

**АСКАРГАЛИЕВА НАЗКЕН БАЙДУЛДАНОВНА**

магистр социальных наук, психолог Научного центра педиатрии и детской хирургии (Алматы),  
nazken\_999@mail.ru

**NAZKEN ASKARGALIYEVA**

M.Sc. (Sociology), Psychologist, Scientific Center of Pediatrics and Children's Surgery

УДК 616–08–039.75

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

### **PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CANCER AND THEIR PARENTS IN ONCOLOGICAL STATIONARY**

*Аннотация.* Автор исследует механизм влияния родительского отношения на эффективность лечения и рациональное использование внутренних ресурсов онкобольного ребенка. Залогом успеха во многом становится психологическая реабилитация (как самих детей, так и их родителей, членов семей), которая необходима для минимизирования вреда от психической травмы, полученной во время болезни и лечения. Целью автора является изучение поведения родителей и отношения к ним подростков, а также определение типов психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, способствующих эмоциональной поддержке, успешности лечения, выздоровлению и дальнейшей социализации. Приводятся результаты исследования, в котором приняли участие 68 родителей онкобольных детей и 68 подростков онкологического отделения в возрасте от 13 лет до 18 лет — 26 девочек и 42 мальчика.

*ABSTRACT.* The author investigates the mechanism of influence of the parental relation on the effectiveness of treatment and the rational use of the internal resources of a cancer child. The key to success in many ways is the psychological rehabilitation (both children, and their parents and family members), which is necessary to minimize the harm from a mental trauma received during illness and treatment. The aim of the author is to study the behaviour of parents and the attitude of adolescents to them, as well as to determine the types of psychocorrective and psychotherapeutic measures that contribute to emotional support, the success of treatment, recovery and further socialization. 68 parents who have children with oncology and 68 adolescents aged 13–18 (26 girls and 42 boys) participated in the study. The results are presented.

*КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:* дети, болезнь, онкология, онкологический стационар, семья, психологическая реабилитация онкобольных детей и их родителей, психокоррекционные мероприятия.

*KEYWORDS:* children, disease, oncology, oncological stationery, family, psychological rehabilitation of cancer patients and their parents, psychocorrective measures.

Результаты лечения онкологически больных детей, качество их жизни зависят не только от физического состояния, но и от психологического благополучия ребенка и членов его семьи. Н. А. Ажигалиев, разрушая стереотип об онкозаболеваниях как фатально неизлечимых болезнях, заявляет, что в настоящее время у онкобольных шансов вернуться к здоровому образу жизни намного больше, чем 10–15 лет назад [1]. Полное клиническое выздоровление невозможно без реабилитационных мероприятий и восстановительного лечения, предусматривающих в том числе восстановление и улучшение эмоционального, психологического, интеллектуального и социального здоровья ребенка, членов его семьи, особенно родителей. В своем исследовании мы будем опираться на выводы, сделанные американскими исследователями Карлом и Стефани Саймонтонами: «В центре нашей теории лежит представление о том, что болезнь — это не чисто физическая проблема, это проблема всей

личности человека, состоящей не только из его тела, но разума и эмоций. Мы полагаем, что эмоциональное и интеллектуальное состояние играет существенную роль как в восприимчивости к болезням, включая рак, так и в избавлении от них. Мы считаем, что рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака» [9, с. 266]. Последнее подтверждено проведенным нами опросом среди родителей по «Методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге».

Личность родителей играет существенную роль в жизни ребенка, так как именно они являются его первой общественной средой. К родителям, а особенно к матери, дети в первую очередь обращаются в тяжелые моменты. Родители есть потенциальный источник физической и эмоциональной

поддержки для детей. В случае, если это онкобольной ребенок, лечение которого занимает длительное время, необходим постоянный психологический контакт с родителями. Ощущение и сопереживание контакта с родителями дает возможность онкобольному ребенку почувствовать, понять и осознать родительскую любовь и заботу. Во период лечения важно проникновение в проблемы, желание понимать, наблюдать за изменениями, которые происходят в душе ребенка, в его сознании. Нарушение эмоционального контакта с родителями — глубокий психотравмирующий фактор для онкобольного ребенка. Забота родителей и членов семьи создает чувство безопасности и способствует, с одной стороны, развитию доверия к врачам и вере в выздоровление, с другой — повышению конструктивной активности в лечении. Для онкобольного ребенка значимы взаимоотношения между членами семьи, согласованность их взглядов относительно терапии. Но особую роль играет понимание того, как взрослые относятся к ребенку, к его болезни. Разногласия в методах лечения и межличностных отношениях родителей не дают ребенку возможности осмыслить, что хорошо, а что плохо. Если согласие между родителями нарушается, да к тому же больной ребенок слышит, что это происходит по причине его болезни, по вопросам, касающимся методов лечения (традиционных или нетрадиционных), он не может чувствовать себя уверенно и в безопасности, у него проявляются детская тревога и страхи, он становится более чувствительным и ранимым. Родителям нужно более внимательно относиться к онкобольным детям, стараться подбирать способы создания доверительных и дружеских отношений с ними.

