**Психологические взгляд на взаимодействие «РОДИТЕЛЬ–ВРАЧ»
на ранних этапах восстановления детей при тяжелой инвалидизации**

В. И. Быкова, Е. А. Львова, В. И. Лукьянов

Многочисленные обсуждения (*Акуленкова М.В., Давыдкин Н.Ф., Шутценбергер А.А.)* и попытки истолкования причин и истоков конфликтов, возникающих между врачами и родителями тяжело инвалидизированных детей, побудили авторов данной статьи обратиться к психологическому исследованию взаимодействия «родитель–врач». Важно рассмотреть различные группы родителей, отличающихся по степени адаптации к долгой стрессовой ситуации, поведенческим особенностям и по качеству самого взаимодействия со специалистами реабилитационной команды. Психологический анализ взаимодействия «родитель–врач» не предполагает выделения отдельных индивидуальных черт родителей (*Быкова В.И с соавт.)*, а направлен на раскрытие самого взаимодействия с целью максимально возможного восстановления ребенка после травм, приводящих к его тяжелой инвалидизации.

В исследовании всего принимало участие 120 семей, из которых 70,8 % (85 семей) составили семьи с детьми после тяжелых повреждений головного мозга. Тяжелая спинномозговая травма была представлена 24 семьями (20 %) и 11 семей (9,2 %) - ампутации конечностей у детей.

Формирование групп происходило по трем параметрам взаимодействия родителей со специалистами реабилитационной команды:

1. **Активность родителя** — участие в процессе восстановления ребенка, оценка формальности или включенности такого участия, психологическая направленность всех усилий именно на здоровье ребенка.

2. **Конфликтность родителя** — выражение и форма претензии, выдвигаемых в адрес врачей и персонала, адекватность и обоснованность жалоб.

3. **Выстраивание** **контакта родителей** со специалистами реабилитационной команды — обращение с вопросами и понимание целей всех реабилитационных мероприятий на разных этапах восстановления ребенка.

Успешность взаимодействия родителя со специалистами реабилитационной команды оценивалась по степени восстановления болеющего ребенка не только в процессе госпитальной реабилитации, но и за ее пределами.

Исследование позволило выделить 4 группы родителей:

**I. Эксплицитно-Конфликтная (Э-К)** группа составляет 7,5 % от всей выборки (9 семей). К этой группе относятся очень активные родители, демонстрирующие «психопатоподобное» поведение. Такие родители выказывают участие во всех (даже самых незначительных) ситуациях, касающихся не только собственного ребенка, но и других детей палаты или отделения. Однако при внимательном рассмотрении мотивов их поступков, выявляется формальность в выполнении всех назначений врачей, непонимание смысла предлагаемых действий и манипуляций в реабилитационном процессе, быстрая потеря интереса к проблеме, если это не касается собственного ребенка (мнимое участие). Зачастую такие родители считают, что они знают всё лучше, как лечить и как реабилитировать. Они нарушают «ролевые» и личностные границы лечащих врачей, специалистов и персонала, начинают давать всем советы. В ситуациях назначений или рекомендаций такие родители начинают возражать и спорить: «Я же лучше знаю своего ребенка». С психологической точки зрения также можно наблюдать частую неосознанную подмену принятых прежде решений и патологический механизм смещения мотива действия на его цель. Всё это неминуемо приводит к путанице и проблемам в лечебном процессе.

В зависимости от собственных нравственных установок и воспитания такие родители могут начать жаловаться на врачебный и сестринский персонал вышестоящему руководству, обесценивая труд всех и даже того, кому жалуются. Достигнутые результаты таких жалоб, тем не менее, не приносят им удовлетворения, так как возникают следующие эпизоды недовольства. В результате такого поведения на протяжении всей госпитализации ребенка родители постоянно конфликтуют как с работающей командой специалистов, так и с персоналом. Выписка таких семей, как правило, приносит всем облегчение.

Из всей реабилитационной команды можно выделить единичных специалистов, кому удается хотя бы кратковременно найти общий язык этой группой родителей. Здесь необходимо понимать, что через непродолжительное время и этот контакт будет распадаться из-за нестойкости и неоднозначности позиции родителя, его неуважения к мнению другого и постоянного обесценивания труда и позиции других.

