

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

О.А. Загоскина<sup>1,2</sup>, А.А. Нургалеева<sup>1,2</sup>, А.В. Штрахова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск

<sup>2</sup> Челябинское городское общественное движение помощи онкобольным детям, г. Челябинск

Онкологическое заболевание любого члена семьи, особенно ребенка, является очевидным стрессогенным, рассматривается как стрессовая психотравмирующая ситуация, ведущая к разрушению и перестройке мотивов существования. В статье представлен анализ результатов оказания психологической помощи, оценка эффективности и мониторинг психологической помощи семье, столкнувшейся с экзистенциальной угрозой ребенка в ситуации болезни. Проведен анализ реабилитации в форме терапевтического отдыха.

*Ключевые слова:* стресс, адаптация к стрессу, переживание экзистенциальной угрозы, реабилитация, психологическая помощь, детская онкогематология.

Преодоление болезни, несущей в себе смертельную угрозу для ребенка, – стрессовый и травматичный фактор для всей семьи, требующий от неё мобилизации всех имеющихся ресурсов, перестройки системы взаимодействия всех членов семьи.

В настоящее время в клинической психологии онкологическое заболевание рассматривается в качестве примера экстремальных и кризисных ситуаций (Карпова, 2007; Тарабрина, 2009), поскольку имеет свойственные таким ситуациям признаки: витальный характер угрозы и внезапность ее возникновения, разрушение ранее сложившейся картины мира с перестройкой структуры и иерархии мотивов как у ребенка, так и у членов его семьи, отсутствие возможности контроля над ситуацией, стадийность протекания реакций на заболевание, неопределенность будущего (Рейнальдо, 2001; Gurevich et al., 2004).

Во многих исследованиях (Тарабрина, 2009; Падун, 2003; Green et al., 2010 и др.) доказано наличие стресса у онкологических пациентов, сопровождаемого характерными для психотравматического расстройства клиническими симптомами: избегающее поведение, навязчивые мысли, усиление возбудимости. Подобного рода клинические проявления отмечались и у пациентов, и у членов их семей, причем независимо от нозологической специфичности онко-

патологии. В большом библиографическом обзоре (Kangas et al., 2002) приводятся аргументы в пользу возможности включения онкологических заболеваний в перечень травматических стрессоров. Как следствие, сегодня угрожающие жизни болезни включены в перечень потенциальных стрессоров, способных вызывать развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Угрожающие жизни заболевания, в том числе онкологические, отличаются от обычных травматических событий. Травматическое переживание интериоризируется на разных иерархических уровнях психики человека в зависимости от типа стрессоров: «событийных» и «невидимых». «Событийный» стресс вызван непосредственным восприятием стрессора преимущественно через органы чувств человека; «невидимый» стресс обусловлен субъективно-значимым эмоциональным реагированием на имеющиеся у человека сведения об угрозе жизни, которой он подвергается (например, радиационной угрозе). Онкологические заболевания относят к так называемым «невидимым» стрессорам (Климова, 2009; Карпова, 2007).

Механизм развития ПТСР при действии «невидимого» стресса отличается от такового механизма в случае явно воспринимаемого, событийного стресса. При этом основное раз-

личие лежит в плоскости уровней восприятия и интериоризации травматического переживания. Восприятие и оценка возможных неблагоприятных последствий воздействия стрессогенных факторов базируются, с одной стороны, на рациональном знании об их наличии и, с другой стороны, на неосознаваемом или лишь частично осознаваемом эмоциональном переживании страха по поводу влияния этих факторов на жизнь и здоровье человека. Исследований, посвященных изучению проблем переживания воздействия «невидимых» стрессоров в литературе немного (Тарабрина, 2009; Карпова, 2007).

Онкологическое заболевание представляет для пациентов не только угрозу жизни, но и пролонгированное снижение качества жизни, поскольку для многих такая ситуация становится хронической. В этом, прежде всего, и представляется стрессогенная опасность онкологических заболеваний, в отличие от событийных видов травм. Последние, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее. Специфические симптомы ПТСР, прежде всего, навязчивые мысли о травматическом событии, могут не быть воспроизведением актуальных событий, поскольку сам факт выявления онкологического заболевания или воздействия токсичного лечения более ориентированы на угрозу будущего и качество жизни в настоящем (Pitman, 2001).

Кроме того, специфика угрожающих жизни болезней состоит в том, что фактор влияния исходит не из внешней среды, как при других травмах, а изнутри организма – его нельзя «отделить» от индивида. Эти факты качественно отличают переживания человека с онкологическим заболеванием от людей, перенесших событийный стресс, и обуславливают специфичность механизмов развития посттравматических состояний.

