

Н.В. Мазурова, С.П. Яцык, Л.С. Намазова-Баранова, С.Б. Лазуренко, С.М. Шарков

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

## Психологическое сопровождение семьи на этапе лечения ребенка в медицинском стационаре (на примере отделения уроandroлогии)

### Контактная информация:

Мазурова Надежда Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории специальной психологии и коррекционного обучения ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, тел.: (499) 340-01-04, e-mail: mazariny-2@yandex.ru

Статья поступила: 24.03.2013 г., принята к печати: 14.05.2013 г.

**Цель исследования:** изучить особенности эмоционального ответа родителей на действие стресса, вызванного госпитализацией и операцией, проводимой ребенку, для выделения факторов риска потери личностного потенциала членов семьи. **Участники и методы исследования.** В эмпирическом исследовании приняли участие 82 родителя (15 отцов и 67 матерей) и 76 детей дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста. Был сформирован пакет методик, состоящий из анализа медицинских карт, наблюдения, структурированной беседы, опросника определения нервно-психического напряжения, методики «Незаконченные предложения», систематизации полученных результатов, методов математической обработки данных. Проведен теоретический анализ проблемы эмоционального реагирования родителей на стрессовую ситуацию, связанную с наличием у ребенка врожденных пороков развития и необходимостью оперативного вмешательства. **Результаты.** Показано, что каждый член семьи, представляющей собой единую систему, подвергается влиянию стресса. Реакция родителей на операцию, проводимую ребенку, определяется их личностными особенностями, системой убеждений и жизненных установок. **Выводы.** Эмоциональное состояние родителей оказывает влияние на психологическое состояние ребенка и эффективность лечения. Психологическая поддержка семьи на предоперационном и послеоперационном этапах позволяет снизить уровень эмоционального дискомфорта ребенка и родителей.

**Ключевые слова:** патология репродуктивных органов, оперативное вмешательство, семья больного ребенка, психолого-педагогическая помощь, стресс, адаптация.

(Педиатрическая фармакология. 2013; 10 (3): 45–49)

N.V. Mazurova, S.P. Yatsyik, L.S. Namazova-Baranova, S.B. Lazurenko, S.M. Sharkov

Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

## Family Psychological Support During the Child's Inpatient Treatment (by the Example of an Uroandrology Department)

**Study aim:** to study the peculiarities of parents' emotional responses to the stress caused by their child's hospitalization and operation to distinguish risk factors of losing personal potential by family members. **Study participants and methods.** The empirical study involved 82 parents (15 fathers and 67 mothers) and 76 children of preschool, primary school and juvenile age. A package of techniques involving analysis of medical cards, observation, structured conversation, mental stress calculation questionnaire, the "Incomplete sentences" technique, systematization of results and mathematical treatment methods was defined. Theoretical analysis of the issue of emotional response of parents to stressful situations connected with their child's congenital malformations and the need in operative intervention was made. **Results.** It was shown that all members of a family as a single system are subject to stress. The reaction of parents to their child's operation depends on their personal characteristics, system of beliefs and life attitudes. **Conclusions.** The emotional condition of parents influences their child's psychological condition and the efficacy of treatment. Supporting the family psychologically during pre- and post-operative stages allows to reduce the level of emotional discomfort of children and their parents.

**Key words:** pathology of genital organs, operative intervention, ill child's family, psychological-pedagogical help, stress, adaptation.

(Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology. 2013; 10 (3): 45–49)

## ВВЕДЕНИЕ

Влияние стресса на конкретного человека ученые рассматривают в зависимости от ряда факторов: валентности (степени стрессогенности, условной тяжести ситуации); контролируемости (возможности изменения ситуации, контроля над ней); изменчивости (вероятности самопроизвольного изменения ситуации); неопределенности (степени оценки неясности ситуации); осведомленности (степени личного опыта в преодолении подобных ситуаций) [1, 2]. Болезнь ребенка и предстоящую операцию можно оценить как событие, имеющее большое субъективное значение для родителей, выступающее как тяжелая психологическая травма, неподконтрольное, неясное. Как правило, родители не имеют опыта в преодолении подобных ситуаций. Скорее, это событие обладает дополнительным стрессогенным качеством неожиданности, непредсказуемости.

