

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего  
образования

«Южно-Уральский государственный университет»  
(национальный исследовательский университет)

Высшая медико-биологическая школа  
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА  
ЗАЩИТЕ

Рецензент, клинический психолог  
ЧГОД помощи онкобольным детям  
«Искорка»

\_\_\_\_\_ О.А. Загоскина

\_\_\_\_\_ М.А. Беребин

\_\_\_\_\_ 2017 г.

2017 г.

ДОПУСТИТЬ К

Заведующий кафедрой  
клинической психологии

\_\_\_\_\_

**Психологическое сопровождение семей,  
имеющих детей с онкогематологическими заболеваниями**

**ПОСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА К ВЫПУСКНОЙ  
КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ  
ЮУрГУ – 37.05.01.2017.909.ПЗ ВКР**

Руководитель работы,  
к. мед. н., доцент кафедры  
клинической психологии  
\_\_\_\_\_ А.В. Штрахова  
\_\_\_\_\_ 2017 г.

Автор работы  
студент группы Мб–660  
\_\_\_\_\_ А.А. Нургалева  
\_\_\_\_\_ 2017 г.

Нормоконтролер,  
психолог кафедры  
клинической психологии  
\_\_\_\_\_ А.А. Сайтгалеева  
\_\_\_\_\_ 2017 г.

Челябинск 2017

## АННОТАЦИЯ

Нургалеева А.А. Психологическое сопровождение семей, имеющих детей с онкогематологическими заболеваниями. – Челябинск: ЮУрГУ, МБ–660, 90 с., 17 ил., 9 табл., библиогр. список – 41 наим., 4 прил., 11 л.

Выпускная квалификационная работа выполнена с целью мониторинга психологической помощи, оказываемой семье больного онкогематологическим заболеванием ребенка.

Работа состоит из трёх глав. В первой главе рассматриваются методологические и организационные аспекты психологического сопровождения. Анализируются факторы, определяющие специфику психологической помощи семье с детьми, перенесшими онкологическое заболевание. Рассматриваются принципы психологического сопровождения и терапевтический отдых как модель психологического сопровождения, принципы организации психологической помощи в рамках данной модели. Итогом анализа теоретических и практических данных становится выделение критериев мониторинга результатов оказания психологической помощи семьям с детьми, перенесшими заболевание, несущее в себе угрозу жизни.

Вторая глава включает в себя планирование исследования, описание целей, задач, предмета и объекта исследования, описание выборки и методов исследования. В третьей главе представлен качественный и количественный анализ результатов исследования отношений и взаимодействия в семье с детьми, переболевшими онкогематологическими заболеваниями, анализ «образа Я» переболевших детей и их сиблингов.

Таким образом, результатом работы является выделение анализ результатов психологической помощи семьям с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания и выделение критериев мониторинга психологического сопровождения семей с детьми, перенёвшими онкологическое заболевание.

**ОБОЗНАЧЕНИЯ И  
СОКРАЩЕНИЯ ВКБ – внутренняя картина болезни.**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	9
1.1 Направления психологического сопровождения семей с детьми, переболевшими онкологическим заболеванием .....	13
1.2 Факторы, определяющие специфику психологической помощи .....	15
1.2.1 Нозоспецифические факторы заболевания с экзистенциальной угрозой .....	15
1.2.2 Опыт преодоления болезни .....	16
1.2.3 Фактор времени начала заболевания и психологические особенности отношений в семье на разных этапах лечения .....	17
1.2.4 Возраст заболевшего ребенка .....	22
1.2.5 Особенности формирования внутренней картины болезни у детей и влияние болезни на потребностно-мотивационную сферу .....	23
1.2.6 Факторы социального окружения и семейной поддержки .....	30
1.2.7 Критерии мониторинга программы психологического сопровождения семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание .....	35
1.3 Терапевтический отдых как модель психологического сопровождения: программа, сконцентрированная на ребенке, её основные принципы построения	36
2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ .....	43
2.1 Цель, задачи, предмет и объект исследования .....	43
2.2 Дизайн исследования .....	43
2.3 Методы и методики исследования .....	46
2.4 Методы математико-статистической обработки данных .....	49
3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	50
3.1. Анализ результатов исследования взаимодействия и отношений в семье в рамках проекта «Мобильная социально психологическая помощь» .....	50
3.1.1 Анализ результатов исследования по методике «Семейная .....	50
3.1.2 Анализ результатов исследования по методике «Нарисуй историю» .....	52

3.1.3 Анализ результатов исследование по методу цветowych выборов.....	56
3.1.4 Анализ результатов исследования по «Шкале семейной адаптации.....	58
и сплоченности» .....	58
3.1.5 Анализ результатов исследования опросника «Взаимодействие   родитель –	
ребенок».....	62
3.1.6 Анализ результатов опросника «Общение в семье» .....	63
3.1.7 Анализ результатов «Братско-сестринских опросника».....	64
3.2 Анализ результатов исследования «образа Я» детей, перенёсших заболевание	
и их сиблингов в рамках программы психологического сопровождения по модели	
терапевтического отдыха.....	65
3.2.1. Анализ результатов исследования по методике «Четыре персонажа» .....	65
ВЫВОДЫ .....	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	74
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК .....	75
ПРИЛОЖЕНИЕ А .....	80
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	85
ПРИЛОЖЕНИЕ В .....	87
ПРИЛОЖЕНИЕ Г .....	89

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Благодаря успехам медицины, в последние десятилетия увеличилась продолжительность жизни детей с онкологическими заболеваниями, а у значительной их части удается добиться практического выздоровления. В Челябинской области ежегодно впервые онкологический диагноз получает 120-130 детей в возрасте от 0 до 18 лет. Около 80% детей выходят в ремиссию (т.е. достигнуто выздоровление, но об устойчивости этого состояния здоровья нельзя говорить до достижения 5 лет ремиссии).

Онкологическое лечение длится от нескольких месяцев для нескольких лет. Это подразумевает воздействие целого комплекса стрессогенных факторов на всех членов семьи, становится очевидна необходимость психологического сопровождения, направленного на минимизацию вреда от полученной во время болезни и лечения психической травмы.

**Объект исследования:** отношения и взаимодействие в семье, столкнувшейся с лечением несущего в себе угрозу жизни заболевания ребенка.

**Предмет исследования:** процесс оказания психологической помощи семьям с детьми, переболевшими онкогематологическими заболеваниями.

**Цель исследования:** мониторинг оказания психологической помощи семье больного онкогематологическим заболеванием ребенка.

### **Гипотезы исследования:**

1) функциональный тип отношений в семье участвует в формировании адекватной внутренней картины болезни.

2) в семьях, имеющих сиблингов, наиболее уязвимым звеном и нуждающимся в психологической помощи является сиблинг.

### **Задачи исследования:**

1) изучить психологические характеристики отношений в семье с детьми, переболевшими онкологическим заболеванием, несущим в себе экзистенциальную угрозу.

2) анализ имеющихся направлений психологической помощи на всех этапах психологического сопровождения семьи.

3) определение критериев оценки результатов психологической помощи семьям, столкнувшимся с лечением онкогематологического заболевания у ребенка.

**Методы и методики исследования:**

1) наблюдение и беседа.

2) проективные методики и опросники.

**Экспериментальная база исследования:** исследование проводилось на базе Челябинского городского общественного движения помощи онкобольным детям «Искорка». В исследовании принимали участие семьи с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания. Важно отметить, что выборку составили семьи, где заболевание имело благоприятный исход. Семьи, потерявшие ребенка или имеющие ребенка, находящегося на паллиативном лечении, не вошли в исследование.

В проекте *«Мобильная социально-психологическая служба»* приняли участие 15 семей с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания со сроком ремиссии от 1 года до 5 лет, 15 переболевших детей в возрасте от 5 до 15 лет и 8 сиблингов в возрасте от 8 до 14 лет. Всего в двух группах детей 7 подростков (12-15 лет)

Выборку в проекте *«Выездной летний лагерь для детей, переболевших онкологическим заболеванием и их сиблингов»* составили 63 ребенка от 7 до 15 лет, из которых 37 человек - дети, перенесшие онкогематологические заболевания и 27 детей – сиблингов.

Из 15 семей 9 принимали участие и в первом, и во втором проектах.

**Достоверность полученных результатов** обеспечивалась использованием сравнительного качественного анализа, а также применением метода статистической обработки данных (критерий  $\varphi^*$  - угловое преобразование Фишера).

### **Научная новизна исследования:**

1) ввиду отсутствия в литературе четких критериев мониторинга оценки результатов психологической помощи, выделенные в данном исследовании критерии, могут использоваться для оценки результатов программы психологического сопровождения семей с детьми, перенёвшими онкологическое заболевание;

2) анализ результатов проведенного исследования обращает особое внимание на необходимость оказания психологической помощи сиблингу;



## 1 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Термин «сопровождение» сегодня очень прочно вошел в отечественную науку и практику работы в различных направлениях педагогики и психологии. Однако до сегодняшнего дня нет единой трактовки этого термина. В нашей работе мы будем рассматривать психологическое сопровождение как особую форму осуществления пролонгированной психологической помощи. В отличие от коррекции оно предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск скрытых ресурсов развития человека или семьи, опору на его (ее) собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для восстановления связей с миром людей. В каждом конкретном случае задачи психологического сопровождения определяются особенностями личности или семьи, которым оказывается психологическая помощь, и той ситуации, в которой осуществляется сопровождение [35].

Итак, можно сказать, что психологическое сопровождение – это:

- во-первых, один из видов психологической помощи, осуществляемой в рамках деятельности социально-психологических служб;
- во-вторых, интегративная технология, сердцевина которой – создание условий для восстановления потенциала развития и саморазвития семьи и личности и в результате эффективного выполнения отдельным человеком или семьей своих основных функций;
- в-третьих, процесс особого рода бытийных отношений между сопровождающим и теми, кто нуждается в помощи.

В основе психологического сопровождения заложены следующие принципы:

- принцип ценности и уникальности личности, приоритета личностного развития потребностей, целей и ценностей его развития. Это означает следование за естественным развитием ребенка; на каждом возрастном и социокультурном этапе онтогенеза сопровождение опирается на те личностные достижения,

которые есть у человека; оно соответствует логике его развития, а не искусственно задает ему цели извне;

- принцип целостности – при любом психологическом воздействии на личность необходимо работать со всей личностью в целом, во всём разнообразии её познавательных, мотивационных, эмоциональных и др. проявлений;

- принцип целесообразности и причинной обусловленности – любое психологическое воздействие должно быть осознанным и подчинено поставленной цели, т.е. специалист должен осознавать, почему и для чего он это делает – причину и цель воздействия;

- непрерывность сопровождение на всех этапах помощи в решении проблемы. Специалист сопровождения прекратит оказание помощи семье только тогда, когда проблема будет решена или подход к решению будет очевиден [31, 33, 35].

### **1.1 Направления психологического сопровождения семей с детьми, переболевшими онкологическим заболеванием**

По форме работы с семьей различают следующие виды организации психологического сопровождения:

- индивидуальное;
- групповое:
  - в закрытой естественной группе (семья.);
  - в открытой группе для людей со сходными проблемами;
  - смешанная форма (индивидуально-групповая);
  - заочная форма (интернет-консультирование).

Направления психологического сопровождения как вида психологической помощи:

- психологическая диагностика;
- индивидуальное психологическое консультирование;
- семейное психологическое консультирование;
- психологический тренинг;

- арт-терапия [14, 15, 19].

Психологическое сопровождение онкологических больных может осуществляться на трех этапах:

1-й этап – при поступлении – знакомство и сбор анамнеза; проведение экспериментально-психологического исследования с целью оценки психического состояния больного, особенностей личности.

2-й этап – во время пребывания в стационаре - изменение отношения к заболеванию, коррекция эмоционально-когнитивных нарушений, обучение психологическим методам саморегуляции, выработка новых жизненных смыслов.

3-й этап – непосредственно перед выпиской и после выписки – беседы с родственниками, тренинги, направленные на преодоление страха повторного заболевания, страха контрольного обследования, участие в групповых программах, где больные делятся своими переживаниями и трудностями, тем самым, оказывая, друг другу поддержку и помощь [19, 25].

Основной ресурс детского развития заключен в ближайшем окружении, а именно – в семье. От родителей, в первую очередь, ребенок должен получать поддержку, представление о самом себе, набор стратегий адаптивного поведения. Соответственно психологическое сопровождение должно быть оказано всей семье. Цель психологической помощи семье - помочь ребёнку и его родителям адаптироваться к новым условиям жизни, социальному пространству, от которого они за время лечения, в связи с длительностью пребывания в стационаре и ограничительным режимом после него отвыкают. Также важно помочь им справиться с последствиями проявления психологических травм, полученных в процессе лечения [14, 20]

Справится с задачами психологического сопровождения в полной мере в стенах государственных учреждений, не представляется возможным. Эти функции на сегодняшний день на себя взяли общественные некоммерческие организации и движения.

## **1.2 Факторы, определяющие специфику психологической помощи**

### **1.2.1 Нозоспецифические факторы заболевания с экзистенциальной угрозой**

Онкологическое заболевание вызывает и обуславливает экстремальное и кризисное состояние заболевшего человека, разрушает привычное существование его и его семьи. Внезапность обнаружения заболевания, характерная для онкологического заболевания, пронзает все существо человека и вызывает шок. В связи с резко изменившейся ситуацией – был здоров, стал смертельно больной – у заболевшего возникает ощущение растерянности, тупика, обесценивания прежнего жизненного опыта. Известие об онкологическом диагнозе — это всегда информация о том, что человек смертен. Принятие такой информации сопровождается переживаниями, которые являются мучительными и предельными по своей силе [4,13, 21].

При оценке психотравмирующей ситуации, связанной с онкологическим заболеванием, основное значение для больных имеют следующие факторы:

1) данные, способствующие формированию чувства утраты контроля над происходящими событиями: субъективно тяжелые проявления основного заболевания, неблагоприятный прогноз, запоздалая диагностика, мало разработанные методы лечения для некоторых форм онкопатологии, преобладание нерадикальных методов лечения, частые повторные курсы химиолучевой терапии. Невозможность контролировать свою жизнь в болезни может приводить к потере жизненной перспективы, смысла жизни;

2) влияние общественных представлений о мучительности и опасности для жизни данного заболевания, определяемое семантикой болезни;

3) наличие существенных ограничений, налагаемых на бытовую и профессиональную деятельность и существенно меняющих качество жизни;

4) хронический характер заболевания, и, несмотря на время, прошедшее после завершения лечения, переживание больным ощущения постоянно угрозы

собственной жизни остается. Онкологическому больному никто и никогда не может дать гарантии окончательного выздоровления, вся его дальнейшая жизнь проходит под знаком неопределенности.

5) При заболевании актуализируются экзистенциальные проблемы (конечность жизни, одиночество, смысл жизни), которые здоровыми людьми часто не осознаются, и в обычной жизни, до болезни, им нередко не уделяется внимание. Переживание экзистенциальных проблем придает душевным страданиям больного тягостный характер. Экзистенциальное одиночество переплетается с социальной изоляцией: окружающие часто не знают, как себя вести, хотя и имеют готовность оказать помощь заболевшему. При этом сам больной порой не хочет принять предлагаемую ему помощь, поскольку находится в состоянии погруженности в свои переживания [4, 21, 23 – 25, 28, 40].

Специфика угрожающих жизни болезней состоит в том, что угроза исходит не из внешней среды, как при других травмах, а изнутри организма – ее нельзя «отделить» от индивида. Эти факты качественно отличают переживания человека, у которого диагностировали онкологическое заболевание, от людей, перенесших событийный стресс, и обуславливают специфичность механизмов развития посттравматических состояний. Однако некоторые аспекты лечения онкологических заболеваний также могут выступать в качестве событийного стресса – операция, прохождение постоперационной терапии – и являться дополнительным или самостоятельным источником стрессового воздействия [22, 28, 32, 34].

### **1.2.2 Опыт преодоления болезни**

Жизненный путь ребенка невелик, ему труднее, чем взрослому, сопоставить текущую ситуацию с ранее пережитыми обстоятельствами. Поэтому пережитое ребенком недавно может наложить серьезный отпечаток на его переживание болезни. Отрицательную роль могут сыграть наблюдаемые ребенком обострения тяжелых заболеваний у живущих совместно с ним родственников. Собственные

болезни, перенесенные в раннем детстве, не накладывают значительного отпечатка на переживание текущего расстройства, в то время как недавние болезни, воспринятые как угроза, оказывают значительное влияние [12, 38].

На ребенка может повлиять атмосфера беспокойства и тревоги, царящая в семье из-за появившегося у него заболевания. Информацию о болезни дети могут получить из различных источников – от родителей, сверстников, учителей, средств массовой информации. Для ребенка наиболее значимы сведения, которые он получает от родителей. Утрированное беспокойство о ребенке, проявляемое тревожными родителями, может привести к возникновению неадекватной пессимистичной оценки заболевания. Для детей с тяжелым хроническим заболеванием особое значение имеют врач и медсестра, в этих случаях информация от родителей менее существенна. Поэтому медицинским работникам необходимо учитывать, что любое их суждение о болезни может быть воспринято ребенком на веру и стать составной частью его переживания болезни [1, 12, 22, 39].