Основное внимание таких родителей, несмотря на их постоянные декларации, неосознанно направлено не на самого болеющего ребенка, а на обстановку вокруг, на «внешних врагов». Бессознательно такие родители начинают защищать ребенка от других и от врачей в том числе, оказывая тем самым постоянное сопротивление лечебному процессу и реабилитации. Такая постановка вопроса отнюдь не способствует активной реабилитации, являющейся совместным, содружественным процессом, и в результате такой борьбы страдает именно ребенок. Однако не надо отметать неимоверные усилия родителей, которые могут иногда привести к хорошим результатам восстановления у детей после травм.

**II. Пассивно-Равнодушная (П-Р)** группа составила 11,7 % от всей выборки (14 семей).

В противоположность предыдущей группе данная группа пассивна — она не принимает участия ни в жизни других детей, ни в жизни собственного ребенка. Такие мамы обычно сидят в коридоре с другими родителями, а не в палате рядом с собственным ребенком, на занятия со специалистами реабилитации не ходят и вопросов о ходе реабилитации не задают. Выполнение назначений врачей и специалистов происходит формально и бессмысленно, поэтому обычно начинает контролироваться лечащими врачами.

В беседе такие родители всегда соглашаются, эмоционально не включаются в разговор, ведут беседу формально. У врачей складывается впечатление, что они своим приходом отвлекли маму от «важного чаепития» или разговора по телефону. Любая информация, касающаяся ребенка, куда-то бесследно проваливается, полноценного контакта с такими родителями ни у кого из членов реабилитационной команды не выстраивается. Зачастую от врачей можно услышать о родителях такие отзывы: «Глупые родители».

Данная группа родителей практически никогда не отстаивает своего мнения и интересы собственного ребенка. Любое информирование таких родителей наталкивается на позицию соглашательства и «спокойного» ожидания, когда всё для ребенка сделают другие. Конфликтных ситуаций и прений с родителями данной группы не возникает.

Как следствие, реабилитация ребенка после травм, приводящих к инвалидизации, у таких родителей идет по сценарию спонтанного, неконтролируемого восстановления, отягощенного присоединением к первичному повреждению вторичных осложнений (пролежней, воспалений, инфекций и пр.).

**III.** Самая распространенная **Активно-Неконфликтная (А-Н)** группа — 72,5 % всей выборки (87 семей).

Это не только самая многочисленная, но и наиболее благоприятная группа по выхаживанию и восстановлению детей после тяжелых травм.

Первоначально данная группа демонстрирует так называемое «неврозоподобное» поведение. Они сильно переживают ситуацию с ребенком, много плачут, но в дальнейшем достаточно быстро проходят следующую фазу — агрессии и недовольства окружающими, однако надолго «застревают» на фазе депрессии *(Э. Кюблер-Росс).*

Родители данной группы независимо от ситуации практически на всех этапах реабилитации чувствуют свою ответственность и вину за происходящее с ребенком. Чувства ответственности и вины «заставляют» их быть активными в процессе реабилитации и внимательными к ребенку. Они искренне и тонко переживают сложившуюся ситуацию. Включенность родителей не является формальной, это не просто выполнение предписаний, а конструктивное понимание смысла происходящего в контексте болезни ребенка.

Родители этой группы не подменяют непосредственное взаимодействие с ребенком контактами с членами команды, т. е. механизма «смещения мотива на цель» не наблюдается. Они приверженцы совмещения созидающей деятельности с собственной личной ответственностью. Конфликт с членами реабилитационной команды для них недопустим и неестественен. Свои непонимания или сомнения такие родители выражают прямо, но уважительно, выясняя причину и пытаясь найти конструктивное решение для дальнейшего взаимодействия на пользу ребенка.

Обычно такие родители думают не только о собственном благополучии, но и задумываются о других детях, попавших в ситуацию болезни.

У всей реабилитационной команды, работающей с семьей, не возникает ощущения непонимания родителями требований и рекомендаций. Родители всегда готовы прислушаться к мнению специалистов, могут высказывать свои пожелания только в мягкой и корректной форме. Так, например, такие родители быстро и своевременно дают согласие на оперативные вмешательства, не препятствуют нововведениям в реабилитационном процессе и пр. Контакт родителей и команды складывается всегда на любом этапе восстановления ребенка.

