



ЗАЩИТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

© Г.В. Пятакова^{1, 2}, А.О. Кожевникова², С.В. Кудрявцева³

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург;

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург;

³ Частное образовательное учреждение высшего образования «Восточно-Европейский институт психоанализа», Санкт-Петербург

■ Для цитирования: Пятакова Г.В., Кожевникова А.О., Кудрявцева С.В. Защитное поведение подростков с приобретенными ортопедическими заболеваниями в условиях восстановительного лечения // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2020. – Т. 8. – Вып. 1. – С. 43–52. <https://doi.org/10.17816/PTORS18571>

Поступила: 07.12.2019

Одобрена: 10.02.2020

Принята: 10.03.2020

Обоснование. Подростки с ортопедическими заболеваниями находятся в трудной жизненной ситуации, сопровождающейся переживаниями экстраординарного уровня. В преодолении эмоциональных трудностей значительную роль играют адаптационные механизмы. Важной составляющей адаптационного процесса являются психологические защитные механизмы. В статье рассмотрены структура и эффективность защитной диспозиции личности подростков, страдающих различными формами приобретенных ортопедических заболеваний. **Цель** — изучение структуры и эффективности защитной диспозиции личности подростков с различными формами приобретенных ортопедических заболеваний.

Материалы и методы. В исследовании на основании добровольного информированного согласия приняли участие подростки с приобретенными ортопедическими заболеваниями — ювенильным хроническим артритом, идиопатическим сколиозом, а также с отдаленными последствиями физической травмы. Все подростки получали лечение в условиях детской ортопедической клиники. Были исследованы 191 подросток с приобретенными ортопедическими заболеваниями и 43 здоровых подростка в возрасте 12–17 лет. Для обследования респондентов применяли клинико-психологические и психодиагностические методы.

Результаты. Выявлены общие и специфические особенности защитной системы личности у подростков с различными формами ортопедических заболеваний и у их здоровых сверстников. Установлена роль механизмов психологической защиты в развитии посттравматической симптоматики у подростков с различными формами приобретенных ортопедических заболеваний в ситуации восстановительного лечения.

Заключение. Учет особенности защитной диспозиции личности подростков с ортопедическими заболеваниями позволяет дифференцированно подойти к психологической коррекции на этапах восстановительного лечения, разработать индивидуальные подходы к оказанию психологической помощи в условиях стационара.

Ключевые слова: подростки; ортопедическое заболевание; механизмы психологической защиты.

PROTECTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS WITH ACQUIRED ORTHOPEDIC DISEASES IN THE CONDITIONS OF REHABILITATION TREATMENT

© G.V. Pyatakova^{1, 2}, A.O. Kozhevnikova², S.V. Kudryavtseva³

¹ H. Turner National Medical Research Center for Children's Orthopedics and Trauma Surgery, Saint Petersburg, Russia;

² Saint Petersburg University, Saint Petersburg, Russia;

³ Eastern European Institute of Psychoanalysis, Saint Petersburg, Russia

■ For citation: Pyatakova GV, Kozhevnikova AO, Kudryavtseva SV. Protective behavior of adolescents with acquired orthopedic diseases in the conditions of rehabilitation treatment. *Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery*. 2020;8(1):43-52. <https://doi.org/10.17816/PTORS18571>

Received: 07.12.2019

Revised: 10.02.2020

Accepted: 10.03.2020

Background. Teenagers with orthopedic diseases are in a difficult life situation, accompanied by experiences of an extraordinary level. Adaptation mechanisms play an important role in overcoming emotional difficulties. An important component of the adaptation process is psychological defense mechanisms. The article discusses the structure and effectiveness of the protective disposition of personality in adolescents suffering from various forms of acquired orthopedic diseases.

Aim. This study aimed to determine the structure and effectiveness of the protective disposition of personality in adolescents suffering from various forms of acquired orthopedic diseases.

Materials and methods. The study involved adolescents suffering from acquired orthopedic diseases: juvenile chronic arthritis, idiopathic scoliosis, and adolescents with long-term consequences of physical trauma on the basis of voluntary informed consent. All teenagers received treatment in the children's orthopedic clinic. The study involved 139 adolescents with acquired orthopedic diseases and 36 healthy adolescents aged 12–17 years. Clinical psychological and psychodiagnostic methods were used to survey the respondents.

Results. The general and specific features of the protective system of personality in adolescents with various forms of orthopedic diseases and their healthy peers were revealed. The role of mechanisms of psychological protection in the development of post-traumatic symptoms in adolescents with various forms of acquired orthopedic diseases in the situation of rehabilitation treatment is revealed.

Conclusions. Taking into account the features of the protective disposition of the personality of adolescents with orthopedic diseases allows a differentiated approach to psychological correction at the stages of rehabilitation treatment, to develop individual approaches to providing psychological assistance in a hospital.

Keywords: adolescents; orthopedic disease; mechanisms of psychological protection.

