

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Работа представлена кафедрой клинической психологии.
Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор А. Н. Алехин*

Психическое расстройство у ребенка и госпитализация его в психиатрический стационар являются источником тяжелых переживаний у родителей. Работа психолога с такими родителями должна быть ориентирована на повышение их адаптации к болезни ребенка с целью сохранения психологического благополучия родителей и создания оптимальной обстановки в семье для восстановления и развития ребенка.

Ключевые слова: адаптация, психические расстройства, психологическое сопровождение, госпитализация, прогноз заболевания.

Children's mental disorders and hospitalisation to psychiatric hospital used to be hard experience for parents. A psychologist's work should be orientated to rising family adaptation to a child's illness. The aim of this activity is preservation of parents' health and creating the best environment for a child's recovery and development.

Key words: adaptation, mental disorders, psychological support, hospitalisation, prognosis for a disease.

Болезненные нарушения психического состояния, отклонения в поведении ребенка, безусловно, являются психотравмирующей ситуацией для его родителей. В литературе описываются тяжелые переживания родителей, воспитывающих ребенка с отклонениями в психическом развитии (Н. Ф. Деменьева, 1996; А. К. Осипова, 1998; Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л. А. Нисневич, 2000; Л. М. Шипицина, 2005; и др.). Нередко родители заболевших детей подолгу психологизируют болезненные проявления, откладывая обращение к специалисту, что лишь отодвигает сроки

диагностики и квалифицированного медицинского вмешательства.

Целью нашей работы стало выявление микросоциальных факторов, препятствующих успешному лечебно-реабилитационному процессу, и разработка методов повышения психологической компетентности семьи психически больного ребенка в интересах ее адаптации к заболеванию.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Анамнестическое и клинико-психологическое исследование особенностей микросоциальных факторов, ха-

рактерных для детей с данными психическими расстройствами.

2. Исследование и анализ установок родителей в отношении психического расстройства их ребенка при поступлении в стационар.

3. Клинико-психологическое и экспериментальное исследование детей с умственной отсталостью, психотическими, поведенческими и невротическими расстройствами.

4. На основании данных, получаемых в ходе исследования микросоциальных особенностей психически больных детей и особенностей родительского отношения к их болезни и лечению, определение принципов психотерапевтической помощи этим семьям.

Нами было обследовано 190 человек: 95 родителей и 95 детей (43 мальчика и 52 девочки). Дети на момент исследования проходили обследование и лечение в стационарных отделениях ЦВЛ «Детская психиатрия».

По нозологическим формам заболевания детей распределялись следующим образом:

- нарушения поведения, преимущественно психопатоподобного характера, сочетанные с резидуально-органической патологией, – 67%;
- умственная отсталость легкой степени – 13%;
- психозы различной этиологии – 7%;
- невротические расстройства (преимущественно сочетанные с резидуально-органической патологией) – 13%.

Сопровождение семьи должно начинаться, как правило, с самого момента поступления ребенка в больницу. В нашем исследовании выявлено, что, даже соглашаясь на госпитализацию и лечение в психиатрическом стационаре, родители крайне негативно относятся к медикаментозному лечению, предпочитая ему психопросвещение, психотерапию с ребенком и

педагогическую коррекцию. Семейная психотерапия также оказалась отвергаемым видом воздействия: ее хотели бы получить лишь 21% всех родителей, несмотря на то что 64% обследованных семей можно охарактеризовать как негармоничные. Родители стремятся снять с себя ответственность за лечение ребенка, устранившись из лечебно-реабилитационного процесса.

Важным предметом для работы психолога с родителями в стационаре является реакция родителей на диагноз ребенка. Многие родители затруднялись дать четкую оценку своим чувствам, чаще всего описывая сложный комплекс переживаний. Самой распространенной реакцией у родителей в нашем исследовании стала растерянность (36%). Родители отмечают, что не были готовы к восприятию информации о болезни ребенка. Серьезным фрустрирующим фактором для них явилось отсутствие развернутой информации о данном расстройстве: его прогнозе, течении, возможных социальных последствиях и т. д. Почти треть родителей, даже узнав диагноз, продолжали считать его врачебной ошибкой, не верили в правильность диагноза. Такое отношение не могло не сказываться на качестве соблюдения врачебных рекомендаций.

Наиболее серьезную группу в плане психологического сопровождения представляли родители, которые сразу определяли ситуацию как безнадежную (7%). Такое отношение к заболеванию ребенка проявлялось отрицанием эффективности лечебных и коррекционных воздействий. Причем фоном для этого переживания становились депрессивные реакции: родители жаловались на апатию, сниженное настроение, ощущение бесполезности своей жизни.