Реакция на стресс связана с внутренними психологическими ресурсами человека и наличием внешней поддержки. К значимым личностным ресурсам относят интернальный локус контроля, уверенность в себе, высокую мотивацию достижения, наличие веры в собственные силы, оптимизм, отсутствие склонности к аффективному поведению, отсутствие иррациональных установок и т.д. Многие исследователи отмечают, что важные факторы стрессоустойчивости — образ и качество жизни — также влияют на развитие и сохранение ресурсов [1, 3, 4].

Ответом на действие стрессора является запуск адаптационных механизмов личности. Адаптация — целостный, системный процесс, характеризующий взаимодействие человека с природной и социальной средой. Особенности процесса адаптации определяются психологическими свойствами человека, уровнем его личностного развития, характеризующегося совершенством механизмов личностной регуляции поведения и деятельности. Системообразующий фактор, организующий процесс социально-психологической адаптации, — цель, связанная с ведущей потребностью. Критериями адаптивности можно считать не только выживаемость человека и нахождение места в социальной структуре, но и общий уровень сохранности личности, способность развиваться в соответствии со своим жизненным потенциалом, субъективное чувство самоуважения и осмысленность жизни.

Пациенты отделения уроandroлогии детского медицинского учреждения — дети со своими возрастными и индивидуальными особенностями, определенной реакцией на болезнь и лечение, установками относительно врачей и лечебных процедур, находящиеся в ситуации неожиданного изменения всей системы социальных отношений и привычного ритма жизни. В процессе лечения детей с урогенитальной патологией задача врача — достижение максимально возможного уровня соматического благополучия ребенка. Иной является задача деятельности медицинского психолога, которая заключается в обеспечении оптимального уровня психологического комфорта ребенка и его семьи в процессе лечения для сохранения личностного потенциала, предупреждения (или преодоления) патологического воздействия болезни на детскую психику, смягчения эмоциональной реакции на госпитализацию и оперативное вмешательство.

Спецификой отделения уроandroлогии является, во-первых, практика оперативного вмешательства, во-вторых, тот факт, что объект этого вмешательства —

половые органы. Известно, что эмоциональная реакция человека на консервативное лечение и на операцию имеет разный «градус напряжения» [5, 6]. Вовлечение в сферу врачебных манипуляций половых органов бывает очень тонким и небезопасным в плане отдаленных личностных последствий аспектом лечения ребенка.

Цель эмпирического исследования: изучить особенности эмоционального ответа родителей на действие стресса, вызванного госпитализацией и операцией, проводимой ребенку, для выделения факторов риска потери личностного потенциала членов семьи.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

### Участники исследования

В эмпирическом исследовании приняли участие 82 родителя (15 отцов и 67 матерей) и 76 детей дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста.

### Методы исследования

Для достижения целей исследования был сформирован пакет методик, состоящий из анализа медицинских карт, наблюдения, структурированной беседы, опросника определения нервно-психического напряжения (Т. Немчин), методики «Незаконченные предложения», систематизации полученных результатов, методов математической обработки данных.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Теоретический анализ литературы позволил получить следующие сведения. Изменение привычного ритма жизни, окружающей обстановки, невозможность реализации потребности в деятельности, отсутствие близких людей, наличие физического дискомфорта (боли, необычных ощущений), неопределенность относительно ближайшего будущего вызывают состояние эмоциональной нестабильности, которое принято определять как психологический стресс [1, 2]. Особенностью психологического стресса, по мнению Р. Лазаруса, являются сугубо индивидуальные ответные реакции, которые не всегда бывают предсказуемыми. Основываясь на принятом разделении стрессоров на нормативные (естественные изменения, связанные с возрастом или динамикой семьи) и экстремальные (порождаемые случайными по отношению к жизненному циклу событиями), болезнь и лечение в стационаре можно рассматривать как экстремальный стрессор. Чем сильнее и длительнее действует стрессор, тем более неблагоприятные последствия для психики человека он может вызвать. Действие стрессора вызывает напряжение адаптационных возможностей организма.

