



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

© И.И. Мамайчук

Санкт-Петербургский государственный университет

Резюме. В статье рассматриваются особенности внутренней картины болезни и личностного развития детей и подростков с соматическими заболеваниями. Раскрываются методологические подходы и специфика психологической помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями, а также их семьям. Отражены особенности консультирования, психологической коррекции, психологического сопровождения и психологической поддержки больных детей и их семей.

Ключевые слова: преморбидные радикалы личности; тревожность, страх; стрессовые ситуации; психологический климат семьи; стили семейного воспитания; структура психологической помощи; динамика психокоррекционного процесса; психокоррекционные технологии.

Проблема психологической помощи детям с соматическими заболеваниями является весьма актуальной, но практически не разработанной в клинической психологии. В исследованиях отечественных и зарубежных психологов подчеркивается, что эффективность лечения детей, особенно с тяжелыми соматическими заболеваниями, зависит не только от тяжести соматического недуга, а также от индивидуально-психологических особенностей ребенка, системы отношений и стилей воспитания, уровня адаптивности ребенка в социуме. Тяжелое соматическое заболевание качественно изменяет социальную ситуацию развития ребенка, снижает уровень его психической адаптации, ведет к ограничению социальных контактов. Не только больной ребенок, но и его родители пребывают в состоянии пролонгированного стресса в связи с госпитализацией, изнурительным для ребенка лечением, неопределенностью прогноза, изменением образа жизни всей семьи. В связи с этим психологическая помощь ребенку и его семье является важным направлением в системе медицинской и социальной реабилитации ребенка.

Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями отличается от психологической помощи детям и подросткам с другими нарушениями в психическом развитии — как по целевой направленности, так и по организации и динамике процесса работы с ребенком. Она предполагает учет следующих факторов:

1. Специфики внутренней картины болезни в детском и подростковом возрасте.
2. Многообразия соматических нарушений в детском возрасте и разнообразия этиопатогенетических факторов.
3. Специфики психотравмирующих ситуаций, включающей в себя их длительность, аффективную значимость для ребенка или подростка, а также психическое и физическое состояние ребенка в период психологической травмы.

Важным психологическим фактором, определяющим течение заболевания и эффективность лечения ребенка, является *внутренняя картина болезни (ВКБ)*, которая рассматривается как основной комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, осложняющих течение болезни, препятствующих успешности лечения и реабилитации [1, 18, 26]. На формирование ВКБ у ребенка большое значение оказывает отношение родителей к здоровью и болезни ребенка. В многочисленных исследованиях убедительно показано, что если родители предъявляют к ребенку адекватные требования, то у него формируется положительный образ <Я>, а постоянные опасения, тревоги родителей о состоянии здоровья ребенка способствуют формированию негативного образа <Я>. Неадекватные стили семейного воспитания формируют у ребенка состояние беспомощности, эмоционального дискомфорта, что может привести к формированию общего вегетативного дисбаланса, на фоне которого

нередко возникают различные психосоматические расстройства, например, такие как бронхиальная астма [9]. Основным компонентом ВКБ как у взрослых, так и у детей является отношение к болезни, включающее в себя три уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Когнитивный уровень ВКБ включает в себя знания о своем заболевании и осознание его, что у детей в значительной степени зависит от возраста и уровня интеллектуального развития. Ряд авторов справедливо подчеркивают, что дети не понимают причин заболевания, рассматривают их как наказание за непослушание, за несоблюдение гигиены и пр., а в более старшем возрасте связывают болезнь с конфликтами в семье и школе [2, 5, 9, 26, 30]. В отдельных исследованиях показано, что осознание болезни зависит не только от возраста ребенка, а также от специфики заболевания. Например, в исследовании Ю. Е. Кургановой отмечается, что кризис осознания болезни у детей с нефрологическими заболеваниями отмечается в предподростковом возрасте (10–12 лет), при лимфостазе — начинается в предподростковом и продолжается в подростковом возрасте (10–16 лет), при муковисцидозе — в подростковом возрасте (13–16 лет) [13].

Эмоциональный уровень ВКБ у детей и подростков проявляется по-разному. Д. Н. Исаев выделяет три типа психологической реакции больного ребенка на собственное заболевание: неспецифическая реакция на болезнь как таковую (высокий уровень тревожности, снижение самооценки, чувство вины, замкнутость); специфическая реакция на данное заболевание (как следствие нарушения церебральной гемодинамики, биохимических, гормональных или иммунных процессов в организме); психологическая реакция ребенка на госпитализацию. Причем, госпитализацию ребенка, его отрыв от семьи и привычных жизненных условий многие авторы рассматривают как самый травмирующий психику ребенка фактор [10, 18]. В младшем школьном возрасте преобладает уровень непосредственно-чувственного отношения к болезни, а именно: болевые ощущения, неприятные процедуры лечения, наблюдается недооценка тяжести и последствий заболевания. С возрастом детей на первый план выступает уровень эмоциональной оценки болезни и ее последствий, т. е. возрастает переживание болезни. Если у детей младшей возрастной группы отношение к болезни не затрагивает смысловой иерархии личности, то в подростковом возрасте наблюдается собственная эмоциональная оценка болезни [25, 30].

Поведенческий уровень отношений к болезни включает в себя выработку определенной стратегии поведения ребенка в ситуации болезни, т. е. при-

ятие роли больного, борьба с болезнью, установка на нее. В отличие от взрослых больных, у детей и подростков почти не наблюдается факта «отрицания болезни», и «уход в болезнь» проявляется в защитных механизмах их личности, таких как фантазирование, регресс, уход от проблем, вытеснение и др. [19, 35].