Зарубежные и отечественные исследователи указывают на наличие эмоциональных и поведенческих проблем у подростков, страдающих хроническими, в том числе ортопедическими, заболеваниями [1–4]. Заболевание, требующее сложного восстановительного лечения, создает особую ситуацию в жизни подростков. Важной характеристикой и критерием уровня трудности такой ситуации является неспособность подростка с помощью привычных моделей поведения удовлетворить свои потребности, справиться с эмоциональным дискомфортом [5, 6]. В трудной жизненной ситуации искажаются объективные и субъективные параметры, характерные для подростка, находящегося в типичной социальной ситуации. В качестве объективных характеристик жизненной ситуации могут выступать типичные и неординарные события жизни. В подростковом возрасте в качестве типичных жизненных событий могут рассматриваться такие события, как конфликтная ситуация с родителями, ломка жизненного стереотипа в связи с изменением места учебы, сменой референтной группы сверстников. К атипичным (специфическим) событиям можно отнести различные обстоятельства, связанные с возникновением и лечением серьезного заболевания. Экстраординарные события в жизни подростков, как правило, запускают стрессовую реакцию, сопровождаются негативными переживаниями, эмоциональным напряжением, дезадаптационными проявлениями эмоциогенной природы.

Для анализа субъективных характеристик трудной жизненной ситуации подростков с ортопедическими заболеваниями можно применить концепцию посттравматического стресса (ПТС),

под которой понимают континуум реакций человека на стресс высокой интенсивности, сопровождающийся переживанием страха либо беспомощности [7]. Показатели ПТС проявляются как устойчивые физиологические и психологические симптомы, свидетельствующие о психической дезадаптации разного уровня. Высокие показатели ПТС могут быть сопряжены с клиническими проявлениями дезадаптации, в связи с чем может потребоваться медицинская и психологическая интервенция. В этих условиях важную роль играют психологические механизмы преодоления стрессовой нагрузки. К таким составляющим адаптационного процесса относят психологические защитные механизмы и стратегии совладающего поведения (копинг-стратегии) [8, 9]. Применение копинг-стратегий позволяет человеку сознательно и целенаправленно справляться со стрессом способами, адекватными личностным особенностям и характеристикам ситуации. С помощью механизмов психологической защиты в рамках неосознанной деятельности психики эмоциональное напряжение ослабляется, предотвращается дезорганизация поведения сознания и психики в целом. Психологические защиты формируются в онтогенезе в результате развития и научения. На ранних этапах онтогенеза создаются примитивные, незрелые защиты, которые представляют собой недифференцированные в сенсорном пространстве индивида образования. Такие защитные механизмы не представлены адекватно в реальности. Зрелые защитные механизмы в значительной степени оказываются сплавленными с когнитивными, сознательными процессами и, по мнению некоторых авторов, частично выполняют функции копинг-стратегий [9].

Напряженность и структура таких паттернов психологических защит определяются ситуативными и демографическими факторами [8–10]. Перспективной для изучения психологических защитных механизмов у подростков в трудной жизненной ситуации, обусловленной ортопедическим заболеванием, является психозэволюционная теория эмоций Р. Плутчика [9, 11]. Плутчик рассматривает защитные механизмы в связи с базовыми эмоциями. Он описывает восемь защитных механизмов, ранжируя их по критерию зрелости: вытеснение (подавление), отрицание, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, гиперкомпенсация (реактивное образование).

Вытеснение (или подавление) — механизм психологической защиты, при котором неприемлемые для подростка чувства, мысли, желания, вызывающие тревогу, «забываются» и становятся бессознательными. При этом вытесненные импульсы сохраняют свой психовегетативный компонент, косвенно влияя на поведение.

Отрицание — механизм психологической защиты, направленный на отрицание очевидных для окружающих аспектов внешней реальности событий жизненной ситуации, вызывающих тревогу. В ситуации ортопедического заболевания механизм психологической защиты по типу отрицания может проявляться в анозогнозии тяжести и последствий заболевания, игнорировании лечебных мероприятий, отрицании необходимости хирургических вмешательств.

Регрессия — это механизм психологической защиты, с помощью которого подросток стремится избежать дискомфорта, переходя на более ранние стадии психического развития. При этом возвращаются чувства и действия, соответствующие раннему опыту преодоления негативных событий в жизни, когда действия были успешными, а чувства переживались как удовольствие. Эффективный на ранних стадиях психического развития данный механизм психологической защиты в подростковом возрасте может провоцировать нарушения поведения, трудности социальной адаптации.

Замещение (или смещение) — механизм психологической защиты, целью которого является разрядка подавленных эмоций. При этом действие гнева и враждебности направляется на менее безопасные и более доступные объекты, чем те, которые в реальности вызвали негативные эмоции.

Проекция — механизм психологической защиты, при котором другому человеку приписывают собственные мысли и чувства (чаще всего негативные). Действие данного защитного механизма может сопровождаться агрессивными проявлениями,

нарушением адаптации в жизненной ситуации, связанной с болезнью.

Компенсация — психологический механизм, проявляющийся в том, что подросток пытается заменить реальный недостаток другим качеством, при этом присваиваются свойства и ценности другой личности, которые принимаются без анализа и переструктурирования.

Гиперкомпенсация (реактивное образование) — психологический защитный механизм, при котором неприемлемые чувства, мысли и поступки нивелируются путем преувеличенного развития противоположных качеств.

Интеллектуализация (рационализация) заключается в преодолении травмирующих переживаний, когда субъективно дискомфортные переживания нивелируются при помощи логических установок и мысленных манипуляций. При этом предпринимаются попытки снизить ценность недоступного опыта.

Работы современных авторов в большей степени посвящены изучению сознательных стратегий преодоления стрессовых ситуаций, в том числе ситуаций, обусловленных различными заболеваниями [12–14]. Отдельные авторы рассматривают факторы защиты, позволяющие подросткам справиться с эмоциональными проблемами в связи с нарушением опорно-двигательного аппарата [1–3]. При этом роль защитных механизмов в общем адаптационном процессе в условиях трудной жизненной ситуации, вызванной ортопедическим заболеванием и необходимостью сложного восстановительного лечения, учитывается недостаточно.

