

# ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О БОЛЕЗНИ

Л.С. Глухих

ИП Глухих Любовь Сергеевна, г. Челябинск

С тем, какой представляет пациент свою болезнь, в значительной степени связана его реакция на сам факт заболевания, соответствующее поведение, отношение к лечению, взаимоотношения с лечащим врачом. С позиции И.Б. Бовиной, представление о болезни – это сочетание образов у человека, формируемое в сознании человека ментальное представление восприятия болезни [2]. С позиции D. Jodeleta, представление о болезни может определяться как специфическая форма практического знания, в которой субъект (пациент) взаимодействует с объектом (болезнью) и сливается с ним [2].

Как считают А.Ш. Тхостова и А.С. Нелюбиной, представления больных о своем заболевании не являются абстрактными, оторванными от жизни. Они связаны с поведением человека в ситуации болезни. Это поведение выражается с совладанием с трудной ситуацией лечения и выздоровления, учета и соблюдения пациентом медицинским рекомендациям. Знание об этиологии и патогенезе, клинических проявлений, лечения и прогнозе болезни (т.е. представление о болезни) является «моделью заболевания». Эта модель создается на основе внутренней картины болезни (ВКБ). Данное понятие ввел А.Р. Лурия, под которой он понимал сочетание ощущений и эмоциональных переживаний по отношению к болезни и лечению. В.В. Николаева рассматривала ВКБ как сочетание психологических симптомов болезни. Структура картины болезни представлена двумя уровнями (по классификации А. Гольдшейдера, А.Р. Лурия и Т.Н. Резниковой) и четырьмя (по классификации В.В. Николаевой). По мнению А. Гольдшейдера, картина болезни представлена «аллопластической картиной болезни» (объективные изменения, связанные с заболеванием) и «аутопластической картиной болезни» (субъективные представления о своем заболевании). А.Р. Лурия описывает сензитивный (определяющийся динамикой аутоощущений, субъективного восприятия самого заболевания) и интеллектуальный (мысли, представления о болезни и ее прогнозе) уровни ВКБ. Т.Н. Резникова описывает два блока ВКБ: внутриличностный (множество психологических компонентов) и нейрофизиологический (в основе – церебральные системные механизмы). В.В. Николаева указывает на 4 блока ВКБ: чувственный (ощущения болезни); эмоциональный (переживания и реакции); интеллектуальный (различного рода представления о болезни) и мотивационный (динамика мотивов и поведения) [4; 6; 9; 10; 11]

По мнению И.Б. Бовиной и Е.Б. Березиной, структура представления заболевания определяется наличием двух компонентов: центрального (ядра) и периферического компонентов. Центральная часть (ядро) представлений о болезни представлена понятиями, заложенными культурой и обществом. Ядро связано с физическими симптомами болезни, вне зависимости от нозологии заболевания (например, «боль» и «температура») и является стабильной системой. В периферическую часть (систему) могут включаться понятия, связанные жизненным опытом болеющего человека, а также индивидуальными особенностями проявления болезни у человека (например, «боль в горле») и способами ее лечения (например, операционные вмешательства, уколы, капельницы). Представления о болезни имеют также понятийный (научное или обыденное знание человека о своем заболевании, его течении и прогнозе) и образные компоненты (представляет собой формируемый в сознании человека ментальный образ восприятия болезни) [1; 2].

Необходимо сказать о типологии обыденных представлений в психологической науке. Обыденные представления о болезни являются феноменом обыденного сознания. Данный феномен рассматривается в отечественной психологии как житейские представления (по Л.С. Выготскому – «наивная психология и наивная физика»; по А.Н. Леонтьеву и Ю.Б. Гиппенрейтер – «житейская психология»), а в западной – в рамках психоанализа «Психопатология обыденной жизни» по З. Фрейду), в психологии повседневности (U.M. Lehr, H. Thomaе) и в теории социальных представлений (С. Московичи) [5; 12]