В исследованиях многих авторов отмечается, что психическое развитие длительно болеющего ребенка отличается определенной спецификой. Николаева В. В. подчеркивает, что ситуацию хронического соматического заболевания можно рассматривать как кризис психического развития в целом и развития личности в частности. Как правило, хронические заболевания в детском возрасте сопровождаются патологическим формированием личности и нередко становятся у детей источником задержки общего и психического развития, особенно у детей и подростков с врожденными пороками сердца, ревматизмом, хронической дизентерией и т. п. [12]. Чаще всего стойкая астения, снижающая общий психический тонус, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы [14, 15, 26]. Как отмечает Д. Н. Исаев, состояние психического здоровья соматически больного ребенка варьирует от абсолютного благополучия до выраженного отклонения в психическом развитии. Автор выделяет 4 группы соматически больных детей в зависимости от состояния психического здоровья. *Первая группа* — это совершенно здоровые дети с оптимальной адаптированностью. *Вторая группа* — дети с легкими функциональными нарушениями (утомляемостью, нарушениями сна, неустойчивостью настроения). *Третья группа* — дети с «доклиническими состояниями или с астеноневротическим синдромом, с тревожностью, мнительностью, неуверенностью, нарушением биоритмов, вегетативными пароксизмами (головными болями, головокружениями, тошнотой), периодическими аллергическими проявлениями, снижением работоспособности». *Четвертая группа* — дети с клиническими формами (патохарактерологическими, психоорганическими синдромами) в стадии субкомпенсации [9]. У детей второй группы психическое состояние в значительной степени зависит от психологических факторов, а у детей 3-й и 4-й групп — от биологических факторов.

В многочисленных исследованиях особенностей психического развития детей с соматическими расстройствами подчеркивается негативная роль *тревожности* как преморбидного радикала личности ребенка [4, 5, 7, 25, 30]. Личностная тревожность формирует готовность к возникновению

тревожных реакций у детей и подростков с соматическими заболеваниями, что приводит к нарушению адаптивного поведения в период заболевания и лечения. Кроме тревожности выделяется такое личностное качество, присущее детям дошкольного и младшего школьного возраста, как *эмоциональность*, которая проявляется в позитивных или негативных реакциях ребенка на его окружение. При определенных условиях, эмоциональность может играть отрицательную роль, способствовав формированию эмоционального напряжения, что нередко приводит ребенка к невротическим или соматическим расстройствам [8, 9, 11, 18]. Традиционно выделяются три типа проявлений, связанных с эмоциональным напряжением в детском возрасте: 1) преневротические, которые проявляются в нарушениях сна, в тиках, в патологических привычках, в навязчивости, в беспричинном плаче; 2) вегетодистонические, проявляющиеся в головокружениях, головных болях, сердцебиении, одышке, обмороках, в периодических болях в животе, в гиперемии кожи при волнении, в отрыжках воздухом; 3) к *соматическим* относятся повышенная жажда, булиния, рвота после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, субфебрилитет неясного происхождения, неоднократно появляющиеся кожные высыпания и др.

Близким к состоянию тревожности является *состояние страха* у ребенка (страх предстоящей операции, перевязки, боли и пр.) Тревожность, в отличие от страха, не имеет определенного объекта, страх же всегда связан с конкретным объектом окружения (лицом, предметом, событием). У детей и подростков с соматическими заболеваниями психолог встречается с двумя типами страхов — нормальным, понимаемым как естественная реакция, (например, страх перед предстоящей операцией) и патологическим, обычно называемым фобией. Особые трудности наблюдаются при работе психолога с детьми с фобиями (патологическими страхами), в основе которых лежит глубоко скрытая тревожность. Сущность механизма формирования фобий заключается в смещении тревожности от первичной ситуации или объекта, вызвавших беспокойство, на другую ситуацию или объект. Например, ребенок с бронхиальной астмой начинает бояться тех предметов, которые никогда не вызывали и не могут вызывать у него аллергической реакции. Или ребенок с желудочно-кишечным заболеванием, у которого болезнь и боль вызывает страх за свою жизнь, отказывается от приема пищи. Как показывают наши исследования, такое смещение происходит у ребенка как следствие неразрешенных внутренних конфликтов, и может проявляться в агрессивном,

беззащитном или нейтральном поведении [5, 30]. Психолог не должен проявлять поспешность в интерпретировании внутренних конфликтов ребенка только на основании анализа конкретной фобии, так как за одной и той же фобией у разных детей и их родителей могут скрываться разные конфликты. Анализируя преморбидный период заболевания у ребенка, следует выделять не только преморбидные радикалы личности ребенка и подростка, такие как тревожность и эмоциональность, а также *стрессовые ситуации*, предрасполагающие к возникновению заболевания у них. Эмоциональный стресс рассматривается как состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или медленно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей [31, 32]. По мнению Г. Селье, стресс приводит к нарушению корково-подкорковых взаимодействий, и при хроническом стрессе возникают типичные для него расстройства моторики, ритма сна и бодрствования, нарушение влечений, настроения, раздражительность. Стресс имеет двоякую функцию: способствует развитию адаптации организма к воздействию различных факторов и, с другой стороны, лежит в основе патогенеза многих болезней, например, таких как бронхиальная астма, нейродермит, ожирение, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма других. Связь между стрессовой ситуацией и характером возникающей на нее реакции у ребенка неоднозначна. Роль стресса определяется сложной многоуровневой структурно-функциональной системой развивающегося организма и личности ребенка. Традиционно выделяются следующие уровни реагирования на стрессовые ситуации: социально-психологический, который непосредственно связан с изменением жизненного стереотипа ребенка, системой его отношений; психологический, включающий особенности личности ребенка и актуального психического состояния; психофизиологический, включающий в себя интегративные церебральные системы, периферические вегетативно-гуморальные уровни реагирования [3]. Степень воздействия стрессовой ситуации на ребенка определяется следующими факторами: особенностями индивидуального опыта ребенка, его адаптационными возможностями, включающими в себя не только психофизиологический потенциал, а также индивидуальные личностные реакции ребенка, характер и специфику его психологической защиты. В немногочисленных исследованиях зарубежных и отечественных психологов подчеркивается детерминирующая роль некоторых пролонгированных стрессовых факто-

ров, оказывающих негативное влияние на соматическую сферу ребенка [9, 10, 26, 28]. Это неадекватные методы воспитания ребенка, развод родителей, дисгармоничная семья, трудные условия обучения ребенка, неприятие коллективом сверстников и др.