Получив информацию об онкологическом заболевании ребенка, родители понимают, что его жизнь находится под угрозой. Они испытывают шок, их охватывает паника, ужас, чувство страха. Ситуация усугублена тем, что диагноз «рак» объявляется ребенку. Заболевание ребенка раком изменяет жизнь родителей, меняет их представление о своей роли и месте в жизни. Родителям, а особенно матерям, предстоит противостоять настроенному отношению со стороны родственников, окружающих, а также собственной растерянности перед онкозаболеванием, противоречивыми и незнакомыми чувствами к самой себе.

Теория кризиса и горя объясняет, от чего люди, испытывающие чувство потери, ощущают внутри себя совершенный хаос, хотя внешне это вроде бы никак не проявляется. Онкологическая болезнь ребенка является для родителей тем толчком, который запускает процессы «переживания горя».

Психологическое состояние семьи, столкнувшейся с диагнозом «онкология», можно представить таким образом: *«болеет ребенок — болеет вся семья»*. Диагноз воспринимается как удар судьбы, ассоциируется с болью, чувствами обреченности и беспомощности. По мнению Харди: «Заболевание ребенка — это недуг и для среды, в которой он живет, болезнь и для родителей, для всей семьи. Это беда для всей семьи». Поведение родителей зависит от их отношения к детям, опыта, приобретенного

в ходе той же болезни у других детей, у родственников [11]. Подразумевается, что родители и взрослое окружение должны быть образцом для онкобольного ребенка в сложившейся ситуации, помочь ему освоить новые правила поведения, но они сами напуганы страшным диагнозом, ощущают беспокойство, тревогу, иногда полную беспомощность из-за страха скорой и мучительной смерти. Слово «рак» ассоциируется с непереносимыми условиями дальнейшей жизни, непременно фатальным исходом, факт наличия злокачественной опухоли приводит к мысли о предстоящей операции, возможных калечащих последствиях (ампутации конечностей и частей тела), смерти во время операции, отсутствии при этом каких-либо гарантий остаться в живых, т. е. нет веры в выздоровление.

Обычно в лечебных учреждениях психотерапевтические и реабилитационные мероприятия направлены только на самого онкобольного ребенка, для преодоления его страхов, стрессов, его негативных установок по отношению к болезни, а его родителям и членам семьи практически не уделяют никакого внимания, они не задействованы в процессе реабилитации.

Цель нашего исследования состоит в следующем: изучив установки, механизмы взаимоотношений между родителями и детьми, помочь родителям запустить внутреннюю духовную работу над собой и возникшими в семье проблемами, которые в дальнейшем станут определяющими для будущей семьи. К большому сожалению, окружающие не всегда понимают, что онкозаболевший ребенок в семье — это не сиюминутная трагедия, а один из компонентов, составляющих теперь ежедневную жизнь семьи. Если в семье процесс осознания и принятия новых реалий развивается правильно, то можно надеяться, что родители смогут относительно скоро принять болезнь ребенка и незамедлительно начать лечение, стараясь сохранять спокойствие во избежание психических расстройств на почве онкологического заболевания ребенка. Однако у многих родителей после объявления диагноза появляются симптомы депрессии, сильное отчаяние, не проходящие со временем, именно таким людям необходима профессиональная помощь психологов. Даже если горе родителей совершенно незаметно, не проявляется внешне, то, вполне вероятно, оно отрицается или накапливается внутри. Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия позволят снизить уровень стресса, гармонизировать психоэмоциональное состояние, будут способствовать формированию положительных установок по поводу успешного выздоровления. Тем самым позитивный настрой родителей, уверенная манера держаться помогут ребенку обрести веру в свои силы и успех лечения, это укрепит волю, повысит у онкобольного ребенка конструктивную активность в лечении.

