

© Коллектив авторов, 2012

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В.И. Быкова, Ж.Б. Семенова, Е.В. Фуфаева, Е.А. Львова, С.А. Валиуллина

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Статья посвящена особенностям психологической реабилитации детей после тяжелой черепно-мозговой травмы, начиная с этапа ранней реабилитации. Обобщается опыт работы с семьями детей после тяжелой черепно-мозговой травмы, начиная с раннего этапа восстановления (острый период) до момента выписки ребенка из клиники. Уделяется особое внимание участию родителей в процессе восстановления детей. Включенность родителей в реабилитационный процесс может улучшить его результативность и качество. К сожалению, имеют место и отрицательные результаты, полученные, в том числе, и от неправильной вовлеченности родителей в ситуацию болезни ребенка, отказа от оперативных вмешательств и пр. Становится очевидной необходимость информационно-психологического сопровождения родителей при долгой болезни ребенка, подготовка их к возможной инвалидизации ребенка после тяжелой травмы головы. Приводятся некоторые психологические особенности восстановительного процесса у детей-подростков после ТЧМТ.

Ключевые слова: *тяжелая черепно-мозговая травма, дети, подростки, психология, реабилитация, родители.*

The paper addresses the specific features of psychological rehabilitation of children after severe craniocerebral trauma (SCCT) including the earliest stages of rehabilitation. The experience of dealing with families of children with SCCT from the very onset of rehabilitation (acute period) till patient discharge from hospital is reviewed with special attention to the involvement of parents in rehabilitation of their children, which may improve rehabilitation results and quality. Unfortunately, negative outcomes are possible when parents involvement is inadequate, e.g., they refuse from operation etc. Counseling of and psychological support to parents including their adaptation to possible debilitation of their child are necessary, especially upon prolonged recovery after SCCT. Some psychological aspects of rehabilitation of adolescents after SCCT are Also considered.

Key words: *severe craniocerebral trauma, children, adolescents, psychology, rehabilitation, parents.*

В существующих на сегодняшний день определениях реабилитации [11] **восстановление** представляется как воссоздание прежней и возможной целостности человека, возвращение ему былой завершенности и прежнего образа.

Медицина при возникновении декартового (картезианского) подхода пошла по пути узкой, предметной направленности, четкой каузальности и доказательности. Декартов подход, а также накопленный огромный объем знаний о человеке привели к возникновению субъект-объектных отношений между врачом и пациентом, где субъектом выступает врач, а объектом воздействий, манипуляций и исследований является болезнь или болеющий орган [3].

Психология — наука гуманитарная и делает в большей степени акцент на субъект-субъектные отношения, где индивидуальность психолога обращается к индивидуальности пациента [4, 5, 8].

Реабилитация — раздел медицины, где могут и должны сочетаться различные подходы и взгляды, объединенные одной общей парадигмой — воссоздание целостности человека, утерянной в результате травмирующего события. Наиболее ярко это проявляется при восстановлении пациентов, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму (ТЧМТ) [7, 10].

Событие черепно-мозговой травмы снижает, а иногда даже и нивелирует прежние физиологические, двигательные, когнитивные и личностные возможности человека. Оно также разрушает и прежнюю целостность семьи. В нарушенной семейной связанности меняются прежние, привычные отношения, приоритеты и смысловые иерархии.

В реабилитации больных и семей в острый период после ТЧМТ важна взаимодополняемость всех специалистов, работающих на восстановление пациента в составе реабилитаци-

онной команды (принцип конвергентности). Целостность, воссоздаваемая в команде, делегируется в процессе реабилитации пациенту и его семье. В командной работе нейрохирург стремится восстановить анатомическую целостность пациента; врач ЛФК — физическую, двигательную; нейропсихолог — когнитивную; медицинский психолог — личностную. В задачи медицинского психолога также входит работа с семьей, направленная на воссоздание возможной и доступной семейной завершенности и «объемности».

При совместной работе разных специалистов возникает насущная необходимость в формировании одного единого взгляда на пациента. Это вырабатывается коллегиально в общих совместных обсуждениях на каждом этапе процесса восстановления. Необходимо также правильное формулирование общего мнения команды, нахождение адекватных, доступных форм информирования пациента и его родственников (родителей).