Цель — изучение структуры и эффективности защитной диспозиции личности у подростков, страдающих различными формами приобретенных ортопедических заболеваний.

Материалы и методы

В исследовании на основании добровольного информированного согласия приняли участие подростки, страдающие приобретенными ортопедическими заболеваниями — ювенильным хроническим артритом, идиопатическим сколиозом, а также с отдаленными последствиями физической травмы. Все подростки получали лечение в условиях детской ортопедической клиники. В исследование были включены 191 подросток с приобретенными ортопедическими заболеваниями и 43 здоровых подростка в возрасте 12–17 лет. Отбор в группы исследования по возрасту проводили на основании критериев, принятых на международном конгрессе по возрастной периодизации (Москва, 1965), в соответствии с которыми

девочки считаются подростками с 12 лет, мальчики — с 13 лет [15]. Обследовано 64 пациента с суставной формой ювенильного хронического артрита (ЮХА), 59 детей с тяжелой формой сколиотической болезни (ИС) и 68 человек с отдаленными последствиями механической травмы верхних и нижних конечностей, полученной в результате несчастного случая или по неосторожности, 43 условно здоровых подростка. Были описаны клинические (объективные) характеристики жизненной ситуации подростков с различными формами приобретенных ортопедических заболеваний. Из групп исследования были исключены дети, подвергавшиеся физическому и сексуальному насилию, находившиеся в зоне военных действий, техногенных катастроф, а также участники дорожно-транспортных происшествий.

Ювенильный хронический артрит — системное заболевание, при котором в результате иммунной дерегуляции развивается аутоиммунный процесс. Реактивные проявления заболевания, наблюдаемые в течение 6 мес., считаются хроническими. Лечение ЮХА подразумевает пребывание ребенка в стационаре и может сопровождаться болезненными лечебными процедурами. При выраженной деформации суставов проводят хирургическое лечение. В нашем исследовании приняли участие дети с продолжительностью заболевания от 1 года до 6 лет (моноартрит и полиартрит с рецидивирующим течением) без хирургических вмешательств в анамнезе.

Идиопатический сколиоз представляет собой тяжелую деформацию позвоночника неясной этиологии, которая обезображивает тело больных. Деформация позвоночника прогрессирует в течение нескольких лет и к подростковому возрасту может достигнуть стадии хирургической патологии (III–IV степеней тяжести), привести к инвалидизации. В наше исследование были включены подростки с тяжелой степенью ИС, поступившие для хирургического лечения в детскую ортопедическую клинику.

К приобретенным ортопедическим заболеваниям относят тяжелые последствия физической травмы, при которых необходимо хирургическое вмешательство. В нашем исследовании приняли участие подростки с отдаленными последствиями физической (механической) травмы (ПМТ), полученной в результате несчастного случая и по неосторожности (контрактуры суставов рук и ног, ложные суставы, посттравматическая деформация конечностей). Срок давности механического повреждения составлял от полугода до 6 лет. Все дети и подростки, поступившие в ортопедическую клинику, нуждались в хирургическом лечении.

Для обследования пациентов ортопедической клиники применяли клинико-психологические и психодиагностические методы. Были изучены объективные характеристики жизненной ситуации подростков с ортопедическими заболеваниями и здоровых подростков. Оценивали общий уровень интеллектуального развития с помощью методики Слоссона. В группы исследования включали подростков с коэффициентом интеллекта не ниже 90 единиц. В качестве облигатных признаков дезадаптации в трудной жизненной ситуации, связанной с приобретенным ортопедическим заболеванием, выступали уровневые показатели ПТС [7]. Низкие значения проявлений ПТС рассматривали в качестве показателя эффективности действия механизмов психологической защиты. Для изучения уровня ПТС у подростков применяли модифицированный вариант структурированного интервью для оценки травматических переживаний детей и подростков [7]. Механизмы психологической защиты изучали с помощью методики «Индекс жизненного стиля» Плутчика – Келлермана [11].

Математико-статистическая обработка полученных данных включала анализ описательных статистик, проведение φ -преобразования Фишера, применение t -критерия Стьюдента, непараметрического U -критерия Манна – Уитни, вычисление коэффициента ранговой корреляции r_s Спирмена.

Результаты и обсуждение

На первом (клинико-психологическом) этапе исследовательской работы были описаны объективные и субъективные характеристики жизненной ситуации подростков с различными формами ортопедических заболеваний и условно здоровых подростков.

Результаты анализа жизненной ситуации подростков с ортопедическими заболеваниями и их сверстников без ортопедической патологии показали, что в жизни больных и здоровых подростков происходили события, сопровождавшиеся переживанием страха и беспомощности (в соответствии с критерием А DSM-5 (от англ. diagnostic and statistical manual of mental disorders) (табл. 1). Выявлены общие (типичные) и специфические события в жизни подростков с ортопедическими заболеваниями и условно здоровых подростков. В жизни обследованных подростков всех групп отмечены события, представляющие собой эмоциональную травму: развод родителей, смерть близкого человека, дисгармоничные отношения в семье. При этом событие «развод родителей» достоверно чаще встречалось в группе больных ЮХА ($\varphi = 2,01$;

Таблица 1

Характеристики жизненной ситуации подростков с различными формами ортопедических заболеваний и условно здоровых подростков

