

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В статье рассматриваются психологические особенности личности детей, страдающих гастродуоденальной патологией, а также особенности восприятия ими своего заболевания. Подчеркивается, что стрессогенный характер заболевания прежде всего сказывается на эмоциональной сфере детей и подростков, особенностях самовосприятия и восприятия себя в болезни. Представлено эмпирическое исследование когнитивного и эмоционального компонента внутренней картины болезни. Выявлено, что дети иначе, чем взрослые, реагируют на заболевание, не осознают его значимость, не отражают объективные причины, воспринимают болезнь фрагментарно. У большинства детей преобладают негативные эмоции, чувство страха, беды, грусти. Предлагаются пути психолого-педагогического сопровождения таких детей, находящихся в условиях стационара. Целью психологического сопровождения и предлагаемой программы психокоррекции является гармонизация эмоционального состояния и поведения детей в болезни. Полученные результаты констатирующего среза доказали ее эффективность

Ключевые слова. Внутренняя картина болезни детей, психологическое сопровождение

Fomina N.V., Lukyanova M.M., Ungina A.V.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CHILDREN WITH GASTRODUODENAL PATHOLOGY

The article deals with the psychological features of the personality of children suffering from gastroduodenal pathology, as well as the peculiarities of their perception of their disease. It is emphasized that the stressful character of the disease primarily affects the emotional sphere of children and adolescents, the peculiarities of self-perception and perception of oneself in the illness. We presented an empirical study of the cognitive and emotional component of the internal picture of the disease. It was revealed that children differently than adults react to the disease. They did not realize importance disease, did not reflect the objective reasons, and perceive the disease fragmentary. Most children dominated the negative emotions, feelings of fear, misfortune and sadness. The ways of psychological and pedagogical support of such children in hospital conditions are suggested. The purpose of psychological support and the proposed program of psycho-correction is to harmonize the emotional state and behavior of children in the disease. The results of the ascertaining slice proved its effectiveness.

Keywords. Internal picture of the disease of children, psychological support.

Введение

Современная жизнь с ее насыщенностью событиями, социальными и природными катаклизмами характеризуется тем, что растет число заболеваний, относящихся к категории стрессогенных, т.е. имеющих психосоматическую основу. Наиболее незащищенными в этой связи являются дети, психика которых тонко реагирует на происходящее вокруг, пропуская через свой внутренний фильтр, свои переживания различного рода информационные потоки.

Как отмечают исследователи, в последнее время стойко наблюдается рост заболеваний у детей, имеющих иммунную основу и связанных с тяжелыми хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. К таким заболеваниям относят болезнь Крона,

неспецифический язвенный колит и тому подобные заболевания. Воспалительные заболевания кишечника относятся к патологии, при которой наблюдаются выраженные психоэмоциональные нарушения. Известно, что одним из пусковых механизмов рецидивов неспецифического язвенного колита и болезни Крона является стресс. Уже доказано, что события, чреватые большой психологической нагрузкой для ребенка (развод родителей, потеря лиц, поддерживающих больного в психоэмоциональном и материальном отношении и т.п.), могут служить факторами, провоцирующими развитие обострений. Считается, что испытываемые пациентами психологические нагрузки определяются либо самим фактом существования длительного хронического процесса, либо кишечной симптоматикой. Было определено, что степень психологического расстройства при болезни Крона находилась в прямой связи с тяжестью заболевания [1, 2].

Следовательно, *актуальность исследования* данной проблематики является очевидной. Важно изучить факторы, влияющие на появление болезни, психологические механизмы ее функционирования, личностные особенности и «сферы деформации личности» пациентов - детей и подростков, страдающих гастродуоденальной патологией, и, что особенно важно, рассмотреть возможность оказания им грамотно построенной необходимой психолого-педагогической поддержки для «вращения» ресурсов совладания с тяжелым заболеванием и той жизненной ситуацией, в которой оказался ребенок и его семья. Именно на этой проблеме в последнее время сосредоточен интерес исследователей [1,2]. Однако нужно заметить, что специально организованных исследований в рамках данной проблематики пока явно недостаточно. Мало внимания в исследованиях уделено личностным особенностям этих детей и подростков, переживания ими болезни.

