

ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОТРУДНИКОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

В.Г. Ракаева, О.Б. Ломакина

ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы

THE BASIC PRINCIPLES OF PSYCHOLOGICAL INTERACTION BETWEEN STAFF OF TB CONTROL FACILITIES AND CHILDREN AND ADOLESCENCE

V.G. Rakaeva, O.B. Lomakina

В лекции представлены сведения о возрастных психологических особенностях детей и подростков, о стилях семейного воспитания, о представлениях о внутренней картине болезни, формирующейся у больных туберкулезом детей и подростков. Проведен анализ эмоциональных потребностей детей и подростков, находящихся в процессе лечения туберкулеза и в изоляции от привычной среды обитания, что позволяет расширить репертуар применяемых методов и методик, делая процесс лечения более комфортным для всех его участников. Психологическое просвещение сотрудников противотуберкулезных учреждений позволяет достигать лучшего взаимопонимания при их общении с детьми, подростками и значимыми для них взрослыми.

Ключевые слова: туберкулез, дети, подростки, психологическое просвещение, возрастные психологические особенности, стиль семейного воспитания, внутренняя картина болезни, взаимодействие с пациентами

The lecture contains information on age-related psychological features of children and adolescents, on styles of family education, and on creation of internal picture of the disease in children and adolescents with tuberculosis. The analysis of children's and adolescents' emotional needs during tuberculosis treatment and isolation from living environment, allows us to expand the repertoire of applied methods and techniques and make the treatment more comfortable for all the participations. The psychological education of tuberculosis control facilities staff allows to achieve a better understanding when communicating with children, adolescents and authoritative for them adults.

Key words: tuberculosis, children, adolescents, psychological education, age-related psychological features, style of family education, internal picture of the disease, interaction with patients

Введение

Для успешного выздоровления от туберкулеза и последующей реабилитации, для лучшего взаимопонимания и взаимодействия с детьми, подростками, их родителями, опекунами и лицами значимого окружения, медицинскому и педагогическому персоналу противотуберкулезной службы необходимо обладать психологической грамотностью. Знание возрастных психологических особенностей, стилей семейного воспитания, представление о внутренней картине болезни, эмоциональных потребностях детей и подростков, находящихся в процессе лечения и изоляции от привычной среды обитания, позволяет расширить репертуар применяемых методов и методик, делая процесс лечения более комфортным для всех его участников.

Цель лекции

Повышение психологической грамотности сотрудников противотуберкулезных учреждений для обеспечения большей эффективности взаимодействия с несовершеннолетними пациентами и их родителями.

Психологи отделения социальной, юридической и психологической помощи проводят для сотрудников филиала «Детское отделение» Центра лекции, тренинги и тематические беседы по темам:

- «Возрастные психологические особенности детей и подростков»;
- «Стили семейного воспитания»;
- «Внутренняя картина болезни (ВКБ)»;
- «Психологические особенности больных туберкулезом»;

- «Возможности эффективного взаимодействия с детьми, подростками и их родителями во время прохождения диагностических процедур, установления диагноза «туберкулез», лечения и реабилитации».

В филиале «Детское отделение» ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (далее – Центр) просветительскую психологическую работу среди медицинского и педагогического персонала проводят психологи отделения социальной, юридической и психологической помощи, выступая с лекциями на конференциях, как в масштабе отделения, так и на специальных фтизиатрических школах.

В Центре проходят лечение и реабилитацию дети и подростки от 0 до 18 лет, к каждой возрастной группе необходим индивидуальный подход.

Так, **младенцы в возрасте 0–1 год** эмоционально сильно привязаны к матери, восприимчивы к ее интонациям, мимике и перепадам настроения. Для повышения качества лечения таких маленьких детей медицинскому персоналу необходимо устанавливать доброжелательный и продуктивный контакт с их родителями, особенно с матерью, а для этого необходимо собрать по возможности полный анамнез жизни семьи, выявить ключевые семейные значимые фигуры, узнать этнические и конфессиональные особенности, историю семьи, семейные правила, особенности семейных взаимодействий, особенности эмоционального реагирования матери в различных жизненных ситуациях. В данной возрастной группе успех выздоровления ребенка от туберкулеза напрямую зависит от того, насколько мать заболевшего ребенка доверяет медицинскому персоналу, то есть насколько она может быть уверена в том, что ее младенец находится в безопасности. Полного взаимопонимания достичь сложно, так как высокий уровень тревожности у таких матерей может быть обусловлен как неустойчивым гормональным фоном после беременности и родов, а также тем, что мать сама может быть больна туберкулезом и не имеет возможности контактировать с малышом и осуществлять материнские функции. В таком случае продуктивный эмоциональный контакт персоналу Центра необходимо создавать с лицами, замещающими мать на этапе выздоровления от болезни.