### **1.2.3 Фактор времени начала заболевания и психологические особенности отношений в семье на разных этапах лечения**

Психологические проблемы в семьях детей с онкологическими заболеваниями во многом универсальны. Но немаловажно, что наличие в каждой семье собственной истории, способов коммуникации, сформированных паттернов поведения заставляет говорить о существовании индивидуальных для каждой семьи особенностей проблематики [19, 25].

Можно выделить и обобщить характерные психологические проблемы на разных этапах, а именно, постановки диагноза, лечения и ремиссии:

- 1) стадия постановки диагноза и госпитализации.

На стадии постановки диагноза и первое время госпитализации, родители и дети справляются и реагируют на происходящие по-разному. У родителей, как правило, реакцией на онкологический диагноз являются шок, дезорганизация,

страх, фрустрация. В это время семья находится в остром переживании горя, в состоянии шока и дезориентации [4, 31].

У ребёнка же актуализируются переживания, связанные с изменением физического состояния и резко изменяющихся привычных условий жизнедеятельности. Кроме того, может присутствовать чувство страха. Оно может быть связано как с неопределенностью ситуации, так и с не всегда адекватными реакциями окружающих его взрослых, многие запрещающих и не говорящих о заболевании. В этих условиях ребёнок не понимает конкретно, что с ним происходит, но по реакциям взрослых чувствует серьезность своего недомогания. Психологическом сопровождении семьи специалистом-психологом на данном этапе сводится к:

- контейнированию тревоги членов семьи;
- эмоциональной поддержке;
- помощи в восстановлении контакта с реальностью [19, 20, 25].

2) стадия госпитализации и лечения.

На стадии госпитализации и лечения заболевания, динамика психических реакций родителей и ребёнка меняются. На первый план выходят реакции на течение заболевания, на изменившиеся условия жизни, окружающей среды, болезненные процедуры и процесс лечения, перераспределение обязанностей внутри семейной системы. В этот период актуализируется чувство вины - как у родителей, так и у ребёнка. Только у родителей оно берёт своё начало из ощущения себя виновным в причине заболевания своего ребёнка. В детском же восприятии это чувство находит отражение в самообвинении себя в переживаниях родителей, которые в этот период постоянно находятся рядом с ним. Часто у ребёнка нет четкого понимания причин страдания родных ему людей. Поэтому единственное объяснение происходящему – виновность его самого. Следовательно, даже похожие по своему ощущению переживания и психоэмоциональные состояния имеют разную причину возникновения, что в свою очередь определяет направление работы психолога [10, 33, 38, 41].

На этом этапе у родителей на фоне сильной тревоги за жизнь своего ребёнка, возникает желание защитить его от всевозможных опасностей. Постепенно по мере улучшения самочувствия в процессе курса лечения дети пытаются проявлять большую самостоятельность в своей жизнедеятельности. Сталкиваясь с гиперопекающей позицией родителя, ребёнок, как правило, чувствует неудовольствие, что проявляется в частых напряжениях детско-родительских отношений на этом этапе [2, 19].

В этот период психоэмоциональное состояние детей и родителей напрямую зависит от успешности хода лечения – благоприятный прогноз и хорошие результаты терапии, как правило, способствуют улучшению настроения, повышению жизненной активности. Эмоциональная стабильность у детей в подобных случаях нарушается, как правило, не столько из-за ухудшения собственного самочувствия, сколько из-за наблюдаемых ими признаков угнетенного состояния у родителей при отсутствии эмоционального контакта с ними. Таким образом, мероприятия психологического сопровождения на данном этапе касаются чаще всего:

- психологической помощи, направленной на проработку чувств гнева и вины, как у родителей, так и у детей, с учетом специфики и структуры этих чувств у ребенка и взрослого;
- работы с депрессивными состояниями;
- работы с детско-родительскими отношениями, направленной на минимизацию эмоциональной изоляции, установление адекватной коммуникации, уменьшение родительской гиперопеки, передачу доступной самостоятельности детям;
- выявления ресурсных возможностей данной семьи, на которые могут опираться все её члены, затронутые состоянием переживания горя.

При этом от психолога требуется гибкость в выборе техник и подходов, что связано с динамикой актуального клиентского состояния [2, 10, 19].



3) стадия ремиссии (об устойчивости этого состояния здоровья нельзя говорить до достижения 5 лет ремиссии).

На стадии ремиссии с психологической точки зрения предполагается принятие факта перенесенной болезни, адаптация к изменившимся условиям жизни. Кроме того, требуется двойная перестройка привычного уклада существования – ребенку из-за врачебных ограничений еще нельзя жить как до болезни и уже нельзя жить как в период интенсивного лечения в стационаре. На самом деле эти процессы часто происходят с большими затруднениями из-за многочисленных проблем, с которыми сталкиваются семьи детей онкопациентов. Изменение картины мира у детей и родителей, страх рецидива, боязнь медицинских процедур у детей, возникающие у них многочисленные разнообразные фобии, агрессивные тенденции, трудности обучения - существуют на уровне индивидуумов [11, 21].

Осложнения супружеских, детско-родительских, сиблинговых отношений присутствуют на уровне семьи. Трудности адаптации к социуму, ощущение враждебности окружающих у детей и родителей присутствуют на социальном уровне. Некоторые проблемы детей являются следствием перенесенного оперативного, химиотерапевтического и лучевого лечения, оказывающего влияние на нервную систему, и в большинстве случаев проходят с течением времени и при прохождении соответствующих реабилитационных мероприятий. В основном это мероприятия санаторно-курортного спектра и психокоррекционная работа [2, 10, 22].

Некоторая часть проблем возникает из-за недостаточной функциональности семьи, сложившейся еще до периода болезни. Например, сложности в супружеских отношениях (дистанцирование, конфликты, алкоголизация одного из супругов), обостряющиеся в период госпитализации ребенка и на этапе ремиссии, как правило, имелись в более сглаженной форме и ранее, но в кризисный момент стали более выраженными. Неоправданная с врачебной точки зрения сохраняющаяся долгое время гиперопекающая родительская позиция, вызванная страхом рецидива, может быть следствием:

- непроработанной травмы родителя,
- боязни потери собственного статуса в семье,
- осложнений в супружеских отношениях [10, 19].

На этапе ремиссии особенно ярко прослеживается зависимость эмоционального состояния детей, их способность к адаптации в новых условиях от эмоционального состояния родителей и их стратегий поведения. Так, например, страхи и фобии, нередко встречаемые у детей после перенесенного лечения, часто подкреплены повышенной тревожностью у родителей. Стремление к социальной изоляции, боязнь возвращения в школу больше присущи детям, родители которых склонны прямо или косвенно удерживать ребенка на домашнем обучении как можно дольше. Дети, считающие себя ущербными, в основном, разделяют точку зрения родителей на свои способности после болезни. Несомненно, болезнь часто приносит необратимые или трудноустраняемые изменения в состоянии здоровья ребенка, некоторые ограничения в его деятельности будут присутствовать всю жизнь или долгое время. Но семьи, сумевшие адаптироваться к новым условиям, предлагают ребенку альтернативные способы деятельности, не концентрируясь на упущенных возможностях, что благотворно влияет на самооценку ребенка [4, 25, 29].

Исходя из вышесказанного, на этапе ремиссии стоит несколько задач психологического сопровождения:

- устранение последствий психологической травмы, полученной ребенком;
- способствование его возвращению в социум, к нормальной жизни;
- создание условий для восстановления физического и психического здоровья у родителей;
- устранение последствий психологической травмы, полученной родителями;
- поиск ресурсов внутри семьи для повышения ее функциональности;
- социальная адаптация семьи в целом [4, 10, 19].

#### 1.2.4 Возраст заболевшего ребенка

Задачи восстановления физического и психического здоровья после болезни накладываются на задачи того или иного возрастного периода. Другими словами, ребенок должен не только суметь справиться с травматическими последствиями болезни, но и сформироваться как личность, получить необходимые для полноценной взрослой жизни навыки и опыт. Процесс продолжающегося физического роста и формирования физиологических функций и роста также накладывают отпечаток на процесс восстановления после болезни [1, 12, 21].

Важно знать, в каком возрасте наступило заболевание, как долго продолжалось лечение, на период каких возрастных кризисов пришлось. Для последующего, пост госпитального развития ребенка имеет значение, какой уровень развития он имел до болезни, в какой социокультурной среде находился, лечение какой степени агрессивности получал. Не существует однозначных заключений о влиянии полученного в детском возрасте противоопухолевого лечения, так как детское развитие гетерохронно, различные физиологические и психологические структуры формируются и развиваются с разной скоростью. И, тем не менее, очевидно негативное влияние длительной госпитализации на онтогенез ребенка, особенно, если она приходится на какой-либо возрастной кризис. Кроме того, госпитальные условия не позволяют в полной мере реализовать детям потребность в ведущей деятельности. Также высокий приоритет выздоровления мешает родителям признать потребность детей в занятиях, не относящихся к процессу лечения. Между тем, дети, имеющие возможность реализовывать соответствующую возрасту деятельность, лучше адаптируются к условиям стационара, меньше подвержены депрессивным настроениям, деструктивным импульсам [10, 11, 20].

Можно предполагать, что реализация ведущей деятельности помогает решению возрастных задач, способствует нормальному развитию ребенка. Следовательно, у таких детей меньше риск «пробела» в онтогенезе, им проще

после болезни ресоциализироваться. Можно думать, что поведенческие и эмоциональные сложности, проявляющиеся у переболевших детей, - эгоцентризм, агрессивность, капризность, отсутствие игровых и учебных навыков – возникают, в том числе, на почве «пробелов» в онтогенезе как проявления фрустрации ребенка при невозможности действовать соответственно возрастным нормам [1, 34].

Таким образом, реализуя психологическое сопровождение детей важно учитывать возраст ребенка – как актуальный на момент оказания психологической помощи, так и тот, в период которого проводилось лечение. В поведении, эмоциональных реакциях ребенка, находящегося в ремиссии, нередко прослеживаются возрастные черты периода, в котором началось заболевание. Это положение нуждается в отдельном исследовании и доказательстве, но гипотетически может свидетельствовать о некотором торможении развития ребенка в период заболевания. Кроме того, такое «зависание» в возрасте болезни может быть связано с подкреплением его родителями, которые, опасаясь развития рецидива, склонны относиться к сыну или дочери гиперопекающе. Это, безусловно, инфантилизирует детей, лишает их доступной самостоятельности [12, 43].

### **1.2.5 Особенности формирования внутренней картины болезни у детей и влияние болезни на потребностно-мотивационную сферу**

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни:

1) телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

2) болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе [11, 12].

По сравнению с взрослыми, дети более тяжело переносят боль и страдания, боятся больничной обстановки, медицинских инструментов и манипуляций, хирургического вмешательства. Во многом реакция ребенка на свою болезнь и его поведение в условиях болезни зависят от влияния окружающих, в первую очередь, родителей и врачей. Следует учитывать, что дети повышено внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, переключаются на новую ситуацию. Эти особенности детской психики необходимо использовать при проведении лечения, как с профилактической целью, так и с целью устранения возникших психических нарушений [1, 12].

Лурия А. Р. под понятием внутренней картины болезни (в дальнейшем именуемой ВКБ) подразумевает «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм». Он выделяет такие типы ВКБ, как адекватная, ипохондрическая, истерическая, анозогнозическая. В рамках ВКБ различают:

- чувственный уровень – комплекс болезненных ощущений;
- эмоциональный уровень – переживание заболевания и его последствий;
- интеллектуальный уровень – представления и знания о болезни пациентом и ее реальная оценка;
- мотивационный уровень – отношение к заболеванию, изменение прежнего и создание нового образа жизни, необходимого для выздоровления (в соответствии с представлениями больного) [12, 21].

У детей ВКБ формируется в основном на эмоционально - чувственном (неосознаваемом), а не на логическом (сознательном) уровне. В раннем детском возрасте нет полной психологической внутренней картины переживания болезни, она редуцирована, здесь преобладают чувственный и эмоциональный компоненты. Дети не подозревают об опасности заболевания, у них складывается только внешняя картинка переживания, болезнь воспринимается как ограничение активности: нельзя бегать, прыгать, скакать. Ребенок боится уколов, горчичников и других способов лечения. При хронических заболеваниях у детей ВКБ становится одним из механизмов формирования личности [11, 12, 20, 22].

В старшем дошкольном и младшем школьном возрасте (от 5 до 11 лет) ВКБ остается частично редуцированной и воспринимается как мешающий, ненужный факт – ограничение активности и общения. Важным фактором формирования ВКБ является близкий взрослый (его эмоциональная реакция, оценки, убеждения), а также врачи и медперсонал; они способствуют означиванию телесных ощущений. Факт выписки, купирования боли часто рассматривается ребенком как акт излечения [11, 20, 22].

В предподростковом и подростковом возрасте формируется телесное «Я» как необходимый элемент «образа Я» в целом. Имеется дифференцированное представление о теле, тело обретает язык описания отдельных органов, телесного состояния, телесного самочувствия. Таким образом, в этот период возникает возможность самоанализа, самостоятельного обозначения телесных феноменов.

Имеют значения те фрустрации, которые создает болезнь, особенно при хронизации. Основными преградами для подростка являются:

- дефицит общения со сверстниками, что может быть вызвано характером заболевания (например, стационарное лечение) или устанавливаться произвольно в результате самоизоляции в силу психотравмирующего влияния болезни;
- самоизоляция может приводить к вторичной аутизации и к сильной привязанности к родителям;

- ощущение остановки жизни, т.к. в этом возрасте формируются жизненные планы, а болезнь представляет угрозу для их осуществления [11, 20, 22].

Рассмотрим основные составляющие внутренней картины болезни у детей.

Уровень интеллектуального функционирования. Этот компонент ВКБ определяет, насколько адекватно ребенком воспринимается его физическое «Я», насколько ребенок способен правильно интерпретировать и систематизировать возникающие у него симптомы: общий дискомфорт, болевые ощущения, нарушения функций органов и т.д. Недостаточный уровень интеллектуального функционирования (например, у маленьких детей или умственно отсталых) может приводить как к анозогнозии, так и к гипернозогнозии [11, 20].

Знание о здоровье. Без концепции здоровья трудно построить представление о болезни. Дети 4–9 лет здоровьем считают просто отсутствие болезни, а старшие дети описывают здоровье как приятное состояние – «чувствовать себя превосходно». Устойчивые представления о вероятности заболевания у детей возникают к 7 годам. Интересно, что девочки и старшие дети больше опасаются расстроить здоровье, чем мальчики и младшие дети. Оценивая здоровье, дети 9–11 лет больше ориентируются на соматическое благополучие, подростки 12–14 лет – на социальную активность [11, 12].

Знание о внутренних органах. Для формирования ВКБ важны знания детей о внутренних органах. Если старшие дети судят о значимости органов по их участию в жизнедеятельности организма, то младшие – по тому времени, которое требовалось для ухода за ними; например, ноги могут связываться с постоянной обязанностью их мыть. Дети 4–6 лет относительно верно определяют расположение сердца, расположение других органов редко показывают правильно [10, 11].

Знание о болезни. Для формирования ВКБ важны представления детей о болезнях. Немногие больные 8–12 лет понимают разнообразие причин заболеваний, они еще не могут учитывать ни состояние организма, ни качество

возбудителя. Многие дети считают болезнь наказанием за проступки и погрешности [10, 11, 20].

Знание о смерти. Формирование адекватной ВКБ требует понимания того, что смерть – окончательное завершение жизни. Поисками начала и конца явления жизни формирующаяся личность занята в возрасте от 3 до 5 лет. По мнению Г.С. Абрамовой в индивидуальной жизни ребенка – встреча с феноменом смерти связана с появлением в картине мира важнейшего ее качества – Времени. Время становится осязаемым в виде преобразований живого в неживое. Мертвый человек, мертвый жук, мертвая собака, мертвый цветок останавливают для ребенка время, делают его самой глобальной единицей жизни – смерти, обозначающей начало и конец [23].

До пяти лет ребенок воспринимает смерть как разлуку с самым дорогим ему человеком, даже сама мысль об этом кажется ребенку ужасной. Но поскольку ребенок дошкольного возраста еще не осознает понятия «навсегда», соответственно у него отсутствует и представление о смерти как о конечном и неизбежном явлении. Дети 5–9 лет склонны персонифицировать смерть либо идентифицировать ее с умершим человеком или животным. Они думают, что смерть невидима, стремится быть незамеченной, прячется на кладбище, т.е. смерти приписываются черты одушевленного существа. Особенности реагирования ребенка на смерть определяются культурой, религиозным воспитанием и стилем психологической защиты. Ребенок в состоянии смертельного заболевания еще не может осознать тяжесть своего заболевания и связывает ее с ограничениями двигательной, игровой и познавательной активности, а также с необходимостью медицинских процедур [11 - 13, 21, 23].

