенностям среды и имеющегося физического недостатка формы поведения и жизнедеятельности. В связи с этим возникает задача своевременного включения психологических мероприятий в процесс комплексной реабилитации травмированных детей и подростков, проведение которых должно опираться на всестороннее изучение эмоциональных особенностей, а также компенсаторных проявлений психологического уровня. Жизненная ситуация развития подростков с последствиями ожоговых травм насыщена критическими событиями, которые наслаиваясь друг на друга, влияют на естественный ход развития эмоциональной сферы. Однако конкретное содержание эмоциональных переживаний и особенностей социальных отношений детей и подростков с последствиями ожоговых травм, которые формируют их эмоциональный опыт, мало изучено. Все это определило актуальность предпринятого экспериментального исследования с целью выявления эмоциональных особенностей травмированных, подростков, а также факторов, определяющих их формирование [10, 11].

В исследовании участвовали 60 подростков 10–15 лет (30 подростков с отдаленными последствиями (временной интервал с момента получения травмы составлял не менее 2,5 лет) ожоговой травмы и 30 здоровых подростков).

В момент обследования все подростки с последствиями тяжелых ожоговых травм (последствия высоковольтных и бытовых ожогов с локализацией в области лица, шеи, конечностей) находились на лечении в стационаре. В качестве контрольной группы было обследовано 30 здоровых подростков того же возраста. В исследовании приняли участие подростки, имеющие сохраненные возможности интеллектуального развития. На предварительном этапе исследования было проведено изучение уровня интеллектуального развития подростков, с последствиями ожоговых травм с помощью интеллектуального теста Слоссона [12]. Экспериментальную группу составили подростки, имеющие коэффициент интеллектуальности не ниже 90 единиц.

Проводилось изучение особенностей эмоционального реагирования в ситуации фрустрации, проявления враждебных реакций, характеристик совладающего поведения. Для этой цели были использованы: тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга (детский вариант), опросник А. Басса и А. Дарки, опросник копинг – стратегий школьного возраста [13, 14].

Все полученные в работе результаты были обработаны статистическими методами с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. Оценка проводилась с помощью

параметрического Т-критерия Стьюдента, точного критерия Фишера. Статистически значимыми считались результаты не ниже уровня $p < 0,05$ (табл. 1, 2).

Результаты выполнения теста С. Розенцвейга испытуемыми контрольной и экспериментальной групп выявили общие и специфические особенности в способах эмоционального реагирования на ситуацию фрустрации. Профили фрустрационных реакций по направленности, в целом, совпадают у двух групп обследованных подростков. У здоровых и у травмированных подростков чаще встречаются экстрапунитивные реакции ($E > I > M$), что проявляется в открытом выражении агрессии, фиксации на фрустрирующем событии. Импунивные реакции встречаются у здоровых подростков реже, чем экстрапунитивные, но чаще, чем интропунитивные. У травмированных подростков экстрапунитивные и интропунитивные эмоциональные реакции в ситуации фрустрации встречаются чаще, чем импунивные. Вероятно, здоровые подростки, в отличие от их травмированных сверстников, не склонны испытывать чувство вины в ситуации фрустрации. Профили типов фрустрационных реакций различны в двух группах испытуемых. У здоровых подростков преобладают реакции препятственно-доминантного типа (O-D), у подростков с последствиями ожоговых травм – реакции самозащитного типа (E-D). Реже всего в двух группах испытуемых встречаются реакции, направленные на разрешение конфликтной ситуации.

Полученные результаты свидетельствуют о единстве закономерностей, определяющих формирование эмоционального поведения в ситуации фрустрации здоровых подростков и подростков с последствиями ожоговых травм, для которых характерны жесткая привязанность к ситуации, неумение эмоционально отвлечься от фрустратора, трудности в конструктивном разрешении конфликта. Для здоровых подростков рассматриваемой возрастной группы характерно агрессивное, конфликтное поведение в ситуации фрустрации. Травмированные подростки в ситуации конфликта в большей степени, чем здоровые подростки склонны к самозащитному поведению в ситуации фрустрации, заключающемуся в поиске внутриличностных резервов для смягчения эмоционально трудноразрешимого для больного ребенка конфликта, а также к переживанию чувства вины.