Обыденные представления подразделяются на рациональные и иррациональные. По мнению А.Ш. Тхостова и А.С. Нелюбиной, рациональные представления соответствуют объективной картине болезни, связаны с пониманием причин возникновения болезни. Предполагается, что субъективные представления у больных без психических нарушений должны быть рациональными. Иррациональный тип представления о болезни определяется искажением понимания причин болезни. Иррациональные представления могут проявляться в тех ситуациях, когда у больных наблюдается высокая эмоциональная напряженность, непредсказуемость и неопределенностью в благоприятном исходе заболевания. Иррациональные обыденные представления у пациентов определяются также и при снижении критичности больных. Это тип может привести к ухудшению состояния больного и вследствие чего, такой пациент нуждается в квалификационной помощи психолога или врача-психотерапевта). Необходимо указать на факторы, влияющие на иррациональный тип представлений о болезни. К таким факторам относят: недостаточный культурный и интеллектуальный уровень пациента; отсутствие доступа к получению информации о своей болезни; использование различного рода психологических защит (в случае тяжелого

соматического заболевания, грозящего больному смертельным исходом); стрессовая ситуация; снижение возможности контроля; отсутствие социальной поддержки (особенно близких людей); личностный смысл болезни и стереотипы [12; 13]

А.Ш. Тхостов и А.С. Нелюбина уточняют, что выявление обыденных представлений о болезни позволит рассмотреть особенности развитие нозогнозий у пациента. В ситуации болезни у психически здоровых людей путь нозогнозии может быть следующим. Использование психологической защиты в виде отрицания может привести к затягиваем за получением квалифицированной медицинской помощью; во втором случае, осознание своего заболевания, но обращение не за нужной медицинской помощью, а к нетрадиционной медицине и в третьем – понимание наличия заболевания, но использование биологических добавок вместо современных медицинских препаратов. У больных с органическими нарушениями будет преобладать иррациональные обыденные представления о своем заболевании [11].

Представления о своих болезнях у детей недостаточно изучены по сравнению с представлениями взрослых пациентов. Дети хорошо представляют себе только те болезни, которыми они когда-то переболели: простудные и отарингологические заболевания (грипп, ангина, кашель и насморк, больные горло или ухо); различные инфекционные болезни (краснуха, ветряная оспа, корь); травмы различного рода (переломы рук или ног, ушибы, сотрясения мозга и т.д.); операционные вмешательства (например, удаление гланд (тонзилэктомия), аденоид (аденотомия), аппендикса (аппендэктомия) [7; 8].

Д.Н. Исаев и Е.В. Свистунова описывают особенности представлений о болезни у детей. В раннем детском возрасте представления о болезнях неполны, у детей отсутствует само понимание болезни и представление об опасности и неблагоприятном исходе болезни. Здесь болезнь понимается как ограничение активности ребенка: нельзя бегать, прыгать, скакать. При этом дети боятся не саму болезнь, а способы ее лечения (уколов, горчичников и т.д.). Дети дошкольного возраста (4–9 лет) представляют свое здоровье как отсутствие соматической или психической болезни. У детей, начиная с 5-ти лет, болезнь воспринимается как помеха поведенческой активности и межличностного общения. В этот период на становление и формирование представлений о болезни большое влияние, помимо близких родственников, начинает оказывать медицинский персонал стационара и поликлиники. При описании болевых ощущений у детей 7–11 лет симптомы в основном касается отдельного внутреннего органа. Все это связано с интрацептивными нарушениями (например, «колет», «стреляет», «ноет», «сжимает»). В данном возрасте наблюдается незначительное упоминание интенсивности и длительности болевых интрацептивных ощущений. Дети указанного выше возраста не знают особых причин для

возникновения своего соматического или психического заболевания и считают, что заболевание не влияет на их межличностные взаимоотношения с близкими людьми. Дети школьного возраста предполагают, что помощь им в выздоровление окажет врач, а также облегчать соматическое состояние лекарства [4; 7; 8]

В подростковом возрасте (12–15 лет) представление о болезни идет через эмоциональное реагирование на нее (грусть, тоска, жалость к себе). В данном возрасте наблюдается переоценка тяжести заболевания (гипернозогнозия). Среди основных причин появления у себя болезни подростки считают: неправильное поведение, отсутствие нормального питания. Также как и школьники, подростки думают, что их болезнь не оказывает существенного влияния на отношения с близкими и окружающими. Подростки допускают, помочь им в лечение могут лекарства, соблюдение всех предписаний лечащего врача, оказание помощи близкими людьми. В этом возрасте уже появляются представления о таких понятиях «Здоровье», «Болезнь», «Смерть», вследствие чего подросток начинает понимать ценность своей жизни. Может усиливаться тревожность за свою жизнь. Болезнь в данном возрастном периоде может восприниматься как остановка жизни, хотя внешне больными себя подростки могут не признавать [3].