Объективные события жизненной ситуации подростков	Ювенильный хронический артрит <i>n</i> = 64	Последствия механической травмы <i>n</i> = 68	Идиопатический сколиоз <i>n</i> = 59	Здоровые <i>n</i> = 43
Несчастный случай, приведший к травме	–	60 (88,2 %)	–	–
Хирургическая операция, повторная хирургическая операция	–	68 (100 %)	–	–
Изменение внешности	25 (39,0 %)	9 (13,2 %)	53 (89,6 %)	–
Развод родителей	21 (32,8 %)	11 (16,2 %)	12 (20,3 %)	8 (18,6 %)
Смерть близких	11 (17,2 %)	8 (11,8 %)	8 (13,4 %)	7 (16,3 %)
Конфликт в семье	16 (25,0 %)	13 (19,1 %)	8 (13,4 %)	5 (11,7 %)
Госпитализация	3 (4,7 %)	49 (72,0 %)	19 (32,1 %)	–

Примечание. *n* — количество обследованных подростков.

$p < 0,05$) по сравнению с условно здоровыми подростками. Все подростки сообщили о наличии такого события, как длительная госпитализация. Условно здоровые подростки не упоминали это событие в своих отчетах. Событие «негативные изменения внешности» отсутствовало в жизненной ситуации обследованных условно здоровых подростков. Подростки, страдающие ИС тяжелой степени, в 89,8 % случаев сталкивались в своей жизни с такой ситуацией. Подростки с ЮХА отметили, что болезнь отразилась на их внешности в 46,3 % случаев, а подростки с ПМТ — в 15,4 %.

Подростки с ПМТ в качестве травмирующих называют следующие события: несчастный случай, приведший к травме (88,5 %), хирургическая операция, повторная хирургическая операция (96,2 %), что отражает особенности сложного восстановительного лечения при посттравматических ортопедических нарушениях и подтверждается данными медицинского анамнеза. Подобные ответы нехарактерны для подростков с ИС и ЮХА, что отражает объективные характеристики их лечебной ситуации (отсутствие событий, приведших к физической травме, многократных хирургических вмешательств).

Таким образом, в жизненной ситуации пациентов ортопедической клиники чаще, чем в жизненной ситуации здоровых подростков, встречаются события, сопровождающиеся переживанием страха и беспомощности. К ним относятся такие события, как госпитализация, хирургическая операция, изменение внешности, несчастный случай, приведший к травме, эмоциональные травмы. В жизни подростков с ЮХА чаще наблюдаются эмоциональные травмы, связанные с разводом родителей. У подростков с ИС и ЮХА отмечаются эмоциональные травмы, вызванные изменениями

внешности. Для подростков с ПМТ в качестве травмирующих часто выступают следующие события: несчастный случай, приведший к физическому повреждению, хирургические вмешательства. Травматические события, связанные с ортопедическим заболеванием, могут многократно тиражироваться в жизненной ситуации подростков в виде событийных и невидимых стрессоров, запускающих эмоциональные и поведенческие паттерны реагирования. Такие особенности реагирования представляют собой донологические или клинические формы психической дезадаптации, которые зарубежные и отечественные авторы описывают в терминах острого и посттравматического стрессового расстройства.

Показатели ПТС могут служить субъективными характеристиками жизненной ситуации подростков с ортопедическими заболеваниями и подростков без ортопедических нарушений [16]. В связи с этим изучали особенности ПТС у подростков с приобретенными ортопедическими заболеваниями и у подростков без ортопедических нарушений. Было проведено сравнение общего индекса ПТС у подростков с различными формами ортопедических заболеваний и у условно здоровых подростков. Результаты исследования показали, что в группе условно здоровых подростков встречались низкие (74,8 % случаев) и средние значения (25,2 % случаев) общего индекса ПТС. В группе подростков с ортопедическими нарушениями зарегистрированы преимущественно средние и высокие значения ПТС. Так, у подростков с ЮХА средние значения зафиксированы в 70,3 % случаев — достоверно чаще, чем у условно здоровых подростков ($\varphi = 4,31$; $p < 0,01$). Высокие значения ПТС встречаются у подростков с ЮХА в 13,0 % случаев, низкие значения — в 16,7 % случаев. У подростков

Таблица 2

Сравнение общего индекса посттравматического стресса у подростков с приобретенными ортопедическими заболеваниями и у их здоровых сверстников

Ювенильный хронический артрит <i>n</i> = 64	Травма <i>n</i> = 58	Идиопатический сколиоз <i>n</i> = 59	Здоровые <i>n</i> = 43	<i>p</i>
19,34 ± 11,02	26,16 ± 10,7	26,05 ± 8,55	6,44 ± 6,86	$p_{0-2} \leq 0,05$ $p_{0-1} \leq 0,05$ $p_{0-3} \leq 0,01$ $p_{2-3} \leq 0,01$ $p_{1-3} \leq 0,01$

Таблица 3

Сравнение общего индекса напряженности психологических защитных механизмов у подростков с различными ортопедическими заболеваниями и у их здоровых сверстников

Ювенильный хронический артрит <i>n</i> = 54	Травмы <i>n</i> = 26	Идиопатический сколиоз <i>n</i> = 59	Здоровые <i>n</i> = 36	<i>p</i>
42,32 ± 8,81	37,43 ± 12,24	48,93 ± 12,83	45,25 ± 10,23	$p_{0-2} \leq 0,001$ $p_{1-2} \leq 0,001$ $p_{1-3} \leq 0,05$ $p_{2-3} \leq 0,05$

Примечание. *n* — количество обследованных подростков; *p* — уровень достоверности различий.

