

Благотворительный фонд реабилитации детей,
перенесших тяжелые заболевания «Шередарь»



Шередарь

info@sheredar.ru
www.sheredar.ru

тел.: (499) 372-15-53
(49243) 6-23-14, 6-19-10
тел./факс: (49243) 6-19-10

Сборник тезисов
VII научно-практической конференции
«Ребёнок в ситуации тяжёлого заболевания:
практика психосоциальной реабилитации»

Владимирская область, п.Сосновый Бор
9-11 декабря 2016 года

УДК 159.9
ББК 88.7

Сборник тезисов VII научно-практической конференции «Ребёнок в ситуации тяжёлого заболевания: практика психосоциальной реабилитации», 2016. - 38с.

Настоящий сборник содержит тезисы докладов участников VII научно-практической конференции «Ребёнок в ситуации тяжёлого заболевания: практика психосоциальной реабилитации», состоявшейся 9-11 декабря 2016 года на территории детского оздоровительно-реабилитационного центра «Шередарь» (Владимирская область, п.Сосновый Бор).

В конференции приняло участие более 40 специалистов, чья деятельность связана с реабилитацией детей с тяжёлыми заболеваниями. Среди них эксперты в области детской психологии, преподаватели, руководители и сотрудники благотворительных фондов из Москвы, Оренбурга, Перми, Твери, Екатеринбурга, Уфы, Брянска и других городов.

В рамках конференции участники подготовили доклады и обсудили различные аспекты психосоциальной реабилитации, ознакомились с российской и международной практикой в вопросах организации реабилитационных лагерей, построения работы волонтерских команд, проведения семейных программ.

Благотворительный фонд «Шередарь» был создан в 2012 году. На базе собственного реабилитационного центра фонд «Шередарь» систематически проводит специализированные программы лагерного типа для детей и подростков 7-17 лет, перенесших онкологические заболевания, а также для их здоровых братьев и сестер. Участие в программах для детей полностью бесплатно.

©Благотворительный фонд «Шередарь», 2016.

СОДЕРЖАНИЕ

Алешкина Г.И. С чего начинается путь в «Шередарь»? Родительские инициативы г.Москвы.....	4
Андреев П.В. Синтонное движение в реабилитационном процессе.....	4
Андрейчук В.А. Терапия творчеством в реабилитации детей, перенесших онкологические и гематологические заболевания.....	7
Арпентьева М.Р. Психоонкология: современные исследования и направления помощи семьям с детьми, страдающими раковыми заболеваниями	8
Баженова М.И. Отказ от помощи и сопротивление изменениям: увидеть, понять и поддержать... чтобы нейтрализовать.....	18
Бучинский М.А. Дельфинотерапия как современный метод реабилитации.....	21
Гончарова А.С., Насыбуллина Г.М. Медицинское волонтерство. Опыт привлечения студентов -медиков к работе реабилитационного лагеря фонда «Шередарь»	23
Иванова Э.В. Летняя городская реабилитационная площадка.....	26
Кузнецова Е.В. Формирование профессионально-ориентированных перспектив в процессе обучения длительно — болеющих детей в школе ФНКЦ им.Д.Рогачева и РДКБ.....	27
Мещерякова Е.А. Хрупкие, но сильные вместе или зачем нужен реабилитационный лагерь детям с несовершенным остеогенезом.....	30
Рунов А.М. Психологическое сопровождение детей с первичными иммунодефицитами и их семей. Возможности семейной психотерапии и арт-терапии.....	31
Семенов А.А. Физическая и социально-психологическая реабилитация детей, перенесших онкозаболевания, посредством физической культуры.....	33
Сухановская Е.Н., Моисеенко Е.И., Михайлова С.Н. Профилактика психоэмоционального выгорания. Совместная реабилитационная программа терапевтического отдыха для сотрудников детской онкологической клиники	35

Алешкина Г.И.,
Московская благотворительная школа,
г. Москва, Россия

С ЧЕГО НАЧИНАЕТ ПУТЬ В «ШЕРЕДАРЬ»? РОДИТЕЛЬСКИЕ ИНИЦИАТИВЫ Г.МОСКВЫ

Существует острая нуждаемость в реабилитации детей, прошедших длительное лечение по жизнеугрожающему заболеванию. Благотворительные фонды, госучреждения, НКО сегодня частично решают эту проблему, за что отдельные слова благодарности от родительской общественности. Однако большинство родителей не готово отпускать от себя детей на программы реабилитации даже в хорошо зарекомендовавшие себя Фонды. В чем проблема?

1. Страх за жизнь ребенка у родителей принял хронический характер.

2. Оторванность от социума в период длительного лечения ребенка (жизнь ушла далеко вперед).

3. Слишком тяжело и жестко досталось спасение ребенка - снова страх...

Решением проблемы может быть создание семейных реабилитационных лагерей, как первого этапа социальной реабилитации ребенка с онкозаболеванием, где существуют как совместные программы реабилитации детей и родителей, так и отдельные, для детей и их родителей. Конечно, это дополнительные затраты, но программы помогают снять родительские страхи, улучшают качество жизни ребенка в семье, у многих детей появляется "спокойная" возможность выехать на программы дальнейшей реабилитации в "Шередарь" и др. фонды. Это первое.

Второе: возрастает социальная активность родителей, что также способствует продолжению реабилитации взрослых уже в социуме - они сами создают клубы общения для родителей по месту учебы своих детей. Пример Школы-интерната №32 г.Москвы (видеоролик).

©Алешкина Г.И., 2016.

Андреев П. В.,
методист л.ф.к., к.ф.-м.н.,
Центр лечебной педагогики
г. Москва, Россия

СИНТОННОЕ ДВИЖЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

1. Мотивация.

Важнейшая функция, которую нужно помочь восстановить ребёнку в ситуации тяжёлого заболевания - это спонтанное развитие, исходящее от него самого. За вычетом роста и физиологического созревания всех систем

организма, спонтанное развитие состоит в естественном обучении (organic learning) [1].

В процессе естественного обучения ситуации и их решения просто случаются - ребёнок неожиданно для себя делает что-то, что его продвигает в ситуации. Затем благодаря множеству попыток и экспериментов ребёнок осваивает закономерности, учится ими пользоваться и непрерывно расширяет границы обучения.

У ребёнка с тяжелым заболеванием разнообразие ситуаций существенно ограничено. Но более важно, что новые решения редко случаются сами. Гораздо вероятнее, что случится тупик, а не решение. Психологически это приводит к осторожности в экспериментах, и опоре на уже освоенный двигательный репертуар - обедняется двигательный опыт и постепенно уменьшается желание его расширять. Подход “преодоления” только усугубляет такое положение вещей - немногие дети способны сохранить охоту к экспериментам с движением, несмотря на негативный опыт, связанный с преодолением.

Ребёнок с двигательными ограничениями - например, центральным или периферическим неврологическим дефицитом - часто оказывается в положении, когда взрослый своими руками помогает ему сделать движение. Это происходит не только во время занятий собственно движением, но и на любых других занятиях, и в быту.

То, как поддержка и ведение движения ребёнка осуществляется взрослым, может препятствовать или способствовать естественному двигательному - и не только двигательному - обучению и развитию ребёнка. Само вмешательство взрослого в моё движение может означать, что со мной что-то не так, быть подтверждением тупика и проблемы.

Наша же цель в том, чтобы это вмешательство ощущалось как присутствие и поддержка взрослого в спонтанном процессе, когда решения случаются сами, а неудачи проясняют решение. Таким образом мы организуем среду для естественного обучения, возвращая ребёнку радость спонтанного действия.

2. Синтонное движение.

Ведение-сопровождение руками может делаться *синтонно*, то есть так, что оно ощущается как общее движение с общим намерением. Для ребёнка это его собственное движение, ощущаемое как “я делаю/сделал это сам”, а не как “взрослый сделал это мной”.

Для того, чтобы вести-сопровождать синтонно, важно *кинестетическое воображение* (способность представить движение этого ребёнка в этой

ситуации) и *кинестетическая эмпатия* (почувствовать и предсказать его ощущения)[2,3].

Взрослый предлагает намерение, а не навязывает движение. Усилие, прилагаемое взрослым, минимально достаточно, чтобы ребёнок мог кинестетически ощутить вектор движения в каждый его момент. Этому помогает и сенсорное обеспечение движения, когда с помощью своих рук и предметов (мячи, валики, пол и пр.) взрослый создаёт дополнительную обратную связь. Можно подчёркивать взаимоотношение движения сегментов тела, реактивные силы, изменение длин мышц и натяжения фасциальных волокон. Ребёнок получает при этом возможно более полную сенсорную картину движения, которая организует движение в активном режиме[4].

Если движение выполняется синтонно, ребёнок непроизвольно активно антиципирует его. Взрослый может это ощутить как поддержку или сопротивление; в каждый момент его намерение определённо, но открыто, готово измениться.

Синтонность работает в разных масштабах[5] - не только в масштабе одного движения, но и в масштабе продолжительного процесса, игры. Взрослый может способствовать тому, чтобы определённые движения случались, он синтонно “случает” их.

Собственно двигательные занятия составляют малую часть от того, что делает ребёнок. Синтонное ведение-сопровождение его движений педагогами, медицинским персоналом и родителями будет не только способствовать развитию управления движением, но и даст ребёнку ощущение поддержки и понимания, потому что его действия будут поняты и выслушаны.

3. Обучение синтонному движению.

