

**Основные направления психологической работы медицинского психолога с родителями детей, перенёсших черепно-мозговую травму (ЧМТ)**

**Научный руководитель – Хозиев Вадим Борисович**

***Полухина Юлия Павловна***

*Аспирант*

Государственный университет «Дубна», Факультет социальных и гуманитарных наук,  
Кафедра клинической психологии, Дубна, Россия  
*E-mail: Julia.poluxina.4857@yandex.ru*

Черепно-мозговая травма - один из самых тяжелых типов детского травматизма. Высоко травмирующие последствия, возникновение тяжелых неврологических и психологических расстройств - все эти условия требуют принятия комплексных мер, определяемых работой разных специалистов. Родитель также может быть активным участником реабилитационного процесса, поэтому выстраивание адекватной ориентировки для родителя в текущем процессе, а также психологическая работа с острым состоянием стресса играет важную роль в общем ходе детской реабилитации.

Целью нашей работы является активное включение родителя в контекст реабилитации путем создания психологических условий для формирования зрелой родительской позиции. *Часто родитель, находясь в собственных переживаниях по поводу травматизации, не может самостоятельно определить задачи в отношении родительской помощи своему ребенку, не осознает границы своих родительских компетенций в процессе реабилитации.* Ситуация острого стресса, стихийность травматического процесса, потребность быстрой перестройки привычных жизненных установок, изменение обыденного течения жизни, неопределенность исхода, обычное отсутствие средств для разрешения ситуации - все эти обстоятельства обозначают вхождение родителя в мощнейший личностный кризис. *Самое тяжелое переживание, которое становится актуальным в этот момент - страх потерять ребенка.* Травмирующая ситуация требует времени, чтобы пережить эмоциональное потрясение, осмыслить произошедшее, включиться в процесс помощи своему ребенку. Упование на спонтанное развертывание этого процесса может приводить к нежелательным результатам реабилитации, что и демонстрирует исследование В. И. Быковой, Е. А. Львовой и др. [2] в отношении родительских позиции (лишь половина всех родителей активно включается в ход реабилитации).

Выделим основные направления работы психолога с родителем.

· *Клиническая беседа с родителем, сбор анамнеза жизни (ребенка и его семьи)*

Первым этапом в работе психолога выступает обследование родителей и сбор анамнеза с помощью методик Лайф Лайн, генограммы семьи, методики Т. Геринга и др. Задачей этого этапа является:

- 1) определение обстоятельств социальной ситуации развития ребенка, условий его развития;
- 2) определение характеристик родительской позиции в отношении воспитания ребенка;
- 3) определение уровня родительской рефлексии собственного жизненного пути и стилей воспитания своего ребенка, выделение приоритетных эпизодов жизни и обозначения отношения к ним.

Для чего мы это делаем? Т.о. появляется возможность оценить личность родителя и его родительскую позицию, его способы совладания с кризисной ситуацией, которые по-разному влияют на ход реабилитации, определить стадию принятия травмы своего ребенка, а также оценить имеющиеся сохраненные возможности как в помощи самому родителю,

так и его ребенку. Помимо решения диагностических задач на этой стадии появляется также психотерапевтический эффект, а именно: совместное с психологом проговаривание обстоятельств кризисной ситуации; децентрирование родителя с эмоционального реагирования на рефлексивное, продуктивное осмысление ситуации травмы в контексте жизни семьи; поиск ориентиров и средств совладания с кризисом и др. Сверхзадачей данного этапа является формирование мотивации родителя в отношении восстановления своего ребенка.

· *Клинико-психологическая диагностика психического состояния ребенка (как повлияет на работу с родителем)*

В задачи психолога входит оценка психических возможностей ребенка: оценка нарушенных возможностей и поиск «сохранных звеньев» (А.Р.Лурия [10]). Определение зоны актуальных возможностей ребенка и зоны ближайшего восстановления позволяет выстроить для родителя адекватный уровень притязаний в отношении предпринимаемых действий. Эффективным восстановление будет тогда, когда родитель будет ориентироваться на потенциал ребенка. Завышенная требовательность, нетерпеливость со стороны родителя, или, наоборот, облегчение задач ребенку, гиперопекающая установка может создавать препятствия для детского восстановления. Обычно ориентиром на данном этапе выступает классификация стадий восстановления психической деятельности по Доброхотовой Т.А., Зайцева О.С.: *вегетативный статус, акинетический мутизм, акинетический мутизм с эмоциональными реакциями, мутизм с пониманием речи* и т.д. [8], в которой представлена феноменология нарушений психики на разных этапах. Также оцениваются коммуникативные возможности у детей после ТЧМТ, начиная с доречевой фазы восстановления сознания с помощью методики SCABL (n) Быковой В. И., Лукьянова В. И. [1]. Шкала SCABL (n) оказывается чувствительной к коммуникативным возможностям ребенка в различных степенях угнетения сознания, фиксирует как вербальные, так и невербальные средства общения у последних.

