

Выпускная квалификационная работа на тему:  
Взаимосвязь психологического состояния ребенка, проходящего лечение  
методом трансплантации костного мозга и характера его взаимоотношений с  
ухаживающим взрослым  
по специальности 37.05.01 - Клиническая психология  
основная образовательная программа «Клиническая психология»  
профиль: Клиническая психодиагностика, консультирование и психотерапия

Выполнила:  
Студентка 6 курса  
дневной формы обучения  
Вишневская Полина Евгеньевна

Рецензент:  
медицинский психолог отделения  
восстановительной медицины клиники НИИ  
ДОГиТ им. Р.М. Горбачёвой ПСПбГМУ им. акад.  
И.П. Павлова; ассистент кафедры общей и  
клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.  
Павлова.  
Ушакова Ольга Васильевна

Научный руководитель:  
кандидат психологических наук, доцент  
доцент кафедры медицинской психологии и  
психофизиологии  
Грандилевская Ирина Владимировна

## АННОТАЦИЯ

Данная дипломная работа посвящена изучению взаимосвязи психологического состояния детей, проходящих лечение методом трансплантации костного мозга, и характера их взаимоотношений с ухаживающими взрослыми.

В исследовании приняли участие 15 детей в возрасте от 6 до 10 лет, проходящих лечение в НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой и 15 ухаживающих взрослых, которые находились непосредственно рядом с ребёнком в процессе его лечения.

В ходе исследования с применением соответствующих методик изучались особенности семейных взаимоотношений (опросник «АСВ» Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис), родительское отношение к ребёнку (опросник «ОРО» А.Я.Варга, В.В.Столин), эмоциональные отношения в семье (опросник «ОДРЭВ» Е.И. Захаровой), ситуационная и личностная тревожность у ухаживающего взрослого (интегративный тест тревожности А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев), отношение к болезни ребёнка (методика «ДОБР» В.Е.Каган, И.П.Журавлева), самооценка детей по нескольким характеристикам (методика Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан), эмоциональное состояние и личностные особенности ребёнка (проективная методика «Рисунок несуществующего животного» М.З. Дукаревич). Вместе с тем, происходило сравнение полученных данных методик для взрослых с результатами методик для детей.

По итогу анализа данных были получены следующие результаты: для ухаживающих взрослых в ситуации болезни ребёнка характерны стили семейного воспитания такие как гиперпротекция, минимальность санкций, а также недостаточность требований-запретов. Для ухаживающих взрослых характерна выраженность ситуационного астенического компонента тревожности, а также ситуационного эмоционального дискомфорта и

негативной оценки перспективы. Результаты также показали выраженное положительное отношение к ребёнку при склонности к симбиотическим отношениям и повышенному контролю. Анализ детских рисунков показал наличие внутренних переживаний, связанных с повышенной тревожностью, проявились общие черты нерешительности, интровертированности, нацеленности в прошлое, а также наблюдалась тенденция к снижению самооценки. Также были установлены взаимосвязи самооценки детей и их психологических характеристик с особенностями их взаимоотношений с ухаживающим взрослым.

Психологического состояния ребёнка в процессе лечения оказывает большое влияние, как на эффективность лечения, так и на качество жизни маленького пациента. Полученные результаты можно использовать при работе с детьми, а также их близкими, оказывающими непосредственное влияние на ребёнка в процессе лечения.

## **ABSTRACT**

This diploma study is devoted to research the relationship of the psychological state of children undergoing treatment by bone marrow transplantation and the nature of their relationship with caring adults.

The study involved 15 children aged 6 to 10 years old undergoing treatment in Dialogic them. R. M. Gorbacheva and 15 caring adults who were directly next to the child in the process of his treatment.

In the study, with the use of appropriate methods were explored the features of family relationships (questionnaire E. G. Eidemiller, V. V., Justickis), parental attitude to a child (questionnaire A.Y. Varga, V. V. Stolin), emotional relationships in the family (questionnaire E. I. Zakharova), situational and personal anxiety of caring adult (integrative test of anxiety A. P. Bizyuk, L. I. Wasserman, B. V. Iovlev), the attitude to the child's illness (V. E. Kagan, I. P. Zhuravleva), the children's self esteem according to several characteristics (Dembo-Rubinstein in the modification of A. M. Parishioners), emotional state and personal features of the child (projective technique "drawing of a non-existent animal" M. Z. Dukarevich). At the same time, there was a comparison of the obtained data of methods for adults with the results of methods for children.

As a result of the data analysis, the following results were obtained: caring adults in the situation of the child's illness can be characterized by styles of family education such as hyperprotection, minimum sanctions, as well as the lack of requirements-prohibitions. For caring adults, the severity of the situational asthenic component of anxiety, as well as situational emotional discomfort and negative assessment of the prospects is characteristic. The results also showed a pronounced positive attitude towards the child with a tendency to symbiotic relationships and increased control. The analysis of children's drawings showed the presence of internal experiences associated with increased anxiety, showed common features of indecision, introversion, focus in the past, and there was a tendency to reduced self-esteem. The interrelations of children's self-assessment and their psychological

characteristics with the features of their relationship with caring adults were also established.

The psychological state of the child in the treatment process has a great impact on the effectiveness of treatment and the quality of life of a small patient. The results can be used in psychological counselling of children, as well as their caring adults who have a direct impact on the child.

## СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	8
Глава 1. Обзор литературы.....	12
1.1 Трансплантация костного мозга.....	12
1.1.1 Трансплантация костного мозга. Особенности лечения. ....	23
1.2 Ребёнок и болезнь .....	25
1.3 Семья и больной ребёнок .....	38
1.3.1 Особенности семейных отношений в семье, где есть больной ребёнок.....	43
Глава 2. Характеристика материала и методы исследования.....	46
2.1 Характеристика выборки .....	46
2.2 Методы исследования.....	47
2.2.1 Проективная методика «Рисунок несуществующего животного»... ..	49
2.2.2 Методика Дембо-Рубинштейн.....	50
2.2.3 «Интегративный тест тревожности».....	50
2.2.4 Методика диагностики отношения к болезни ребёнка (ДОБР) .....	52
2.2.5 Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» .....	53
2.2.6 Тест родительского отношения.....	54
2.2.7 Опросник эмоциональных отношений в семье .....	55
2.3 Процедура исследования.....	56
Глава 3. Результаты исследования .....	58
3.1 Анализ проведённых интервью .....	58
3.2 Анализ проективного теста «Рисунок несуществующего животного» .	60
3.3 Результаты экспериментально-психологического исследования.....	62
3.4 Обсуждение результатов.....	77
ВЫВОДЫ.....	81
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	83
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	85
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	92

ПРИЛОЖЕНИЕ А .....	92
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	99
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	104

## ВВЕДЕНИЕ

По всему миру отмечается увеличение распространённости онкологических заболеваний, при этом наблюдается тенденция к снижению среднего возраста заболевших. Ежегодно только в России заболевает различными формами злокачественных опухолей около 10 тысяч детей. Среди причин смерти детей старше 1 года онкологические заболевания стоят на 2-м месте после несчастных случаев. Среднее число ежегодно регистрируемых случаев заболевания злокачественными опухолями в России у детей увеличилось за последнее десятилетие на 20% и достигло 6,45 тысяч.

### Статистика детского рака

Название	Процент
Острый лимфобластный лейкоз	46,6%
Рак спинного и головного мозга	17,3%
Патологии почек	7,4%
Саркома	5,8%
Новообразования в костях и суставах	4,9%
Опухоль глаз	3,4%

Достижения современной терапии сегодня позволили снизить показатели детской смертности, а также повысить процент полного выздоровления. Однако помимо одного противоопухолевого лечения возникает целый ряд специфических проблем. Результаты лечения детей определяются не только тяжестью основного заболевания, но и психологическим состоянием, возможными психическими нарушениями, как у самого больного, так и у членов его семьи, чему в нашей стране почти не уделяется внимания.

Несмотря на то, что детская онкология как область медицины за короткий отрезок времени значительно продвинулась вперёд, семьи оказываются в обстановке изоляции, а также сильнейшего психологического

стресса, связанного как с тяжёлым заболеванием ребёнка, так и с тяжёлым грузом экономических, социальных, этических и психологических проблем, которые возникают с выявлением у детей тяжелого заболевания.

Следует отметить, что способность родителей или человека, который в данный момент находится с ребёнком, справляться со своим тяжёлым психоэмоциональным состоянием важна для успешного лечения ребенка. Одним из важных факторов эффективности лечебно-реабилитационного процесса является включение в этот процесс родителей и других значимых родственников больного ребенка. Можно предположить, что, в свою очередь, одним из факторов успешности такого включения могут являться установки взрослых как на болезнь вообще, так и на болезнь ребенка в частности, родительское отношение к больному ребенку, стили семейной педагогики и детско-родительского взаимодействия, психоэмоциональное состояние взрослых, окружающих ребёнка.

Семейные отношения откладывают значительный отпечаток на течение заболевания, способствуют или препятствуют выздоровлению ребёнка. В связи с этим становится очевидным, что необходимо изучать особенности семейной ситуации, особенно, когда речь идёт о заболеваниях с высокой степенью витальной угрозы, с тем, чтобы с помощью различных способов психокоррекции своевременно предотвращать негативное влияние семьи на состояние ребёнка и процесс лечения (Зерницкий О.Б., 2005)

**Гипотеза:**

Существует взаимосвязь между психологическим состоянием детей, находящимися в ситуации прохождения длительного и специфического лечения (ТКМ) и характера его взаимоотношений с ухаживающим взрослым.

**Цель исследования:**

Выявление взаимосвязи психологического состояния детей, проходящих лечение методом ТКМ и характера его взаимоотношений с ухаживающим взрослым.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить уровень тревоги, агрессии, самооценки и другие особенности психологического состояния пациентов.
2. Исследовать уровень тревожности ухаживающих взрослых.
3. Изучить отношение ухаживающего взрослого к болезни ребёнка.
4. Исследовать особенности семейного воспитания в семьях пациентов.
5. Изучить эмоциональную сторону детско-родительского взаимодействия.
6. Исследовать взаимосвязь между психологическим состоянием пациентов и их взаимоотношениями с ухаживающим взрослым.

### **Предмет исследования:**

Взаимосвязь психологического состояния детей, проходящих лечение методом ТКМ и характера их взаимоотношений с ухаживающим взрослым.

### **Объект исследования:**

Дети от 6-10 лет, проходящие лечение в НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачёвой и ухаживающий взрослый, находящийся непосредственно с ребёнком в период лечения.

### **Теоретическая значимость работы:**

Результаты исследования позволяют уточнить и конкретизировать научные представления о влиянии на психологическое состояние ребёнка с онкологическим заболеванием особенностей взаимоотношений с ухаживающим взрослым.

### **Практическая значимость исследования:**

На основании полученных результатов возможно определить направления психокоррекционной работы и психологической поддержки как самого ребенка, так и ближайшего ухаживающего с целью его опосредованного влияния на эффективность лечебно-реабилитационного процесса.

Методологической основой исследования стал подход к болезни как к особой ситуации развития ребенка, которая изменяет смысл и стиль жизни и больного ребёнка, и всей семьи (В.В. Николаева, 1992)

**Методы исследования:**

1. Клинико-психологический:

- Наблюдение
- Клинико-психологическая беседа

2. Экспериментально-психологический:

- Рисуночный тест «несуществующее животное» (М.З. Дукаревич, 1990)
  - Тест на самооценку (Т.В. Дембо в модификации С.Я. Рубинштейн, 1970)
  - «Интегративный тест тревожности» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005)
  - Методика диагностики отношения к болезни ребёнка (ДОБР) (В.Е.Каган, И.П.Журавлева, 1991)
  - Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 1996)
  - Тест родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин, 1996)
  - Опросник эмоциональных отношений в семье (Е.И. Захарова, 2002)
3. Математико-статистический.

Всего было обследовано 15 родителей и 15 детей, проходящих лечение на отделении трансплантации костного мозга в клиниках Института детской гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачёвой.

# Глава 1. Обзор литературы

## 1.1 Трансплантация костного мозга

Трансплантация (пересадка) костного мозга — сравнительно новый метод лечения: на практике она используется с семидесятых годов XX века. В настоящее время отмечается значительный прогресс, как в совершенствовании метода лечения, так и в возрастании количества пациентов проходящих через трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК). Чаще всего трансплантация костного мозга применяется для лечения онкологических больных, однако существуют и другие заболевания, при которых она рекомендована или даже служит единственным способом излечения.

Первая успешная ТКМ была проведена в 1968 г. В семидесятые годы эту процедуру проводили уже десяткам пациентов, а затем ТКМ стала применяться все шире. Сейчас во всем мире ежегодно проводится почти 50 тысяч ТКМ (данные за 2005–2006 гг.). Несмотря на сложность этой процедуры и возможность опасных для жизни осложнений, к настоящему времени ТКМ позволила спасти десятки и даже сотни тысяч жизней. (Молчанова М.С. , 2010)

Итак, ТКМ представляет собой метод, позволяющий восстановить работу костного мозга при его тяжелых повреждениях. Метод ТКМ применяется при следующих заболеваниях:

### **1. Онкологические заболевания.**

Рассмотрим злокачественное заболевание крови и кроветворной системы — лейкоз. Его обычное лечение основано на химиотерапии — использовании специальных лекарств (цитостатиков), которые тормозят деление клеток. Поскольку злокачественные опухолевые клетки отличаются способностью к быстрому неконтрольному делению, то именно они в первую очередь погибают при химиотерапии, однако в ходе лечения неизбежно страдают и здоровые клетки организма, особенно быстро

делящиеся: клетки кожи, корней волос, слизистых оболочек и в первую очередь — клетки костного мозга. Таким образом, при химиотерапии лейкоза всегда в той или иной мере страдает кроветворение и возникает состояние цитопении, то есть снижение количества клеток в крови. То же самое справедливо и в отношении другой разновидности лечения опухолей — лучевой терапии. Но есть такие формы онкологических заболеваний, которые практически невозможно вылечить стандартными способами: рефрактерные (плохо откликающиеся на обычное лечение), связанные с высоким риском рецидива (то есть возвращения болезни), или сам рецидив. В этих случаях можно было бы использовать очень высокие дозы лекарств (высокодозная химиотерапия), иногда в сочетании с облучением всего тела, но при таком тяжелом лечении костный мозг повреждается необратимо!

Кроветворение полностью подавляется и не может самостоятельно восстановиться. Единственный способ спасти больного, получившего такую интенсивную терапию, — ввести ему здоровые гемопоэтические стволовые клетки, которые постепенно заселят его костный мозг и восстановят кроветворение. Это и называется трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток или трансплантацией костного мозга. Метод ТКМ применяют не только при лейкозах, но и при других заболеваниях, для лечения которых применяется химиотерапия. Это могут быть опухолевые заболевания лимфатической системы, такие как лимфогранулематоз и неходжкинские лимфомы, могут быть и некоторые другие опухоли — например, нейробластома.

Перечислим некоторые онкологические заболевания, для лечения которых можно успешно использовать ТКМ.

#### Заболевания крови и костного мозга:

##### **Лейкоз**

Лейкоз, или лейкемия (белокровие), представляет собой несколько болезней онкологического характера, вызванных злокачественным преобразованием кроветворных клеток и поражением костного мозга. Эти

патологии состояются из образовавшихся клонов незрелых гемопоэтических клеток, расположенных в костном мозге, и оформившихся зрелых кровяных клеток. Клонированные образования под влиянием провоцирующих факторов активно делятся, размножаются и замещают здоровые клетки.

Для лейкозов характерны:

- безграничный рост, неконтролируемое размножение клеток – гиперплазия;

- морфологическая анаплазия – потеря способности клетки к дифференцировке, созреванию, незрелость; степень омоложения клеток коррелирует со злокачественностью процесса;

- угнетение нормального кроветворения за счет быстрого разрастания опухолевых элементов, «вытеснения» ими, замещения нормальных ростков кроветворения. Это явление носит название метаплазии.

Еще одна опасность лейкозов состоит в том, что очень часто человек не придает значения симптомам на начальной стадии, списывая их на усталость, недостаток сна, городскую неблагоприятную экологию и прочие факторы. А ведь лейкоз, впрочем, как и любое другое онкологическое заболевание, гораздо легче вылечить именно на ранних стадиях болезни.

При развитии лейкоза происходит перерождение определенного вида кровяных клеток в злокачественные. На этом основывается классификация заболевания.

- При переходе в лейкозные клетки лимфоцитов (кровяных клеток лимфатических узлов, селезенки и печени) оно название носит название лимфолейкоз.

- Перерождение миелоцитов (кровяных клеток, образующихся в костном мозгу) приводит к миелолейкозу.

Перерождение других видов лейкоцитов, приводящее к лейкозу, хотя и встречается, но гораздо реже. Каждый из этих видов делится на подвиды, которых достаточно много.

Помимо классификации по типу поражения, различают острый и хронический лейкоз. В отличие от всех других заболеваний, эти две формы белокровия не имеют ничего общего с характером протекания болезни. Острый лейкоз возникает при трансформации незрелых клеток (бластов) и при этом начинается их стремительное размножение и происходит усиленный рост. Этот процесс невозможно контролировать, поэтому вероятность смертельного исхода при этой форме заболевания достаточно высока.

Хронический лейкоз развивается, когда прогрессирует рост видоизмененных полностью созревших кровяных клеток или находящихся в стадии созревания. Он отличается длительностью протекания. Пациенту достаточно поддерживающей терапии, чтобы его состояние оставалось стабильным.

Большинство детей, перенесших лейкоз, выздоравливает. Благодаря современному лечению самую распространенную форму лейкемии у детей, острый лимфобластный лейкоз, удается вылечить в более чем 80% случаев.

#### Заболевания лимфатической системы:

Лимфома — это злокачественное заболевание опухолевой природы, которое поражает лимфатическую систему. Эта система представляет собой сеть сосудов и лимфатических желез, с помощью которой по организму циркулирует и очищается лимфа, а также перемещаются белые кровяные клетки-лимфоциты. Основное назначение лимфатической системы — защита организма от инфекций.

Подобно всем злокачественным новообразованиям, лимфома возникает, когда клетки тела начинают бесконтрольно делиться, вызывая появление опухоли.

Основным способом лечения будет химиотерапия. Назначаются специальные препараты – цитостатики. Они блокируют деятельность злокачественных клеток. Также для уничтожения злокачественных клеток могут назначить облучение (лучевую терапию). Если она не даст нужного

результата, врачи назначают высокие дозы химиопрепаратов, параллельно может трансплантироваться костный мозг.

#### Прочие (солидные) опухоли в случае высокого риска:

##### •Нейробластома.

Нейробластома – это злокачественная опухоль, возникающая из мутировавших незрелых клеток симпатической нервной системы. Симпатическая нервная система является одной из частей автономной (вегетативной) нервной системы. Она контролирует произвольную работу внутренних органов человека (т.е. функции, недоступные самоконтролю), например, сердца и кровообращения, кишечника и мочевого пузыря.

Нейробластома может появиться везде, где есть нервные ткани симпатической нервной системы. Чаще всего она вырастает в мозговом слое надпочечников и в области нервных сплетений по обеим сторонам от позвоночника, в так называемом симпатическом стволе. Если нейробластома возникла в симпатическом стволе, то опухоль может появиться в любом участке вдоль позвоночника – в области живота, таза, груди и шеи. Часть опухолей дают метастазы в костный мозг, в кости, в отдалённые лимфатические узлы, в печень или в кожу, редко – в головной мозг или в лёгкие.

Нейробластомы – это эмбриональные опухоли, поэтому чаще всего ими заболевают дети в раннем возрасте. Около 90% всех заболевших – это дети младше 6 лет. Достаточно часто (примерно 40% всех случаев) опухоль возникает у новорожденных и младенцев (первый год жизни ребёнка). Мальчики болеют немного чаще, чем девочки. Иногда нейробластома встречается у более старших детей и подростков, бывают даже очень редкие случаи заболевания у взрослых.

У многих детей с нейробластомой вообще нет никаких симптомов. Опухоль у них находят случайно, например, при обычном осмотре у детского врача, или во время рентгеновского исследования или УЗИ (ультразвуковое исследование), которые были назначены по другой причине. Как правило,

дети начинают жаловаться тогда, когда опухоль уже успела сильно вырасти, дала метастазы или мешает работе соседних органов.

Как правило, лечение детей с нейробластомой включает операцию и химиотерапию. Если после проведённого курса лечения у ребёнка ещё остаётся активная опухолевая ткань, тогда назначают облучение участка с опухолью.

Дополнительными компонентами лечения могут быть, например, терапия с радиоактивным йодом (MIBG-терапия), высокодозная химиотерапия, и сразу за ней проводится аутологичная трансплантация костного мозга.

- Саркомы (Юинга, остеогенная, рабдомиосаркома).

Саркома Юинга – это злокачественная опухоль, чаще вырастающая в костях. Реже она может вырасти в мягких тканях, то есть в соединительных тканях, в жировых, мышечных, или в тканях периферических нервов.

Чаще всего опухоль вырастает в тазовых костях, далее по частоте появления следуют длинные трубчатые кости бедра и голени, и затем идут рёбра. Опухоль может разрастаться и внутри кости, в которой она появилась, и в мягких тканях вокруг кости.

Саркомы Юинга растут быстро и очень рано дают метастазы. Примерно у четверти заболевших детей во время диагностики уже есть метастазы, которые видны на снимках. Чаще всего они бывают в лёгких, но их также находят и в костях, и в костном мозге.