Важную роль играет уровень *фрустрационной напряженности*, особенности направленности и типа реагирования ребенка на конфликт. В наших исследованиях выявлено, что дети с импульсивной направленностью реакций (уход от конфликта) склонны к инактивному поведению на этапах лечения и реабилитации, у них наблюдается постоянный тревожно-депрессивный фон настроения, апатичность [17, 18, 16].

Особую роль в формировании ВКБ у детей играет *самооценочный компонент личности*, который формируется под влиянием жизненного опыта и к школьному возрасту образ <Я> становится более адекватным. Особое внимание психолог в процессе психологической помощи должен уделить *защитным механизмам личности* ребенка или подростка. Как правило, мы сталкиваемся с использованием неэффективных защитных механизмов у детей, направленных на преодоление тревожности и страха в связи с соматическим недугом [19]. В настоящее время, психологические защитные механизмы рассматриваются как процесс интрапсихической адаптации личности за счет подсознательной переработки поступающей информации [27, 29]. Формы защитного поведения складываются в онтогенезе постепенно. Как подчеркивала Анна Фрейд, каждый защитный механизм вначале формируется для овладения конкретным инстинктивным поведением и связан с конкретной стадией детского развития. И. М. Никольская и Р. М. Грановская отмечают, что побудителем формирования защитных механизмов являются возникающие в процессе онтогенеза различные виды тревоги, типичные для детей [27]. В процессе индивидуального обучения и развития ребенка формируется полноценная система психологической защиты. Нередко наблюдалось у детей и подростков с соматическими заболеваниями усиленное избегание тревоги и неосознаваемое стремление обойти имеющийся конфликт, по-разному проявляется в их поведении и требует тщательного анализа защитных механизмов. В нашем исследовании было выявлено, что защитными механизмами личности у детей дошкольного и младшего школьного возраста с бронхиальной астмой является уход от проблем и вытеснение [19]. В исследовании А. А. Вюрбергер, проведенном со здоровыми детьми младшего школьного возраста в количестве 101 человека

было выявлено, что наиболее часто встречаются такие защитные механизмы как проекция, вытеснение и отрицание [6]. Анализ соотношения личностных характеристик и защитных психологических механизмов у детей с бронхиальной астмой показал, что такие личностные характеристики как доминантность, низкий самоконтроль, чувствительность к порицанию, способствуют у детей с бронхиальной астмой фиксации приступов удушья по истероидному типу, когда болезнь является средством избежать нежелательных ситуаций и достигнуть необходимой цели. Такие личностные качества как общительность и смелость способствуют у детей с бронхиальной астмой более рациональному подходу к своему заболеванию, активным поискам решения актуальных проблем. Чем выше уровень интеллектуального развития, тем больше дети с бронхиальной астмой склонны к реакциям самообвинения и часто проявляют реакции отрицания чьей-либо вины [19].

В более ранних исследованиях было выявлено влияние личностных особенностей ребенка не только на отношение к болезни, но и на процесс лечения. Дети с высоким уровнем притязаний, занимающие лидерские позиции, с высоким уровнем социальной активности, тяжело переживают болезнь, их адаптация в период лечения значительно снижена. Более успешно адаптация к болезни протекает у детей и подростков, имеющих тесные эмоциональные контакты с родителями и до болезни, а также у подростков с более узкой сферой потребностей в пре-морбиде [9, 18, 26].

В отечественной психологии психологическая помощь детям и подросткам рассматривается как в широком, так и в узком смысле этого понятия. В широком — психологическая помощь является системой психологических воздействий, направленных на исправление имеющихся недостатков в развитии ребенка. В узком смысле — это один из способов психологического воздействия, направленный на гармонизацию развития личности ребенка, формирование его социальной активности, адаптации и межличностных отношений [21]. Традиционно в отечественной психологии выделяют три вида психологической помощи: психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию, которые имеют разные цели и способы воздействия. Выделенные направления психологической помощи могут быть успешно использованы при работе со взрослыми, а психологическая помощь детям имеет иную структуру и задачи. Психологическую помощь детям и подросткам мы рассматриваем как сложную систему, включающую в себя различные блоки (рис. 1).