Конечно, многие информированы о методах специального биологически ориентированного лечения (химиотерапия, оперативное, лучевое лечение и др.), однако у людей недостаточно знаний о характере и особенностях, а также степени выраженности реакций со стороны психики

онкобольных, поскольку служба практической психологической поддержки в детских онкологических стационарах в Казахстане развита недостаточно, как и в России, а опыт психотерапевтической помощи очень мал [2].

При совершенствующихся методах физической реабилитации, обеспечивающих восстановление нормальных функций организма после ряда лечебно-профилактических мероприятий, возрастает эффективность лечения онкологических заболеваний, увеличивается выживаемость пациентов. Очевидна также необходимость психологической реабилитации пациентов для минимизирования вреда от психической травмы, полученной во время болезни и лечения.

Онкологическое заболевание рассматривается исследователями как хроническое из-за длительности и сложности лечения, продолжительного восстановительного периода, с высокой вероятностью рецидива. Хроническое заболевание у детей — это тяжелое испытание не только для ребенка, но и для всех членов семьи. Положение усугубляется и многочисленными трудностями, с которыми сталкивается каждая семья в такой ситуации.

Под психологической реабилитацией мы будем понимать определенный процесс, по результатам которого сформируется активное отношение к нарушению здоровья, снизится влияние от перенесенной психологической травмы, возникшей во время заболевания. Предполагается, что онкобольные дети и их родители обретут душевное равновесие, у них восстановится позитивное восприятие жизни, семьи и общества.

Когда онкологическим заболеванием болеет ребенок, чрезвычайно важно влияние родителей, их родительских убеждений и установок в отношении болезни и процессов лечения, а также психологической адаптации онкобольного ребенка. Как взрослые реагируют на ситуацию фрустрации, так их поведение влияет на адаптивные возможности ребенка. «Дети — это зеркало родителей», именно в контакте с ними формируются индивидуальные роли и их представления о многообразности явлений окружающей реальности и отношении к ним [6].

Результаты и последствия лечения детей с онкологическими заболеваниями зависят не только от физического состояния, своевременного и полного оказания медицинской помощи, но и от психологического благополучия самого ребенка и членов его семьи. В большей степени именно родители могут помочь ребенку справиться с реакциями и чувствами, которые препятствуют эффективности лечения и не позволяют рационально использовать его внутренние ресурсы. Саймонтоны в своей книге подчеркивают: «Когда люди сталкиваются с такой грозной болезнью, как рак, их чувства не могут быть "приличными" или "неприличными", "зрелыми" или "незрелыми". Это просто чувства» [9, с. 20]. И главная задача заключается в том, чтобы научиться реагировать на эти чувства таким образом, чтобы это приносило максимальную пользу.

После постановки диагноза именно от родителей зависит, будут они ходить от врача к врачу,

от профессора к профессору (некоторые устремляются за помощью к экстрасенсам, целителям, магам, колдунам) или, не теряя драгоценного времени, постараются как можно быстрее прибыть в стационар на лечение. При онкологическом заболевании важен каждый день, потому что раковые клетки, размножаясь, хаотически бесконтрольно делятся, перемещаются по всему организму и вытесняют здоровые клетки, при этом поражая ткани и органы.

Предоставляемое в Научном центре педиатрии и детской хирургии (НЦПиДХ) лечение построено на принципе междисциплинарного подхода. Для повышения эффективности лечения и качества жизни ребенка и родителей (опекунов), помимо комплексного специального лечения, детям и их сопровождающим оказывается различная социальная помощь, обеспечивается психологическая поддержка на всех этапах высокоспециализированной помощи. А.В. Полин пишет, что «... решающая роль в лечебном процессе зависит от единого стиля работы всего лечебного коллектива и вовлечения в этот стиль больного как временного участника. Единообразный, рациональный подход всего лечебного коллектива к больному играет важную, решающую роль в эффективности лечения» [8, с. 12].

Поэтому в НЦП и ДХ считают важным создание психологического комфорта онкобольному ребенку и его родственникам, разрешение организационных вопросов с целью обеспечения круглосуточного совместного пребывания в стационаре ребенка и его сопровождающего (таковыми могут быть мама или папа, а также бабушки или дедушки, братья или сестры, дяди или тети, опекуны). Особенно тяжелыми для ребенка любого возраста бывают первые дни нахождения в стационаре. Начиная со времени поступления и до выздоровления в процессе лечения участвуют профессионалы-онкологи и врачи различных специальностей, а также клинические психологи и специалисты по социальной работе. Врач (и все перечисленные специалисты в том числе) должен понимать всю драматичность ситуации, поведение ребенка, принимающего по-детски все — и хорошее, и плохое, его переживания, исходящие не только из внешних воздействий, но и обусловленные в какой-то мере внутренними изменениями, вызванными течением злокачественного процесса [5].

