

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЧЕРТ, ТРЕВОЖНОСТИ И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

В.И. Быкова, В.И. Лукьянов, Е.В. Фуфаева, Ж.Б. Семенова, С.А. Валиуллина
НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Россия, Москва

УДК 616-06
Б 95

PECULIARITIES OF CHARACTEROLOGIC FEATURES, ANXIETY AND COPING-BEHAVIOUR IN PARENTS OF CHILDREN WITH SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

V.I. Bikova, V.I. Lukjanov, E.V. Fufaeva, Zh.B. Semenova, S.A. Valiullina
Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma, Moscow, Russia

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена исследованию характерологических особенностей, выбора копинг-поведения, а также флуктуации уровня тревожности (личностной и ситуативной) у родителей детей, долго находящихся в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых травм головного мозга. Выявлены определенные изменения в личностной структуре родителей и определены основные особенности совладания с психотравмирующей ситуацией. Соответственно выявление данных особенностей позволяет корректировать выстраивание задач и целей психологической реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой и их семей.

Ключевые слова: характерологические особенности, тревожность, копинг-поведение родителей, дети после ТЧМТ, длительное угнетение сознания.

RESUME

The article is devoted to the research of characterologic features, choice of coping-behaviour as well as to the fluctuations in the anxiety level (personal and situative) of parents whose children had a long-lasting state of deeply changed consciousness as a result of severe traumatic brain injury. There have been revealed specific changes in the parent's personal structure and basic peculiarities in their coping with a psychotraumatic situation. As a result, the revealed peculiarities allow to correct tasks and goals of psychological rehabilitation of children with severe traumatic brain injury as well as their family members.

Keywords: characterologic peculiarities, anxiety, parents' coping-behaviour, children after severe traumatic brain injury, long-lasting consciousness depression.

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день при высоком развитии медицинских технологий и уровня медицинского обслуживания врачи могут больше спасать тех, кто попал в ситуацию тяжелых травм головного мозга [7]. Вслед за этим возросло и количество глубоко инвалидизированных пациентов, требующих ухода и максимального внимания со стороны близких [2, 3, 4].

Эффективность всего процесса реабилитации зависит от различных факторов, среди ко-

торых в детской травме отводится особое место родителям пациента [9, 11]. Однако, в современной нейрореабилитации детей после тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) практически не учитывается именно фактор влияния родителей на процесс восстановления ребенка (включенности, формальности отношений и пр.). В литературных источниках встречаются единичные статьи, отмечающие важность участия родителей в реабилитационном процессе [5, 11].

Тем не менее, авторы считают, что игнорирование данного феномена может приводить к уменьшению эффективности реабилитационного процесса в целом. Сотрудничество и партнерские отношения родителей с реабилитационной командой больше способствует процессу реабилитации, чем отношения подчинения и/или конкуренции, создающие в большинстве случаев мешающие конфликтные ситуации. Отказ от возможного психологического сопровождения родителей в процессе госпитальной реабилитации детей после ТЧМТ, имеющий место в современной медицинской практике, продиктован во многом не только финансовыми трудностями и большой длительностью психологической работы, но и непониманием, непринятием процесса восстановления в ракурсе концепции общности **родитель–ребенок** врачами [3, 10].

Актуальность данной работы заключается в том, что в рамках предложенного подхода представлены данные комплексного исследования родителей детей, находящихся долго в глубоких измененных состояниях сознания (длительном угнетении сознания) после тяжелой травмы головного мозга. **Целью** данного **исследования** являлось определить эмоционально-личностные и характерологические черты родителей детей, долго находящихся в глубоких измененных состояниях сознания после ТЧМТ с учетом стадийности развития переживаний сложной ситуации для своевременной и максимально эффективной психологической помощи в госпитальных условиях.

ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Проанализировать возможные изменения характерологического профиля личности под воздействием длительной стрессовой ситуации (рассмотрение характерологического профиля, усиление или ослабление личностных черт).
2. Выявить трансформацию тревожности у родителей в ситуации долгого восстановления детей после травмы мозга (ситуативная и личностная тревожность).
3. Исследовать влияние длительной стрессовой ситуации при максимальной включен-

ности в процесс восстановления ребенка на стратегии компенсаторного поведения родителей (копинг-стратегии).