К десяти годам конечность своего существования осознается, и отмечается персонификация смерти. Границы живого и неживого четко различаются, смерть воспринимается как составная часть общих принципов, управляющих миром. И уже в подростковом возрасте, когда происходит перестройка сознания, связанная с психологическими и физическими изменениями, неизбежность собственной



кончины становится очевидной, отношение к ней меняется, возникает сомнение в необратимости смерти, причиной тому достижения в медицине, предотвращение ситуаций смертельного исхода. В состоянии тяжелого заболевания и возможной смерти подросток осознает угрозу жизни как угрозу личностным ценностям. Этот возраст характерен ситуациями опасной для жизни активности (употребление наркотических веществ, гонки на скорости, стремление к риску), таким образом, подростки отрицают действительность, в которой они могут умереть [10, 11, 21, 23].

Особенности эмоционального реагирования. У детей как с преморбидными, так и с развивающимися в процессе болезни тревожными, истероидными и другими чертами личности, с эмоциональной лабильностью или эксплозивностью формируются те или иные преобладающие эмоции, мотивации и направленность интересов, которые определяют ВКБ.

Эмоциональное отношение может определять один из 3 типов ВКБ:

- гипонозогнозический (с недооценкой симптомов и чрезмерных позитивных ожиданий от лечения),
- гипернозогнозический (с преувеличением тяжести расстройства и неверием в успех лечения)
- нормонозогнозический (прагматический – с реальной оценкой болезни и ее прогноза, хорошим контактом с врачом и комплаенсом) [10, 11].

Половая принадлежность. Зависимость формирования ВКБ от пола была доказана у детей, страдающих сахарным диабетом, бронхиальной астмой, лейкозом и другими болезнями. Оказалось, что самооценка и конфликтность у мальчиков, больных бронхиальной астмой, ниже, чем у девочек с аналогичным диагнозом. У девочек чаще, чем у мальчиков, вытесняется представление о болезни. Девочки, болеющие лейкозом, быстрее адаптируются к изменению жизни, связанному с тяжелым расстройством, мальчики чаще испытывают опасения за свое будущее [11].

Отношение родителей к болезни. У родителей может возникнуть чувство вины за развитие заболевания, негодование на поведение ребенка, приведшего к

болезни, отчаяние в связи с плохим прогнозом, безразличное отношение к болезни и ее отрицание. Переживания родителей часто вызывают у ребенка аналогичные чувства, которые и ложатся в основу ВКБ. Влияние медицинского персонала. Врач, обследуя, подготавливая к госпитализации, операциям, оказывает на ребенка психологическое воздействие. Его доброжелательность, понятные разъяснения, использование необходимых средств, уменьшающих болезненность манипуляций, положительно влияют на ВКБ. Недоучет же детских представлений о болезни и лечении может привести к формированию неадекватной ВКБ [2, 10, 11, 21, 23].

Что же с чем сопоставляют, когда говорят об адекватности или объективности внутренней картины болезни? Оказывается, что имеются в виду самые разные явления. Сам Р. А. Лурия интересовался расхождением между субъективными построениями' больного и данными объективного медицинского исследования, так называемой внешней картиной болезни. Однако он же указывал на важность соответствия двух уровней внутренней картины болезни – сензитивного и интеллектуального – когда сопоставляются ощущения больного, нарушения, вызванные болезнью, с представлениями больного о них, с их истолкованием. Последние есть отражение уже отраженного в виде чувственных знаков или субъективных явлений [20, 21].

Влияние болезни на потребностно-мотивационную сферу. Динамика мотивационного уровня ВКБ отражает происходящий процесс перестройки мотивационно-потребности сфер личности, заключающийся в выделении нового ведущего мотива деятельности и постепенного переподчинения всей структуры мотивационной сферы этому новому мотиву. Таким ведущим мотивом у лиц, заболевших болезнью с явной угрозой для жизни, становится мотив сохранения здоровья, жизни как таковой. При этом остальные потребности личности – в общении, отдыхе и развлечении, самовыражении уходят на второй план. В том числе это связано с нахождением в стационаре и получением сложного и болезненного лечение, физическое и психологическое самочувствие ребенка

ухудшается и потребности в активности, общении со сверстниками, игре и развлечениях оказываются фрустрированы. Семья и ребенок оказываются в ситуации изоляции – социальной и эмоциональной, в отрыве от своего привычного окружения [20, 21].

В силу своей большой витальной значимости мотив сохранения жизни достаточно быстро выделяется среди других и стабилизируется, становится центральным, подчиняющим себе все другие мотивы. В дальнейшем меняется вся система отношений больных: значимыми становятся только те события в окружающей действительности, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни [20, 21].

Все привычные, сложившиеся в преморбиде формы деятельности начинают при этом менять свое внутреннее содержание, наполняясь иным, связанным с новым ведущим мотивом, смыслом. Выделившийся в этот период мотив сохранения жизни может вступить в противоречие с ранее действовавшими мотивами. Если последние не могут быть включены в систему мотива сохранения жизни, не могут выступать в качестве промежуточных целей для достижения этого нового ведущего мотива, то они теряют свою побудительную силу, при этом лишается личностного смысла и деятельность, направленная на их реализацию. У членов семьи также происходит перестройка потребностно-мотивационной сферы, перераспределение ресурсов семьи, ведущим мотивом, организующим деятельность семьи – становится мотив сохранения жизни заболевшему ребенку, соответственно другим сферам жизни и отношений уделяется меньше внимания [20, 21].

### **1.2.6 Факторы социального окружения и семейной поддержки**

Сохранение социальных и семейных связей – мощный эмоциональный и функциональный ресурс. Помимо фактической помощи по уходу за ребенком, эмоциональной поддержки данные связи дают возможность не замыкаться на одной роли ухаживающего родителя, а ощущать себя женой, сестрой, подругой,

коллегой и т.д. Такое многообразие эмоциональных ролей способно препятствовать эмоциональному выгоранию за счет удовлетворенности их содержанием, ощущения своей востребованности в разных качествах. К сожалению, немногие родители из числа находящихся в стационаре могут говорить о более или менее полном сохранении таких связей [1, 32, 33].

Неблагоприятная семейная ситуация. Нарушения в сфере супружеских отношений, как правило, связаны с перераспределением функциональных ролей: один из супругов находится с больным ребенком в стационаре, а другой остается дома и принимает на себя новые обязанности. Каждый из супругов чувствует себя перегруженным. Ожидание поддержки от другого супруга и невозможность ее получения приводит к нарастанию напряжения в супружеской диаде [1, 2, 32, 33].

Большое значение имеют уже сложившиеся отношения между супругами, степень гибкости семейной системы. В зависимости от этого супруги либо проявляют взаимную поддержку и перестраиваются под новые условия функционирования, либо дистанцируются и проявляют деструктивные формы взаимоотношений. В любом случае супружеские отношения преобразовываются [1, 2, 32, 33].

Фактор семейной поддержки. Онкологическое заболевание имеет особое психотравмирующее значение. Восстановление после болезни зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов. Однако немаловажную роль играют такие факторы, как особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием [4, 9, 30, 34].

Адаптация больных к жизни после перенесенного заболевания эффективнее проходит в семьях, строящихся по принципу сплоченности. Важным фактором для уменьшения травматизации семьи является способность членов семьи оказывать эмоциональную поддержку друг другу. Большое значение имеет характер сложившихся между супругами отношений до болезни ребенка. Замечено, что семьи, в которых в качестве реакции на стресс было

принято дистанцирование, сложнее адаптируются в ситуации тяжелой болезни ребенка. Супруги при этом оказываются в изоляции друг от друга и в одиночку пытаются справиться с горем, что усугубляет переживания. Частым вариантом может являться уход одного из супругов (как правило, мужа) в дисфункцию (алкоголизм, потеря работы и т.п.). Возникающие при этом обиды, непроговоренные взаимные претензии, тяжесть переживаний вызывают ухудшение отношений и могут привести к их разрыву, нередко во время госпитализации ребенка. Тогда на травму, связанную с болезнью, накладывается травма развода [6, 24].

Семьи, имеющие сиблингов. Онкологическое заболевание серьезное испытание не только для пациента, но и для всей его семьи. Исследователи выяснили, что здоровые сиблинги обладают рядом общих черт. Им свойственно: снижение самооценки и неуверенность в себе, пассивная жизненная позиция с часто выраженным саморазрушительным поведением, повышенный самоконтроль, ранняя «взрослость», агрессивные тенденции, как стратегия совладения в сложных жизненных ситуациях [9, 18, 24].

Это связано с тем, что здоровые братья и сестры испытывают целый спектр чувств по поводу болезни брата или сестры: страх заболеть самому, страх, что их брат или сестра умрет, чувство вины за то, что заболел не он или за негативные чувства к болящему брату или сестре, злость и гнев, обида, чувство одиночества. При этом они, как и вся семья, находятся в стрессовой ситуации неопределенности и угрозы [18, 24].

Кризисная ситуация длительной и тяжелой болезни одного из членов семьи меняет структуру семейной системы. При перегруппировке семейных ресурсов здоровый сиблинг остается без должного внимания и заботы. Именно поэтому психологическое сопровождение требуется в том числе и сиблингам, начиная с этапа постановки диагноза и заканчивая ремиссией [18, 24, 33].

Личностные особенности родителя и тип детско-родительского взаимодействия. Личностная тревожность родителя. Психотравмирующая

ситуация болезни ребенка, страх за жизнь ребенка, сложности адаптации в стационаре сами по себе являются источниками повышенной тревоги. Наложение актуальной тревоги на тревожность, как личностную черту, значительно повышает эмоциональное напряжение, а, следовательно, скорее ведет к истощению [2].

Психотравматизация в личной истории. Непрожитое горе, наличие травматических эпизодов в личной истории, в том числе аналогичных заболеваний среди близких родственников – это факторы, серьезно затрудняющие адаптацию. Психоэмоциональное состояние родителей в ряде случаев может быть охарактеризовано, как патологическое горевание: заболевание ребенка «накладывается» на непрожитые травматические эпизоды прошлого. Возникает риск ретравматизации и возникновения посттравматического стрессового расстройства [4, 8].

Неспособность полноценно коммуницировать с другими (врачами, другими родителями). Недостаточная способность налаживать контакты с окружающими замедляет процесс адаптации в условиях стационара. Родители, находящиеся в отделении вместе со своими детьми, способны оказывать друг другу значительную поддержку: информировать о правилах больницы, специфике процедур, делиться опытом прохождения лечения, оказывать помощь в бытовых вопросах и т.д. Кроме того, многомесячное проживание в одной палате делает актуальной способность находить друг с другом общий язык, умение договариваться, соблюдать принципы общежития. При замкнутости родителя или его конфликтности он чувствует себя в изоляции или во враждебном окружении, что может угнетающе влиять на его эмоциональное состояние. Затруднения в общении с лечащим врачом нередко приводят к недостаточной информированности родителя о ходе лечения, недоверии к доктору, а, следовательно, к росту тревоги и страхов [2, 4, 9 24].

Неудовлетворительность физического и психического здоровья у родителя затрудняет способность эффективно ухаживать за ребенком и адаптивно

справляться с трудностями, так как резервные возможности организма и психики оказываются заведомо истощены.

Гиперфункциональная позиция означает повышенное чувство ответственности за происходящее в семье, присваивание большого количества обязанностей, склонность к контролю происходящего в семье. В стационаре гиперфункционалам сложно ослабить контроль, невозможно позволить себе отдых. Склонные брать на себя ответственность за все происходящее в семье, они нередко испытывают повышенную вину за то, что «не уберегли» ребенка от болезни. Вина, в свою очередь, заставляет лишать себя самого необходимого, воплощая тенденцию к самонаказанию. Роль гиперфункционала мешает принимать поддержку и помощь друзей и родственников даже в сложной ситуации болезни. Все это нередко приводит к физическому истощению и эмоциональному выгоранию [1, 2, 4].

Родители, занимающие в своих семьях гипофункциональную, пассивную позицию подвержены риску выгорания. Непривычная ситуация, требующая ответственного и активного отношения к лечению, вызывает чувство беспомощности, особенно на начальном этапе, а, следовательно, требует больших физических и эмоциональных затрат [1, 2, 4].

Таким образом, реакции на заболевание у ребенка формируются иначе, чем у взрослого человека. Дети долго не разделяют телесное и психическое. Они думают, что повреждение тела, физическая боль не влияют на мыслительную деятельность – состояние «Я», что создает искаженную картину болезни. В значительной степени на отношении детей к заболеванию сказывается их помещение в больницу, соседство с больными, ограничение активности, отрыв от коллектива сверстников, друзей и членов семьи, изменение режима питания и состава диеты. Большое влияние оказывают возраст, преморбидное состояние, темперамент, акцентуация характера, наличие психопатических черт личности, незрелость самосознания и личностной самооценки, половая принадлежность, психосексуальное развитие. Имеют значение своеобразие интерперсональных

отношений в семье, семейная обстановка, тип воспитания, родительская реакция на болезнь ребенка. Наконец, отношение детей к болезни определяется степенью осознания дефекта, представлениями о болезни [10,11, 24, 33].

### **1.2.7 Критерии мониторинга программы психологического сопровождения семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание**

На основании анализа литературных данных мы выделили выделить следующие критерии мониторинга программы психологического сопровождения по оказанию психологической помощи семьям с детьми, перенесшими онкологическое заболевание.

Структура и организация семьи:

- тип семейной системы (функциональный, полуфункциональный, дисфункциональный);
- динамика иерархичных отношений в семье семейной системе;
- структурирование семейных ролей и правил;

Внутрисемейные отношения:

- повышение выраженности ощущения эмоциональной близости и сплоченности в отношениях между членами семьи;
- снижение выраженности контролирующего поведения со стороны родителей и предоставление ребенку большей зоны самостоятельности;
- формирование представлений о психологических границах в отношениях между членами семьи;
- динамика супружеских отношений (по параметрам: общие символы в общении, доверительность и взаимопонимании в общении, легкость и психотерапевтичность общения);
- динамика братско-сестринских отношений (по параметрам: эмпатия, поддержание границ и принуждение);

Эмоциональное состояние и «образ Я» переболевших детей и их сиблингов.



- уровень выраженности и характер тревожности (в отношениях с родителями, сверстниками) у переболевших детей и их сиблингов;
- уровень выраженности и характер агрессивности (защитная, вербальная, разрушительная) у переболевших детей и их сиблингов;
- эмоциональное принятие или отвержение друг друга членами семьи;
- эмоциональное состояние членов семьи и удовлетворенность отношениями;

Потребностно-мотивационная сфера у переболевших детей и их сиблингов.

- уменьшение выраженности фрустрированности актуальных потребностей в игре, отдыхе и развлечении, в поиске дружеских связей, в выражении агрессии, в поиске поддержки и одобрения;
- освоение новых конструктивных стратегий преодоление трудностей.

### **1.3 Терапевтический отдых как модель психологического сопровождения:**

#### **программа, сконцентрированная на ребенке, её основные принципы построения**

Терапевтический отдых является специально разработанной программой. Центральное положение данной программы – сосредоточенность на индивидуальных потребностях и способностях каждого участника программы и постоянная рефлексия сотрудников, реализующих программу, о том, как чем как они могут помочь ребенку выйти из его привычной ограниченной комфортной зоны и попытаться сделать что-то новое, чтобы повысить самооценку детей, их уверенность в себе и доверие к другим. Позволяя каждому ребенку самостоятельно решать и действовать, мы даем ему возможность лично контролировать скорость, с которой он справляется с заданием. Таким образом, задачи и вызовы не вызывают у него страха. Разбивая задачи на целую серию простых шагов, воспитатель поощряет ребенка успешно двигаться вперед. Добиваясь каждого маленького успеха, дети загораются вдохновением и получают мотивации для дальнейших действий, что, в результате, развивает у них

уверенности и повышает их самооценку.

Поскольку у ребенка ощущение собственной личности создается через опыт и обратную связь, терапевтический отдых предлагает тщательно разработанные программы активных занятий в лагере, предоставляющие для детей и их семей возможность принять вызов и добиться успеха. Далее, размышляя и анализируя свои достижения, дети обнаруживают в себе новые ощущения, новые способности и понятия о мире, который вокруг них, и в котором они находят свое место.

Терапевтический отдых в обстановке лагеря предлагает ребенку ощущение свободы и самостоятельности. Цель его - гарантировать участникам обретение (впервые или заново) определенных навыков (лазать по деревьям, прыгать, стрелять в цель, грести и пр.) и понимание того, что у него есть собственные способности, которые позволят ему и в других аспектах своей жизни сделать осознанный выбор.

Терапевтический отдых происходит на территории лагеря всюду, начиная с того, что ребенок сам жарит сосиску на костре в походе до того, что он сам убирает за собой в столовой. Помните, ценнее не конечный результат или продукт, а процесс в достижение вашей/их цели.