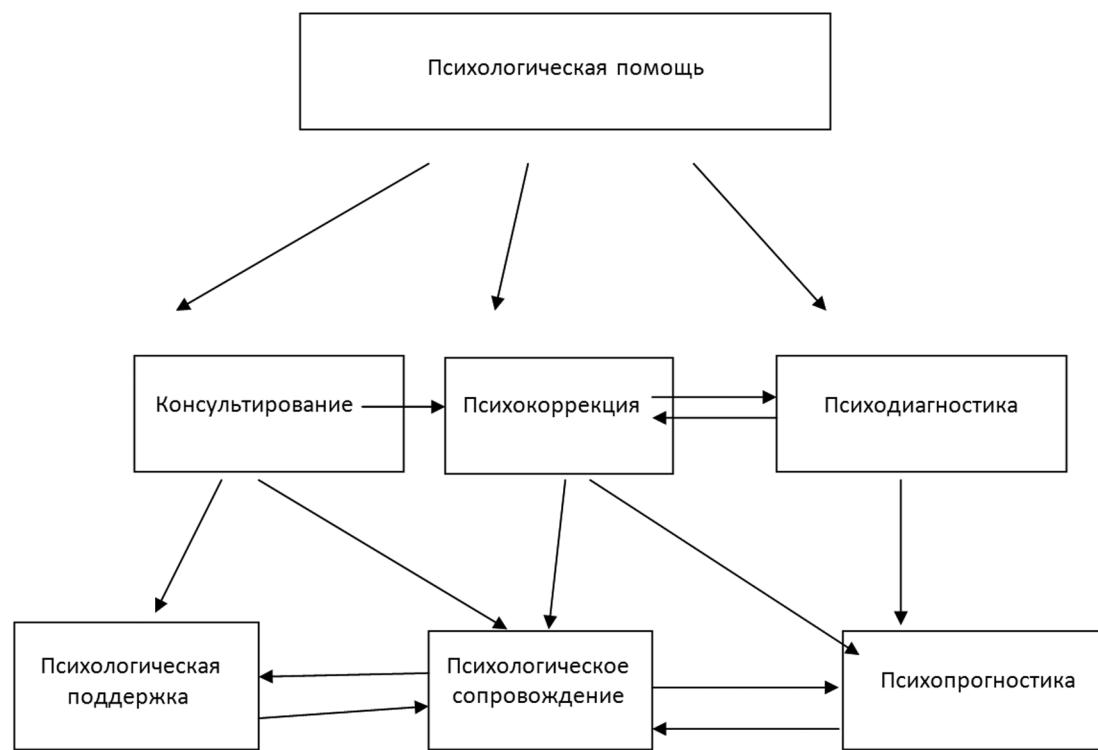


Рис. 1. Система психологической помощи детям и подросткам

Все компоненты системы взаимосвязаны между собой, но каждый из них имеет свою специфику и содержательную направленность. Определяющую роль в этой системе занимают *психологическое консультирование*, *психологическая коррекция*, *психологическая поддержка* детей и родителей и *психологическое сопровождение* ребенка.

Сложность и своеобразие развития психики ребенка с хроническим соматическим заболеванием требует тщательного методологического подхода к его анализу. Разработка принципов как основополагающих отправных идей является чрезвычайно важной в теории и практике психологической помощи больному ребенку. Важным является принцип *личностного подхода* к больному ребенку, включающий в себя подход к ребенку как целостной личности, с учетом всей ее сложности и всех ее индивидуальных особенностей [34]. Психолог должен принимать любого ребенка и его родителей как уникальных, автономных индивидов, за которыми признается и уважается право свободного выбора, самоопределения, право жить собственной жизнью.

Второй принцип психологической помощи — это принцип *единства диагностики и коррекции*. Процессы психологической диагностики и коррекции являются взаимодополняющими, а не исключающими друг друга. В самом процессе психологической коррекции заложен огромный диагностический по-

тенциал. Например, психогенные переживания ребенка с тяжелым соматическим заболеванием с наибольшей глубиной отражаются не в бессистемном тестировании, а в процессе игровых методов, групповых занятий, которые доступны ребенку и адекватно отражают его чувства и переживания, вызывают у ребенка позитивные эмоции.

Каузальный принцип (третий) психологической помощи детям с соматическими заболеваниями позволяет глубже сконцентрироваться не на внешних проявлениях заболевания, например степени удушья при астме, тике, двигательном беспокойстве и пр., а на действительных источниках, порождающих эти нарушения. Например, первопричиной эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с соматическими заболеваниями могут быть как социальные факторы, так и биологические, а нередко сочетание обоих факторов. В зависимости от первопричины, разрабатывается стратегия психологической помощи, и дифференцируются ее методы. Если причиной эмоционального неблагополучия ребенка являются семейные конфликты, то психологическая помощь должна быть направлена на нормализацию детско-родительских отношений, а если стойкий астено-невротический синдром в связи с тяжелым соматическим заболеванием, то главной задачей является снижение эмоционального дискомфорта ребенка с помощью специальных методов.

Принцип комплексного подхода включает в себя клинико-психолого-педагогические воздействия. Клинический психолог должен владеть полной информацией о причинах и специфике заболевания ребенка, предстоящей тактике лечения, сроках госпитализации, перспективах медицинской реабилитации. Необходимо поддерживать тесный контакт с педагогическим персоналом стационара, использовать педагогические характеристики в процессе работы.

Принцип деятельностного подхода требует учета основного ведущего вида деятельности ребенка. Если это дошкольник, то работа должна проводиться в контексте игровой деятельности, если школьник, то учебной деятельности. В процессе психологической помощи психолог ориентируется не только на ведущий тип деятельности ребенка, но и на тот вид деятельности, который является лично значимым для ребенка (например, рисование, конструирование, моделирование). Особенно это важно при работе с детьми с выраженными эмоциональными нарушениями.

Принцип системного подхода, включающий в себя анализ психологических проблем не только ребенка, а всей семьи в целом. Как правило, родители в процессе психологической помощи, особенно на первых ее этапах (консультирования) склонны избегать обсуждения внутрисемейных конфликтов, обращают внимание психолога на симптомы (страх оставаться одному в комнате, страх смерти и пр.) Возникновение фобии у соматически больного ребенка может быть связано с изменениями жизни семьи, системы отношений, а не с самой болезнью. Например, мать восьмилетнего мальчика с бронхиальной астмой в беседе с психологом активно скрывала нарушение эмоциональных контактов с мужем, подчеркивала, что фобии у ребенка связаны с его основным заболеванием и неприязненными отношениями учителей и сверстников к нему. В процессе работы с семьей перед психологом стоит задача установления оптимально-доверительных взаимоотношений между всеми участниками консультирования и коррекции, а также формирования новых приемов и способов их общения и поведения.

В процессе психологической помощи психолог должен уделить особое внимание взаимоотношениям в семье больного ребенка и особенностям его личностного реагирования на болезнь. Опыт нашей работы показывает, что толерантность к неблагоприятным взаимоотношениям больного ребенка как в семье, так и в социуме нередко обусловлена давлением скрытой аффективности, агрессивности, враждебности в отношении к окружающим. Внешне такой ребенок кажется вполне спокойным, адекватным, однако психолог не может не заметить его

чувствительность к любым проявлениям озлобленности по отношению к себе и к другим. Важнейшая задача психолога — помочь ребенку выявить, хотя бы частично, скрытые страхи, агрессивность, озлобленность, осознать их, показать, как она отражается в его поведении. В дошкольном и младшем школьном возрасте ребенок затрудняется в вербализации своих внутренних переживаний, свои эмоциональные проблемы он отражает как соматические. На первых этапах общения в процессе **консультирования** ребенок может много рассуждать о разнообразных болях, молчать или вообще не проявлять никакой мотивации к сотрудничеству с психологом. В связи с этим стоит важная задача перед психологом — обучать ребенка вербализации своих переживаний с помощью использования таких психокоррекционных технологий, как анализ различных эмоциональных ситуаций в сказках, рассказах, ролевых играх ребенка с психологом, в фантазировании, незаконченных предложениях, в использовании цветовых ассоциаций и пр. Такие приемы не только повышают информированность психолога о проблемах ребенка, а также в определенной степени помогают ребенку осознать свои эмоциональные проблемы и вербализировать их. Сам процесс консультирования не может исчерпать всех задач психологической помощи ребенку и его семье. Однако психологическое консультирование является базовым звеном в системе психологической помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями [21]. От эффективности его проведения в значительной степени зависит направленность и эффективность психокоррекционной работы, психологического сопровождения и поддержки.