Таблица 1. Сравнение показателей агрессивности у подростков с последствиями ожоговых травм и подростков без травматического опыта (по методике Басса-Дарки)

| Название шкалы | Травмированные подростки | Подростки без травматического опыта | t | p |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----|------|
| | M ± S | M ± S | | |
| Физическая агрессия | 6,2 ± 1,3 | 6,3 ± 1,7 | – | – |
| Косвенная агрессия | 4,1 ± 1,6 | 4,6 ± 1,4 | – | – |
| Склонность к раздражению | 4,1 ± 1,4 | 5,6 ± 2,2 | 2,8 | 0,01 |
| Негативизм | 3,5 ± 1,4 | 2,9 ± 1,1 | – | – |
| Обида | 4,0 ± 1,4 | 4,1 ± 1,6 | – | – |
| Подозрительность | 4,7 ± 0,9 | 5,7 ± 1,6 | 2,5 | 0,05 |
| Вербальная агрессия | 6,3 ± 1,3 | 7,2 ± 2,1 | – | – |
| Чувство вины | 5,3 ± 1,3 | 5,9 ± 1,4 | – | – |
| Индекс враждебности | 8,7 ± 1,7 | 9,8 ± 2,8 | – | – |
| Индекс агрессивности | 16,6 ± 2,5 | 19,1 ± 4,7 | 2,2 | 0,05 |

Примечание: M – среднее арифметическое; S – стандартное отклонение; p – уровень значимости различий; t – критерий Стьюдента.

Сравнительный анализ показателей агрессивности травмированных подростков и подростков без травматического опыта выявил достоверные различия по параметрам подозрительности и склонности к раздражительности. Причем у подростков без травматического опыта данные проявления агрессивности выражены в большей степени, чем у травмированных подростков. Полученные результаты могут быть связаны с особенностями протекания подросткового кризиса, который проявляется в повышенной чувствительности, раздражительности, беспокойстве, неудовлетворенности подростков собой, а также в проявлениях негативизма. У травмированных подростков наблюдается меньшая склонность к косвенной и вербальной агрессии, чувству горечи и ненависти к окружающим, ощущениям угрызения совести, а также в большей склонности к негативизму, что, вероятно, отражает проявления пассивного протеста, в условиях тяжелого, связанного с травмой, заболевания, повышенной зависимости от медицинского персонала и родителей. Однако выявленные различия выступают в виде тенденции и не достигают уровня значимости.

Таким образом, сравнительный анализ параметров агрессивности травмированных подростков и подростков без травматического опыта показал, что у подростков без травматического опыта в большей степени выражены проявления агрессивности, чем у подростков с последствиями травм, что проявляется в подозрительности и склонности к раздражительности. У подростков с последствиями ожоговых травм наблюдается склонность к негативизму.

Таблица 2. Сравнительный анализ комплексных копинг-стратегий у подростков с последствиями ожоговых травм и у подростков без травматического опыта (по опроснику копинг-стратегий школьного возраста)

| Копинг-стратегия | Подростки без травматического опыта n=30, (%) | Травмированные подростки, n=21, (%) | Уровень значимости различий, p |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| Мечтаю, представляю себе что-нибудь | 31 | 30 | – |
| Гуляю вокруг дома или на улице | 19 | 29 | – |
| Рисую, пишу или читаю что-нибудь | 19 | 24 | – |
| Играю во что-нибудь | 13 | 33 | – |
| Бегаю или хожу пешком | 0 | 19 | $P \leq 0,001$ |
| Говорю с кем-нибудь | 25 | 33 | – |
| Гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде | 25 | 24 | – |
| Смотрю телевизор, слушаю музыку | 56 | 82 | $P \leq 0,05$ |

Анализ стратегий совладания у подростков с последствиями ожоговых травм и у здоровых подростков показал, что репертуар поведенческих стратегий совладания у подростков с последствиями ожоговых травм шире, чем у их сверстников без травматического опыта. Причем у травмированных подростков встречаются разнонаправленные единичные, диадные и комплексные копинг-стратегии, что позволяет снизить уровень эмоционального напряжения в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Выявлены достоверные различия в выраженности отдельных поведенческих вариантов совладающего поведения между травмированными подростками и подростками без травматического опыта.

Подростки с последствиями ожоговых травм, чаще, чем подростки без травматического опыта используют формы поведения, направленные на признание своих

ошибок, вины, они чаще обращаются за помощью к высшим силам («молюсь»), либо к лицам и предметам, составляющим безопасное окружение подростка («обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь или глажу животное»). Вместе с тем травмированные подростки в большей степени, чем подростки без травм, склонны к аффективному отреагированию напряжения, чаще в стрессовых ситуациях используют формы поведения агрессивного и аутоагрессивного характера («Бью, ломаю, швыряю вещи»; «Кусаю ногти, ломаю суставы пальцев»). Подростки с последствиями ожоговых травм чаще, чем подростки без травматического опыта в психотравмирующих ситуациях смотрят телевизор и слушают музыку, а также чаще стремятся к физической активности для снятия накопившегося напряжения.

Таким образом, репертуар совладающего поведения травмированных подростков шире, чем у их сверстников без травматического опыта. У травмированных подростков чаще, чем у их сверстников без травматического опыта встречаются разнонаправленные эффективные копинг-стратегии, что позволяет снизить уровень эмоционального напряжения в условиях хронической психотравмирующей ситуации.