· *Выстраивание ориентировки родителя в особенностях посттравматического дефекта ребенка, а также в динамике восстановления;*

Клиническая картина состояния ребенка обычно является непонятной, пугающей для родителя, поэтому необходимо выстраивать для них систему ориентиров на каждом этапе восстановления активности ребенка. Форма представления ориентиров для родителей может быть организована в виде **разъясняюще-ориентирующих бесед (взять на слайд как метод)** по природе заболевания с точки зрения неврологии, нейропсихологии, нейрофизиологии, возрастной психологии, либо в виде схем и таблиц, понятных брошюр и другого образного материала. Это помогает родителю сориентироваться в ситуации, понять стадийность и временность текущих нарушений.

Проблемные моменты в работе:

Вовремя отследить и изменить ситуацию такого непродуктивного взаимодействия «взрослый-ребенок», где родитель формирует у ребенка выученная беспомощность.

Особенно демотивирующим фактом для родителя является момент волнообразной динамики восстановления, череды временных откатов ребенка, либо переживание феномена плато в ходе реабилитации. Субъективно у некоторых родителей возникает ощущение бесполезности пройденного пути. Понимание данного процесса, а также разъяснение смысла подобных моментов развития помогает взять под контроль ситуацию восстановления и преодолеть тяжелые эмоциональные ожидания в связи с происходящим. *Так, например, феномен плато можно трактовать как необходимость смены средств в работе психолога и родителя.*

· *Обучение родителей реабилитационным действиям*

Потребность включения родителя в контекст помощи обусловлен тем фактом, что ро-

дитель располагает большими как временными ресурсами, так и мотивационными. Для выполнения данной деятельности ему не хватает средств и понимания, что и как делать. Включение родителя в процесс достигается через определение конкретных задач на каждом этапе и контроль этих действий. Так, можно выделить следующие задачи для родителя:

- 1) физиологические (уход, кормление, санация и т.д.);
- 2) двигательные манипуляции (как правильно переворачивать ребенка, как присаживать, как правильно вставать и т.д.);
- 3) психологические (восстановление контекста общения, языка, если трудности в рождении речи, то это может быть телесный язык, знаки, гортанные элементы и др.).

Каждый этап работы родителя с ребенком будет нацелен на передачу ребенку повышенной ответственности за себя (конечно, сообразно состоянию ребенка - для чего и проводятся диагностические процедуры). Другим аспектом работы является формирование контакта с ребенком и средств общения. После травмы может прекращаться возможность словесного самовыражения у ребенка, однако это не означает, что данная возможность спонтанно восстановится без участия взрослого. Именно родитель создает мотивационное пространство для формирования речевых возможностей ребенка, которые прежде чем стать речью, заново должно пройти определенные этапы развития. В исследовании Быковой В.И. [1] показано, каким образом и какие невербальные средства могут использоваться в диалоге с ребенком, чтобы научиться понимать его. Это вегетативные реакции, телесные ответы, мимика и эмоции, поза и жесты ребенка и т.д., что позволяет наметить перспективы общения еще до оформления привычной речи.

Хотелось бы отметить еще один важный момент реабилитации - это хронотоп больничной палаты (по М.М. Бахтину). После, во время или между медицинскими процедурами, посещениями медперсонала имеет место «процесс», «взаимодействие» между родителями, чьи дети получили травму. По словам родителей, обучение у более «продвинутого» соседа\ соседки по палате (а именно: у родителя, чей ребенок получил травму раньше, а, следовательно, путь восстановления они прошли больше), общение «союзников по беде» и взаимоподдержка, возможность увидеть «стадийность» не на словах, а вживую, имеет для родителя поддерживающий, психотерапевтирующий эффект. В этом взаимодействии можно заметить прообраз «родительской школы», естественно возникающий из потребности родителя научиться тому, что невозможно усвоить за короткие встречи со специалистом. Минус подобного «обучения» - возможность ошибок, неполная осмысленность действий и недостаток рефлексии.