Вызов по выбору. Важно признавать, что каждый человек индивидуален и у каждого – свой уровень способностей и своя «комфортная зона». Ваша задача и ответственность, как сотрудника, работающего с детьми, установить доступные по силам индивидуальные вызовы, подходящие каждому ребенку или члену семьи. Именно благодаря вашему заботливому руководству, поддержке и поощрению ребенок/член семьи может двинуться за пределы своей комфортной зоны и добиться успеха.

Успех. Как только успех достигнут, взрослому, занимающемуся с ребенком, необходимо закрепить этот успех, вслух похвалив ребенка. Вы обозначаете его успех. Причем похвала должна быть совершенно конкретная и индивидуальная. Четко обозначая успех, вы направляете ребенка/члена семьи, заставляя их

осознать успех, впитать его в себя, и, в свою очередь, поразмыслить, как им удалось добиться этого успеха, и что это значит.

**Размышление.** Размышление и анализ являются важной частью нашего расписания, в течение активных занятий, когда мы вкратце подводим итог, дружеские беседы у камина в коттедже и краткие обсуждения у подростков. Задача сотрудников, работающих с детьми, - способствовать процессу анализа, напрямую с детьми/членами семьи или внутри группы, что в свою очередь углубляет положительное взаимодействие внутри группы и улучшает работу в команде.

**Открытие.** Открытия, также как все аспекты Терапевтического отдыха, могут быть личные и индивидуальные. Открытия случаются в процессе жизненного опыта, приобретаемого в лагере, и могут происходить в то время, как ребенок/член семьи находится в лагере, так и позже, после того, как они уехали домой. Иллюстрация модели терапевтического отдыха представлена на рисунке 1.1 [9, 19, 33].

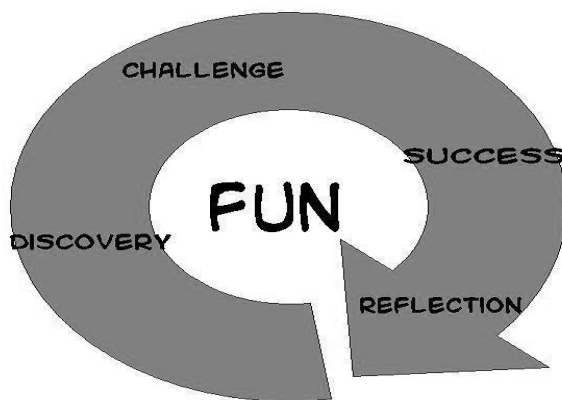


Рисунок 1.1 – Модель терапевтического отдыха, где

Примечания: Discovery – открытие; Challenge – вызов; Success – успех; Reflection - размышление

Выделены следующие принципы реализации программы терапевтического отдыха как модели психологического сопровождения детей, перенесших онкогематологические заболевания и их сиблингов.

1. Личностный подход и безоценочность в отношении к участникам программы.

Терапевтический отдых предлагает программу, сконцентрированную на ребенке, цель которой удовлетворить индивидуальные потребности каждого ребенка/членов его семьи. Этот подход позволяет каждому ребенку обнаружить, а во многих случаях раскрыть заново свои способности и совершить действия, про которые они думали, что они им не по силам.

Благодаря заботливому руководству и поддержке взрослых и других детей в группе, ребята учатся принимать вызов, пытаются делать что-то новое в безопасной и благоприятной обстановке, позволяющей им успешно преодолеть препятствие и добиться успеха. Такая философия, сконцентрированная на ребенке, использует природное любопытство детей и энтузиазм, как мотивацию, стимулирующую их участие в активных занятиях в лагере

## 2. Деятельностный подход.

Предполагает осуществление процесса психологической помощи в процессе деятельности, а именно творческой, игровой, интеллектуальной. В ходе реализации различных видов деятельности ребенок овладевает психологическими средствами, позволяющими ему на новом уровне осуществлять контроль и управление своей внутренней и внешней активностью.

## 3. Принцип опоры на положительные и сильные стороны личности.

У каждого ребенка, даже если у него имеются значительные проблемы в развитии, есть стремление к нравственному самосовершенствованию. Это стремление можно и погасить, если с ним обращаться с помощью упрёков и нотаций, и усилить, если взрослый вовремя заметит даже малейшие положительные изменения в поведении или деятельности ребёнка. Если ребёнок, овладевая новыми формами поведения и деятельности, добивается положительных результатов, он переживает радость, что укрепляет уверенность в своих силах, стремление к дальнейшему росту.

## 4. Принцип психологической комфортности предполагает доверительной, раскованной, стимулирующей активность человека атмосферы, с опорой на внутренние мотивы и, в частности, на мотивацию успешности.

## 5. Установление правил и границ.

Установление границ дозволенного поведения – один из важных аспектов оказания психологической помощи детям, выздоровевших после онкологии. Устанавливать строгие границы поведения обязательно для переболевших детей, поскольку после тяжелого периода лечения, когда они привыкают быть в центре внимания все время, они и дальше, после выздоровления могут ожидать к себе повышенное внимание и снисходительность в отношении требований и правил.

Одинаковые для всех границы и правила создают атмосферу безопасности. Задача программы состоит в том, чтобы обеспечить каждого ребенка опытом терапевтического развлечения в атмосфере психологической, эмоциональной и физической безопасности для того, чтобы усилить в каждом ребенке чувство доверия, уверенности в себе, повысить его самооценку и укрепить надежду путем развития самоконтроля и ответственности.

## 6. Устраняя препятствия при участии и отсутствие соревнований.

В модели терапевтического отдыха внимание фокусируется на способности ребенка, а не на его неспособности из-за инвалидности. Все физические и психологические ограничения и препятствия устранены, например, нет соревнований. Это означает, что каждое активное занятие приспособлено к индивидуальным потребностям ребенка.

Задача программы терапевтического отдыха состоит в том, чтобы каждый ребенок почувствовал себя успешным, и у каждого успех будет разным, для кого-то это покататься верхом на лошади или поучаствовать вместе с другими детьми в выступлении, а для кого-то заправить за собой кровать и поддерживать порядок в комнате, где он живет.

## 7. Создание условий для самовыражения.

Расписание в лагере строится с учетом равновесия индивидуальных и групповых/семейных активных занятий. Это позволяет каждому ребенку добиваться личных достижений; в то же время поощряется доверие и сотрудничество внутри группы. Программа терапевтического отдыха предлагает

ребенку различные виды деятельности – творческие мастер – классы, мультитерапия, ипотерапия, командные настольные игры и другие виды активности.

8. Развитие навыков коммуникации у детей, сопереживания и эмпатии по отношению друг к другу.

Взаимодействие с другими детьми, имеющими самые разнообразные диагнозы и приехавшими из разных стран, а также с членами их семей, снижают чувство изоляции и усиливают эмпатию, сочувствие и терпимость друг к другу [9, 19, 33].

Подводя итог, можно сказать, что онкологическое заболевание создает экстремальную и кризисную ситуацию для больного, которая наполнена его мучительными и сверхсильными переживаниями. При этом важно отметить, что вся семья ребенка-пациента долгое время переживает последствия стресса, вызванного заболеванием. Эти последствия отражаются на функциональности, структуре семьи, ее социальных связях, на индивидуальных состояниях каждого из ее членов. Нарушение психологической адаптации семей рассматривают в рамках посттравматических стрессовых реакций.

В связи с тем, что полноценность физического и психического развития детей во многом зависит от среды, в которой они воспитываются, становится очевидным включение в мероприятия по реабилитации и членов их семьи, особенно родителей. Насколько успешно родители сумеют преодолеть последствия перенесенного стресса, настолько больше вероятность того, что они сумеют передать детям стратегию адаптивного поведения в ситуации болезни, помогут справиться с физическими и психическими последствиями заболевания.

Таким образом, говоря о психологическом сопровождении при онкологическом заболевании, следует отметить важность проведения соответствующих мероприятий на всех этапах оказания врачебной помощи: диагностики, лечения, ремиссии. Согласно современным данным мероприятия по сопровождению семьи должны начинаться на диагностическом этапе, продолжаться в условиях стационара и по выписке из него на протяжении не

менее 1-5 лет – периода, в течение которого определяются многие параметры жизни больных.

Терапевтический отдых как модель сопровождения имеет ряд принципов и организован так, чтобы специально добиться выполнения цели, то, согласно исследованиям, это улучшает качество жизни ребенка и заставляет его принять физический и познавательный вызов, преодолевая свое серьезное заболевание. В настоящее время общепризнано, что терапевтический отдых - не просто важный, а жизненно необходимый компонент в процессе оказания психологической помощи детям, перенесшим онкологическое заболевание и их сиблингам.

Терапевтический отдых помогает ребенку преодолеть вызов собственного восприятия своих способностей и, в частности, влияния болезни на самооценку. Данный формат психологической помощи помогает ребенку снизить тревожность, усилить чувство уверенности в себе, ощущение общего хорошего самочувствия и приобретения умения справляться с новыми навыками.

## 2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1 Цель, задачи, предмет и объект исследования

**Цель исследования:** мониторинг оказания психологической помощи семье больного онкогематологическим заболеванием ребенка.

**Объект исследования:** отношения и взаимодействие в семье, столкнувшейся с лечением несущего в себе угрозу жизни заболевания ребенка.

**Предмет исследования:** процесс оказания психологической помощи семьям с детьми, переболевшими онкогематологическими заболеваниями.

**Задачи исследования:**

1) изучить психологические характеристики отношений в семье с детьми, переболевшими онкологическим заболеванием, несущим в себе экзистенциальную угрозу.

2) анализ имеющихся направлений психологической помощи на всех этапах психологического сопровождения семьи.

3) определение критериев оценки результатов психологической помощи семьям, столкнувшимся с лечением онкогематологического заболевания у ребенка.

**Гипотезы исследования:**

1) функциональный тип отношений в семье участвует в формировании адекватной внутренней картины болезни.

2) в семьях, имеющих сиблингов, наиболее уязвимым звеном и нуждающимся в психологической помощи является сиблинг.

### 2.2 Дизайн исследования

Исследование выполнялось в течение 2016г. и предусматривало 2 этапа.

1. Первый этап - (март 2016 г. - январь 2017 г.) реализация проекта «Мобильная социально - психологическая служба» помощи семьям с детьми, перенесшими онкогематологическое заболевание. На этом этапе была проведена диагностика внутрисемейных отношений участников проекта, реализованы



следующие мероприятия: индивидуальные консультации для родителей и детей, семейные консультации, групповая арт-терапевтическая работа для семей Челябинска и Челябинской области.



Рисунок 2.1 – Дизайн первого этапа исследования

2. Второй этап (июнь 2016 г.- июль 2016 г.) - реализация проекта «*Выездной летний лагерь для детей, переболевших онкологическим заболеванием и их сиблингов*». Применение модели терапевтического отдыха, оценка результатов психологической помощи в рамках данной модели психологического сопровождения. Диагностика и сравнительный анализ «образа Я» переболевших детей и их сиблингов. Тренинг для гармонизации «образа Я». Программа тренинга представлена в приложении А. В результате анализа опыта реализации программы в 2015 г. и учёт опыта других лагерей, реализующих программу

терапевтического отдыха, было принято решение организовать две смены лагерной программы по 10 дней для двух групп детей: детей, перенесшие онкогематологическое заболевание и их сиблингов.

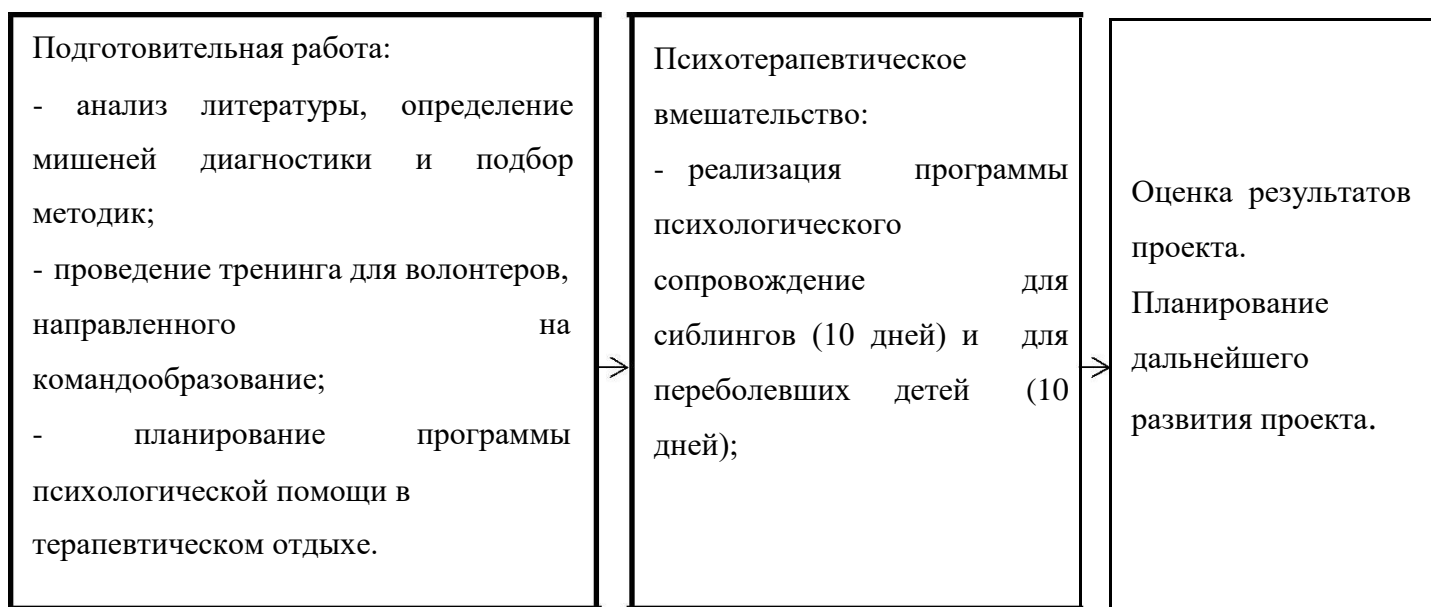


Рисунок 2.2 – Дизайн второго этапа исследования

Исследование проводилось на базе Челябинского городского общественного движения помощи онкобольным детям «Искорка». В исследовании принимали участие семьи с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания. Важно отметить, что выборку составили семьи, где заболевание имело благоприятный исход. Семьи, потерявшие ребенка или с ребенком, находящимся на палиативном лечении не вошли в исследование.

В проекте «Мобильная социально-психологическая служба» приняли участие 15 семей с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания со сроком ремиссии от 1 года до 5 лет, 15 переболевших детей в возрасте от 5 до 15 лет и 8 сиблингов в возрасте от 8 до 14 лет. Всего в двух группах детей 7 подростков (12-15 лет)

Выборку в проекте «Выездной летний лагерь для детей, переболевших онкологическим заболеванием и их сиблингов» составили 63 ребенка от 7 до 15 лет, из которых 37 человек - дети, перенесшие онкогематологические заболевания и 27 детей – сиблингов.

Из 15 семей 9 принимали участие и в первом, и во втором проектах.

### 2.3 Методы и методики исследования

- 1) наблюдение и беседа;
- 2) проективные методики и опросники.

Таблица 2.1 – Батарея методик

Участники программы	Методики исследования
Мобильная социально - психологическая служба	
Дети дошкольного и младшего школьного возраста (5-11 лет)	Проективный тест «Нарисуй историю», ЦТО, Братско-сестринский опросник
Подростки (12-17 лет)	Семейная социограмма, проективный тест «Нарисуй историю», ВРР, Шкала семейной адаптации и сплоченности, ЦТО, Братско-сестринский опросник
Родители	Семейная социограмма, ВРР, Шкала семейной адаптации и сплоченности, Опросник супружеских отношений, ЦТО
Выездной летний реабилитационный лагерь	
Дети, перенёсшие онкогематологическое заболевание и их сиблинги	Методика «Четыре персонажа»

Проективные методики и опросники.

#### 1. «Семейная социограмма», (Э.Г. Эйдемиллер).

Тест «Семейная социограмма» позволяет выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и, кроме того, определить характер коммуникаций в семье – прямой или опосредованный.

Тест «Семейная социограмма» относится к рисуночным проективным методикам. Для проведения обследования испытуемым выдают бланки: на каждом бланке нарисован круг диаметром 110 мм. Члены семьи выполняют задание индивидуально. Дополнительно производился анализ реальных представлений семейных взаимоотношений в сравнении с представлениями об идеальной семье, в которой хотел бы жить исследуемый [36].

#### 2. Проективный тест «Нарисуй историю», (А.И. Копытин).

Проективная методика исследования личности, «образа Я», эмоционального состояния, предложена Р.Силвером в 1987 г. Адаптирована А.И. Копытиным в 2002 г. Тестирование может проводиться как индивидуально, так и в группе. Тест может применяться для оценки состояния детей начиная с пятилетнего возраста, а также подростков и взрослых. Время выполнения задания не ограничивается [18].