Аспекты лечения онкологического заболевания могут выступать в качестве событийного стресса – необходимость проведения дорогостоящего лечения, операционного вмешательства, последующей химиотерапии, прохождение постоперационной периода – все эти методы являются дополнительным или самостоятельным источником стрессового воздействия.

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

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

2. Влияние общественных представлений об опасности этого заболевания для жизни, мучительность которого определяется семантикой болезни.

3. Наличие существенных ограничений, налагаемых на бытовую, повседневную и профессиональную деятельность, существенно меняющих качество жизни.

4. Хронический характер заболевания, при котором на протяжении длительного времени, прошедшего после завершения лечения, остается переживание больным ощущения постоянной угрозы собственной жизни. Онкологическому больному никто и никогда не может дать гарантии окончательного выздоровления, и вся его дальнейшая жизнь проходит под знаком неопределенности.

5. При заболевании актуализируются экзистенциальные проблемы (конечность жизни, одиночество, смысл жизни), которые здоровыми людьми часто не осознаются, и в обычной жизни (прежде всего до болезни) им нередко не уделяется внимание. Переживание экзистенциальных проблем придает душевным страданиям больного тягостный характер. Экзистенциальное одиночество переплетается с социальной изоляцией: окружающие часто не знают, как себя вести с заболевшим, хотя и готовы оказать ему помощь. При этом сам больной не может активно принять предлагаемую ему помощь, поскольку находится в состоянии погруженности в свои переживания (Гусева, 2009; Тарабрина, 2009; Падун, 2003; Green et al., 2010).

Благодаря успехам современной медицины, в последние десятилетия увеличилась продолжительность жизни детей с онкологическими заболеваниями, а значительной их части удается добиться практического выздоровления. По данным Британского института исследования рака каждый год в мире регистрируется 14 млн новых случаев онкологиче-

ских заболеваний, а в России, по данным ВОЗ, к 2014 году из 100 000 тысяч детей 12,5 тысяч имеют онкологический диагноз. В Челябинской области ежегодно впервые получают онкологическую помощь 120–130 детей в возрасте от 0 до 18 лет. Около 80 % таких детей выходят в ремиссию (т. е. у них достигается выздоровление, но о его устойчивости нельзя говорить до достижения по крайней мере 5 лет ремиссии).

После окончания основного этапа лечения семья вновь сталкивается с множеством трудностей, с необходимостью адаптации к онкологическому заболеванию и совладания с его последствиями, возвращению к прежнему образу жизни (Мирошкин, 2010). Таким образом, достаточно остро встает вопрос о психологической реабилитации, направленной на минимизацию вреда от полученной во время болезни и лечения психической травмы. Очевидно, что комплексные меры реабилитации детей зависят от среды, в которой они воспитываются и развиваются. Следовательно, включение в мероприятия по реабилитации всех членов семьи, особенно родителей и сиблингов, позволит реализовать комплексный подход к реабилитации (Мирошкин, 2012).

Описываемое в публикации исследование проводилось в рамках деятельности Челябинского городского общественного движения помощи онкобольным детям «Искорка». В исследовании принимали участие семьи с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания с благоприятным исходом терапии. Одним из критериев исключения являлась потеря семьей заболевшего ребенка либо назначение ему паллиативного лечения.

Исследование строилось на следующих принципах:

1) добровольность участия в исследовании с возможностью выбытия по субъективным обоснованиям (по причине продолжения лечения, переезда или другим причинам);

2) личностный подход и безоценочность в отношении к участникам исследования которые подразумевают составление индивидуального плана работы с каждой конкретной семьей, учет ее потребностей и особенностей;

3) принцип психологической комфортности предполагает создание доверительной, раскованной, стимулирующей активность человека атмосферы с опорой на внутренние мотивы.

### Дизайн исследования

Исследование проводилось с учетом опыта проводившегося в 2015 г. пилотного проекта, а также с учетом опыта других мероприятий, проводившихся другими аналогичными общественными организациями, и выполнялось в течение 2015–2016 годов на протяжении 2 этапов:

1. Первый этап (длительностью с марта 2015 г. по январь 2016 г.) – реализация проекта «Мобильная социально-психологическая служба» помощи семьям с детьми, перенесшими онкогематологическое заболевание. На этом этапе была проведена диагностика внутрисемейных отношений участников проекта, реализованы следующие мероприятия: индивидуальные консультации для родителей и детей, семейные консультации, групповая арт-терапевтическая работа для семей, проживающих в г. Челябинске и Челябинской области. Индивидуальная работа на этом этапе вмешательства проводилась в рамках недирективной игровой терапии, в индивидуальной и групповой работе с семьями применялась арт-терапия и мульт-терапия. Подбор батареи методик проводился с учетом возрастных и психологических особенностей участников исследования и ситуации заболевания в целом. В частности, для исследования последствия психотравмирующей ситуации смертельной болезни были выбраны проективные методики, не затрагивающие напрямую ситуацию болезни.