Дети переживают болезнь и всю ситуацию развития, связанную с ней, качественно иначе, чем взрослые. Как показывают ученые, у детей невозможно говорить о полноценной внутренней картине болезни, как и внутренней картине здоровья. На данном этапе развития она находится на стадии своего формирования. Причем, и само формирование внутренней картины болезни (ВКБ) у детей отличается от этого процесса у взрослых тем больше, чем младше ребенок. Так было показано, что у детей младшего школьного возраста «преобладает *эмоциональный компонент* восприятия и отношения к своему здоровью и болезни, а степень сформированности представлений о болезни и здоровье находится на начальном уровне относительно других возрастных групп» [4, с. 54]. У подростков при анализе и оценке своего здоровья и болезни появляется мотивационно-поведенческий компонент и только у взрослых людей, начиная с возраста ранней зрелости появляется когнитивное осмысление своего здоровья и болезни [4]. Следовательно, ВКБ у детей в зависимости от содержания может быть фактором и положительным, и отрицательным. Она влияет на проявления и течение

заболевания, на отношения в семье, на успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям.

Опыт отечественных и зарубежных исследователей показывает, что всеобъемлющую оценку состояния больного в детской клинике трудно сделать, используя такие понятия, как отношение или реакция на заболевание. Разобраться в переживаниях заболевшего ребенка или подростка, по мнению Д.Н. Исаева, возможно лишь изучая внутреннюю картину болезни. Такой подход расширяет представление о психологии больного. Он позволяет уяснить, что испытывает и переживает заболевший, каковы его ощущения, самочувствие, как он представляет свою болезнь, ее причины. Более того, мы можем узнать, чего ждет больной от терапевтических вмешательств, понимает ли их необходимость, полезность и верит ли в их эффективность [3].

Материалы и методы исследования.

Эмпирическое исследование ВКБ детей с гастродуоденальной патологией проводилось нами на базе ФГБУ «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии» Минздрава России. Выборку составили 25 детей в возрасте от 8 до 12 лет, проходящих стационарное лечение по поводу обострения или манифестации хронического гастрита, гастродуоденита, язвенного колита, болезни Крона как основного заболевания

Целью исследования было изучение эмоциональных и когнитивных компонентов ВКБ пациентов с гастродуоденальной патологией, а также разработка и внедрение психокоррекционной программы, направленной на развитие представлений о болезни данной группы пациентов. Гипотеза исследования состояла в следующем: специально организованная психокоррекционная работа позволит осуществить сдвиг во внутренней картине болезни от эмоционального к когнитивному компоненту, что позитивно повлияет на поведение ребенка в болезни и будет поддерживать лечение, назначенное врачом.

Исследование проходило в два этапа. На первом этапе была проведена диагностика особенностей личности пациентов клиники и их восприятие болезни. В данной статье мы отразим результаты, полученные с помощью проективной методики «Незаконченные предложения». На втором этапе проводилась психокоррекционная и консультативная работа с детьми и их родителями. На третьем мы провели констатирующий срез, позволяющий отразить различие в ВКБ до и после проведения психокоррекционной программы.

Метод незаконченных предложений, по мнению Е.Ю. Артемьевой, позволяет обратиться к вербализованным структурам и осознаваемым конструктам воспринимающего заданный объект [7]. Он не предусматривает стандартных ответов, а говорит «языком респондента». Были проанализированы фразы теста, свидетельствующие об информированности детей о своем заболевании, а также о переживаниях детей, связанных с

болезнью, физическим недостатком. Нами был выбран сегментарный вариант количественного контент-анализа. Суть данного метода заключается в том, что фиксируется сам факт наличия или отсутствия во всем массиве информации какой-либо категории. Индикаторами категорий служили высказывания испытуемых больных детей, выражающие законченную мысль, отражающие различные аспекты аффективных и когнитивных составляющих в структуре отношения к болезни. Таким образом, всего было выделено пять смысловых категорий.

Результаты исследования и их обсуждение

Контент-анализ аффективных и когнитивных составляющих в структуре отношения к болезни включал в себя определение частоты встречаемости и рангов выделенных категорий в текстах незаконченных предложений. Он показал, что у детей, поступивших на лечение, наиболее часто встречаются категории «Неадекватное или формальное представление о заболевании» (1 ранг), «Переживания, связанные с трудностями заболевания» (2 ранг) и «Переживания, связанные с ситуацией лечения» (3 ранг). Реже всего встречается категория «Адекватное представление о заболевании» (5 ранг) (см. таблицу 1).

Таблица 1. - Встречаемость категорий контент-анализа в текстах незаконченных предложений детей, поступивших на лечение

Категории контент-анализа	Частота встречаемости (чел.)	Ранг
Неадекватное или формальное представление о заболевании	25	1
Переживания, связанные с трудностями заболевания	19	2
Переживания, связанные с ситуацией госпитализации и лечения	17	3
Переживания, связанные с ощущением социальной неполноценности, трудностями в жизни больного	9	4
Адекватное представление о заболевании	2	5

По результатам проведенного исследования можно констатировать, что у детей с гастродуоденальной патологией отмечается фрагментарное представление о своем заболевании. Клиническая картина заболевания представлена в субъективных переживаниях одним или несколькими симптомами. Дети жалуются на общее недомогание, тошноту, боли в желудке, слабость, ощущение усталости и т.д. 35% опрошенных подростков отмечают боль как один из самых неприятных симптомов заболевания.

