

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕМЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ ОЖОГОВУЮ ТРАВМУ РЕБЕНКА

УДК 616.89, 316.356.2

Первичко Е.И., Довбыш Д.В.

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, факультет психологии.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF FAMILIES BRINGING UP CHILDREN WITH BURN INJURIES

Pervichko E.I., Dovbysh D.V.

Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology.

Введение

В настоящее время проблема детского травматизма и тяжелых детских заболеваний является чрезвычайно актуальной как для России, так и для всего мира. По данным ВОЗ, на 2004 год детский травматизм является основной причиной детской смертности и инвалидизации [1]. В числе причин смерти детей в возрасте от 1 года до 9 лет ожоги занимают одиннадцатое место. Они же оцениваются как пятая по частоте встречаемости причина несмертельных детских травм [2]. Тяжесть ожога определяется в зависимости от поврежденной поверхности тела, глубины повреждения, возраста, сочетанных травм или заболеваний, а также от местоположения ожога [3, 4]. По большей части ожоги у маленьких детей возникают в результате ожогов кипятком, тогда как у детей постарше и подростков они чаще вызваны огнем. Основную опасность представляет ненадлежащее наблюдение взрослых за детьми, а также плохое обращение с ребенком [1]. Обзор исследований о последствиях ожоговой травмы у детей показывает, что от 25% до 30% дошкольников и младших школьников испытывают значительный уровень стресса на начальных этапах лечения, а 3% младших школьников и 14% подростков имеют депрессивную симптоматику спустя 9 лет после трагического события [5].

Уровень современной медицины позволяет достичь высоких показателей выживаемости при тяжелых травмах ребенка и при наличии тяжелой ожоговой болезни¹. Но даже в случае самого благоприятного варианта течения заболевания возникает острая необходимость в психологической реабилитации как самого ребенка, так и членов его семьи.

Ситуация ожога ребенка требует особого внимания специалистов-психологов в силу наличия у ожоговой травмы таких особенностей, как внезапность возникновения, а также эмоционально и физически тяжелый опыт горения; болевой опыт, получаемый и в процессе горения, и при лечении; необходимость длительного стационарного и амбулаторного лечения, которое порой растягивается на несколько лет и требует постоянной включенности в ситуацию болезни и лечения как самого ребенка, так и всех членов семьи; возникновение значительного дефекта внешности, который часто не удается исправить даже после многочисленных восстановительных операций (54% ожоговых травм у детей приходится именно на лицо, кисти рук или шею) [6]; переживание родителями острого чувства вины за случившееся с ребенком и дополнительная трансляция этой виновности со стороны социума.

Цель данной статьи

Обосновать необходимость организации системы психологической реабилитации, адресованной не только детям с ожоговой травмой, но и членам их семей, и определить основные задачи психолога в работе с семьями детей с ожогами на этапе стационарного лечения ребенка

В наших исследованиях в качестве цели психологической реабилитации рассматривается «создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, хотя и ограниченных условиях <...> Процесс реабилитации понимается при этом как системная деятельность, направленная на восстановление личностного и

¹ В современной медицинской литературе ожог определяется как повреждение тканей организма, возникающее в результате местного действия высокой температуры, а также химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения [по: 3]. Ожоги могут различаться локализацией, характером воздействующего фактора, глубиной поражения, площадью поражения. Ожоговая болезнь определяется как совокупность клинических симптомов, общих реакций организма и нарушения функций внутренних органов при термических повреждениях кожи и подлежащих тканей [по: 3]. Основным фактором, который определяет степень тяжести и особенности течения ожоговой болезни, является площадь глубоких ожогов. Развитие подобного состояния у взрослых наступает при поражении 15-25% поверхности тела (при поверхностных ожогах), у детей глубокие поражения даже 5% поверхности тела могут быть летальными [2, 3].

социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность больного лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, а также создание психологически обоснованных условий для развития личности в условиях болезни, с учетом имеющихся ограничений» [7, с. 39].

М.М. Кабанов, автор одного из первых отечественных трудов по проблеме реабилитации, в своих работах подчеркивал необходимость комплексного подхода к реабилитации больных и обязательность использования так называемой «семейной психотерапии», понимая под этим поддержку, которую родственники могут оказать больному в процессе его лечения и реабилитации [8]. В основу данных идей исходно были положены представления о том, что вся семья пациента должна рассматриваться как «больное сообщество» [8]. Однако в рамках подхода М.М. Кабанова, к сожалению, практически не обсуждается, что в случае наличия тяжело больного в семье профессиональная психологическая помощь может потребоваться не только самому пациенту, но и членам его семьи.

Ситуация ожоговой травмы является травматичной не только для самого ребенка, но и для его близких. Так, среди родителей детей с ожогами в течение первых четырех недель после травмы отмечаются высокий уровень симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (статистические данные разнятся – от 18,8% до 50%) а также симптомов депрессии и тревоги [9, 10], что позволяет сделать вывод о крайне высокой эмоциональной значимости произошедшего для них. Необходимо отметить, что всегда следует учитывать факт длительного пребывания матери в стационаре совместно с ребенком во время его лечения. Помимо большого количества положительных моментов, эта ситуация ставит перед родителями ряд проблем: необходимость участвовать в большом количестве медицинских процедур, болезненных для ребенка; длительная изоляция от социального окружения и поддержки близких; отсутствие комфортных условий для отдыха; постоянная включенность в ситуацию физического и психического страдания не только своего ребенка, но и соседей по палате.