Синтонному ведению-сопровождению руками можно научиться. На базовом уровне это доступно любому мотивированному взрослому. Обучение включает определённый опыт совместного движения и освоение важнейших практических принципов биодинамики движения человека, в том числе понимание основных взаимоотношений движения сегментов тела. Двигательные импровизационные и проприоцептивные практики, а также “осознавание через движение” метода Фельденкрайза способствуют развитию необходимых для синтонного движения кинестетического воображения и кинестетической эмпатии.

Синтонное ведение-сопровождение движения является основой техники функциональной интеграции метода Фельденкрайза [6]. Глубокое обучение синтонному движению представляет собой фактически обучение функциональной интеграции.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Feldenkrais M. The elusive obvious: or, Basic Feldenkrais. – Meta Pubns, 1981.
2. Reynolds D., Reason M. Kinesthetic empathy in creative and cultural practices. – Intellect Books, 2012.
3. Biryukova E. V., Sirotkina I. E. Futurism in Physiology: Nikolai Bernstein, Anticipation, and Kinaesthetic Imagination //Anticipation: Learning from the Past workshop, Delmenhorst, Germany. <http://www.nadin.ws/ante-study/wp-content/uploads/2014/08/Biryukova-Sirotkina-Futurism-in-Physiology-ed.v2.Pdf> – 2014.
4. Бернштейн Н. А. и др. Физиология движений и активность. Научное издание. – Наука, 1990.
5. Thelen E., Smith L. B. A dynamic systems approach to the development of cognition and action. – MIT press, 1996.

©Андреев П.В. 2016.

Андрейчук В.А.,

фонд АНО "Дети", педагог-организатор ЦТ «На Вадковском»
аспирант кафедры рисунка и графики Институт культуры и искусств
ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»
г. Москва, Россия

ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСТВОМ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Арт-терапия (от англ. art, искусство) – терапия изобразительным творчеством, направление в педагогике, психотерапии и психологической коррекции, основанное на искусстве и творчестве. Наиболее значимыми факторами интереса являются ориентация арт-терапии на принятие человека таким, каков он есть, вместе со свойственными ему способами гармонизации и самоисцеления.

Обучение и развитие ребенка, перенесшего тяжелое заболевание или еще находящегося на лечении, сопряжено с рядом трудностей. Длительная, связанная с лечением изоляция таких детей, негативно сказывается на формировании их коммуникативных навыков, мотивации к любой активной деятельности.

Многолетняя практика показала положительное влияние различных видов творчества на развитие у таких детей навыков межличностного общения, укрепления отношений и уверенности в себе, повышения самооценки. А также на формирование образного и пространственного мышления, интеллектуальной

и эмоциональной сферы, личностных качеств, раскрытие творческого потенциала.

©Андрейчук В.А., 2016.

Арпентьева М.Р.,
Калужский государственный университет,
г.Калуга, Россия

ПСИХООНКОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И НАПРАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ РАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Введение. Спецификой раковых заболеваний, тем более если речь идет о детях, является полиэтиологичность их возникновения, непредсказуемость течения, отсутствие гарантий исцеления. В этих, неопределенных, малопредсказуемых, разрушающих привычное стабильное, привычное существование и сопровождающихся терминальной угрозой ситуациях, контроль над которыми снижен или отсутствует вовсе, у человека, наряду с активными и продуктивными, реализуются пассивные и деструктивные формы жизнедеятельности, отношений к себе и миру. Обыденные и даже профессиональные представления об онкологических заболеваниях часто напоминают мифы. Среди этих мифов особенно опасны те, то причисляют данные заболевания к однозначно смертельными/или неизлечимым: диагноз является серьезным стрессогенным фактором для пациента и его семьи даже в том случае, когда возникает лишь намек на его возможность. Однако, сегодня общество в целом и профессионалы в частности воспринимают болезнь менее угрожающей; налицо и снижение стигматизации онкологических больных, и активизация поиска стратегий совладания-исцеления, оказывающих меньшее травмирующее воздействие, позволяющее восстановить или достигнуть внутренней согласованности переживаний и осмысления личностью себя и мира. Напротив, неосведомленность о прогрессе в лечении рака, незнание приемов раннего выявления и типов новообразований, небрежное отношение к своему здоровью (физическому и психологическому) способствуют сохранению страха перед этой болезнью и перед больными. Стигматизация связана с тем, что онкологический больной часто и независимо от стадии заболевания воспринимается, как умирающий человек: окружающие боятся «заразиться» этой болезнью и интенсивными негативными переживаниями больного, страх соприкоснуться с переживаниями, опытом смерти, умирания. Нередки и моменты, связанные с «упрощенной» психологической моделью рака в быту: «сам виноват» («неправильно жил»), что разрушает отношений пациентов с окружающими переживаниями обиды и раздражения, вины и стыда, одиночества и отчуждения, непонимания и стремления отстоять правоту, что еще более обостряет изоляцию и стигматизацию в целом.

Кроме того, в работе с больными раком детьми в качестве важного постулата психологической помощи выступает представление о том, что ребенок лишь отражает внутренние состояния родителей, именно их психологически и нравственно ошибочные модели отношений к себе и миру становятся причиной, опорой и следствием онкологических и иных болезней: «лечить» нужно всю семью, помогая родителям отказаться от неправильных, этически некорректных форм поведения и ценностей, а также исправить сделанные ими в отношении себя, окружающих людей и мира в целом, ошибки. В случае онкологических заболеваний это, прежде всего, ошибки жизнеотрицания, неприятия и непощения людей, себя и жизни в целом, а также ошибки ревности и гордыни, побуждающие членов семьи предавать и отвергать друг друга, самих себя, окружающий мир, совершать поступки, которые можно назвать преступлениями против любви и жизни. Данные тенденции могут быть как скрытыми и скрываемыми, так и абсолютно доступными: многие родители, например, отказываются от самой идеи психологической работы и нравственного совершенствования, фокусируясь на страдании ребенка и медицинской помощи, отказываются признавать свой вклад и ответственность за состояние ребенка и т.д. Признание этих ошибок и попытка измениться - важнейший компонент исцеления ребенка: вплоть до самых «чудесных», неожиданных и необъяснимых [3; 5 ; 7; 10; 12; 14; 18; 20; 21; 22; 23; 30; 37; 39; 45; 46; 51; 59; 60; 62; 68; 70]. Поэтому, говоря о «больном» / пациенте, его психологических и нравственных состояниях, мы имеем ввиду не столько самого ребенка, сколько всю семью, родителей. Речь идет как о традиционной концепции семейной психотерапии и психологической помощи как «идентифицированный пациент», так и о понимании семьи как «коллективного пациента». В семейной традиции психологической помощи «коллективный клиент» - весьма устоявшаяся модель, однако, в традиции медицинской и социально-медицинской помощи, она все еще далека от внедрения. Однако, помочь ребенку, не меняя отношение родителей к себе и миру, нельзя.

Основные результаты исследования. В контексте проблем психологического сопровождения онкологических больных распространены исследования, посвященные изучению психологических трудностей и психических нарушений у больных . Частым исследованием, предметом которых являются способы совладающего поведения пациентов с онкологическими заболеваниями и исследования качества жизни онкологических больных. Ряд практиков и теоретиков отмечают не только влияние факта заболевания и лечения онкологической патологии на психическое состояние пациента и его семьи, но и влияние психических факторов на возникновение, течение и исход заболевания [1; 2; 4; 6; 8; 9; 11; 13; 16; 17; 19; 24; 26; 28; 33; 35; 36; 56; 58; 59; 64; 65; 69; 71]. Однако не все психологические реакции при онкологии являются негативными: многие больные, особенно в ремиссии, находят особый смысл в своем заболевании, например, новое понимание жизни, повышение самопринятия и чувство превосходства. Происходит «смыслостроительство», обнаружение новых

жизненных смыслов – наиболее эффективное копинг-поведение, которое существенным образом способствует улучшению адаптации к болезни и качества жизни пациента.

Исследователи отмечают роль стресса и отношений к нему в профилактике и лечении онкологии, а также, говоря о наличии в организме «спящих» опухолевых клеток у относительно здоровых людей и прогрессирования опухолевого процесса у пациентов со сниженным иммунитетом (в случае стрессов или направленного медицинского воздействия), подчеркивают этот факт как доказательство причастности иммунитета к патогенезу опухолевого роста: иммунная система играет критическую роль в возникновении, прогрессировании онкологического заболевания, а также в качестве жизни онкологических больных [19; 23; 25; 26; 27; 29; 31; 32; 34; 35; 38; 40; 41; 42; 48; 52; 53; 54; 63; 64; 68].

Уже в русской медицине XVIII века указывалось, что «дальняя причина рака есть долгая печаль» [14]. У. Уолш в середине позапрошлого века писал: «Моральные эмоции вызывают дефективную иннервацию, что, извращая трофику, в свою очередь, приводит к образованию рака» [70]. И. Тен-Бойл [68] отмечает роль религиозности или духовности в процессе совладания со стрессом: религиозность или духовность влияет как на когнитивный (восприятие пациентом болезни как части божественного плана), так и на поведенческий (молитвы или обращение в церковь) аспекты копинга. Эффективный религиозный копинг – выражение поддерживающих отношений с Богом. Он позволяет найти значение болезни, обрести чувство контроля и комфорта в ситуации заболевания. Обращение к Богу за поддержкой является значимым ресурсом для пациентов [68]. Заболевание приводит к изменению жизненной позиции человека, трансформации мотивов: на диагностическом этапе смыслообразующим мотивом становится мотив выживания; на этапе лечения – часто доминирует мотив сохранения здоровья и выживания; при дальнейшем – мотивы социального выживания и социального становления [25].