Самым распространённым симптомом, который появляется из-за саркомы Юинга, являются боли и припухлость в том месте, где растёт опухоль. Боли появляются спонтанно. Обычно болеть начинает тогда, когда ребёнок что-то делает с физической нагрузкой. Но часто эти боли ночью полностью не уходят. Чем больше растёт опухоль, тем больше болей у ребёнка становится видна припухлость, либо если припухлость ещё не видна, её уже можно прощупать. Иногда эта зона роста опухоли может быть покрасневшей. А сам участок организма перестаёт нормально работать. Нередко эти

симптомы врачи сначала ошибочно воспринимают за болезни роста, воспаление костей или как результат какой-то спортивной травмы.

Примерно у трети заболевших детей, у которых появляются такие общие симптомы как повышение температуры, болезненное самочувствие, общая усталость и утомляемость, они начинают худеть, болезнь может находиться уже на поздней стадии. С того момента, когда у ребёнка появились первые симптомы, до того времени, когда ему поставили точный диагноз, может пройти от нескольких недель до нескольких месяцев.

Лечение саркомы Юинга комбинированное, включает в себя как консервативную терапию, так и хирургические вмешательства и состоит из следующих компонентов: Пред- и послеоперационная химиотерапия. После курса лечения оценивается ответ опухоли на терапию.

Лучевая терапия с использованием высоких доз. Проводится на первичный очаг, а, при наличии метастазов в легочную ткань – и на легкие.

Хирургическая операция. Если это возможно, опухоль удаляют радикально, вместе с мягкотканым компонентом. При этом удаленный участок кости заменяют эндопротезом. Но даже если в силу места расположения и размера новообразования удалить его полностью не представляется возможным, оперативное лечение (частичная резекция) позволяет улучшить контроль над опухолью и повысить шансы на благополучный исход.

При метастазировании в костный мозг и кости назначается интенсивная терапия, включающая в себя тотальное облучение всего тела, химиотерапию с использованием мегадоз препаратов и трансплантацию периферических стволовых клеток или костного мозга.

- Опухоли центральной нервной системы (медуллобластома и др.).

Медуллобластома (medulloblastoma) — злокачественная опухоль из медуллобластов, незрелых клеток глии. Новообразование разрастается в черве мозжечка, а у детей возрастом старше 6 лет может образоваться в

полушариях головного мозга. Данная патология в большинстве случаев дает метастазы по ликворным путям, чем отличается от прочих злокачественных патологий. Медуллобластома диагностируется нечасто, на патологию приходится примерно 8 % от общего числа известных в неврологии объемных новообразований. Распространенность этой разновидности образований – полтора-два случая на 100 тыс.

Чаще диагностируется у мальчиков, соотношение 65% к 35%. Возраст ребенка, в котором чаще диагностируют медуллобластома – 5-10 лет. Но это не только “детское” заболевание, его могут обнаружить в любом возрасте. У взрослых людей такое злокачественное новообразование встречается в возрастном периоде 20-40 лет.

Диагностику рака у маленьких детей затрудняют особенности строения их черепной коробки. Синдром внутричерепной гипертензии может длительно не проявлять себя, так как размеры черепа увеличены, мозг пластичный, а сосуды достаточно эластичные. Часто диагноз устанавливается поздно, когда новообразование разрослось в червь, мозжечковую гемисферу и 4-ый желудочек.

Лечение состоит из операции, облучения головного и спинного мозга и курсов химиотерапии. Цель операции – полностью удалить опухоль. Нейрохирург при операции применяет микрохирургическую технику с увеличительной оптикой (специальный операционный микроскоп).

После операции детей лечат лучевой терапией и курсами химиотерапии. Насколько это лечение будет интенсивным, в основном зависит от возраста заболевшего ребёнка, а у детей с медуллобластомой – ещё и от того, нашли у них метастазы, или нет.

Для некоторых детей, чтобы повысить их шансы на выздоровление, могут назначать высокодозную химиотерапию, и сразу после неё выполняется аутологичная трансплантация костного мозга.

- Нефробластома

Нефробластома – это онкологическое заболевание почки, встречающееся преимущественно у детей 2-5 лет. Это самый частый (от 10 до 25 %) тип рака почки у детей, он также известен как эмбриональная аденомиосаркома почки или опухоль Вильмса.

Злокачественность нефробластомы состоит в том, что она стремительно растёт и начинает рано давать метастазы. Примерно у 10 % детей, у которых ставят диагноз опухоли Вилмса, на момент диагноза уже есть метастазы. Как правило, они поражают соседние с почками лимфатические узлы, а также лёгкие и печень. У некоторых детей (около 5%) опухоль Вилмса сразу поражает обе почки. Сначала из-за опухоли Вилмса у детей ничего не болит и они ни на что не жалуются. У заболевших детей живот плотный и он как бы "выбухает" вперёд. Родители объясняют это хорошим аппетитом. Часто на плановом медицинском осмотре детский врач случайно находит нефробластому, прощупывая в животе ребёнка большую опухоль (около 10 % случаев), а других симптомов нет. Очень редко первым симптомом нефробластомы у детей являются боли в животе, или в моче есть примеси крови. Также ребёнок может худеть, у него может быть высокая температура, расстройство желудка (например, запоры), высокое давление и кашель из-за метастазов в лёгких.

Основные составные части лечения нефробластомы — операция, химиотерапия и лучевая терапия. Поскольку нефробластома, как и другие эмбриональные злокачественные опухоли, быстро растёт, следует начинать лечение сразу после установления диагноза. Конкретная стратегия лечения зависит от стадии заболевания.

Химиотерапия может производиться до хирургического вмешательства — для уменьшения размеров опухоли и облегчения ее удаления. После операции химиотерапия (иногда в сочетании с облучением) обязательно используется для уничтожения оставшихся опухолевых клеток. Высокодозная химиотерапия с последующей аутологичной трансплантацией

гемопоэтических стволовых клеток применяется при нефробластоме лишь в редких случаях, и степень ее эффективности обсуждается.

## **2. Апластическая анемия**

Апластическая анемия – тяжелое расстройство кроветворения. Это не онкологическое, но все же очень тяжелое и опасное заболевание костного мозга, при котором снижена выработка всех трех видов клеток крови: эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Возникает состояние панцитопении — дефицита всех клеток крови. Такие больные подвержены: слабости, головокружению, обморокам, одышке (анемический синдром, связанный со снижением уровня гемоглобина (эритроцитов) в крови) кровотечениям (геморрагический синдром, сниженное количество тромбоцитов) и инфекциям (синдром инфекционных осложнений, сниженное количество лейкоцитов), и их жизнь зависит от регулярных переливаний компонентов крови. Апластическая анемия развивается в среднем у 2 человек на 1 млн. населения в год. При данной патологии в костном мозге чаще нарушается образование всех трех типов клеточных элементов крови (эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов), иногда - только одних эритроцитов; в зависимости от этого различают истинную и парциальную апластическую анемию. В гематологии апластическая анемия относится к числу потенциально фатальных заболеваний, приводящих к гибели 2/3 заболевших.

Заболевание может возникать остро, быстро прогрессировать и быть резистентным к терапии. Чаще клиническая симптоматика развивается постепенно, и процесс принимает хроническое течение с периодическими обострениями. Больные в основном жалуются на слабость различной степени, повышенную утомляемость. Инфекционные осложнения утяжеляют состояние больного и нередко являются причиной смерти.

Иногда при апластической анемии удается «запустить» работу костного мозга, применяя лекарства. Однако если эти методы оказываются

неэффективными, то спасти больного можно лишь одним способом: трансплантацией донорского костного мозга (стволовых клеток), которая в случае успеха позволит восстановить нормальное кроветворение.

### **3. Тяжелые наследственные болезни крови**

Существует ряд наследственных дефектов клеток крови, при которых ТКМ дает шанс на излечение. Рассмотрим такие тяжелые заболевания крови, как серповидноклеточная анемия или талассемия (они более характерны для жителей южных стран, но встречаются и в России). При них нарушена выработка гемоглобина — белка эритроцитов крови, основного переносчика кислорода. Поскольку речь идет о генетическом нарушении, то никакие лекарства и переливания крови не могут полностью вылечить таких больных. Шанс на излечение дает лишь трансплантация донорского костного мозга. Действительно, «поврежденный» ген активен только в клетках кроветворной системы, и если именно эти клетки заменить на донорские, то человек выздоровеет. То есть ТКМ здесь играет роль генной терапии: вместо собственных стволовых клеток человек получает чужие, с нормальной копией гена, а из них, в свою очередь, получают нормальные клетки крови. Правда, серповидноклеточную анемию и талассемию пока лечат в основном традиционными методами: ТКМ — все же сложная и рискованная процедура, а состояние большинства больных позволяет без нее обойтись.

Необходимость в трансплантации возникает при анемии Фанкони — редком и очень тяжелом наследственном заболевании кроветворной системы. У таких больных костный мозг постепенно перестает вырабатывать все типы клеток крови, как при апластической анемии; кроме того, впоследствии часто развивается лейкоз или миелодиспластический синдром. Единственным возможным методом излечения анемии Фанкони является ТКМ, которую желательно провести в первые десять лет жизни.

### **4. Врожденные иммунодефициты**

Некоторые дети рождаются с серьезной патологией иммунной системы: их костный мозг не способен нормально вырабатывать В- и Т-лимфоциты. В этом случае говорят о тяжелом комбинированном иммунодефиците. Известна целая группа подобных заболеваний, обусловленных теми или иными генетическими дефектами. Сопrotивляемость болезням у детей с такими иммунодефицитами резко снижена. Уже с первых месяцев жизни у них развиваются тяжелые инфекции, в том числе пневмонии, хронический понос и т. д. Без лечения больные обычно погибают в возрасте до 1 года; немного продлить им жизнь можно только содержанием в полностью стерильных условиях. Единственный шанс на спасение — трансплантация донорского костного мозга, которая позволит восстановить нормальную выработку всех клеток крови, включая и лимфоциты. Более того, в этом случае иммунодефицит даже облегчает процедуру трансплантации, так как снижается вероятность отторжения трансплантата и некоторых других осложнений. Поэтому большинство трансплантаций у таких больных оказываются успешными, особенно если к моменту ТКМ общее состояние ребенка было сравнительно неплохим.

### **1.1.1 Трансплантация костного мозга. Особенности лечения.**

ТКМ нередко является лечением, связанным с «последней надеждой». Несмотря на то, что развитие данного вида лечения позволяет спасти многие жизни, оно остается в значительной степени связанным с рисками неудач (смертности) и побочных эффектов, значительно влияющих на дальнейшее качество жизни пациента. Процесс лечения, включающий в себя ТКМ, является длительным, сопряжен с большим числом болезненных процедур и состояний и ограничений, накладываемых на образ жизни пациента и его семьи в целом. Данный вид лечения является, безусловно, одним из наиболее тяжелых не только в медицинском плане, но и в психологическом.

На начальном этапе ТКМ (кондиционирование) пациент получает массивную химиотерапию, которая порой сочетается с облучением всего тела для «разрушения», «уничтожения», «подавления» функционирования собственного костного мозга ребенка, который в силу имеющегося заболевания работает «неправильно», либо активно продуцируя «плохие», «дефектные» клетки, либо не вырабатывая необходимые. Подобные различные формулировки, объясняющие суть лечения, могут оказывать влияние на восприятие ребенком как собственного заболевания и лечения, так и, возможно, развития самовосприятия в целом.

Через несколько дней пациенту переливаются собственные, «очищенные» стволовые клетки, которые перед кондиционированием были взяты и заморожены (аутологичная трансплантация) или клетки родственного/неродственного донора (аллогенная трансплантация). В случае удачного приживления в результате трансплантации собственное кроветворение пациента полностью заменяется на донорское. Так как процесс первичного приживления занимает в благоприятном случае от двух до четырех недель, а процесс восстановления кроветворения занимает в общей сложности не меньше года, условия лечения предполагают значительную изоляцию и большое число различных ограничений, предотвращающих развитие инфекций и кровотечений. Ребенок находится в стерильном, с постоянно очищаемым и заменяемым воздухом и тщательно подобранными и постоянно стерилизуемыми предметами минимум месяц. Все посетители, включая ухаживающего родственника и персонал, заходят в бокс в специальной одежде, шапочке и маске. Внимание уделяется также личной гигиене, которую в силу объективных особенностей, в основном проводят ухаживающие родные. Все это создает особое чувство уязвимости и беспомощности, усиливает зависимость от других людей. Данный режим на начальном этапе лечения, а также, отчасти, и в последующем периоде, связан с выраженной депривацией — двигательной, сенсорной, социальной (Хаин А.Е.. 2015).

Высокодозная химиотерапия и возможное облучение могут вызывать серьезные побочные эффекты терапии. Это выпадение волос, мукозит (воспалительные процессы в полости рта) и диарея, тошнота и рвота, слабость. Данные симптомы затрудняют прием пищи, порой сопровождаются неприятными ощущениями и болью, требующей различного спектра сопроводительной терапии, включая наркотическое обезболивание (морфин).

Помимо неприятных и болезненных ощущений дети сталкиваются с порой тяжелыми для их восприятия изменениями тела — облысение, полнота, шрамы и растяжки. К долгосрочным побочным эффектам относят вероятность развития бесплодия. В некоторых случаях репродуктивные клетки замораживают до проведения терапии, однако это касается в основном юношей и недостаточно часто практикуется в нашей стране. Нередко о такой вероятности подростки узнают уже постфактум.

При неродственной трансплантации одним из наиболее частых и опасных осложнений ТКМ является «реакция трансплантат против хозяина» (РТПХ). Различают острую и хроническую РТПХ. При данной реакции трансплантированные клетки донора реагируют на клетки пациента (хозяина) как на чужие, «враждебные» и начинают «атаковать» различные органы пациента, повреждая их. Для лечения РТПХ применяются иммуносупрессоры, большие дозы стероидных препаратов, однако летальность остается достаточно высокой. Особенно драматично это ситуация воспринимается, когда донором является родственник, близкий человек пациента, который наблюдает как «его клетки», призванные спасти ребенка, «разрушают» его.

## **1.2 Ребёнок и болезнь**

Современное лечение позволило увеличить продолжительность жизни больных с онкологическими заболеваниями, а также добиться полного выздоровления. Однако процесс лечения заболевания с витальной угрозой и

связанные с этим лечением болезненные процедуры, постоянный стресс как для самого маленького пациента, так и для всей семьи, участвующей в лечении, всё это вызывает множество психологических проблем и порой формируют психологические нарушения как у больных детей, так и у их родителей. Знание особенностей психологии больного, может повысить эффективность медицинской помощи, учитывая возможности и сильные стороны пациента. Этой проблеме уделялось большое внимание на разных этапах развития клинической медицины (Боткин С.П., 1950; Лебединский М.С., 1972; Ушаков Г.К., 1987 и др.).

Больничная обстановка, отрыв от семьи, сама болезнь, протекающая тяжело, являются факторами, перестраивающими личность, формирующими своеобразную реакцию на болезнь (Дурнов Д.А., Рожнов В.Е., Соленов В.Н., 1979). К работе с такими пациентами, к счастью, стали привлекаться психологи для работы с кризисными состояниями, особенно при рецидиве болезни или угрозе смерти. Особое внимание обращается на психологическое сопровождение родителей и близких больного ребёнка.

При поступлении в больницу, реакция на помещение в стационар зависит от множества факторов, основными из которых являются: возраст ребенка, личные особенности, уровень интеллектуального функционирования, поведение родителей, резкое изменение жизненного стереотипа. Больные сообщают, что при поступлении в больницу «было страшно», «грустно», «хотелось плакать». Дети младше 10 лет не дифференцируют свое отношение к госпитализации, просто говорят, что «очень-очень хочется домой». Травматизация, связанная с повторными поступлениями в больницу, бывает более глубокой и длительной. Большинство детей понимают, что целью госпитализации является лечение, но при относительно неплохом самочувствии дети старшего возраста считают, что можно лечиться дома. Таким образом, на первых этапах болезни госпитализация в подавляющем большинстве случаев является серьезной психической травмой для детей.

Незнакомая обстановка, разлука с родными и близкими, чувства одиночества и тоски, боль и страдание, страх перед врачами, лечением, будущим, ведут к формированию самых разных отрицательных переживаний. Хорошо известно также, что эмоциональное состояние человека оказывает существенное влияние на ход самого лечения. Для того, чтобы помочь больному ребёнку адаптироваться к нахождению в стационаре, очень важно знать его индивидуально-психологические особенности, характерные для каждого возраста реакции на болезнь, механизмы защиты и стратегии совладания, которые дети используют, чтобы справиться с отрицательными переживаниями (Никольская И.М. Грановская Р.М., 2001, С.118).

Наличие ограничений и требований, а также детские переживания по этому поводу характерно для представления о болезнях у ребёнка. Положение больного, в которое попадает ребёнок, накладывает на него ограничение свободы и необходимость выполнения множество неприятных требований. Нельзя бегать босиком, играть, гулять на улице, встречаться с друзьями. Надо лежать, пить таблетки, делать уколы, соблюдать диету. Запреты и ограничения исходят из социальной среды, чаще всего от мам, пап, бабушек или медицинского персонала (врачи и медсёстры). Окружающие ребёнка люди могут восприниматься как помощниками, так и врагами, обидчиками больного ребёнка (Никольская И.М. Грановская Р.М., 2001, С.180-186).

Основное переживание детей при поступлении в стационар зачастую связано с болезнью и с опасением за состояние своего здоровья. Составляющие этого переживания выступают: ощущение плохого самочувствия, эмоциональное напряжения, потребность в телесном комфорте, тревожное состояние, как смутное предчувствие опасности в будущем и беспокойство в отношении самых разных событий, которые трудно предусмотреть и которые, тем не менее, могут угрожать своими

неприятными последствиями (Потемкина О.Ф., Потемкина Е.В., 2006, С.18-20).

Анализ конкретных эмоциональных реакций, связанных с болезнью в исследованиях Никольской И.М. и Грановской Р.М. показал следующее. Преобладающей эмоцией у детей оказалась эмоция страха. Страх вызывался необходимостью проведения операций и сопутствующих лечебных процедур, которые и болезненны и опасны. Дети не знали, как устранить боль. Испытывая болевые ощущения, они хотели, чтобы им помогли от неё избавиться. Позднее даже воспоминания о боли вызывало сильный протест. Также дети испытывали страх перед врачами. В основе детских страхов могут лежать не только объективно опасные ситуации, но и социально обусловленные нормы поведения непосредственного окружения ребёнка («стыдно плакать и бояться»). Следует отметить, что детские страхи увеличиваются из-за отсутствия информации по поводу болезни и ближайшего будущего. Как правило, с детьми почти никто не разговаривает, на их вопросы не всегда отвечают, им мало что объясняют. Дети порой даже не понимают, какие лечебные процедуры им назначены и зачем их ведут в тот или иной кабинет. Такой недостаток информации вызывает повышенную тревожность и нервозность. По наблюдениям, допустимая информация и даже простое внимание к ребёнку со стороны медицинского персонала позволяет ему снизить тревожность и сформулировать более рациональное отношение к пребыванию в больнице и лечению (Никольская И.М. Грановская Р.М., 2001, С.171-172).

Отношение детей к врачам стационара, как правило, неустойчивое, изменчиво и непоследовательно, с яркими эмоциональными реакциями и вспыльчивостью. Такую позицию можно назвать активно-зависимой. Нередко случается, что сами родители пугают детей врачами. Для формирования правильного отношения ребёнка к врачу большое значение имеет то, как этот врач выполняет свои профессиональные обязанности. Дети ждут, чтобы врач их скорее вылечил, выписал, облегчил страдания. Но не

менее важным является образ врача, как человека, его отношение к детям – личностям. После лечения позиция ребёнка меняется с активно-зависимой на пассивно-оборонительную. При оценке ситуации появляется рационализация, большая трезвость суждений с опорой на личный накопленный опыт. Выраженность отрицательного отношения к врачам уменьшается, выраженность положительного, напротив, увеличивается (Никольская И.М. Грановская Р.М., 2001, С.178-180).

По наблюдениям Гнездилова А.В., в большинстве случаев обследованные дети испытывали чувство вины из-за того, что заболели. Такое чувство вины можно объяснить тем, что зачастую родители и врачи действительно перекладывали на ребёнка ответственность за болезнь. Но, несмотря на переживание чувства вины за болезнь, дети ещё не очень хорошо понимают, как в действительности они сами могут влиять на состояние своего здоровья. Только в процессе лечения болезни многие дети начинают осознавать, что они тоже отвечают за то, чтобы быть здоровыми (Гнездилов А.В., 2004, С.99).

Результаты исследований показали, что при оценке своего «Я» заболевшие дети демонстрируют эмоциональную незрелость. И в прошлом, и в настоящем, и в будущем они оценивают её достаточно негативно, что может быть связано с чувством вины за возникновение болезни.

Таким образом, отношение ребёнка к своей болезни характеризуется выраженными отрицательными реакциями, состоянием страха, тревоги, гнева, вины, одиночества и беспомощности, а также многочисленными неприятными и болезненными ощущениями. В целом больница, и всё, что с ней связано, воспринимается детьми как психотравмирующее препятствие, с которым очень трудно бороться. Вместе с тем исследования показали, что, несмотря на сложную стрессовую ситуацию, в которой они оказались, дети не ожесточаются, стараются мобилизовать свои силы, по-доброму относятся даже к болезни. Дети хотят верить врачам, которые их лечат, ждут помощи от своих родителей (Никольская И.М. Грановская Р.М., 2001, С.200-201).