Первое знакомство — независимо от возраста ребенка, социального положения семьи, ее материального обеспечения — начинается с совместной беседы врача и психолога с родителями (опекунами) о характере заболевания, тактике лечения, иногда длительного и изнурительного, которое влечет изменение привычного образа жизни. Л.А. Дурнов и Г.В. Голбатенко подчеркивают: «Труднее всего с пациентами школьного возраста, подростками. Ребенок школьного возраста, поступивший в клинику, "загруженный" своими мыслями и переживаниями, сразу же получает поток информации от своих сверстников, испытавших на себе все "тяготы" процедурного кабинета. Кроме того, необходимо отметить, что недавно произошли кардинальные стратегические изменения в общении с пациентами: тактика "сокрытия" от них болезни

сменилась признанием их права на "диагноз и прогноз"» [4, с. 163].

Через две-три недели ребенком и его родственниками осознаются все тяготы сложившейся ситуации, их первоначальное эмоциональное состояние постепенно переходит в депрессию, которая может протекать долго. За это время ребенок уже прошел один из курсов химиотерапии, у него начинаются перемены в характере, приходит усталость от пребывания в больнице, изменяется внешний вид — выпадают волосы, от безысходности и болей меняются требования к родителям, начинаются конфликты, некоторые дети перестают есть, не позволяют близким входить в палаты и т.д. На этом этапе важна эмоциональная поддержка, целесообразно провести диагностику, оценку личности онкологически больного ребенка и его сопровождающих, содействовать ему, постараться выяснить его проблемы, по возможности помочь ему физически и психически восстановиться. С этой целью по результатам тестирования создаются группы психологической поддержки различной направленности (как для больных, так и для членов их семей) для уменьшения «барьера страдания», повышения контактности и обучения самоподдержке и саморегуляции. Необходимо учитывать, что поддержка детям должна осуществляться в эмоциональном контакте со взрослыми. От качества общения взрослых зависит полноценное восприятие их онкобольными детьми и ощущение ими положительного эмоционального самочувствия среди близких. Это, в свою очередь, окажет эффективное влияние на развитие хороших взаимоотношений с врачами. Отсутствие любви и участия родителей (часто в стационаре вместо родителей пребывают бабушки, тети, дяди, братья, сестры) во время лечения, содержательного общения с больным ребенком в лечебном заведении приводит к заторможенности эмоциональной сферы, а впоследствии к задержке психического развития, возникновению обиды. Некоторые дети становятся замкнутыми и неуверенными в себе, не верят в успех лечения, другие же, наоборот, проявляют агрессию, третьи теряют интерес к жизни и т.д. В отдельных случаях наблюдается авторитаризм родителей. Это также мешает процессу лечения, онкобольной ребенок, вопреки всему, начинает проявлять эгоистичные черты характера. Тотальный контроль со стороны авторитарного родителя озлобляет онкобольного ребенка, он начинает бунтовать против родительского влияния, может пойти на полный отказ от лечения.

Основными принципами психологической помощи в детской психоонкологии являются: последовательность, системность, методичность и комплексность, с обязательным учетом возрастных особенностей детей и близким взаимодействием со значимым окружением. Большинство современных исследователей рассматривают семью примерно как систему взаимодействующих элементов: и родители, и дети влияют друг на друга. Мы в большей степени будем анализировать восприятие ребенком родительского отношения к себе. Если отношение родителей к ребенку

принимательное, иначе говоря — внимательное и уважительное, то это способствует самопринятию ребенка. Отвергающее, т.е. неуважительное, пренебрегающее или неприязненное отношение приводит к непринятию ребенком самого себя, расценивается им как собственная малоценность и ненужность. Следовательно, можно предположить существующую взаимосвязь между механизмом родительского отношения и тем, как онкобольной ребенок воспринимает свою болезнь, свое состояние и перспективы лечения. Ребенок может быть пассивным или активным участником лечения, хорошо или плохо адаптироваться в условиях лечебно-реабилитационного процесса, стремиться или нет к выздоровлению или, возможно, получать психологические выгоды от своего заболевания. Из вышесказанного следует, что лучшее, что могут сделать в данной ситуации родители, — это помочь онкобольному ребенку чувствовать позитивную самооценку, для этого они должны быть эмоционально вовлечены в процесс лечения, благополучно разрешать противоречия, которые нередко возникают на разных этапах лечения.