Период раннего детства (2–3 года) характеризуется активной исследовательской детской позицией. Познание детьми окружающего мира невозможно без присутствия и поддержки взрослых. Дети этой возрастной группы, больные туберкулезом или находящиеся на этапе реабилитации, испытывают необходимость в участии взрослых больше, чем здоровые, так как им приходится одновременно взрослеть, приобретать необходимые для их возраста навыки и умения и одновременно побеждать тяжелую болезнь. Медицинскому персоналу приходится частично брать на себя родительские функции, при этом умело соблюдая свои и детские личностные границы. Персона-

лу необходимо помнить, что ребенок находится в стационаре или санатории временно, он вышел из семьи, а после выздоровления должен вернуться обратно в свою семью. Необходимо сделать так, чтобы по возможности ключевые этапы развития малыша проходили при взаимодействии сотрудников детского отделения и значимых для него взрослых; чтобы эмоциональная связь между ним и родителями не прерывалась, чтобы и ребенок, и его близкие становились полноправными участниками процесса выздоровления от туберкулеза.

Дошкольники в возрасте 4–6 лет ждут от окружающих поддержки в виде похвалы, поэтому с такими детьми можно, а зачастую необходимо работать в присутствии родителей, для того чтобы даже небольшие детские достижения поддерживать одобрением и похвалой значимых взрослых. Такое взаимодействие необходимо устанавливать и развивать для того, чтобы дети спокойно прошли период подготовки к школе, стали менее тревожными и могли опираться на собственный опыт, подкрепленный одобрением взрослого. Желательно, чтобы мнения родителей, врачей, воспитателей и детей совпадали по ключевым позициям.

Младшие школьники 6–10 лет нуждаются в большей самостоятельности, но весьма чувствительны к мнению о них взрослых людей (как к одобрению, так и порицанию). В этом возрасте у них возникает интерес к своему здоровью [4].

Таким детям наряду с заботой и ощущением уверенности в эмоциональной безопасности необходимо подавать соответствующую их уровню восприятия информацию о состоянии здоровья, по возможности проводить с ними групповые занятия, касающиеся обсуждения болезни и необходимых условий для выздоровления. Каждое занятие должно быть тематически подготовлено и длиться не более 30 минут.

Подростки 11–18 лет проходят кризис идентичности, отвечая себе на вопросы: «Кто Я? Зачем Я?». Это сложный и конфликтный период как для самих подростков, так и для их ближайшего окружения. Половое созревание, избыточная эмоциональность, конфликтность, категоричность, стремление к самостоятельности и болезненное чувство собственной неполноценности побуждают их проверять компетентность специалистов, занимающихся на этапе болезни и реабилитации лечебной, воспитательной и образовательной деятельностью. Наказания и жесткие запреты на этом жизненном этапе неэффективны. Для выстраивания конструктивного диалога с подростком необходимо избегать споров и открытой конфронтации, не давать оценочных характеристик, обсуждать действия, а не личности, признавать его и свое право на ошибки. Это период времени, когда родители обращаются к специалистам с просьбой «сделать им удобного ребенка», который, взрослея физически, остался бы в «удобном» контролируемом младенчестве. На этом жизненном этапе родители или значимые взрослые могут вести себя противоречиво: с одной стороны,

директивно и авторитарно по отношению к подростку, исключая возможность рассмотрения его мнения; с другой стороны – предъявляя жесткие претензии к персоналу Центра, касающиеся общения подростка с «нежелательными» вынужденными соседями по палате и отделению. Умение персонала Центра вести себя в конфликтных ситуациях и находить общий язык с подростками и их родителями помогает найти области конструктивного взаимодействия, что способствует соблюдению режима лечебного учреждения, а значит, помогает процессу выздоровления [2, 4, 8].

Решающее значение в формировании психики детей, их умения адаптироваться к изменяющимся условиям жизни, во влиянии на характер коммуникации с окружающими их людьми имеет **стиль семейного воспитания**.