Центральным звеном психологической помощи является **психологическая коррекция**, в процессе которой необходимо учитывать сложную структуру особенностей психического развития детей и подростков с соматическими заболеваниями и таких факторов как социальная ситуация развития, выраженность изменений личности, связанных с имеющимся заболеванием и система детско-родительских отношений. Сложность, многообразие и специфика психических нарушений у детей с соматическими заболеваниями требуют системного подхода к разработке **психокоррекционных технологий**, которые мы рассматриваем как совокупность знаний о способах и средствах психологического воздействия [21]. Выбор термина «психокоррекционные технологии» обусловлен тем, что психокоррекционный процесс — это сложная система, включающая в себя стратегические и тактические задачи. Стратегические задачи касаются разработки психокоррекционных программ и психокоррекционных комплексов;

тактические задачи — разработки конкретных методов и психокоррекционных техник. Разработка *психокоррекционных программ* для детей и подростков должна быть направлена на гармонизацию их личностной структуры, семейных взаимоотношений и конструктивное решение актуальных психотравмирующих проблем. При составлении психокоррекционной программы необходимо выполнить следующие методические требования:

1. Четко сформулировать основные цели психологической коррекции.
2. Выделить круг задач, которые конкретизируют поставленную цель.
3. Определить содержание занятий с учетом специфики эмоциональных и поведенческих нарушений у детей и подростков, их структуры и степени тяжести.
4. Выбрать форму психокоррекционной работы с ребенком или подростком (индивидуальную, групповую или семейную).
5. Определить формы и направления профессиональных контактов с другими специалистами, работающими с ребенком или подростком (врач-педиатр, врач-невропатолог, педагог, социальный педагог, учитель, родители и другие члены семьи).
6. Отобрать соответствующие психокоррекционные методы с учетом возраста, психологических особенностей и конкретных проблем ребенка (подростка).

7. Предварительно разработать методы анализа и оценки динамики психокоррекционного процесса.

В практике психологической коррекции традиционно выделяются три основных вида психологической коррекции: общая, специальная, дифференцированная [21]. Каждый из этих видов имеет специфические задачи и направленность в зависимости от степени тяжести заболевания, специфики личностного развития ребенка и особенностей микросоциального окружения, включающих родительские отношения к ребенку и болезни, и стилей семейного воспитания (табл. 1).

При разработке психокоррекционных технологий целесообразно использовать методы онтогенетической ориентации, которые предполагают возврат ребенка и родителей к ранним этапам общения и поведения. Можно использовать также ролевые игры в семейной группе (родитель–ребенок), содержание которых составляли ранние детские воспоминания о счастливых и несчастливых пережитых ситуациях. Детям и подросткам можно предложить обыграть эти ситуации в присутствии родителей или изобразить их в рисунках. Разыгрывания ролевых ситуаций целесообразно проводить с детьми и подростками, у которых наблюдается неуверенность, неумение постоять за себя, имеющих страхи неудач, а также для детей с низким коммуникативным потенциалом. Для решения индивидуальных проблем подростка целесообразно использовать психодраматические игры, которые

Виды психологической коррекции и их особенности у детей с somатическими заболеваниями

Таблица 1

Вид психологической коррекции	Стратегические задачи	Тактические задачи	Психотехники
Общая психокоррекция	Гармонизация развития личности ребенка (подростка) с somатическими заболеваниями	Организация жизнедеятельности ребенка (подростка) в социуме (в школе, в семье и пр.) с учетом его реальных и потенциальных возможностей.	Знакомство психолога с социальным окружением ребенка (подростка). Рекомендации родителям, педагогам, направленные на охранительно-стимулирующий режим для ребенка или подростка, оптимизацию его коммуникативного и эмоционального потенциала в процессе жизнедеятельности
Специальная психокоррекция	Организация конкретных психокоррекционных воздействий с учетом возрастных, психолого-педагогических особенностей ребенка (подростка)	Разработка и использование различных психокоррекционных методов: игротерапия, арттерапия, психорегулирующая гимнастика и пр. с учетом клинических, возрастных и личностных особенностей ребенка (подростка)	Направленные ролевые игры в занятиях, арттерапия, музыкотерапия и пр. в форме семейных, групповых или индивидуальных занятий с ребенком (подростком)
Дифференцированная психокоррекция	Ориентация на коррекцию конкретных проблем у детей и подростков с somатическими заболеваниями с учетом индивидуально-типологических, клинико-психологических особенностей	Разработка индивидуальных психокоррекционных программ, направленных на коррекцию конкретных нарушений у ребенка (подростка). Например, аффективность, агрессивность, некоммуникабельность и пр.	Специальные игры, занятия в рамках индивидуальных занятий и семейной психокоррекции

помогают им глубже понять свои неосознаваемые мотивы, скрытые желания и страхи, истинные отношения и установки. Целесообразно использовать психотехнику «проективные рисунки», основная функция которой — выявление и понимание трудновербализуемых проблем и переживаний детей и подростков с соматическими заболеваниями.

Эффективность психологической помощи в значительной степени зависит от воздействия на социально-психологическую среду, в которой находится ребенок или подросток с соматическими заболеваниями. Успешность такого воздействия можно обеспечить посредством **психологического сопровождения**, которое рассматривается как деятельность психолога, направленная на создание комплексной системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме (таких его институтах как школа, семья, медицинское учреждение и пр.) [20]. Сопровождение — это особая форма осуществления продолженной социальной и психологической помощи (патронажа), осуществляемая психологом, и направленная на создание оптимальных психологических условий для гармоничного развития личности больного ребенка. Особенно в психологическом сопровождении нуждаются семьи с тяжелобольным ребенком [33]. Психологическое сопровождение является динамическим процессом, который необходимо рассматривать как целостную деятельность психолога, содержащую пять взаимосвязанных компонентов:

1. систематическое отслеживание клинико-психологического и психолого-педагогического статусов ребенка (подростка) в динамике его психического развития;
2. создание социально-психологических условий для эффективного психического развития ребенка (подростка) в социуме;
3. систематическая психологическая помощь ребенку (подростку) в виде консультирования, психокоррекции, психологической поддержки;
4. систематическая психологическая помощь родителям и родственникам;
5. организация жизнедеятельности ребенка (подростка) в социуме с учетом его психических и физических возможностей.