### 3. Цветовой тест отношений, (ЦТО, А. И. Лутошкин).

Метод относится к классу проективных методик и предназначен для изучения эмоциональных компонентов отношений человека к значимым для него людям и к себе и отражает как сознательный, так и частично неосознаваемый уровень этих отношений.

### 4. Шкала семейной адаптации и сплоченности, (FACES-3 / Тест Олсона).

Опросник FACES-3 содержит 22 вопроса, методику могут заполнить все члены семьи, включая подростков старше 12 лет. Члены семьи описывают отношения сначала в своей реальной семье, а затем в идеальной. Это позволяет оценить удовлетворенность отношениями и сферы, в которых ощущается потребность в изменениях.

Опросник Шкала семейной адаптации и сплоченности сконструирован таким образом, что позволяет проанализировать, как члены семьи в данное время воспринимают свою семью и какой бы они хотели ее видеть. Текст опросника и описание шкал приведено в приложении А [36].

### 5. Брастко-сестринский опросник, (The Brother-Sister Questionnaire; S.A. Graham-Bermann, S.E. Culter).

Опросник содержит 35 вопросов, отвечая на которые нужно оценить по 5-балльной шкале то, в какой степени каждое суждение описывает отношения с братом (сестрой). Опросник предназначен для психометрической оценки и дифференциации нормативных и дисфункциональных сиблинговых отношений. Под дисфункцией сиблинговых отношений здесь понимают наличие высокого уровня конфликтности и агрессивных поведенческих реакций в сиблинговой диаде.

Оценка осуществляется в рамках характеристики четырех свойств сиблинговых отношений: эмпатии, поддержания границ, сходства и принуждения, обозначенных в названии шкал опросника [36].

6. Опросник «Общение в семье», (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман).

Методика предназначена для исследования характера общения между супругами. Авторами выделены восемь параметров межсупружеского общения, которые позитивно влияют на формирование успешных отношений между супругами.

Этими параметрами стали:

- сходство во взглядах;
- общие символы;
- доверительность общения;
- взаимопонимание.

В процессе создания опросника к этим параметрам были добавлены еще два:

- психотерапевтичность общения;
- легкость общения [36].

7. Опросник «взаимодействие родитель – ребенок», (ВРР, И.М. Марковская).

Цель опросника анализ детско-родительского взаимодействия. Взаимодействие включает в себя и эмоциональное отношение родителей к ребенку, особенности воспитательной позиции, согласованность и удовлетворенность участников взаимодействия. Опросники для родителей детей дошкольного и младше школьного возраста и для родителей подростков, опросник для подростков, 60 вопросов в каждом [17].

8. Методика «Четыре персонажа», (Лосева В., Луньков А).

Цель методики диагностика особенностей образа «Я» и особенностей самопрезентации. Эта методика отличается от других рисуночных методик. В ходе работы по стандартной методике, например, «Рисунок человека», выводы о проблемах и личностных особенностях базируются на допущении, что, рисуя «человека вообще», испытуемый неосознанно приписывает ему свои

особенности, отождествляя его с собой. Бланк и инструкция к методике представлены в приложении В [16].

#### **2.4 Методы математико-статистической обработки данных**

В исследовании подсчитывалось процентное соотношение величины того или иного признака в двух группах.

Для оценки статистической значимости различий в частоте встречаемости исследуемых признаков использовался критерий  $\phi^*$ -углового преобразования Фишера.

### 3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 3.1. Анализ результатов исследования взаимодействия и отношений в семье в рамках проекта «Мобильная социально психологическая помощь»

##### 3.1.1 Анализ результатов исследования по методике «Семейная социограмма»

Выявлены нарушения иерархии и психологической дистанции в детско-родительских отношениях – родители склонны оценивать статус детей в семье как более высокий чем у них (58%), выражено недифференцированное отношение к членам семьи, когда все имеют равный статус (26%). Границы в детско-родительских отношениях чаще всего дистантные (59%), либо сверхблизкие (25%). В представлениях об идеальной семье у родителей выражена потребность в уменьшении дистанцированности в отношениях (55%), часть семей (40%) не хотят каких-либо изменений в своей семье. Статистически значимых различий в представлениях об реальной и идеальной семье не выявлено ( $p \geq 0,01$ ). Данные представлены на рисунке 3.1.



Рисунок 3.1 – Распределение видов иерархии и психологической дистанции в социограммах родителей

По представлению детей в их семьях выражены либо дистантные границы в отношениях (55%), либо гармоничные (51%), в большинстве социограмм выражена гармоничная иерархия (43%). Идеальная семья отличается иерархией, где родители или другие старшие члены семьи занимают более высокое положение. Данные представлены на рисунке 3.2. Значимых различий в представлениях переболевших детей и сиблингов о своем положении и отношениях в семье не выявлено ( $p \geq 0,01$ ).

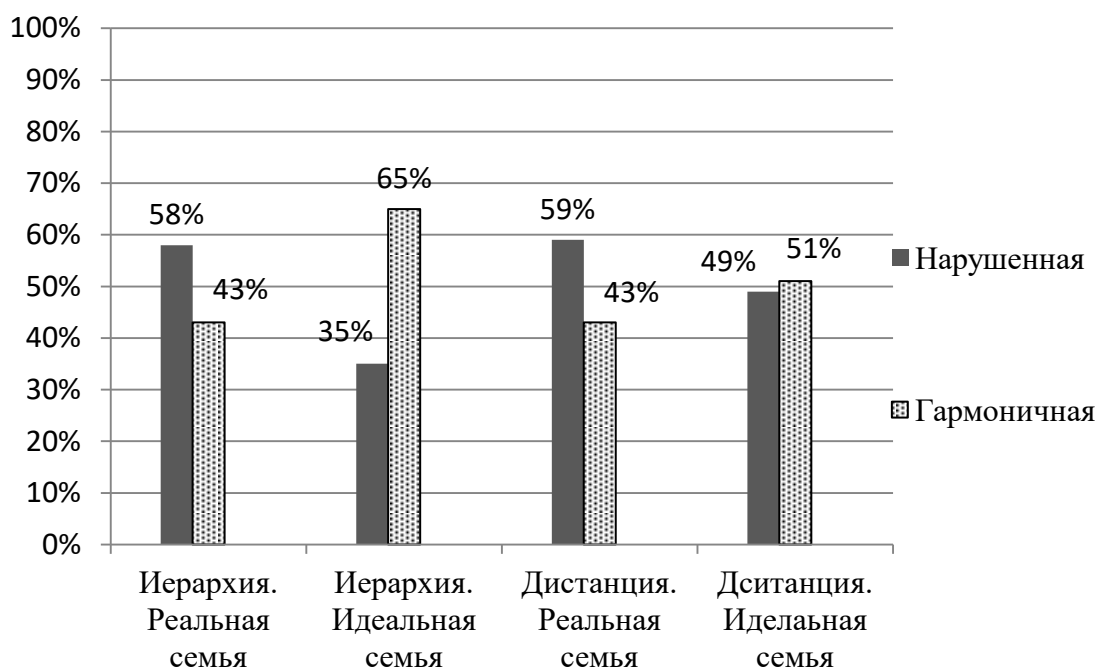


Рисунок 3.2 – Распределение видов иерархии и психологической дистанции в социограммах детей

По мнению переболевших детей, (20%) в их семье наибольшим влиянием обладают они. Переболевшие дети достоверно чаще, чем сиблинги изображают себя в социограмме как члена семьи, обладающего наибольшим влиянием ( $p \leq 0,01$ ). Это можно объяснить перестройкой семейной структуры и организации жизни семьи в предшествующей ситуации заболевания, несущего в себе угрозу жизни для ребенка.

В двух социограммах переболевшие дети включили в состав семьи домашних животных, что традиционно трактуется как ощущение недостатка



эмоционального тепла в семье, в одной из них в идеальной семье домашний любимец уже не вошел в состав семьи. В большинстве социограмм (66%) круги членов семьи средних размеров и равные между собой.

### 3.1.2 Анализ результатов исследования по методике «Нарисуй историю»

Тест «Нарисуй историю» использовался для оценки эмоциональной сферы, а также «образа Я» испытуемых. При анализе рисунков детей, перенесших онкогематологические заболевания, по первой школе доминирует противоречивое эмоциональное содержание (53%), в рассказах детей, герой, с которыми они себя идентифицируют, имеет одновременно «положительные» и «отрицательные» характеристики. Выявленного отрицательного или положительного содержания не выявлено. Результаты представлены на рисунке 3.3.

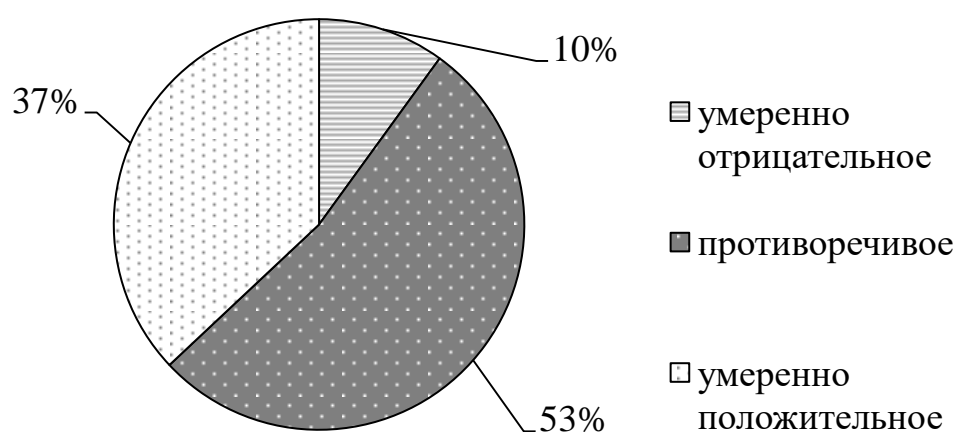


Рисунок 3.3 – Распределение типов эмоционального содержания рисунков у переболевших детей

По шкале образа «Я» у данной группы детей преобладают противоречивые фантазии (33%), это значит, что ребенок идентифицирует себя с героем, переживающим противоречивые чувства, такие как страх, злость, стремление нанести вред, с одной стороны, и интерес, желание подружиться, - с другой («Кошка и змея подружились... она (кошка) с ним дружила, но почему-то захотела съесть его»). В 20% случаях выявлена идентификация с фрустрированными персонажами («принц живет один в замке, и ему одиноко»), 27% детей

идентифицируют себя с активным, достигающим своих целей персонажами, желания которых исполняются. В оставшихся 20% случаев дети идентифицируют себя со счастливыми, но пассивными персонажами, которых спасают. Результаты представлены на рисунке 3.4.

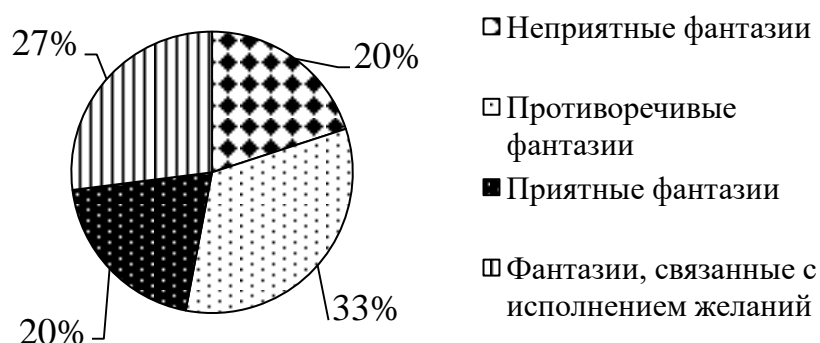


Рисунок 3.4 – Распределение типов «образа Я» детей, перенесших онкогематологическое заболевания

В 53% случаев присутствует агрессивные тенденции, нанесение кому-либо ущерба, вреда. Ведущие потребности детей, отраженные в рисунки, помимо выражения агрессии – поиск дружеских связей и общения, потребность в игре и отдыхе, что вполне тем, что дети долгий период находились в социальной изоляции во время лечения. Ведущая стратегия преодоления трудностей – поиск помощи, поддержки и симпатии, привлечение к решению задачи третьего более авторитетного лица. Данные представлены на рисунке 3.5.



Рисунок 3.5 – Распределение актуальных потребности детей, перенесших онкогематологическое заболевание

Можно сказать, что «образ Я» переболевших детей характеризуется следующими особенностями содержания: противоречивые чувства, агрессия, выраженность представлений о себе как о субъекте, нуждающемся в общении и в помощи со стороны третьего лица в трудных ситуациях. Эмоциональное состояние напряженное (большинство работ носят противоречивое эмоциональное содержание).

У сиблингов преобладают умеренно отрицательное эмоциональное содержание рисунков (50%) – изображение фрустрированных, испуганных и страшных персонажей, в 37% случаев рисунки отражают противоречивое эмоциональное содержание и один рисунок – положительное – изображение счастливых, но пассивных персонажей. Данные представлены на рисунке 3.6.

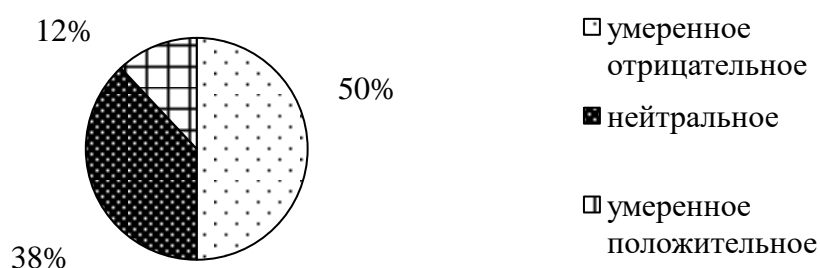


Рисунок 3.6 – Распределение типов эмоционального содержания рисунков сиблингов

По шкале «образа Я» преобладают неприятные и противоречивые фантазии – идентификация с испуганным, одиноким персонажем или с персонажем с амбивалентными чувствами. Данные представлены в таблице 3.7.

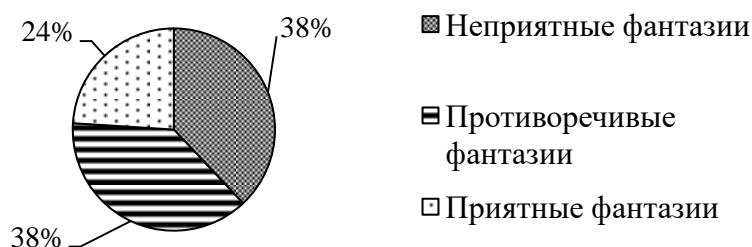


Рисунок 3.7 – Распределение типов «образа Я» у сиблингов 54

Актуальные потребности в игре, отдыхе, развлечении (50%) и во внимании и заботе со стороны значимого лица (50%). В отличие от переболевших детей, в рисунках сиблингов присутствует ощущение отвержения (24%). Данные представлены на рисунке 3.8. Стратегия преодоления трудностей – пассивное ожидание разрешения ситуации в надежде на благополучный исход (62%) и самостоятельное преодоление трудностей (37%). Статистически значимых различий между группами переболевших детей и сиблингов по шкалам эмоционального содержания и «Образа Я» не выявлено ( $p \geq 0,01$ ).



Рисунок 3.8 – Распределение актуальных потребностей сиблингов

Таким образом, «Образ Я» сиблингов характеризуется следующими особенностями: идентификация с фрустрированными, испуганными и грустными персонажами, агрессия, выраженность представлений о себе как о субъекте, нуждающемся в заботе и внимании со стороны значимого лица, в отдыхе и развлечениях, в трудных ситуациях часть детей занимает позицию пассивного ожидания благополучного исхода, другие же чувствуют в себе силы самостоятельно преодолеть трудности. Эмоциональное состояние напряженное (большинство рисунков отражают неприятное эмоциональное содержание).

### 3.1.3 Анализ результатов исследование по методу цветных выборов

В 8 случаях из 15 переболевшие дети выбирают для себя первые позиции в раскладке цветов по предпочтению. Данные представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Частота выбора различных позиций для себя у переболевших детей

Позиция в ранге Предпочтений	1	2	3	4	5	6	7	8
Дети, перенесшие Заболевания	8	1	2	2	1	1	-	-
Сиблинги	-	1	1	3	2	1	-	-

Примечание: Позиция с 1 по 3 – положительное и эмоционально принимаемое отношение; 4-5 – нейтральное отношение; 6-8 – негативное, конфликтное отношение

Для переболевших детей характерно позитивное и эмоционально принимаемое самоотношение (73%), так же, как и для сиблингов. Для переболевших детей характерно эмоциональное принимаемое отношение к матери (53%) или нейтральное (40%), в отношениях с отцом выражено нейтральное (53%) или конфликтное, эмоционально отвергаемое отношение (33%). Таким образом, у переболевших детей больше выражено эмоционально принимаемое отношение к матери, чем к отцу ( $p \leq 0,01$ ). Данные представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Частота выбора позиций для родителей переболевшими детьми

Позиция в ранге предпочтений	1	2	3	4	5	6	7	8
Мать	1	3	4	4	2	-	1	-
Отец	1	-	1	3	5	2	2	1

Примечание: Позиция с 1 по 3 – положительное и эмоционально принимаемое отношение; 4-5 – нейтральное отношение; 6-8 – негативное, конфликтное отношение

Сиблинги в 62% случаев демонстрирует эмоциональное неприятие матери, а в оставшихся 48% - принятие матери и положительное отношение к ней. С отцом ситуация другая, в 75% выявлено положительное отношение, и лишь в 25% - отрицательное, значимы различий в отношении к отцу и матери не выявлено ( $p \geq 0,01$ ). Данные представлены в таблице 3.3.