с ИС отмечены только средние и высокие значения выраженности симптоматики ПТС. Средние значения общего индекса ПТС зарегистрированы у 72,7 % подростков с ИС, что достоверно отличается от частоты встречаемости средних значений в группе условно здоровых подростков ($\varphi = 4,12$; $p < 0,01$), высокие значения ПТС зафиксированы у подростков с ИС в 27,3 % случаев. У подростков с ПМТ средние значения общего индекса ПТС отмечены в 65,5 % случаев, что достоверно отличается от аналогичных значений условно здоровых подростков ($\varphi = 3,0$; $p < 0,01$). Высокие значения ПТС наблюдались у 27,0 % респондентов с ПМТ, низкие — только у 7,5 % подростков с ПМТ. При этом интенсивность посттравматической симптоматики не достигала значений посттравматического стрессового расстройства ни у одного из обследованных подростков.

В табл. 2 представлены результаты сравнения общего индекса ПТС у подростков с различными приобретенными ортопедическими заболеваниями и здоровых подростков.

Полученные результаты свидетельствуют, что у подростков с приобретенными ортопедическими заболеваниями значения общего индекса ПТС достоверно превышают значения аналогичного показателя условно здоровых подростков. У подростков с ЮХА проявления ПТС достоверно более выражены, чем у их здоровых сверстников, при этом значения этого показателя снижены по сравнению с подростками с ИС и ПМТ.

Таким образом, подростки с различными ортопедическими заболеваниями отличаются от своих

сверстников без ортопедической патологии достоверно более выраженными проявлениями ПТС.

Результаты исследования показали, что у подростков с ИС общий уровень напряженности психологических защитных механизмов превосходит аналогичные показатели у здоровых подростков (табл. 3). У подростков с ЮХА и ПМТ общий уровень напряженности психологической защиты оказался ниже уровня напряженности защитных механизмов у подростков с ИС и здоровых сверстников. У подростков с ЮХА наблюдалась тенденция к снижению общего индекса напряженности защитных механизмов личности. Полученные результаты могут свидетельствовать о слабости защитной диспозиции личности подростков с ПМТ и ЮХА и представлять собой фактор риска поведенческой и психосоматической дезадаптации. Подростки с ИС отличаются более высоким уровнем напряжения защитной системы, что может являться «аварийным способом» реагирования в ситуациях, в которых актуализируются эмоциональные стереотипные паттерны поведения, и отражать трудности преодоления эмоциональных проблем на этапе подготовки к сложному хирургическому лечению.

В табл. 4 представлены результаты сравнения частоты встречаемости психологических защитных механизмов у подростков с различными ортопедическими заболеваниями и у их здоровых сверстников.

Было проведено сравнение частоты встречаемости различных механизмов психологической защиты у подростков с различными формами

Таблица 4

Сравнение частоты встречаемости психологических защитных механизмов у подростков с различными ортопедическими заболеваниями и у их здоровых сверстников

Защитный механизм	Ювенильный хронический артрит <i>n</i> = 54	Травмы <i>n</i> = 26	Идиопатический сколиоз <i>n</i> = 59	Здоровые <i>n</i> = 36	<i>p</i>
Вытеснение	36,98 ± 17,74	39,23 ± 17,87	43,86 ± 19,01	32,78 ± 17,17	$p_{0-2} \leq 0,05$ $p_{2-3} \leq 0,01$
Регрессия	35,0 ± 15,08	32,88 ± 16,20	45,66 ± 20,14	43,75 ± 21,75	$p_{0-2} \leq 0,001$ $p_{0-3} \leq 0,05$ $p_{1-2} \leq 0,01$ $p_{1-3} \leq 0,05$
Замещение	33,63 ± 18,32	29,23 ± 22,08	40,63 ± 24,10	36,86 ± 19,82	$p_{1-2} = 0,06$ $p_{1-3} = 0,06$
Отрицание	49,83 ± 18,46	47,12 ± 18,08	55,44 ± 24,55	47,39 ± 18,13	Достоверных различий не выявлено
Проекция	62,03 ± 16,95	56,04 ± 20,56	58,17 ± 21,10	65,47 ± 17,48	$p_{1-3} = 0,08$
Компенсация	37,11 ± 17,69	34,38 ± 19,81	48,47 ± 19,46	50,97 ± 21,70	$p_{0-2} \leq 0,01$ $p_{0-3} \leq 0,01$ $p_{1-2} \leq 0,01$ $p_{1-3} \leq 0,01$
Гиперкомпенсация	43,50 ± 18,36	28,23 ± 20,49	53,56 ± 25,71	34,81 ± 20,66	$p_{0-1} \leq 0,001$ $p_{0-2} \leq 0,05$ $p_{0-3} \leq 0,05$ $p_{1-2} \leq 0,001$ $p_{2-3} \leq 0,001$
Рационализация	45,78 ± 19,70	49,81 ± 13,85	54,92 ± 21,87	54,25 ± 16,63	$p_{0-2} \leq 0,05$ $p_{0-3} \leq 0,05$

Примечание. *n* — количество обследованных подростков; *p* — уровень достоверности различий.