Определяющее значение в эффективности психологического сопровождения детей и подростков с соматическими заболеваниями имеет конструктивный контакт психолога не только с родителями, но и с педагогами школы, где обучается ребенок и с врачом, который его постоянно наблюдает.

Важным звеном в системе психологической помощи является **психологическая поддержка**, которая осуществляется в двух основных направлениях:

- психологическая поддержка самих детей и подростков;
- психологическая поддержка их родителей и других родственников.

Психологическая поддержка обычно используется как продолжение психологической помощи детям, которые уже прошли курс психологической коррекции.

Основная цель психологической поддержки детей и подростков с соматическими заболеваниями — это стабилизация и поддержание их адаптации в социуме, а также предотвращение рецидива эмоциональных и поведенческих расстройств. Психологическая поддержка должна осуществляться психологом, который оказывал психологическую помощь детям и подросткам на предшествующих этапах. После окончания психокоррекционных занятий дети и подростки с соматическими заболеваниями еще некоторое время могут оставаться под наблюдением психолога, которое осуществляется в форме социально-психологического патронажа. Цели и задачи психологического патронажа зависят от тяжести и формы эмоциональных и поведенческих расстройств, а также от социальных условий, в которых воспитывается ребенок или подросток. Важной задачей является предупреждение эмоциональных и поведенческих срывов. Как отмечалось выше, психосоциальными детерминантами эмоциональных и поведенческих расстройств могут быть изоляция от сверстников в связи с заболеванием, страдание от постоянных болей и изнурительных медицинских процедур, естественное стремление детей и подростков к самоутверждению и самореализации, а также обида на родителей, неудовлетворенность в межличностных контактах со сверстниками и родственниками, личностная незрелость. Психологическая поддержка детей и подростков с соматическими заболеваниями направлена на решение конкретных задач.

1. Поддержание социально-психологического статуса ребенка и подростка в семье, школе, группе и пр.
2. Помощь ребенку и подростку в самореализации, ориентированной на формирование адекватной самооценки и саморегуляции поведения.
3. Помощь ребенку и подростку в осознании и разрешении конфликтных ситуаций и проблем внутримежличностного и межличностного характера.

Следует подчеркнуть, что психологическая поддержка может осуществляться не только профессиональными психологами, но и педагогами,

родителями, родственниками и даже сверстниками ребенка или подростка при тесном контакте с психологом.

Способы психологической поддержки многообразны. Наиболее распространеными являются профилактические беседы с ребенком или подростком. Психолог в процессе направленных бесед с ребенком или подростком в проективной форме должен обратить его внимание на ситуации, события, конкретных людей, которые могут спровоцировать эмоциональный срыв. Например, психолог может задать подростку такой вопрос: «Представь, что твой одноклассник начал неожиданно обзывать тебя, оскорблять, говорить, что ты неудачник, больной и пр. Что можно сделать в такой ситуации, как на нее прореагировать?». В процессе профилактической беседы психолог совместно с ребенком или подростком должен в деталях обсудить выбранную стратегию поведения в предполагаемой ситуации. Для успешного решения этой задачи нужно предварительно выяснить, какие конкретные лица могут спровоцировать негативное поведение у детей (подростков). После этого психолог оценивает отношение ребенка или подростка к трудной ситуации, факторы, которые помогут им предотвратить срыв. Затем предлагаются альтернативные варианты поведения, и оценивается отношение ребенка (подростка) к ним, подчеркивается конструктивность и выгодность избранного варианта поведения. В процессе беседы с детьми и подростками следует избегать формальных и директивных форм общения, навязывая подростку те или иные варианты поведения. Такой способ общения является крайне неэффективным и может негативно отразиться на психологическом контакте с ребенком (подростком). Важным фактором в процессе взаимодействия является позитивная установка ребенка или подростка на общение с психологом, педагогом, врачом или другим специалистом, участвующим в психологической поддержке ребенка и подростка.

Психологическая поддержка необходима не только детям и подросткам с соматическими заболеваниями, но и их родителям, особенно в семьях, где у детей наблюдаются тяжелые формы заболевания, наличие у ребенка эмоциональных, поведенческих расстройств и когнитивных расстройств. Психологическая поддержка родителей — это система мер, направленных на:

1. Снижение эмоционального дискомфорта родителей в связи с заболеваниями детей.
2. Поддержание уверенности родителей в возможностях социально-психологической и психической адаптации детей.

3. Формирование у родителей адекватного отношения к психологическим проблемам детей и к лечебному процессу

4. Сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания.

Переживание семейного стресса, вызванного заболеванием ребенка, по-разному отражается на семейном функционировании. Условно можно выделить несколько этапов семейного стресса в связи с болезнью ребенка: острый (или аффективный), гностический и поведенческий. Длительность каждого этапа зависит от тяжести болезни у ребенка, от особенностей защитных механизмов личности родителей и специфики межличностных отношений в семье.