2. Второй этап (длительностью с июня 2016 г. по июль 2016 г.) – реализация проекта «Выездной летний лагерь для детей, переболевших онкологическим заболеванием и их сиблингов». На этом этапе применялась модель терапевтического отдыха как составляющая системы психологического сопровождения, проводилась оценка результатов психологической помощи в рамках этой модели, психодиагностика и сравнительный анализ «образа Я» переболевших детей и их сиблингов, тренинг для гармонизации «образа Я».

Имелась преемственность между двумя проектами: 9 семей из 15 принявших участие в исследовании были участниками и первого, и второго проектов. На первом этапе реабилитации в ситуации чрезвычайной экзистенциальной угрозы работа сводилась к помощи непосредственно больному ребенку и ухаживающему родителю. На втором этапе большее

(чем на первом этапе) внимание уделялось сиблингам. Осуществлялся мониторинг эффективности психотерапевтического вмешательства с анализом результатов как первого, так и второго этапа.

### Психологическая характеристика второго этапа исследования как модели терапевтической интервенции

Проект «Выездной летний лагерь для детей, переболевших онкологическим заболеванием и их сиблингов» реализовывался в рамках доступной и эффективной модели психологического сопровождения, называемой «терапевтический отдых».

Терапевтический отдых как модель сопровождения имеет ряд принципов организации, помогающих ребенку преодолеть вызов восприятия своих потребностей и соответствие им способностей, повреждающего влияния болезни на самооценку. Психологическая помощь, направленная на снижение тревожности, формирование чувства уверенности в себе, приобретение коммуникативных навыков, умение преодолевать трудности, дифференцировать самоощущения, позволяет преодолеть последствия болезненного статуса и построить новую иерархию мотивов деятельности (Dignan, 1989). Иллюстрация модели терапевтического отдыха представлена на рисунке.

Поскольку у ребенка ощущение собственной личности создается через опыт и обратную связь, терапевтический отдых предла-

гает тщательно разработанные программы активных занятий в лагере, предоставляющие для детей и их семей возможность принять вызов и добиться успеха. Далее дети обнаруживают в себе новые ощущения, способности и понятия об окружающем мире, в котором они находят свое место. Реабилитация строится с учётом возрастных потребностей детей и особенностей пережитого травматичного опыта тяжелой болезни, что объясняет нахождение конструкта «веселье» в центре реабилитационной модели. Для ребенка наиболее комфортно и естественно получать новый опыт в процессе игровой деятельности, несущей в себе положительные эмоции. Индивидуальность каждого человека задает и индивидуальность его «комфортной зоны», внутри которой каждый ребенок может принимать «вызов по выбору», самостоятельно решать и справляться с заданием в индивидуальном темпе, что не вызывает у него какого-либо страха. Стимулирование деятельности осуществляется поэтапно в серии простых шагов. Любой, даже незначительный успех ребенка задает мотивацию его дальнейших действий, что в результате развивает у него уверенность и повышает его самооценку.

Ребенок участвует в программе путем вовлечения в деятельность на трех уровнях:

- 1) физическая интеграция (доступная каждому безопасная и неконкурентная среда);
- 2) функциональное включение (эмоционально безопасная среда, персонализиро-



Реабилитационная модель терапевтического отдыха:  
Challenge by Choice – вызов по выбору; Success – успех;  
Reflection – размышление, Discovery – открытие; Fun – веселье

ванная поддержка и помощь в адаптации);

3) социальная интеграция (возможность участника программы получать общественное признание и/или участвовать в позитивном взаимодействии со сверстниками во время реабилитационных мероприятий) (Dignan, 1989; Kiernan et al., 2004).

Режим терапевтического отдыха основан на предоставлении ребенку свободы и самостоятельности на всей территории выездного лагеря с целью позволить ему обрести (впервые или заново) определенные навыки (лазать по деревьям, прыгать, стрелять в цель, грести, жарить сосиску на костре, убирать за собой в столовой и пр.) и понимание того, что у него есть собственные способности, позволяющие ему сделать осознанный выбор и в других аспектах своей жизни.

### Выборки исследования

Исследование проводилось в течение двух смен выездной лагерной программы продолжительностью по 10 дней с участием двух групп детей: 1) группы детей, перенесшие онкогематологическое заболевание и 2) группы их сиблингов. Всего выборку принявших участие в проекте «Мобильная социально-психологическая служба» (первый этап исследования) составили:

15 семей с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания со сроком ремиссии от 1 года до 5 лет;

15 переболевших детей в возрасте от 5 до 15 лет и 8 их сиблингов в возрасте от 8 до 14 лет.

Всего в двух группах детей было 7 подростков в возрасте 12–15 лет.