ортопедических заболеваний. Особенности защитной диспозиции (структуры) личности у больных и здоровых подростков оказались сходными. У респондентов основных и контрольной групп одинаково часто был задействован механизм психологической защиты «отрицание». Для лиц данной возрастной группы характерны бессознательные защитные реакции, направленные на отрицание очевидных обстоятельств жизни. Вероятно, преобладание данных механизмов психологической защиты во всех группах испытуемых отражает общие закономерности подросткового возраста в формировании защитной диспозиции личности.

У подростков с ЮХА по сравнению с их здоровыми сверстниками оказались снижены показатели выраженности защитных механизмов «регрессия», «компенсация», «рационализация» и повышена частота встречаемости защитного механизма «гиперкомпенсация». Вероятно, такая структура защитных механизмов связана с трудностями в выборе и вербализации приемлемых способов отреагирования негативных эмоциональных переживаний в трудной жизненной ситуации. А у подростков с психосоматическим заболеванием такая диспозиция защитных механизмов отражает алекситимический стиль защитного реагирования в трудной жизненной ситуации.

У подростков с ИС в структуре личности чаще наблюдаются такие механизмы психологической защиты, как «регрессия», «замещение», «гиперкомпенсация». Преобладание данных форм защиты может быть сопряжено с актуализацией эмоциональных незрелых стереотипных паттернов поведения в трудной жизненной ситуации, связанной с лечением.

У подростков с ПМТ реже складываются механизмы психологической защиты, согласующиеся с незрелым стереотипным поведением (механизмы психологической защиты «регрессия», «замещение», «проекция»). Однако выявлены трудности в выработке социально приемлемого поведения для снятия эмоционального напряжения и подсознательной редукции чувства неполноценности (механизм психологической защиты «компенсация»).

Важным показателем зрелости защитной системы в подростковом возрасте является показатель степени выраженности механизма психологической защиты «рационализация». Результаты сравнительного исследования показали, что подростки с ИС и условно здоровые подростки применяют механизмы психологической защиты «рационализация» и «компенсация» достоверно чаще, чем подростки с другими формами ортопедических заболеваний. У здоровых подростков

и подростков с ИС в стрессовых ситуациях чаще, чем у их сверстников с другими ортопедическими заболеваниями, актуализируется способность к замене негативных переживаний, связанных с различными труднопереносимыми обстоятельствами, другими представлениями с помощью фантазирования или заимствования новых мыслей, чувств.

Таким образом, выявлены общие и специфические особенности защитной системы (диспозиции) личности у подростков с различными ортопедическими заболеваниями и у их здоровых сверстников.

У здоровых подростков и подростков с ортопедическими заболеваниями одинаково часто встречается механизм психологической защиты «отрицание».

У подростков с ЮХА защитные диспозиции определяют трудности актуализации и вербализации приемлемых способов отреагирования негативных переживаний.

У подростков с ИС отмечается более высокий индекс напряженности психологической защиты по сравнению со здоровыми подростками, а также с подростками, страдающими другими ортопедическими заболеваниями. У подростков с ИС чаще встречаются механизмы психологической защиты, сопровождающиеся стереотипными поведенческими реакциями.

У подростков с последствиями физической травмы защитные диспозиции личности проявляются в трудностях актуализации социально приемлемого поведения для снятия эмоционального напряжения.

Для определения эффективности защитной диспозиции личности в ситуации, связанной с ортопедическим заболеванием и необходимостью сложного восстановительного лечения в условиях стационара, были изучены защитные механизмы в контексте проявлений ПТС у подростков с различными формами ортопедических заболеваний.

Результаты корреляционного анализа показали, что в группе подростков с ИС показатель общего индекса ПТС оказался положительно связан с частотой встречаемости защитных механизмов «регрессия» ($r = 0,354$; $p < 0,05$) и «проекция» ($r = 0,413$; $p < 0,05$). Показатель, отражающий выраженность ПТС по критерию В (в соответствии с DSM IV — навязчивое воспроизведение травматического эпизода), положительно коррелировал с частотой встречаемости механизма психологической защиты «регрессия» ($r = 0,338$; $p < 0,05$). С частотой встречаемости этого же механизма психологической защиты был связан и параметр, отражающий выраженность посттравматической симптоматики по критерию С (избегание стиму-

лов, связанных с травмой, по DSM IV; $r = 0,278$; $p < 0,05$), и показатель, характеризующий выраженность симптомов ПТС по критерию D (физиологическая реактивность в ситуациях, символизирующих травматическое событие, по DSM IV; $r = 0,383$; $p < 0,05$). Показатель ПТС по критерию D также положительно коррелировал с частотой встречаемости психологической защиты «замещение» ($r = 0,291$; $p < 0,05$) и «проекция» ($r = 0,383$; $p < 0,05$). Показатель ПТС по критерию F напрямую зависел от выраженности механизма психологической защиты «проекция» ($r = 0,345$; $p < 0,05$). Отрицательные корреляционные зависимости наблюдались между частотой встречаемости механизма психологической защиты «рационализация» и показателями ПТС, отражающими выраженность симптоматики по критериям D и F ($r = -0,357$; $r = -0,344$; $p < 0,05$).