Дж. Педжет констатировал, что депрессия играет главную роль в возникновении рака. Психические факторы в развитии злокачественных новообразований отмечал и Н.И. Пирогов, который писал о влиянии «угнетающих душевных переживаний» на развитие данной патологии [14; 56].

Многочисленные наблюдения онкологов и специальные исследования, выполненные как в нашей стране, так и за рубежом, свидетельствуют о том, что онкологические больные находятся в состоянии глубокого эмоционального стресса. Ситуация онкологического заболевания является кризисной для человека. Врачи- онкологи постоянно сталкиваются с этими вопросами в своей клинической практике и все чаще направляют своих пациентов к психотерапевтам и медицинским психологам.

С. Филимонов пишет, что «Каждая болезнь имеет свой смысл. Господь посылает болезнь, а вернее, попускает, в том месте, органе или системе, где страсть, поражающая душу человека, проявляется максимально. Болезнь же тогда является лекарством, пресекающим дальнейшее развитие страсти».

«Онкологическое заболевание... с религиозных позиций имеет своим назначением «извещение» человека о том, что ему предстоит путь в Царствие Небесное, время жизни его исчислено, отмерено... При этом неважно, сколько времени ... Важно, что свыше прозвучал удар в колокол, призывающий к покаянию за всю прожитую жизнь.» [37, с. 3, 4]. «Для неверующих людей диагноз «рак» ... как правило, становится настоящей трагедией жизни. ... Человек... может пойти по одному из трех путей: 1. разгульный: взять за оставшееся время от жизни все, что только возможно... 2. рациональный: больной приходит к врачу, осуществляет попытку излечения, ... т. е. стремится помочь своему телу. 3. духовный: больной воспринимает свое заболевание именно как извещение о времени подготовки к вечности, не как наказание, а как милость Божию, как предупреждение Божие о грядущей вечности» [37, с. 6]. при этом «неясность этиологии онкологических заболеваний, сомнения больных в возможности излечимости рака, калечащий характер многих видов лечения, угрожающая инвалидность, наконец, истинные трагедии, которые переживают больные и близкие им люди, – ... создает в любом онкологическом учреждении... особенную психологическую атмосферу, предъявляющую свои исключительные требования к искусству общения с больным. Это положение усугубляется тем, что сдвиги в душевном состоянии пациентов, реакции страха, гнева и т. д. являются проявлениями самой болезни, которые врач должен понимать и стараться снимать всеми доступными средствами» [37, с. 20] «неоправданный оптимизм и запугивание, резко пессимистическое отношение врача к возможному исходу болезни... не должно иметь места, особенно при разговорах с больными» (Филимонов С., 2013, с.22).» «Обычно излечение связано с внутренними изменениями человека, наступающими в Таинстве Покаяния. Очищение души ведет к выздоровлению тела.» [37, с. 40].

В многочисленных исследованиях онкологических больных показана взаимосвязь психологических особенностей их личности и состояния и физиологических состояний, в том числе состояния иммунной системы. У раковых больных часто обнаруживаются ранняя утрата важных лиц близкого окружения и сохранение «пуговины» с кем-либо из родителей, – неспособность больного открыто выражать враждебные чувства и сексуальные нарушения. В качестве «психологических канцерогенов», запускающих или активизирующих раковые болезни выделены травмирующие жизненные события, трудности в связи с утратой объекта и обусловленные этим страхи, нарушение способности к выражению переживаний и трудности в преодолении конфликтов, длительно существующее состояние безнадежности, подавленности и отчаяния. Многие ученые связывают риск онкологии с наличием отягощающих переживаний в детстве: утраты одного из родителей, отчуждённым отношением со стороны близких и жестокостью окружающих. Часто рак свидетельствует о том, что есть «нерешенные проблемы», усилившиеся из-за серии стрессовых ситуаций, которые человек прошел в период 0,5-1,5 года до возникновения /активизации рака. Типичная реакция больного на эти проблемы и стрессы связана с переживанием беспомощности, отказа от борьбы, что подавляет естественные

защитные механизмы организма и создает условия возникновения и развития опухоли. Часто незадолго до начала болезни многие из больных раком теряют значимые для них связи, будучи склонны к привязанностям и связям с ограниченным кругом людей, жизненных ситуаций и ориентиров, не развивающими собственную индивидуальность. Поэтому при угрозе потери или потере пациенты оказываются в одиночестве и в состоянии отсутствия навыков, позволяющих справляться с подобными ситуациями.

Л. ЛеШан пишет, что юность многих пациентов была отмечена чувством одиночества, покинутости, отчаяния, а близость с другими людьми вызывала трудности и казалась опасной; в ранний период зрелости пациенты либо установили глубокие, значимые для них отношения с каким-то человеком, иногда перераставшие в сильную ревность, либо получали большое удовлетворение от своей работы, гордились ею. Работа или отношения такого типа становятся смыслом их существования, заслоняя иную жизнь, Бога. Затем эти отношения и работа были потеряны: смерть любимого человека, переезд на новое место жительства, уход на пенсию, начало самостоятельной жизни ребенка и т. д., в результате чего вновь возникло отчаяние, которое не имело выхода, они переживали его «в себе» и были не способны излить свою боль, в том числе гнев потери или враждебность невозможности прежней жизни [54].

«Психологический профиль онкологического больного» таков: доминирующая детская позиция в общении, тенденция к экстернализации локуса контроля, высокая нормативность в ценностной сфере, высокий порог осмысления негативных ситуаций, сложность понимания сущностных признаков происходящего, часто – присутствие доминантной матери. Потеря интереса к жизни играет решающую роль в воздействии на иммунную систему и может привести к повышенному производству атипичных клеток. Человек, выбирающий позицию жертвы, придает повышенное значение событиям, которые подтверждают безнадежность его положения. Поэтому такие социальные факторы (профессиональная стабильность, постоянство взаимоотношений), в отличие от психических, характерных для «раковой личности», имеют большое значение для выживания, ремиссии и реабилитации. А такие психосоциальные стрессоры как социальная неустроенность, изменения социального статуса, места жительства, недовольство работой, урбанизация, географическая и социальная мобильность, неблагоприятная ситуация трудовой занятости, драматические жизненные события и жизненные кризисы, включая кризисы потери близких, скорбь, отчаяния, депрессии и безнадежности, – у таких людей часто становятся пусковыми факторами в развитии онкологических заболеваний. Рост заболеваемости наблюдается при смещении психологического равновесия пациентов, при котором а они воспринимают свою жизненную ситуацию как неудовлетворительную, угрожающую, невыносимую, конфликтную и не в состоянии самостоятельно справиться с ней [40].

В.Д. Тополянский и М.В. Струковская развивают классическую концепцию «утраты объекта» («object loss») как фактора, снижающего толерантность личности к стрессу и повышающего вероятность

психосоматического заболевания [33]. Заболевают раком преимущественно люди, обладающие высокой подверженностью стрессу и/или находящиеся в длительном и интенсивном стрессе («длительный пассивный стресс»), который они не в состоянии принять и переработать: провоцируется развитие переживаний беспомощности, покинутости и страха потери источника удовлетворения. Стрессовые ситуации или («длительный пассивный стресс») сопровождаются возбуждением гипоталамуса и лимбической системы, что связано с ростом активности коркового и мозгового слоев надпочечников, выбросу катехоламинов и глюкокортикоидов. Иммунодепрессивный эффект этого роста приводит к повышению вероятности нарушений деструкции бластогенных клеток.

С. Фанти, создатель микропсихоанализа, рассматривает рак и психоз как проявления «танатоса», инстинкта разрушения и смерти: при психозе осуществляется перемещение «танатоса» на «психический полюс», при раке – на «соматический полюс» [36].

Качественный анализ взаимосвязей психологических параметров личности больных злокачественными новообразованиями, имеющийся в научной литературе, позволяет выделить четыре значимых предиктора онкологической патологии: 1) ранняя утрата значимого близкого, являющегося объектом глубокой привязанности и любви; 2) неспособность открыто выражать враждебные чувства; 3) сохранение зависимости от значимого человека («пуповинная связь» с кем-либо из родителей, созависимость либо инфантильность, личностная незрелость); 4) сексуальные нарушения. При этом сами по себе личностные особенности, психотравмирующие ситуации не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний. Они являются лишь факторами риска, причем при длительном взаимодействии между собой и в сочетании со средовыми влияниями (воздействие стрессоров окружающей среды).