Болезнь, будучи психотравмирующим событием, вызывает разнообразные изменения в психологическом состоянии ребёнка. Это отрицательные эмоциональные реакции и состояния, внутренние конфликты и даже перестройка всей его личности. Ребёнок погружается в болезнь и, образно говоря, живёт своей болезнью. Ему неприятны изменения внешности и многочисленные болезненные ощущения, которые его пугают и заставляют страдать. Он неизбежно испытывает страхи, в том числе страх смерти. Его тяготят ограничения свободы, одиночество и отсутствие поддержки. По данным литературы, пребывание в больнице – одна из самых психотравмирующих ситуаций, которая делает детей особенно ранимыми, уязвимыми и даже может привести к формированию невроза (Баканова А.А., Королёва Т.Ю., 2006, С.10).

Одним из важных факторов социализации ребенка является школа. Больные дети из-за госпитализации, длительной терапии, общей слабости и астенизации, а также ряда ограничений, накладываемых болезнью, в основном сталкиваются с проблемой невозможности посещения школы или отставания в усвоении материала, снижении успеваемости. В связи с этим, школа для больных детей представляется символом здоровья и полноценной жизни. Сравнивая больных и здоровых школьников, выявлено, что больные оценивают школу более положительно, чем здоровые, и школа занимает существенное место в представлении о будущем у больных, чего нельзя сказать о здоровых детях.

Нередко для некоторых детей болезнь становится тем значимым событием, которое способствует росту их самосознания, заставляет изменить отношение и уровень требований к самому себе и окружающим людям. Бывает, что в результате пережитого дети быстрее взрослеют. Они становятся способны принять на себя ответственность за состояние своего здоровья и приходят к выводу о необходимости лечиться с помощью врачей, лекарств и болезненных процедур (Бердникова Ю., 2007, С.138).

### 1.2.1 Особенности ВКБ у детей.

Чем младше ребёнок, тем больше различий в его внутренней картине болезни по сравнению с взрослым человеком (Исаев Д.Н., 2005). Дети тяжелее переносят боль и страдания, чем взрослые, боятся больницы, врачей, медицинских процедур и инструментов.

У детей дошкольного возраста собственная оценка заболевания еще не сформирована, у детей младшего школьного возраста она недостаточно полная и только в пубертатном возрасте приближается к оценке взрослых. 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 особенно 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. (Исаев Д.Н., 2005). Важнейшими задачами психологов при работе с больными детьми являются изучение реакции на болезнь, особенностей поведения, представление о прогнозе болезни.

Основные составляющие внутренней картины болезни у детей:

- Объективные проявления болезни
- Особенности эмоционального реагирования личности
- Половые особенности
- Уровень интеллектуального функционирования
- Личный опыт (общезитейский опыт и опыт перенесённых заболеваний)
- Полученная информация о здоровье, внутренних органах, болезни, её причинах, лечении)
- Понимание универсальности и необратимости смерти
- Отношение родителей и других лиц из окружения ребёнка к его заболеванию

- Влияние врача и медперсонала на заболевшего
- Наличие других стрессоров

#### Уровень интеллектуального функционирования

В зависимости от возраста и уровня развития мышления у ребёнка складывается представление о болезненных процессах и общее понимание того, что происходит с его организмом. Ребёнок оценивает те болезненные переживания, которые у него возникают, в зависимости от того, насколько развиты его представления об образе тела. Органическая патология нарушает формирование элементов схемы тела, психологическое восприятие физического «Я», всё это может помешать осознанию болезни. Для того чтобы сформировать представления о болезни и её причинах ребёнок должен обладать развитыми умственными способностями, достаточно дифференцированными чувствами и хорошими волевыми усилиями.

Низкий уровень интеллекта мешает создать адекватную и достаточно дифференцированную внутреннюю картину болезни как у детей младшего возраста, так и у умственно отсталых детей.

Рассказывая о своей болезни, дети мало рассуждают о причинах заболевания, её природе, последствиях. Это связано с тем, что интеллектуальная переработка для детей слишком трудна и редко ими используется.

#### Информация о здоровье, внутренних органах, болезни, лечении

Дети понимают, что люди подвержены болезням. Они считают, что питание — это самый главный способ поддерживать своё здоровье. Наряду с образом защищающего взрослого, питание присутствует в детских представлениях как мера по преодолению возможной угрозы болезни. Стабильные представления о возможности нарушения здоровья дети получают к 7 годам. По сравнению с мальчиками девочки больше опасаются за своё здоровье. Для десятилетнего ребёнка становится понятным, что «быть здоровым» противоположно состоянию «быть больным». По всей

видимости, это связано с развитием сложной интеллектуальной операции — обратимости — которая формируется к десяти годам (Исаев Д.Н., 2005).

И младшие, и старшие дети понимают здоровье как эмоционально комфортное состояние. Младшие дети считают, что главная роль в сохранении здоровья принадлежит гигиене и режиму. В то время как старшие дети считают, что основное, что нужно делать, чтобы быть здоровым — заниматься спортом и закаляться.

Что касается поддержания здоровья, младшие дети считают, что достаточно подчиняться взрослым, следовать их наставлениям. В отличие от пассивной позиции младших детей, старшие осознают, что должны для сохранения своего здоровья проявлять личную активность, то есть должны соблюдать диету, выполнять правила, касающиеся гигиены, придерживаться режима, регулярно закаливаться и заниматься спортом.

Дети зачастую воспринимают свои болезни как наказание за плохое или запретное поведение. Они нередко полагают, что болезнь возникла в результате нарушения правил поведения и осуждают себя за поступки, которые, по их мнению, вызвали болезнь. Младшие школьники, также как и младшие подростки считают, что заболевания возникают из-за нарушений в питании и несоблюдения гигиены. Часть детей старшего возраста видят причину болезни в наследственной предрасположенности, конфликтных ситуациях, которые складываются в школе и дома.

#### Понимание детьми смерти

С нарастанием стажа болезни все дети считают себя больными, и это также является психотравмирующей ситуацией. Оценка болезни детьми бывает резко отрицательной. С увеличением длительности заболевания дети привыкают к статусу больных, но в обыденной жизни все большую роль в механизмах психологической защиты играет вытеснение из сознания факта болезни. Несмотря на это, все больные, имеющие выраженные проявления болезни, отмечают серьезность, опасность заболевания («с ней шутки плохи», «долго надо лечиться» и т. п.). В более благоприятные периоды

болезни дети, не отрицая серьезности своего состояния, делают акцент на невозможность продолжения полноценной жизни («нельзя заниматься спортом», «ходить в школу», «посещать бассейн»). Рано или поздно они поднимают вопрос жизни и смерти. И чем старше ребенок, тем реальнее переживается серьезность заболевания, возможность смерти и выражается страх по этому поводу. Это связано с многочисленными визитами в больницу, болезненными процедурами, подавленностью родителей, а также неаккуратными разъяснениями кого-то из окружения. Многие исследования показывают, что, несмотря на попытки защитить детей, больных онкологическими заболеваниями, от знаний о возможном неблагоприятном прогнозе своего заболевания, тревога хорошо осведомленных взрослых передается детям в результате изменяющегося эмоционального климата вокруг них.

По мнению учёных, смерть для детей дошкольного возраста не является пугающим явлением (Anthony S., 1971). Дети свободно используют в своём языке слова, имеющие отношение к смерти (похороны, покойник, убийство и другие). Если ребёнку такого возраста приходится столкнуться со смертью животного или насекомого, он, как правило, игнорирует её или ведёт себя неожиданно с точки зрения взрослого человека, например, радуется, с интересом наблюдает и т.д. Понятия о смерти как о неизбежном и окончательном завершении жизни у маленьких детей не существует из-за преобладания дооперационального мышления (Hostler S. L., 1978). Они воспринимают смерть как отъезд или сон и говорят о ней как будто это временное явление, не понимая её необратимости. Смерть человека, особенно близкого родственника или друга, а также домашнего животного, для ребёнка складывается из его собственных фантазий и существующих фактов.

Отношение ребёнка к смерти сильно отличается от реакций взрослых. Взрослым часто кажется, что ребёнок не понимает происходящее. Но ребёнок по-своему переживает смерть. Его печаль интенсивна, но коротка,

она зачастую проходит и снова возвращается. Переживания ребёнка можно раскрыть, анализируя его сны, игры, фантазии. В возрасте 5-9 лет дети начинают несколько иначе представлять себе смерть. По мнению некоторых исследователей, происходит персонифицирование смерти с каким-то лицом или идентификация смерти с умершим (Maurer A., 1966).

Для детей характерно суждение, что смерть — это наказание за плохие поступки. Это следствие эгоцентризма и магического мышления, присущего детям. Взгляд на причины смерти неоднозначен. Прежде всего, дети видят причину смерти не в общих процессах, а в конкретных воздействиях (огнём, ножом, возрастом и т.д.) Множество условий оказывают влияние на осознание детьми смерти. Представление о смерти ни один раз трансформируется, прежде чем оформиться в концепцию, которая сложится у взрослого человека.

Между 6 и 10 годами дети воспринимают смерть как более реальную, окончательную, неизбежную. В конце этого возрастного периода они способны признать бренность своего существования. Реальные факты приходят на смену фантазиям, ребёнок уже понимает отличия между живым и неживым. Приходит осознание того, что смерть — это часть общих процессов и законов, по которым устроен мир.

#### Внутренняя картина болезни и жизненный опыт ребёнка

При формировании внутренней картины болезни важную роль играет весь жизненный опыт ребёнка, и особенно опыт перенесённых заболеваний. Жизненный опыт ребёнка незначителен по сравнению с опытом взрослого, ему гораздо труднее соотнести происходящее с ранее пережитым, обобщить имеющуюся информацию и использовать её для понимания происходящего. Недавние события оказывают существенное влияние на внутреннюю картину болезни, особенно это касается детей среднего школьного возраста. Болезни близких людей, которые имели благоприятный исход и протекали без видимых страданий и без чрезмерных опасений со стороны окружающих, способствуют оптимистичному настрою. Напротив, обострения тяжёлых

хронических заболеваний, смерти членов семьи или знакомых могут отрицательно сказаться на внутренней картине болезни. Собственные заболевания, которые были перенесены в детстве, даже в случае их многочисленности, не так влияют на ВКБ, как недавно перенесённые болезни.

Внутренняя картина болезни во многом зависит от атмосферы, складывающейся вокруг потенциальных или существующих болезней ребёнка (Исаев Д. Н., 2005). Повышенная тревожность, сильное беспокойство накладывают значительный отпечаток на ВКБ ребёнка. С другой стороны, собственные переживания ребёнка, связанные с болезнью (боль, неприятные ощущения, переживания, касающиеся здоровья и дальнейшей жизни), а также социальные ограничения (отрыв от родителей, сверстников) также оказывают воздействие на формирование ВКБ. Любые лечебные процедуры, обследования, и, конечно, хирургические операции накладывают свой отпечаток на формирующуюся внутреннюю картину болезни.

Информацию о болезни ребёнок может получить от родителей, взрослых, сверстников, телепередач, школьной программы. Тем не менее, самую значимую информацию ребёнок получает от своих родителей (Шевяхова О. А., 1998). Именно к ним он обращается за помощью, и именно они занимаются его лечением, отводят его к врачу. С самого детства ребёнок доверяет своим родителям. Таким образом, медицинская культура, как и общая культура семьи, влияют на формирование внутренней картины болезни

Влияние на ВКБ других взрослых определяется отношениями, сложившимися между ребёнком и этими взрослыми. Если между ребёнком и взрослым возникла глубокая привязанность, то мнение взрослого будет восприниматься ребёнком без особой критики. В отношении некоторых болезней для детей особенно значимым становится общение с врачом и медицинским персоналом. Именно они предоставляют детям первичную

информацию об особенностях заболевания, необходимости лечения, особенностях питания, последствиях нарушения режима.

### Особенности половой принадлежности

Внутренняя картина болезни находится в зависимости от пола ребёнка. При остром лейкозе личностные реакции на болезнь сильно разнятся. У девочек быстрее происходит адаптация к изменениям, которые влечёт заболевание. Также девочки чаще обеспокоены своим будущим. Они объективнее, чем мальчики воспринимают свою болезнь (Шац И. К., 1986).

### Восприятие болезни и её симптомов

Информацию о существующих симптомах врач получает из бесед с ребёнком, а также с его родителями. Но для успешного лечения врачу также желательно понять концепцию болезни, которая сложилась у ребёнка. Для этого ему необходимо выяснить, как видит причины и механизмы болезни, что думает об исходе заболевания маленький пациент.

Оценка своей болезни у детей, страдающих острым лейкозом, не всегда одинакова, она во многом зависит от фазы и степени тяжести заболевания (Исаев Д. Н., Шац И. К., 1985). Если явные признаки заболевания отсутствуют, то больные дети чаще всегда видят причины своей болезни в состоянии крови, в качестве местоположения болезни указывают живот и грудь. Если симптомы болезни затухают, дети не перестают говорить об опасности и тяжести заболевания, акцентируют внимание на невозможности вести полноценную жизнь из-за разнообразных ограничений. Недавно заболевшие дети воспринимают свою болезнь как редкую, трудную. Спустя несколько лет их болезнь становится для них самой страшной и самой главной среди болезней. Дети 7-10 лет в своём заболевании самыми неприятными считают люмбальные пункции и инъекции. Для детей чуть постарше само по себе пребывание в больнице является неприятным. Дети 13-15 лет жалуются на то, что не могут удовлетворить свои познавательные потребности. Большинство детей расстраиваются, стоит им подумать о своём недуге. ВКБ детей в большей степени относится к неосознанному уровню,

чем сознательному. Дети воспринимают свою болезнь через призму эмоций, и в гораздо меньшей степени понимают её логически. Причинами неполного осознания болезни могут быть недостаточная информированность, наивные знания, которые способны исказить представления о болезни, несформированность интеллектуально-мнестических функций, психологические защиты.

Переживания ребёнка, сопровождающие его болезнь, могут негативно сказываться на его состоянии, отсрочить процесс выздоровления, помешать лечению. Чересчур сильное чувство вины перед родителями, которое появляется у ребёнка из-за болезни, может плохо отразиться на его настроении и физическом состоянии. Если ребёнок тесно общается с другим тяжело больным или умирающим человеком или в том случае, если он присутствовал при гибели другого человека, это может оказать плохое влияние на течение заболевания и на исход (Исаев Д.Н., 2005).

### **1.3 Семья и больной ребёнок**

Онкологическое заболевание у ребенка - всегда трагедия для всей семьи. Реакции на болезнь ребенка во многом зависят от личностных особенностей родителей, их эмоционального состояния, уровня интеллектуального развития, уровня культуры и образования, однако в большинстве случаев первая реакция на диагноз носит характер шока или неверия в случившееся.

Часто, одним из постоянных состояний родителей является страх перед плохим прогнозом болезни и смертью ребёнка. Также родители боятся потерять мужество, оказаться беспомощными перед болезнью ребёнка. Нередко у родителей возникает реакция агрессии, распространяющаяся на окружающих. Возможна ситуация, когда родители и врачи по-разному смотрят на лечение и состояние ребёнка. В отношениях между врачом и родителями ребёнка больного онкологическим заболеванием постоянно

таится потенциальная возможность конфликтных ситуаций. Нередко имеет место проецирование сильным эмоций родителей в связи с травмирующей ситуацией на врача. (Шац И.К., 2005).

В то же время часто между родителями и лечащими врачами их детей устанавливаются доброжелательные, доверительные отношения. Даже если исход болезни ребёнка закончился его смертью, привязанность к врачу у родителей остаётся как проявление психологической защиты. Реже отмечаются противоположные реакции родителей в виде уплощения аффекта вплоть до апатии. В период длительной ремиссии родители часто пребывают в состоянии некоторой эйфории, страхи кажутся им преувеличенными, поэтому часть родителей в этот период избегают бесед с врачами и стараются минимально контактировать с медицинскими работниками.

Одной из реакции компенсации часто бывает стремление обеспечить ребёнка чрезмерным количеством новых игрушек, бытовой техники, модной одеждой и т.п. Часто бывает так, что в попытке избежать обсуждения с ребёнком проблем, вопросов лечения или будущего, родители избегают открытого разговора с ребёнком, что естественно порождает рост напряжения как в эмоциональном состоянии самого родителя, так и в отношениях с ребёнком. Понимание родителями необходимости обсуждения с ребёнком его болезни и лечения, ведёт к налаживанию эмоциональной связи, разрушению психологических барьеров и облегчению общего состояния детей и родителей.

Болезнь ребёнка часто вызывает изменения в поведении родителей, а также моделей воспитания ребёнка. Тяжёлая болезнь как бы делает родителей не имеющими права наказывать или хоть как-то ограничивать требования ребёнка и стараются удовлетворить все его желания. Отсутствие коррекции поведения вызывает затруднения в воспитании. Во время болезни целесообразен подход, включающий разумное поведение родителей и сохранение воспитательных воздействий с учётом ситуации.

Болезнь ребёнка также является серьёзным испытанием для супружеских отношений. Существуют различные варианты отношений между родителями больных детей. Часто имеет место избегание супругов друг друга из-за боязни взаимных упреков в частности, возникающих из-за выяснения кто больше виноват в заболевании ребёнка. После установления онкологического диагноза ребёнку нередко ухудшения сексуальных отношений вплоть до полного длительного их отсутствия. Однако отмечается, что если до болезни ребёнка, существенных трудностей во взаимоотношениях родителей не наблюдалось, то ситуация болезни скорее скрепляет внутрисемейные связи перед лицом внешнего врага в виде болезни. Родители изменяют свою жизнь, подстраиваясь под условия терапии болезни ребёнка, чтобы как можно чаще и дольше находится рядом. Часто один из супругов уезжает на лечение в другой город, оставляя супруга, других детей и свою профессиональную деятельность. Как правило, роли родителей чётко разделяются: матери больше общаются с ребёнком, а отцы работают, чтобы обеспечить жизнь своим близким. В связи с тем, что в стрессовой ситуации болезни мать склонна формировать симбиозные связи со своим ребёнком, часто бывает, что другие дети и супруг остаются за кругом диады мать-больной ребёнок. Также отец нередко переживает из-за неспособности всё время находится рядом с ребёнком и оказывать поддержку. В то же время в различные периоды болезни оба родителя вместе или попеременно впадают в ситуацию выраженного дистресса, приводящего к невротическим реакциям в виде тревоги, страха, бессонницы, вегетативных расстройств, а также к различным видам депрессивных состояний. Как правило, в такой ситуации они не обращаются к врачу, пытаются найти выход различными способами, не всегда здоровыми и правильными в ситуации повышенного стресса. Случается прибегание к алкоголю или наркотическим средствам, отказом общаться, обрыванию социальных связей, изменам. Всё это в конечном итоге усугубляет семейную

ситуацию и отрицательно влияет как на взаимоотношения родителей, так и на эмоциональное состояние больного ребёнка.

Дети, семьи которых ведут привычный уклад жизни, поддерживают постоянные социальные связи, чувствуют себя лучше и увереннее. Однако социальный круг, в который входила семья до болезни ребёнка часто меняется, так как для многих друзей участие в травмирующей ситуации и трудностях семьи является слишком сложной задачей. Бывает так, что они либо избегают встреч, либо впадают в крайности между “утешительством” и пессимистичным сочувствием. Нередко родители больных детей рвут привычные связи из-за того, что не видят поддержки в друзьях, знакомых или родственниках, которые порой только травмируют семью резкими реакциями и поведением, что приводит к общей изолированности и замкнутости семьи в своих тяжёлых переживаниях.

Литературные данные (Heffroy W.A. et al, 1973) позволяют сделать вывод, что наибольшее облегчение приносит общение родителей таких же больных детей. Обмен опытом и взаимная поддержка облегчают подавленное состояние и позволяют разделить своё состояние с равнодушными людьми. В настоящее время существует несколько организаций объединяющих родителей детей с онкологическими заболеваниями, в работе которых принимают участие не только родители и другие члены семьи, но также и профессионалы: онкологи, психологи, психиатры.

Еще одной особенностью является то, что при наличии других детей в семье возможны несколько вариантов развития ситуации:

1. Один из родителей остаётся с больным ребёнком, а другой родитель (а иногда бабушка или дедушка) занимается здоровым ребёнком.
2. Оба родителя отчаиваются вылечить больного ребёнка, возлагая свои надежды на здорового ребёнка.
3. Оба родителя концентрируются на больном ребёнке, а здоровый sibling остаётся без родительской опеки.

В такой ситуации здоровые дети часто меняют своё поведение с целью привлечь внимание, становятся агрессивными, раздражительными, выходят из-под контроля, вплоть до асоциального поведения (алкоголизация, наркотизация, уход из дома, ранние половые связи). У некоторых детей наблюдается снижение успеваемости в школе, невротические симптомы, соматоформные расстройства.

В целом отмечается, что реакции семьи на осознание факта тяжёлого заболевания ребенка укладываются в представления о состояниях острого горя/утраты. Первая реакция родителей, когда они узнают о диагнозе своего ребёнка — это отрицание («это неправда, кто-нибудь сможет вылечить»). В следующую фазу наступают гнев и печаль. В этот период родителям трудно понять чувства других и правильно «посмотреть» на своего ребёнка. Третья фаза называется «сделкой». Если речь идёт об умирающем ребёнке, родители на этом этапе пытаются отсрочить смерть ребёнка, «заключить сделку с судьбой», изменить образ жизни и т.д. Четвёртая фаза — депрессия, когда смерть приближается, и болезнь берёт верх. В последней фазе родители вынуждены настроиться на смерть своего ребёнка (Кюблер-Росс Э, 1974, 1978, 1987).