Методики подбираются с целью изучения установок, поведения и тактики воспитания родителей, как это видят, осознают и понимают дети в подростковом и юношеском возрасте, как они воспринимают взаимоотношения с родителями, как относятся к воспитательной практике и воспитательным решениям своих родителей. Для получения более правдивых ответов нам необходимо создать обстановку, в которой тестируемые смогли бы пристально и объективно посмотреть на самих себя и на свои поступки. Наша задача — раскрепостить их, уменьшить страхи, придать уверенности.

Тестирование будет проводиться нами в двух направлениях, в два этапа: первый этап до проведения психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, второй — после завершения мероприятий, которые будут осуществлены в течение шести месяцев.

Дети (подростки) тестировались по методике ADOR «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына) [3, с. 256], отдельно отношение к матери и отцу.

Для членов семей применена методика изучения родительских установок (*Parental Attitude Research Instrument — PARI*), предназначенная для исследования отношения родителей (прежде всего матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Авторы — американские психологи Е.С. Шефер и Р.К. Белл, в России методика адаптирована Т.В. Нещерет [5, с. 130–143].

По методике ADOR было опрошено 68 подростков онкологического отделения в возрасте от 13 лет до 18 лет: 26 девочек, 42 мальчика. В результате тестирования выявлено, что общая оценка взаимоотношений: с матерью — «плохо», с отцом — «хорошо».

Выраженность факторов во взаимоотношениях родителей с детьми отражается следующими шкалами: POZ — фактор позитивного интереса к ребенку; DIR — директивность

во взаимоотношениях; *HOS* — враждебность; *AUT* — автономность; *NED* — непоследовательность, а также производные: *POZ/HOS* — фактор близости; *DIR/AUT* — фактор критики. Для анализа результатов надлежит руководствоваться факторами, по которым подростками выставлена высокая оценка 4 и 5 баллов.

Поскольку общая оценка взаимоотношений с отцом — «хорошо», то подводя итоги исследования, будем описывать результаты для взаимоотношений с матерью, где выставлена общая оценка «плохо».

В нашем исследовании 35% испытуемых показали высокий результат по шкалам: «директивность», «враждебность» и «непоследовательность», следовательно, взаимоотношения с матерью подростками оцениваются как враждебно-подавляющие, т.е. дети считают воспитательную практику матери непоследовательной, а поведение излишне жестким и ригидным. Здесь и гиперопека, и ее неприятие со стороны подростка, это приводит к конфронтации с родителями, проявляется негативными поведенческими расстройствами. Может быть, это и объясняет реакцию детей, когда они не впускают родителей в палату, конфликтуют с ними, отказываются от лечения. Но вполне вероятно, полученный результат — следствие того, что часто вместо родителей в стационаре во время очередной госпитализации с детьми находятся родственники — бабушки, дедушки, тети, сестры и братья.

У 30% подростков высокий результат отмечен по шкалам «позитивный интерес», «директивность» и «враждебность». В этом случае взаимоотношения с матерью подростками оцениваются как дисгармонично-непоследовательные, т.е. воспитательная практика считается дисгармоничной, и на это следует обратить особое внимание, поскольку высока вероятность развития у детей невротоподобных расстройств и отклоняющегося поведения, что может привести к глубокой социальной и психической дезадаптации. В данной ситуации коррекционную работу рекомендуется проводить только с ребенком.

Оставшиеся 35% испытуемых показали высокий результат по шкалам «позитивный интерес», «враждебность» и «непоследовательность». Воспитательная практика подростка трактуется как дисгармоничная, он дезориентирован в своих требованиях. Такой стиль воспитания ведет к вероятности развития психосоматических расстройств.

Что касается производных шкал, то здесь нужно отметить следующее:

- фактор критики имеет высокую стандартную оценку, данный показатель характеризует высокую заинтересованность и тотальный контроль матери в отношении своего ребенка;
- фактор близости, наоборот, имеет низкую стандартную оценку и характеризует преимущественное отвержение ребенка матерью.