4. Учет влияния фактора времени после травмы ребенка, находящегося в длительно измененных состояниях сознания, на формирование и изменение личностных черт ухаживающих родителей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании принимали участие 12 респондентов зрелого взрослого возраста от 35 до 50 лет. Средний возраст по группе составлял 42,5 года. В зрелом возрасте уже сформирован характерологический профиль и личность обладает устоявшимися чертами (уровень личностной тревожности, выработанные стратегии совладания с трудными ситуациями, гиперкомпенсации). Все респонденты отнесены в одну **когортную группу**, т.к. переживали одно и то же эмоционально-значимое, фрустрирующее событие — ТЧМТ родных детей (13–15 лет) вследствие дорожно-транспортного происшествия или поездной травмы и длительное восстановление сознания у детей.

В диагностическую батарею психологических методик были включены три опросника.

I. ШКАЛА ТРЕВОГИ СПИЛБЕРГЕРИ (State-Trait Anxiety Inventory — STAI) [12]. Шкала является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Опросник разработан Ч.Д. Спилбергером, адаптирован и переведен Ю.Л. Ханиным. Каждая из предложенных шкал содержит по 20 вопросов.

II. ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК Леонгарда [6, 8]. Тест предназначен для выявления типа акцентуации характера, т.е. определенного направления характера. Акцентуации рассматриваются как крайний вариант нормы, в чем состоит их главное отличие от патологий — патологических расстройств личности. Опросник включает в себя 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера.

Первая шкала характеризует личность с высокой жизненной активностью, вторая шкала показывает возбудимую акцентуацию. Третья

шкала говорит о глубине эмоциональной жизни испытуемого. Четвертая шкала показывает склонность к педантизму. Пятая шкала выявляет повышенную тревожность, шестая — склонность к перепадам настроения, седьмая шкала говорит о демонстративности поведения испытуемого, восьмая — о неуравновешенности поведения. Девятая шкала показывает степень утомляемости, десятая — силу и выраженность эмоционального реагирования.

III. ИНДИКАТОР КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ. Данная методика разработана Д. Амирханом и предназначена для диагностики доминирующих копинг-стратегий личности. Адаптирована для проведения исследования на русском языке Н.А. Сиротой (1994) и В.М. Ялтонским (1995) и апробирована в Психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева [1].

IV. Все родители из когортной группы были оценены по трехбалльной **шкале по уходу** [3] за собственными детьми после перенесенной травмы. Вся группа имела максимальный из трех баллов, что говорит о неформальном, хорошем уходе за ребенком, находящимся в глубоком измененном состоянии сознания, желании идти на сотрудничество с реабилитационной командой, принятии ответственности за выполнение рекомендаций, содействию в принятии решений об оперативных вмешательствах.

Полученные данные обрабатывались методами непараметрической статистики с помощью программы Statistica v.6.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование является комплексным, когортным и проспективным.

ПРОЦЕДУРА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в подострый период с первого по восьмой месяцы после травмы ребенка, т.е. после ситуации эмоционального шока родителей. В данный временной период после травмирующего события родители проходят стадию гнева и агрессии (от одного

до трех месяцев) и стадию депрессии (примерно до одного года) [Э. Кюблер-Росс, 1969]. Заполнение опросников родителям предлагалось только в ситуации установленного психологического контакта родитель–психолог, в период относительно стабильного состояния ребенка и на фоне максимальной информированности родителей об этапе восстановления сознания у ребенка и дальнейших перспективах.

Вниманию родителей была предложена следующая **Инструкция**: «Мы хотим Вам предложить несколько опросников, которые помогут нам в дальнейшем понять, как улучшить качество работы всей реабилитационной команды». Родители не были ограничены во времени заполнения опросных листов и заполняли их по мере своих сил и временных возможностей в ситуации непрерывного ухода за детьми.

Полученные обработанные данные отдавались респонденту лично в руки. В конце каждого исследования персонально каждому родителю предоставлялись полученные индивидуальные данные с полной и максимально возможной их интерпретацией.

При исследовании применялся «**простой слепой метод**» — родителям детей не объяснялись истинные цели исследования. Данный метод был выбран для минимизации преднамеренных искажений в исследовании, вызванных мотивировкой предложенной инструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

I. ФАКТОР ВРЕМЕНИ

Исследование позволило выявить влияние фактора времени на различные аспекты:

- Выявлена корреляция между временем, прошедшим после травмы, и уменьшения балла «Разрешение проблем» по шкале копинг-стратегий ($r=-0.62$, $p<0.05$ по Spearman).
- Найдена корреляция между временем, прошедшим после травмы ребенка, и уменьшением баллов по шкале «Экзальтация» по данным характерологического опросника Леонгарда ($r=-0.65$, $p<0.05$ по Spearman).