Выборку в проекте «Выездной летний лагерь для детей, переболевших онкологическим заболеванием и их сиблингов» (второй этап исследования) составили 63 ребенка в возрасте от 7 до 15 лет, из которых 37 – дети, перенесшие онкогематологические заболевания, и 27 детей – их сиблинги.

### Методы и методики исследования

Исследование проводилось с помощью батареи психодиагностических методик:

1) проективный тест «Нарисуй историю» (Draw-a Story, R. Silver) в адаптации Л.И. Копытина (2014);

2) Цветовой тест отношений (ЦТО) А.М. Эткинда;

3) Братско-сестринский опросник

(The Brother-Sister Questionnaire; S.A. Graham-Bermann, S.E. Culter, 1994);

4) Семейная социограмма Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса;

5) Опросник «взаимодействие родитель – ребенок» (BPP) И.М. Марковской;

6) Шкала семейной адаптации и сплоченности FACES-3 / D.H. Olson, J. Portner, I. Lavi (1985);

7) Опросник супружеских отношений Алешиной;

8) методика исследования «образа Я» и особенностей самопрезентации «Четыре персонажа» (Лосева, Луньков, 2005).

### Критерии оценки результатов исследования

На основании анализа приведенных в литературных источниках (Тарабрина, 2009; Падун, 2003; Коорман, 2002) данных о динамике показателей статуса постстрессового реагирования были сформированы следующие показатели и критерии мониторинга результатов оказания семьям с детьми, перенесшими онкологическое заболевание психологической помощи по разработанной программе:

1. Структура и организация семьи:

- тип семейной системы (функциональный, полуфункциональный, дисфункциональный);

- динамика иерархических отношений в семье (семейной системе);

- структурирование семейных ролей и правил.

2. Внутрисемейные отношения:

- выраженность ощущения эмоциональной близости и сплоченности в отношениях между членами семьи;

- выраженность контролирующего поведения со стороны родителей и предоставление ребенку большей зоны самостоятельности;

- формирование представлений о психологических границах в отношениях между членами семьи;

- динамика супружеских отношений (по параметрам: общие символы в общении, доверительность и взаимопонимание в общении, легкость и психотерапевтичность общения);

- динамика братско-сестринских отношений (по параметрам: эмпатия, поддержание границ и принуждение).

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

- выраженность и характер тревожности

у переболевших детей и их сиблингов (в отношениях с родителями, сверстниками);

- выраженности и характер агрессивности (защитная, вербальная, разрушительная) у переболевших детей и их сиблингов;
- эмоциональное принятие или отвержение друг друга членами семьи;
- эмоциональное состояние членов семьи и удовлетворенность отношениями.

4. Потребностно-мотивационная сфера у переболевших детей и их сиблингов:

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

Особое значение имеет такая форма реабилитации, приближенная к естественным условиям жизни, социальным ролям детей, задачам возрастного развития, как терапевтический отдых.

### Результаты и их обсуждение

На первом этапе исследования были выделены следующие особенности структуры и организации семьи, столкнувшейся с лечением несущего в себе угрозу жизни заболевания ребенка. По данным обследования по методике «Шкала семейной сплоченности и адаптации», для большинства (70 %) семей характерен дисфункциональный и, в меньшей степени (20 %) – полуфункциональный типы семейной системы. Для абсолютного большинства (88 %) семей характерен хаотичный тип адаптации, проявляющийся недостатком лидерства, импульсивностью в принятии решений, частым смещением ролей от одного члена семьи к другому.

Результаты проективной методики «Социограмма» свидетельствуют о нарушении иерархии (у 84 % обследованных семей), в большинстве случаев (у 58 %) – по типу инверсированной иерархии, в которой дети занимают более высокое положение, чем родители. Достаточно часто (в 59 % случаев) отмечается эмоциональная дистанцированность в отношениях. Таким образом, описанные результаты отражают наличие определенных трудностей в формировании адекватных психологических границ при взаимодействии членов семьи.

Переболевшие дети достоверно чаще ( $p \leq 0,01$ ), чем сиблинги, изображают себя в социограмме как члена семьи, обладающего наибольшим влиянием, что можно объяснить перестройкой семейной структуры и организации жизни семьи в связи с ситуацией несущего в себе угрозу жизни для ребенка заболевания. Полученные результаты косвенным образом свидетельствует о неустойчивом и нестабильном положении семьи, характерном для состояния экзистенциального кризиса.

У переболевших детей больше ( $p \leq 0,01$ ) выражено эмоционально принимаемое отношение к матери, чем к отцу, а у сиблингов в 62 % случаев выявляется эмоциональное негативное (конфликтное) отношение к матери (по данным методики ЦГО).