Все это не только препятствует адекватной переработке родителями переживаний, возникающих по поводу болезни ребенка, но и само по себе является мощным источником негативного эмоционального опыта. Это делает членов семей тяжело больных детей нуждающимися в получении психологической помощи.

Теоретическое обоснование необходимости психологической реабилитации семей, переживших ожоговую травму ребенка

Анализ существующих в России и за рубежом реабилитационных программ в клинике детской ожоговой травмы показывает, что основные варианты подобных программ – лагеря, выездные и проводимые в стационарах психологические тренинги, посещения развлекательных мероприятий и праздников и т.п. – адресованы исключительно детям. Как правило, подобные программы разрабатываются без учета теоретических представлений об изменениях личности ребенка и членов его семьи в условиях болезни,

что не позволяет в полном объеме достигать основных целей психологической реабилитации.

Одним из наиболее удачных примеров программ психологической реабилитации, нацеленных на работу не только с больными детьми, но и с членами их семей, является так называемая «Model of Pediatric Medical Traumatic Stress» (PMTS) – модель медицинского педиатрического травматического стресса (МПТС). Следует признать, что в настоящее время это, фактически, единственный подход, призывающий при построении реабилитационных программ в педиатрии учитывать не только детский травматический опыт во всем его многообразии, но и переживания родителей [11].

В этих работах ставится задача оценки психологических и физиологических реакций детей и их семей на боль, травму, наличие серьезного заболевания, медицинские процедуры и инвазивное и/или пугающее лечение [12]. В рамках указанного подхода получено большое количество данных наблюдений за семьями, воспитывающими больных детей, на разных этапах оказания медицинской и психологической помощи [11, 13]. В результате были выделены общие паттерны реагирования семей на болезнь (или травму) ребенка и все происходящее с ним в процессе лечения и восстановления; описана интенсивность эмоциональных реакций всех членов семьи на разных стадиях болезни и выздоровления ребенка.

В рамках данного подхода травматический опыт семьи описывается с помощью трех основных стадий: 1 стадия – predispositional; 2 – стадия острых реакций; 3 стадия – отсроченных реакций. Авторы подчеркивают, что длительность этих стадий может быть различной в зависимости от тяжести заболевания и темпов выздоровления [11].

Рассмотрим выделенные стадии более подробно.

1. Первая стадия – predispositional – описывает жизнь семьи до заболевания ребенка (в нашем случае – до получения ребенком ожога) и саму ситуацию травматизации.

Говоря об этой стадии, исследователи выделяют и учитывают в качестве прогностически значимых различные параметры самого события, такие, как объективная тяжесть состояния ребенка в момент получения травмы, наличие угрозы жизни и предполагаемая тяжесть последующего лечения, прогнозы врачей, а также субъективная значимость события для всех членов семьи. Кроме того, анализу подлежат основные индивидуально-типологические и личностные особенности ребенка и его близких, а также характеристики семейной системы, существовавшие до травмирующего события, делающие ребенка и его родителей более уязвимыми (или, напротив, более стрессоустойчивыми) в ситуации травмы.

Факторами, предсказывающими появление эмоциональных нарушений у родителей травмированных детей на этой стадии, по данным литературы, являются: молодой возраст родителей, женский пол родителя, наличие богатой травматическими событиями истории жизни хотя бы у одного из членов семьи, низкий уровень социальной поддержки, получение ожога в домашних условиях, выраженность косметического дефекта у ребенка [9, 14, 15].

Для детей такими факторами будут: наличие в анамнезе расстройств поведения и/или внимания, удаленность от биологических родителей (родителя),

низкий уровень образования родителей [16, 17]. Особенности семейной системы и тип привязанности² также описываются как прогностически высоко значимые для определения возможности возникновения патологических эмоциональных реакций [19].

Кроме того, важную роль в формировании эмоционального отклика семьи на болезнь ребенка будут играть и характеристики самого травмирующего события. Однако, согласно опубликованным данным, более значимую роль в развитии патологических стратегий регуляции эмоций и последующих нарушений адаптации у родителей и детей играет субъективное восприятие ситуации, в которой травма была получена, а не ее объективные параметры [14].

Обращает на себя внимание отсутствие корреляции между тяжестью полученной ребенком травмы и тяжестью родительских переживаний при госпитализации, а также между тяжестью полученной травмы и наличием симптомов острого или хронического стрессового расстройства как у мам, так и у детей в будущем [20]. Для того, чтобы стать действительно травмирующим, событие при его воздействии должно вызывать чувства угрозы жизни, страха, беспомощности [21].

2. Вторая стадия получила название стадии острых реакций.

Она начинается с момента госпитализации ребенка. На протяжении всего времени пребывания в клинике семья находится вне привычного социального окружения, вынуждена перестраивать свои правила, привычки и распорядок дня в соответствии с больничным режимом и нуждами ребенка. Значительное количество находящихся в стационаре детей и их родителей демонстрируют развертывание острых посттравматических стрессовых реакций [22, 23]. На этой стадии формируется приверженность лечению. Угрозу формированию адекватного комплаенса³ представляют негативные эмоциональные реакции, вызванные болезненными процедурами, неприятными формальностями пребывания в клинике [11]. Большинство зарубежных исследований демонстрирует, что именно стадия острых реакций лучше всего подходит для диагностики различных параметров функционирования семейной системы, которые в будущем, на стадии отсроченных реакций, будут связаны с развитием эмоциональных нарушений у членов семьи [12].

Из такого понимания второй стадии МПТС вытекают и основные задачи работы психологов на данной стадии: выделение групп риска развития эмоциональных нарушений (из числа детей и их родителей) и оказание им психологической помощи, с целью предотвращения возникновения аффективных и тревожных расстройств в будущем.