Таблица 1

Статистические характеристики фактора времени

Показатель	Кол-во	Среднее значение	Медиана	Минимум	Максимум	Стандартное отклонение
Интенсивность (месяцы)	12	3.6	2.5	1	10	2.9

II. ШКАЛА ТРЕВОГИ СПИЛБЕРГЕРИ (State-Trait Anxiety Inventory — STAI)

По полученным в ходе исследования данным выявлено, что личностная тревожность и ситуативная тревожность не коррелируют между собой.

Исследование выявило у всей группы респондентов высокие показатели по шкале ситуативной тревожности независимо от периода проживания тяжелой болезни ребенка (по Э. Кюблер-Росс), времени после травмы ребенка и наличия психологического сопровождения.

Личностная тревожность в группе испытуемых распределялась от умеренной до высокой. Низких показателей по шкале в выборке не выявлено.

Имеет место отрицательная корреляция между тревожностью и параметром «Разрешение проблем». Установлено, что чем меньше личностная тревожность, тем больше баллов выявляется по шкале «Разрешение проблем» копинг-стратегии ($r=-0.63$, $p<0.05$ по Spearman), т.е. чем выше личностная тревожность, тем меньше возможностей в разрешении проблем.

Кроме того, личностная тревожность (балльная ее оценка) значимо коррелирует ($r=0.66$, $p<0.05$ по Spearman) со шкалой «Тревожно-бо-

язливый тип» по опроснику Леонгарда.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что данные, полученные по всей когортной группе, не зависели или зависели не столь сильно от фактора психологического сопровождения. Они были продиктованы, по всей вероятности, в большей степени фрустрирующим влиянием самой ситуации длительного тяжелого заболевания ребенка и необходимостью поддержания постоянного внутреннего тонуса («рабочего режима») родителей.

III. ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК Леонгарда

Сопоставление характерологических профилей личности всех испытуемых позволило выявить некоторые значимые тенденции.

Так, анализ характерологических устойчивых черт личности по выборке исследования позволил выявить депривацию, а иногда и полное нивелирование **тревожно-боязливых** и **неуравновешенных** черт по характерологическому опроснику, а также их сочетанность — 58% ($n=7$). Предположительно такая тенденция является общей особенностью данной когортной группы.

Уменьшение тревожно-боязливых черт и неуравновешенности не связано с временем,

Таблица 2

Статистические показатели Шкалы тревожности Спилбергер

Шкалы	Кол-во	Среднее значение	Медиана	Минимум	Максимум	Стандартное отклонение
Личностная тревожность	12	46.5	45.5	35	57	5.9
Ситуативная тревожность	12	51.6	49	38	71	10.1

Таблица 3

Статистические показатели по Шкале характерологических профилей Леонгарда

Шкалы	Кол-во	Среднее значение	Медиана	Минимум	Максимум	Стандартное отклонение
Гипертимичность	12	11.8	12	3	21	4.9
Возбудимость	12	10.7	10	6	14	2.7
Эмотивность	12	15.0	15	9	21	3.4
Педантичность	12	10.2	9	4	16	3.9
Тревожно-боязливые черты	12	7.5	7.5	0	15	5.4
Циклотимичность	12	12.8	12	6	21	4.3
Демонстративность	12	13.8	14	8	18	2.9
Неуравновешенность	12	7.5	6	0	18	5.6
Дистимичность	12	11.0	12	3	18	4.3
Экзальтированность	12	12.0	12	0	24	6.3

прошедшим после момента травмы, а, скорее всего, продиктовано неотвратимостью и пролонгированностью эмоционально значимого, негативно окрашенного события, к которому происходит «психологическая адаптация» в виде уменьшения способности бояться или опасаться чего-либо, а также выстраивания адаптивного механизма ровного принятия любых событий вокруг болеющего ребенка.

Как было отмечено ранее, тревожно-боязливые черты коррелируют с уровнем личностной тревожности ($r=0.66$, $p<0.05$ по Spearman).

По респондентной группе в 30% случаев ($n=4$) наблюдалась усиленная (выше 70%) проявленность по шкале **ЭМОТИВНОСТИ**. Шкала «Эмотивность» позволяет выявить склонность человека к глубоким внутренним переживаниям и эмоциональной жизни, быть внимательным к любым изменениям другого. Все опрошенные родители были очень внимательны к своим детям и при оценке их ухода за ребенком по трехбалльной шкале, у всех был максимально возможный высокий балл (3). Родители осуществляли не только уход за ребенком, но и демонстрировали максимальное внимание к любым его телесным и вегетативным сигналам. Родители прислушивались к рекомендациям специалистов, сотрудничали с реабилитационной командой, давали согласие на необходимые для ребенка после ТЧМТ оперативные вмешательства, обучались общению с ребенком при депривированных или минимизированных его коммуникативных возможностях.