Объективное состояние психически больного ребенка и его изменение в

процессе лечения – важнейший фактор, связанный как с феноменологией расстройства, так и с качеством выполнения родителями врачебных рекомендаций. В ходе факторного анализа было выявлено, что в целом по выборке объективное состояние ребенка является относительно независимым фактором, в какой-то степени связанным лишь с порядком рождения – у детей, рожденных от первой беременности, состояние достоверно лучше при любой нозологической форме психического расстройства. В то же время было выявлено, что структура взаимосвязей состояния детей и родительских установок по отношению к их болезни и лечению значительно различается в зависимости от формы психического расстройства у ребенка.

При анализе ответов родителей детей с психозами была выявлена отрицательная взаимосвязь показателя динамики состояния ребенка с порядковым номером госпитализации ($p < 0,01$), положительная – с уровнем интеллекта ребенка ($p < 0,01$). Данная тенденция объясняется преимущественно феноменологией расстройства. Впервые выявленное психотическое расстройство, протекавшее непродолжительное время, с сохранностью когнитивных функций, безусловно, более курабельно. Кроме этого, эффективность лечения связана сильной негативной связью с порядковым номером беременности и родов: чем больше беременностей было у матери до рождения данного ребенка, тем меньше эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Также выявлено, что положительная динамика психотического расстройства лучше в семьях, где ребенка не отвергают ($p < 0,05$), где есть выраженная симбиотическая связь между матерью и ребенком ($p < 0,01$), где прочие члены семьи толерантно относятся к его болезненным проявлениям ($p < 0,01$), где

родители менее жестко контролируют активность ребенка ($p < 0,01$).

В семьях детей с невротическими расстройствами динамика заболевания прослеживалась ярче в случаях, когда ребенок поступал в более тяжелом состоянии ($p < 0,05$). Результаты лечения лучше в семьях, где родители обладают более высокими коммуникативными способностями ($p < 0,05$).

У детей, поступивших в стационар с декомпенсацией при умственной отсталости, улучшение состояния ребенка связано обратной связью с отношением родителей к госпитализации ($p < 0,01$), а также оценкой родителей уровня коммуникативности ребенка ($p < 0,01$) и его способности контролировать свое поведение ($p < 0,05$). Таким образом, чем хуже изначально были коммуникативные навыки ребенка, чем хуже была развита его способность контролировать свое поведение, чем больше родители настаивают на амбулаторном лечении ребенка с легкой умственной отсталостью, тем лучше прогноз состояния. Возможно, это связано с тем, что у ребенка появляется шанс развить дефицитные способности в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий. Стремление же родителей проводить лечение амбулаторно может говорить о толерантности семьи к особенностям ребенка.

У детей с поведенческими расстройствами изменение состояния ребенка в процессе лечения связано обратной взаимосвязью с отношением семьи к болезни ребенка ($p < 0,05$) и с состоянием ребенка до госпитализации ($p < 0,01$). Таким образом, чем в худшем психическом состоянии ребенок попал в больницу, тем ярче проявляется положительная динамика. Прогноз состояния у детей с нарушениями поведения оказался лучше в случаях, когда семья с большей напряженностью относится к

заболеванию. У девочек с поведенческими расстройствами динамика состояния в процессе лечения связана еще и с возрастом: чем младше девочка, госпитализированная в связи с поведенческими нарушениями, тем больше шансов на улучшение ее состояния ($p < 0,01$).

Проанализировав полученные данные, задачи психологического сопровождения семьи психически больного ребенка в условиях психиатрического стационара можно сформулировать следующим образом:

1. Помощь родителям в принятии факта болезни ребенка.
2. Формирование доверия к лечебно-реабилитационным мероприятиям.
3. Перевод родителей в активную позицию (родители должны начать сами активно действовать и принимать решения в отношении своего ребенка, разделять ответственность с органами социального обеспечения).
4. Преодоление психосоциального стресса у близких ребенка, оптимизация их эмоционального состояния: преодоление тревоги, чувства вины, депрессии,

профилактика возможных психосоматических заболеваний.

5. Влияние на создание благоприятного психологического климата в семье, оказание психотерапевтической помощи членам семьи.

6. Преодоление нигилизма, равнодушия и апатии по отношению к будущему ребенка, формирование установки на максимально возможный уровень его обучения и профессионального образования, адекватный способностям ребенка.

7. Выработка всеми членами семьи единых, адекватных принципов лечения, воспитания и обучения.

8. Предупреждение частых повторных госпитализаций у ребенка.

В случае реализации этих задач возможно решение проблемы формирования у родителей адекватного психологического отношения к вновь складывающимся обстоятельствам жизни, что будет способствовать сохранению здоровья всех членов семьи, повышению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.