Аффективный этап, как правило, начинается после того, как родители узнали от врачей о тяжелом заболевании у ребенка. На этом этапе родители и другие родственники часто испытывают чувства безысходности, катастрофы, отчаяния. В их оценке ситуации преобладает аффективный компонент. Смягчение эмоционального напряжения у родителей вполне возможно. В значительной степени оно определяется действиями всех специалистов, особенно врачей, принимающих участие в судьбе ребенка. Врачу следует подробно и доходчиво рассказать родителям о состоянии их ребенка, обратить внимание родителей на необходимость всесторонней целенаправленной медицинской помощи ему. В процессе беседы с родителями специалист должен акцентировать внимание родителей на конкретных планах помощи ребенку в настоящий момент и в ближайшем будущем. При прохождении этого периода, прежде всего, необходима согласованность в действиях родителей и других членов семьи. На этом этапе родители могут использовать различные способы выхода из стрессовой ситуации, которые в значительной степени зависят не только от остроты и аффективной значимости ситуации, но и от особенностей личности самих родителей. Бессознательное стремление избавиться от неприятных эмоциональных состояний, связанных с проблемой ребенка, активизирует действие защитных механизмов. В экспериментально-психологических исследованиях особенностей защитных механизмов было выявлено, что у родителей здоровых детей наблюдались как компенсаторные, так и пассивные защитные механизмы, а у родителей детей с проблемами в развитии (интеллектуальными, эмоционально-волевыми, поведенческими) преобладали деструктивные виды защитных механизмов (реактивные образования, проекция и пр.) [24, 29]. Из пассивных защитных механизмов у родителей детей с тяжелыми соматическими заболеваниями

наиболее часто встречается *отрицание*, что проявляется в уменьшении серьезности возникшей проблемы у ребенка, а иногда полного отрицания ее. Как показывает опыт нашей работы, этот пассивный защитный механизм наблюдается у многих родителей, особенно у отцов. Они нередко отрицают, не принимают наличие существенных проблем у ребенка или стараются уменьшить серьезность возникающей для ребенка угрозы. *Проекция*, как пассивный защитный механизм, проявляется в переносе личностью собственных, чаще негативных, характеристик на других людей. При таком способе психологической защиты родители ищут виновных в болезни ребенка, упрекают врачей, педагогов, прародителей и пр. Такое поведение помогает родителям самоутвердиться, однако этот способ психологической защиты является неконструктивным: нередко он приводит к конфликтам с окружающими и эмоциональному отчуждению от ребенка. *Реактивные образования* (или «формирование реакций») как защитный механизм проявляются в том, что иногда человек может скрывать от самого себя мотив собственного поведения, подавляя его, и сознательно поддерживать мотив противоположного типа. Например, бессознательная неприязнь к болезни ребенка может выражаться в особом внимании к нему и его потребностям. Такие родители могут активно заниматься общественной работой, организовывать различные родительские ассоциации, уделять много времени чтению медицинской литературы, но недостаточно времени уделяют своему больному ребенку, не всегда прислушиваются к мнению врачей, ищут альтернативные методы лечения (знахари, экстрасенсы и пр.). *Рационализация* — защитный механизм, который заключается в разумном оправдании любого поступка. Данный защитный механизм чаще проявляются у отцов, которые уходят в работу и мало интересуются конкретными проблемами больного ребенка. Особенности защитных механизмов проявляются в спонтанных высказываниях родителей. Например, в беседе с психологом мать мальчика с бронхиальной астмой утверждает, что «нужно максимально помочь ребенку, лечить его, заниматься с ним», в то время как отец фокусируется на другом: «Мой ребенок инвалид, что с ним будет дальше? Что я скажу своим знакомым, друзьям, родителям?». Если у матери прослеживается четкая конструктивная позиция в данной ситуации (желание помочь ребенку), то у отца — деструктивная, характеризующаяся излишней эмоциональной фиксацией на проблеме. Анализ особенностей психологических защит каждого из родственников, выделение конструктивного лидера семьи и привлечение его к работе с ребенком являются определяющими

задачами в процессе работы психолога с ребенком (подростком) и родителями.

На *гностическом этапе* семейного стресса происходит вторичная оценка родителями проблемы ребенка и выработка альтернативных возможностей для ее решения. Параллельно с этим осуществляется оценка собственных возможностей родителей и возможностей поддержки окружающих (родственников, друзей, специалистов и пр.). Именно в этот период у родителей, как правило, формируется чувство вины. Родители склонны обвинять себя и других членов семьи в развитии проблемы у ребенка. Нередко чувство вины может сочетаться со скрытыми агрессивными реакциями по отношению друг к другу или к самому ребенку. На данном этапе психолог должен очень внимательно отнестись к вопросам родителей, в доступной форме рассказать им об особенностях личностных и поведенческих проблем ребенка в связи с тяжелой болезнью. Нередко, сами врачи пытаются решать проблемы родителей, успокаивать их, доказывать, что никто не виноват и пр. Однако такие беседы не всегда имеют положительное значение. Следует помнить, что не только болезнь, но и развитие ребенка является значимым фактором в его адаптации, и поддерживающая роль психолога на данном этапе высоко значима для родителей.

Поведенческий этап начинается тогда, когда у родителей уже сформирована четкая позиция по отношению к проблеме ребенка, и эта позиция проявляется на поведенческом уровне. Родители определяют для себя стратегические и тактические задачи помощи ребенку. Процесс реализации психологической поддержки родителей длителен и требует обязательного комплексного подхода, что предусматривает участие не только специалиста-психолога, но и врача, социального педагога. Однако главная роль в этом процессе, безусловно, принадлежит психологу. Психолог разрабатывает конкретные мероприятия, направленные на психологическую поддержку родителей, в зависимости от имеющихся проблем, особенностей семейного воспитания и внутрисемейного взаимодействия. Опыт нашей работы показывает высокую эффективность организации родительских сообществ, направленных на взаимную поддержку, обмен информацией, организацию совместного досуга с тяжело больным ребенком и пр. Психологическая поддержка родителей осуществляется не только в форме организации их взаимодействия с родителями со сходными проблемами, но и в форме индивидуальных психотерапевтических бесед с психологом о трудностях семьи, семейных взаимоотношениях. В процессе психотерапевтической

работы с семьей психолог помогает родителям разрешать межличностные конфликты, связанные с проблемами воспитания ребенка. Следует отметить, что главным направлением психотерапевтической работы психолога с семьей ребенка (подростка) является активное включение родителей в медико-социальную реабилитацию ребенка, основанную на объективном, реалистическом подходе к перспективам дальнейшего его психического и физического развития.