Смерть ребёнка в ситуации тяжёлой болезни может быть для родителей как ожидаемой, так и неожиданной. Когда смерть ребёнка ожидаема, можно сказать, что родители внутренне к ней готовы, смерть в таком случае воспринимается как неизбежное событие. Как правило, это касается длительного умирания. Неожиданной же смерть расценивается когда, например, есть благоприятный прогноз в отношении заболевания, когда лечение эффективно и риск смертельного исхода низкий. Долговременный и при этом неизбежный процесс умирания характерен для детей, которые заболели лейкозом в возрасте до года, и для детей со сложными формами болезни, трактуемыми как трудноизлечимые.

Исход лечения родители зачастую связывают с удачей или неудачей, доверяясь случайности. Кому-то повезёт и наступит выздоровление, кому-то

— нет. Каждый родитель боится, что именно его ребёнку не повезёт и что он попадёт в категорию умирающих, а не выздоравливающих детей.

### **1.3.1 Особенности семейных отношений в семье, где есть больной ребёнок**

Онкологическое заболевание у ребёнка ставит перед семьёй задачу изменения её структуры и образа жизни, подчиняя ее одной цели – вылечить ребёнка, вследствие чего вся семейная структура подвергается изменениям.

Определяющим является исходный уровень родительских взаимоотношений. При исходно благополучных отношениях, как правило, отношения между супругами не ухудшались, а наоборот семья объединялась в стремлении помочь своему ребёнку. При наличии конфликтов в семьях до становления диагноза, тяжёлая болезнь ребёнка скорее будет являться разрушающим фактором, способствующим развалу семьи.

Часто бывает так, что психологическое состояние внутри семьи зависит от состояния здоровья больного ребёнка. Однако, существует и обратная связь, когда дети усваивают модели родительского реагирования и поведения в стрессогенной ситуации. Внутренняя нестабильность родителей порождает дезадаптивные способы совладания со стрессом и у ребёнка, такие как негативизм, беспокойство, страхи, тревожность, агрессивность. Всё это приводит к расстройству адаптации в виде истерических или депрессивных реакций, развитию астено-депрессивного синдрома и появлению физической или вербальной агрессии по отношению к окружающим.

Существенные изменения внутри семьи происходят на начальном этапе лечения болезни. Наблюдается поляризация как детско-родительских отношений (гиперопека/гипоопека), так и супружеских отношений (сплочение/разрыв).

Часто встречаются явления нарушения коммуникации и наложения запретов на обсуждение тем лечения или прогнозов, что ведёт к нарастанию эмоционального барьера между членами семьи и усугублению

изолированности ребёнка в своих собственных переживаниях, отсутствию поддержки, а также усиливает страхи.

Наиболее существенные изменения происходят в структуре семейной в самом начале болезни ребёнка при установке диагноза. Эти изменения касаются вопросов ухода за больным ребёнком, вовлечённостью в этот процесс – образуется подсистема «ухаживающий родитель – больной ребенок». Гармоничность этих отношений существенно влияет на дальнейшую успешность лечения.

Ухаживающий родитель (чаще мать) несет на себе основную нагрузку по уходу за больным ребёнком. Часто оказывается, что из-за такой ситуации, оказывается невозможным исполнение других существующих обязанностей в семье, например, воспитание и опека других детей в семье. Если семья не сможет адаптироваться к таким изменениям и если другие члены семьи не смогут оказывать помощь и перехватить обязанности ухаживающего члена семьи, в такой ситуации, возможно образование «функциональные пустоты» или несвойственные другим членам семьи функциональные роли. Например, отец будет выполнять несвойственные ему до этого роли по стирке, готовке, уборки дома, что нередко встречается, когда мать постоянно находится в больнице и ночует там же.

Члены семьи, не задействованные в уходе за больным ребёнком, обычно это отец и здоровые дети, переживают ряд утрат, например, привычного образа жизни, жизненной перспективы, планов, ценностей. Обычно, связанные с этим чувства – это гнев и вина, часто неосознаваемые и проявляющиеся в психосоматических, эмоциональных расстройствах, поведенческих отклонениях.

Часто бывает так, что бытующие в обществе мифы об онкологических заболеваниях, а также изменения во внешности после прохождения лечения ведут к формированию жёсткой внешней границы семьи. Подобные мифы, а также значительные изменения внешности у ребёнка даже у родителей порой вызывают чувство стыда и стеснения, что ведёт к повышению тревожности

родителя, скрывающего свои истинные чувства из-за их неприемлемости. Подобные чувства неизбежно передаются ребёнку, что выражается в тревожных расстройствах и реакциях.

Устойчивость внутреннего мира родителя вместе со способностью принимать новое, открытости новому опыту определяют формирование опыта и представления о болезни у ребенка. Дети в устойчивых семьях намного легче переносят тяжёлое и болезненное лечение, госпитализацию, отрыв от семьи.

В больнице с ребёнком, как правило, присутствуют матери. Случается, что мать не может ухаживать за больным ребёнком по разным причинам: вторая беременность или работа, которая приносит деньги на лечение, собственная болезнь. Нередко с детьми находятся бабушки или отцы.

Мужчины, ухаживающие за больными детьми, выполняют функции, которые, согласно традиционным взглядам, являются женскими. Они готовят еду, моют полы, играют с детьми, укладывают их спать, следят за ходом медицинских процедур.

В заключении можно сказать о том, что тяжёлая болезнь ребёнка является не только тяжёлым ударом для семьи, но и требует скорой структурной перестройки всей семьи, для успешного преодоления и лечения болезни, а также адаптации к сложной жизненной ситуации.

## Глава 2. Характеристика материала и методы исследования

### 2.1 Характеристика выборки

В связи с задачами исследования было обследовано 15 ухаживающих взрослых и соответственно им 15 детей младшего школьного возраста 6-10 лет, находящихся на отделении трансплантации костного мозга в клинике Института детской гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачёвой г. Санкт-Петербурга в связи с прохождением лечения. Диагнозы обследованных детей приведены в таблице №1.

**Таблица 1.** Диагнозы детей.

Диагноз	%
Острый лимфобластный лейкоз	33,3
Апластическая анемия	20
Острый миелоидный лейкоз	13,3
Нейробластома надпочечника	13,3
Злокачественная опухоль мозга	13,3
Лимфома Ходжкина	6,6

**Таблица 2.** Возрастные характеристики детей.

6-7 лет	8-10 лет
40% (6 чел.)	60 % (9 чел.)

**Таблица 3.** Средний возраст детей.

Средний возраст	Ошибка среднего
7,6	1,06

**Таблица 4.** Возрастные характеристики ухаживающих взрослых.

До 35 лет	36-45 лет	Старше 46 лет
40% (6 чел.)	40% (6 чел.)	20% (3 чел.)

**Таблица 5.** Средний возраст ухаживающих взрослых.

Средний возраст	Ошибка среднего
40,46	1,77

**Таблица 6.** Семейное положение ухаживающего взрослого.

Замужем/Женат	Не замужем/Не женат	В разводе
80% (12 чел.)	6,6% (1 чел.)	13,3% (2 чел.)

**Таблица 7.** Пол ухаживающего взрослого.

Мужчина	Женщина
20% (3 чел.)	80% (12 чел.)

**Таблица 8.** Родство ухаживающего взрослого.

Мать	Отец	Бабушка
66,6% (10 чел.)	20% (3 чел.)	13,3% (2 чел.)

## **2.2 Методы исследования**

Для реализации цели и поставленных в работе задач применялись клинико-психологические и экспериментальные методы.

1. Клинико-психологический:

- Наблюдение
- Клинико-психологическая беседа

2. Экспериментально-психологический:

- Проективная методика «Рисунок несуществующее животное»

(М.З. Дукаревич, 1990)

- Методика на определение уровня самооценки ( Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан, 1988)

- «Интегративный тест тревожности» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005)

- Методика диагностики отношения к болезни ребёнка (ДОБР) (В.Е.Каган, И.П.Журавлева, 1991)
- Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 1996)
- Тест родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин, 1996)
- Опросник эмоциональных отношений в семье (Е.И. Захарова, 2002)

Клинико-психологический метод был представлен структурированным интервью с ухаживающим взрослым, которое состояло из основных социально-психологических данных самого взрослого, таких как семейное положение, образование, возраст, а так же возраст и диагноз детей. Наряду с этим, интервью включало в себя вопросы о давности заболевания ребёнка, особенностей обнаружения болезни и предыдущего лечения, осведомленность ухаживающего о диагнозе, наличие информации о болезни, информированности ребёнка о своём заболевании, трудностях пребывания в клинике и наличии и особенностях контакта с другими родителями и ухаживающими. Так же вопросы касались особенностей семейной ситуации как актуальной, так и прошлой. Вместе с этим задавались вопросы о раннем детстве ребёнка, распорядке дня, детском саду, поведении. Так же включались вопросы об изменении детско-родительских отношений в семье после болезни. Некоторые вопросы касались воспитания, особенностей наказаний в семье.

Особое внимание во время интервью уделялось эмоциональным реакциям и поведению взрослого при ответе на вопросы, а также поведению ребёнка.

В процессе наблюдения изучались особенности взаимодействия взрослого с ребёнком.

Были использованы следующие экспериментально-психологические методы для детей:

### 2.2.1 Проективная методика «Рисунок несуществующего животного»

Автором теста «Рисунок несуществующего животного» является советский психолог, специалист по проективным диагностикам М.З. Дукаревич. Впервые была опубликована в 1990 г.

По своему характеру методика "Рисунок несуществующего животного" относится к числу проективных. По составу данный тест - ориентировочный и как единственный метод исследования обычно не используется и требует объединения с другими методами в качестве батарейного инструмента исследования.

Материал для тестирования: лист бумаги А4; простой и цветные карандаши, ластик.

Инструкция: "Придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим названием".

В результате анализа рисунка оценивались: наличие и степень выраженности агрессивных импульсов, наличие и степень выраженности вербальной агрессии, наличие и степень выраженности признаков тревоги и депрессии, а также общительность. Время рисования не было ограничено. Когда обследуемый заканчивал рисовать, ему предлагалось рассказать о своём животном и ответить на несколько вопросов.

Вопросы:

- Чем оно питается?
- Где живет?
- Чем обычно занимается?
- Что любит делать больше всего?
- А чего больше всего не любит?
- Оно живет одно или с кем-нибудь?
- Есть у него друзья? Кто они?
- А враги у него есть? Кто? Почему они его враги?
- Чего оно боится, или оно ничего не боится?
- Какого оно размера?

### **2.2.2 Методика Дембо-Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан, 1988)**

Данная методика основана на непосредственном оценивании ряда личных качеств и особенностей, таких как здоровье, способности, характер и т. д. Обследуемым предлагается на вертикальных линиях отметить определенными знаками уровень развития у них этих качеств (показатель самооценки) и уровень притязаний, т. е. уровень развития этих же качеств, который бы удовлетворял их. Каждому испытуемому предлагается бланк методики на котором изображено семь линий, высота каждой – 100 мм, с указанием верхней, нижней точек и середины шкалы.

Шкалы:

- Здоровье
- Ум, способности
- Характер
- Авторитет у сверстников
- Умелые руки, умение многое делать своими руками
- Внешность
- Уверенность в себе

Экспериментально-психологические методы для ухаживающих взрослых:

### **2.2.3 «Интегративный тест тревожности» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005)**

Интегративный тест тревожности - оригинальная клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. Бехтерева к.пс.н. А.П. Бизюком, д.м.н. профессором Л.И. Вассерманом и к.м.н. Б.В. Иовлевым. Интегративный тест тревожности представляет собой экспресс-диагностический клиничко-психологический инструмент для выявления

уровня выраженности тревоги как ситуативной переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики у подростков и взрослых.

Интегративный тест тревожности состоит из двух субтестов, предназначенных для отдельной оценки тревоги и тревожности. Каждый субтест содержит 15 утверждений, с каждым из которых испытуемый должен выразить своё согласие по 4-балльной шкале. Утверждения субтестов полностью идентичны, различается лишь инструкция. В итоге из теста можно извлечь общий балл по каждому субтесту и 5 шкальных значений (всего 12 показателей).

- Субшкала «Эмоциональный Дискомфорт» (ЭД) отражает наличие эмоциональных расстройств, сниженный эмоциональный фон или неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональную напряженность, элементы ажитации.

- Субшкала «Астенический Компонент Тревожности» (АСТ) отражает наличие усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

- Субшкала «Фобический Компонент Тревожности» (ФОБ) отражает ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Испытуемые с пиком по данной шкале не всегда могут сформулировать источник своих тревог и в беседе апеллируют главным образом к феноменологии «хронических» страхов, периодически возрастающих в зависимости от внутреннего состояния или обострения внешней ситуации.

- Четвертая вспомогательная шкала – «Тревожной Оценки Перспектив» (ОП) - тесно связана с предыдущей, но здесь отчетливо прослеживается проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общая озабоченность будущим, на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

- Пятая вспомогательная шкала обозначена как «Социальные Реакции Защиты» (СЗ), что связано с проявлениями тревожности в сфере социальных

контактов или с попытками испытуемого рассматривать социальную сферу как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе.

#### **2.2.4 Методика диагностики отношения к болезни ребёнка (ДОБР)**

**(В.Е.Каган, И.П.Журавлева, 1991)**

Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; Каган В.Е., Журавлева И.П., 1991) разработан Д.Н.Исаевым, В.Е.Каганом в 1991 году. Опросник может использоваться в индивидуальной и семейной диагностике отношения взрослых членов семьи к болезни ребенка, для оценки эффективности семейной психотерапии, в консультативной работе, а также в научно-практической работе для изучения отношения к болезни ребенка в зависимости от заболевания, типа лечения, культурного уровня семьи, качества семейных отношений, мало- и многодетности семьи и т.д.

Опросник состоит из 40 пунктов-утверждений, согласие испытуемых с которыми оценивается по 6-балльной шкале.

Шкала интернальности (*I*) Результаты по ней описывают экстернальный/интернальный родительский контроль болезни ребенка – причины болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять, на другом полюсе - контроль, при котором родители воспринимают себя как ответственных за болезнь ребенка.

Шкала тревоги (*T*) Описывает тревожные реакции на болезнь ребенка.

Шкала нозогнозии (*H*) описывает преувеличение или преуменьшение родителями тяжести болезни ребенка (гипернозогнозия/гипонозогнозия и анозогнозия).

Шкала контроля активности (*A*) описывает тенденцию соблюдения родителями необходимых ограничений активности на время болезни или недооценку этих ограничений.

Шкала общей напряженности (*O*) Суммарный результат по всему опроснику в целом, характеризует отношение к заболеванию ребенка.

## **2.2.5 Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 1996)**

Методика Э.Г.Эйдемиллера и В.В.Юстицкиса "Анализ семейных взаимоотношений" (АСВ) была разработана в 1987 году специально для диагностики различных отклонений воспитательного воздействия и определения типов неправильного воспитания ребёнка в семье. Всего методика содержит 20 шкал. 11 из них направлены на выявление нарушений процесса воспитания в семье, эти шкалы:

- гиперпротекция (шкала Г+),
- гипопротекция (шкала Г-),
- потворствование (шкала У+),
- игнорирование потребностей ребенка (шкала У-),
- чрезмерность требований-обязанностей ребенка (шкала Т+),
- недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-),
- чрезмерность требований-запретов (шкала З+),
- недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З-),
- строгость санкций (наказаний) за нарушение требований ребенком (шкала С+),
- минимальность санкций (шкала С-),
- неустойчивость стиля воспитания (шкала Н).

Данные шкалы помогают исследователю изучить такие важные особенности воспитания, как:

- уровень протекции в процессе воспитания;
- степень удовлетворения потребностей ребёнка;
- количество требований, предъявляемых ребёнку в семье;
- неустойчивость стиля воспитания.

Оставшиеся 9 шкал позволяют определить психологические причины негармоничного семейного воспитания. Нарушения процесса воспитания могут иметь самые разные причины, однако чаще всего они связаны с личностью родителей и их психологическими проблемами, которые они

нередко решают с помощью ребенка. Эти 9 шкал не направлены непосредственно на выявление отклонений личности родителей (предполагается с этой целью использовать дополнительные психодиагностические методы), они помогают осуществить диагностику имеющихся у родителей психологических проблем, решаемых за счёт ребёнка.

Данные шкалы носят названия:

- расширение сферы родительских чувств (шкала РРЧ),
- предпочтение в подростке детских качеств (шкала ПДК),
- воспитательная неуверенность родителя (шкала ВН),
- фобия утраты ребёнка (шкала ФУ),
- неразвитость родительских чувств (шкала НРЧ),
- проекция на ребёнка собственных нежелательных качеств (шкала ПНК),
- вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (шкала ВК),
- предпочтение мужских качеств (шкала ПМК),
- предпочтение женских качеств (шкала ПЖК).

### **2.2.6 Тест родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин, 1996)**

Данная методика ориентирована на изучение особенностей родительской позиции – матери или отца – по отношению к конкретному ребёнку. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребёнку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребёнка, его поступков.

В тесте-опроснике 61 вопроса, на которые следует отвечать согласием или несогласием. Методика предназначена для родителей детей 3-10 лет.

Авторы теста (Я.А.Варга, В.В.Столин) выделяют 5 типов отношения родителя к своему ребенку: принятие/отвержение, кооперация, симбиоз, контроль (авторитарная гиперсоциализация), отношение к неудачам ребенка.

1. Принятие/отвержение ребенка. Эта шкала выражает собой общее эмоционально положительное (принятие) или эмоционально отрицательное (отвержение) отношение к ребенку.

2. Кооперация. Эта шкала выражает стремление взрослых к сотрудничеству с ребенком, проявление с их стороны искренней заинтересованности и участие в его делах.

3. Симбиоз. Вопросы этой шкалы ориентированы на то, чтобы выяснить, стремится ли взрослый к единению с ребенком или, напротив, старается сохранить между ребенком и собой психологическую дистанцию. Это - своеобразная контактность ребенка и взрослого человека.

4. Контроль. Данная шкала характеризует то, как взрослые контролируют поведение ребенка, насколько они демократичны или авторитарны в отношениях с ним.

5. Отношение к неудачам ребенка. Эта, шкала показывает, как взрослые относятся к способностям ребенка, к его достоинствам и недостаткам, успехам и неудачам.

### **2.2.7 Опросник эмоциональных отношений в семье (Е.И. Захарова, 2002)**

Опросник содержит 66 утверждений и направлен на выявление выраженности 11 параметров эмоционального взаимодействия матери и ребенка, объединенных в три блока.

1. Блок чувствительности:

- способность воспринимать состояние ребенка
- понимание причин состояния
- способность к сопереживанию

2. Блок эмоционального принятия:

- чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком

- безусловное принятие
- отношение к себе как к родителю
- преобладающий эмоциональный фон взаимодействия

### 3. Блок поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия:

- стремление к телесному контакту
- оказание эмоциональной поддержки
- ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия
- умение воздействовать на состояние ребенка

Каждая характеристика диагностируется с помощью шести утверждений, три из которых носят положительный характер — согласие с данным утверждением свидетельствует о высокой степени выраженности качества и три — отрицательный— согласие с данным утверждением означает низкую степень выраженности качества. Степень своего согласия с предложенными утверждениями испытуемый должен выразить с помощью пятибалльной шкалы. Таким образом, заполняющий анкету родитель шесть раз высказывает степень своего согласия с утверждениями, касающимися каждой из указанных характеристик взаимодействия. Наличие утверждений, имеющих положительную и отрицательную направленность, повышает достоверность полученной оценки.

## 2.3 Процедура исследования

Всю процедуру сбора данных можно разделить на 3 фазы:

1. Знакомство с ухаживающим взрослым и детьми, описание целей исследования и его процедуры, проведение структурированного интервью с ухаживающим взрослым.

Интервью с ухаживающим взрослым, чей ребёнок непосредственно лежал на отделении, проводилось либо в палате, либо взрослого просили на некоторое время выйти и побеседовать за пределами палаты. Выполнение методик ребёнком, лежащим на отделении, проходила так же в палате. Интервью со взрослыми и детьми, чьи дети проходили плановые

обследования после трансплантации проводилось чаще всего в игровой комнате, либо в консультативном кабинете.

Интервью, выполнение методик ухаживающим взрослым и ребёнком проводилось при условии подписания добровольного информированного согласия ухаживающим взрослым. Информированное согласие предполагает, что респонденту сообщили о целях психологического исследования, конфиденциальности данных и возможности отказаться от участия в исследовании в любой момент. Сообщалось о сроках и форме предоставления результатов тестов.

Далее проводилось интервью, вопросы которого представлены в приложении А.

## 2. Проведение экспериментально-психологического исследования

Знакомство и проведение методики «Рисунок несуществующего животного», в основном, проводилось без родителей, которым не разрешалось как-либо участвовать в выполнении ребёнком методики.

Заполнение брошюры с опросниками проводилось либо в присутствии экспериментатора или ухаживающие взрослые заполняли их самостоятельно.

## 3. Предоставление результатов исследования

Участникам исследования результаты предоставлялись либо по почте, так как некоторые родители с детьми уезжали после прохождения лечения, либо обсуждались в беседе.

## **Глава 3. Результаты исследования**

### **3.1 Анализ проведённых интервью**

При сборе и обработке данных клинико-психологического интервью внимание уделялось не только содержанию ответов на поставленные вопросы, но и особенностям установления контакта с ухаживающим взрослым.

Реакции обследованных взрослых в основном были доброжелательны, они хорошо шли на контакт, соглашались принять участие в исследовании.