3. Третья стадия – стадия отсроченных реакций – включает пролонгированные и отсроченные реакции на травматическое событие.

На данном этапе семья выписывается из медицинского учреждения и отправляется домой. Именно в это время остро встает вопрос о необходимости изменения постоянного уклада жизни не только на момент лечения, но, возможно, и на всю оставшуюся жизнь. Родители и дети остаются без помощи и поддержки медицинского персонала. И хотя физическое состояние ребенка обычно оказывается более функциональным, чем на начальных этапах лечения, семья в этот момент может испытывать больший эмоциональный дистресс [11].

Результаты наблюдений и работы с семьями на данном этапе позволяют утверждать, что разработка и внедрение программ психологической реабилитации детей и их родителей после выписки из стационара является специальной и сложной задачей, требующей как большой теоретической проработки, так и привлечения значительных административных и организационных ресурсов. В рамках данной статьи эта тема не может быть освещена подробно. В фокусе нашего внимания в настоящей публикации – обоснованное выделение задач, которые должны решаться психологами на этапе стационарного лечения.

Несмотря на несомненную ценность модели медицинского травматического стресса для работы психолога в клинике, ее интуитивную понятность и ясность основных мишеней психотерапевтической работы, отсутствие в этой модели разработанных теоретических представлений о процессе реабилитации и общем направлении работы делают модель МПТС недостаточно эффективной.

Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что в отечественной психологии существуют разработанные теоретические конструкты, которые могут быть использованы при определении основных задач подобных реабилитационных программ и, на этой основе, – при разработке конкретных стратегий оказания психологической помощи детям и их близким, а также формулировке рекомендаций врачам и медицинскому персоналу по выработке оптимальных стратегий взаимодействия с больными детьми и их родителями.

Первым в числе подобных теоретических конструктов должен быть назван конструкт «социальная ситуация развития» (ССР). Л.С. Выготский вводит эту категорию для обозначения специфической для каждого возрастного периода системы отношений человека к социальной действительности, отраженной в его переживаниях и реализуемой им в совместной деятельности с другими людьми [26]. В многочисленных исследованиях показано, что ССР, во всей совокупности ее характеристик, определяет ближайшее развитие больного ребенка [27, 28]. При длительном пребывании в клинике ССР ребенка резко изменяется в связи с появившимися ограничениями.

Так, для дошкольников наиболее болезненным может оказаться невозможность осуществления в полном объеме или искажение игровой деятельности. Специфика

²Под привязанностью понимают характер связи между ребенком и матерью (или другим воспитателем), складывающейся к концу первого года жизни [18]. В классических исследованиях Дж. Боулби были выделены безопасный (надежный), амбивалентно-тревожный и избегающий типы привязанности [18].

³Термин «комплаенс» был предложен в 1979 году Р.Б. Хайенсом и определен им как степень соответствия поведения человека (в аспектах приема лекарств, соблюдения диеты, смены образа жизни) рекомендациям врача [24, 25]. В современной литературе термин «комплаенс» встречается все реже из-за признания за пациентом права не выполнять все указаниям врача безусловно. На смену ему приходит термин «приверженность лечению», который отражает большую субъективную активность пациента в выборе стратегии лечения [25].

игры больного ребенка во многом будет определяться физическими ограничениями: необходимостью долгих и болезненных медицинских процедур, общим недомоганием, быстрой утомляемостью, ограниченным пространством больничных палат. Меняется и содержание игры: в ситуации госпитализации игра часто строится вокруг медицинских манипуляций и действий. При анализе игры детей с ожогами необходимо учитывать наличие у них травматического опыта: в этом случае игра может приобретать форму «отыгрывания» этого опыта.

Для школьников изменение ССР будет связано с невозможностью реализации познавательной потребности (длительное пребывание в больнице связано со снижением учебной мотивации; болезнь часто сопровождается невозможностью посещать школу), а также трудностями в реализации общения – ведущей деятельности подросткового возраста: ребенок, не посещающий школу по болезни, оказывается лишенным возможности общаться со школьными товарищами. Ситуация длительной госпитализации приводит к тому, что реальное общение, фактически, сводится к общению только с другими пациентами, имеющими сходный эмоциональный и болевой опыт. Общение же со здоровыми сверстниками, важное для адекватной последующей социализации, очень часто может быть реализовано только через интернет. Единственным Значимым Другим и основным источником контакта с внешним миром для ребенка в такой ситуации становится родитель.

Таким образом, невозможность реализации деятельности, которая наиболее важна для психического развития и психологического благополучия ребенка на том или ином возрастном этапе, будет по-разному искажать его ССР. Это необходимо учитывать при разработке программ психологической помощи больным детям. Однако ССР резко изменяется не только для заболевшего ребенка. В большинстве случаев в современной системе здравоохранения дети госпитализируются вместе с матерью или отцом. В этом случае сопровождающий ребенка родитель также оказывается лишенным возможности работать и реализовывать другие свои потребности полным объемом, что с теоретических позиций аргументирует необходимость психологической помощи им.