«Родительская школа» (Хозиев В.Б., Хозиева М.В., Дзетовецкая С.В. [15]) является проектом в духе планомерно-поэтапного формирования, в основе которого лежит стремление развернуть ориентировку родителя в волнующих его обстоятельствах детской реабилитации, в условиях которого может быть организовано рефлексивное общение и более качественный и осмысленный обмен опытом не только реабилитационного, но и родительского. Участники проекта обучаются такому анализу, которые позволяет выделять опорные точки разумного действия в условиях реабилитации. Психолог же выстраивает конкретные задачи, становящиеся личностно значимыми для каждого родителя. Участниками родительской школы могут быть родители и психолог, а также могут приглашаться эксперты реабилитационной команды.

#### *Самоконтроль и рефлексия*

Данный аспект уже, по большей части, начинает реализовываться внутри «Родительской школы» как момент рефлексии внутри группы, однако другой формой самоконтроля могут выступать ведение дневника родителем. Смысл данной работы в фиксации динамики восстановления своего ребенка. Дневник может помочь родителю на основе фиксации

изменений состояния травмированного ребенка замечать симптоматику его развития. Для психолога дневник родителя выступает некоторым индикатором в том, как родитель воспринимает и осмысливает процесс реабилитации.

Таким образом, данные направления работы могут помочь родителю в преодолении сложных эмоциональных переживаний, встроится в контекст реабилитации и совершать рефлексивные и осознанные действия в процессе помощи своему ребенку.

### Источники и литература

- 1) Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В. [и др.]. Психологическое исследование коммуникативных возможностей детей в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга. Вестник восстановительной медицины. – 2014. – № 1(59). – С. 26-36.
- 2) Быкова В. И., Семенова Ж. Б., Фуфаева Е. В. [и др.] Психологическая реабилитация детей после тяжелой черепно-мозговой травмы. Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2012. – № 2-3(32-33). – С. 162-167.
- 3) Быкова В. И., Тютюкина А. И., Сиднева Ю. Г., Валиуллина С. А. Психологический портрет подростка в состоянии спутанности сознания вследствие травм головного мозга. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2021. – Т. 3. – № 1. – С. 95-103.
- 4) Дзетовецкая, С. В. Развитие родительской рефлексии в условиях "родительской школы" : специальность 19.00.13 "Психология развития, акмеология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Дзетовецкая Светлана Витальевна. – Калуга, 2003. – 316 с.
- 5) Доброхотова Т.А., Амчеславский В.Г., Брагина Н.Н., Гогитидзе Н.В., Гриндель О.М., Зайцев О.С., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А., Ураков С.В., Шарова Е.В. Изучение механизмов восстановления психической деятельности человека, перенесшего длительную кому. Информационный бюллетень РФФИ. 1995. Т. 3. № 4. С. 79.
- 6) Доброхотова Т.А., Гриндель О.М., Брагина Н.Н., Потапов А.А., Шаров Е.В., Князева Н.А. Восстановление сознания после длительной комы у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – Т. 85. – № 5. – С. 720-726.
- 7) Заболеваемость всего населения России в 2019 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. Часть 1. М., 2020. 140 с.
- 8) Зайцев О.С., Царенко С.В. Нейрореаниматология. Выход из комы (терапия посткоматозных состояний. – 3-е изд., пер. и доп.- М.:Литасс, 2019.160 с.
- 9) Хозиев, В.Б. Практикум по психологии формирования продуктивной деятельности дошкольников и младших школьников: учебное пособие для студентов вузов направления психологии. Издательство: Академия, 2002 г.
- 10) Хозиев В.Б., Долженко А.Н. «Откат» в детском развитии как объект психологического исследования. // Психолог. 2021. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otkat-v-detskom-razvitii-kak-obekt-psiologicheskogo-issledovaniya> (дата обращения: 06.10.2021).
- 11) Хозиев В.Б. Опосредствование в становящейся деятельности. – Сургут: Сургутский госуниверситет – 000 «Дефис», 2000. – 384с.
- 12) Хозиева М.В. Практикум по возрастно-психологическому консультированию. – М.: Академия, 2002 – 318 с.

- 13) Хозиев, В. Б., Хозиева М.В., Дзетовецкая С.В. Психологическое консультирование родителей / В. Б. Хозиев ; Российская академия образования, Московский психолого-социальный институт. – Москва : Московский психолого-социальный институт, 2008. – 501 с. – (Библиотека психолога). – ISBN 9785977000048.