К. и С. Саймонтон сформулировали психофизиологическую модель развития онкологических заболеваний, указав психологические характеристики пациентов, как выраженная склонность таить обиду и заметная неспособность к прощению; а также тенденция к самосожалению и самооплакиванию, самонеэффективности и беспомощности; неспособность к поддержанию долгих и значимых отношений; неприятие себя (например, ощущение своей греховности у религиозных людей). Основа онкологии – его «единая матрица» – фундаментальное отрицание, которая особенно сильно проявляется из-за утраты горячо любимого значимого человека в течение 16–18 месяцев до диагностирования заболевания. Они выделяют пять этапов развития психологического процесса, предшествующего возникновению рака [28]. 1. Детские переживания, приводящие к формированию того или иного типа личности. 2. На человека обрушиваются драматические события, вызывающие у него стресс. 3. Возникшие стрессовые ситуации ставят перед человеком проблему, с которой он не может справиться. 4. Не видя возможности изменить правила своего поведения, человек чувствует свою беспомощность и неразрешимость создавшейся ситуации. 5. Человек отказывается от решения

проблемы, теряет гибкость, способность изменяться и развиваться. Они же выделяют четыре психологических этапа, выводящих человека из кризиса к здоровью: 1. когда человек узнает, что болен и что его заболевание может быть смертельным, он начинает по-новому видеть свои проблемы; 2. человек принимает решение изменить свое поведение, стать другим; 3. физиологические процессы, происходящие в организме, реагируют на вспыхнувшую надежду и вновь появившееся желание жить. Образуется новая положительная зависимость физиологических процессов и эмоционального состояния пациента; 4. выздоровевший больной чувствует себя «лучше, чем просто хорошо». Первой задачей психотерапии является необходимость помочь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию. После этого их можно научить справляться со стрессовыми ситуациями. Особенно важно, чтобы они изменили понимание себя и проблем, с которыми столкнулись. Больные должны довериться в собственные силы, знать, что они могут разрешить все свои проблемы более эффективно. Появившаяся у пациента вера в возможность поправиться и новое отношение к проблемам формируют жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее: в результате механизмы, которые способствовали превращению негативных переживаний в онкологическое нарушение, могут быть использованы и для восстановления здоровья.

По мнению К. Саймонтона «физическая болезнь – это только проявление лежащих в ее основе психосоматических процессов, которые вызываются различными психологическими и социальными проблемами. Пока эти проблемы не будут решены, пациент не излечится, несмотря на то, что рак может со временем пройти» [28]. Рак – способность «съесть» самого себя; он отражает способность бороться или сдаваться, раскрывать себя миру или прятать себя. Пациент обычно понимает заболевание как угрозу всему своему существу. Он боится не только боли, угасания и ранней смерти, но и физических дефектов (например, удаления части тела или органа, облысения из-за химиотерапии), а также социальной изоляции вследствие длительного пребывания в больнице и тревоги у близких, ограничения контактов. Для пациентов типичны фрустрация (переживания и поведение, вызванные непреодолимым препятствием на пути к цели), ригидность (затрудненность в изменении стиля поведения), низкий уровень социальной чувствительности и саморефлексии, нерациональные способы самозащиты, фрустрационная интолерантность, бегство «в работу» и «болезнь», поиск виновных и социальная дезадаптация [8; 67]. Отмечается неконгруэнтность смыслов личности, проявляющаяся в несоответствии декларируемых и глубинных смыслов личности, при этом отмечается противоречие между повышенным самоуважением, граничащим с конформностью и зависимостью от социальных норм, аутосимпатией и самоуничижением [27]

Выводы. Социальные, профессионально-медицинские или семейные концепции типа «что с того?» или «все это все равно не имеет смысла», «нужно принимать все так, как есть», «здоровье – это все, жизнь без здоровья – это ничто», приводят к тому, что больные раком, как и иными смертельно

опасными заболеваниями, видят будущее закрытым и безнадежным, они не отличают желания и потребности (нужды), и, обычно, вообще не воспринимают или игнорируют потребности, при этом проблемы будто «въедаются» в них. Защитные силы детского организма ослабляются душевными травмами, наносимыми его душе ошибками родителей и прародителей, но безнадежность ребенка и семьи как «коллективного пациента» может быть преодолена при обсуждении с членами семьи вопросов типа «откуда я – зачем я?» и вопросов о смысле жизни, смысле болезни. Социальную изоляцию семьи легче преодолеть, если настроить ее и ребенка как «идентифицированного пациента» на общение – в зависимости от конкретной ситуации [36; 37; 43; 44; 50; ; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 65;]. Стрессовую ситуацию можно преодолеть и/или уменьшить ее негативные последствия, осмыслив травматически влияющие на пациента актуальные аспекты. Стабилизацию физического состояния можно обеспечить медицинскими методами, в том числе релаксационными методиками и правильным образом жизни, с другой – сбалансированностью отношений в психологической и социальной сферах [45; 46; 47; 49; 66; 68; 69 и др.]. Говоря о «больном» / пациенте, его психологических и нравственных состояниях, необходимо иметь ввиду не столько самого ребенка, сколько всю семью, родителей и прародителей, иногда и род в целом. Речь идет как о традиционной концепции семейной психотерапии и психологической помощи как «идентифицированный пациент», так и о понимании семьи как «коллективного пациента». В семейной традиции психологической помощи «коллективный клиент» - весьма устоявшаяся модель, однако, в традиции медицинской и социально-медицинской помощи, она все еще далека от внедрения. Однако, помочь ребенку, не меняя отношение родителей к себе и миру, нельзя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березкин Д.П., Зырянова Н.Г. О перспективах психосоматических исследований в онкологии/Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1976. – С.16-18.
2. Блинов Н.Н., Демин Е.В., Чулкова В.А. О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения // Вопросы онкологии. – 1989. – Т. 35, №6.
3. Блинов Н.Н., Демин Е.В., Чулкова В.А. О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения//Вопросы онкологии.–1989.–Т.35.– №6.–С.643-648.
4. Блинов Н.Н., Комяков И.П., Чулкова В.А. Роль психотерапии в повышении качества жизни онкологических больных. –СПб.: Медицина, 1998. – 19с.
5. Быкорез А. Н., Рубенчик Б. Л. Причина рака: факты и гипотезы. Киев: «Наукова думка», 1997 —118 с.
6. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
7. Васютин А. М. Спасение есть – оно в тебе! Рак как психосоматоз. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2011. – 160 с.
8. Великолуг А.Н., Дрегалю А.А., Великолуг Т.И. Влияние социальной сферы на личность онкологического больного в процессе реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. -№1. – С. 6 – 10.

9. Врач – пациент: общение и взаимодействия. – Женева–Амстердам–Киев: ВОЗ. Отдел психического здоровья, Ассоциация психиатров Украины, 1996. – 54 с.
10. Гнездилов А.В. Качество жизни больных пограничными и психосоматическими расстройствами // Качество жизни в психоневрологии. Тезисы докл. международной конференции. Санкт-Петербург. – СПб., 2000. – С. 42 – 45.
11. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. – №1. – С. 5 – 13.
12. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. - СПб:Речь,1992.- 162с.
13. Гнездилов А.В., Губачев Ю.М. Терминальные состояния и паллиативная терапия. – СПб.: Речь, 1998. – 57 с.
14. Дуброва В.П., Егоров К.Н. Этико-психологические аспекты работы врача общей практики с онкологическими больными // Медицинские новости. – 2003. – №2. – С. 3-11. <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=2274> (дата обращения 10.06.2016)
15. Именитов Е.Н. Спорные аспекты фундаментальной онкологии / Практическая онкология. – СПб., 2014. – Т. 15. – С. 49 – 60.
16. Касимова Л.Н., Жиряева Т.В. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – №1. – С. 16-19.
17. Касимова Л.Н., Илюхина Т.В. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – №3. – С. 71 – 74.
18. Левин Т., Киссане В.Д. Психоонкология: состояние на 2006 г. // Психические расстройства в общей медицине. 2007. – №2 (3). – Р. 10—24.
19. Лекции по фундаментальной и клинической онкологии/Под ред.В.М. Моисеенко, А.Ф.Урманчевой, К.П.Хансона.–СПб.:ООО«Издательство Н–Л»,2004.704с.
20. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб.: НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1994. – 245 с.
21. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М.: Эксмо, 2008. – 1024с.
22. Мельченко Н.И., Исханов Р.Ф., Исаева О.С. и др. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. – Самара: Изд-во СамГПУ, 1999. – 189 с.
23. Мерта Дж.Справочник врача общей практики. – М.: Практика, 1998. – 1230с.
24. Моисеенко В.М., Чулкова В.А.Психоонкология. – СПб.: Питер, 2007. – 38с.
25. Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д. Клиническая психотерапия. – СПб: Питер, 2008. – 523 с.
26. Непомнящая Н.И. О психологическом аспекте онкологических заболеваний // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19. – №4. – С. 132 – 145.
27. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии. Научно–методический журнал. – 2002. – №4. – С.152-160.
28. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака.–СПб: Питер,2001. – 288с.
29. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина. – М.: МЕД-пресс-информ, 2006. – 564с.
30. Сирота Н.А. Совладание с онкологическими заболеваниями // Труды конференции «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» – М., 2011. – С. 247 – 251.
31. Смудевич А.Б., Андриющенко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентральной программы «СИНТЕЗ») // Психические расстройства в общей медицине. – М., 2007. – №3. – С. 4 – 11.
32. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С. и др. Онкопсихология. — М.: Институт психологии РАН, 2010. — 176 с.
33. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М., 1986. – 384 с.

34. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике: Учебное пособие. – Ярославль, 1998. – 160 с.
35. Усманова Е.Б. Психологические факторы качества жизни больных с опухолевым поражением костей. Дисс. ... канд. мед.наук. – СПб.: СПбГУ, 2016. – 220с.
36. Фанти С. Микropsихоанализ. – Москва: АО Аслан, 1995. – 351 с.
37. Филимонов С., протоиерей. Православный взгляд на онкологию. – СПб: «Свет Христов», Благословение, 2013. – 144 с.
38. Чулкова В.А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: автореф. дис. канд. психол. наук. – СПб.: СПбГУ, 1999. – 19 с.
39. Benedict C., Penedo F.J. Psychological interventions in cancer / Psychological aspects of cancer. – Springer science, 2013. – P. 221 – 248.
40. Blohmke M. Psychosoziale Faktoren und Krankheit // Med. Nensch. Ges. 1976. – №1. – P. 116-121.
41. Breslau E.S., Curbow B.A., Zabore J.R., Britzenhofzoc K. Psychological Distress in Post-Surgical Women with Breast Cancer. – Baltimore: John Hopkins School of Medicine&Oncology Center, 2001. -210p.
42. Cassilieth B.R., Luck E.J., Miller D.S., Brown L.L., Miller S. Psychological correlates of survival in advanced malignant disease // National Engl. Journal of Medicine. – 1985. – V. 312. – P. 1551-1555.
43. Chida Y., Hamer M., Wardle J., Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and and survival? // National Clinical Practice of Oncology. – 2008. – V.5. – P. 466 – 475.
44. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // Journal of American Medicine Association. – 1983. – V. 249. – P. 280 – 289.
45. Dubashi B., Vidhubala E., Cyriac S., Sagar TG. Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary institute in south India // Indian Journal of Cancer. – 2010. – V.47. – P. 142 – 147. Dunkel-Schetter C., Feinstein L.G., Taylor S.E., Falke R.L. Patterns of coping with cancer / Health Psychology. – 1992. – V.11 (2). – P. 79-87. 197
46. Evans E.A. Psychological Study of Cancer. — New York: Dodd, Mead & Co, 1926. – 326 p.
47. Fagundes C.P., Lindgren M.E., Kiecolt-Glaser J.K. Psychoneuroimmunology and cancer: Incidence, Progression, and Quality of life / Psychological aspects of cancer. – Springer science, 2013. – P. 1 – 11.
48. Felton B.J., Revenson T.A., Hinrischen G.A. Coping and adjustment in chronically ill adults // Social Science and Medicine. – 1984. – V. 18. – P. 889 – 898.
49. Folkman S. Stress, coping, and hope / Psychological aspects of cancer. – Springer science, 2010. – P. 119 – 127.
50. Friedman S.H. A problem-solving conceptualization of coping: Theory, research, and relevance to cancer // University of the Health Sciences. – Philadelphia. – 1998. – P. 26 – 68.
51. Hamilton A. Intelligence and fertility. London, 1999. – 345 p.
52. Heidrich S.M., Forsthoff C.A., Ward S.E. Psychological adjustment in adults with cancer: The Self as mediator // Health Psychology. – 1994. – V. 13 (5). – P. 346- 353.
53. Kübler-Ross E. On Death and Dying. – Routledge, 1969. 199p.
54. LeShan L. L. You can fight for your life. – New York: M. Evans & Company, 1977. – 235 p.
55. Lillberg K.,Verkasalo PK.,Kaprio J., Teppo L., Helenius H., Koshenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study // American Journal of Epidemiology. – 2003. V. 157. – P. 415 – 419.
56. Paget J. The Morton Lecture on Cancer and Cancerous Diseases // Britan. Med Journal. – London, Longmans, Green and Company, 1887. – № 2. – P. 1091-1095.

57. Palesh O, Butler LD., Koopman C. Stress history and breast cancer recurrence // *Journal of Psychosom. Resource.* – 2007. – V. 63. – P. 233 – 239.
58. Passik S.D., Grummon K.L. Posttraumatic Stress Disorder // *Psychooncology* / Ed. by J.C. Holland. – N.Y.: Oxford University Press, 1998. – P. 595- 607.
59. Penninx B., Guralnik JM., Havlik RJ. et al. Chronically depressed mood and cancer risk in older persons // *Journal of National Cancer Institute.* – 1998. – V. 90. P. 1888 – 1993.
60. Porcelli P., Sonino N. Psychological factors affecting medical conditions: a new classification for DSM-V. – Basel: Karger Publishers, 2007.
61. Ross K. Mapping pathways from stress to cancer progression // *Journal of National Cancer Institute.* – 2008. – V.100. – P. 914 – 920.
62. Rowland J.H., Massie M.J. Breast cancer // *Psycho-oncology* / Ed. By J.C. Holland. N.Y.. – Oxford: Oxford University Press, 1998. – P. 380-402.
63. Sadock B.J., Virginia A., Ruiz P. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. – Lippincott Williams&Wilkins, 2009. – 420p.
64. Satin JR., Linden W., Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients // *Cancer.* – 2009. V. 115. – P. 5349 – 5361.
65. Shekele R.B. , Raynor W.J., Ostefeld A.M. et al. Psychological depression and 17-year risk and death from cancer // *Psychosom. Med.* – 1981. – V. 43(1). – P. 117 – 125.
66. Spiegel D., Diamond S. Psychological interventions in cancer / *Psychological interventions for cancer.* – Washington, 2001. – P. 215 – 233.
67. Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model // *Cancer Surv.* – 1987. – V. 6. – P. 545-567.
68. Thune-Boyle IC.V. Religiosness and Spirituality in coping with cancer // *Psychological aspects of cancer.* – Springer science, 2013. – P.129 – 150.
69. Waisman A., Worden J.W. The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days // *International Journal of Psychiatry in Medicine.* – 1977. – V. 7 (1). – P. 1 – 15.
70. Walsh N. H. Nature and Treatment of Cancer. London: Taylor and Walton, 1846. – 210p.
71. Watson M., Haviland J., Greer S., Davidson J., Bliss J. In fluence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study // *Lancet.* – 1999. – V. 354. – P. 1331 – 1336.

Баженова М.И.,

психолог Некоммерческого благотворительного фонда помощи детям «Дедморозим», канд. психол. наук, доцент кафедры социальной работы и конфликтологии ПГНИУ, г. Пермь, Россия

ОТКАЗ ОТ ПОМОЩИ И СОПРОТИВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМ: УВИДЕТЬ, ПОНЯТЬ И ПОДДЕРЖАТЬ... ЧТОБЫ НЕЙТРАЛИЗОВАТЬ

У каждого бывают ситуации, когда кто-то нам что-то предлагает. В ответ на это предложение мы либо соглашаемся, либо отказываемся. Наше решение зависит от многих факторов: например, мы рады воспользоваться этим предложением или нам это не нужно, но соглашаемся, чтобы не обидеть человека. У отказа тоже могут быть разные причины. Быть может, мы точно знаем, что нам это не нужно или нужно, но совсем другого качества. В этих случаях мы принимаем решение отказаться осознанно, рационально, взвешивая аргументы «за» и «против». Но бывает так, что «нет» возникает без раздумий: просто «нет» и точка. Этот отказ как будто находится внутри нас, готовый вырваться при первой же возможности. И вырывается: стремительно,

эмоционально. Уже потом находится объяснение и даже не одно, почему «нет», но первоначально это именно импульс, который иррационален. И хотя сам импульс иррационален, но объяснение у него есть. Или одно из объяснений, потому как жизнь многогранна, и многие явления обусловлены множеством причин и закономерностей.

Внутреннюю силу человека, препятствующую изменениям, принято называть сопротивлением. Можно предположить, что сопротивление возникает как реакция на давление извне, и в ряде случаев это действительно так: причём чем больше давления, тем больше сопротивления («эффект бумеранга»). Однако и в тех случаях, когда инициатором изменений является сам человек, он встречается со своим же сопротивлением. Например, мы решаем делать зарядку по утрам или бегать по вечерам, но уже через несколько дней на это совсем не остается времени или находятся дела гораздо более важно-срочные. Почему же всё возвращается на круги своя? Причин может быть несколько: вторичная выгода, когда худшее (по сравнению с возможным) состояние имеет определённые преимущества, чаще неосознанные, или нынешнее состояние вполне устраивает, а мотивация к изменениям не так уж сильна. Но бывает и по-другому: актуальная жизненная ситуация носит явно проблемный характер, и у человека есть стойкое желание из неё выйти, но как будто что-то этому препятствует.

Сопротивление, препятствуя изменениям (к лучшему), в то же время осуществляет защитную функцию, так как сохраняет имеющиеся ресурсы. В трудной жизненной ситуации, особенно если она имеет длительный характер, имеющиеся ресурсы – в первую очередь внутренние, но также и внешние – постепенно истощаются. И вместе с этим возрастает потребность в сопротивлении как в защитном механизме. В результате возникает противоборство двух внутренних разнонаправленных сил: одна сила ведёт к изменениям, другая – стремится сохранить статус-кво. Чтобы прочувствовать это, можно вспомнить ситуацию сильной усталости, когда кажется, что даже на то, чтобы хорошо отдохнуть, нет сил. Такое, казалось бы, противоречивое состояние может вызывать недоумение у окружающих. Например, родитель, который на протяжении длительного времени ухаживает за тяжело болеющим ребёнком и находится в крайней степени истощения, отказывается от помощи и возможности «перевести дух». И на рациональном уровне он может быть даже согласен, что отдых ему сейчас был бы кстати, но воспользоваться этой возможностью как будто что-то мешает. Либо он даже не допускает такой мысли, а сразу же, не задумываясь, отвечает «нет». В этом случае можно говорить о сопротивлении.