Реабилитация после ТЧМТ разворачивается в довольно широких временных рамках и наиболее эффективна в первые 3 мес после момента травмы. Восстановление пациентов (двигательное, когнитивное) может продолжаться до 7 лет, в течение которых происходит прирост возможностей пациента, уменьшение и (или) нивелирование его дефектов.

Длительность реабилитационного процесса диктует необходимость поэтапной постановки целей, определения задач и выстраивания адекватной смысловой иерархии на каждом этапе восстановления.

Реабилитация после травмы головного мозга должна носить индивидуальный характер и выстраиваться для каждого отдельного пациента персонально с опорой на его особенности, невозможности и нарушения. Немаловажную роль здесь играет помощь и участие семьи больного.

В круг задач, встающих перед медицинским психологом в соматической клинике, входят:

1. психологическое ведение пациентов в стрессогенной ситуации, которой может явиться факт госпитализации (например для детей) и (или) постановка диагноза, угрожающего

жизни, изменяющего прежнее качество жизни, а также пребывание в больнице без родителей;

2. психологическая подготовка пациентов и их родственников к оперативному вмешательству; переход от позиции «соглашательства» с мнением врача к позиции «собственного принятия решения» и принятия факта операции;

3. психологическое сопровождение родственников, родителей в сложной и (или) долгой ситуации болезни близких; выстраивание адекватного уровня ожидания, поэтапная постановка промежуточных целей реабилитации, создание прочной и позитивной мотивации на восстановление, нахождение внутренних ресурсов;

4. работа с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), возникающим в ситуациях неожиданной болезни или переживанием событий, повлекших заболевание и др.;

5. катамнестические исследования эмоционально-личностной и мотивационной сфер в научно-исследовательских целях.

Необходимо также отметить, что особенностью психологической работы в соматической клинике, по мнению различных авторов [2, 6, 7], является работа без запроса со стороны пациентов и их родственников. Это в значительной степени затрудняет работу медицинского психолога, так как приходится устанавливать психологический контакт с родителями через преодоление сопротивления и требует от специалиста достаточно высокого уровня внутренней устойчивости, чтобы принять от родственников иногда и отказ от работы.

Практически в половине случаев психологическая работа позиционируется не как терапевтическая сессия или психологическая интервенция, а как просто разговор [1, 2].

В работе психолога в структуре черепно-мозговой травмы с детьми мы можем выделить две психологические мишени: психологическое ведение детей с ранних этапов восстановления сознания и психологическое сопровождение родителей или родственников. Поскольку каждая семья представляет собой целостный организм, то для оказания адекватной и максимально эффективной помощи психологу необходимо работать не только с детьми, но и с их близким окружением.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что адекватное участие родителей — их вовлеченность в процесс реабилитации, информированность, правильный уровень ожидания и простроенность целей — играет отнюдь не последнюю роль в работе всей реабилитационной команды, где каждый специалист решает свою определенную задачу по восстановлению болеющего ребенка.

На сегодняшний день выделяют несколько проблем, возникающих в семьях детей после ТЧМТ:

1. разрушение прежней целостности семьи, прежней иерархии ценностей и смыслов;
2. нарушение внутреннего хронотопа; понятие «хронотоп» отражает аспекты субъективной картины мира человека или целого социума; у родителей детей-травматиков в восприятии течения времени нарушается проницаемость границ между прошлым, настоящим и будущим; происходит практически полное игнорирование настоящего, «вычеркивание» его из жизни семьи и замещение образа будущего прошлыми воспоминаниями о том, каким был ребенок до болезни [1];
3. отсутствие видения реабилитации как процесса, развернутого во времени, не имеющего определенных, четких прогнозов или границ;
4. несформированность адекватных задач и промежуточных целей на каждом этапе восстановления;
5. завышенный уровень ожиданий;
6. сложность в принятии реальных событий, происходящих с ребенком;
7. образование стереотипичных поведенческих паттернов на каждом этапе восстановления.

Далее приводится таблица для сравнения двух клинических случаев при ТЧМТ, где мы попробовали представить информацию в единой таблице для более наглядной демонстрации факторов, влияющих на ситуацию восстановления в целом. Приведенные данные позволяют нам наиболее полно и тонко проанализировать не только врачебную, но и психологическую составляющую процесса восстановления детей после ТЧМТ в острый период, а также роль отношений и участия родителей.