В супружеских отношениях (Опросник Ю.Е. Алешиной и Л.Я. Гозмана) преобладает (в 75 % семей) высокий уровень доверия в отношениях, возможность поделиться своими переживаниями и мыслями. Вместе с тем, почти у половины семей (52 %) по методике «Шкала адаптации и сплоченности» Э.Г. Эйдемиллера выявляется ощущение недостаточности общих символов в общении, что ведет к недостаточному ощущению единства и сплоченности семьи.

Для братско-сестринских отношений в таких семьях характерны высокий уровень эмпатии (в 70 % случаев), выраженность доминирования (у 60% таких пар) и ощущение нарушения своих физических или психологических границ (у 53 % опрошенных сиблингов).

Можно сказать, что две обследованные группы детей чувствительны к разным компонентам отношений. Для сиблингов на первый план выходят физические и психологические границы в отношениях, значимость уважительного отношения к себе и своим вещам, к своему личному пространству. Перенесшие заболевание дети оказались восприимчивы к проявлению доминирования и контроля в межличностных отношениях с ощущением избыточности такого отношения к ним со стороны брата или сестры.

Мониторинг особенностей потребностно-мотивационной сферы переболевших детей и их сиблингов (по проективной методике «Нарисуй историю») свидетельствует о выраженности у них потребности в выражении агрессии (в 53 % случаев), в поиске дружеских связей и общения (в 46 % случаев), поддержки,

помощи и симпатии от значимого лица (в 37 % случаев).

Для половины обследованных сиблингов актуальны потребность во внимании и заботе со стороны значимого лица, а также в игре, отдыхе и развлечениях (каждая в 50 % случаев), а для каждого третьего из этой выборки – потребность в выражении агрессии.

*Второй этап исследования* был посвящен анализу «Образ Я» детей. Мониторинг результатов исследования по методикам «Нарисуй историю», диагностики особенностей самопрезентации («Четыре персонажа») и детского рисунка А.Л. Венгер (2003), выполненный по критерию оценки эмоционального состояния и «образа Я» переболевших детей и их сиблингов, свидетельствует об определенном сходстве результатов двух этапов исследования, что обосновывает возможность их обобщенного рассмотрения.

«Образ Я» детей, перенесших онкогематологическое заболевание, характеризуется (на физическом уровне) стремлением к активности, восприятием своей жизненной энергии как источника силы и возможностей (у 80 % обследованных), а на уровне социального взаимодействия – выраженной потребностью в общении (в 46 % случаев) и в то же время присутствием страхов и потребности обрести устойчивость (в 60% случаев), импульсивностью (56 % случаев), агрессией в поведении и общении (у 78 % респондентов). Отмечается также стремление к непривязанности к прошлому (в 84 % случаев) и потребность в самореализации (в 76 % случаев), что отражает определенную дифференциацию «образа Я».

Эмоциональное состояние, напряженное, с выраженностью агрессивных тенденций в 62 % проанализированных рисунков демонстрирует наличие противоречивого эмоционального содержания и выраженные агрессивные тенденции (в 48 % рисунков).

Анализ полученных данных позволяет косвенным образом судить о внутренней картине болезни ребенка. Эмоциональный уровень внутренней картины болезни переболевших детей отражает амбивалентные чувства в отношениях с окружающими; мотивационный уровень – актуальные потребности в поиске общения и дружеских связей, потребность в отдыхе и развлечениях. В целом полученные данные свидетельствуют об актуализации потребности к возвращению к привычному образу жизни и о наличии состоя-

ния, субъективно переживаемого как «трудное». Таким образом, эмоциональный и мотивационный уровни ВКБ таких детей могут быть психотерапевтическими мишенями.

Физический уровень «образа Я» сиблингов характеризуется стремлением контролировать свою жизненную энергию (у 72 % обследованных), а уровень социального взаимодействия – выраженностью агрессии (у 42 %), открытостью и расположенностью к общению (у 75 %), потребностью в заботе и внимании (у 72 %), тревожностью (у 68 %). В свою очередь, дифференцирующий «Образ Я» проявляется выраженной потребностью быть нужным (у 82 % респондентов), которая рассматривается как компенсация незамеченной значимым лицом активности и в силу этого оставшейся нереализованной.

Эмоциональное содержание в половине случаев анализируемых рисунков имеет умеренно отрицательную характеристику – изображены испуганные, страшные или тем или иным образом фрустрированные персонажи, а в 60 % рисунков сиблингов заметны признаки тревожности.

Таким образом, для сиблингов характерно напряженное эмоциональное состояние с выраженностью тревоги.

В итогах мероприятий программы психологической реабилитации семей с болеющими онкологическими заболеваниями детьми по модели терапевтического отдыха выявлено у сиблингов достоверно значимое ( $p \leq 0,01$ ) снижение потребности быть нужным, а также уменьшение проявлений тревожности.