Другим важным теоретическим конструктом, связанным с болезнью ребенка и определяющим его психологическое благополучие, является конструкт внутренней картины болезни (ВКБ). ВКБ – комплекс ощущений, переживаний и представлений человека, связанных с его заболеванием, формирующийся у заболевшего человека образ болезни, на основе которого он строит свое поведение, направленное на преодоление заболевания или приспособление к нему [29]. Большинство исследователей сегодня сходятся во мнении, что именно адекватная ВКБ ребенка, а также родительские представления о болезни ребенка во многом являются залогом успешности переработки ребенком специфичного негативного эмоционального и болевого опыта, полученного при травматизации и в процессе лечения, успешной адаптации после выписки из клиники, а также высокого уровня приверженности лечению. В контексте создания комплексной модели реабилитации семьей, переживших тяжелую болезнь ребенка, представляет высокую значимость тот факт, что адекватность ВКБ ребенка определяется не только спецификой его заболевания, организации процесса лечения и лич-

ностными особенностями каждого ребенка, но также и представлениями родителей [30, 31, 32].

Ожог всегда предполагает наличие яркого болевого опыта, как при получении травмы, так и в процессе лечения. При этом именно родитель выполняет роль внешнего организатора, который определяет и задает контекст того, как ребенок воспринимает и переживает произошедшее. Одним из вариантов формирования искаженной ВКБ ребенка может стать ситуация, в которой восстановление и поддержание здоровья ребенка после перенесенной травмы становится основной жизненной целью родителей. Очевидно, что в этом случае многие ощущения ребенка в процессе лечения, даже относительно нейтральные, будут оцениваться родителями как болезненные. Это с неизбежностью будет транслироваться ребенку. Часто подобные установки родителей связаны с гиперпекающим стилем воспитания, искажающим и без того сложную ССР ребенка. В таком случае высокочастотное формирование у ребенка ВКБ по типу фиксации на болезни [31].

Возможна и обратная ситуация: при преобладании у родителей таких механизмов психологической защиты, как отрицание и вытеснение, возникает игнорирование особого опыта и ощущений ребенка, а в наиболее грубых случаях – даже игнорирование самого факта его болезни. Это может привести в дальнейшем к тому, что не только родителями, но и самим ребенком его состояние не будет оцениваться как болезнь [31]. В таком случае можно говорить о формировании редуцированной ВКБ: представления ребенка о своих физических возможностях и ограничениях не будут соответствовать действительности: тяжесть заболевания будет недооценена, а свои физические возможности переоценены. Наличие редуцированной ВКБ может представлять непосредственную угрозу здоровью и жизни ребенка: в этом случае пациенты, как правило, становятся крайне низко приверженными лечению и не выполняют медицинские рекомендации в полном объеме. Кроме того, в случае наличия редуцированной ВКБ могут не соответствовать реальности и представления ребенка о собственной внешности, возможном дефекте внешности. В таком случае встреча с социумом (например, возвращение в школу, детский сад) может стать еще одним травмирующим событием.

Чем старше становится ребенок, тем сильнее на формирование ВКБ, помимо представлений родителей о болезни, начинают влиять социальные установки и представления о здоровье/болезни, существующие в референтной группе. Так, при господствующем негативном отношении к больным людям, людям с ограниченными физическими возможностями и/или косметическим дефектом со стороны референтной группы, возможно возникновение у детей и подростков с ожогами искаженных вариантов ВКБ и, учитывая повышенную эмоциональную чувствительность подростков, – формирование заниженной самооценки, нарастание изоляции от общества, появление негативных представлений о будущем.

Таким образом, именно особенности ВКБ во многом определяют приверженность лечению и комплаентность пациентов. Так, наличие редуцированной, бедной ВКБ препятствует формированию деятельности, направленной на выздоровление и лечение. Игнорирование факта заболевания или недооценка

тяжести травмы, как правило, связаны с несоблюдением рекомендаций врача, нарушением схемы приема препаратов и больничного режима. Особенно остро это проявляется после выписки из стационара. ВКБ по типу фиксации на болезни, напротив, может приводить к формированию сверхценностного отношения к здоровью (вплоть до ипохондрических фиксаций) и сверхкомплаентному поведению. Такие семьи требуют большего внимания от врачей и медицинского персонала, уточняют большое количество деталей о сути проводимых процедур, ищут альтернативные мнения по поводу заболевания и стратегий его лечения.

Задачи психолога при работе с семьями, пережившими ожоговую травму ребенка, на этапе госпитализации

С опорой на представления об особенностях социальной ситуации развития и внутренней картине болезни детей с ожогами и специфике социальной ситуации развития их родителей, используя при этом как данные собственных исследований, так и эмпирический материал, полученный в рамках ориентированной на практику модели медицинского травматического стресса [11, 13-16], можно выделить следующие задачи работы психолога в ожоговой клинике.

1) Проведение диагностических, психотерапевтических и образовательных мероприятий с детьми. Важным этапом данной работы является исследование представлений ребенка о болезни: необходимо выделять группы риска, в которые войдут дети с ВКБ по типу фиксации на болезни или редуцированной ВКБ. Дальнейшая работа с такими группами должна быть направлена на формирование адекватного отношения к болезни, что необходимо для в дальнейшем для становления адекватных образа Я и самооценки ребенка [31]. Другой важной диагностической и терапевтической задачей является профилактика суицидального поведения среди детей, перенесших ожоговую травму, а также выделение факторов, предсказывающих возникновение суицидальных мыслей и намерений. Известно, что наличие видимого косметического дефекта повышает риск возникновения суицидальных намерений [6]. Также важной задачей будет оценка и последующее снижение выраженности актуальных стрессовых расстройств и аффективной патологии.