Во время исследования они достаточно открыто обсуждали трудности, с которыми им приходилось сталкиваться, подробно рассказывали о ребёнке, его заболевании, семейных отношениях, воспитании и отвечали на все интересующие в рамках исследования вопросы. Искренний интерес к их проблемам способствовал самораскрытию, а также давал возможность поделиться своими переживаниями и негативными мыслями.

Среди обследуемых взрослых было трое мужчин, приходящихся отцами больных детей. По сравнению с женщинами, мужчины демонстрировали большую недоверчивость, желание показать, что всё в порядке. На контакт шли с опаской, отвечали в основном строго по теме вопроса.

Случалось, что некоторые люди отказывались от участия в исследовании, объясняя это тем, что им сейчас не до этого.

При обсуждении болезни ребёнка, родственники тех детей, чьё состояние стабилизировалось, показывали спокойное отношение к обсуждению этой темы. При проведении беседы непосредственно на отделении чаще встречались бурные эмоциональные реакции в виде плача, скорее всего из-за тяжелого соматического состояния ребёнка.

Чаще всего ухаживающие в точности знали диагноз ребёнка и демонстрировали осведомлённость в вопросах, как болезни, так и специфики лечения. Лишь в двух случаях взрослому требовалось заглянуть в свои

записи, чтобы точно назвать диагноз. В обоих случаях это были ухаживающие бабушки и, вероятно, данное обстоятельство можно объяснить трудностью ориентировки в сложных терминах.

Почти во всех случаях (13 из 15), ребёнок знал, что болен, но объяснения были различны. Чаще это были объяснения в детской форме, по типу “завёлся червячок, нужно его вырезать”, “поломался орган, нужно починить”. Интересен факт того, что наиболее тревожные взрослые сообщали о том, что их ребёнок не знает о заболевании, а так же о стремлении оградить его от этой информации. Также тревожные взрослые выразили нежелание дальнейшего обсуждения темы болезни. На вопросы о контактах в больнице, эти взрослые ответили, что ни с кем не общаются, им это не нужно, либо общаются с соседями по палате, касаясь лишь бытовой организации. Остальные матери на отделении прибегали к помощи и опыту других людей, оказавшихся в подобной ситуации, активно общались, находили поддержку и даже подруг.

В целом обстоятельства обнаружения заболевания сходны, в основном взрослые замечали температуру, осложнения после простуды, увеличенный лимфоузел или общую слабость ребёнка. В 100% случаев, то есть абсолютно все взрослые находились в шоковом состоянии при обнаружении заболевания и постановки диагноза.

В 80% случаев дети проходили лечение в других городах до того как попали в клинику им. Р.М. Горбачёвой. Лишь в 1 случае был негативный опыт прошлого лечения, где имели место конфликты с врачом и медицинским персоналом из-за разногласий в лечении.

В 93,3% случаев взрослые оказались способны оставить ребёнка одного на какое-то время. Скорее всего это связано с тем, что ребёнок находится в больнице, где он всё время под наблюдением.

Подавляющее большинство ухаживающих взрослых беспокоятся, в первую очередь, за здоровье и жизнь своего ребёнка, и текущее эмоциональное состояние зависит как от состояния здоровья ребёнка, так и

от внутренних ресурсов самих взрослых. В большей части ответов отразилась адекватная вера в положительный исход лечения, понимание рисков и серьёзности заболевания и отношение к лечению как к необходимому средству на пути к здоровью.

### **3.2 Анализ проективного теста «Рисунок несуществующего животного»**

Для анализа эмоциональных реакций и личностных особенностей пациентов использовался проективная методика «Рисунок несуществующего животного». Инструкция звучала следующим образом: придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим названием.

На двенадцати рисунках (80%) изображены те или иные элементы, соответствующие средней или сильной тревоге. На восьми рисунках (53,3%) использовалась сильная штриховка для заполнения внутреннего пространства несуществующего животного. (Приложение В, рис.1)

На десяти рисунках (66,6%) опора животного либо отсутствовала, либо была неустойчивой или не прорисованной. (Приложение В, рис. 2)

На восьми рисунках (53,3%) линии тонкие, слабые, что, возможно, свидетельствует об астении, недостатке энергии и общей слабости, связанной с длительной болезнью и тяжелым лечением. На семи (46,6%) рисунках использованы линии всех типов, что характеризует уверенного в себе ребёнка.

В 26,6% случаев линии были жирные с нажимом, которыми рисовалась кровь (20%), границы тела в виде зазубрин (13,3%), грубо заштриховывалась часть тела(26,6%), что говорит об агрессивных импульсах.

Также в 33% случаев в рисунках отражались агрессивные тенденции в виде открытой пасти и острых зубов, как возможный признак вербальной агрессии, потребности проявлять её к окружающим. Изображение панциря, зазубрин на спине, шипов (40% рисунков) также говорит о проявлении

агрессивных тенденций, но скорее как потребность в защите, нежели для нападения (Приложение В, рис.3).

На девяти рисунках (60%) голова животного повернута влево, что говорит об интровертированности, застенчивости, склонности уходить от конфликтных ситуаций, сниженном уровне внешне - направленной агрессивности (Приложение В, рис.4).

На пяти рисунках (33,3%) голова животного повернута в анфас, что свидетельствует об эгоцентризме, считающимся нормальным для детей. На части рисунков (20%) голова несуществующего животного обращена вправо, что говорит о направленности на действие, активности, устремлённости в будущее. (рис.5)

При оценке положения на листе, направлении хвоста и головы, рисунки расположены по центру в 20% случаев, в 53,3% случаев рисунки расположены левее и ниже центрального положения, что говорит о проявлениях низкой самооценки (Приложение В, рис.6 и 7).

Большие пустые глаза (без радужки и зрачка) или зачернённые глаза, которые служат признаком страхов и повышенного уровня тревожности, характерны для 13,3% рисунков. (Приложение В, рис.7)

Пациентам предлагалось ответить на несколько вопросов касающихся нарисованного ими несуществующего животного:

*Возраст животного:* У большинства пациентов возраст несуществующего животного соответствовал их возрасту, что может говорить об идентификации себя с нарисованным несуществующим животным.

*Благоприятность социального окружения* (наличие семьи, друзей): у 40 % детей среда неблагоприятная, есть враги или животные, охотящиеся на несуществующее животное ребёнка, что соответствует изолированности от окружающего социума в связи с текущим лечением или воспринимаемой угрозой от врачей или других людей.

*Тема питания* (чем питается животное, есть ли любимые продукты, достаточно ли вокруг пищи): актуальна или не актуальна. Практически у всех пациентов проявилась актуальность в теме питания. В основном «несуществующее животное» питалось тем же, чем и сам ребёнок в реальности.

*Благоприятность среды обитания* (где живёт животное): благоприятная или не благоприятная. В большинстве случаев обитаемая среда благоприятна.

В целом по рисункам можно заметить наличие внутренних переживаний и тревоги у детей, проходящих лечение. Выражается потребность в защите со стороны близких людей. Самооценка в целом средняя, однако наблюдается тенденция к её снижению.

Проявились общие черты, которые соответствуют большинству пациентов данного исследования. Нерешительность, боязнь активных действий, нацеленность в прошлое и настороженность по отношению к настоящему, эгоцентризм. Также на всех рисунках наблюдается идентификация себя с нарисованным «несуществующим животным»

### **3.3 Результаты экспериментально-психологического исследования**

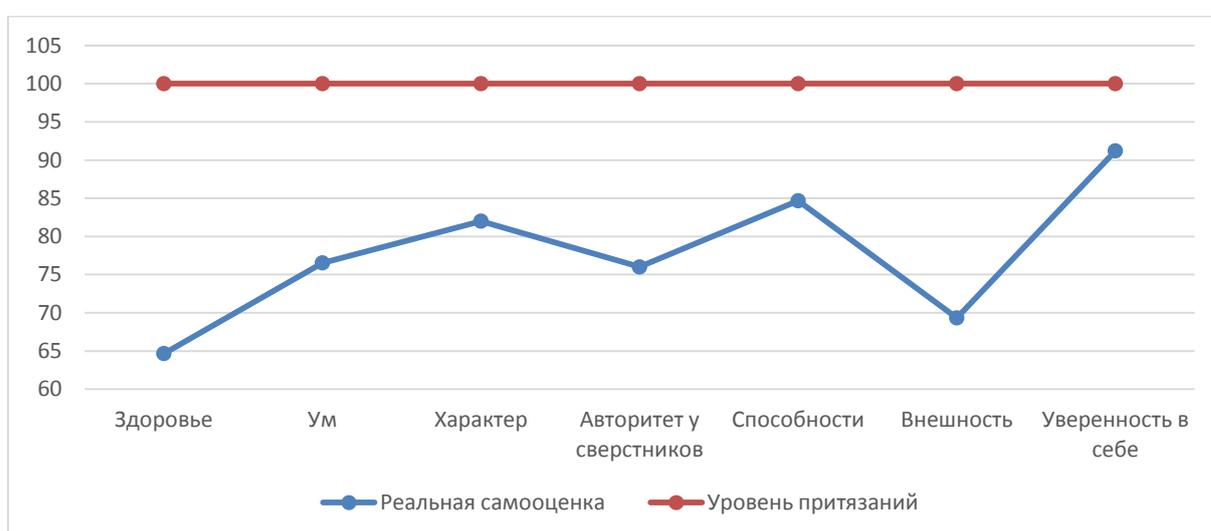
В рамках работы мы изучали взаимосвязь психологического состояния ребенка, проходящего лечение методом трансплантации костного мозга, и характера его взаимоотношений с ухаживающим взрослым. Анализировались результаты детей и их родителей по проведённым методикам.

**Тест на определение уровня самооценки Дембо-Рубинштейн** (Таблица 9, Рисунок 1).

**Таблица 9.** Анализ средних значений по методике Дембо-Рубинштейн.

Показатели	Реальная самооценка		Уровень притязаний	
	Среднее	Станд. откл.	Среднее	Станд. откл.
Здоровье	64,67	33,138	100,00	0,000
Ум	76,53	27,417	100,00	0,000
Характер	82,00	17,403	100,00	0,000
Авторитет у сверстников	76,00	32,689	100,00	0,000
Способности	84,67	27,220	100,00	0,000
Внешность	69,33	26,583	100,00	0,000
Уверенность в себе	91,20	18,560	100,00	0,000

В рамках методики анализируется реальная самооценка ребёнка и уровень его притязаний в различных сферах. Было установлено, что выше всего у детей выражена самооценка своего характера и способностей, а также уверенности в себе. Далее идёт оценка ума и авторитета у сверстников. Ниже всего в данной выборке оцениваются внешность и здоровье.



**Рис. 1** Анализ средних значений по методике Дембо-Рубинштейн

Таким образом, дети, проходящего лечение методом трансплантации костного мозга, достаточно высоко оценивают свой характер, умственные и общие способности, уверенность в себе, авторитет среди других детей. В то

же время, у них несколько снижена оценка своей внешности и здоровья, вероятно, в силу имеющихся заболеваний.

Уровень притязаний у всех детей по всем шкалам равен 100 баллам, что является характерным для данного возраста.

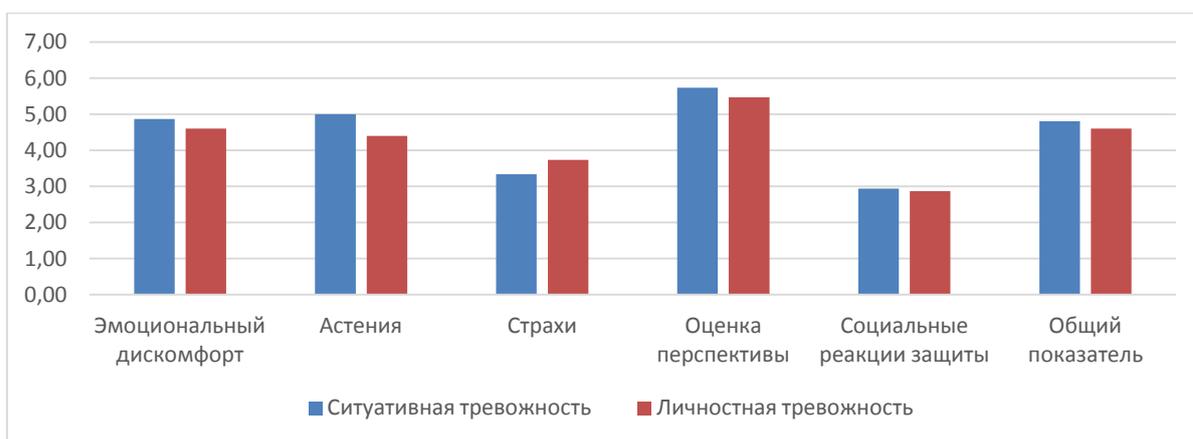
Далее исследовались личностные черты родителей и особенности детско-родительских отношений.

**Первоначально анализировались результаты по интегративному тесту тревожности (Таблица 10, Рисунок 2).**

**Таблица 10.** Анализ средних значений интегративного теста тревожности.

Показатели	Ситуативная тревожность		Личностная тревожность	
	Среднее	Станд. откл.	Среднее	Станд. откл.
Эмоциональный	4,87	2,800	4,60	2,501
Астения	5,00	2,204	4,40	2,098
Страхи	3,33	2,320	3,73	2,219
Оценка перспективы	5,73	2,374	5,47	2,532
Социальные реакции	2,93	2,086	2,87	2,066
Общий показатель	4,80	2,541	4,60	2,293

Было установлено, что показатели ситуативной и личностной тревожности выражены у родителей на схожем уровне, однако наблюдается преобладание астении при ситуативной тревожности. В целом меньше всего у них выражены страхи и социальные реакции защиты, а выше всего – астения, эмоциональный дискомфорт и негативная оценка перспективы. В целом тревожность и её показатели находятся на среднем уровне.

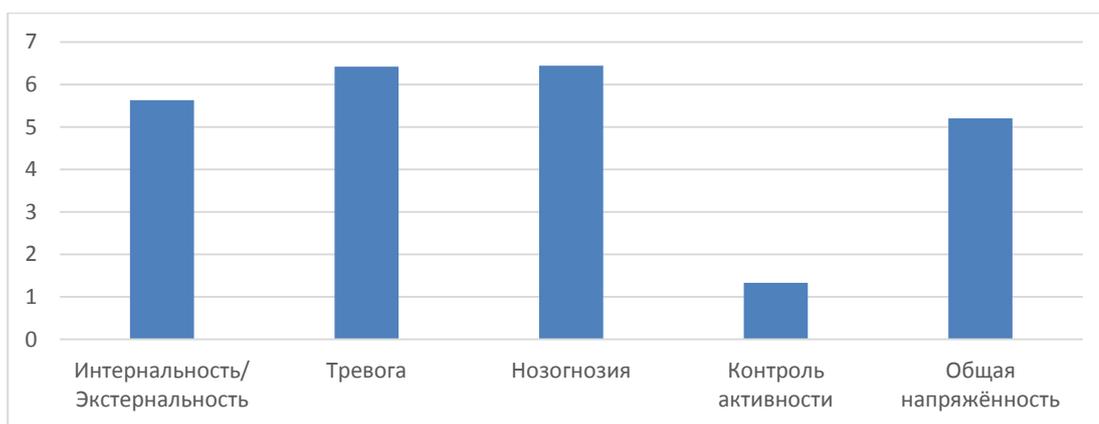


**Рис. 2** Анализ средних значений интегративного теста тревожности  
**Анализ отношения к болезни ребёнка по опроснику «ДОБР»**  
 (Таблица 11, Рисунок 3).

**Таблица 11.** Средние значения

Показатели	Среднее	Станд. откл.
Интернальность/Экстернальность	5,63	0,85
Тревога	6,42	0,92
Нозогнозия	6,44	0,64
Контроль активности	1,33	0,35
Общая напряжённость	5,2	0,42

Результаты анализа методики «диагностика отношения к болезни ребёнка» показали, что существует сдвиг в сторону высоких показателей шкалы «экстернальность/интернальность». Более высокие показатели указывают на экстернальный родительский контроль болезни ребенка – причины болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять. Для ухаживающих взрослых характерны выраженная тревога и гипернозогнозия. Эти показатели могут говорить о том, что родители крайне серьезно относятся к заболеванию, что также подтверждается шкалой «общей напряженности».



**Рис. 3** Анализ среднего значения отношения к болезни ребёнка по опроснику «ДОБР»

Исследовались особенности детско-родительских отношений при помощи опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (Таблица 12, Рисунок 4).

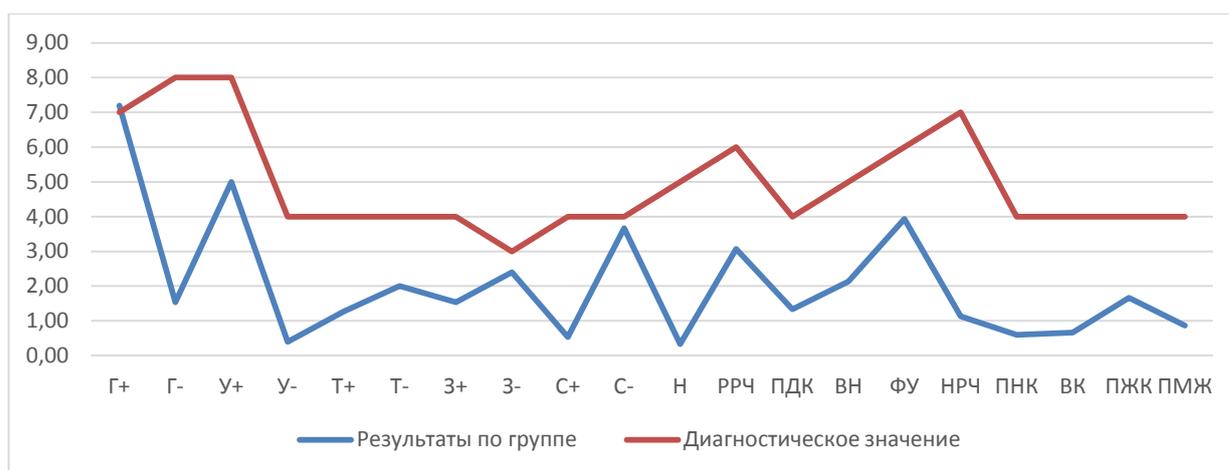
**Таблица 12.** Средние значения выраженности стилей воспитания.

Показатели	Среднее	Станд.	Чел.	%
Гиперпротекция	7,20	2,077	10	66,6
Гипопротекция	1,53	0,915	0	0
Потворствование	5,00	2,777	3	20
Игнорирование потребностей	0,40	0,632	0	0
Чрезмерность требования	1,27	0,884	0	0
Недостаточность требований	2,00	1,414	2	13,3
Чрезмерность запретов	1,53	0,743	0	0
Недостаточность запретов	2,40	1,056	7	46,6
Строгость санкций	0,53	0,743	0	0
Минимальность санкций	3,67	0,976	9	60
Неустойчивость стиля воспитания	0,33	0,617	0	0
Расширение сферы родительских чувств	3,07	1,870	1	6,6
Предпочтение детских качеств	1,33	0,976	0	0
Воспитательная неуверенность родителей	2,13	1,457	1	6,6
Фобия утраты ребенка	3,93	1,668	3	20
Неразвитость родительских чувств	1,13	1,302	0	0

Проекция нежелательных качеств	0,60	0,828	0	0
Вынесение конфликта в сферу воспитания	0,67	0,900	0	0
Предпочтение женских качеств	1,67	0,900	0	0
Предпочтение мужских качеств	0,87	0,915	0	0

Ни один из показателей не достиг диагностического значения, что может говорить о том, что в целом детско-родительские отношения в данной группе не имеют существенных нарушений.

Однако, у большинства обследованных существует тенденция к таким стилям семейного воспитания, как: гиперпротекция (66,6%), минимальность санкций (60%), недостаточность требований-запретов (46,6%).



**Рис. 4** Анализ средних значений по методике «Анализ семейных взаимоотношений».

Также можно сделать вывод, что для принявших участие в исследовании ухаживающих взрослых, не характерны такие нарушения семейного воспитания, как: гипопротекция, игнорирование потребностей, чрезмерность требований, чрезмерность запретов, строгость санкций, неустойчивость стиля воспитания.

Находясь рядом с больным ребёнком, близкие склонны к большой опеке над ним. Взрослые уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, и забота о нём на текущий момент стала центральным делом их

жизни. Также в связи с болезнью ребёнка взрослые особенно трепетно относятся к детям и предъявляют к ним мало требований, не наказывают, и дети привыкают к постоянному родительскому контролю, опеке, заботе, нередко даже чрезмерным. Дети, страдающие заболеваниями с высокой степенью витальной угрозы, в подавляющем большинстве случаев не могут не быть в центре родительского внимания, неудивительно, что родители прощают и разрешают им то, что, возможно, не разрешали бы здоровым детям.

Что касается психологических причин нарушений семейного воспитания, стоит отметить фобию утраты ребёнка (20%).

Чаще всего этот страх обоснован, но бывают случаи, когда по медицинским показаниям в данный период времени ребёнку не угрожает опасность, тем не менее, родительский страх может быть сильно выражен и отражается на воспитании и на детско-родительских отношениях в целом.