Психическая адаптация имеет три стадии развития. На первой стадии возникают тревога, растерянность, ажитация или полная бездеятельность, психосоматические нарушения — потеря аппетита, сна и др. Эта стадия завершается включением механизмов психологической защиты (вторая стадия), которые обеспечивают избирательную устойчивость к психологическим факторам, вызвавшим психическую дезадаптацию. При разрешении проблемной ситуации психическая регуляция возвращается в привычное русло, при этом личность приобретает новый опыт поведения в подобных ситуациях и становится более адаптивной. Если адаптивные ресурсы психики оказываются недостаточными, то на третьей стадии может произойти срыв психической адаптации.

Исследователи выделяют внутренние и внешние условия адаптации. К первой группе относятся личностные особенности человека (темперамента, характера, типа защитно-приспособительной реакции, жизненного опыта и т.д.), ко второй — параметры окружающей среды (поддержка членов семьи и друзей, уровень и качество оказываемой профессиональной психологической помощи).

Таким образом, при проведении психологического обследования ребенка в стационаре особое внимание следует уделять анализу адаптивных психических процессов и неадаптивных тактик, используемых ребенком и его окружением. При этом базовыми характеристиками адаптированности личности считают эмоциональное самочувствие, включенность в естественную для возрастного этапа и уровня развития деятельность, интеграцию с социальной средой (взаимодействие с другими детьми в отделении).

У многих детей реагирование на болезнь начинается с момента госпитализации. В свободной беседе пациенты сообщали, что при поступлении в больницу им было страшно, грустно, иногда хотелось плакать. Дети дошкольного возраста не дифференцировали свое отношение к госпитализации, просто говорили, что им очень хочется домой. Следует отметить, что у маленьких детей (до подросткового возраста) отрицательные эмоции с каждой последующей госпитализацией усиливались, психологический дискомфорт был более глубоким и длительным. Поскольку большинство из них не полностью осознавали цели лечения, при этом физически чувствовали себя неплохо, они считали, что можно лечиться дома. Дошкольников и младших школьников тяготил сам факт пребывания в больнице, они боялись процедур, осмотров. Эмоциональное состояние детей отражалось и на отношении к персоналу отделения. Страх перед врачами, нежелание выполнять их просьбы, протестное поведение, бунт, были внешними проявлениями фрустрации и тревоги ребенка.

С возраста 9–10 лет дети могли достаточно точно сформулировать причину поступления в стационар, знали о предстоящей операции, понимали, какие изменения в организме последуют. При повторных госпитализациях подростков происходило снижение эмоционального напряжения по сравнению с предыдущей госпитализацией, сближение с медицинским персоналом, дети воспринимали врача в качестве источника помощи. Негативные эмоциональные реакции были направлены только на процедуры. Таким образом, на степень тревоги ребенка в больнице влияют возраст, число посещений стационара, а также уровень осознания проблемы, осведомленность о предстоящих манипуляциях. Очевидно, что каждого ребенка необходимо готовить к госпитализации и предстоящей операции.

Перспектива предстоящей хирургической операции вызывает у ребенка беспокойство, повышает уровень тревожности по причине отсутствия подобного опыта, ожидания возможной боли, страха потери контроля при выходе из наркоза. Формирование готовности к операции возможно с помощью психологических методик, которые позволяют поочередно воспроизвести основные этапы подготовки и проведения операции, обсудить с ребенком все его опасения, наметить пути преодоления возможных психологических трудностей. В сознании пациента, таким образом, выстраивается ясная картина ближайшего будущего, которую он не только отчетливо себе представляет, но и имеет понимание необходимости

и сути каждого этапа лечебного процесса, а также их значения для улучшения его здоровья.