Начиная с 16-ти лет, представления о болезни становятся более четкими: подростки могут разграничить свои ощущения, в особенности ощущения длительности и интенсивности боли. Основными причинами болезни, по их мнению, являются несоблюдение режима питания, неправильное поведение (здесь можно заметить некое мифологическое представление о болезни), наследственность и стрессы. Для восстановления своего здоровья больные данного возраста могут начать вести здоровый образ жизни, заниматься профилактикой других болезней. С их точки зрения, важным в лечении является плодотворное сотрудничество с лечащим врачом [7; 8].

Особое значение при формировании представлений о болезни приобретает тяжесть и продолжительность самого заболевания ребенка (оно будет отличаться у больных с острыми и хроническими заболеваниями), помещение его в стационар или лечение амбулаторно. Важно заметить, что на детские представления о своем заболевании оказывает существенное влияние близкое окружение ребенка [7; 8].

Основные проблемы в психологическом консультировании детей с различными представлениями о своей болезни заключаются, на наш взгляд, в следующем:

- 1) Размытость границ взаимодействия психолога-консультанта с медицинским персоналом при осуществлении лечения ребенка;
- 2) Нечеткость и непоследовательность в определении функциональных обязанностей медицинского психолога при

осуществлении психологического консультирования как вида психологической помощи в клинике;

- 3) Недостаточная разработка научного практического инструментария для психологического консультирования в детской клинической психологии;
- 4) Сложность в выборе основного консультативного метода в решении профессиональных задач при осуществлении консультирования детей;
- 5) Несвоевременное направление руководством учреждения психологов-консультантов на повышение квалификации по направлению «Детская клиническая психология» и «Психологическое консультирование».

Считаем, что на современном этапе развития психологического консультирования детей в клинике может продолжить свое развитие в двух направлениях:

- 1) как научное направление (выделение системы основных понятий, процедур и этапов психологического консультирования детей в клинике).
- 2) как область практической деятельности-психолога-консультанта (внедрение научно обоснованных методов и технологий консультирования в практическую деятельность).

#### Библиография

1. Березина, Е.Б. Содержание и структура обыденных представлений о болезнях в молодежной среде: автореферат дис. ... канд. пс. наук / Е.Б. Березина. – М., 2011. – 31 с.
2. Бовина, И.Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы: автореферат ... д-ра пс. наук / И.Б. Бовина. М., 2009. – 48 с.
3. Исаев, Д.Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов / Д.Н. Исаев. – СПб.: СпецЛит, 2001. – 463 с.
4. Кабанов, М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
5. Нелюбина, А.С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: автореферат дис. ... канд. пс. наук / А.С. Нелюбина. – М., 2009 – 29 с.
6. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М: МГУ, 1987. – 168 с.
7. Свистунова, Е.В. Структура и возрастные особенности внутренней картины болезни / Е.В. Свистунова // Consilium medicum. Педиатрия. – 2010. – №2. – С.20–23.

8. Свистунова, Е.В. Ребенок и болезнь: психологические аспекты проблемы / Е.В. Свистунова // *Consilium medicum. Педиатрия.* – 2010. – № 34. – С.29-33.
9. Сидоров, И.П. Введение в клиническую психологию: учебник для студентов медицинских вузов / П.И. Сидоров, А.В. Парников. – М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. –Т. 2. – 381 с.
10. Соложенкин, В.В. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии / В.В. Соложенкин. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2008. – 318 с.
11. Тхостов, А.Ш. Обыденные представления как фактор, опосредующий поведение в ситуации болезни / А.Ш. Тхостов, А.С. Нелюбина // *Вестник Томского государственного университета.* – 2008. – № 317. – С. 243–243.
12. Тхостов, А.Ш. Соотношение рационального и иррационального в обыденном сознании на примере представлений о болезни / А.Ш. Тхостов, А.С. Нелюбина // *Вестник МГУ. Серия 14. Психология.* – 2009. – № 1. – С. 32–39.
13. Тхостов, А.Ш. Субъективные представления о болезни: современный взгляд / А.Ш. Тхостов, А.С. Нелюбина // *Актуальные проблемы клинической и прикладной психологии. Материалы первой международной научно-практической конференции.* – Владивосток: ВГМУ, 2009. – С. 121–123.