2) Проведение образовательных, диагностических, консультационных и психотерапевтических мероприятий с родителями. Образовательные мероприятия должны быть посвящены разъяснению возможной вариативности реакций на стрессовое событие, при различии травматических переживаний и форм травматического отреагирования у взрослых и детей; нормативности процесса горевания. Исследование М. Дейла и коллег, выполненное в Дании, показало крайне низкий уровень психологической грамотности родителей детей с ожоговой травмой: многие из переживаемых эмоций представлялись данной группе пугающими, несоответствующими ситуации, стыдными [33]. Психотерапевтический блок должен быть направлен на оказание поддержки и психологическое сопровождение родителя, госпитализированного в больницу вместе с ребенком. Данная задача приобретает особую значимость: помимо трудностей, связанных с болезнью ребенка и его лечением, родитель, находящийся с ребенком в больнице,

оказывается исключенным из привычного социального контекста, изолирован от эмоциональной поддержки значимых близких. Он наблюдает тяжелые физические и эмоциональные страдания как своего ребенка, так и соседей по палате; принимает участие в болезненных для ребенка процедурах, как правило не имея при этом достаточно комфортных условий для отдыха. Важной темой для обсуждения в процессе психотерапевтической работы должны стать представления родителей о болезни ребенка. Наличие у ребенка тяжелого заболевания увеличивает вероятность восприятия ребенка как уязвимого, слабого, что может привести к формированию гиперопекающего стиля родительского воспитания с трудностями сепарации, и, следовательно, к возникновению тревоги и вариантов искаженной ВКБ у ребенка, а в дальнейшем – к нарушениям его социального функционирования [28, 31].

3) Проведение диагностических и консультационных мероприятий, включающих все семью больного ребенка. Подобные мероприятия должны включать в себя оценку различных параметров развития и функционирования семейной системы: границ, ролей, семейной иерархии, стиля коммуникации, выявление коалиций. Консультационный блок также должен включать семейное консультирование по вопросам воспитания ребенка с ожоговой травмой. Ожог ребенка и его последствия часто требуют перестройки привычного уклада жизни семьи. Ситуация длительной госпитализации, а в дальнейшем – тщательного медицинского ухода – может потребовать от родителей изменения привычных социальных и семейных ролей, привести к расширению границ семьи (при необходимости обращаться за помощью в уходе к специалистам или родственникам), либо закрытию семейных границ (в случае стигматизации ребенка, невозможности и/или отказа посещать образовательное учреждение, изоляции). Кроме того, болезнь ребенка может потребовать изменений во взаимодействии в супружеской и детско-родительской подсистемах. Адаптация к таким быстрым и неожиданным изменениям может оказаться большой проблемой для семьи. Для всех членов семьи важно оценить выраженность аффективных нарушений и развитость системы стратегий регуляции эмоций. Выше в статье приведены данные исследований, подтверждающие высокий риск развития тревожных и депрессивных расстройств, а также актуальных и отсроченных стрессовых расстройств у всех членов семьи в случае тяжелого ожога ребенка [14].

4) Кроме практических задач, в настоящее время перед психологами, работающими в ожоговой клинике, стоит целый ряд важных научно-исследовательских задач, решение которых необходимо для более грамотного построения будущих реабилитационных программ. В числе таких задач – выделение дополнительных факторов риска развития психологического неблагополучия членов семьи больного ребенка, помимо описанных в данной статье. Необходимо отметить, что подобных исследований на отечественной выборке в доступной литературе нам встретить не удалось. Вместе с тем, описание этих факторов, определение их специфичности (либо неспецифичности) для российской культуры в последующем позволит уже на этапе поступления в клинику выделять «группы риска» из числа детей и их родителей, нуждающиеся в психологической поддержке как на этапе госпитализации, так и в последующем. Также в специальном изучении нуждается задача

определения критических этапов в течении болезни и процессе лечения и восстановления ребенка, во время которых семье требуется наибольшая поддержка и внимание специалистов. В настоящий момент в качестве таких этапов могут быть обозначены: операция, момент снятия бинтов, возвращение ребенка в прежнюю социальную среду (школу, детский сад, и т.п.).

5) Еще одна крайне сложная с психологической точки зрения группа задач, встающих перед психологами, решающими задачи диагностики и оказания психологической помощи в клинике детской ожоговой травмы, – работа с врачами и медицинским персоналом. Психологическая работа в этом случае должна быть направлена как на предотвращение эмоционального выгорания и других эмоционально-личностных нарушений и профессиональных деформаций у медицинских работников, так и на обучение их навыкам профессионального общения с больными детьми и их родителями, с целью их эффективной реабилитации. Эти задачи тоже должен решать медицинский психолог. В рамках данной статьи, к сожалению, не представляется возможным подробно рассмотреть данную группу задач. Эта сфера работы психолога в больнице нуждается в специальном обсуждении и заслуживает самого пристального внимания со стороны специалистов [7].

Заключение

В статье представлено психологическое обоснование необходимости разработки реабилитационных программ, фокус которых будет направлен не только на ребенка, пережившего ожоговую травму, но и на его близких. Описаны основные варианты формирования ВКБ у детей с ожогами, обозначена роль родителей и социальных факторов в формировании ВКБ ребенка. Описаны особенности социальной ситуации развития как ребенка с ожоговой травмой, так и его родителей. Подробно обсуждена связь типа ВКБ ребенка и отношения к болезни ребенка ближайших взрослых с приверженностью лечению и успешностью социального функционирования ребенка после выписки из стационара. Обсуждена роль значимых взрослых в формировании представлений о болезни

ребенка и успешной переработке им травматического опыта.