На просьбу психотерапевта назвать свой диагноз ребенок отвечает: «Я не знаю, мама знает. Она завтра приедет и может сказать». 79% опрошенных испытуемых дали краткий ответ: «гастрит», «НЯК». Расшифровать аббревиатуру заболевания смогли только 25% испытуемых. В «незаконченных предложениях» фразы о здоровье часто оказывались не связанными с основным заболеванием. У детей представление о болезни не имеет

личностной отнесенности и носит формальный характер. Для данной группы испытуемых представление о болезни связано с простудой, гриппом. Основное инвалидизирующее заболевание осознается не полностью и представлено на интеллектуальном уровне отношения к болезни фрагментарно.

Продолжая фразу о причинах заболевания, дети часто дают формальные ответы, не имеющие отношения к основному заболеванию, либо затрудняются ответить. Наиболее часто встречаются следующие ответы: «Я заболел потому, что простудился. Я заболел потому, что промочил ноги. Я заболел потому, что не слушался маму и т.д.»

Наряду с непосредственно-чувственными ощущениями в субъективном отношении к болезни, у детей представлены переживания, связанные с негативным отношением к необходимости находиться в больнице. Таня (имя изменено): «Самое неприятное в моей болезни - это долго лечиться. Все ждут, что я когда-нибудь уеду отсюда». Дети испытывают неприятные эмоции из-за необходимости находиться в больнице вдалеке от семьи, в связи с болезненными процедурами, соблюдением больничного режима. Предложение «Когда я вижу врачей...» заканчивают фразами, отражающие негативные переживания 43% (10 чел.) испытуемых. 38% (8чел.) больных отвечают, что когда они поступают в больницу им «...поскорее хочется выписаться домой, тянет домой» и т.д.

Таким образом, можно констатировать, что в большинстве случаев у детей преобладают негативные переживания, связанные с болезнью. Они отмечают, чувство «страха, усталости, беды, грусти», напротив, слабое понимание причин заболевания, хода его течения не способствует адекватному поведению ребенка в болезни.

Целью психологического сопровождения и составления программы психокоррекции является гармонизация эмоционального состояния и поведения детей в болезни [5]. Объективно это может выражаться в изменении показателей эмоционального отношения к лечению, госпитализации и изменении взаимосвязей между показателями особенностей Я-концепции, самооценки, поведения и отношения к болезни.

В нашей работе, ограниченной сроками и условиями стационарного пребывания, мы не можем ставить глобальные цели, но достижение адекватной этим условиям ближайшей цели - гармонизации эмоционального состояния и поведения - на этапе обострения хронического заболевания, возникшего в трудной жизненной ситуации - должно быть вписано в обозначенный более широкий контекст. Этим обусловлен выбор принципов экзистенциально-феноменологического подхода в работе с болеющими детьми и разработка на его основе метода интенсивного переживания.

В основе метода интенсивного переживания лежит принцип опоры на переживание пациента с целью его интенсификации и получения доступа к глубинному содержанию

путем и использования адекватных возрастным и индивидуальным психическим особенностям приемов опосредования этих переживаний. За этим лежит представление о любом эмоциональном переживании как несущем смысл-послание человеку о способе его бытия/существования в мире). Осознание и понимание собственных эмоциональных состояний в ходе их переживания, установление связи с предметом/объектом эмоционального переживания, выбор способов выражения эмоций, понимание значения своих переживаний в ситуации болезни являются этапами развития эмоциональной зрелости и шагами достижения эмоциональной гармонизации.

В основе построения программы психологического сопровождения лежат базовые принципы психологической коррекции нарушений психического развития, базирующиеся на закономерностях психического онтогенеза, достаточно универсальны и включают: принцип комплексности, единства диагностики и коррекции, личностного подхода, деятельностного подхода, принцип психологической коррекции «сверху вниз», принцип системности развития психики ребенка [6]. Наиболее значимыми приемами и методами, которые могут быть осуществлены в психокоррекционной работе и болеющими детьми, являются методы арт-терапии, сказкотерапии и приемы, в большей мере использующие вербальное знаково-символическое опосредствование [5]. Среднее время пребывания в стационаре составляет 18-21 день. В связи с этим общее количество встреч психолога и пациента - от 7 до 10 (без первичной и вторичной диагностики). В связи с тем, что дети ложатся в стационар не менее двух раз в год, многие из них имеют возможность повторного прохождения психотерапии.