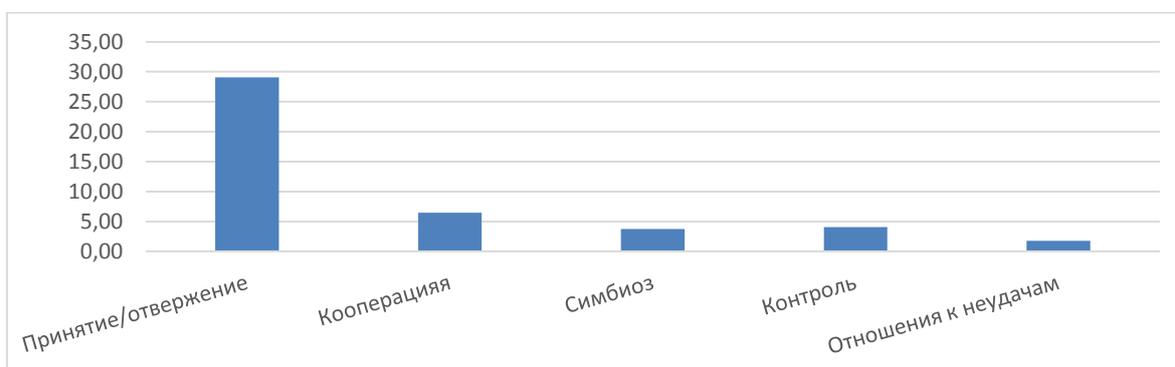
**Особенности родительского отношения при помощи Теста родительского отношения (Таблица 12, Рисунок 5).**

**Таблица 12.** Средние значения компонентов родительского отношения.

<b>Показатели</b>	<b>Среднее</b>	<b>Станд. откл.</b>
Принятие/отвержение	29,07	0,961
Кооперация	6,47	0,640
Симбиоз	3,73	0,884
Контроль	4,07	1,580
Отношения к неудачам	1,80	0,676

Результаты показывают, что у родителей наблюдается выраженное положительное отношение к ребёнку. Взрослый в данном случае принимает ребёнка таким, какой он есть, уважает и признаёт его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом. У родителей также наблюдается искренний интерес к тому, что волнует ребёнка, достаточно высокая оценка его способностей, стремление быть с ним на равных.

В то же время, наблюдается некоторая склонность к симбиозу и повышенному контролю. При этом неудачи ребенка родители считают случайными, верят в него.

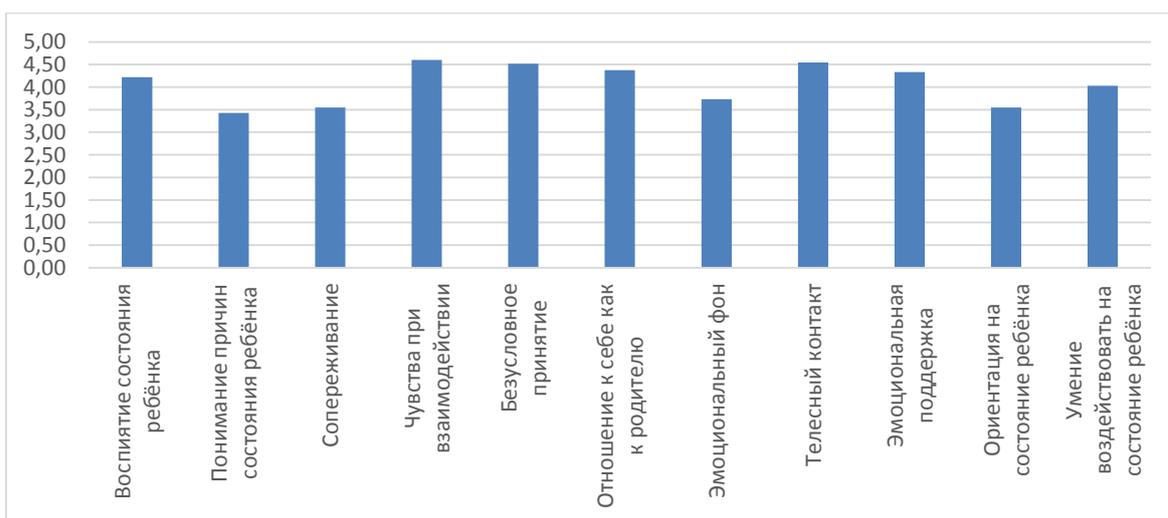


**Рис.5** Выраженность компонентов родительского отношения  
**Результаты по опроснику эмоциональных отношений в семье.**

**Таблица 13.** Выраженность компонентов эмоциональных отношений в семье.

Показатели	Среднее	Станд. откл.
Восприятие состояния ребёнка	4,22	0,262
Понимание причин состояния ребёнка	3,43	0,654
Сопереживание	3,55	0,456
Чувства при взаимодействии	4,60	0,378
Безусловное принятие	4,52	0,376
Отношение к себе как к родителю	4,37	0,523
Эмоциональный фон	3,73	1,234
Телесный контакт	4,55	0,366
Эмоциональная поддержка	4,33	0,398
Ориентация на состояние ребёнка	3,55	0,657
Умение воздействовать на состояние ребёнка	4,03	0,744

В целом все показатели отношения к ребёнку находятся на среднем уровне. Несколько сильнее выражены шкалы Чувства при взаимодействии, Безусловное принятие, Отношение к себе как к родителю. Ниже всего Понимание причин состояния ребёнка, Сопереживание, Ориентация на состояние ребёнка.



**Рис. 6** Выраженность компонентов эмоциональных отношений в семье

Можно сделать вывод о том, что детско-родительские отношения детей, проходящих лечение методом трансплантации костного мозга, являются достаточно благополучными и поддерживающими.

### **Анализ взаимосвязей исследуемых характеристик**

Исследовались взаимосвязи между психологическим состоянием детей и особенностями детско-родительских отношений в их семьях. Для этого проводился корреляционный анализ показателей самооценки по методике Дембо-Рубинштейн, а также показателей, полученных по методике «Несуществующее животное» с результатами диагностики особенностей детско-родительских отношений. Результаты диагностики уровня притязаний по методике Дембо-Рубинштейн были исключены из анализа, поскольку все дети по всем показателям поставили «100%», и эти данные корреляционному анализу не подлежат. По методике «Несуществующее животное» были получены 3 метрические шкалы: тревожность, агрессивность и самооценка, отражающие число соответствующих признаков на рисунке. Данные шкалы и были включены в корреляционный анализ.

### **При анализе были получены следующие результаты:**

1. Самооценка здоровья отрицательно коррелирует с гиперпротекцией ( $p \leq 0,05$ ) и положительно – с гипопротекцией ( $p \leq 0,05$ ). При этом она отрицательно коррелирует с показателями теста тревожности: эмоциональным дискомфортом (ситуативным ( $p \leq 0,01$ ) и личностным ( $p \leq 0,05$ )), оценкой перспективы ( $p \leq 0,05$ ), общим показателем ситуативной ( $p \leq 0,01$ ) и личностной ( $p \leq 0,05$ ) тревожности. Самооценка здоровья положительно связана со способностью родителя воспринимать состояние ребёнка ( $p \leq 0,01$ ).

Таким образом, самооценка детей своего здоровья тем выше, чем ниже показатели гиперпротекции и выше показатели гипопротекции у ухаживающего взрослого. Можно предположить, что чем больше взрослый беспокоится и тревожится о состоянии ребёнка, чем больше опекает его, тем больше ребёнок чувствует себя больным. Однако возможен и обратный вариант, чем хуже состояние здоровья ребёнка, тем больше взрослый проявляет повышенную опеку и контроль над ребёнком.

Также видно, что самооценка здоровья тем выше, чем ниже родительские показатели ситуативного и личностного эмоционального дискомфорта, тревожной оценки перспективы и общей ситуативной и личностной тревожностью. Как указывалось выше, тяжелое заболевание ребёнка оказывается крайне тяжёлым переживанием в психологическом плане для окружающих его близких. Чем больше выражена общая тревожность и такой компонент общей тревожности как эмоциональный дискомфорт, который выражает общий отрицательный эмоциональный фон, эмоциональное напряжение, неудовлетворенность жизнью, чем больше взрослые озабочены будущим в связи с болезнью ребёнка, тем больше это сказывается на оценке ребёнком состояния своего здоровья.

2. Самооценка своих умственных способностей отрицательно коррелирует с чрезмерными санкциями и положительно – с недостаточным уровнем санкций ( $p \leq 0,05$ ). Она также положительно связана с астенией при

ситуативной тревожности, со способностью родителей к сопереживанию, и отрицательно – с отношением к себе как к родителю ( $p \leq 0,05$ ), с эмоциональным фоном родителя ( $p \leq 0,01$ ) и умением воздействовать на состояние ребёнка ( $p \leq 0,05$ ).

Можно сделать вывод, что чем ниже дети оценивают свои умственные способности, тем выше родительские показатели по шкале чрезмерности санкций и ниже по шкале недостаточность санкций. Это указывает на то, что чем больше свободы взрослый предоставляет ребёнку, чем терпеливей относится к незначительным нарушениям поведения, тем больше ребёнок оценивает себя как умного, что выражается в способности самостоятельно действовать без боязни наказаний.

Далее прослеживается такая связь, что чем выше самооценка умственных способностей у детей, тем выше ситуационный астенический компонент тревожности у родителей, а также показатели способности к сопереживанию. Также, чем выше показатели родителей по шкалам принятие себя как родителя, положительного эмоционального фона взаимодействия и способности воздействовать на состояние ребёнка, тем ниже самооценка детьми своих умственных способностей. Полученные противоречивые данные свидетельствуют о возможных влияниях других факторов.

3. Самооценка способностей отрицательно коррелирует у детей с показателями гиперпротекции ( $p \leq 0,05$ ), фобией утраты ( $p \leq 0,01$ ), а также с интернальностью родителей ( $p \leq 0,01$ ).

То есть, чем выше показатели родителей по шкале фобия утраты, интернальности и гиперпротекции, тем ниже дети оценили свои способности. Можно сделать вывод, что чем больше родители боятся потерять ребёнка, опекают и делают всё за него, тем больше ребёнок ощущает себя как неспособного, неумелого.

4. Самооценка внешности положительно связана у детей с показателями гипопротекции ( $p \leq 0,05$ ), способностью родителей воспринимать состояние

ребёнка ( $p \leq 0,05$ ) и их склонностью к телесному контакту с ним ( $p \leq 0,05$ ), а отрицательно – с фобией утраты ( $p \leq 0,05$ ).

Это говорит о том, что чем лучше дети оценили свою внешность, тем выше гиперопека родителей, способность воспринимать состояние ребёнка, склонность к телесному контакту, и ниже родители оценили свой страх утраты ребёнка. Таким образом повышенное внимание взрослого, забота, восприимчивость к ребёнку способствуют принятию ребёнком своей внешности, часто подвергшейся изменениям вследствие болезни.

5. Уверенность в себе положительно коррелирует у детей с недостаточными запретами взрослых ( $p \leq 0,01$ ), их склонностью к симбиозу ( $p \leq 0,05$ ).

То есть чем больше выражена недостаточность запретов взрослых и их склонность к симбиозу, тем выше уверенность в себе у детей. Подобная связь схожа с логикой отрицательной корреляции между оценкой умственных способностей и чрезмерностью санкций. Чем меньше запретов в жизни ребёнка, тем более уверенным он себя чувствует. Однако также отмечается связь уверенности в себе и симбиоза, что вероятно, говорит о том, что уверенность ребёнка связана с такими отношениями с ухаживающим взрослым, где тот стремится быть ближе к ребёнку, удовлетворить все его потребности, а также оградить от неприятностей.

6. Самооценка авторитета и отношений со сверстниками отрицательно коррелирует с недостаточными требованиями ( $p \leq 0,05$ ) и запретами ( $p \leq 0,05$ ), с воспитательной неуверенностью родителей ( $p \leq 0,01$ ), их отношением к неудачам ( $p \leq 0,01$ ) и тревогой ( $p \leq 0,01$ ), а также со всеми показателями ситуативной тревожности ( $p \leq 0,01$ ), с оценкой перспективы, социальными реакциями защиты при личностной тревожности ( $p \leq 0,01$ ) и её общим показателем ( $p \leq 0,01$ ).

То есть чем хуже дети оценили свои отношения со сверстниками, тем выше недостаточность требований и запретов со стороны родителей, воспитательная неуверенность, тревога, ситуативная тревожность и

тревожная оценка перспективы, а также социальные реакции защиты. Социальные контакты ребёнка затрудняются из-за болезни, из-за запретов взрослых, которые боятся за его здоровья и стараются по возможности оградить ребёнка от походов туда, где можно подхватить инфекцию. Также ситуацию осложняет то, что и другие могут неадекватно реагировать на больного ребёнка, сторониться его из-за изменившейся внешности или из-за нежелания сталкиваться с тягостными переживаниями при виде таких детей, что только способствует стремлению взрослых ограничить социальный круг ребёнка, чтобы избежать переживаний самого ребёнка на этот счёт. Подобные установки естественным образом вызывают изменения во взаимоотношениях со сверстниками у детей не в лучшую сторону.

При этом авторитет у сверстников положительно коррелирует с уровнем контроля родителей ( $p \leq 0,05$ ), их чувствами при взаимодействии с ребёнком ( $p \leq 0,01$ ), их отношением к себе как к родителям ( $p \leq 0,05$ ), эмоциональным фоном ( $p \leq 0,01$ ) и умением воздействовать на состояние ребёнка ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, чем лучше дети оценили свои отношения со сверстниками, тем выше родители оценили собственный контроль, положительные чувства при взаимодействии с ребёнком, положительное отношение к себе как к родителю, положительный фон и умение воздействовать на состояние ребёнка.

**Далее исследовались взаимосвязи показателей, полученных по методике «Несуществующее животное» со шкалами детско-родительских отношений.**

Было установлено, что агрессивные импульсы детей отрицательно коррелируют с потворствованием родителей ( $p \leq 0,05$ ) и недостаточными запретами ( $p \leq 0,05$ ) с их стороны, при этом они положительно связаны с завышенными требованиями ( $p \leq 0,05$ ), расширением сферы родительских

чувств ( $p \leq 0,05$ ) и неразвитостью родительских чувств, а также с интернальностью родителей ( $p \leq 0,01$ ). В то же время агрессивные импульсы отрицательно коррелируют с безусловным принятием родителями ребёнка ( $p \leq 0,05$ ) и их стремлением к телесному контакту с ним ( $p \leq 0,05$ ).

То есть чем меньше знаков агрессивных импульсов в рисунке ребёнка, тем выше родительское потворствование и отсутствие запретов. Чем больше агрессивных импульсов отмечено в рисунке, тем выше родительские требования, неразвитость родительских чувств, интернальность, а также расширение родительских чувств. Также проявилась следующая взаимосвязь: чем ниже проявление агрессивных импульсов в рисунке, тем выше безусловное принятие ребёнка и стремление к телесному контакту с ним.

Ситуация болезни ребёнка оказывает на родителей очень большое влияние. Часто взрослым приходится оставлять всю свою личную и профессиональную жизнь, чтобы ухаживать за больным ребёнком. Нередко такая ситуация вызывает подавляемое раздражение родителей. В опроснике АСВ подобное явление отражает шкала неразвитости родительских чувств. Типичные высказывания таких родителей содержат жалобы на то, насколько утомительны родительские обязанности, сожаление, что эти обязанности отрывают их от чего-то более важного и интересного. Вместе с повышенными требованиями, неразвитостью родительских чувств, агрессивные импульсы также вызывает явление расширения родительских чувств.

Часто бывает, что из-за тяжёлой болезни ребёнка, тот родитель, который непосредственно ухаживает за ребёнком, входит в симбиотические отношения с ребёнком, а второй родитель оказывается как бы за кругом или его вообще нет. В подобной ситуации, в данном исследовании больше у матерей мальчиков, отмечалось неосознаваемое желание того, чтобы ребёнок удовлетворил потребности родителя, которые в обычной семье должны быть удовлетворены в психологических отношениях супругов, например потребность во взаимной исключительной привязанности. Скрываемое

недовольство родителей, чрезмерные требования, чаще всего связанные с процедурами и режимом дня, а также стремления реализовать свои потребности за счёт ребёнка вызывают как агрессию в самом ребёнке, так и неустойчивое положение с потребностью в защите.

Чем больше взрослый потворствует ребёнку в ситуации болезни, чем больше принимает его, тем более защищённым ребёнок чувствует себя, и может свободно выражать собственное недовольство или злобу.

Тревожность ребёнка положительно коррелирует с вынесением родителями конфликта между ними в сферу воспитания ( $p \leq 0,05$ ).

Это значит, что чем больше показателей тревожности отмечается в рисунке, тем выше показатели по шкале вынесение конфликтов супругов в сферу воспитания. Нередко случается, что в ситуации болезни родители, заботясь о ребёнке, играют разные роли в его воспитании, часто противоположные. Например, когда мама – строгая женщина, которая ругает за непослушание, водит на болезненные процедуры и заставляет соблюдать режим дня, папа – привозит новые игрушки, жалеет и всё прощает ребёнку. Нередко воспитание превращается в «поле битвы» конфликтующих родителей. Здесь они получают возможность наиболее открыто выражать недовольство друг другом, руководствуясь «заботой о благе ребенка». Подобная противоречивость воспитания вызывает у ребёнка, и так оказавшегося в травмирующих нестабильных обстоятельствах, чувство тревоги.

Самооценка отрицательно связана с повышенными запретами ( $p \leq 0,05$ ), склонностью родителей к симбиозу ( $p \leq 0,05$ ) и их эмоциональным дискомфортом ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, чем ниже показатели эмоционального дискомфорта родителей, повышенных запретов, склонности родителей к симбиозу, тем больше признаков адекватной самооценки было обнаружено в рисунке. Данная связь сходна с данными, полученными в методике Дембо-Рубинштейн, и указывает на то, что чем выше положительный

эмоциональный фон, меньше эмоционального напряжения и неудовлетворенность жизнью у взрослого, тем положительней это влияет на общую самооценку ребёнка.

Было установлено, что особенности детско-родительских взаимоотношений достаточно тесно связаны с личностными особенностями ребёнка и его психологическим состоянием. Тревожность родителей и различные её компоненты, чрезмерные запреты или требования, неразвитость родительских чувств или стремление включить ребёнка во взрослые проблемы тесно связаны с низкой самооценкой ребёнка в различных сферах и в целом, с высокой агрессивностью и тревожностью.

### **3.4 Обсуждение результатов**

Рассматривая результаты данного исследования, можно отметить, что самыми часто встречающимися являются такие разновидности нарушений семейного воспитания, как: гиперпротекция (66,6%), минимальность санкций (60%), недостаточность требований-запретов (46,6%), что отражает ситуацию тяжёлой болезни ребёнка, где ухаживающие взрослые всячески опекают, заботятся, тратят всё своё время и силы на уход за ребёнком и его лечение. Дети, страдающие заболеванием с высокой витальной угрозой, естественно находятся в центре внимания и заботы родителей и близких, которые прощают и разрешают им многое.

Существует мнение, что стиль воспитания «доминирующая гиперпротекция» является комфортным для детей с ОЛЛ, поскольку наличие обязанностей, запретов и санкций позволяет им чувствовать, что они ничем не отличаются от здоровых детей. Тогда как потворствующая гиперпротекция приводит к повышению уровня тревоги у детей, низкому уровню самоконтроля и социальной адаптации (Равич-Щербо, 2003).

Из-за серьёзности заболевания, отмечается фобия утраты ребёнка (20%), что оказывает влияние как на психологическое состояние

ухаживающего взрослого, так и на детско-родительские отношения, а следовательно и на ребёнка.

Гиперпротекция в сочетании с минимальностью санкций часто приводит к тому, что дети привыкают к особому отношению к себе и начинают «пользоваться» своей болезнью (устраивать истерики по любому поводу, требовать от родителей осуществления всех желаний). Нередко родители, идущие «на поводу» у ребёнка, нарушают больничный режим, что в свою очередь приводит к ухудшению состояния детей.

Фобия утраты ребёнка в данном случае носит закономерный характер, поскольку источником этой психологической причины воспитания являются тяжёлые длительные заболевания ребёнка (Эйдемиллер, 2005). С одной стороны, этот страх способствует тому, что мама будет прислушиваться к каждому пожеланию своего ребёнка и пытаться его выполнить (следствием этого, скорее всего, станет потворствующая гиперпротекция), с другой стороны, он может спровоцировать мелочную опеку и стать причиной доминирующей гиперпротекции.

Также в рамках выборки были установлены сходные показатели ситуативной и личностной тревожности у родителей, однако наблюдалось преобладание астении при ситуативной тревожности. Высокое эмоциональное напряжение взрослого, сопровождающее весь процесс от постановки диагноза до последующего лечения, усталость, повышенное утомление, расстройства сна способствует развитию астении на фоне общей тревожности. Также выраженными оказались такие компоненты тревожности как эмоциональный дискомфорт и негативная оценка перспективы, что говорит об отрицательном эмоциональном фоне, общей эмоциональной напряжённостью и страхами будущего. Вероятно, тревожность взрослых во многом обусловлена не столько изначальными личностными особенностями матерей, сколько сложившейся психотравмирующей ситуацией.

Далее по опроснику родительского отношения результаты показывают, что у родителей наблюдается положительное отношение к ребёнку.

Взрослый в данном случае принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы и проводит с ним много времени. У родителей также наблюдается достаточно высокая оценка способностей ребёнка.

В то же время, наблюдается некоторая склонность к симбиозу и повышенному контролю. При этом неудачи ребенка родители считают случайными, верят в него.

Рассматривая результаты методики Дембо-Рубинштейн для детей было установлено, что выше всего у детей выражена самооценка своего характера и способностей, а также уверенности в себе. Далее идёт оценка ума и авторитета у сверстников. Ниже всего в данной выборке оценка внешности и здоровья.