### Выводы и обобщения

1. Выделяются следующие терапевтические мишени:

А) для первого (послеоперационного) этапа реабилитации:

– в структуре и организации семьи: психологические границы в отношениях между членами семьи; иерархия и дистанция во внутрисемейных отношениях; структурирование семейных ролей и правил; лидерство и стратегии принятия решений в семье, ощущение эмоциональной близости и сплоченность в семье;

– в эмоциональном состоянии: выраженность тревоги и уровень тревожности, агрессивных тенденций, напряжения, конфликтного негативного отношения к членам семьи и

«Образ Я» переболевшего ребенка и сиблингов в целом;

– в потребностно-мотивационной сфере перенесшего заболевание ребёнка и его сиблингов: выраженность потребности во внимании, в выражении агрессии, поиска контактов и дружеских связей, потребности в игре, отдыхе и развлечениях, стратегии преодоления трудностей;

– в братско-сестринских отношениях: выраженность эмпатии, доминирования, поддержание границ.

Б) Для второго этапа реабилитации (по модели терапевтического отдыха) были выделены следующие психотерапевтические мишени:

– в эмоциональном состоянии: выраженность тревожности, агрессивных тенденций, напряжения, конфликтного негативного отношения к членам семьи и «Образ Я» переболевшего ребенка и сиблингов;

– в потребностно-мотивационной сфере: выраженность потребности быть нужным и нравиться, потребности во внимании, в выражении агрессии, поиска контактов и дружеских связей, потребности в игре, отдыхе и развлечениях, потребность в самовыражении.

2. Анализ результатов исследования по критериям мониторинга мероприятий программы психологической реабилитации семей с болеющими онкологическими заболеваниями детьми по модели терапевтического отдыха позволил выделить следующие направления развития проекта:

– семейные программы терапевтического отдыха, направленные на гармонизацию детско-родительских и братско-сестринских отношений; гармонизацию «образа Я» переболевших детей и их сиблингов; уменьшение эмоциональной дистанции в отношениях и повышение качества совместно проводимого времени;

– расширение проекта психологической помощи по трём направлениям: территориальному (включение семей из других городов и регионов); временному (продолжение наблюдения за процессом реализации программы психологической помощи для оценки динамики отношений); по типу вмешательства (расширение мишеней терапевтического вмешательства);

3. Перспективы продолжения исследования:

– подбор и адаптация батареи методик для более глубокого изучения эмоционального состояния и «образа Я» детей, детско-родительских, братско-сестринских и супружеских отношений;

– включение в исследование семей без опыта преодоления болезни, несущей в себе экзистенциальную угрозу.

**Статья выполнена при поддержке Правительства РФ (Постановление №211 от 16.03.2013 г.), соглашение № 02.А03.21.0011 и средств субсидии на выполнение базовой части государственного задания проект № 8259.2017.**

#### Литература

1. Венгер, А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер. – М.: Изд-во Владос-пресс, 2003. – 160 с.

2. Гусева, М.А. Социальные проблемы семей, имеющих детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями / М.А. Гусева, А.И. Антонов, О.Л. Лебедь, В.М. Карпова, Г.Я. Цейтлин // Высшее образование для 21 века: 6-я междунар. науч. конф. – М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2009. – С. 34–39.

3. Карпова, Э.Б. Онкологическое заболевание как психологический кризис / Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова // Ананьевские чтения, матер. научно-практ. конф. СПб ун-та. – 2007. – М.: Наука, 2007. – С. 556–557.

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

5. Копытин, Л.И. Арт-терапия детей и подростков / Л.И. Копытин, Е.Е. Свитовская. – 2-е стер. изд. – М.: Изд-во Когито-Центр, 2014. – 197 с.

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

7. Мирошкин, Р.Б. Психологическая реабилитация семьи с детьми, перенесшими онкологическое заболевание / Р.Б. Мирошкин, Е.В. Фисун, Н.Е. Филиппова // Журнал практическое психологии и психоанализа. – 2010. – № 3. – С. 32–36.

8. Мирошкин, Р.Б. Комплексный подход к реабилитации семей с детьми, имеющими онкозаболевание, в санатории «Русское поле»: тезисы /

Р.Б. Мирошкин, А.В. Скрипкин, Ю.Н. Федоров, Е.В. Фисун // *Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2012»*. – М.: Наука, 2012. – С. 68–69.

9. Падун, М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: дис.... канд. психол. наук / М.А. Падун. – М., 2003. – 159 с.

10. Рейнальдо, П.Л. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса / П.Л. Рейнальдо. – М.: Изд-во Маренго Интернейшнл принт, 2001. – 165 с.

11. Тарабрина, Н.В. Психология посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – М.: Институт психологии РАН, 2009. – 332 с.

12. Dignan, M. Helping students respond to stressful interactions with cancer patients and their families: a pilot program / M. Dignan, R. McQuellon, R. Michielutte et al. // *J Cancer Educ.* – 1989. – № 4(3). – P. 179–183. DOI 10.1080/08858198909528000.