Как же быть, если человек, нуждающийся в помощи, сопротивляется ей? Первым делом нужно понять (предположить), что мы имеем дело с сопротивлением, то есть различать его и осознанный отказ, на который любой человек имеет право, даже если нам бы очень хотелось ему помочь. Вряд ли можно выделить однозначные признаки сопротивления, но ряд особенностей в поведении можно рассматривать как его проявления. Во-первых, сопротивление, являясь иррациональным по своей природе, сопряжено с

повышенной эмоциональностью, которая либо подавляется, либо, наоборот, выплескивается: голос может стать громче или тише, движения более суетливые или, напротив, человека как будто охватывает оцепенение. Сопротивление может проявляться через агрессию или через уход от контакта. Кроме того, что сопротивление можно увидеть, его можно почувствовать – и помогает этому эмпатия. Распознать сопротивление очень важно, потому как на его фоне традиционные методы убеждения и аргументации не только не дают результата, но могут усилить противостояние.

После того, как сопротивление обнаружено, его нужно поддержать: да-да, не бороться с ним, не устранять, а поддержать. Поддерживая сопротивление, мы тем самым поддерживаем и самого человека, а поддержка, как известно, мощный ресурс. А ведь именно нехватка ресурсов удерживает человека от изменений и усиливает сопротивление. Итак, на этом, втором (после распознавания), этапе очень пригождается умение слушать. Когда мы спокойно, безоценочно, принимающе слушаем человека, это ощущается им как поддержка, а, кроме того, если слушать внимательно, то можно понять человека и то, что питает его сопротивление. Очень хорошо не просто сказать: «Да, Вы имеете право отказаться, я понимаю Ваши чувства», а попробовать эти чувства и причину отказа назвать: «Да, я понимаю, Вам не хочется оставлять своего ребёнка даже на короткое время, потому что Вы его очень любите и делаете для него всё, что в Ваших силах и даже больше. Кроме того, Вы, возможно, не доверяете чужим людям. И это естественно, ведь именно родитель, родной человек, лучше других чувствует и понимает своего ребёнка». Называя чувства человека (страх, тревогу, раздражение), мы тем самым снижаем их интенсивность, а ведь они подпитывают сопротивление. Говоря об этих чувствах спокойно, мы даём понять, что на нас можно опираться, что эмоционально мы стабильны. Принятие и понимание чувств даёт возможность расположить к себе собеседника, создаёт основу для доверия: ведь понимание на уровне чувств часто воспринимается как самое ценное, глубинное, истинное. Находясь в ситуации доверия, человек расслабляется, а высвободившиеся ресурсы, которые ранее уходили на подавление напряжения, могут быть направлены на осуществление изменений.

На третьем этапе – после того, как сопротивление обнаружено и поддержано, – нужно понять, какие причины отказываться от помощи у человека есть. И проще всего это сделать, задавая вопросы и слушая. Например: «Как на Ваш взгляд, если Вы всё же возьмёте себе немного времени отдохнуть, а я побуду с Вашим ребёнком, то сколько времени это может быть?»; «Как Вам кажется, если на один-два часа я останусь с Вашим ребёнком, а Вы в это время сможете сделать свои дела и немного перевести дух, то в какое время в течение дня это лучше сделать?»; «Какие моменты Вам важно обсудить, если мы договоримся о том, чтобы некоторое время я побыла с ребёнком, а у Вас появилось время сделать свои дела и немного переключиться?». Такие проясняющие и уточняющие вопросы крайне важны, потому как все люди разные, и в одной и той же ситуации нас тревожат разные вещи: кто-то будет думать, что это платно, или не захочет чувствовать себя

обязанным, и поэтому откажется; у кого-то возникнут сомнения в нашей компетентности с точки зрения ухода за болеющим ребёнком; для кого-то самым удобным временем будет ночное, но он подумает, что мы готовы предложить свою помощь только в дневное время. Но если сомнения разные, то наши аргументы тоже будут про разное. Вообще на этом этапе велика роль информирования: чем точнее, достовернее и доступнее информацию мы даём, тем меньше шансов для фантазий, которыми заполняется неопределённость. Но чтобы не перегрузить человека информацией и не усилить тем самым сопротивление, мы сначала спрашиваем, а уже потом поясняем. Кроме того, такой формат разговора свидетельствует о том, что мы идём за человеком (его вопросами, его интересами, его сомнениями), а не тянем его за собой.

И вот, после того, как мы установили контакт, заметили и поддержали сопротивление, прояснили представления человека и предоставили недостающую информацию, можно подключать рациональную аргументацию, но делать это аккуратно, дозировано, помня, что для восприятия любой новой информации нужны ресурсы, а они в ситуации длительного тяжёлого заболевания ограничены. Именно поэтому процесс оказания помощи необходимо сопровождать поддержкой и актуализацией ресурсов, наличие которых помогает принять помощь и сделать шаг в сторону изменений к лучшему.

© Баженова М. И., 2016.

Бучинский М.А.,
руководитель отдела дельфинотерапии
Нижегородского дельфинария «АТЛАНТИДА»
Дельфинотерапевт сети дельфинариев НЕМО
г.Нижний Новгород, Россия

ДЕЛЬФИНОТЕРАПИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ

Резюме. Мировая тенденция демонстрирует увеличение использования животных в терапевтических целях. Открываются центры иппотерапии и канистерапии. Ежегодно открываются дельфинарии для проведения занятий по дельфинотерапии, но, к сожалению малая просвещенность в вопросе дельфинотерапии создает искаженное представление об этом направлении.

Считаю, что если мы поделимся информацией и той положительной динамикой, которая наблюдается у детей с аутизмом, ДЦП (детским церебральным параличом), социальной депривацией, ПТСР (посттравматическим стрессовым расстройством) и др. в процессе дельфинотерапии, поможет более серьезно рассматривать это направление в комплексной реабилитации детей.

В жизни детей, перенесших серьезные заболевания и долгое время пребывавших в изоляции от своих сверстников возникает проблема нормализации социальных контактов. Тем не менее, потребность в общении

остается важным фактором в оздоровлении. В своей работе мы пытаемся возобновить интерес к коммуникации через животных.

Лечебное общение с животными получило название «анималотерапия». Анималотерапия считается комплексным методом реабилитации. В своем современном виде анималотерапия была заложена канадским психиатром Борисом Левинсоном в 1960х. годах, в работе которому помогала его собака, она способствовала налаживанию отношения с клиентами и этим ускоряла терапевтический процесс. Это было полезно в работе с замкнутыми нелюдимыми детьми. На сегодняшний день во многих клиниках и центрах мира используются различные животные. Опыт наших западных коллег показывает перспективность направления анималотерапии.

Наиболее популярными направлениями анималотерапии являются канистерапия (работа с собаками), иппотерапия (работа с лошадьми) и дельфиноаерапия (занятия с дельфинами).

Дельфинотерапия появилась в 50-60 годах прошлого века. С того времени дельфинотерапию начали применять в реабилитации и социализации детей и взрослых. Настоящее время в мире работает более 500 дельфинариев которые практикуют дельфинотерапию. На территории России дельфинотерапию начали практиковать в 80х годах, в г.Севастополь под руководством Л.Н.Лукиной.

Эффективность дельфинотерапии обусловлена уникальными способностями дельфинов. У них развиты когнитивные способности и любознательность, что дает возможность их легко обучать. Им присуща вариативность поведения, они обладают высокой степенью социализации.

Считается, что основным фактором, действующим в дельфинотерапии, является локация пациента в воде дельфином с помощью сонара, излучающего звуки разной частоты. Прикосновение к коже дельфина в ходе поглаживания и выполнения упражнений считается весомым лечебным фактором, тем более что кожа животного имеет большое количество биологически активных точек и определенный электромагнитный потенциал. Общение с доброжелательным и жизнерадостным дельфином содержит элементы эмоционального потрясения, или эффект «позитивного культурного шока». Дельфинотерапия, проводимая квалифицированными психологами, имеет и элементы игровой терапии.

При проведении занятия работает команда специалистов: психолог и тренер – специалист в работе с дельфинами.

Рекомендуется подготовить ребенка к занятиям дома, показывать видео с дельфинами, подарить ребенку игрушку-дельфина, водить в бассейн, прийти за 20-30 минут до занятия чтобы ребенок смог привыкнуть к обстановке, увидеть, как занимаются другие дети. Психолог встречает и знакомится с родителями и ребенком, специалист изучает анамнез, налаживает контакт с ребенком. Обсуждает с родителями и ребенком программу занятия.

Как правило, занятие начинается со знакомства с дельфинами, психолог представляет всех дельфинов по именам, после этого ребенку предлагают погладить дельфина. Дельфины обладают межвидовой коммуникацией, также у них развита игровая деятельность что позволяет очень быстро заинтересовать

ребенка и помочь ему адаптироваться в новой среде. Для детей знакомство и игра с дельфином является значимым стимулом в развитии психики и овладении новыми навыками в том числе и навыками общения.

Желательно провести не менее 10 сеансов. В ходе занятий закрепляются навыки общения ребенка и дельфина.

В результате прохождения курса дельфинотерапии у детей улучшается эмоционально-волевая сфера, они становятся более самостоятельными, организованными, стабилизируется контактность ребенка.

Дельфинотерапия может сочетаться с другими методами лечения и психолого-педагогической коррекции.

Вместе с тем, противопоказаниями для проведения дельфинотерапии являются дезинтегративные психические расстройства, шизофренический процесс, эпилепсия и эпилептиформные состояния.

Дельфинотерапия является полноценной составляющей реабилитационного процесса для детей и взрослых с широким спектром заболеваний.