При корреляционном анализе были установлены следующие взаимосвязи. Высокая самооценка здоровья отрицательно коррелирует с гиперпротекцией ухаживающего взрослого, а также с показателями теста тревожности для взрослых, что говорит о том, что чем больше взрослый переживает за жизнь и здоровье своего ребёнка и чем явственней окружает его порой чрезмерной опекой и контролем, тем более больным ощущает себя ребёнок.

Также была установлена отрицательная взаимосвязь между самооценкой умственных способностей и уверенности в себе у детей с одной стороны и чрезмерными санкциями и запретами с другой.

Чем выше показатели родителей по шкале фобия утраты и гиперпротекции, тем ниже дети оценили свои способности, из чего можно сделать вывод, что чем больше родители боятся потерять ребёнка, из-за чего опекают и делают всё за него, тем больше ребёнок ощущает себя как неспособного.

По результатам корреляционного анализа также удалось установить, что чем выше показатели родителей по шкале фобия утраты и гиперпротекции, тем ниже дети оценили свои способности. Можно сделать

вывод, что чем больше родители боятся потерять ребёнка, из-за чего окружают его повышенным вниманием и контролем, тем больше ребёнок ощущает отсутствие у себя способностей и чувствует себя неумелым.

В проективной методике «несуществующее животное» можно заметить наличие внутренних переживаний и тревоги у детей, проходящих лечение. Выражается потребность в защите со стороны близких людей. Самооценка в целом средняя, однако наблюдается тенденция к её снижению.

Проявились общие черты, которые соответствуют большинству пациентов данного исследования: нерешительность, боязнь активных действий, нацеленность в прошлое и настороженность по отношению к настоящему, эгоцентризм.

При анализе корреляции проявилась следующая взаимосвязь: чем меньше знаков агрессивных импульсов в рисунке ребёнка, тем выше родительское потворствование и отсутствие запретов, а также безусловное принятие ребёнка. Чем больше агрессивных импульсов отмечено в рисунке, тем выше родительские требования, неразвитость и расширение родительских чувств.

Также в ходе исследования был сделан вывод о том, что чем больше показателей тревожности отмечается в рисунке, тем выше показатели по шкале вынесение конфликтов супругов в сферу воспитания.

Исследование взаимосвязи показателей детской самооценки показало, что чем ниже показатели эмоционального дискомфорта родителей, повышенных запретов, склонности родителей к симбиозу, тем больше признаков адекватной самооценки обнаружено в рисунке. Данная связь указывает на то, что чем выше положительный эмоциональный фон, меньше эмоционального напряжения и неудовлетворенность жизнью у взрослого, тем положительней это влияет на общую самооценку ребёнка.

Таким образом, мы можем говорить о тесной взаимосвязи между психологическим состоянием ребёнка и личными особенностями ухаживающих взрослых, а также их взаимоотношениями.

## ВЫВОДЫ

1. На основании результатов проведённого исследования можно сделать вывод о том, что психологическое состояние детей характеризуется высокой и средней выраженностью тревожности, нерешительностью, интровертированности, потребностью в защите, настороженностью по отношению к настоящему, а также сниженной самооценкой. Анализ проективной методики также обнаружил наличие агрессивных импульсов, потребности в защите и сниженной самооценки. Всё это говорит о том, что ситуация болезни оказывает большое влияние на внутренние переживания ребёнка.

2. У ухаживающих взрослых отмечается высокий уровень астении при ситуативной тревожности, а также ситуативный эмоциональный дискомфорт и ситуативная негативная оценка перспективы. Ситуация, в которой оказываются родители и близкие ребёнка, сопряжена с высоким эмоциональным напряжением, а также со снижением физиологического и психологического ресурса, что приводит к астенизации взрослых и общей неудовлетворённости жизнью.

3. Анализ отношения ухаживающих взрослых к болезни ребёнка показал высокую выраженность экстернальности, гипернозогнозии, а также общей тревоги. Общая оценка болезни представляется как тяжёлая беда, пришедшая извне, угрожающая жизни маленькому ребёнку.

4. Наиболее часто встречаются такие стили семейного воспитания как гиперпротекция, недостаточность требований-запретов, минимальность санкций. Дети, страдающие заболеванием с высокой витальной угрозой, находятся в центре внимания и контроля родителей, и близких, которые прощают и разрешают им многое.

5. В связи с тяжёлой болезнью и возможностью утраты, воспитательная функция детско-родительского взаимодействия отходит на второй план, а на первый план выходит эмоциональная составляющая.

Наиболее выражены безусловное принятие ребёнка, а также положительные чувства при взаимодействии с ним. Родители в большей степени проявляют сострадание и сопереживание ребёнку.

6. Особенности поведения и эмоциональных реакций родителей и близких в ситуации болезни ребёнка значительно влияют на восприятие ребёнком себя. Так самооценка здоровья у ребёнка зависит от гиперпротекции ухаживающего взрослого, а также от его эмоционального дискомфорта и негативной оценки перспективы при общей тревожности. Также с гиперпротекцией оказалась связана самооценка ребёнком своих способностей. При самооценке умственных способностей и уверенности в себе значимыми оказались такие стили семейного воспитания, как недостаточность запретов и минимальность санкций.

7. Установлено, что наличие агрессивных импульсов напрямую связано с повышенными требованиями к ребёнку, неразвитостью и расширением сферы родительских чувств. Обратная связь была установлена с потворствованием, отсутствием запретов и безусловным принятием ребёнка. Вынесение конфликтов супругов в сферу воспитания существенно влияет на степень выраженности тревожности ребёнка. Анализ взаимосвязи самооценки ребёнка по рисунку показал наличие обратной связи с негативным эмоциональным фоном ухаживающего взрослого.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе проанализированы психологические особенности ребёнка, а также особенности детско-родительских отношений, обнаружены их взаимосвязи.

Актуальность данной работы обусловлена тем, что одним из важных факторов эффективности лечебно-реабилитационного процесса является включение в этот процесс родителей и других значимых родственников больного ребёнка. Можно предположить, что, в свою очередь, одним из факторов успешности такого включения могут являться установки родителей как на болезнь вообще, так и на болезнь ребёнка в частности, родительское отношение к больному ребёнку, стили семейной педагогики и детско-родительского взаимодействия, эмоциональное состояние родителей.

Проведенное исследование позволило подтвердить выдвинутую гипотезу о наличии взаимосвязи между детско-родительскими отношениями и психологическим состоянием ребёнка. Действительно, такие стили семейного воспитания как гиперпротекция, недостаточность запретов, минимальность санкций, а также неразвитость родительских чувств, расширение сферы родительских чувств, фобия утраты, вынесение конфликтов супругов в сферу воспитания влияют на самооценку ребёнка, его тревожное состояние, внутреннюю агрессию. Было также обнаружено, что эмоциональное состояние самого взрослого существенно влияет на психологическое состояние ребёнка, а именно повышение эмоционального дискомфорта в структуре тревожности оказывает влияние на самооценку ребёнка, способствует интровертированности и закрытости ребёнка. Наоборот, принятие ребёнка, кооперация, сопереживание ему оказывают положительное действие на состояние ребёнка, снижают внутреннюю агрессию, способствуют повышению самооценки ребёнка.

Практическая ценность данной работы заключается в возможности применить полученные знания при оказании психологической помощи

детям, а также их близким, оказывающими непосредственное влияние на ребёнка в процессе лечения. В связи с этим представляется важным в дальнейших работах исследовать семейную систему в целом.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Баканова А.А., Королева Т.Ю. Психологическая помощь детям с онкологическими заболеваниями. // Методическое пособие.- 2006.- С. 5-13
2. Бялик М.А. Методологические подходы к организации паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям. Автореф. канд. дисс. Москва, 2000
3. Бердникова Ю. Мир ребёнка. Развитие психики, страхи, социальная адаптация, интерпретация детского рисунка: Издательство наука и техника, 2007. –С. 132-149
4. Бороздина Л.В., Видинска Л. Притязания и самооценка. // Вестник МГУ, серия «Психология». 1986, № 3, с. 21-30.
5. Братусь Б.С. Смерть и смысл жизни // Умирание и смерть: философия, психология, хоспис / Ин-т философии РАН, ин-т Человека РАН, Российское благотворительное общество "Хоспис". М., 1994. - С.59-64.
6. Варга А. Я. Основные направления современной психотерапии – М.: Когито-центр, 2000. 379 р.
7. Василюк Ф.Е. Психология горя и утешения // Умирание и смерть: философия, психология, хоспис / Ин-т философии РАН, ин-т Человека РАН, Российское благотворительное общество "Хоспис". М., 1994. - С.64-70.
8. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М., 2004.- 240 с.
9. Вегнер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Владос Пресс, 2006.-С. 3-91
10. Выготский Л.С. Основы дефектологии. - СПб.: Лань, 2003. - 654 с.
11. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.
12. Вял и к М.А., Шульгина Л.М. Обсуждая с детьми тему смерти. // Социальные и психологические проблемы детской онкологии. Материалы

Всероссийской конференции с международным участием. Москва, 4-6 июня, 1997 г.-М., 1997.-С. 169-172

13. Глорион Ф. Понимание болезни и смерти ребенком. // Российско-Французский семинар по психологическим аспектам помощи детям с заболеваниями с возможным легальным исходом. М., 1999. - С. 14-16. - Выступление.

14. Гнездилов А.В. Есть ли качество жизни у обманутого ребенка? // Социальные и психологические проблемы детской онкологии. Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Москва, 4-6 июня, 1997 г.-М., 1997.-С. 162-164.

15. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь: Издательство Речь, 2004.- С. 97-105

16. Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л. Медицина, Ленинградское отделение, 1976.

17. Добряков И.В., Защеринская О.В. Психология семьи и больной ребёнок. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.

18. Донская Л.В., Чулкова В.А., Шиповников Н.Б. Роль и задачи психолога в обследовании и лечении онкологических больных. Вопросы онкологии, 1986. – Т.32. - №10 С. 90-98

19. Закрепина А.В. Коррекционное обучение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой в условиях стационарной реабилитации: Дисс. ... канд. психол. наук. 2014.

20. Заридзе Д. Г. Эпидемиология детских лейкозов. М.: Медицина, 1997.

21. Здравомыслова Е., Белозерова Ю. Детский лейкоз как социальный диагноз//В сб. «Гендерное устройство: социальные институты и практики»/ под ред. Черновой Ж.В.– СПб.: Изд-во Европ. ун-та в С.-Петербурге, 2005. – С.71 – 99

22. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000
23. Исаев Д. Н., Шац И. К. ВКБ у детей с ОЛЛ // Педиатрия. 1985. №7. С.42–46.
24. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 74-75.
25. Киреева И.П. «Педиатру-онкологу: О проблемах общения с родителями онкологически больных детей», М.,1994.- 50 с.
26. Киреева И.П. Педиатру-онкологу: что необходимо знать о психике онкологически больного ребенка / Независимая ассоциация детских психиатров и психологов. М.,. 1996. - 53 с.
27. Киреева И.П. Психосоциальные аспекты детской онкологии // Социальные и психологические проблемы детской онкологии. Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Москва, 4-6 июня 1997 г. М., 1997. - С. 94-97.
28. Киян И.Г. Личностные особенности детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом. Канд. дисс. Москва, 2003
29. Климова С.В., Микаэлян Л.Л., Фарих Е.Н., Фисун Е.В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями. Журнал практической психологии №1, 2013
30. Клипинина Н.В., Хаин А.Е., Кудрявицкий А.Н. Проблема информирования о заболевании и лечении пациентов и их родителей/семей в детской онкологии/гематологии. Консультативная психология и психотерапия, 2014, № 1
31. Кременс Б. Что такое лейкемия? Книга для детей и родителей. Мюнстер, 1988.-63 с.
32. Кудрявцева С.В. Защита по-детски. // Без проблем. 1995, № 1, с.13-16.
33. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании: София, 2001.- 320с.

34. Малчиоди К. Постигание детского рисунка: Институт общегуманитарных исследований, 2004.- С. 6-8
35. Моисеенко Е.И. Социальный портрет семей, имеющих детей в терминальной стадии онкологического заболевания // Паллиативная медицина и реабилитация. 1998. - № 2-3. - С. 169.
36. Музыченко Г.Ф. Проективная методика «Несуществующее животное». Руководство и результаты психодиагностического исследования взрослых пациентов с различными расстройствами эмоционально-личностной сферы. — СПб.: Речь, 2013. — 556 с.
37. Непомнящая Н. И. О психологическом аспекте онкологических заболеваний // Психол. журн. 1998. Т.19. № 4. С.135–145.
38. Николаева В. В., Арина Г. А. Тяжело больной ребенок, штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья. М., 1994. Т.2. № 2. С.86–95.
39. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей: С-Пб.: Издательство Речь, 2001,-С. 38-260
40. Основы психологии семьи и семейного консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/Под общ. ред. Н.Н. Посысоева.- М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 328 с.
41. Писаренко Н.А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии// Российский Вестник перинатологии и педиатрии. 1998. №3. с.35-43
42. Потемкина О.Ф., Потемкина Е.В. Психологический анализ рисунка и текста: Издательство Речь, 2006.– С. 1-18
43. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях / Н. А. Русина // Мир психологии: Научно-методический журнал / Академия пед. и соц. наук. 2002. № 4, – с. 152-160
44. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб: Питер, 2001 — 288 с.
45. Силласте Г.Г. Социальная адаптация семей с онкологически больными детьми// Социологические исследования.1997. № 1.С. 56-64.

46. Скоробогатова Е.В., Балашов Д.Н, Трахтман П.Е. и др. Итоги двадцатилетнего опыта трансплантации гемопоэтических стволовых клеток у детей // Педиатрия. 2011. Том 90, № 4. С. 12—16.
47. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: «SvR Аргус», 1995. 352 с.
48. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций// Семья и формирование личности. Сборник научных трудов/ Под.ред.А.А. Бодалева. Москва, 1981
49. Столин В. В. Семья как объект психологической диагностики и неврачебной терапии // Семья и формирование личности / Под ред. А. А.Бодалева. М., 1981.
50. Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б. Психоземotionalное состояние подростков и молодежи, перенесших тяжелую травму спинного мозга, на различных этапах реабилитации // Консультативная психология и психотерапия. 2014, № 3. С. 43—65.
51. Тхостов А.Ш. Осознание заболевания у онкологических больных. // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1984, с.1839-1884.
52. Тхостов А.Ш. Психология телесности.- М.: Смысл, 2002. 287 с.
53. Урядницкая Н.А. Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией. Канд. дисс. Москва, 1998
54. Урядницкая Н.А., Бялик М.А., Моисеенко Е.И., Николаева В.В. Роль родителей в психологической адаптации детей с онкопатологией // Вопросы онкологии. 1997. Том 43, № 4
55. Хаин А.Е. Психологические аспекты трансплантации гомеопатических клеток (ТГСК) у детей. Консультативная психология и психотерапия 2015 №1
56. Хаин А.Е., Клипинина Н.В., Никольская Н.С., Орлов А.Б., Евдокимова М.А., Стефаненко Е.А., Кудрявицкий А.Р. Опыт создания и

работы психологической службы в детской гематологии/онкологии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1. С. 106—126.

57. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств// Социальная и клиническая психиатрия. 2002, № 3. С. 97—105.

58. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Душевный мир онкологического больного // Вопросы онкологии, 2010. – N 1. – С.83-87.

59. Шаповаленко И.В, Миронова Т.Б. Тяжелое заболевание ребенка: горестные переживания. // Антология тяжелых переживаний: Социально-психологическая помощь: сб. статей / Под ред. О.В Красновой М.: М111У; Обнинск: Принтер, 2002

60. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка, Речь, 2010 г. – 102с.

61. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2007. – 352 с.

62. Яньшин П.В. Клиническая психодиагностика личности. – СПб.: Речь, 2007

63. Erin M. Rodriguez, Madeleine J. Dunn and oth. Cancer-related sources of stress for children with cancer and their parents. // Journal of Pediatric Psychology 37(2) pp. 185–197, 2012.

64. Kubler-Ross E. A Letter to a child with cancer from Elisabeth Kubler-Ross. // Elisabeth Kubler-Ross Center, USA, 1981/ -16 p.

65. Maguire P. and Faulkner A. Communicating With Cancer Patients: I. Handling Bad News And Difficult Questions // Death, Dying And Bereavement. London: SAGE Publications, 1994.

66. Masera G. et al. Guidelines for communication of the diagnosis European school of oncology advisory report to The European Commission for The "Europe against cancer" programme // Medical and Pediatric Oncology -1996. Vol.27, №1-2. - P. 13-19.

67. Nir Y. Post-Traumatic Stress Disorder in Children with Cancer // Post-Traumatic Stress Disorder in Children / Edited by Spencer Eth, Robert S. Pymos. -Washington, 1986.- P. 120-132.
68. Reoch R. Dying Well: A Holistic Guide For The Dying And Their Carers. Gaia Books Limited, 1997
69. Sawyer M. et al. Childhood cancer: A 4-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents // J. Pediatric Hematology/Oncology. May-June 2000. N22(3). P.214–220.
70. Seligman M. The Family with a Handicapped Child: Understanding and Treatment. Grune & Stratton, 1980
71. VrijmoetWiersma C.M.J., Egeler R.M., Koopman H.M., Lindahl A.N., Grootenhuis M.A. Parental stress before, during and after pediatric stem cell transplantation: a review article // Support Care Cancer. 2009. P. 1435—1443.
72. Wells R. Helping Children Cope with Grief. Facing a death in the family. -London, 1988. 104 p.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение А

### Случай 1

Испытуемые А. 42 года и М. 7 лет (диагноз- ОЛЛ, рецидив, срок болезни 4 года)

На контакт А. пошёл неохотно, выразил недоверие по отношению к психологам. На вопросы о болезни ребёнка отвечал точно, вспоминал все этапы лечения по годам и месяцам.

Семейная ситуация: М. единственный ребёнок в семье. А. женат во второй раз. Оба родителя работают. А. в Санкт-Петербурге без жены, она осталась в родном городе.

О болезни М. знает. Медицинские процедуры стойко переносит, но бывает, что плачет. Тогда А. разговаривает с М., объясняет зачем нужны те или иные процедуры и М. успокаивается.

Раннее развитие протекало в норме. Беременность плановая, осложнений не было. С 2 лет 9 мес. ходил в детский сад. Первую неделю плакал без остановки, но потом успокоился. В течение двухлетней ремиссии родители М. старались приучать его к порядку. А. отмечает, что М. слушается его. Особенно гордо говорит о том, что даже когда М. играет в компьютер, а А. его зовёт, М. бросает своё занятие и идёт к отцу.

В школу М. не успел пойти, сейчас его учит отец на дому. А. гордится тем, что в свои 7 лет М. знает все правила дорожного движения.

В целом во время беседы складывается впечатление об А., как о человеке с жёстким характером, а стиль взаимоотношений с ребёнком похож на доминирующую гиперпротекцию.

#### Результаты экспериментально-психологического исследования:

ДОБР: Анализ методики диагностики отношения к болезни ребёнка выявил высокие показатели экстернальности по отношению к болезни. Причины

болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять. Шкала тревоги находится в крайнем нулевом значении. Это расходится с конвенциональными стереотипами отношения к болезни детей и указывает чаще всего на вытеснение тревоги. Низкие показатели по шкале контроля активности показывают тенденцию недооценки соблюдения необходимых ограничений активности соответственно. Средние показатели по шкале нозогнозии демонстрируют адекватность понимания тяжести болезни ребёнка.

АСВ:



Отмечаются высокие показатели гиперпротекции и недостаточность требований-запретов к ребёнку. В этом случае ребёнку "все можно". Даже если и существуют какие-либо запреты, ребёнок легко их нарушает, зная, что с него никто не спросит. При гиперпротекции родители уделяют ребёнку крайне много времени, сил и внимания, и воспитание его стало центральным делом их жизни.

ОРО: Анализ методики родительского отношения показал высокие баллы по шкале принятие—отвержение, которые говорят о том, что у испытуемого

выражено положительное отношение к ребенку. Взрослый принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом. Средние, ближе к высоким, баллы по шкале кооперация - признак того, что взрослый проявляет искренний интерес к тому, что волнует ребенка, высоко оценивает способности ребенка, поощряет самостоятельность и инициативу, старается быть на равных с ребенком. Средние баллы по шкале симбиоз позволяют сделать вывод о том, что взрослый устанавливает психологическую дистанцию между собой и ребенком, но при этом старается удовлетворять его основные разумные потребности. Высокие баллы по шкале контроль показывают, что взрослый ведет себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая строгие дисциплинарные рамки. Почти во всем он навязывает ребенку свою волю. Низкие баллы по шкале отношение к неудачам свидетельствуют о том, что неудачи ребенка взрослый считает случайными и верит в него.

ОДРЭВ: все шкалы достигают критериальных значений, однако близки к нижней границе нормы: понимание причин состояния, способность воспринимать состояние ребёнка, эмпатия.

ИТТ: Общая тревожность соответствует высокому уровню тревожности. Структура тревожности: шкала ЭД(эмоциональный дискомфорт) соответствует высокому уровню и напрямую или косвенно связана с наличием эмоциональных расстройств, сниженным эмоциональным фоном или неудовлетворенностью жизненной ситуацией. Шкала ОП (оценка перспективы) оценивает проекцию страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Если шкалу ЭД можно рассматривать как неспецифическую, фоновую, то шкала ОП собственно и представляет тревогу-тревожность в ее специфике.