Таблица 3.3 – Частота выбора различных позиций для родителей сиблингами

Позиция в ранге Предпочтений	1	2	3	4	5	6	7	8
Мать	1	-	2	-	-	2	3	1
Отец	1	4	1	-	-	-	2	-

Примечание: Позиция с 1 по 3 – положительное и эмоционально принимаемое отношение; 4-5 – нейтральное отношение; 6-8 – негативное, конфликтное отношение

Большинство детей демонстрируют положительное отношение к понятию «здоровье» (86%), негативного или конфликтного отношения к этому понятию не выявлено. Положительное отношение к здоровью встречается чаще, чем положительное отношение к болезни ( $p \leq 0,01$ ). К болезни выражено отрицательное отношение, эмоциональное неприятие (73%). Выявлено три случая (20%) положительного отношения и к болезни, и к здоровью, причем первое понятие оказывается предпочтительнее второго.

В 20% случаях (3 из 15) выявлена идентификация сиблинга и понятия «здоровье», то есть у переболевших детей их брат или сестра ассоциируется, связан с понятием здоровья, при этом сами себя они не связывают с понятием «болезнь». Данные представлены в таблице 3.4.

Таблица 3.4 – Частота выбора различных позиций для понятий «здоровье» и «болезнь» переболевшими детьми

Позиция в ранге Предпочтений	1	2	3	4	5	6	7	8
Здоровье	1	8	3	3	-	-	-	-
Болезнь	1	3	-	-	2	4	3	2

Примечание: Позиция с 1 по 3 – положительное и эмоционально принимаемое отношение; 4-5 – нейтральное отношение; 6-8 – негативное, конфликтное отношение

Для сиблингов характерно положительное отношение к здоровью (63%) и как положительное (50%), так и отрицательное отношение к болезни (50%). Выявлено два случая положительного отношения к болезни и нейтрального к здоровью (25%) и один случай положительного эмоционального принятия болезни и неприятия здоровья (12%). В двух случаях выявлена идентификация сиблинга с отцом (25%). Данные представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Частота выбора различных позиций для понятий «здоровье» и «болезнь» сиблингами

Позиция в ранге предпочтений	1	2	3	4	5	6	7	8
Здоровье	2	2	1	1	2	-	-	-
Болезнь	-	3	1	-	-	-	3	1

Примечание: Позиция с 1 по 3 – положительное и эмоционально принимаемое отношение; 4-5 – нейтральное отношение; 6-8 – негативное, конфликтное отношение

Самоотношение родителей в 100% случаях характеризуется эмоциональным самопринятием, выявлено эмоционально негативное или конфликтное отношение к переболевшему ребенку в 20% случаях и к сиблингу в 13% случаев, эмоциональное отношение к сиблингу в основном нейтральное (62%), а к переболевшему ребенку положительное (50%).

Отношение родителей к понятию болезни отрицательное (87%), а к здоровью – положительное (50%) и нейтральное (44%). Идентификация переболевшего ребенка и понятия «здоровье» в 13% случаев (2 из 15), идентификация ребенка, перенесшего заболевание и понятия «болезнь» - в 20% случаев (3 из 15), идентификаций родителя с сиблингом не выявлено.

### **3.1.4 Анализ результатов исследования по «Шкале семейной адаптации и сплоченности»**

Большинство опрошенных родителей (56%) говорят о разобщенном типе семейной сплоченности, а именно об эмоциональной отдаленности членов семьи друг от друга, слабой привязанности несогласованности действий, о недостаточном количестве проведенного вместе времени и сниженной способности совместно разрешать жизненные трудности.

Остальные родители (44%) считают, что, не смотря на присутствующую дистанцию в отношениях, члены семьи все же ощущают единство и способны поддержать друг друга и любят проводить время вместе, что соответствует раздельному типу семьи. Связанного и сцепленного типа семейной сплоченности не выявлено.

Говоря об идеальной семье, родители испытывают потребность в увеличении эмоциональной близости и сплоченности в семье и проводимого вместе времени и в тоже время, допускают некоторую раздельность в эмоциональных отношениях и различные интересы, это описание соответствует раздельном типу семейной сплоченности (50%). Часть родителей (30%) описывает свою идеальную семью следующим образом: близкие эмоциональные отношения, ощущение единства и желание проводить вместе время, при этом сохранение личных границ каждого члена семьи – соответствует объединенному типу семейной сплоченности. Часть родителей (20%) испытывают потребность в увеличении границ между членами семьи, в расширении круга общения, в снижении зависимости членов семьи друг от друга. Это соответствует разобщенному типу семьи. Данные представлены на рисунке 3.9.

Если говорить об удовлетворенности родителями отношениями в семье, то 30% родителей не хотят ничего менять в устройстве жизни своей семьи, т.е. образ их реальной и идеальной семьи совпадают.

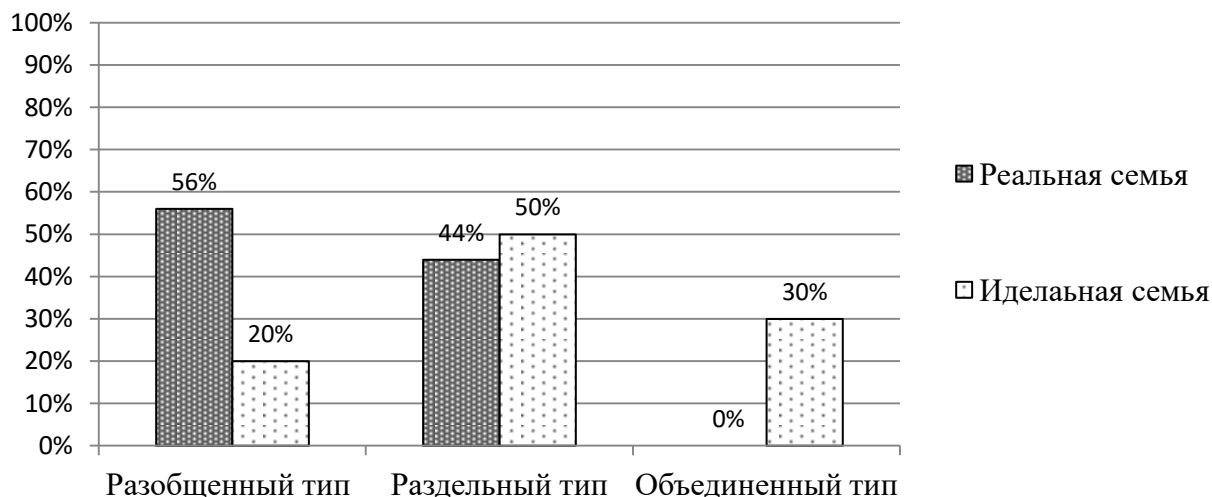


Рисунок 3.9 – Распределение типов сплоченности семей по результатам исследования родителей

Говоря об адаптации семьи, 70% родителей характеризуют свою семью как семью с высокой степенью непредсказуемости (хаотичный тип), когда нет четкого лидера и руководства, решения зачастую непредсказуемы и ситуативны, роли



часто переходят от одного члена семьи к другому, такое положение вещей делает семью неустойчивой и нестабильной. Такое состояние характерно для состояния кризиса. Так же диагностирован гибкий (20%) и структурированный тип (10%) адаптации, в первом случае это говорит о демократичном стиле руководства, открытом обсуждении различных вопросов совместно с детьми, распределении ролей и смены правил, когда это необходимо, возможно нехватки лидерства; во втором – о стабильности ролей и правил при сохранности возможности их обсуждения и пересмотра.

Лишь 10% родителей хотели бы изменить данное положение вещей – обрести стабильность и устойчивость правил и ролей, явного лидера и сохранить возможность обсуждения правил и переговоров по поводу принятия совместных решений о жизни семьи (структурированный тип). Остальные родители считают идеальным вариантом жизнь своей семьи по хаотичному типу адаптации (60%) с постоянной сменой лидерства, ролей и правил и спонтанным принятием решений или по гибкому (20%) – с демократическим стилем руководства. Данные представлены на рисунке 3.10.

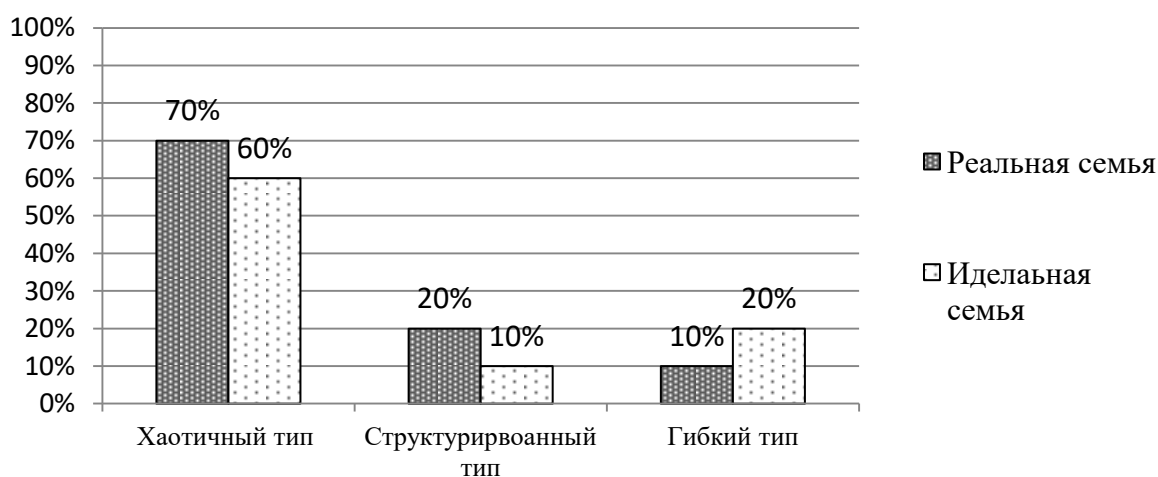


Рисунок 3.10 – Распределение типов адаптации семей по результатам исследования родителей

Результаты исследования по данной методике у детей выявляют полифункциональный (58%) и дисфункциональный (42%) типы взаимоотношений. Сравнение описания реальной и идеальной семьи говорит о

том, что большинство детей испытывают потребность в увеличении эмоциональной связи в отношениях внутри семьи (75%), в структурировании ролей и правил в семье (60%). Статически значимых различий в представлениях о сплоченности и адаптации у переболевших детей и их сиблингов не выявлено ( $p \geq 0,01$ ).

Таким образом, у большинства семей диагностирован дисфункциональный (43%) и полуфункциональный типы (37%) семейной системы, в первом случае выражено ощущение эмоциональной отдаленности членов семьи друг от друга, слабой привязанности несогласованности действий, недостаточном количестве проведенного вместе времени и сниженной способности совместно разрешать жизненные трудности. Для семей характерен недостаток лидерства, импульсивность в принятии решений, частое смещение ролей от одного члена семьи к другому.

Члены семей полуфункционального типа отмечают, что, не смотря на присутствующую дистанцию в отношениях, они все же ощущают единство и способны поддержать друг друга и любят проводить время вместе, что соответствует раздельному типу семьи.

Такое положение вещей делает семью неустойчивой и нестабильной, описанное состояние характерно для состояния кризиса. Однако мы не можем утверждать наверняка, что данные особенности являются следствием травматичной стрессовой ситуации онкологического заболевания ребенка, поскольку не знаем преморбидные особенности отношений в данных семьях. Значимых различий по выделенным критериям в дисфункциональных и полуфункциональных, функциональных семьях не выявлено ( $p \geq 0,01$ ), что свидетельствует об однородности группы.

### **3.1.5 Анализ результатов исследования опросника «Взаимодействие родитель – ребенок»**

В исследовании приняли участие 16 родителей, из которых 15 - мамы. Большинство родителей считают, что они не предъявляют к своим детям повышенного уровня требований (60%), при этом считают выдвигаемые требования строгими.

В отношениях с переболевшими детьми выявлено ощущение психологической дистанцированности ребенка, его сниженном стремлении и желании делиться своими мыслями, чувствами и переживаниями (40%). Диагностирован высокий уровень принятия поведения, личностных особенностей и поведения ребенка (60%). Склонность либо к чрезмерному контролю (40%), либо к его минимизации и предоставлению ребенку большой зоны самостоятельности (40%). Отмечена выраженность воспитательной конфронтации в семье (50%). Большинство родителей (60%) в целом удовлетворены отношениями со своим ребенком.

В отношениях с сиблингами выявлено ощущение эмоциональной дистанцированности в отношениях с ребенком (60%), а 37% родителей ощущают свои отношения с ребенком как эмоционально близкие и доверительные.

Родители говорят о слабо выраженном контролирующем поведении по отношению к ребенку (50%) или, наоборот, о ярко выраженном контроле (37%), отмечают повышенный уровень жесткости и строгости предъявляемых требований (62%). Большинство опрошенных родителей (78%) говорят о очень высоком уровне принятия своего ребенка, его личности и поведения. У половины родителей (50%) диагностирован низкий уровень тревожности за ребенка.

В вопросе последовательности в своем отношении и требованиях к сиблингу 50% родителей считают себя непоследовательными в своих требованиях и непостоянными в своем отношении, 37% говорят о ярко выраженном постоянстве в своем поведении и отношении к ребенку. Диагностирована слабо выраженная

воспитательная конфронтации в вопросах воспитания (80%). Удовлетворенность отношениями либо крайне низкая в 49% случаев, средняя в 37% случаев.

Все опрошенные сиблинги (3 человека) считают, что к ним предъявляется высокий уровень требования со стороны матери и говорят об их повышенной строгости, испытывают неудовлетворение в отношениях с родителями (2 человека) и характеризуют свои отношения с родителями как эмоционально дистанцированные (2 человека), в их ощущении родители предоставляют им высокую степень автономности и самостоятельности (3 человека).

Опрошенные дети, перенесшие заболевание (4 человека) говорят о строгости требований, предъявляемых к ним со стороны матери (3 человека), об эмоционально близких отношениях с ней (3 человека), высоко развитой способности сотрудничать и согласии в отношениях (3 человека).

### **3.1.6 Анализ результатов опросника «Общение в семье»**

Важно отметить, что из пяти полных семей на первичную встречу и диагностику пришел один отец, остальные отказались принимать участие в проекте, но выразили одобрение и поддержку для участия остальных членов семьи. Такая ситуация объективно может быть связана с необходимостью одному из членов семьи больше работать, для обеспечения затрат на восстановление после лечения или же с недостаточной включенностью отца в жизнь семьи.

По результатам диагностики в супружеских парах отмечен весьма доверительный уровень общения, возможность поделиться своими переживаниями и мыслями (75%). Выявлено ощущение недостаточности общих символов в общении (52%), что ведет к недостаточному ощущению единства и сплоченности семьи, что подтверждается результатами шкалы адаптации и сплоченности.

В одном случае один из супругов говорит о трудностях в выстраивании диалога и о непонимании в отношениях. Супруги отмечают, что знают друг друга настолько хорошо, что способны предсказать и понять размышления и поведение друг друга

(66%). Супруги считают, что могут довольно легко общаться друг с другом и что их отношения в целом способствуют созданию дома комфортной атмосферы (74%).

### **3.1.7 Анализ результатов «Братско-сестринских опросника»**

Большинство сиблингов (70%) говорят о высоком уровне эмпатии и сопереживания в отношениях со своим братом или сестрой. Показатели шкалы «поддержание границ» снижены в 40% случаях, что говорит об ощущении нарушения своих физических или психологических границ. Сиблинги считают, что в их отношениях с братом или сестрой достаточно общих интересов и не ощущает по отношению к себе доминирования или выраженного контроля.

В ощущениях переболевшего ребенка (60%) отмечен высокий уровень доминирования и контроля над ним его брата или сестры. Это значит, что большинство детей считают, что сиблинг пытается его контролировать и доминировать в отношениях с ним. Переболевшие дети считают, что в отношениях с братом или сестрой у них достаточно общих интересов и уважения к границам друг друга.