Эмоциональные реакции маленького пациента во многом зависят от поведения значимых взрослых. В ходе проведенного исследования мы сравнили показатели психоэмоционального состояния родителей и больных детей [7, 8]. Была установлена высокая корреляция тревожности родителей и фрустрации детей ( $r = 0,906$ ). Обнаружены также взаимосвязи между фрустрацией родителей и агрессивностью подростков ( $r = 0,768$ ), между тревожностью родителей и тревожностью подростков ( $r = 0,689$ ). Существует положительная корреляция между тревожностью родителей и коэффициентом дезадаптации детей ( $r = 0,659$ ), между тревожностью родителей и агрессивностью детей младшего школьного возраста ( $r = 0,820$ ). Этот результат свидетельствует о том, что при высокой тревожности родителей у детей младшего школьного возраста возникает высокая агрессивность, а при низкой тревожности — боязнь агрессии со стороны окружающих.

Выявлена высокая положительная корреляция между тревожностью родителей и коэффициентом психической активности ( $r = 0,836$ ), а также на среднем уровне — взаимосвязь между тревожностью родителей и оценкой ребенком отношений со сверстниками ( $r = 0,518$ ). Этот результат свидетельствует о том, что при высоком уровне тревожности родителей у больного ребенка складываются конфликтные или эмоционально дистанцированные отношения с детьми.

В нашем исследовании обнаружены неоднозначные взаимосвязи родительского отношения и адаптивных характеристик детей и подростков. Ярким примером было симбиотическое родительское отношение: оно положительно коррелирует как с адаптивными характеристиками тяжелобольных детей, так и с коэффициентом дезадаптивного поведения более здоровых подростков. То, что считают неблагоприятным для развития здорового ребенка, для тяжелобольного в его социальной ситуации развития может компенсаторно играть адаптационную роль. При авторитарно-симбиотическом родительском отношении кроме контроля над всей психической жизнью ребенка существует положительное отношение к нему, близкая межличностная дистанция. Ребенок находится в центре внимания семьи, родители стремятся к максимальному удовлетворению его потребностей, защите его от трудностей и разочарований. Видимо, этим обусловлен высокий уровень эмоциональной комфортности многих тяжелобольных детей, подвергающихся такому типу родительского отношения.

Таким образом, в ходе исследования были получены данные о существовании множественных взаимосвязей между психоэмоциональным состоянием больных детей и их родителей. Они — звенья одной семейной системы, поэтому абсолютно неэффективно воздействовать изолированно только на одно из звеньев.

В ситуации наличия у ребенка врожденной или приобретенной патологии, когда семье предстоит пережить одну или несколько госпитализаций, операции, длительное лечение, встает вопрос адаптации к этому процессу. Анализ результатов эмпирического исследования психологического состояния и механизмов адаптации родителей показал, что в зависимости от индивидуальных личностных особенностей внешние проявления переживаемого родителями стресса могут быть различными: от спокойствия и даже равнодушия до ярких аффективных

вспышек. И то, и другое — следствие действия защитных реакций в силу длительного нервно-психического перенапряжения.

Нами установлено, что тяжесть состояния ребенка является наиболее значимым, но не единственным показателем адаптации родителей к его болезни и процессу лечения. При этом с ухудшением физического состояния ребенка показатели адаптации родителей снижались, с улучшением состояния — повышались. Однако, такая зависимость существовала только при первой госпитализации. Когда состояние ребенка регулярно меняется, требуются все новые и новые операции, снижается чувствительность родителей к этим изменениям.

Такие личностные особенности родителей, как низкая активность, общительность, доверие к окружающим, настойчивость, ответственность, любознательность и пластичность, а также низкий уровень субъективного контроля — предикторы низкой адаптации. Факторами, способствующими высокой адаптации, являются стремление к сотрудничеству, уважение к другим, настойчивость, высокая активность, пластичность, стремление к развитию, любознательность и высокий уровень субъективного контроля. Родители с низким уровнем адаптации в качестве стратегий приспособления к трудной жизненной ситуации выбирают избегание, дистанцирование и остро ощущают необходимость социально-психологической поддержки.