Из всего вышесказанного понятно, что такая система взаимоотношений и правильного восприятия является максимально эффективной для восстановления ребенка после травм, приводящих к тяжелой инвалидизации, несмотря на уровень и глубину первичного повреждения. Про таких родителей врачи любят говорить: «Это — хорошие родители».

**IV. Латентно-Конфликтная (Л-К)** группа составляет всего 8,3 % от всей выборки (10 семей).

Эта группа является наиболее трудной в психологической диагностике, так как иллюзорно демонстрирует позицию соглашательства и псевдоправильное понимание всего процесса реабилитации. Например, среди родителей детей после тяжелых повреждений головного мозга это наиболее редко встречаемая группа, однако наиболее запоминающаяся по степени потрясения и стресса, оказываемого на всех участников реабилитационной команды.

Родители данной группы первоначально стараются максимально участвовать во всех реабилитационных процедурах. Однако достаточно быстро в манере их поведения появляется отстраненность и «само собой разумеющееся» вверение ребенка другому. Родители задают много вопросов о ходе занятий, но вопросы носят демонстративный и «выведывающий» характер, так как выполнения предписаний специалистов и следования рекомендациям относительно болеющего ребенка в реальности не происходит. Так, например, родителям можно много раз говорить о том, что ребенка в вегетативном состоянии необходимо больше высаживать в кресло-каталку или вертикализировать, привезти ему из дома «нормальную» одежду. Но реальные действия такими родителями будут выполняться только при неоднократных и настоятельных указаниях и просьбах со стороны врачей и персонала.

Основная активность данной группы родителей направлена на решение сложной ситуации с ребенком не через непосредственное взаимодействие с ним и уход, а через внешнее давление на врачей (психологический механизм гиперкомпенсации). В данной ситуации будут привлекаться различные высокопоставленные связи и использоваться все допустимые и недопустимые рычаги давления (эффект непринятия ситуации болезни).

Первоначально все специалисты команды говорят об «интеллигентных, хороших родителях», которым тяжело принять произошедшую с ребенком ситуацию. Родители демонстрируют максимально полный и хороший контакт со всеми членами реабилитационной команды, достаточно быстро соглашаются и демонстрируют полное принятие любой информации о ребенке.

Однако по прошествии некоторого времени (1,5–2 месяца) поведение и эмоциональная ситуация для родителей остается неизменной независимо от работы психолога и всех специалистов.

В дальнейшем становится очевидным, что контакт со специалистами является лишь ширмой, иллюзией, так как выполнения необходимых, а иногда и жизненно важных действий по отношению к болеющему ребенку со стороны родителей не происходит.

Псевдовидимость и иллюзорность нормального взаимопонимания и контакта сопровождается неожиданными для всех жалобами и серьезными последствиями для клиник. Скрытая, латентная конфликтность проявляется именно не в прямом обращении к специалистам и непосредственному руководству, а через министерства, департаменты, правительства, руководство других институтов, журналистов и пр. институтов воздействия. Обвинения, как правило, не имеют никакого отношения к реальной ситуации реабилитации болеющего ребенка, а носят неадекватный характер, не имеющий места в клинической ситуации (например, сломали руку ребенку на массаже и пр.).

Возникновение жалоб и ложных обвинений специалистов реабилитационной команды и врачей становится полной неожиданностью и «шоком» для всех, так как родители не говорят прямо «в лицо», а действуют скрытно, используя искаженную информацию. Жалобы и ложные обвинения начинают сыпаться как «гром среди ясного неба». Зачастую из-за абсурдности или шокирующей несуразности выдвигаемых обвинений врачи и члены реабилитационной команды личностно «ранятся» о данный конфликт, теряя свою профессиональную позицию и отстраненность.

Трудность психологической диагностики таких родителей заключается именно в том, что они первоначально демонстрируют максимальное понимание ситуации ребенка и хороший контакт с лечащими врачами, не идут на открытый конфликт с врачами и персоналом.