Судя по всему, результаты таковы в связи с онкозаболеванием ребенка, поскольку большинство детей дают положительные ответы на утверждения из теста:

- «Ее мало интересует то, что меня волнует и чего я хочу», «Иногда у меня возникает ощущение, что я ей противен (на)» — шкала «враждебность»;

- «Имеет определенные правила, но иногда соблюдает их, иногда — нет», «Иногда может обидеть, а иногда бывает доброй и признательной» — шкала «непоследовательность».

По методике *PARI* было протестировано такое же число людей — 68 родителей. Выраженность факторов заложена в 23 шкалах, касающихся разных сторон отношений родителей к ребенку и жизни в семье, из них 15 шкал отражают именно родительско-детские отношения, они, в свою очередь, делятся на три группы, которые будут являться основным предметом анализа в нашем исследовании:

- 1) оптимальный эмоциональный контакт;
- 2) излишняя эмоциональная дистанция с ребенком;
- 3) излишняя концентрация на ребенке.

«Оптимальный эмоциональный контакт», состоящий из четырех признаков, позволяет оценить родительско-детский контакт, который проявляется в побуждении к словесным проявлениям — вербализации, партнерских отношениях и развитии активности ребенка, уравнительных отношениях между родителями и ребенком. По результатам опроса он имеет цифровой показатель 15, выше среднего значения, в интервале оценок от 5 до 20, что предполагает оптимальный родительско-детский эмоциональный контакт.

«Излишняя эмоциональная дистанция» с ребенком, состоящая из трех признаков: раздражительность (вспыльчивость), излишняя строгость (суровость), уклонение от конфликта (от контакта с ребенком), имеет цифровой показатель 12, что соответствует среднему значению и свидетельствует ее существование. При этом цифровое значение «излишней строгости (суровости)» равно 15, на что стоит обратить внимание и сопоставить с фактором критики по методике *ADOR* «тотальный контроль матери в отношении своего ребенка», возможно, это имеет место быть.

«Излишняя концентрация на ребенке» проявляется через восемь признаков: чрезмерная забота с целью установления отношений зависимости, подавление воли для преодоления сопротивления, опасение обидеть (создание безопасности), исключение вне семейных влияний, подавление агрессивности, подавление либидо, чрезмерное вмешательство в мир ребенка, стремление ускорить развитие ребенка, имеет показатель 13, что соответствует средней выраженности признака. Следует обратить внимание на первые три признака и «чрезмерное вмешательство в мир ребенка», которые имеют цифровой значение 15–16, результаты, близкие к высокой оценке 18. Это предполагает наличие гиперопеки и ее неприятие со стороны подростка, провоцирующих, очевидно, конфронтацию родителей и детей, о чем говорилось при интерпретировании методики *ADOR*.

Таким образом, анализ отдельных шкал становится ключом к пониманию и осмыслению особенностей проблемных взаимоотношений между родителями и ребенком, позволяет определить зону

напряжений в отношениях. Методики *ADOR* и *PARI* оказывают большую помощь в подборе, подготовке и проведении психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий для психологической реабилитации онкобольных детей и их родителей. Это могут быть как индивидуальные, так и групповые методы работы, направленные на психологическую и эмоциональную поддержку, с целью добиться рационального использования внутренних ресурсов онкобольного ребенка, способствующих лечению и успешному выздоровлению.

В стационаре нами была предложена взрослым роль «родители в качестве детского терапевта» — техника, которая позволяет включить родителей непосредственно в лечение ребенка. Родители могут участвовать в терапии своих детей самыми разными способами, предложенными терапевтом: присутствовать на некоторых сессиях либо наблюдать за ними со стороны (вместе со специалистом, комментирующим происходящее, или без него), участвовать в структурированных упражнениях с ребенком, наконец, выполнять задания терапевта по работе с ребенком между сессиями [7, с. 351].

Цели групповых занятий (они проводятся еженедельно, раз в неделю, совместно для детей и их родителей, а также раздельно):