Такие макросоциальные факторы, как запрет на выражение эмоций, критика со стороны родных, перфекционизм и недоверие к людям, ухудшают адаптацию родителей. Установка на безусловное принятие ребенка улучшает адаптацию. Полорольевые стереотипы эмоционального поведения, поддерживаемые обществом, ведут к высокому уровню запрета на выражение чувств, что затрудняет их переработку. Высокий уровень запрета на выражение астенических эмоций печали и страха у мужчин может приводить к трудностям обращения за помощью и получения эмоциональной поддержки, что затрудняет переработку психологического стресса, ухудшает процесс адаптации. Высокий уровень запрета на выражение гнева как у женщин, так и мужчин может способствовать вытеснению этой эмоции и росту скрытой враждебности, что также не может способствовать благоприятной социально-психологической адаптации родителей.

В зависимости от выявленных особенностей процесса адаптации к предстоящей операции и лечению ребенка родители должны получать психологическую поддержку в форме индивидуальных консультаций, релаксационных занятий с использованием возможностей сенсорной комнаты, а также групповых лекционных занятий по психолого-педагогическому просвещению в вопросах воспитания ребенка.

Организационными мерами, способствующими психологической адаптации к условиям стационара, могут быть знакомство с медицинским персоналом отделения, информирование о структуре отделения и клиники, расположении диагностических лабораторий и лечебных кабинетов, помещений для проведения досуга, о правилах пребывания в стационаре и порядке взаимодействия с медицинским персоналом, психологическое консультирование, а также индивидуальная психологическая поддержка.

Экстренную психологическую помощь оказывают семье в случае возникновения необычных и устойчивых

отрицательных изменений в психологическом состоянии любого из ее членов. Вне экстренных ситуаций осуществляют плановую социальную и психолого-педагогическую реабилитацию/абилитацию, цель которой определяет специалист психолого-педагогического профиля, исходя из результатов обследования ребенка, изучения социальной ситуации развития, психологического консультирования родителей. Психологическая реабилитация направлена на решение актуальных психологических проблем (адаптация к условиям стационара, предстоящей операции или поддержка в послеоперационный период).

Мониторинг психологического состояния осуществляют с целью контроля и своевременного оказания психолого-педагогической помощи пациенту и его семье в случае ухудшения эмоционального состояния или в любой другой экстренной ситуации, в том числе по прямому запросу семьи или лечащего врача. Мониторинг предполагает скрининг-наблюдение за психологическим состоянием и поведением пациента в такие критические моменты лечебного процесса, как подготовка к операции и послеоперационный период.

Сравнение данных об эмоциональном состоянии ребенка при оказании/отсутствии психологической поддержки родителей позволяет говорить о несомненной пользе специализированной помощи родителям больного ребенка в стационаре. Комплексное медико-психолого-педагогическое сопровождение ребенка и психотерапевтические воздействия на диаду «родитель-ребенок» позволяют успешнее проводить общую реабилитацию ребенка.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования, а также эмпирических результатов позволяет сделать следующий вывод: высокое эмоциональное напряжение детей и их родителей в ходе госпитализации и при подготовке к операции, сложность личностной реакции на оперативное вмешательство определяют необходимость оказания психолого-педагогической помощи пациентам, а также основные направления этой помощи.

При организации лечения детей с урогенитальной патологией необходимо учитывать такие психологические характеристики пациентов и членов их семей, как возраст, индивидуальные свойства характера, жизненные мотивы и ценностные ориентиры, особенности развития, характер детско-родительских отношений. В ходе общения с пациентами и предоставления им клинической информации о состоянии их здоровья следует руководствоваться гуманистическими и общечеловеческими принципами коммуникации субъектов.

Этиология нарушения здоровья (репродуктивная сфера), степень тяжести, форма медицинской помощи (консервативное или хирургическое лечение) и прогноз течения болезни оказывают специфичное влияние на процесс адаптации ребенка и родителей к стационару.