Полученные результаты подтверждают, что включение незрелых механизмов психологической защиты в адаптационный процесс может обуславливать выраженность симптомов ПТС у подростков с ИС. Активное вовлечение механизма психологической защиты «рационализация» в адаптационный процесс на этапах восстановительного лечения сопряжено со снижением посттравматической симптоматики у подростков с ИС. В группе подростков с ЮХА психологические защиты «замещение» и «проекция» образовали прямые взаимосвязи с показателями ПТС (общий индекс ПТС; $r = 0,392$; $p < 0,05$ и выраженность критерия — представленность травматического эпизода А; $r = 0,436$; $p < 0,05$). Параметр частоты использования подростками с ЮХА защитного механизма «отрицание» был отрицательно связан с показателем посттравматической симптоматики по критерию D ($r = -0,442$; $p < 0,05$). В группе подростков с ПМТ механизм психологической защиты «вытеснение» коррелировал с выраженностью симптомов по критериям ПТС А ($r = 0,505$; $p < 0,05$) и F ($r = 0,418$; $p < 0,05$). Показатель психологической защиты «замещение» образовал прямые связи с показателями ПТС по критериям А ($r = 0,538$; $p < 0,05$) и В ($r = 0,586$; $p < 0,05$); показатель частоты встречаемости механизма психологической защиты «проекция» был прямо связан с выраженностью посттравматической симптоматики по критериям D ($r = 0,628$; $p < 0,05$) и В ($r = 0,603$; $p < 0,05$); показатель выраженности механизма психологической защиты «рационализация» зависел от выраженности симптомов ПТС по критерию В ($r = 0,511$; $p < 0,05$).

Таким образом, активное включение механизмов психологической защиты «вытеснение», «замещение», «проекция» в адаптационный процесс

у подростков с ортопедическими заболеваниями сопряжено с выраженностью проявлений ПТС — маркерами дезадаптации. Для подростков с ИС использование механизма психологической защиты «рационализация» согласуется со снижением проявлений ПТС в условиях сложного восстановительного лечения. У подростков с ЮХА включение механизма психологической защиты «отрицание» сопряжено с малой вероятностью развития дезадаптационных нарушений в ситуации хронического заболевания. У подростков с ПМТ механизмы психологической защиты, актуализирующиеся в трудной жизненной ситуации в условиях восстановительного лечения, сопровождаются появлением посттравматической симптоматики, что поддерживает дезадаптационные нарушения.

Заключение

Выявлены общие особенности защитной системы личности подростков с различными ортопедическими заболеваниями и здоровых подростков. К ним относится преобладание в защитной системе личности механизма «отрицание», что отражает закономерности становления защитной системы в подростковом возрасте и проявляется в отрицании очевидных событий и обстоятельств, вызывающих тревогу. У больных подростков, нуждающихся в восстановительном лечении, механизм психологической защиты «отрицание» может выражаться в виде анозогнозии физического недостатка, тяжести и последствий заболевания, игнорировании лечебных мероприятий. Установлены специфические особенности защитной системы личности подростков с различными ортопедическими заболеваниями. К ним относятся трудности актуализации и вербализации приемлемых способов отреагирования негативных переживаний у подростков с ЮХА; повышенный индекс напряженности психологических защит, наличие стереотипных поведенческих реакций в ситуации преодоления стресса, склонность к «аварийному» способу реагирования в трудной жизненной ситуации у подростков с ИС. У подростков с ПМТ защитные диспозиции личности проявляются в трудностях актуализации социально приемлемого поведения для снятия эмоционального напряжения. В условиях стационара такие подростки могут нарушать лечебный охранительный режим, испытывать трудности в формировании лечебной мотивации и соблюдении комплаентности в поведении при общении с медицинским персоналом. Активное включение незрелых механизмов психологической защиты в адаптационный процесс у подростков с орто-

педическими заболеваниями может поддерживать выраженность посттравматической симптоматики в трудной жизненной ситуации, связанной с восстановительным лечением, привести к дезадаптационным срывам. В то же время у подростков с ЮХА и ИС включение механизмов психологической защиты «отрицание» и «рационализация» сопряжено со снижением проявлений ПТС, повышением уровня психической адаптации в трудной жизненной ситуации, вызванной тяжелыми ортопедическими заболеваниями и болезненным восстановительным лечением. В процессе психологической помощи подросткам с ортопедическими заболеваниями необходимо учитывать особенности защитной диспозиции личности, связанной со спецификой трудной жизненной ситуации. Это позволяет дифференцированно подойти к психологической коррекции на этапах восстановительного лечения, разработать индивидуальный подход к оказанию психологической помощи в условиях стационара с учетом личностного потенциала подростка, а также особенностей адаптационного процесса в жизненной ситуации, обусловленной приобретенным ортопедическим заболеванием и характером восстановительного лечения.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Выполнено при поддержке РФФИ, грант № 17-29-02321.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Этическая экспертиза. Исследование выполнено в соответствии с этическими стандартами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации с поправками Минздрава России, одобрено этическим комитетом ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России (протокол № 19-1 от 01.07.2019). Все больные подписали информированное согласие на публикацию данных без идентификации личности.

Вклад авторов

Г.В. Пятакова — разработка дизайна исследования, проведение исследования, анализ результатов исследования, написание текста.

А.О. Кожевникова — участие в проведении эмпирического исследования.

С.В. Кудрявцева — математическая обработка результатов исследования, редактирование текста.

Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Литература

- Горьковская И.А., Микляева А.В. Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8. – № 1. – С. 90–102. [Gor'kovskaya IA, Miklyaeva AV. Hardiness and Coping-Strategies of Adolescents with Motor Impairments. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2019;8(1):90-102. (In Russ.)]
- Каштымова К.В., Пфау Т.В. Копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Наука. Мысль. – 2016. – № 10. – С. 54–58. [Kashymova KV, Pfau TV. Coping strategies of adolescents with disorders of locomotor apparatus. *Nauka. Mysl'*. 2016;(10):54-58. (In Russ.)]
- Мамайчук И.И., Вербрюгген А.А. Учет механизмов личности родителей детей с двигательными нарушениями в процессе психологической помощи // Вестник СПбГУ. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2009. – № 1-1. – С. 355–363. [Mamaychuk II, Verbruggen AA. Uchet mekhanizmov lichnosti roditel'nykh detey s dvigatel'nymi narusheniyami v protsesse psikhologicheskoy pomoshchi. *Vestnik SPbGU. Seriya 12. Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika*. 2009;(1-1):355-363. (In Russ.)]
- Lander A. Developing self compassion as a resource for coping with hardship: exploring the potential of compassion focused therapy. *Child Adolesc Social Work J*. 2019;36(6):655-668. <https://doi.org/10.1007/s10560-019-00611-0>.
- Сергиенко Е.А. Психологическое здоровье: субъективные факторы // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование. – 2017. – № 4. – С. 98–117 [Sergienko EA. Psychological health. Subjective factors. *Vestnik RGGU. Seriya: Psikhologiya. Pedagogika. Obrazovanie*. 2017;(4):98-117. (In Russ.)]
- Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. – М.: Академия, 2010. [Osukhova NG. Psikhologicheskaya pomoshch' v trudnykh i ekstremal'nykh situatsiyakh. Moscow: Akademiya; 2010. (In Russ.)]
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. – М.: ИПРАН, 2009. – 304 с. [Tarabrina NV. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: teoriya i praktika. Moscow: IPAN; 2009. 304 p. (In Russ.)]
- Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000. – 507 с. [Nikol'skaya IM, Granovskaya RM. Psikhologicheskaya zashchita u detey. Saint Petersburg: Rech'; 2000. 507 p. (In Russ.)]
- Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни: монография. – СПб.: СПбГМУ, 2009. – 136 с. [Isaeva ER. Koping-povedenie i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni: monografiya. Saint Petersburg: SpbGMU; 2009. 136 p. (In Russ.)]
- Лапкина Е.В. Психологическая защита и совладание: психологическая защита личности // Ярославский педагогический вестник. – 2011. – Т. 2. – № 2. – С. 232–236. [Lapkina EV. Psychological protection and coping: a protective system of the person. *Yaroslavskiy pedagogicheskiy vestnik*. 2011;2(2):232-236. (In Russ.)]
- Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 50 с. [Vasserman LI, Eryshev OF, Klubova EB. Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya. Saint Petersburg: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2005. 50 p. (In Russ.)]
- Basińska MA, Przyborowska-Stankiewicz S, Kruczek A, Liebert A. Reflective-ruminative tendencies and coping flexibility in patients with non-specific inflammatory bowel diseases. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2019;28(2):99-115. <https://doi.org/10.5114/ppn.2019.86254>.
- Bottesi G, Spoto A, Trevisson E, et al. Dysfunctional coping is related to impaired skin-related quality of life and psychological distress in patients with neurofibromatosis type 1 with major skin involvement. *Br J Dermatol*. 2019. <https://doi.org/10.1111/bjd.18363>.
- Пятакова Г.В., Виссарионов С.В. Исследование качества жизни подростков с тяжелыми деформациями позвоночника // Хирургия позвоночника. – 2009. – № 4. – С. 38–43. [Pyatakova GV, Vissarionov SV. Assessment of life quality in adolescents with severe spinal deformities. *Spine surgery*. 2009;(4):38-43. (In Russ.)]
- Регуш Л.А. Проблемы психического развития и их предупреждение. – СПб.: Речь, 2006. – 320 с. [Regush LA. Problemy psikhicheskogo razvitiya i ikh preduprezhdenie. Saint Petersburg: Rech'; 2006. 320 p. (In Russ.)]
- Pinquart M. Posttraumatic stress symptoms and disorders in children and adolescents with chronic physical illnesses: a meta-analysis. *J Child Adolesc Trauma*. 2018;13(1):1-10. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0222-z>.

Сведения об авторах

Галина Викторовна Пятакова* — канд. психол. наук, доцент, старший научный сотрудник, ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России; доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург. <https://orcid.org/0000-0002-9830-9959>. E-mail: pyatakova@yandex.ru.

Анастасия Олеговна Кожевникова — аспирант факультета психологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург. <https://orcid.org/0000-0001-5517-8234>. E-mail: 8d@mail.ru.

Светлана Викторовна Кудрявцева — канд. мед. наук, ЧОУВО «Восточно-Европейский институт психоанализа», Санкт-Петербург. <https://orcid.org/0000-0002-0460-9740>. E-mail: kcv@inbox.ru.

Galina V. Pyatakova* — MD, PhD in psychology, Assistant Professor, Senior Research Associate, H. Turner National Medical Research Center for Children's Orthopedics and Trauma Surgery; Assistant Professor of the Department of Crisis Management and Emergency Psychology, Saint Petersburg University, Saint Petersburg, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-9830-9959>. E-mail: pyatakova@yandex.ru.

Anastasia O. Kozhevnikova — PhD student of the Faculty of Psychology, Saint Petersburg University, Saint Petersburg, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-5517-8234>. E-mail: 8d@mail.ru.

Svetlana V. Kudryavtseva — MD, PhD, Associate Professor, the Department of Psychotherapy, East European Institute of Psychoanalysis, Saint Petersburg, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-0460-9740>. E-mail: kcv@inbox.ru.