- оказание психологической поддержки онкобольным детям и их родителям при адаптации к актуальной ситуации болезни и условиям в стационаре;
- родителям важно рассказать, как они узнали о болезни, что чувствовали в этот момент, что делали, как страшный диагноз ребенка изменил их жизнь навсегда;
- информирование родителей об особенностях реагирования детской психики на стрессовые ситуации, в первую очередь о воздействии проводимого лечения на нервную систему онкобольного ребенка, для повышения терпимости родителей к возможным проявлениям агрессивных тенденций у детей (целесообразно приглашать на такие занятия врача-онколога);
- привитие навыков конструктивного взаимодействия (внимания родителей к потребностям ребенка, отзывчивость, обучение способам реагирования на проявление гнева у онкобольного ребенка);
- обучение прямой и открытой коммуникации с целью уменьшения родительской гиперопеки и передачи доступной самостоятельности детям (не подавляя стимулировать ее);
- помощь при сдерживании эмоций, овладение способами выражения своих эмоций — как отрицательных, так и положительных;
- установление доброжелательных, доверительных отношений при помощи безоценочных высказываний между родителями, детьми и их лечащими врачами;
- помощь при поиске способов и методов поддержания общения с детьми и родственниками, оставшимися дома, оживление интереса к внебольничной жизни;
- мотивирование: просить и принимать помощь близких (кто-то из близких может подменить

родителей в больнице — восполнившие силы мама и папа принесут ребенку больше пользы), привлечь помощь со стороны (фонды), тем самым преодолеть собственную беспомощность и др.

Важно, чтобы первые шаги в налаживании гармоничных, доброжелательных и стабильных отношений делали именно взрослые, врачи и родители. Нужно, чтобы родители, правильно воспринимая заболевание ребенка, приняли его таким, какой он есть. Родителям необходимо адекватно относиться к онкологически больному ребенку, к онкологическому заболеванию, длительному процессу лечения. Родители и онкобольные дети должны быть настроены на процесс выздоровления. При этом психологу следует найти как можно больше точек соприкосновения врачей и родителей с онкобольными детьми, организовать их совместную деятельность и сотрудничество в лечении.

Индивидуальная работа предназначена для снятия напряжения, корректирования страхов и преодоления негативных эмоций — боли, агрессии, обиды, гнева.

Для родителей и детей проводятся психообразовательные мероприятия, коммуникативные тренинги, обучение методу эффективного самоконтроля с применением элементов тренинга социальной компетентности. Занятия могут быть групповыми и индивидуальными. Используются методы арт-терапии, рисование, сочинение сказок, лепка, куколотерапия, вязание и другие, помогающие в творческой форме выражать свои негативные эмоции и при этом достигать:

- эмоциональной близости детей с родителями,
- создания личного пространства,
- ощущения непринужденности и взаимной заинтересованности,
- эффекта релаксации (после творческого действия онкобольные дети становятся спокойнее),
- самоактуализации (посредством творческого акта онкобольные дети самовыражаются, реализуют свои возможности),
- гармоничного развития личности ребенка.

После проведения психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий важна проверка на экологичность: выбранные онкобольными детьми и их родителями новые поведенческие стратегии не должны нанести им и окружающим вреда. Оценивая эффективность психотерапии, психолог проверяет, чтобы новые стратегии поведения способствовали улучшению взаимоотношений между онкобольными детьми и их родителями, повышали качество жизни онкобольных детей и в дальнейшем помогли их социализации.

Основная задача групповой арт-терапии — налаживание взаимоотношений детей с родителями (в НИЦПиДХ врачи-онкологи часто рисуют и лепят вместе с детьми и родителями). Находясь рядом с родителями, онкобольной ребенок одновременно получает удовольствие от занятий и оказывается в центре внимания взрослых. Дети раскрывают творческие способности и получают похвалу и одобрение родителей. В процессе взаимодействия с родителями начинают складываться представления ребенка о себе. Родители являются важными

участниками лечения, основным источником для удовлетворения потребностей онкобольных детей, их эмоциональная привязанность к родителям вызывает своеобразную зависимость самосознания ребенка от родительского отношения. Общаясь с родителями, онкобольные дети быстрее преодолевают психологические трудности и, меняя свою психологическую реальность, достигают позитивного настроения относительно лечения и дальнейшей жизни.

В настоящей статье приведены результаты первого этапа тестирования. С тех пор прошло

время. Но уже после проведения нескольких психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий взаимоотношения между онкобольными детьми и их родителями заметно улучшились.

В заключение хочется отметить следующее: задача перевоспитать онкобольных детей и их родителей не ставится. Цель состоит в том, чтобы помочь им запустить духовную работу над собой и возникшими в семье проблемами, тем самым добиться рационального использования внутренних ресурсов ребенка и способствовать эффективности его лечения.