Из приведенных выше данных видно, что участие и адекватная включенность родителей в процесс восстановления детей после травмы головного мозга является одним из немаловажных факторов, влияющим на результат реабилитации в целом. Участие родителей, мера и их адекватность [11, 12], может как содействовать, так и, к сожалению, препятствовать процессу восстановления болеющего ребенка.

Опыт работы с родителями детей после ТЧМТ позволил нам очертить круг психологических задач в сопровождении родителей:

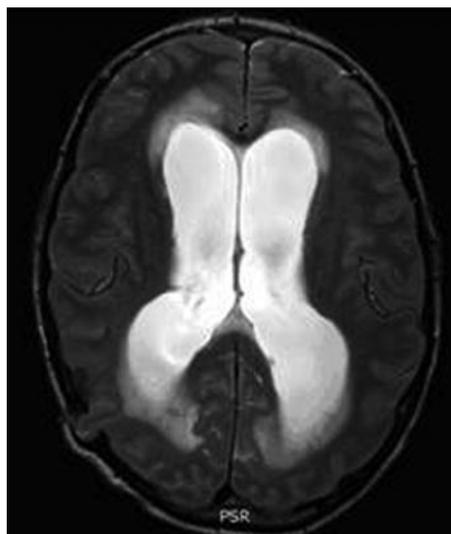
1. информационно-психологическое сопровождение — осведомление родителей с историей протекания болезни на каждом этапе восстановления;
2. формирование у родителей позиции принятия ребенка другим после перенесенной травмы;
3. восстановление целостности хронотопа, что позволяет активировать компенсаторные и адаптационные механизмы у родителей;
4. четкое выстраивание целей на каждом этапе реабилитации, формирование задач и коррекция уровня ожиданий;
5. нахождение внутренних ресурсов родителей для проживания сложной затянувшейся ситуации болезни ребенка;
6. психологическая работа с ПТСР и длительным стрессом;
7. оказание персональной психологической помощи родителям (при запросе).

В НИИ неотложной детской хирургии и травматологии мы провели обследование и психологическое сопровождение 13 семей детей-подростков (12–17 лет) в остром периоде после ТЧМТ. Психологические занятия проводились 3–5 раз в неделю. С каждым ребенком было проведено от 9 до 34 занятий в зависимости от времени госпитализации. Занятия начинались с этапа вегетативного состояния или минимального сознания на 9–25-е сутки после травмы вне медикаментозной седации в отделениях нейрохирургии или реанимации.

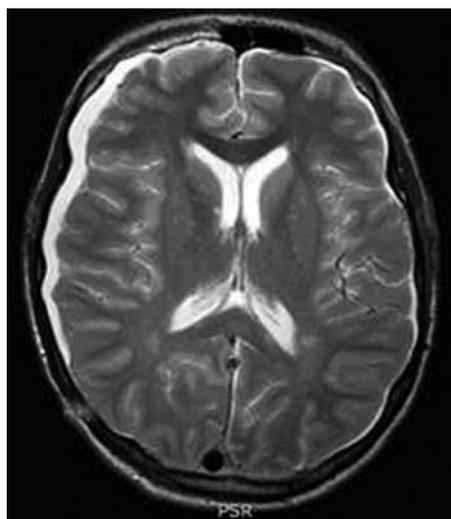
Данный опыт позволил нам выделить некоторые общие психологические особенности восстановительного процесса у детей-подростков после ТЧМТ.