IV. ИНДИКАТОР КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ

Индикатор копинг-стратегии используется для диагностики доминирующей стратегии совладания, выделяет три основные стратегии поведения в трудных ситуациях.

Статистика по уровню не является состоятельной из-за малого количества наблюдений по каждому из них. Поэтому мы анализируем материал по количеству баллов.

Анализ ANOVA по Friedman показал статистически достоверные различия ($p<0,05$, $p=0,00014$) распределения всех баллов по копинг-стратегиям (H).

Проведенный тест Wilcoxon и знаковый тест копинг-стратегий показал статистически значимые различия ($p<0,05$) между Шкалой избегающего поведения и двумя другими шкалами («Разрешение проблем» и «Поиск социальной поддержки»).

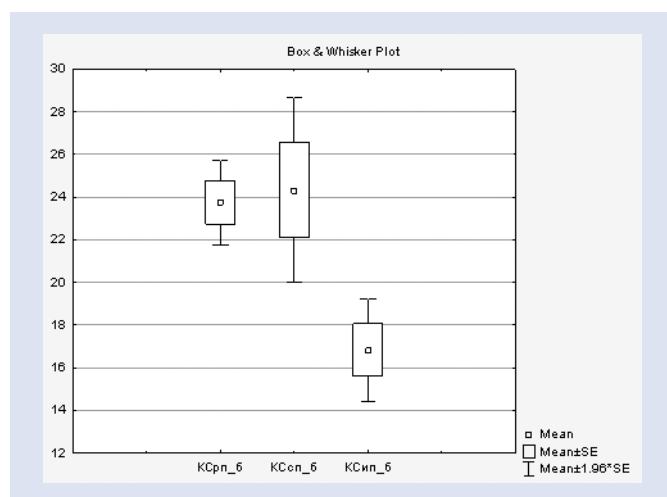


Рис. График средних значений копинг-стратегий. Показаны средние значения с 95% доверительным интервалом, KСрп — решение проблем (баллы), KСсп — социальная поддержка, KСип — избегание проблем

Шкалы «Разрешение проблем» и «Социальная поддержка» не выявили максимально возможных данных по количеству баллов. Все родители не использовали в полной мере свой собственный ресурс на самостоятельное решение поставленных задач. Значения по данной шкале находились в периоде от низкого до среднего значения.

Шкала «Избегание проблем» учитывает витальное человеческое поведение — ответ на стрессовые и/или трудные ситуации для сохранения жизни. Такие реакции являются архетипическими для человека и базовыми для любого живого существа.

Таблица 4

Статистические показатели Копинг-стратегий

Шкалы	Кол-во	Среднее значение	Медиана	Минимум	Максимум	Стандартное отклонение
Разрешение проблем	12	23.8	24	17	30	3.5
Социальная поддержка	12	24.3	21.5	16	44	7.7
Избегание проблем	12	16.8	16	11	26	4.2

Показатели по всей выборке (в 100%) были достаточно низкими (от очень низкого до низкого уровня). Никто из родителей детей после ТЧМТ в подостром периоде не демонстрировал высокого или среднего уровня избегания стрессовых и трудных ситуаций, что, вероятно, было обусловлено пролонгированной ситуацией длительного восстановления.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В длительной стрессовой ситуации тяжелой детской травмы головного мозга у родителей происходит увеличение одних (демонстративность, эмотивность) и уменьшение других (неуравновешенность, тревожно-боязливость) характерологических черт, т.е. начинает видоизменяться характерологический личностный профиль.

Уровень же реактивной тревожности родителей остается постоянно высоким независимо от времени, прошедшего после травмы в остром периоде и психологического сопровождения. Данный факт может объясняться необходимостью поддержания постоянно высоким уровня внутреннего напряжения, что обеспечивает возможности длительного ухода за пока беспомощным после ТЧМТ ребенком.

В свою очередь постоянно высокий уровень внутреннего напряжения приводит к нарушению механизма дифференциации, выбора адекватного эмоционально-поведенческого паттерна и нивелированию или минимизации бессознательных реакций «бегства от опасности». Так, родители могут «не предпочитать» паттерн избегания, а выбирать реакцию участия, принятия и/или покорности ситуации даже тогда, когда этого можно не делать.