В каждой семье вырабатывается уникальный, свойственный именно этой семье способ общения с ребенком. На стиль воспитания влияет множество социальных и психологических факторов: история, этническая принадлежность, социальная защищенность (незащищенность), образ жизни семьи, достаток, уровень культуры, уровень образования, представления родителей о воспитании и др.

Под стилем семейного воспитания принято понимать систему взаимоотношений близких родственников или людей, их замещающих, с ребенком в семье, включающих отношение родителей к нему и применение средств педагогического воздействия. Выделяют две важные составляющие стиля семейного воспитания – это степень контроля, заботы и опеки, с одной стороны, и тесноту эмоциональных контактов – с другой.

Стили семейного воспитания бывают деструктивными: авторитарным, попустительским, симбиотическим и конструктивным – демократичным.

Авторитарный (контролирующий) стиль, характеризующийся высоким уровнем контроля при холодных отношениях, порождает у ребенка или подростка раздражительность, замкнутость, боязливость. Такие родители устанавливают жесткие правила и запреты, не спрашивают и не учитывают мнение ребенка, мало общаются с ним. Отношения в таких семьях холодные и отстраненные.

Симбиотический (гиперопекающий) стиль представляет собой сочетание высокого уровня контроля (тревожности) и безгранично теплых отношений. Ребенка чрезмерно опекают, ограждают от опасностей, поощряют перфекционизм, не допускают права на ошибку. Некоторые родители считают своим долгом выдавать ребенку по первому требованию все желаемое, делают за него школьные задания и домашнюю работу, потакают каждому капризу, как бы откупаются от него. В таких условиях подрастающий человек не имеет шансов вовремя эмоционально отделиться от родителей, становится инфантильным и беспомощным, у него формируется

высокий уровень притязаний без наработанных навыков достижения целей.

Попустительский (безразличный) стиль вызывает у детей и подростков озлобленность, склонность к девиантному поведению (безразличие – одна из форм проявления агрессии).

При низком уровне контроля и холодном отношении со стороны родителей дети чувствуют ненужность, брошенность и вседозволенность; они закрыты в социальных контактах и бывают враждебны.

Демократический стиль сочетает в себе теплый эмоциональный контакт родителей с ребенком и постепенное снижение контроля. Демократичные родители учитывают мнение ребенка, его особенности и интересы, совместно принимают решения; объясняют смысл устанавливаемых ограничений и поощряют растущую автономию. Таким образом, они учат навыкам жизни, воспитывают в нем самостоятельность, адаптивность, уверенность в себе, общительность, умение принимать решения и регулировать свое поведение [5, 8].

Знание стиля воспитания в конкретной семье позволяет прогнозировать поведение ребенка и родителей в лечебном учреждении, объясняет психологические особенности ребенка. Сотрудникам Центра желательно придерживаться демократического стиля, так как они частично выполняют функции родителей во время нахождения детей в больнице. То есть персоналу Центра необходимо терпеливо и доходчиво объяснять маленькому пациенту смысл требований и правил, принятых в лечебном учреждении, по возможности учитывать его мнение, оказывать поддержку на нелегком пути совместной борьбы с туберкулезом.

В семьях, где ребенок (подросток) болен туберкулезом, отмечаются следующие особенности: часто это семьи неполные; мать – наиболее авторитетная фигура (в полной семье), где отец находится на периферии эмоционального воспитания; мать – тревожная, доминирующая, эмоционально холодная (в такой семье происходит подмена истинной материнской любви на контроль и тревогу за ребенка); происходят бурные конфликты между матерью и родственниками старшего поколения (чаще бабушкой); отмечается склонность к преувеличению последствий каких-либо самостоятельных действий со стороны ребенка (подростка) или его друзей; присутствует неудовлетворение истинных желаний и потребностей ребенка (подростка) в эмоциональном контакте, становится обыденным обесценивание его достижений, круга интересов и близких друзей; случаются нелогичные и некритичные удовлетворения сиюминутных желаний ребенка, которые идут вразрез рекомендациям лечения и могут поставить под угрозу его здоровье и жизнь [3].