Показано, что отечественная психологическая наука, и прежде всего культурно-историческая концепция развития психики Л.С. Выготского, в рамках которой разрабатываются такие важные с методологической точки зрения теоретические категории, как социальная ситуация развития и внутренняя картина болезни, благодаря соответствию принципам постнеклассической научной рациональности [34, 35] демонстрирует принципиальную методологическую готовность отвечать на вызовы современной медицины, в частности, – готовность к разработке и внедрению в практику комплексных междисциплинарных реабилитационных программ, в том числе и ориентированных на работу с семьями пациентов.

Несомненно, что получение ребенком ожоговой травмы может стать кризисным событием и для ребенка, и для всех членов его семьи. Однако вслед за Л.С. Выготским отметим, что с психологической точки зрения кризис это не только негативное явление. Любой кризис всегда имеет две стороны. Первая из них — «разрушительная»: важнейшим последствием наличия кризиса является «отмирание» старого. Но негативная сторона кризиса — это всегда обратная сторона позитивной, конструктивной стороны, которая в кризисе также обязательно присутствует: кризис всегда знаменует появление психологических новообразований, причем преимущественно позитивных (при обеспечении адекватной психологической поддержки) [26, 27, 32]. И задача психолога, работающего с детьми с ожогами и их родителями, проанализировать, как они проживают этот критический этап; какие внешние и внутренние психологические детерминанты обуславливают появление не только негативных, но и позитивных психологических новообразований и возможность актуализации новых адаптационных ресурсов и возможностей.

И наша общая задача – консолидируя усилия врачей и психологов – препятствовать возникновению негативного сценария и обеспечивать максимальные возможности для продуктивного развития всех членов семейной системы в новых, специфических, хотя и ограниченных болезнью ребенка условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008.
2. Ожоги. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень № 365, Апрель, 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/ru/>).
3. Петров С.В. Общая хирургия: учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ИГ «ГЭОТАР-Медиа», 2014.
4. Drake J.E., Stoddard F.J. Jr., Murphy J.M., Ronfeldt H., Snidman N., Kagan J., Saxe G., Sheridan R. Trauma severity influences acute stress in young burned children. *J Burn Care Res*; 2006; Mar-Apr; 27(2): 174-182.
5. Bakker A., Maertens K.J., Van Son M.J., Van Loey N.E. Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*; 2013; Apr; 33(3): 361-371.
6. Warner P., Stubbs T.K., Kagan R.J., Herndon D.N., Palmieri T.L., Kazis L.E., Li N.C., Lee A.F., Meyer W.J. 3rd, Tompkins R.G.; The effects of facial burns on health outcomes in children aged 5 to 18 years. *J Trauma Acute Care Surg*; 2012; Sep; 73 (3 Suppl 2): S189-196.
7. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных. *Вестник восстановительной медицины*; 2014; № 5: 31-42.
8. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: СПб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1998.
9. Bakker A., Van der Heijden P., Van Son M., Van Loey N. Course of traumatic stress reactions in couples after a burn event to their young child. *Health Psychology*; 2013; Vol 32(10): 1076-1083.
10. Fukunishi I., Chishima Y., Anze M. Posttraumatic stress disorder and alexithymia in burn patients. *Psychol Rep*; 1994; Dec75(3 Pt 1): 1371-1376.
11. Kazak A., Kassam-Adams N., Schneider S., Zelikovsky N., Alderfer M., Rourke M., An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *J. Pediatr. Psychol.*; 2006; 31 (4): 343-355.
12. National Child Traumatic Stress Network. Definition of medical traumatic stress. Paper presented at the Medical Traumatic Stress Working Group meeting, Philadelphia, PA., 2003.
13. Paliadelis P., Cruickshank M., Wainohu D., Winkill R., Stevens H. Implementing family-centred care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. *Aust J Adv Nurs.*; 2005; Sep-Nov 23(1): 31-36.
14. Kassam-Adams N., Fleisher C.L., Winston F.K. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children. *J Trauma Stress.*; 2009; 22(4): 294-302.
15. Parslow R., Jorm A., Tobacco use after experiencing a major natural disaster: analysis of a longitudinal study of 2063 young adults. *Addiction*; 2006; 101(7): 1044-1050.
16. Fein J., Kassam-Adams N., Gavin M., Huang R., Blanchard D., Datner E. Persistence of posttraumatic stress in violently injured youth seen in the emergency department. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*; 2002; 156: 836-840.
17. Landolt M., Schnyder U., Maier T., Schoenbuecher V., Mohler-Kuo M. Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A National Survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*; 2013; 26 (32): 209-216.
18. Боули Дж. Привязанность. — М.: Гардарики, 2003.

19. Bokszczanin A., Parental support, family conflict, and overprotectiveness: predicting PTSD symptom levels of adolescents 28 months after a natural disaster. *Anxiety Stress Coping*; 2008; 21(4): 325-335.
20. Fujita G., Nishida Y. Association of objective measures of trauma exposure from motor vehicle accidents and posttraumatic stress symptoms. *J Trauma Stress*; 2008; Aug;21(4): 425-429.
21. Delahanty D.L., Raimonde A.J., Spoonster E., Cullado M. Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *J Anxiety Disord*; 2003; 17(2): 149-164.
22. Daviss W., Racusin R., Fleischer A., Mooney D., Ford J., McHugo G. Acute stress disorder symptomatology during hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 2000; 39(5): 569-575.
23. DeVries A.P.J., Kassam-Adams N., Cnaan A., Sherman Slate E., Gallagher P., Winston F. K., Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*; 1999; 104(6): 1293-1299.
24. Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. Compliance in healthcare. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.
25. George J., Kong D.C., Thoman R., Stewart K. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*; 2005; 128: 3198-204.
26. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 т.: Т. 4: Детская психология. М.: Педагогика; 1984.
27. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Аргус; 1995
28. Коваленко Н.А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой. Дис. ... канд. психол. наук. М., 1998.
29. Лурья Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина; 1977.
30. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжелобольной ребенок. Штрихи к психологическому портрету. Школа здоровья; 1995; т.2, с.86-95.
31. Султанова А.С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца. Дис. ... канд. психол. наук. М., 2000.
32. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.
33. Dale M.T., Solberg O., Holmström H., Landolt M.A., Eskedal L.T., Vollrath M.E. Relationship satisfaction among mothers of children with congenital heart defects: a prospective case-cohort study. *J Pediatr Psychol*; 2013; Sep; 38(8):915-26.
34. Степин В.С. Философия и методология науки. Избранное. М.: Академич. проект, 2015.
35. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований. Национальный психологический журнал; 2011; 5(1): 42-49