Мы рассмотрели основные блоки психологической помощи детям с соматическими заболеваниями. Однако психологическая помощь не ограничивается только этими формами. Важное значение имеет психологическая диагностика и прогнозистика детей и подростков с тяжелыми соматическими заболеваниями. Любое психологическое воздействие, а именно: консультирование, психологическая коррекция, психологическое сопровождение или поддержка детей и подростков с соматическими заболеваниями требует обязательного участия семьи ребенка в целом. Только при таком системном подходе возможны позитивные результаты психологического вмешательства. Эффективность психологической помощи зависит как от профессионального уровня психолога, так и от уровня психологических знаний педагогов, врачей и других специалистов, окружающих детей и подростков с соматическими заболеваниями. Только в процессе тесного профессионального сотрудничества возможно добиться успехов в адаптации и гармонизации личности с тяжелыми соматическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арина Г.А. Теоретическая модель ВКБ // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека. – М., 1989. – С 96–97.
2. Арина Г.А. Особенности становления ВКБ в детском возрасте // Психосоматика: Телесность и культура / Под ред. Николаевой В.В. – М.: Академический проект, 2009. – С. 162–175.
3. Березин Б.Ф. Психическая и психофизиологическая адаптация. М.: Наука, 1983. – 267 с.
4. Вахрушева И.А. Психологические особенности восприятия болезни и боли детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Дипломная работа. – СПб., 1999. – 65 с.
5. Вахрушева И.А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Канд. дис. – СПб., 2004. – 128 с.
6. Вюрбергер А.А. Защитные механизмы и копинг стратегии у детей с двигательными нарушениями и их родителей. Канд. дисс. – СПб., 2008. – 165 с.
7. Ефимов Ю.А. О предрасположенности к психосоматическим заболеваниям у детей // Неврозы у детей и подростков. – М., 1986. – С. 51–52.
8. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. – Л.: Медицина, 1988. – 246 с.
9. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб., 1996. – 455 с.
10. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
11. Калашников Б.С. Роль биологических и психологических факторов в патогенезе психических нарушений у детей, больных нейродермитом и посириазом // Неврозы у детей и подростков. – М., 1986. – С. 79–80.
12. Ковалев В.В. Сомато-психические расстройства в детском возрасте // Нервно-психические расстройства в школьном возрасте. – София, 1976. – С. 64–66.
13. Курганова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями. Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2004. – 24 с.
14. Лебединская К.С. К проблеме этиологической и патогенетической классификации задержки психического развития // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1982. – Вып. 3. – С. 44–47.
15. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М., 1985. – 168 с.
16. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – М., 1983. – 255 с.
17. Мамайчук И.И., Лапкин Ю.М., Лихачева Е.М. Некоторые особенности личности больных с ревматоидным артритом // Ж. Ревматология. – 1986. – № 4. – С. 25–32.
18. Мамайчук И.И. Психологические аспекты здоровья ребенка // Психологические и этические проблемы детства. – СПб., 1993. – С. 5–13.
19. Мамайчук И.И., Соловьева Е.Ю. Механизмы психологической защиты детей с бронхиальной астмой // Тезисы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-99». – СПбГУ, 1999. – С. 320–321.
20. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 162 с.
21. Мамайчук И.И. Психологическое консультирование детей и подростков с соматическими заболеваниями. Клиническая психология и психофизиология. Учебное пособие. – СПб.: Элби, 2003. – С. 199–215.
22. Мамайчук И.И., Вахрушева И.А. Внутренняя картина болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Актуальные проблемы кли-

- нической психологии и психофизиологии. – СПб., 2004. – С. 40–42.
23. Мамайчук И.И. Внутренняя картина здоровья подростков. Психология здоровья. Учебное пособие под ред. Г.С. Никифорова (гл. 4, С 116–141). – СПб.: Речь, 2008.
24. Мамайчук И.И., Вюрбергер А.А. Учет защитных механизмов личности родителей детей с двигательными нарушениями в процессе психологической помощи // Вестник СПбГУ. – 2009. – Серия 12. – С. 354–363.
25. Милейко М.В. Динамика образа-Я у детей с хронической гастродуodenальной патологией в процессе медицинской и психологической реабилитации. Дисс... канд. – 2008. – 143 с.
26. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987. – 168 с.
27. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПБ.: Речь, 2010. – 352 с.
28. Поппе Г.К., Броуде Л.Б. Внутренняя картина болезни у детей с бронхиальной астмой // Психосоматические и соматические расстройства у детей. – Л., 1990. – С. 49–55.
29. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. – Мытищи: Талант, 1996. – 144 с.
30. Руслякова Е.Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психологической коррекции. Дисс...к.п.н.. – СПб., 2004. – 264 с.
31. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционально-го стресса // Механизмы пазвития стресса. – Кишинев, 1987. – С. 52–79.
32. Селье Г. На уровне целого организма. – М.: Наука, 1972. – 72 с.
33. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжело-больного ребенка. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
34. Rogers C. Client-Centered Therapy. – Boston: Houghton Mifflin., 1951. – 328 p.
35. Nagera H. Children's reaction to hospitalization and illness // Child Psychiatry and Human Development. – 1978. – N. 1. – P 3–9.

PSYCHOLOGICAL HELP FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SOMATIC DISEASES

Mamaychuk I.I.

◆ **Resume.** The focus of the article is the features of internal picture of the disease and personal development of children and adolescents with somatic diseases. The article reveals methodological approaches and the specifics of the psychological help for the children and adolescents with somatic diseases and their families. The features of psychological counseling, psychological correction, psychological maintenance and psychological support for the children with diseases and their families pointed out.

◆ **Key words:** premorbid personality radicals; anxiety; fears; stressful situations; family psychological climate; family upbringing styles; structure of psychological help; dynamics of psycho correctional process; psychological correction technologies.

◆ Информация об авторе

Мамайчук Ирина Ивановна – д-р психол. наук, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, факультет психологии СПбГУ. Санкт-Петербургский государственный университет. 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6. E-mail: mauki@mail.ru.

Mamaychuk Irina Ivanovna – Dr.Psych. Sci. Professor. Department of Medical Psychology and Psychophysiology. Saint-Petersburg State University. 6, Makarova naberezhnaya., St. Petersburg, 199034, Russia. E-mail: mauki@mail.ru.