Таким образом, наша цель создать комфортные условия для продуктивного взаимодействия ребенка и дельфина. Это в полной мере поможет обогатить окружающий и внутренний мир ребенка, осознать собственное место в нем, стабилизировать психоэмоциональное состояние. Пусть мы еще не полностью осознали природу влияния дельфинов на организм ребенка, но по нашим наблюдениям и клиническим эффектам можем судить об их позитивном воздействии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукина Л.Н. Дельфинотерапия как система психофизической реабилитации людей. - НПЦ «ЭКОСИ-Гидрофизика», 2012. - 209 с.
2. Поповский Б. Удивительный мир дельфинов. – Киев, -2013,- 160 с.
3. Chuprikov A.P., Vanchova A., Keliushok S.V. et al. Dolphin Therapy for Children and Their Parents. – Odessa: Astroprint, 2009. - 17 p.

© Бучинский М.А. 2016.

Гончарова А.С., Насыбуллина Г.М.,
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Екатеринбург, Россия

МЕДИЦИНСКОЕ ВОЛОНТЕРСТВО. ОПЫТ ПРИВЛЕЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К РАБОТЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛАГЕРЯ ФОНДА «ШЕРЕДАРЬ»

В настоящее время, согласно федеральным государственным стандартам высшего образования (ФГОС ВО), выпускнику любой медицинской специальности необходимо обладать такими профессиональными знаниями и практическими навыками как: участие в проведении медицинской

реабилитации и санаторно-курортном лечении детей и подростков; способность действовать в нестандартных ситуациях, нести ответственность за принятые решения; умение работать в коллективе, толерантность; коммуникативные навыки; организация ухода за больными и оказание медицинской помощи; способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок; готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан; создание в медицинских организациях благоприятных условий для пребывания пациентов; готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала.

В то же время, в процессе учебной деятельности в медицинском университете студент не всегда имеет возможность длительно общаться с пациентами, изучить их возрастнo-психологические особенности и особенности, связанные с перенесенным заболеванием, а также поддерживать и сопровождать пациентов в лечении и реабилитации.

В связи с вышеперечисленным, на наш взгляд, важно развивать медицинское волонтерство, позволяющее студентам освоить необходимые навыки в рамках альтернативной практики.

В конце ноября 2015 года в адрес администрации университета поступило обращение о сотрудничестве от Фонда «Шередарь». Для определения необходимости и параметров сотрудничества делегация от УГМУ в составе зам. начальника УВР по вопросам профилактики и формирования ЗОЖ, куратора добровольческого движения УГМУ и 2-х студенток 3-го курса приняли участие в программе терапевтической рекреации сиблингов в период с 23 января по 5 февраля 2016 года.

В процессе участия члены делегация УГМУ:

- прошли курс обучения по международной программе «Оздоровительное восстановление детей (Therapeutic Recreation), перенесших онкогематологические и другие тяжелые заболевания», включающую теоретические и практические подходы реабилитации, модель терапевтической рекреации, возрастные особенности детей и особенностях в связи с болезнью.

- в рабочем режиме с 9-00 до 00-00 участвовали в программе реабилитационного лагеря «Шередарь». Руководитель делегации работал в качестве волонтера-организатора, студенты в качестве медицинских волонтеров обеспечивали сопровождение детей и волонтеров – участников программы в количестве 92 человека.

По результатам поездки был подготовлен подробный отчет для ректората УГМУ о программе и внесено предложение о заключении договора между УГМУ и Фондом «Шередарь» на прохождение производственной практики студентов 2 и 3 курсов лечебно-профилактического, медико-профилактического и педиатрического факультетов на базе Фонда «Шередарь». Данное соглашение позволило отправлять студентов в поездку и засчитывать время, проведенное в «Шередаре» как часы производственной практики в количестве 14 дней.

В настоящее время, 18 студентов УГМУ приняли участие в 4-х сменах лагеря. Для оценки эффективности работы данного направления медицинского волонтерства УГМУ нами проведен анализ удовлетворенности студентов результатами участия в тренингах и программах реабилитационного лагеря. Материалом для анализа послужили ответы на анонимные формализованные опросники (9 человек) и творческие эссе студентов – участников смен (18 человек).

Студенты дали достаточно высокую оценку 3-х дневному тренингу, средние оценки (по предложенной шкале от «1» до «5» баллов) следующие: оправданность ожиданий от тренинга - 5,0 баллов;

содержание тренинга – 4,9 балла;

организации и формы обучения – 4,8 балла и 4,7 балла соответственно;

важность (полезность) полученных знаний - 4,8 балла;

возможность использования полученной информации в своей будущей профессии – 4,2 балла;

возможность использования полученной информации в жизни – 4,7 балла; возможность использования полученной информации в работе УГМУ – 4,1 балла.

Развернутые впечатления от тренинга у волонтеров были разные: среди «минусов» отмечали длительность тренинга, чрезмерную насыщенность информацией, усталость от работы; среди «плюсов» – пользу теоретических знаний и возможность сразу закрепить их на практике. Особенно запомнился и помог в дальнейшей работе студентам раздел обучения «Camp day».

Результаты оценки самой программы реабилитации показали, что большинство ожиданий студентов от участия в программе реабилитационного лагеря, содержания, организации, используемых форм работы и важности полученных навыков оправдались – средние оценки по пятибалльной шкале этих параметров составили 4,8 - 5,0 баллов. Менее оптимистично студенты оценили возможность использования полученных в программе навыков в своей дальнейшей профессиональной деятельности – 4 балла.

На вопрос «Опишите более подробно Ваши впечатления от программы реабилитационного лагеря "Шередарь"» чаще всего участники программы отмечали положительные эмоции, доброжелательную атмосферу, бесценный опыт применения методики терапевтической рекреации, навык эффективной коммуникации, ощущение «нужности» другим, чувство «единства», четкую структурированность программы, желание вернуться в созданную атмосферу, не смотря на физическую усталость.

На вопрос «Как Вы считаете, какую пользу Вам лично принесло участие в реабилитационной программе Фонда "Шередарь"?» Участники отметили, что научились «слушать и слышать», проявлять сочувствие и оказывать поддержку, перестали бояться общения с детьми, научились оценивать и учитывать поведенческие особенности детей при общении с ними, находить подход к каждому, регулировать конфликтные и спорные ситуации, осуществлять некоторые медицинские процедуры, стали спокойнее и терпимее к другим, научились работать в команде, проявлять инициативу, узнали новые факты об

онкологических заболеваниях, особенностях их лечения и реабилитации и даже задумались о своей будущей профессии!

На вопрос «Как Вы считаете, какую пользу принесло Ваше участие целевой аудитории программы (дети - участники смены в лагере)?» Участники отвечали, что вместе со всеми волонтерами помогали детям справляться с их психологическими проблемами, выходить за рамки «зоны комфорта», преодолеть свои страхи, чтобы почувствовать вновь уверенность в своих силах и успех, ощутить поддержку окружающих, научиться доверять миру и открыть в себе что-то новое.

В связи с вышеизложенным, на наш взгляд, участие студентов-медиков в программах психосоциальной реабилитации детей, перенесших тяжелые заболевания и их братьев и сестер Фонда «Шередарь» действительно помогает сформировать у будущих врачей значимые профессиональные знания и практические навыки, способствует их личностному развитию.

© Гончарова А.С., Насыбуллина Г.М., 2016.

Иванова Э.В.,
координатор реабилитационных проектов Благотворительного фонда «Берегиня»,
психолог детского онкогематологического центра им. Ф.П. Гааза,
г. Пермь, Россия.

ЛЕТНЯЯ ГОРОДСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПЛОЩАДКА

Городская реабилитационная площадка – одна из форм реабилитационного лагеря для детей, перенёсших онкологическое заболевание.

Проведена в г. Перми в июне 2016 года. Продолжительность – 8 дней, участники – 12 детей в возрасте от 5 до 14 лет. Разновозрастный отряд.

Дети дневные часы дети проводили на площадке под руководством волонтеров, вечером возвращались домой.

Название смены - «Арт-экспедиция», т.к. партнёрами стали учреждения искусства и культуры г. Перми.

Каждый день дети проводили в новом месте – Пермская художественная галерея, Музей современного искусства Пермм, клуб Дягилевского фестиваля, киноцентр «Премьер» и т.д.

Всего во время смены с детьми работали 10 волонтеров – волонтерский отряд фонда «Берегиня», сотрудники учреждений искусства и культуры города Перми.

Кроме этого, волонтерами стали родители детей – они организовывали питание, проезд.

Ежедневная продолжительность – 5 часов в день, с перерывом на ланч 1 час.

Новые формы работы, которые были предложены детям:

- создание логотипа смены;

- создание фигур из скотча (на примере уличных скульптур Марка Дженкинса);
- знакомство с книгой и выставкой иллюстраций Линор Горалик «Мартин не плачет»;
- работа с «Книгой, которую ты назовёшь сам»;
- наблюдение за Солнцем в телескоп;
- рисование иллюстраций к чёрно-белому мультфильму и т.д.

Результаты:

1. Опробована новая форма реабилитационного лагеря для детей. Форма понравилась детям, родителям и специалистам, которые принимали в ней участие. Фонд принял решение продолжить проведение городской реабилитационной площадки.

2. Опробована возможность пребывания детей в разновозрастном отряде. Опыт положительный.