1. Ажигалиев Н. А., Ким В. Б. Фатальных болезней не бывает // Аргументы и факты, Казахстан. 2008. 20–26 февр. С. 8.
2. Бухтояров О. В., Кожевников В. С., Шишков А. А. и др. Психологическая и иммунная защита онкологических больных — две составляющие одной проблемы // Вопросы онкологии. 2005. № 6 (51). С. 703–707.
3. Вассерман Л. И., Горьковская И. А., Ромицына Е. Е. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике. СПб.: Речь, 2004. 256 с.
4. Дурнов Л. А., Голбатенко Г. В. Детская онкология: учебник. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. 608 с.
5. Карелин А. А. Методика PARI (Шефер Е. С., Белл Р. К.; адаптация Нещерет Т. В.) // Психологические тесты / под ред. А. А. Карелина. М.: ВЛАДОС, 2001. Т. 2.
6. Ковалев С. В. Психология семейных отношений. М.: Педагогика, 1987. 160 с.
7. О'Коннор К. Теория и практика игровой психотерапии. 2-е изд. СПб.: Питер, 2002. 464 с.
8. Полин А. В. Медицинская психология. Полный курс. М.: Научная книга, 2013. 320 с.
9. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб.: Питер, 2001. 288 с.
10. Спринц А. М., Михайлова Н. Ф., Шатова Е. П. Медицинская психология с элементами общей психологии. СПб.: СпецЛит, 2009. 447 с.
11. Харди И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными. Будапешт: Akademiai Kiado, 1974. 288 с.

#### References

1. Azhigaliyev N. A., Kim V. B. Fatalnykh bolezney ne byvayet [There is no such thing as a fatal disease]. *Argumenty i fakty. Kazakhstan — Arguments and Facts. Kazakhstan*, 2008, (8), p. 8 (in Russian).
2. Bukhtoyarov O. V., Kozhevnikov V. S., Shishkov A. A., et al. Psikhologicheskaya i immunnaya zashchita onkologicheskikh bolnykh — dve sostavlyayushchiye odnoy problemy [Psychological and immune protection of cancer patients — two components of one problem]. *Voprosy onkologii — Issues of Oncology*, 51 (6), pp. 703–707 (in Russian).
3. Vasserman L. I., Gorkovaya I. A., Romitsyna Ye. Ye. Roditeli glazami podrostka: psikhologicheskaya diagnostika v mediko-pedagogicheskoy praktike [Parents through the eyes of a teenager: psychological assessment in medical and pedagogical practice]. St. Petersburg: Rech Publ., 2004. 256 p. (In Russian).
4. Durnov L. A., Golbatenko G. V. *Detskaya onkologiya* [Pediatric oncology]. 2<sup>nd</sup> Ed. Moscow: Meditsina Publ., 2002. 608 p. (In Russian).
5. Karelin A. A. Metodika PARI (Shefer Ye. S., Bell R. K.) [PARI method (Shaefer E. S., Bell R. Q.)]. In: *Psikhologicheskiye testy* [Psychological tests]. Karelin A. A. (ed.). Vol. 2. Moscow: Vlado Publ., 2001, 130–143 pp. (in Russian).
6. Kovalev S. V. *Psikhologiya semeynykh otnosheniy* [Psychology of family relationships]. Moscow: Pedagogika Publ., 1987. 160 p. (In Russian).
7. O'Connor K. J. *Play therapy theory and practice: a comparative presentation*. New Jersey: John Wiley & Sons, 1997. 432 p. (Rus. ed.: O'Konnor K. *Teoriya i praktika igrovoy psikhoterapii*. 2<sup>nd</sup> Ed. St. Petersburg: Piter Publ., 2002. 464 p.).
8. Polin A. V. *Meditsinskaya psikhologiya* [Medical psychology]. Moscow: Nauchnaya kniga Publ., 2013. 320 p. (In Russian).
9. Simonton C., Mathews-Simonton S., Creighton J. *Getting well again*. Los Angeles: J. P. Tarcher Inc, 1978. 268 p. (Rus. ed.: Saymonton K., Saymonton S. *Psikhoterapiya raka*. St. Petersburg: Piter Publ., 2001. 288 p.).
10. Sprints A. M., Mikhaylova N. F., Shatova Ye. P. *Meditsinskaya psikhologiya s elementami obshchey psikhologii* [Medical psychology with elements of general psychology]. St. Petersburg: SpetsLit Publ., 2009. 447 p. (In Russian).
11. Hardi I. *Vrach, sestra, bolnoy: psikhologiya raboty s bolnymi* [Doctor, nurse, patient: psychology of work with patients]. Budapest: Akademiai Kiado Publ., 1974. 288 p. (In Russian).