Для успешного взаимодействия с детьми и подростками, проходящими лечение и реабилитацию в Центре, медицинскому и

педагогическому персоналу необходимо налаживать конструктивный диалог с пациентом, его матерью и значимыми родственниками. Необходимо уметь снижать их тревогу, отвечая на все интересующие их вопросы, разъясняя все непонятные для них ситуации, стараясь смягчить шоковую реакцию на установленный диагноз и неизбежность пребывания ребенка или подростка в стационаре или противотуберкулезном санатории. Напоминать о необходимости соблюдения режима дня и приема противотуберкулезных препаратов, об имеющихся ограничениях в связи с тяжелым заболеванием. При необходимости и по запросу со стороны родных ребенка психологам следует проводить семейные консультации в парадигме системной семейной психотерапии.

Психологические особенности больных туберкулезом детей и подростков вытекают из деструктивных стилей воспитания в семьях и характеризуются неуверенностью в себе, неустойчивостью фона настроения, высоким уровнем тревожности, избыточной ранимостью, трудностями в адаптации, чувстве беспомощности, инфантилизмом, сниженной познавательной активностью, эгоцентризмом, трудностями в идентификации собственных чувств и эмоций, высоким уровнем агрессии [1, 3, 7].

Демонстрацию негативных эмоций и чувств принято считать социально неприемлемой; при деструктивных стилях воспитания они жестко подавляются близкими родственниками на протяжении всей жизни ребенка, не имеют нормальной реализации, остаются неотрефлексированными и со временем начинают проявляться в виде соматических симптомов и синдромов, усугубляя и без того тяжелое выздоровление от туберкулеза.

Для скорейшего выздоровления и эффективной реабилитации ребенку (подростку) необходимо помочь сформировать адекватную его состоянию **внутреннюю картину болезни**.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – это целостный образ своего заболевания; отношение к болезни и связанное с ним поведение. Выделяют четыре уровня восприятия заболевания: сенситивный (уровень ощущений), эмоциональный (уровень переживаний), интеллектуальный (уровень познавательный) и поведенческий (уровень действий) [4, 6, 9].

У пациента складывается ВКБ на основе собственных ощущений и представлений о данной болезни. Он не может относиться равнодушно к туберкулезу, поскольку чувствует опасность и неминуемые изменения привычного образа жизни, что приводит к определенному поведению в процессе лечения. Сильное влияние на ВКБ имеет личность пациента: способ совладания со стрессовой ситуацией, система ценностей, самооценка, багаж знаний и пр. Отношение окружающих к туберкулезу, особенно родителей и одноклассников, является крайне значимым при формировании эмоционального и интеллектуального уровней ВКБ.

Помимо ВКБ существует внешняя, объективная картина болезни. Информацию о ней пациенты и их близкие узнают от врача, из информационных брошюр и Интернета.

Таким образом, ВКБ формируется на основе информации об объективной картине болезни, особенностей личности заболевшего, отношения окружающих к болезни.

Внутренняя картина болезни в детском и подростковом возрасте имеет свои особенности [9].

Так, **ВКБ в детстве (0–11 лет) формируется** на эмоционально-чувственном (не логическом) уровне, выстраивается через осознание ограничений поведения и общения, с которыми сталкивается ребенок, заболевший туберкулезом. ВКБ ребенка имеет негативный эмоциональный отклик, так как ребенок не осознает опасности заболевания, а боится чужих людей (врачей и медицинских сестер) и неприятных (неведомых) для него процедур. Большую роль в формировании адекватной ВКБ имеют взаимоотношения больного ребенка и значимого для него взрослого (чаще матери), а также умение сотрудников медицинского учреждения налаживать с ними конструктивные взаимоотношения.

У подростков (12–18 лет) ВКБ формируется на всех четырех уровнях. Они болезненно испытывают ограничения в общении с друзьями и сверстниками, что вызывает враждебные эмоции и чувства к персоналу лечебного учреждения, родителям, здоровым сверстникам, себе самим; заразная болезнь обостряет чувство неполноценности, способствуя «уходу в себя» и отказу от социальных контактов; неопределенность длительности пребывания в лечебном учреждении мешает выстраиванию планов на будущее, и болезнь может восприниматься как остановка жизни: «это не жизнь»; осознание ценности и уязвимости собственной жизни и здоровья усиливает тревожность.

У детей, подростков, их родителей и значимых для них взрослых есть потребность в выражении (реагировании, рефлексировании) эмоций, накопившихся за время прохождения диагностики, постановки диагноза, принятия неизбежности лечения в стационаре или реабилитации в санатории. Им необходимо понимание (быть услышанным), сочувствие (участливое отношение, посыл от персонала «мне не все равно»), поддержка (помощь, подбадривание), а также чувство уверенности и контроля над ситуацией [4, 10].