Сравнение результатов лечения

Параметры сравнения	Пациент А	Пациент В
Состояние при поступлении	При поступлении: кома 2, ШКТГ — 4–5 баллов	При поступлении: кома 2, ШКТГ — 4–5 баллов
Данные томографии головного мозга при поступлении в стационар	Перелом скулоорбитального комплекса. Перелом всех стенок левой верхнечелюстной пазухи. Последствие ушиба правого полушария мозжечка в виде кистозно-глиозной трансформации. Напряженная гидроцефалия. Перивентрикулярный отек. Хроническая гематома правой гемисферы мозжечка. Тромбоз правого поперечного синуса. Открытая посттравматическая гидроцефалия. Сфеноидит. Двусторонний петрозит, мастоидит (рис. 1, а, б)	Сложный открытый многооскольчатый перелом костей лицевого скелета и основания черепа. Вдаленный оскольчатый перелом лобной кости и глазной орбиты, повреждение стенок левой орбиты, открытый перелом дна передней черепной ямки. Субарахноидальное кровоизлияние, травматическая субдуральная гигрома справа, над правой лобной долей. Геморрагический ушиб мозжечка с кровоизлиянием в ножки мозжечка, срединные структуры мозжечка, перифокальным отеком и сдавлением IV желудочка. Диффузный отек головного мозга (рис. 2, а, б)
Общее время госпитализации	57 дней	174 дня
Оперативные вмешательства	1. Фрезевые трепаниционные отверстия с двух сторон, постановка датчика внутричерепного давления (2-е сутки после травмы) 2. Постановка шунта (38-е сутки после травмы)	1. Постановка ликворного дренажа и его ликвидация
Осложнения в период госпитализации	1. Пневмония	1. Интерстициальный отек легких 2. Микотическая инфекция 3. Пневмония
Состояние сознания при выписке	Ясное сознание с элементами спутанности на фоне утомления	Вегетативный статус
Занятия с психологом	13 сеансов с ребенком и психологическое сопровождение родителей	Отказ от работы с психологом
Психологические особенности родителей	Повышенная конфликтность и тревожность матери ребенка	Бесконфликтность родителей, нежелание услышать «другое» мнение о лечении
Совместная работа реабилитационной команды и родителей	1. Выстраивание сотрудничества родителей и команды 2. Согласие родителей на оперативные вмешательства 3. Взаимодополняемость всех членов реабилитационной команды, адекватные и бесконфликтные отношения в реабилитационной команде	1. Отсутствие сотрудничества между родителями и командой 2. Отказы от оперативных вмешательств 3. Многократное возникновение спорных и конфликтных ситуаций внутри реабилитационной команды, возникновение полярных мнений о течении восстановительного процесса



а

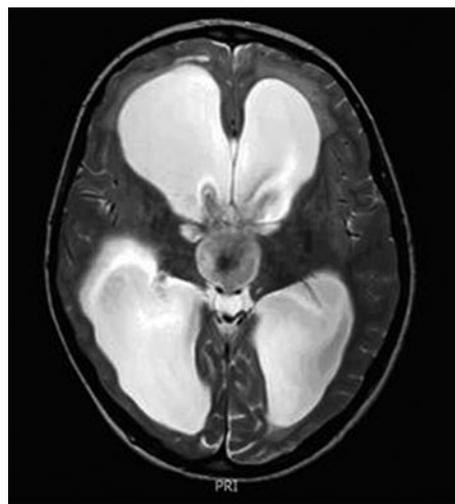


б

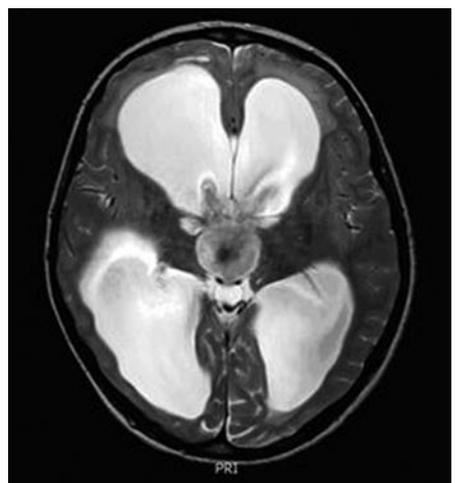
Рис. 1. Двусторонний петрозит, мастоидит.
а — на 30-е сутки после травмы; б — при выписке.

1. Восстановление сознания (по классификации Т.А. Доброхотовой) [9] проходит через стадию двигательного беспокойства и спутанности сознания. Такое состояние было отмечено у всех подростков вне зависимости от характера травмы и локализации поражения головного мозга.

2. После ТЧМТ на фоне уменьшения уровня контроля и произвольности происходит актуализация преморбидных особенностей ребенка (характера, темперамента, психологических травм развития и пр.). Все эти особенности



а



б

Рис. 2. Диффузный отек головного мозга.
а — на 25-е сутки после травмы; б — при выписке.

носят более выраженный, акцентуированный характер, чем до травмы.