Интересным представляется несовпадение сферы контроля-активности в разных методиках. В методиках ДОБР и АСВ контроль активности и наличие запретов-требований отразились как низкие, тогда как в методике ОРО соответствующая шкала имеет очень высокие показатели. Качественно анализируя ответы на вопросы в АСВ, испытуемый согласился со следующими утверждениями, подтверждающие шкалу «3-»

- Мой сын сам решает с кем играть
- Мой ребёнок сам решает сколько, чего и когда ему есть
- Если мой ребёнок не спит, когда ему положено, я не настаиваю

Но не согласился со следующими:

- Мой сын легко нарушает запреты
- В нашей семье так принято, что ребёнок делает, что хочет

Как видно, запретов не касается сфера потребностей ребёнка, однако общий контроль выражен достаточно ярко.

Анализируя ответы в методике ДОБР, можно сделать вывод о том, что испытуемый не столько контролирует активность ребёнка, сколько наоборот не терпит никакого снисходительного отношения к ребёнку из-за его болезни, что может свидетельствовать о вытесняемой испытуемым тревоги. Раз мой ребёнок делает всё наравне со здоровыми детьми, значит он в порядке.

- Правильно поступают те, кто ничего не требует от больного ребёнка (не согласен)
- Болезнь – это не повод для ничегонеделания и праздности ребёнка (согласен)
- Когда ребёнок болен, я стараюсь любой ценой избавить его от всяких усилий (не согласен).
- Из-за болезни ребёнок не должен забрасывать учёбу (согласен)
- Ребёнок в отличие от взрослого не может активно бороться с болезнью (не

согласен)

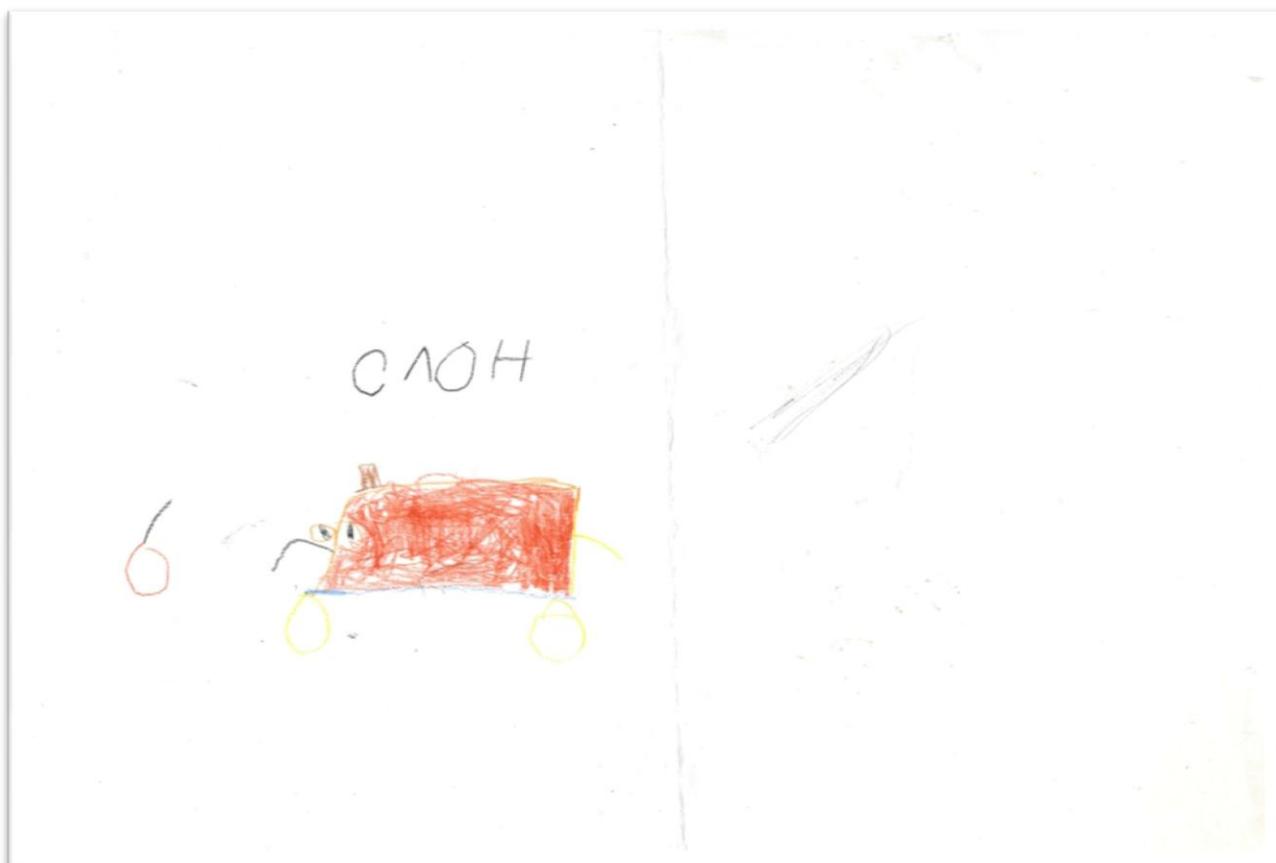
- Есть обязанности от которых ребёнок не освобождается и во время болезни (согласен)

- Лишать больного ребёнка посильных для него дел – значит делать его ещё более больным (согласен)

- За редкими исключениями абсолютный покой во время болезни больше вредит ребёнку, чем помогает (согласен)

Анализ же ответов методики ОРО наглядно демонстрирует жёсткий контроль во взаимоотношениях с ребёнком. Испытуемый согласился со всеми утверждениями шкалы «Контроль». Особенно яркие утверждения: «Я считаю своим долгом знать всё, что думает мой ребёнок», «Ребёнка следует держать в жёстких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек»,

Анализ проективной методики «Рисунок несуществующего животного»



Название своему несуществующему животному М. дал «Слономашина». На рисунке хорошо видно, что животное занимает левое нижнее положение и обращено влево, что в совокупности говорит о неудовлетворенности собой, неуверенности, подавленности, нерешительности, отсутствии тенденции к самоутверждению, устремленности в прошлое, интровертированности, выраженном чувстве вины, застенчивости. Обследуемые, у которых проявилась данная характеристика, практически всегда уходили от конфликтных ситуаций.

Неустойчивость животного (оно держится словно на двух мячиках, которые вот-вот разъедутся), его опоры практически не видно из-за очень светлого цвета, штриховка с нажатием в заполнении пространства животного всё это говорит о неуверенном, тревожном состоянии животного, а значит и ребёнка.

На вопросы о животном М. отвечал односложно, при попытке расспросить подробнее замыкался и умолкал. Живёт «Слономашина» в пустыне Африки, ест одни ягоды. На вопрос какого размера животное М. ответил: «выше облаков», что никак не соответствует рисунку. Возможно М. хотел бы, чтобы его животное было большим, что, вероятно, говорит об уровне притязаний, однако в реальности оно маленькое и грустное. Врагов «Слономашина» не имеет, семьи тоже, однако у него есть друзья другие слоны. Ни с кем другим «Слономашина» не общается, только со слонами.

#### Методика Дембо-Рубинштейн

Уровень притязаний по всем шкалам соответствует оценке 100. Можно сказать, что М. представляет себя как больного, глупого, неспособного ребёнка, что находит отражение в рисунке. Однако М. считает, что у него хороший характер.

#### Психологическое заключение

По всей видимости гиперопека и жёсткий контроль со стороны отца отрицательно сказывается на психологическом состоянии ребёнка. Сам отец,

переживая большой эмоциональный стресс на фоне рецидива заболевания ребёнка, ощущает сильную тревогу и страх перед будущим. Подобное состояние отца скорее всего находит отражение в эмоциональном состоянии ребёнка, так как дети учатся по модели значимого взрослого реакции на сложную жизненную ситуацию.

## Приложение Б

### Случай 2

Испытуемые И. 43 года и М. 9 лет (диагноз – лимфома Ходжкина, срок болезни 1.5 года)

На контакт И. пошла легко и заинтересовалась исследованием. На вопросы о болезни ребёнка отвечала точно, вспоминала этапы лечения. Сын болеет 1,5 года. Обнаружили заболевание в типичной ситуации осложнения после простуды, увеличился лимфоузел. Первый этап лечения проходил в Алмате, где М. получал химиотерапия, откуда И. с М. приехали в Санкт-Петербург на трансплантацию костного мозга, которая успешно прошла в декабре 2017 года. На момент проведения исследования М. проходил плановое обследование.

Семейная ситуация: муж И. остался в родном городе, работает. У М. есть старший брат 23 лет, женат, живёт отдельно.

О болезни М. всё знает, но по словам И. вряд ли осознает серьёзность угрозы жизни.

Раннее развитие проходило без осложнений. В детский сад М. пошёл в 3 года, поначалу не нравилось, но трудностей не возникало. До болезни М. успел отучиться в школе 1,5 года. И. подчёркивает увлечённость М. рисованием. Гордится работами сына. Улыбаясь, рассказывала о том, как вместе с М. посылали работы на различные городские конкурсы.

В целом в течение разговора И. очень положительно говорила о М., выражала заботу о сыне.

#### Результаты экспериментально-психологического исследования:

ДОБР: Анализ методики диагностики отношения к болезни ребёнка выявил средние значения о шкале интегральности с тенденцией к увеличению, что демонстрирует склонность воспринимать причины болезни как нечто не зависящее от родителей, то, что они не могут контролировать и чем не

могут управлять. Значения по шкале тревоги находятся в пределах средних значений. Умеренное отрицание тревоги характеризует относительно нейтральное отношение к болезни ребенка. Средние показатели по шкале нозогнозии демонстрируют адекватность понимания тяжести болезни ребёнка. Средние значения по шкале контроля активности с тенденцией к уменьшению отражают некоторую недооценку соблюдения необходимых ограничений активности.

ОРО: Анализ методики родительского отношения показал высокие баллы по шкале принятие—отвержение, которые говорят о том, что у испытуемого выражено положительное отношение к ребенку. Взрослый принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом. Высокие баллы по шкале кооперация отражают признак того, что взрослый проявляет искренний интерес к тому, что интересует ребенка, высоко оценивает способности ребенка, поощряет самостоятельность и инициативу, старается быть на равных с ребенком. Средние баллы, ближе к низким, по шкале симбиоз позволяют сделать вывод о том, что взрослый склонен устанавливать психологическую дистанцию между собой и ребенком. Средние баллы, ближе к высоким, по шкале контроль, показывают, что задавая дисциплинарные рамки, взрослый оставляет какую-то свободу действий для ребёнка. Низкие баллы по шкале отношение к неудачам ребёнка свидетельствуют о том, что неудачи ребенка взрослый считает случайными и верит в него.

АСВ:



Отмечаются высокие показатели гиперпротекции. При гиперпротекции родители уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, и воспитание его стало центральным делом их жизни. Также повышенной оказалась шкала минимальности санкций. Такие родители предпочитают обходиться либо вовсе без наказаний, либо применяют их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результативности любых наказаний. Вместе с этим по шкале фобия утраты ребёнка выявлены высокие показатели, т.е. отношение родителя к ребенку формировалось под воздействием страха утраты его. Этот страх заставляет тревожно прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их.

ОДРЭВ: все шкалы находятся выше критериальных значений.

ИТТ: Общая тревожность соответствует низкому уровню тревожности. Структура тревожности: все шкалы находятся в пределах средних значений, однако на общем уровне выделяется шкала АСТ, значения которой близки к верхней границе нормы, что может свидетельствовать о преобладании в

структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

Анализ проективной методики «Рисунок несуществующего животного»



Название своему несуществующему животному М. дал «Золотозавр». Он живёт в поле, которое охраняет. Мечтает долететь до Солнца, чтобы появились новые поля, потому что старые «поднаедают», а ещё Золотозавр хочет жить бесконечно. Целыми днями Золотозавр гуляет и плавает. Иногда сворачивается клубочком и спит под деревом. У него есть друзья такие же как он, но никто не любит играть с Золотозавром. Его многие боятся и не решаются подойти.

Само животное расположено в левой части листа и смотрит в ту же сторону, что говорит об интровертированности, застенчивости, устремленности в прошлое и мир фантазий. Опора животного не слишком

устойчива, не видно пары ног.

Несмотря на выраженность агрессивных импульсов в виде зубов и зазубрин на спине, животное не вызывает страха и не выглядит нападающим. Зазубрины имеют несколько округлую форму, как и кончик хвоста, устремлённый вверх, который, вероятно, отражает оптимистичность, дружелюбность, легкий характер и положительную самооценку. Наличие зазубрин на спине скорее всего говорит о потребности в защите.

Само животное находится как бы в укрытии, которое состоит из кустов и деревьев. Вероятнее всего это отражает испытываемое ребенком чувство защищённости, создаваемое находящейся рядом мамой.

#### Методика Дембо-Рубинштейн

Значения по шкалам отражают адекватный уровень самооценки.

Уровень притязаний соответствует оценке 100.

#### Психологическое заключение:

В целом складывается впечатление о психологическом благополучии ребёнка. Отмечается повышенная потребность в защите, которая соотносится с условиями пребывания в больнице. Характерная для большинства родителей в условиях болезни ребёнка гиперпротекция, принятие ребёнка, проявление искреннего интереса к тому, что волнует ребёнка, высокая оценка способностей ребёнка, но при этом требование соблюдения дисциплины и ограничений, накладываемых болезнью, создают комфортные условия для лечебно-реабилитационного процесса.

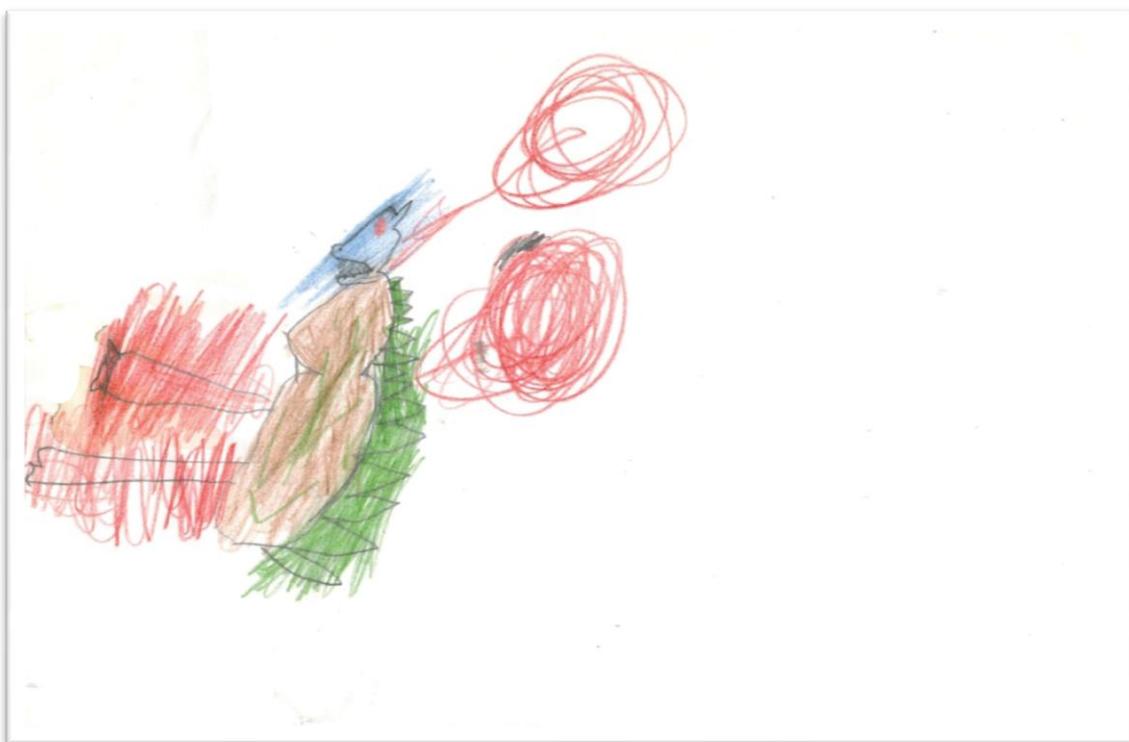
*Приложение В.*



**Рис. 1**



**Рис. 2**



**Рис. 3**



**Рис. 4**

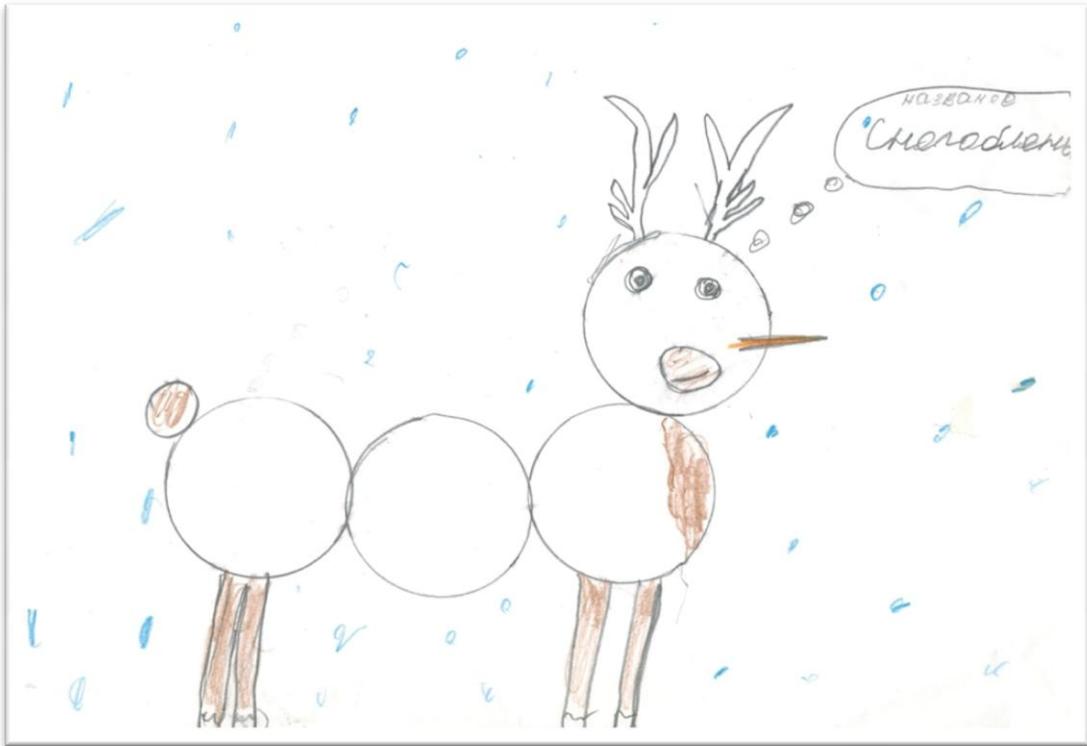
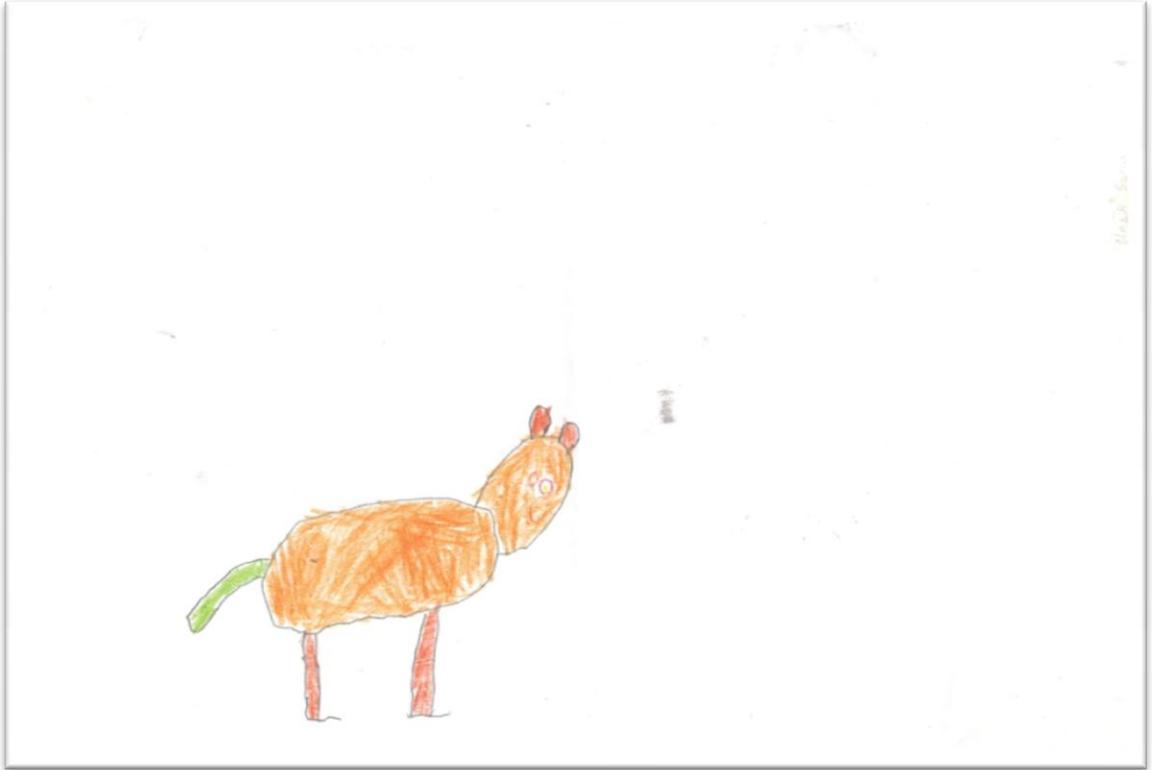


Рис. 5



Рис. 6



**Рис. 7**