Для того, чтобы внутренняя картина болезни соответствовала действительности, а эмоциональные потребности детей, подростков и их близких людей были удовлетворены, необходимо выработать у медицинского и педагогического персонала правила успешного взаимодействия с участниками лечебного процесса, а именно: установление доверительного конструктивного сотрудничества как персонально с каждым ребенком (подростком), так и в коллективе. Необходимо уметь налаживать тесный и продуктивный контакт с тревожными и

агрессивными родителями; способствовать поддержанию благоприятной доброжелательной атмосферы в подразделениях филиала «Детское отделение». Давать нуждающимся в поддержке адекватную обратную связь, своевременно и максимально ясно информировать родных и близких о состоянии здоровья ребенка (подростка), особенностях протекания у него туберкулеза, необходимых назначениях, исследованиях, консультациях. Необходимо помочь нашим маленьким пациентам и их родным стать полноправными участниками процесса выздоровления, а не простыми потребителями медицинских услуг.

Доброжелательное отношение врача, понятные объяснения и знание принципов эффективного взаимодействия положительно влияют на эмоциональное состояние детей, подростков, их родителей и лиц значимого для них окружения в период прохождения диагностики, лечения, профилактики и реабилитации от туберкулезной инфекции.

Заключение

Во время лекций, проведенных психологами отделения социальной, юридической и психологической помощи для сотрудников филиала «Детское отделение» МНПЦ борьбы с туберкулезом, была предоставлена информация о возрастных психологических особенностях детей и подростков, деструктивных и конструктивных стилях воспитания в родительских семьях, особенностях формирования у детей и подростков внутренней картины болезни. Были рассмотрены возможности эффективного стиля общения с детьми, подростками, их родителями и лицами значимого окружения во время прохождения диагностики, профилактики, лечения от туберкулеза и последующей реабилитации.

Литература

1. Ахтямова А.А., Золотова Н.В., Стрельцов В.В., Баранова Г.В., Овсянкина Е.С. Психологические особенности больных туберкулезом органов дыхания подростков с различными характеристиками заболевания // *Туберкулез и болезни легких*. – 2016. – Т. 94. – № 1. – С. 10-14.
2. Дубровина И.В. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной: учебник для студ. высш. учеб. заведений. – М.: «ТЦ сфера», 2000. – С. 283-424.
3. Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Стрельцов В.В., Баранова Г.В. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: изучение патогенетически значимых психологических механизмов // *Сибирский психологический журнал*. – 2015. – № 57. – С. 129-140.
4. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология: учебник / Н.Н. Иванец и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 89-95, 795-797, 814-830.
5. Кузьмишина Т.Л., Чирикина Е.С., Пермьякова А.А., Хохлова Е.А. Стили семейного воспитания: отечественная и зарубежная классификация // *Современная зарубежная психология*. – 2014. – Т. 3. – № 1. – С. 16-25.
6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. – М.: «Медицина», 1977. – С. 115-118.
7. Мартусова Е.В. Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции // *Клиническая и специальная психология*. – 2016. – Т. 5. – № 3. – С. 78-94.
8. Мухина В.С. Возрастная психология. Феноменология развития: учебник для студ. высш. учеб. заведений / В.С. Мухина. – 10-е изд., перераб. и доп. – М.: ИЦ «Академия», 2006. – С. 410-588.
9. Николаева В.В. Психосоматика: телесность и культура: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В.В. Николаевой; МГУ им. М.В. Ломоносова, Психол. фак. – М.: Академ. проект, 2009. – С. 101-174.
10. Савункина А.А., Богданова Т.А. Психологические особенности работы с пациентами разного возраста // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2015. – № 11-6. – С. 931-933.

Сведения об авторах

Ломакина Ольга Борисовна – заведующая отделением социальной, юридической и психологической помощи консультационно-диагностического центра ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Стромынка, д. 10

Тел. +7 (967) 028-82-57

e-mail: prazdnik_tim@mail.ru

Ракаева Вера Гаязовна – психолог отделения социальной, юридической и психологической помощи консультационно-диагностического центра ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Стромынка, д. 10

Тел. +7 (906) 046-79-83

e-mail: verarakaeva@mail.ru