REFERENCES:

1. Vsemirnyj doklad po profilaktike detskogo travmatizma. World report on child injury prevention [англ.]. Zheneva: Vsemirnaja organizacija zdravoohranjenja, 2008.
2. Ozhogi. Vsemirnaja organizacija zdravoohranjenja. Informacionnyj bjulleten' № 365, World Health Organization. Newsletter number 365, April 2014 [англ]. April', 2014. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/ru/>).
3. Petrov S.V. Obshhaja hirurgija: uchebnik. 4-e izd., pererab. i dop. General surgery : a textbook . 4th Edition Revised and additional [англ]; М.: IG «GJeOTAR-Media», 2014.
4. Drake J.E., Stoddard F.J. Jr., Murphy J.M., Ronfeldt H., Snidman N., Kagan J., Saxe G., Sheridan R. Trauma severity influences acute stress in young burned children. *J Burn Care Res*; 2006; Mar-Apr; 27(2): 174-182.
5. Bakker A., Maertens K.J., Van Son M.J., Van Loey NE. Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*; 2013; Apr; 33(3): 361-371.
6. Warner P., Stubbs T.K., Kagan R.J., Herndon D.N., Palmieri T.L., Kazis L.E., Li N.C., Lee A.F., Meyer W.J. 3rd, Tompkins R.G. The effects of facial burns on health outcomes in children aged 5 to 18 years. *J Trauma Acute Care Surg*; 2012; Sep;73 (3 Suppl 2): S189-196.
7. Zinchenko Ju.P., Pervichko E.I., Thostov A.Sh. Metodologicheskie osnovy i zadachi psihologicheskoj rehabilitacii onkologicheskij bol'nyh. Methodological foundations and objectives of the psychological rehabilitation of cancer patients. [англ]. *Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*; 2014; № 5: 31-42.
8. Kabanov M.M. Psihosocial'naja rehabilitacija i social'naja psixiatrija. Psychosocial Rehabilitation and Social Psychiatry. [англ]. SPb.: SPb NIPNI im. V.M. Behtereva; 1998.
9. Bakker A., Van der Heijden P., Van Son M., Van Loey N. Course of traumatic stress reactions in couples after a burn event to their young child. *Health Psychology*; 2013; 32(10): 1076-1083.
10. Fukunishi I, Chishima Y, Anze M. Posttraumatic stress disorder and alexithymia in burn patients. *Psychol Rep*; 1994; Dec 75 (3 Pt 1): 1371-1376.
11. Kazak A., Kassam-Adams N., Schneider S., Zelikovsky N., Alderfer M., Rourke M., An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *J. Pediatr. Psychol.*; 2006; 31 (4): 343-355.
12. National Child Traumatic Stress Network. Definition of medical traumatic stress. Paper presented at the Medical Traumatic Stress Working Group meeting, Philadelphia, PA., 2003.
13. Paliadelis P., Cruickshank M., Wainohu D., Winskill R., Stevens H. Implementing family-centred care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. *Aust J Adv Nurs*; 2005; Sep-Nov 23(1): 31-36.
14. Kassam-Adams N., Fleisher C.L., Winston F.K. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children. *J Trauma Stress*; 2009; 22(4): 294-302.
15. Parslow R., Jorm A. Tobacco use after experiencing a major natural disaster: analysis of a longitudinal study of 2063 young adults. *Addiction*; 2006; 101(7):1044-1050.
16. Fein J., Kassam-Adams N., Gavin M., Huang R., Blanchard D., Datner E. Persistence of posttraumatic stress in violently injured youth seen in the emergency department. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*; 2002; 156: 836-840.
17. Landolt M., Schnyder U., Maier T., Schoenbuecher V., Mohler-Kuo M., Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A National Survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*; 2013; Vol 26 (32): 209-216.
18. Boulbi Dzh. Privjazannost'. Bowlby J. Attachment. [англ]. — М.: Gardariki, 2003.
19. Bokszczanin A. Parental support, family conflict, and overprotectiveness: predicting PTSD symptom levels of adolescents 28 months after a natural disaster. *Anxiety Stress Coping*; 2008; 21(4): 325-335.
20. Fujita G., Nishida Y. Association of objective measures of trauma exposure from motor vehicle accidents and posttraumatic stress symptoms. *J Trauma Stress*; 2008; Aug;21(4): 425-429.
21. Delahanty D.L., Raimonde A.J., Spoonster E., Cullado M. Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *J Anxiety Disord*; 2003; 17(2): 149-164.
22. Daviss W., Racusin R., Fleischer A., Mooney D., Ford J., McHugo G., Acute stress disorder symptomatology during hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 2000; 39(5): 569-575.
23. DeVries A.P.J., Kassam-Adams N., Cnaan A., Sherman Slate E., Gallagher P., Winston F.K. Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*; 1999; 104(6): 1293-1299.
24. Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. Compliance in healthcare. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.
25. George J., Kong D.C., Thoman R., Stewart K. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*; 2005; 128: 3198-204.
26. Vygotskij L.S. Sbranie sochinenij v 6 t.: T. 4: Detskaja psihologija. Children Psychology [англ]. М.: Pedagogika; 1984.
27. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstrojstvah i somaticheskijh zabolevanijah. Features of the individual with borderline disorders and somatic diseases [англ]. М.: Argus; 1995
28. Kovalenko N.A. Jemocional'nyj i telesnyj opyt rebenka s bronhial'noj astmoj. Emotional and bodily experience of a child with asthma [англ]. Dissertacija na soiskanie uchenoj stepeni kandidata psihologicheskijh nauk. М., 1998.
29. Lurija R.A. Vnutrennjaja kartina boleznej i iatrogennye zabolevanija. Internal picture of illness and disease iatrogennye [англ]. 4-e izd. М.: Medicina; 1977.
30. Nikolaeva V.V., Arina G.A. Tjazhelobol'noj rebenok. Shtrih k psihologicheskomu portretu. Seriously ill child . Strokes to a psychological portrait [англ]. Shkola zdorov'ja; 1995; т.2, с.86-95.
31. Sultanova A.S. Vnutrennjaja kartina bolezni podrostkov, perenessih operaciju pri vrozhdenom poroke serdca. Subjective pattern of disease in adolescents undergoing surgery for congenital heart defects. Dissertacija na soiskanie uchenoj stepeni kandidata psihologicheskijh nauk. М., 2000.
32. Nikolaeva V.B. Vlijanie hronicheskoj bolezni na psixiku. The impact of chronic disease on the psyche [англ]. Moskva: Izdatel'stvo Moskovskogo Universiteta; 1987.
33. Dale M.T., Solberg O., Holmström H., Landolt M.A., Eskedal L.T., Vollrath M.E. Relationship satisfaction among mothers of children with congenital heart defects: a prospective case-cohort study. *J Pediatr Psychol*; 2013; Sep;38(8): 915-926.