Можно сказать, что две группы детей чувствительны к разным компонентам отношений, для сиблингов на первый план выходят границы в отношениях, физические и психологические, значимость уважительного отношения к себе и своим вещам, к своему личному пространству. Дети, перенесшие заболевание, оказались восприимчивы к проявлению в отношениях доминирования и контроля, им кажется, что его много по отношению к ним со стороны брата или сестры.

Братско-сестринские отношения: высокий уровень эмпатии, выраженность доминирования и нарушение психологических границ.

## **3.2 Анализ результатов исследования «образа Я» детей, перенёсших заболевание и их сиблингов в рамках программы психологического сопровождения по модели терапевтического отдыха**

### **3.2.1. Анализ результатов исследования по методике «Четыре персонажа»**

Особенность выбранной методики «Четыре персонажа» заключается в том, что прямая инструкция позволяет исследовать самопредъявление и самопознание человека, поскольку он вынужден выделять наиболее существенные для него самого черты.

В качестве наиболее существенных признаков самого себя люди обычно выделяют:

- 1) особенности личности, черты характера;
- 2) пристрастия и интересы («люблю спорт», «ненавижу жадность»);
- 3) психические состояния (печаль, страх, надежда и т. д.);
- 4) описание ситуаций, в которых человек оказался («меня все бросили», «обманули», «это несправедливо»).

Заметим, что изображение по типу 1) и 3) есть результат обращения к самому себе, описания того, «какой я», а описания по типу 2) и 4) смещают центр тяжести во внешний мир, на внешние объекты, отношения к человеку других людей. Человек, избравший способ самопредъявления по типу 2) и 4), мыслит себя как результат действия внешних сил, а свое психическое благополучие связывает с наличием или отсутствием конкретных внешних объектов.

Для анализа рисунка были взяты следующие формальные показатели:

- 1) размер рисунка.
- 2) нажим на карандаш.
- 3) характер линий.
- 3) штриховка.
- 4) детали рисунка. Параметры анализа детского рисунка по А.Л. Венгер представлены в приложении Г.

Содержание и объем понятия «образа Я» до настоящего времени остаются дискуссионными. Вклад в исследование этого феномена внесли множество ученых, так или иначе освещавших вопросы самосознания личности и изучавших его с различных позиций.

В данной работе, наиболее подходящей нам кажется следующее понимание «образа Я», которое выделили В.В. Столин [23]:

- 1) физический «образ Я», обусловленный потребностью в физическом благополучии организма;
- 2) социальная идентичность, связанная с потребностью человека принадлежать к общности, и обусловленная стремлением быть в этой общности;
- 3) дифференцирующий «образ Я», активность на уровне личности, знание о себе в сравнении с др. людьми, придающие индивиду ощущение собственной уникальности, обеспечивающие потребность в самоопределении и самореализации.

Сиблинги при описании себя склонны использовать категории описания своих интересов и психического состояния, настроения. После завершения программы терапевтического отдыха увеличились описание своих качеств и личностных черт, уменьшилось описание себя через свое эмоциональное состояние или настроение. Данные представлены в таблице 3.6.

В рисунках сиблингов выявлено стремление контролировать свою жизненную энергию (46%) - символическое значение выбора домашнего животного для самопредъявления в образе первого персонажа.

При общем анализе рисунков выявлена тревожность (особенности линий и штриховки) в 60% рисунков и агрессия в 38% рисунков. Трудности в самопредъявлении (не нарисовали одного из персонажа) выявлены у 19% детей.

Таблица 3.6 – Распределение выбора критериев для самоописания сиблингами

Критерии самооценки	До программы	После программы
особенности личности, черты характера	10 из 26 детей	17 из 26 детей
пристрастия и интересы	18 из 26 детей	15 из 26 детей
эмоциональные состояния	10 из 26 детей	5 из 26 детей
описание ситуаций, в которых человек оказался	8 из 26 детей	5 из 26 детей

Рассматривая рисунок растения как отношения к своему развитию, росту, возможности использования имеющихся ресурсов, можно сказать, что в ощущении сиблингов им для развития необходима забота и внимание (выбор в качестве самопредъявления комнатных растений, букетов цветов в вазе и сопровождение данного выбора соответствующими комментариями по типу «если об этом цветке не будут заботиться, он завянет»), в 34% случаев выражена потребность нравиться (выбор красивых и привлекательных цветов в качестве самопредъявления по причине того, что данное растение нравится окружающим).

Персонаж неодушевленного предмета символизирует то, что ребенок связывает с переживаниями стабильности и определенности в себе или является предметом потребности. В рисунках данного персонажа у сиблингов в 48% случаев выявлена потребность быть нужным, полезным, востребованным (выбор в качестве самопредъявления различных предметов ввиду желания быть полезным).

В рисунках персонажа человека выявлено открытость расположенность к общению (открытая поза, прорисованные руки) в 68% случаев, вербальная агрессия (прорисовка зубов) в 20% случаев.

Таким образом, «Образ Я» сиблингов характеризуется следующими особенностями: стремление контролировать свою жизненную энергию (физический уровень); выраженность агрессии, открытость и расположенность к общению, потребность в заботе и внимании, тревожность (уровень социального взаимодействия); выражена тревожность, потребность быть нужным, которая



рассматривается как компенсация незамеченной значимым лицом активности и в силу этого оставшейся нереализованной (дифференцирующий «Образ Я»).

В результате получения сиблингами психологической помощи в рамках программы психологического сопровождения по модели терапевтического отдыха выявлено достоверно значимое снижение потребности быть нужным и проявлений тревожности ( $p \leq 0,01$ ).

Дети, перенесшие онкогематологическое заболевание, описывают себя, используя преимущественно личностные особенности и черты характера и свое эмоциональное состояние. При завершении программы терапевтического отдыха появляется больше описаний себя с помощью интересов и любимых видов деятельности, умений и навыков, которыми они обладают. Данные представлены в таблице 3.7.

Таблица 3.7 – Распределение выбора критериев для самоописания переболевшими детьми

Критерии самооценки	До программы	После программы
особенности личности, черты характера;	21 из 37 детей	26 из 37 детей
пристрастия и интересы	13 из 37 детей	22 из 37 детей
эмоциональные состояния	20 из 37 детей	21 из 37 детей
описание ситуаций, в которых человек оказался	8 из 37 детей	7 из 37 детей

В рисунках выявлено отношение к своей жизненной энергии как к источнику возможностей и силы (45%) - символическое значение выбора диких животных для самопредъявления в образе первого персонажа.

Выбирая дерево в качестве второго персонажа (48%) в 82% случаев дети рисуют его без корней, что авторами методики трактуется как непривязанность к прошлому, в 38% для самопрезентации в образе данного персонажа выбраны колючие деревья, растения-хищники, растения с шипами – агрессивные

тенденции, восприятие своего развития как наращивания средств обороны от мира.

В рисунках персонажа неодушевленного предмета у переболевших детей в 47% случаев выявлена потребность в активности, (выбор в качестве самопредъявления различных средств передвижения и предметов, олицетворяющих скорость – машин, ракет ввиду желания быть таким же быстрым и мобильным в передвижении), в 27% случаев выявлено потребность нравится, потребность быть нужным демонстрируют 20% детей.

В рисунках персонажа человека выявлено открытость расположенность к общению (открытая поза, прорисованные руки) в 87% случаев, страхи (зачернение глаз) в 33% рисунков, увеличенные размер фигуры человека (60%) и потребность в опоре (широко расставленные ноги) в 37% рисунков.

При общем анализе рисунков выявлена импульсивность (множественные линии, линии, выходящие за пределы контура изображения) в 48% рисунков, и агрессия в 32% рисунков, 30% рисунка отражают тревожность. Трудности в самопредъявлении (не нарисовали одного из персонажа) выявлены у 20% детей.

«Образ Я» детей, перенесших онкогематологическое заболевание, характеризуется следующими особенностями: стремление к активности, восприятие своей жизненной энергии как источника силы и возможностей (физический уровень); выраженная потребность в общении и в тоже время присутствие страхов и потребности обрести устойчивость, импульсивность, агрессия в поведении и общении (уровень социального взаимодействия), стремление к непривязанности к прошлому, потребность в самореализации (дифференцирующий «образ Я»).

По завершении «терапевтического отдыха» мы видим некоторое снижение агрессивности и тревожности, трудностей в самопрезентации, что свидетельствует о расширении возможностей для самовыражения.

Анализ результатов проведенного исследования позволяет косвенным образом судить о внутренней картине болезни ребенка, а именно о выраженности

умеренно напряженного эмоционального состояния и амбивалентных чувств в отношениях с окружающим (эмоциональный уровень). Такие актуальные потребности, как поиск общения и дружеских связей, потребность в отдыхе и развлечениях и повышение поведенческой активности говорит об актуализации потребности к возвращению к привычному для ребенка образу жизни (мотивационный уровень).

В целом это говорит о положительной динамике внутренней картины болезни, однако учитывая ведущую стратегию преодоления трудностей – поиск помощи извне и привлечение третьего лица и выраженность агрессии, потребность в большей эмоциональной близости у членов семьи, можно говорить о возможных трудностях адаптации семьи к обычной жизни и необходимости в психологической помощи. Таким образом, первая гипотеза частично подтвердилась.

У более чем половины обследуемых сиблингов выявлено эмоционально конфликтное отношение к матери, восприятие требований к себе – строгими, у части опрошенных сиблингов выявлено ощущение отвержения со стороны родителей к ним. В «образе Я» сиблингов ярко выражена потребность быть нужным, которая рассматривается как компенсация незамеченной значимым лицом активности и в силу этого нереализованной.

Из всего выше сказанного следует, что отношения родителей сиблингами являются наиболее напряженными, а внимание им уделяется меньше. При этом эмоциональное состояние сиблингов умеренно отрицательное, они идентифицируют себя с испуганными, фрустрированными персонажами, нуждающимися во внимании и заботе со стороны взрослого. Таким образом, вторая гипотеза подтвердилась – сиблинг в семейной системе является наиболее уязвимым звеном и нуждающимся в психологической помощи.

## ВЫВОДЫ

1. В ходе исследования выявлены дисфункциональный и полуфункциональный типы семейной системы. Выявлено: нарушение иерархии, эмоциональная дистанцированность в отношениях, недостаток лидерства, импульсивность в принятии решений, частое смещение ролей от одного члена семьи к другому, трудности в формировании адекватных психологических границ во взаимодействии с членами семьи.

Косвенным образом это свидетельствует о неустойчивом и нестабильном положении семьи, что характерно для состояния кризиса. Детские рисунки в проективных методиках характеризуют эмоциональное состояние детей как противоречивое (переболевшие дети) и умеренно негативное (сиблинги), напряженное.

Статистических различий в группах семей дисфункционального и функционального типов по выделенным критериям не выявлено, что свидетельствует об однородности группы. Очевидна необходимость продолжения психологического сопровождения – увеличение временного фактора может позволить достичь улучшений.

Эмоциональный уровень ВКБ отражает амбивалентные чувства в отношениях с окружающими, мотивационный уровень - актуальные потребности в поиске общения и дружеских связей, потребность в отдыхе и развлечениях, что свидетельствует об актуализации потребности к возвращению к привычному образу жизни и состоянию, переживающимся как трудное. Таким образом, эмоциональный и мотивационный уровни ВКБ могут быть психотерапевтическими мишенями.

2. У сиблингов выявлено:

- эмоциональное негативное (конфликтное) отношение к матери;
- нарушение детско-родительских отношений по типу дистанцирования, повышенного уровня требований и их строгости;

- актуальные потребности во внимании и заботе со стороны взрослого;
- рисунки в проективных методиках характеризуют эмоциональное состояние как умеренно негативное, напряженное.

3. Предложенные на основе теоретического анализа критерии показали возможность их использования в мониторинге результатов оказания психологической помощи семьям с детьми, переболевшими онкогематологическими заболеваниями.

4. Терапевтический отдых – доступная и эффективная модель психологического сопровождения.

Анализируя результаты исследования по критериям мониторинга программы психологического сопровождения, можно выделить следующие направления развития проекта:

- семейные программы терапевтического отдыха (направленные на гармонизацию детско-родительских и братско-сестринских отношений, гармонизацию «образа Я» переболевших детей и их сиблингов, уменьшение эмоциональной дистанции в отношениях и повышение качества совместно проводимого времени);
- расширение проекта психологической помощи по трём направлениям: территориальному (включение семей из других городов Челябинской области), временному (продолжение наблюдения за процессом оказания психологической помощи для оценки динамики отношений), по типу вмешательства (расширение мишеней терапевтического вмешательства);
- Перспективы продолжения исследования:
- подбор батареи методик для более глубокого изучения эмоционального состояния и «образа Я» детей, детско-родительских, братско-сестринских и супружеских отношений;
- включение в исследование семей без опыта преодоления болезни, несущей в себе экзистенциальную угрозу;

- включение в исследование семей, которые потеряли ребенка в результате онкологического заболевания;
- включение в исследование семей с детьми, перенесшие другие заболевания, несущие в себе угрозу жизни;
- включение в исследование семей с детьми, с тяжелыми хроническими заболеваниями.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании анализа литературных источников были выделены факторы, определяющие специфику психологической помощи таким семьям и служащие основанием выбора психологического сопровождение как наиболее подходящей формы оказания психологической помощи исследуемых семей.

В результате исследования были выделены особенности отношений и взаимодействие в семье, столкнувшейся с лечением несущего в себе угрозу жизни заболевания ребенка. Были выявлены нарушения иерархии в структуре семьи, ощущение эмоциональной дистанцированности, неудовлетворенность детско-родительскими отношениями. Несмотря на выраженность положительной динамики внутренней картины болезни у ребенка, перенёсшего заболевание для семьи характерен хаотичный тип адаптации, эмоционально напряженное состояние детей, выраженность агрессии и противоречивых чувств в отношениях с окружающими. Выделенные особенности обуславливают необходимость и актуальность психологической помощи данным семьям.

В работе были описаны принципы программы терапевтического отдыха как модели психологического сопровождения. В результате проведенной работы определены критерии оценки результатов оказанной психологической помощи семьям, столкнувшимся с лечением онкологического заболевания у ребенка.

Практическая значимость полученных результатов состоит в том, что они могут использоваться для дальнейшего развития и коррекции существующей программы психологического сопровождения по оказанию психологической помощи семьям с детьми, перенесшими онкологическое заболевания. А также для выделения мишеней психотерапевтического вмешательства для оказания помощи семей с детьми, перенёсшими онкологическое заболевание.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абрамова, Г.С. Возрастная психология: Учебное пособие для вузов / Г.С. Абрамова – М.: Академический Проект, 2010. – 623с.
2. Аралова, М.П. Психологическое исследование родительского отношения к дошкольникам в стадии ремиссии острого лимфобластного лейкоза / М.П. Аралова, К.С. Асманян, М.Г. // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». – 1997. – М.: GlaxoWelcome. – С 105-107.
3. Бурмистрова, С.А. Опыт использования комплексной программы реабилитации в лечении пост-мастэктомического отека верхней конечности: тезисы / С.А. Бурмистрова, Т.А. Сивохина, Т.Г. Золотарева, А.В. Яшков // Вопросы онкологии. – 2013. – М.: Изд-во Наука – Т. 59, № 3. – С. 1199–1200.
4. Бялик, М.А. Особенности психологической адаптации и лечения детей с онкопатологией / М.А. Бялик, Е.Е. Моисеенко, В.В. Николаева, Н.А. Урядницкая // Материалы первой Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». – М.:
5. Варга, А.Я. Введение в системную семейную психотерапию / А.Я. Варга. – М.: Изд-во Когито-центр, 2008. – 243 с.
6. Вачков, И.В. Психологический тренинг. Методология и методика проведения / И.В. Вачков. –М.: Эксмо, 2010. – 154 с.
7. Венгер, А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер – М.: Изд-во Владос-пресс, 2003. – 160 с.
8. Волкан, В. Жизнь после утраты: Психология горевания / В. Волкан, Э. Зинтл. – М.: Изд-во Когито-центр, 2007. – 356 с.
9. Голубая книга. Руководство для сотрудников, волонтеров и сопровождающих. – <http://www/barretstown.org>



10. Гусева, М.А. Социальные проблемы семей, имеющих детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями / М.А. Гусева, А.И. Антонов, О.Л. Лебедь, В.М. Карпова, Г.Я. Цейтлин // Высшее образование для 21 века: 6-я международная научная конференция. – М.: Изд-во Моск. Гуманит. Ун-та, 2009. – С.34-39.

11. Дурнов, Л.А. Клинические лекции по детской онкологии. Часть 1: учебное пособие для вузов /Л.А. Дурнов, Е.И. Бойченко, И.В. Глеков; под ред. Л.А. Дурнова – Медицинское информационное агентство, 2004. – М.: Изд-во Наука 220 с

12. Исаев, Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Изд-во Речь, 2005. –400 с.

13. Карпова, Э.Б. Онкологическое заболевание как психологический кризис / Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова // Ананьевские чтения, матер.научнопракт. конф. СПб университета. – 2007. – М.: Изд-во Наука – С. 556–557.