Особенности психологического восприятия нарушения здоровья ребенка его родителями и самими детьми следует учитывать при определении следующей стратегии общения врача с пациентом:

- установление межличностного контакта;
- информирование и разъяснение сути и последовательности медицинских процедур, манипуляций;

- достаточное по объему и доступное для восприятия (понимания) диалогическое общение;
- позитивное эмоциональное подкрепление окружающими успехами ребенка во время лечения;
- психологическая поддержка со стороны врача (медицинского персонала).

Психологическое сопровождение ребенка и его семьи должно включать профилактические меры для адаптации к условиям стационара, мониторинг психологического состояния и поведения на всех этапах лечения, своевременную (экстренную) психологическую помощь при необычном устойчивом изменении психологического состояния ребенка, социальную и психолого-педагогическую реабилитацию/абилитацию.

От качества межличностного общения представителей медицинских специальностей (между врачами, специалистами немедицинского профиля, медсестрами), а также медицинского персонала и пациентов зависит психологический климат отделения, который в идеале должен обеспечивать пациентам психологический комфорт, то есть удовлетворять их базовые потребности в уважении, принятии и безопасности. Благоприятный

психологический климат отделения способствует лучшей адаптации пациентов к условиям стационара, снижает интенсивность страхов перед манипуляциями и процедурами, ускоряет установление контакта между врачом и пациентом, стабилизирует эмоциональное состояние пациентов и их семей.

Эмоциональная поддержка со стороны лечащего врача и медицинского персонала отделения в целом — тот внешний социальный ресурс личности ребенка, который индуцирует у него многие психические процессы, связанные с волевой регуляцией, мотивацией лечения и выздоровления, стабилизацией эмоционального состояния, изменением самосознания. Эмоциональная (психологическая) поддержка реализуется через эмоциональную включенность (внимание, заботу, интерес) медицинского персонала к «судьбе» ребенка, эмоциональный отклик на его психологическое и соматическое состояние, принятие его личностных и поведенческих особенностей и др.

Психологический аспект в организации лечения детей многогранен, шире рамок отдельной нозологии, он не исчерпывается материалом данного исследования и нуждается в дальнейшей разработке.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь. 2001. 256 с.
2. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз. 1960.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л. 1988.
4. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика / Учебно-методическое пособие. СПб.: Речь. 2010.
5. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб.: Питер. 2002. 960 с.
6. Щелкова О.Ю., Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение. М.: Академия. 2004. 624 с.
7. Мазурова Н.В., Буслаева А.С. Детско-родительские отношения и социальная адаптированность младших школьников. *Вопр. диагн. в педиатр.* 2010; 2 (5): 40–45.
8. Мазурова Н.В. Патологические черты личности детей как следствие деформированного влияния семьи. *Репрод. здоров. детей и подростков.* 2011; 5: 86–92.
9. Коррекция заболеваний органов мужской репродуктивной сферы у детей и подростков. Под ред. А.А. Баранова. М.: Педиатръ. 2013.

## Информация для педиатров



#### МРТ

Исследование проводится на современном томографе 1,5 Тесла с высоким разрешением (8 каналов).

Для детей и взрослых пациентов:

- МРТ головного мозга.
- МРТ спинного мозга и позвоночника с возможностью визуализации сосудов шеи.
- МР ангиография головного мозга (как с контрастным усилением, так и без введения контрастного препарата).

- МРТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства.
- МРТ малого таза.
- МРХПГ — неинвазивная безконтрастная визуализация билиарной системы.
- МР урография — неинвазивная безконтрастная визуализация чашечно-лоханочной системы, мочеточников и мочевого пузыря.
- МРТ суставов.
- МРТ детям раннего возраста с анестезиологическим пособием (применение масочного наркоза для медикаментозного сна).

Кроме того, проводятся исследования минеральной плотности костной ткани на современном денситометре Lunar Prodigy:

- Денситометрия поясничного отдела позвоночника.
- Денситометрия тазобедренных суставов.
- Денситометрия предплечья.
- Денситометрия по программе Total Body.

**Адрес:** 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62. Отдел лучевой диагностики КДЦ НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН  
**Тел.:** 8 (499) 134-10-65.