34. Stepin V.S. Filosofija i metodologija nauki. Izbrannoe. Philosophy and Methodology of Science. Favorites. [англ]. М.: Akademich. proekt, 2015.
35. Zinchenko Ju.P. Metodologicheskie problemy fundamental'nyh i prikladnyh psihologicheskijh issledovanij. Methodological issues of fundamental and applied psychological research. [англ]. Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal; 2011; 5(1): 42-49.

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена обоснованию необходимости разработки и внедрения комплексных программ реабилитации для семей, воспитывающих детей с ожоговой травмой. Подобные программы должны включать психологическую помощь не только ребенку, пережившему ожог, но и его родственникам. С опорой на опыт зарубежных исследований и теоретические представления отечественной психологии (научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии – Б.В. Зейгарник) показывается целесообразность участия родителей и других членов семьи больного ребенка в реабилитационных программах, что важно как для их собственного психологического благополучия, так и для эффективного лечения и восстановления ребенка.

Кроме общих представлений о психологической реабилитации с медицинских позиций, приведено описание теоретических основ, существующих в отечественной психологии, которые могут и должны быть использованы для разработки подобных комплексных программ. Описаны особенности социальной ситуации развития ребенка с ожоговой травмой и их роль в формировании адекватных представлений о болезни и у ребенка, и у его родителей. Показана связь между этими представлениями и степенью приверженности лечению, а также успешной социализацией ребенка. Приводится анализ модели медицинского педиатрического травматического стресса, используемой для построения семейных реабилитационных программ за рубежом и обсуждается возможность внедрения подобной модели в России. В статье выделены основные задачи и направления работы психолога в отделении ожоговой травмы на этапе госпитализации семьи; обоснована теоретическая и практическая значимость данных задач.

Ключевые слова: ожоговая травма, психологическая реабилитация, приверженность лечению, модель медицинского педиатрического травматического стресса (МПТС), научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии – Б.В. Зейгарник, внутренняя картина болезни, социальная ситуация развития.

ABSTRACT

The article is devoted to explaining the need for the development and implementation of complex rehabilitation programs for families bringing up children with burn injuries. Such programs should include psychological support not only for the child but also for his family. Based upon the experience of foreign research and theoretical concepts of Russian psychology (Vygotsky – Luria – Zeigarnik school), article show the feasibility of participation of parents and other members of the family of a sick child in rehabilitation programs. This participation is important both for their own psychological well-being, and for the effective treatment and recovery of the child.

In addition to general ideas about the psychological rehabilitation from medical point of view, we describe the theoretical foundations that exist in Russian psychology, which can and should be used to develop such integrated programs. The features of the social situation of development and their role in the formation of adequate ideas about the disease in children and their parents are described. The relationship between these concepts and the degree of adherence and successful socialization of the child is shown. We analyzed the model of pediatric medical traumatic stress that is used for building a complex family rehabilitation programs abroad, and discussed the possibility of introducing similar model in Russia. The article highlights the main objectives and directions of the psychological work in the department of burn injury and proved theoretical and practical importance of these tasks.

Keywords: burn trauma, psychological rehabilitation, treatment compliance, Model of Pediatric Medical Traumatic Stress» (PMTS), Vygotsky – Luria – Zeigarnik school, subjective pattern of disease, social situation of development.

Контакты:

Первичко Е.И. E-mail: elena_pervichko@mail.ru