13. Graham-Bermann, S.A. The Brother-Sister Questionnaire: Psychometric Assessment and Discrimination of Well-Functioning From Dysfunctional Relationships / S.A. Graham-Bermann, S.E. Cutler // *Journal of Family Psychology.* – 1994. – Vol. 8, No. 2. – P. 224–238.

14. Green, J.G. Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders / J.G. Green, K.A. McLaughlin,

P. Berglund et al. // *Archives of General Psychiatry.* – 2010. – 62. – P. 113–123.

15. Gurevich, M. Stress response syndromes in women undergoing mammography: a comparison of women with and without a history of breast cancer / M. Gurevich, G.M. Devins, C. Wilson et al. // *Psychosom Med.* – 2004. – Jan–Feb; 66(1). – P. 104–112. PMID: 14747644

16. Kangas, M. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review / M. Kangas, J.L. Henry, R.A. Bryant // *Clin Psychol Rev.* – 2002. – 22. – P. 499–524.

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

18. Kiernan, G. Outcomes associated with participation in a therapeutic recreation camping program for children from 15 European countries: Data from the «Barreistown Studies» / G. Kiernan, M. Gormley, M. MacLachlan // *Social Science & Medicine.* – 2004. – V. 59, № 5. – P. 903–913.

19. Olson, D.H. FACES III (Family Adaptation and Cohesion Scales) / D.H. Olson. – St. Paul, MN: University of Minnesota, 1985.

20. Pitman, R.K. Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients / R.K. Pitman, M.K. Lanes, S.K. Williston // *Psychosomatics.* – 2001. – № 42. – P. 133–140.

**Загоскина Ольга Александровна**, соискатель кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), медицинский психолог, Челябинское городское общественное движение помощи онкобольным детям (Челябинск), olyazzz@mail.ru

**Нургалева Алина Артуровна**, студент кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), помощник психолога, Челябинское городское общественное движение помощи онкобольным детям (Челябинск), nur\_alina@bk.ru

**Штрахова Анна Владимировна**, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), shtrakhovaav@susu.ru

*Поступила в редакцию 3 марта 2017 г.*

## PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF FAMILIES WITH CHILDREN WHO HAVE SUFFERED ONCOGEMATOLOGICAL DISEASES

O.A. Zagoskina<sup>1,2</sup>, [olyazz@mail.ru](mailto:olyazz@mail.ru)  
A.A. Nurgaleeva<sup>1,2</sup>, [nur\\_alina@bk.ru](mailto:nur_alina@bk.ru)  
A.V. Shtrakhova<sup>1</sup>, [shtrakhovaav@susu.ru](mailto:shtrakhovaav@susu.ru)

<sup>1</sup> South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation

<sup>2</sup> Chelyabinsk Municipal Social Movement of Help to Children with Oncological Diseases, Chelyabinsk, Russian Federation

Oncological diseases that pose an immediate threat to life and health constitute a psycho-traumatic situation not only for the patient himself, but for his entire family, leading to a reorganization of relations within the family system, with the aim of adapting and overcoming the disease. In this context, the issue of psychological rehabilitation aimed at minimizing the harm caused by illness and the treatment of a trauma is becoming topical. The article presents an analysis of the results of the diagnosis, assessment of the effectiveness of psychological support to families, and the effectiveness of rehabilitation in the form of active rest.

*Keywords: stress, adaptation to stress, experience of existential threat, rehabilitation, psychological assistance, pediatric oncohematology.*

The work was supported by Act 211 Government of the Russian Federation, contract № 02.A03.21.0011 and the research grant for the implementation of the basic part of the state task according to the project № 8259.2017.