14. Климова, С.В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара / С.В. Климова, Л.Л. Микаэлян, Е.Н. Фарих, Е.В. Фисун // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2009 – М.: Изд-во Речь – № 1. – С.56-62.

15. Коимтин, Л.И. Арт-терапия детей и подростков / Л.И. Коитмин, Е.Е. Свитовская. – 2-е стереотип, изд. – М.: Изд-во Когито-Центр, 2014. – 197 с.

16. Лосева, В.К. Рассмотрим проблему: Диагностика переживаний детей и взрослых по их речи и рисункам/ В.К. Лосева, А.И. Луньков // М.: А.П.О., 2005. – 48 с.

17. Марковская, И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми /И.М. Марковская. – СПб.: Изд-во Речь, 2005. – 150 с.

18. Махортова, Г.Х. Расскажи историю. Проективная методика исследования личности ребенка / Г.Х. Махортова. – М.: Изд-во Когито-Центр, 2004. –79 с.

19. Мирошкин, Р.Б. Психологическая реабилитация семьи с детьми, перенесшими онкологическое заболевание / Р.Б. Мирошкин, Е.В. Фисун, Н.Е. Филиппова // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2010. – М.: Изд-во Речь – № 3 – С. 32–36.
20. Мирошкин, Р.Б. Комплексный подход к реабилитации семей с детьми, имеющими онкозаболевание, в санатории в санатории «Русское поле»: тезисы / Р.Б. Мирошкин, А.В. Скрипкин, Ю.Н. Федоров, Е.В. Фисун // Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2012». – М.: Наука – 2012. – С. 68–69.
21. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева - М.: Изд-во Медицина, 2004. - 168 с.
22. Никольская, Н.С. Особенности самосознания больных в ситуации предельного витального риска: автореферат дис... канд.психол. наук / Н.С. Никольская. – М.: Изд-во Медицина – 2012. –34 с.
23. Падун, М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: дисс... канд. психол. наук / М.А. Падун. – М., 2003. – 159 с.
24. Парахневич, О.С. Специфика переживания страха смерти в возрастнополовом аспекте / О.С. Парахневич, А.Г. Портнова // Ползуновский вестник. – 2006. – № 3. – С. 186-189.
25. Писаренко, Н.А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии / Н.А. Парисенко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – № 3. – С. 39-41.
26. Рейнальдо, П.Л. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса / П.Л. Ренальдо. – М.: Изд-во Маренго Интернейшнл принт, 2001. – 165 с.
27. Романова, Е.С. Графические методы в психологической диагностике / Е.С. Романова, О.Ф. Потемкина // М.: Изд-во Дидакт. – 1992. – 280 с.

28. Русина, Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях / Н.А. Русина // Мир психологии: Научно-методический журнал. – М.: Изд-во Наука – 2002. – № 4. – С. 152– 160.
29. Саймонтон, К. Психотерапия рака: краткое руководство / К. Саймонтон, С. Саймонтон; пер. с англ. М.В. Бадхен. – СПб: Питер, 2001. – 285 с.
30. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб: Изд-во Речь, 2006. – 350 с.
31. Тесленко, Б.В. Организация работы отделения реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями в состоянии ремиссии и их родителей в ФГУ санаторий «Русское поле» / Б.В. Тесленко, Н.Е. Филиппова // Материалы симпозиума «Актуальные проблемы реабилитации в детской онкологии. – М.: Изд-во Медицина – 2009. – С 14-16.
32. Тхостов, А.Ш. Осознание заболевания у онкологических больных /А.Ш. Тхостов, В.Н. Герасименко // Вестник АМН. – М.: Изд-во Речь – 1984. – № 12. – С. 90–97.
33. Цейтлин, Г.Я. Модель городской/региональной системы комплексной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями /Г.Я. Цейтлин // Материалы симпозиума «Актуальные проблемы реабилитации в детской онкологии». – М.: Изд-во Речь – 2009. – С. 34.
34. Цейтлин, Г.Я. Принципы оказания реабилитационной помощи детям с онкологическими заболеваниями: тезисы / Г.Я. Цейтлин, А.Г. Румянцев // Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2013». – М.: Изд-во Дидакт. – 2013. – С. 108—109.
35. Швецова, М.Н. Понятие и сущность социально-психологического сопровождения / М.Н. Швецова // «Психологическое сопровождение образования: теория и практика» сб.науч.ст. – М.: Изд-во Когито-центр. – 2012. – 58 с.
36. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.А. Юстицкис. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

37. Koopman, Ch. Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer / Ch. Koopman, L.D. Butler, C. Classen, J. Giese-Davis // *Journal of traumatic stress*. – 2002. – V 15, № 4. – P. 277–287.

38. Pitman, R.K. Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients / R.K. Pitman, M.K. Lanes, S.K. Williston // *Psychosomatics*. –

39. Silver, J.K. Cancer rehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes / J.K. Silver, J.F. Baima // *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. – 2013. – V. 92, № 8. – P. 715–727.

40. Thome, S.E. Is There a Cost to Poor Communication in Cancer Care? A Critical Review of the Literature / S.E. Thome, B.D. Bultz, W.F. Baile // *PsychoOncology: special issue: Patient Professional Communication*. – 2005. – V. 14, № 10. – P. 875–884.

41. Varni, J.W. Perceived Stress and Adjustment of Longterm Survivors of Childhood Cancer / J.W. Varni, E.R. Katz, R.K. Colegrove, M.K. Dolgin // *Journal Psychosocial Oncology*. – 1994. – V. 12, № 3. – P. 105–115.

## Программа тренинга гармонизации «образа Я»

Программа тренинга для детей младшего школьного и подросткового возраста «Познай себя».

Цель тренинга – гармонизация образа «Я».

Задачи:

- создания комфортной и безопасной атмосферы доверия;
- расширение представлений каждого участника тренинга о себе;
- обучение навыкам самоанализа;
- повышение коммуникативной компетенции.

Задачи тренинга фокусируются на составляющих «образа Я»:

представление о себе (когнитивный аспект), отношение к себе (оценочный аспект). Все упражнения и задания в ходе программы тренинга предполагают получение нового опыта общения и, как следствие, расширение опыта личности.

### Первое занятие

#### 1. Упражнение «знакомство».

Цель упражнения формирование установки на взаимодействие и создания климата психологической безопасности.

Данная процедура облегчает процесс знакомства, так как на первом занятии не все могут свободно говорить о себе.

. Шаг 1. Участники разбиваются на пары и 10-15 минут проводят взаимное интервью.

Шаг 2. По окончании интервью каждый представляет своего интервьюированного.

#### 2. Скульптура.

Цель: развитие навыков самоанализа, расширение репертуара самовыражения.

Участники разбиваются на пары. Один из них - скульптор, другой – скульптура. По заданию тренера скульптор лепит из «глины» скульптуру:

- ребенка, который ничего не боится;
- ребенка, который всем доволен;
- ребенка, который выполнил сложное задание и т.д.

Темы для скульптур может предлагать тренер, а могут – сами участники. Играющие меняются ролями. Возможен вариант групповой скульптуры. После проведения игры целесообразно обсудить с участниками, что они чувствовали в роли скульптора, скульптуры, какую фигуру приятно было изображать, какую – нет.

### 3. Четыре персонажа.

Цели: диагностика, развитие навыков самоанализа и рефлексии

Обсуждение. “Что это такое?” и “Что общего между Вами и этими персонажами?”

### 4. Ящерица.

Цель: снятие напряжения.

Все вы прекрасно знаете, что, если попробовать поймать ящерицу за хвост, она убежит, а хвост оставит в руках охотника. Сейчас вы в командах выстроитесь друг другу в затылок, руками возьметесь за плечи стоящих перед вами. Каждая тройка будет изображать ящерицу и охотника одновременно. К спине стоящего последним нужно приклеить полоску бумаги. Это будет хвост ящерицы. Ваша задача – оторвать хвосты у других ящериц и сохранить свой. Ящерица, у которой оторвали хвост, убегает к доктору, чтобы получить новый хвост».

### 5. «Закончите фразу».

Цель: повышение самооценки участников, развитие навыков рефлексии. Ведущий напоминает, что было на сегодняшнем занятии и просит участников вспомнить сегодняшнюю встречу, свои ощущения и ответить на следующие вопросы

Участники по очереди говорят следующее:

- Сегодня я узнал о том, что я ...
- Мне было приятно, когда ...

- Что хотелось бы изменить на занятии?

## Второе занятие

### 1. Приветствие.

Цель: разминка, настрой на занятие.

Поздороваться с каждым человеком разными способами. (Рукой, ногой, локтями, кивком головы.), называя при этом имя человека, с которым здороваешься.

### 2. Compliments.

Цель. Процедура предназначена для сплоченности группы, создания благоприятной групповой атмосферы, снятия напряженности и усталости, расширение представлений о себе.

Шаг 1. Участники делятся на две равные части и встают лицом друг к другу, образуя внутренний и внешний круг.

Шаг 2. Человек из внешнего круга говорит участнику во внутреннем круге: «Мне нравится, что ты...», человек из внутреннего круга отвечает на это: «Да, я (повторяет), и еще я....» Важно, чтобы участники говорили искренне. Шаг 3.

Меняются кругами. Шаг 4. Обсуждение. - «Какие чувства испытывали, что было трудным? - Трудно или легко отвечать на него? - Что больше понравилось – делать комплимент или принимать? - Какие комплименты показались необычными?».

### 1. Импульс.

Цель: разминка, настрой на занятие. Взяться за руки, передать движение с закрытыми глазами (легкое сжатие руки, топот)

### 2. Найди пару.

Оставаясь в этом же кругу, Ваша задача – объединиться в пары без слов и жестов, при помощи только взгляда. Для начала прошу всех опустить глаза в пол.

На счет «раз» поднимаем глаза и смотрим друг на друга.

На счет «два» находим пару.

На счет «три» объединяемся в пары. Пары должны взяться за руки».

### 3. Совместная картина.

Разбившись на пары, каждой паре необходимо нарисовать одну картину на двоих один маркером/фломастером, т.е. они оба держат один фломастер и рисуют картину, предварительно не договариваясь о сюжете.

Потом они должны придумать название и рассказать о картине.

Вопросы для обсуждения:

1. Что получилось
2. Что было трудно
3. Что помогло
5. «Закончите фразу».

Цель: повышение самооценки участников. Участники по очереди говорят следующее:

- Сегодня я узнал о том, что я ...
- Мне было приятно, когда ...
- Что хотелось бы изменить на занятии?»

#### Третье занятие

1. «Никто не знает».

Цель: создание атмосферы принятия и понимания, развитие навыков самоанализа и углубление представлений о себе.

Перебрасывая мяч по кругу, участники продолжают фразу: «Никто из вас не знает, что я... (умею шить, петь и т. д.).»

2. Пять предложений.

Цель. Процедура предназначена для обучения навыкам самоанализа и анализа поведения других.

Шаг 1. Участники на карточках пишут пять предложений, которые, на их взгляд, описывают их отношение к жизни, себе, окружающим, их положительные и ценные качества. Каждое предложение пишется на отдельной карточке. При этом участники сами решают, какую информацию о себе они хотели бы сообщить.



Шаг 2. Карточки перемешиваются, все члены команды вытягивают по 5 штук.

Шаг 3. Каждый игрок по очереди читает вслух предложение и отдает карточку тому члену группы, который, на его взгляд, является автором. Тот, который получил карточку, без комментариев оставляет ее у себя. Свою карточку игрок оставляет себе. Таким образом, проходит определенное количество кругов, в ходе которых каждый читает чужую карточку и передает ее предполагаемому автору. Игра продолжается до тех пор, пока все карточки не будут распределены правильно. Шаг 4. В конце игры устраивается последний круг, в ходе которого участники команды зачитывают пять своих карточек. Шаг 5. Члены команды обмениваются своими мнениями и впечатлениями

3. Четыре персонажа.

Повторная диагностика.

Помните на первом занятии мы рисовали себя в образе животного, растения, предмета и человека, предлагаю попробовать сделать это еще раз.

Обсуждение. “Что это такое?” и “Что общего между Вами и этими персонажами?”.

4. «Закончите фразу»

5. Цель: повышение самооценки участников. Участники по очереди говорят следующее:

- Сегодня я узнал о том, что я ...
- Мне было приятно, когда ...
- Что хотелось бы изменить на занятии?»

**Опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности»**

**(FACES-3 / Тест Олсона)**

1 - почти никогда; 2 - редко; 3 - время от времени; 4 – часто; 5 - почти всегда.

1. Члены нашей семьи обращаются друг к другу за помощью.
2. При решении проблем учитываются предложения детей.
3. Мы с одобрением относимся к друзьям других членов семьи.
4. Дети самостоятельно выбирают форму поведения.
5. Мы предпочитаем общаться только в узком семейном кругу.
6. Каждый член нашей семьи может быть лидером.
7. Члены нашей семьи более близки с посторонними, чем друг с другом.
8. В нашей семье изменяется способ выполнения повседневных дел.
9. Мы любим проводить свободное время все вместе.
10. Наказания обсуждаются родителями и детьми вместе.
11. Члены нашей семьи чувствуют себя очень близкими друг другу.
12. В нашей семье большинство решений принимается родителями.
13. На семейных мероприятиях присутствует большинство членов семьи.
14. Правила в нашей семье изменяются.
15. Нам трудно представить себе, что мы могли бы предпринять всей семьей.
16. Домашние обязанности могут переходить от одного члена семьи к другому.
17. Мы советуемся друг с другом при принятии решений.
18. Трудно сказать, кто у нас в семье лидер.
19. Единство очень важно для нашей семьи.
20. Трудно сказать, какие обязанности в домашнем хозяйстве выполняет каждый член семьи.

**Таблица А.1 - Диагностические параметры шкалы семейной сплоченности и адаптации FACES-3**

Шкала	Номер утверждений в шкале	Диагностические параметры
Семейная сплоченность	1,19,11	Эмоциональная Связь
	5,7	Семейные границы
	17	Принятие решений
	9	Время
	3	Друзья
	13,15	Интересы и отдых
Семейная адаптация	16,18	лидерство
	2,12	Контроль
	4,10	Дисциплина
	8,16, 20	Роли
	14	Правила

**Бланк методики «Четыре персонажа»**

<p>Если бы тебе пришлось превратиться в животное, то в какое?</p>	<p>Если бы ты был (а) растением, то каким?</p>
---	--

Если бы ты стал (а) предметом, то каким?

Нарисуй себя в образе человека, это не обязательно должен быть твой автопортрет, можешь изобразить человека любого возраста, пола, в любом историческом времени

### **Инструкция к методике «Четыре персонажа»**

В методике «Четыре персонажа» инструкции прямо говорят: «Изобразите себя в образах четырех персонажей – растения, животного, неодушевленного предмета и человека. Мы не оцениваем художественные способности и портретное сходство, а хотим лучше понять Вас и Ваши переживания.

Рисунок человека не обязательно должен быть Вашим автопортретом – Вы можете изобразить человека любого пола и возраста, в любом историческом времени. Главное – чтобы он наилучшим образом выражал важные для Вас особенности».

Такая инструкция позволяет исследовать самопредъявление и самопознание человека, поскольку он вынужден выделять наиболее существенные для него самого черты.

При обсуждении задания необходимо задать вопросы: «Что это такое?» и «Что общего между Вами и этими персонажами?».

## Параметры анализа детского рисунка по А.Л. Венгер

Формальные показатели.

А. Особенности линий:

- штриховые линии – тревожность.
- множественные линии – тревога как состояние на момент обследования; стрессовое состояние; иногда импульсивность.
- промахивающиеся линии, не попадающие в нужную точку или недоведенные до конца – импульсивность (с пятилетнего возраста).

Б. Тщательность и детализированность рисунков:

- большое количество разнообразных деталей – демонстративность; живое воображение, творческая направленность;
- повышенная тщательность, большое количество однотипных деталей – ригидность; тревожность; иногда перфекционизм.
- малое количество деталей, схематичность, в отношении к возрастной норме – астения; импульсивность; негативизм; отрицательное отношение к обследованию.
- небрежность, в отношении к возрастной норме – импульсивность; низкая мотивация; негативизм; отрицательное отношение к обследованию.

В. Дополнительные особенности рисунков:

- стирание и исправление линий – тревога как состояние на момент обследования; стрессовое состояние; эмоциональная напряженность; тревожность, неуверенность в себе;
- штриховка рисунка простым карандашом - тревожность как личностная черта; тревога как состояние на момент обследования; иногда художественный прием у людей, обучающихся или обучавшихся рисованию (в этих случаях не интерпретируется);

- размашистая штриховка, местами выходящая за контур рисунка – острая тревога; импульсивность (с шестилетнего возраста);
- особо тщательная штриховка – тревожность, неуверенность в себе; ригидность;
- штриховка с сильным нажимом, зачернение всего рисунка или его части – эмоциональная напряженность; острая тревога; иногда пограничное или психотическое состояние.