В настоящей работе была предпринята попытка изучения эмоциональных особенностей у лиц с отдаленными последствиями ожоговых травм в подростковый период. Реалии современного мира свидетельствуют об увеличении частоты и масштабов аварий, катастроф с большим количеством пострадавших от ожогов, в том числе и детей. Количество лиц, получивших травмы при ожогах с каждым годом увеличивается. Последствиями ожоговой травмы являются ожоговая болезнь – тяжелое страдание, сопровождающееся нарушением функций почти всех органов и систем организма. Ожоговая болезнь представляет собой заболевание с мощным психогенным зарядом, вызывает острые психогенные переживания, создает для личности пострадавшего сложную стрессовую ситуацию. Последствия травм, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни, могут вызывать тяжелые психологические реакции, эмоциональные нарушения. Особенно остро срывы эмоциогенной природы могут протекать в подростковом возрасте – в критический период развития личности, что требует особого внимания психологов и адекватной научно-обоснованной психокоррекционной интервенции. Все это определило актуальность предпринятого экспериментального исследования. Оказалось, что эмоциональная сфера подростков с тяжелыми ожоговыми заболеваниями вследствие перенесенных травм, отличается от эмоциональной сферы здоровых подростков. Характеристики эмоционального поведения в ситуации фрустрации оказались сходны у здоровых подростков и подростков с последствиями ожоговых травм. Для них характерны жесткая привязанность к ситуации конфликта, неумение эмоционально отвлечься от фрустратора, трудности в конструктивном разрешении спорных ситуаций. Травмированные подростки в ситуации конфликта склонны к самозащитному поведению, к переживанию чувства вины. У подростков без травматического опыта в большей степени выражены проявления агрессивности, чем у подростков с последствиями травм. У подростков с последствиями ожоговых травм наблюдается склонность к негативизму. Таким образом, у травмированных подростков, проявления агрессивности, фрустрированности выражены в меньшей степени, чем у их здоровых сверстников, что вероятно, связано с действием компенсаторных механизмов психологического уровня, амортизирующих действие негативных факторов в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Действительно, результаты исследования показали, что репертуар совладающего поведения травмированных подростков шире, чем у их сверстников без травматического опыта. У травмированных подростков чаще, чем у подростков без травматического опыта, встречаются разнонаправленные эффективные копинг-стратегии, более выражено самозащитное поведение, заключающееся в поиске внутриличностных резервов для смягчения конфликтных ситуаций, что позволяет снизить уровень эмоционального напряжения в стрессогенных условиях.

Выводы

1. Эмоциональное поведение в ситуации фрустрации подростков с последствиями ожоговых травм характеризуется преобладанием агрессивных реакций, неумением эмоционально отвлечься от фрустратора, трудностями в конструктивном разрешении конфликта. У подростков с последствиями ожоговых травм более выражено самозащитное поведение в ситуации фрустрации, заключающееся в поиске внутриличностных резервов для смягчения эмоционально трудноразрешимого для больного ребенка конфликта, склонности к принятию вины на себя.

2. У подростков с последствиями ожоговых травм наблюдается склонность к негативизму. У подростков без травматического опыта в большей степени выражены проявления агрессивности, чем у подростков с последствиями травм, что проявляется в подозрительности и склонности к раздражительности.

3. Репертуар совладающего поведения травмированных подростков шире, чем у их сверстников без травматического опыта. У травмированных подростков чаще, чем у их сверстников без травматического опыта встречаются разнонаправленные эффективные копинг-стратегии, что позволяет снизить уровень эмоционального напряжения в условиях хронической психотравмирующей ситуации.

Литература

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений. в 6 т. Т. 4. Детская психология. М.: Педагогика, 1983. с. 432.
2. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 80 с.
3. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте. М.: Издательский центр «Академия», 2006. 144 с.
4. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. СПб.: Речь, 2010.
5. Казанцева Н.Д. Ожоги у детей. Л.: Медицина, 1986.
6. Карваял Х.Ф., Паркс Д.Х. Ожоги у детей. М.: Медицина, 1990.
7. Шадрина И.В. Период отдаленных последствий ожоговой болезни у детей и подростков: клиника и динамика психических расстройств, лечение. Реабилитация. М., 2002. 189 с.
8. Божович Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе // Вопросы психологии. 1979. № 2. С. 23–34.
9. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста, СПб.: Питер, 2000, 624 с.
10. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности. СПб.: Питер, 2009. 256 с.
11. Никольская М.И., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2000. 506 с.
12. Туник Е.Е., Жихарева Ю.И. Тест интеллекта Слоссона, СПб., 1999. 76 с.
13. Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психологии: уч. пособ. СПб.: Речь, 2005. с. 688.
14. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.