### References

1. Venger A.L. Psikhologicheskie risunochnye testy. Illyustrirovannoe rukovodstvo [Psychological Drawing Tests: Illustrated Guideline]. Moscow, "Vlados-press" Publ., 2003. 160 p.
2. Guseva M.A., Antonov A.I., Lebed' O.L., Karpova V.M., Tseytlin G.Ya. [Social Problems in Families with Children with Disabilities with Oncological Diseases]. *Vysshie obrazovanie dlya 21 veka: 6-ya mezhdunarodnaya nauchnaya konferentsiya* [Higher Education for the 21st Century: 6th International Scientific Conference]. Moscow, Moscow Humanitarian University Publ., 2009, pp.34–39. (in Russ.)
3. Karpova E.B., Chulkova V.A. [Oncological Disease as a Psychological Crisis] *Anan'evskie chteniya* [Anan'ev's Readings]. St. Petersburg, St. Petersburg University Publ.; Moscow, Nauka Publ., 2007, pp. 556–557. (in Russ.)
4. Klimova S.V., Mikaelyan L.L., Farikh E.N., Fisun E.V. [The Main Directions of Psychological Assistance to Families with Children with Cancer, in Hospital Settings]. *Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza* [Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis]. Moscow, Rech' Publ., 2009, no. 1, pp. 56–62. (in Russ.)
5. Kopytin L.I., Svitovskaya E.E. *Art-terapiya detey i podrostkov* [Art Therapy of Children and Adolescents]. 2nd ed. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2014. 197 p.
6. Loseva V.K., Lun'kov A.I. *Rassmotrim problemu: Diagnostika perezhivaniy detey i vzroslykh po ikh rechi i risunkam* [Let's Consider a Problem: Diagnostics of Experiences of Children and Adults on their Speech and Drawings]. Moscow, A.P.O. Publ., 2005. 48 p.
7. Miroshkin R.B., Fisun E.V., Filippova N.E. [Psychological Rehabilitation of the Family with Children Who Have had an Oncological Disease]. *Zhurnal prakticheskoe psikhologii i psikhoanaliza* [Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis]. 2010, Moscow, Rech' Publ., no. 3, pp. 32–36. (in Russ.)
8. Miroshkin R.B., Skripkin A.V., Fedorov Yu.N., Fisun E.V. [A Comprehensive Approach to the Rehabilitation of Families with Children who have Cancer, in a Sanatorium "Russkoe pole"]. *Materialy mezhdunarodnogo kongressa «Reabilitatsiya i sanatorno-kurortnoe lechenie 2012»* [Materials of the International Congress "Rehabilitation and Sanatorium-and-Spa Treatment 2012"]. Moscow, Nauka Publ., 2012, pp. 68–69. (in Russ.)
9. Padun M.A. *Osobennosti bazisnykh ubezhdeniy u lits, perezvivshikh travmaticheskiiy stress. Diss. kand. psikhol. nauk* [Features of Basic Beliefs in People Who Survived Traumatic Stress. Diss. Cand. (Psychology)]. Moscow, 2003. 159 p.
10. Reynal'do P.L. *Psikhoterapevticheskoe lechenie fobicheskikh sostoyaniy i posttravmaticheskogo stressa*. Moscow, Marengo Publ., 2001. 165 p.
11. Tarabrina N.V. *Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa* [Psychotherapeutic Treatment of Phobic States and Post-traumatic Stress]. Moscow, Institut psikhologii RAN Publ., 2009. 332 p.

12. Dignan M., McQuellon R., Michielutte R., Brewer C., Atwell B., Cruz J. Helping students respond to stressful interactions with cancer patients and their families: a pilot program. *J Cancer Educ.*, 1989, no. 4(3), pp. 179–83. DOI: 10.1080/08858198909528000.
13. Olson D.H., St. Paul FACES III (Family Adaptation and Cohesion Scales). MN, University of Minnesota, 1985.
14. Graham-Bermann S.A., Cutler S.E. The Brother-Sister Questionnaire: Psychometric Assessment and Discrimination of Well-Functioning From Dysfunctional Relationships. *Journal of Family Psychology*, 1994, vol. 8, no. 2, pp. 224–238.
15. Green J.G., McLaughlin K.A., Berglund P., Gruber M.J., Sampson N.A., Zaslavsky A.M., Kessler R.C. Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 2010, no. 62, pp. 113–123.
16. Gurevich M., Devins G.M., Wilson C., McCready D., Marmar C.R., Rodin G.M. Stress response syndromes in women undergoing mammography: a comparison of women with and without a history of breast cancer. *Psychosom Med.*, 2004, no. 66(1), pp. 104–112. PMID: 14747644.
17. Kangas M., Henry J.L., Bryant R.A. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev*, 2002, no. 22, pp. 499–524.
18. Koopman Ch., Butler L.D., Classen C., Giese-Davis J. Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal of traumatic stress*, 2002, vol. 15, no. 4, pp. 277–287.
19. Kiernan G., Gormley M., MacLachlan M. Outcomes associated with participation in a therapeutic recreation camping program for children from 15 European countries: Data from the «Barretstown Studies». *Social Science & Medicine*, 2004, vol. 59, no. 5, pp. 903–913.
20. Pitman R.K., Lanes M.K., Williston S.K. Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 2001, no. 42, pp. 133–140.

*Received 3 March 2017*

---

### ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Загоскина, О.А. Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкогематологические заболевания / О.А. Загоскина, А.А. Нургалева, А.В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2017. – Т. 10, № 1. – С. 88–98. DOI: 10.14529/psy170109

### FOR CITATION

Zagoskina O.A., Nurgaleeva A.A., Shtrakhova A.V. Psychological Rehabilitation of Families with Children Who Have Suffered Oncogematological Diseases. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2017, vol. 10, no. 1, pp. 88–98. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy170109

---