3. У всех детей после ТЧМТ отмечается значительный регресс психологического возраста, что проявлялось в поведенческих особенностях, эмоциональных проявлениях, а также в снижении широты, глубины и уровня социальных контактов.

4. При восстановлении сознания происходит постепенное расширение возможностей (уровня) контакта с окружающими:

— при появлении желания контактировать с другими людьми ребенок начинает общаться с одним значимым взрослым;

— расширение контакта происходит через желание общаться с другими инвалидизированными детьми или детьми с ограниченными возможностями; здоровые дети не вызывают у ребенка-травматика интерес, однако необходимо отметить, что есть случаи заинтересованности детей-травматиков в общении с детьми до 1 года;

— при достижении ребенком определенных физических и энергетических возможностей контакт может расширяться по времени и числу участников, включать в себя уже здоровых детей своего возраста, однако при острой и подострой фазе восстановления после ТЧМТ контакт со здоровыми детьми будет кратковременным, дети-травматики на этом этапе могут общаться только с одним-двумя сверстниками.

Психологическая реабилитация при ТЧМТ, так же как и при любом другом направлении реабилитации детей, должна начинаться уже на ранних этапах восстановления сознания, с сильно измененными состояниями сознания (сопор, вегетативное состояние, акинетический мутизм) при восстановлении витальных функций. Основная цель психологической работы на urgentном этапе — это оценка возможностей контакта ребенка с окружающим миром и дальнейшее его расширение, а также нахождение внутренних ресурсов ребенка на дальнейшее восстановление.

В НИИ детской неотложной хирургии и травматологии разработан и испытывается тестовый опросник «Карта наблюдений». Данная методика позволяет оценивать коммуникативные возможности и эмоциональную экспрессию у детей после ТЧМТ, начиная с доречевой фазы восстановления сознания. «Карта наблюдений» более чувствительна к различным проявлениям и позволяет ввести более тонкую оценку контакта ребенка в сильно измененном состоянии сознания.

Таким образом, психологическая помощь может начинаться с максимально ранних этапов после травмы головного мозга и должна

охватывать не только самого болеющего ребенка, но и его родителей. Это позволяет наиболее эффективно и успешно проводить реабилитационный процесс, улучшая качество жизни наших маленьких больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Беслан. 5 лет вместе: Сборник материалов специалистов, работавших в Беслане.* — М.: РПК «Агава», 2009. — 200 с.
2. *Венгер А.Л., Морозова Е.И. Экстренная психологическая помощь детям подросткам: Учебное пособие.* — М.: ВНИИ геосистем, 2011. — 172 с.
3. *Братусь Б.С. От гуманитарной парадигмы в психологии к парадигме эсхатологической. Психология и новые идеалы научности: (материалы «круглого стола»)* // *Вопросы философии.* — 1993. — № 5. — С. 3–43.
4. *Братусь Б.С. Аномалии личности.* — М.: Мысль, 1988. — 301 с.
5. *Минделл А. Кома: ключ к пробуждению. Самостоятельная работа над собой: Внутренняя работа со снавидящим телом / Пер. с англ. В. Самойлова.* — М.: АСТ, 2005. — 284 с.
6. *Гусарова С.Б., Игнатъева Н.С., Максакова О.А. Ранняя психологическая нейрореабилитация: работа с пациентами в измененном состоянии сознания* // *Мат. IV Международного конгресса «Нейрореабилитация – 2012».* — 28 с.
7. *Максакова О.А. Сборник статей международной конференции «Восстановление сознания и психической деятельности после травмы мозга: мультидисциплинарный подход».* — М., 2008.
8. *Зайцев О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы.* — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 335 с.
9. *Телесная психотерапия: Бодидинамика / Ред.-сост. В.Б. Березкина-Орлова.* — М.: АСТ, 2010. — 409 с.
10. *Левин П., Фредерик Э. Пробуждение тигра: Исцеление травмы.* — М.: АСТ, 2007. — 316 с.
11. *Райх В. Посмотри на себя.* — М.: Издательская компания «Мир Гештальта», 1997. — 109 с.
12. *Акуленкова М.В. Семейное совладающее поведение как фактор адаптации пациента к ситуации острого заболевания* // *Мат. IV Международного конгресса «Нейрореабилитация – 2012».* — 5 с.