Проведенный после проведения программы констатирующий срез с помощью методики «Незаконченные предложения» и обработки его результатов с помощью ϕ^* -критериального анализа Фишера показал смещение рангов выделенных категорий в сторону адекватного восприятия болезни (см. таблицу 2).

Таблица 2 - Различия в частоте встречаемости категорий контент-анализа в текстах незаконченных предложений в группах детей, поступивших на лечение и прошедших курс психокоррекции

Категории контент-анализа	Частота встречаемости, %		ϕ^* -критерий	Уровень значимости, р
	До	После		
Неадекватное или формальное представление о заболевании	25	1	1,933	*
Переживания, связанные с трудностями заболевания	19	14	0,249	
Переживания, связанные с ситуацией лечения	17	16	0,049	
Переживания, связанные с ощущением социальной неполноценности	9	6	0,329	
Адекватное представление о заболевании	2	24	-1,347	

$$\varphi^*_{кр} = 1,64 (p \leq 0,05) *$$

Как видно из таблицы 2, у болеющих детей, поступивших на лечение и прошедших курс психокоррекции, происходит смещение в особенностях аффективных и когнитивных составляющих в структуре отношения к болезни, прежде всего, в категории «Неадекватное или формальное представление о заболевании». Так, все дети правильно называли свой диагноз, смогли расшифровать сокращенное название заболевания. Установлено, что после реализации программы психокоррекции у детей преобладает адекватное представление о заболевании. Высокий уровень развития коммуникативных и волевых качеств предупреждает формирование дезадаптивных вариантов отношения к болезни. После психокоррекции у детей преобладает эмоционально стабильное отношение к болезни и госпитализации, продуктивное отношение к лечению и жизни с болезнью, повышение уверенности в себе и нормированности поведения. Более выраженными становятся надежды на «светлое, хорошее, веселое будущее», «Я верю, что в будущем все встанет на свои места», «...у меня все будет хорошо». Однако полной уверенности в «хорошем будущем без болезни» у них нет. С будущим дети связывают не только надежды на то, что «...сбудутся их мечты», но и опасения, что будущее будет «...не совсем веселым», страхом перед будущим. Тем не менее, после совместной с психологом работы наблюдается больше оптимизма, вера в себя и свои силы. Вот характерные ответы детей: Лена (имя изменено): «Чаще всего мне становится легче, когда я думаю, что я может быть, больше понимаю в жизни, чем другие дети». Володя (имя изменено): «Чаще всего мне становится легче от того, что я мечтаю, думаю о выздоровлении». Женя (имя изменено): «Мне нужно выздороветь, чтобы в будущем стать полноценным гражданином общества».

Выводы.

Безусловно, такая работа требует большой степени ответственности и включенности, однако ее результаты позволят детям легче преодолевать трудности в болезни и помогут врачам в лечении. Незаменимую роль должны играть родители, т.к. именно в системе семейных отношений часто происходит эмоциональный «сбой», ведущий к заболеванию. Необходимость и важность психокоррекционной деятельности психолога, обеспечивающего процесс сопровождения ребенка в болезни, не вызывает сомнения.

Литература

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит: Пер. с нем. - М.: ГЭОТАР-Мед., 2001. - 257с.
2. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. Болезнь Крона. - М.: «Медицина». 2007. - 181с.
3. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература. 1996 – 454 с.

4. Лебедева О.В., Фомина Н.В. Отношение к соматическому здоровью как показатель развития психологического здоровья личности (на материале изучения различных возрастных групп испытуемых) // «Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского» - Н. Новгород, ННГУ, № 4(36), 2014. - С.50-59
 5. Лукьянова М.М., Фомина Н.В., Исаченкова О.А. Влияние психокоррекционной программы на поведение ребенка в болезни// Нижегородский психологический альманах, 2018, № 1. Электронный ресурс <http://psykaf417.esrae.ru/pdf/2018/1/173.pdf> . Дата обращения 12.12.2018
 6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.
 7. Серкин В. П. Методы психологии субъективной семантики и психосемантики: Учебное пособие для вузов / В. П. Серкин. — М.: Издательств3 во ПЧЕЛА, 2008. - 382 с.
-

Фомина Наталья Вячеславовна, канд. психол. наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России РФ, Нижний Новгород, e-mail.ru: fominataly@yandex.ru

Лукьянова Мария Михайловна, магистрант ФГБОУ ВО НГПУ им. К Минина, e-mail.ru: marfysha58@yandex.ru

Унгина Анна Владимировна, магистрант ФГБОУ ВО НГПУ им. К Минина, e-mail.ru: ungina@rambler.ru