Внимание таких родителей при манифестации постоянного участия, направлено не на самого болеющего ребенка, а на поиск внешних опор и помочей. Внешняя активность является для них гиперкомпенсацией в сложной субъективно не принятой ситуации. К сожалению, ребенок при этом восстанавливается спонтанно в рамках полученного повреждения или травмы, а отсутствие внимания к этим процессам приводит к присоединению вторичных инфекций и телесных изменений, которых можно было избежать.

**\*\*\***

 Таким образом, анализ участия и конфликтности родителей в ситуации травм, повлекших тяжелую инвалидизацию ребенка, позволил выделить 4 группы родителей:

— Эксплицитно-Конфликтную группу (Э-К);

— Пассивно-Равнодушную группу (П-Р);

— Активно-Неконфликтную группу (А-Н);

— Латентно-Конфликтную группу (Л-К).

Наиболее часто встречаемой является группа Активно-Неконфликтных родителей (72,5 %). Данная группа максимально эффективно принимает участие в восстановлении собственного ребенка (с учетом первичных повреждений), выполняет предписания и прислушивается к рекомендациям специалистов реабилитационной команды, участвует во всевозможных исследованиях и внимательна к другим болеющим детям.

Конфликтные родители представлены 15,8 % из всей популяции. Конфликтность авторами статьи рассматривается не только как отстаивание интересов своего ребенка, а как гиперкомпенсаторное поведение, при котором создается иллюзия активной деятельности вокруг ребенка, где ребенок в реальности вычеркивается из поля внимания (патологический механизм смещения мотива на цель).

Необходимо отметить, что 27,5 % всей выборки родителей неадекватно, «условно» и формально участвуют в процессе реабилитации болеющих детей. Восстановление ребенка в таких условиях при всех усилиях реабилитационной команды, к сожалению, не является эффективным.

Выделение отдельных групп родителей позволяет определить ожидания врачей и последствия данного взаимодействия. Так, при общении и взаимодействии с Латентно-Конфликтной группой родителей вероятность жалоб и получения искаженной информации со стороны значимо велика. Такие родители, как правило, обращаются не напрямую к врачам, а в вышестоящие инстанции, в суд или к журналистам. При общении с Эксплицитно-Конфликтной группой можно ожидать многочисленных конфликтных ситуаций во время госпитализации ребенка. Однако зачастую, несмотря на все свои претензии, эти родители пытаются вернуться на повторную госпитализацию. При повторных реабилитационных курсах они опять начинают предъявлять жалобы и претензии к работе всех специалистов практически без исключения.

Авторы надеются, что данная работа поможет специалистам, работающим с детьми после травм, приводящих к тяжелой инвалидизации, быть готовыми к разным формам общения с родителями и прогнозировать свои ожидания.

**Библиографический список**

1. *Акуленкова М. В. Семейное совладающее поведение как фактор адаптации пациента к ситуации острого заболевания // Материалы IV Международного конгресса «Нейрореабилитация-2012». — М., 2012. — С. 5.*
2. *Быкова В. И., Фуфаева Е. В., Львова Е. А. Психологический контекст реабилитации родителей в ситуации тяжелой черепно-мозговой травмы. Ранняя психологическая реабилитация детей с тяжелой позвоночно-спинальной травмой // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А. Л. Поленова. — Т. 5. Специальный выпуск. Сборник тезисов. — СПб., 2013. — С. 335, 347.*
3. *Быкова В. И., Лукьянов В. И., Фуфаева Е. В.,Семенова Ж. Б., Валиуллина С. А. Особенности характерологических черт, тревожности и копингповедения родителей детей с тяжелой черепно-мозговой травмой // Детская и подростковая реабилитация. — 2013. — № 2 (21). — С. 46–53.*
4. *Давыдкин Н. Ф., Новоконов Г. Г., Черных Е. Ф. Роль родственников в организации лечебного и реабилитационного процессов больных церебральным инсультом // Материалы IV Международного конгресса «Нейрореабилитация-2012». — М., 2012. — С. 29.*
5. *Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. — М.: София, 2001.*
6. *Шутценбергер А. А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. — М.: Психотерапия, 2011.*