ВЫВОДЫ

- Длительная стрессовая ситуация (ТЧМТ ребенка) увеличивает объемность, «выпуклость» характерологических черт личности родителя.
- У родителей детей после ТЧМТ независимо от психологического сопровождения и стадий их процессов переживания остается высоким уровень реактивной тревожности.
- Пролонгированная эмоционально фрустрирующая ситуация может исказить и деформировать механизм выбора стратегии совла-

дающего поведения, изменять саму структуру выбранного компенсаторного поведения либо в сторону его депривации, либо в сторону чрезмерной ее проявленности.

Таким образом, полученные результаты позволили выделить некоторые общие тенденции в психологическом статусе родителей детей, находящихся в долгих глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых травм головного мозга. Необходимо отметить, что данное исследование не является достаточным для выстраивания полной картины личностных особенностей когортной группы родителей (характерологических, копинг-своладания, тревожности) и требует дальнейшей проработки. Однако уже сейчас мы можем увидеть изменения в личностной структуре родителей и соответственно корректировать задачи, мишени и цели их психологической реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Акуленкова М.В. Семейное совладающее поведение как фактор адаптации пациента к ситуации острого заболевания / Материалы IV Международного конгресса «Нейрореабилитация-2012». — 5 с.
2. Быкова В.И., Семенова Ж.Б., Фуфаева Е.В., Львова Е.А., Валиуллина С.А. Психологическая реабилитация детей после тяжелой черепно-мозговой травмы // Нейрохирургия и неврология детского возраста. — 2012. — № 2–3 (32–33). — С. 161–167.
3. Быкова В.И., Фуфаева Е.В., Львова Е.А. Психологический контекст реабилитации родителей в ситуации тяжелой черепно-мозговой травмы. Ранняя психологическая реабилитация детей с тяжелой позвоночно-спинальной травмой // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. — Том 5. Специальный выпуск. Сборник тезисов. — СПб., 2013. — С. 335, 347.
4. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Экстренная психологическая помощь детям и подросткам: Учебное пособие. — М.: ВНИИгеосистем, 2011. — 172 с.
5. Давыдкин Н.Ф., Новоконов Г.Г., Черных Е.Ф. Роль родственников в организации лечебного и реабилитационного процессов больных церебральным инсультом / Материалы

- IV Международного конгресса «Нейрореабилитация-2012». — 29 с.
6. Горбатов Д.С. Практикум по психологическому исследованию: Учебное пособие. — Самара: Издательский дом «БАХАР-М», 2006. — 272 с.
 7. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство в 3-х томах. — М.: Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, 1998–2002 гг.
 8. Морозов М.Д., Диагностика личных качеств в системе измерительных процедур: Автореферат дисс. ... канд. псих. наук, — М., 2011.
 9. Шутценбергер А.А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. — М.: Психотерапия, 2011. — 256 с.
 10. Bykova V.I, E.V. Fufaeva, E.A. Lvova The specific nature of psychological rehabilitation for children after severe traumatic brain injury at the early stages of recovering consciousness // Acta Neuropsychologica 11 (3) 2013.
 11. Felicity Louise Brown, BSc (Hons); Koa Whittingham, PhD; Roslyn Boyd, PhD; Kate Sofronoff, PhD A Systematic Review of Parenting Interventions for Traumatic Brain Injury: Child and Parent Outcomes J Head Trauma Rehabilitation: 2013 Vol. 28, No. 5, pp. 349–360.
 12. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, P.R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Inc.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Валентина Игоревна Быкова — медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи отдела реабилитации НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Тел. 8-495-633-58-00, доб. 16-61

E-mail: v_i_bykova@mail.ru

Валерий Иванович Лукьянов — старший научный сотрудник отдела реабилитации НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Тел. 8-495-633-58-00, доб. 16-57

E-mail: lukianovvaleriy@gmail.com

Екатерина Валерьевна Фуфаева — заведующая отделением психолого-педагогической помощи отдела реабилитации НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Тел. 8-495-633-58-00, доб. 16-25

E-mail: k.fufaeva@gmail.com

Жанна Борисовна Семенова — д.м.н., руководитель отдела нейрохирургии и нейротравмы НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Тел. 8-495-633-58-00, доб. 15-58

E-mail: jseman@mail.ru

Светлана Альбертовна Валиуллина — д.м.н., руководитель отдела реабилитации, заместитель директора НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Тел. 8-495-633-58-04

E-mail: vsa64@mail.ru

Поступила: 10.12.2013