3. Опробована возможность пребывания детей с разной инвалидностью. Опыт положительный.

4. Опробованы новые для нас формы работы с детьми – городской квест, рисование иллюстраций к мультфильму и проч. Дети активно включались в новые для них виды деятельности.

5. Появились новые партнёры и волонтеры, владеющие знаниями об особенностях наших детей и работы с ними – Детская обсерватория и т.д.

Таким образом, городская реабилитационная площадка является одной из форм реабилитационного лагеря для детей, переживших онкологическое заболевание. Она может быть предложена для тех детей, которые по каким-либо причинам пока не осмеливаются далеко уезжать от дома. Участие в такой смене может стать первым шагом на пути к участию в других – более отдалённых и продолжительных реабилитационных программах.

©Иванова Э.В., 2016.

Кузнецова Е.В.,

тьютор-учитель школы
в ФНКЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева и РДКБ
(ГБОУ города Москвы «Школа № 109»)/МВА
г.Москва, Россия

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПЕРСПЕКТИВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО-БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ШКОЛЕ ФНКЦ ИМ. Д. РОГАЧЕВА И РДКБ

Тема, которую мы сегодня затронули, невероятно важная и сложная. И я не претендую на истину – просто попытаюсь рассказать о своих мыслях и небольших находках в этом направлении.

Ни для кого не секрет, что нам приходится работать с очень тяжелыми (по состоянию здоровья) детьми, которые в силу проводимого им лечения временами не хотят не просто узнавать что-то новое – не хотят вставать, приводить себя в порядок, даже играть и то не всегда хотят. Но, раз мы школа, то, конечно же, государство ставит перед нами одну основную задачу – это выполнение ФГОС. И это значит, что ребенок, должен выполнять программу и т.д. Возникает вопрос: « Ну раз уж все так тяжело, может лучше подождать с учебой и дождаться когда ребенок выздоровеет?»

По мнению врачей, и в частности Румянцева Александра Григорьевича, реабилитацию необходимо начинать как можно раньше. И это первое. А есть еще и второй момент – это обучение инкурабельных детей. Тут еще сложнее. И те и другие случаи в нашей практике – на каждом шагу.

Одним из самых тяжелых с психологической точки зрения для ребенка и его родителей является онкология, давшая о себе знать в подростковом возрасте. Ребенок учился, имел определенные спортивные или иные достижения и все тупик- на всем (или почти всем) чем он занимался раньше можно поставить крест.

Проблемы подростка, находящегося на лечении в стационаре детского онкоцентра:

- Невозможность заниматься любимым делом,
- Потеря связи с прежним кругом общения,
- Страх будущего,
- Непонимание дальнейшей перспективы жизненного пути.

Основная деятельность любого ребенка – учеба, поэтому мы рассматриваем школу как мощнейший инструмент ранней реабилитации пациента во время пребывания в стационаре лечебного заведения. Необходимо как можно раньше вовлекать ребенка в процесс обучения, не давая ему « уйти в болезнь»

Сделаю экскурс в историю и расскажу о том, как развивались события. В 2012-2013 учебном году мы пришли в ФНКЦ и ничего (за редким исключением) не знали про детскую онкологию. Да и до сих пор нет такого понятия как онкологический учитель, хотя онкопсихолог уже появился ☺. И мы решили – отказаться от отрицательных оценок. Но пришло время сдавать экзамены и наши отличники «не дотянули» до своего высокого звания.

2013-2014 год мы решили исправить ошибки и вернуть отрицательные оценки. Но и тут нас ждало некоторое разочарование. Дети, получая тройки, теряют интерес к учебе. Мало того, отрицательные отметки негативно влияют на результативность реабилитационных мероприятий. Что же делать? Понятно, что единственно правильного ответа нет, но есть попытки найти выход. Решение заключается в том, что нужно изменить процесс учебы и добиваться не оценок, а достижения каждым учеником своих идеальных результатов.

Одним из важнейших инструментов, помогающих ребенку поверить в себя, бороться с болезнью является профессиональное самоопределение и нахождение новой профессиональной сферы приложения своих сил.

Структура формирования профессионально - ориентированных перспектив в стационаре:

- **Ранняя профессионализация (можно с первого класса, но чаще 5 – 9 класс):**

1. Радиостудия
2. Lego-конструирование и робототехника
3. -3D моделирование

- **Профессиональные курсы (10-11 класс):**

1. Профессиональный пользователь Microsoft
2. Домашняя бухгалтерия+ налоги и налогообложение
3. Огранка алмазов
4. Аудиовизуальные технологии

- **Амбилимпикс** – курсы профессиональных навыков, проводимые для детей-инвалидов (аналог word-skills)

- **Тьюторские курсы для родителей**, после которых родитель может профессионально принимать участие в формировании образовательной траектории ребенка.

Свою образовательную среду мы строим, опираясь на следующие принципы:

- Дифференциация обучения -предоставление права выбора обучающимся программ элективных курсов – наши ученики могут попробовать себя в любом из перечисленных курсов и их спектр постоянно расширяется за счет привлечения социальных партнеров;

- При составлении программ применяется блочно-модульный принцип: блок длится в среднем 10 недель – но модуль – на весь год. Учащийся может выбрать для себя, подходящие ему блоки, а может взять весь модуль.

- Направленность содержания образования на индивидуализацию (индивидуальные учебные программы позволяют встроить любого ребенка, независимо от того попал он на лечение в начале учебного года или в середине).

- Увеличение в содержании образования практико-ориентированной составляющей (проектная, исследовательская деятельность)

- Акцентирование внимания на профессиональной ориентации обучающихся, то есть на оказании им психолого-педагогической помощи в выборе профиля обучения, пути продолжения образования, в приобретении профессии.

- Привлечение широкого круга социальных партнеров – представителей различных профессий с целью создания более разнообразной образовательно-информационной среды.

И сегодня я предлагаю Вам попробовать себя в роли учеников и принять участие в мастер-классе по реабилитационной робототехнике.

© Кузнецова Е.В., 2016.

Е.А. Мещерякова,
директор Благотворительного фонда помощи больным
несовершенным остеогенезом и другой костной патологией «Хрупкие люди»
г.Москва, Россия

ХРУПКИЕ, НО СИЛЬНЫЕ ВМЕСТЕ ИЛИ ЗАЧЕМ НУЖЕН РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЛАГЕРЬ ДЕТЯМ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

1. Одним из ключевых направлений деятельности фонда «Хрупкие люди» является социальная помощь семье с ребенком, диагноз которого - несовершенный остеогенез.

Социализация детей с несовершенным остеогенезом – основная задача на пути к достижению цели, каковой является увеличение количества самостоятельных, реализовавших свои возможности, живущих полноценной жизнью «хрупких людей».

2. Дети с инвалидностью нуждаются в лагере не меньше, чем здоровые дети.

Лагерь для детей с инвалидностью может быть единственной возможностью для социализации, так как такие дети изолированы от общества из-за проблем с инфраструктурой, выученной беспомощностью родителей, домашним обучением и другими факторами.

3. Первичная социализация среди "своих" улучшает вхождение в социум.

Среда «товарищей по счастью» способствует формированию уверенности в себе, устойчивости и созданию позитивного представления о своем будущем. Ребенку очень важно понимать, что он не один такой на белом свете. Дети по-разному справляются с ситуацией болезни, делятся друг с другом технологиями совладания со своим состоянием.

4. Мы не отделяем родителей от детей сразу, это поэтапный процесс, позволяющий принять автономность каждого без сильного стресса для обеих сторон.

Симбиотическая привязанность родителей к детям с несовершенным остеогенезом обусловлена спецификой заболевания, где страх перелома играет ключевую роль и препятствует развитию и функционированию всех членов семьи.

5. Фокус воздействия на подростков через ориентацию на внутренние возможности позволяет добиться неожиданных результатов.

Когда мы планировали и проводили первый лагерь, мы не ожидали, что воздействие методами социальной реабилитации на психику подростков окажет свое влияние и на физические аспекты заболевания. Многие дети после лагеря улучшили свои моторные навыки.

6. Эффективность медицинских воздействий очевидно коррелирует с уровнем социализации ребенка с НО (несовершенный остеогенез).

Повышение уровня социализации снимает внутренние барьеры, снижает уровень страхов перед двигательной активностью. Это требует исследовательского внимания специалистов и отдельного изучения.

7. Интеграция как необходимый следующий этап социализации в лагере.

Мы планируем проводить инклюзивные интеграционные лагеря, где наравне с детьми с несовершенным остеогенезом будут находиться здоровые дети. Наша задача здесь – создать мини-модель общества, где социальные навыки требуются обеим категориям участников лагеря.

8. Лагерь для "хрупких" - место силы, которое видеть здоровым людям важно не меньше, чем больным.

Атмосфера нашего лагеря никого не оставляет равнодушным. Все, буквально все люди, которые хоть однажды побывали у нас в лагере остаются с нами и так или иначе продолжают помогать нашим детям, думают и вспоминают о них. Опыт общения с «хрупкими людьми» меняет сознание обычного человека, влияет на восприятие мира и своего места в нем, приводит к переоценке своих возможностей.

© Мещерякова Е.А., 2016.

Рунов А.М.,
психолог Благотворительного фонда «Подсолнух»,
г.Москва, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТАМИ И ИХ СЕМЕЙ. ВОЗМОЖНОСТИ ГРУППОВОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И АРТ-ТЕРАПИИ

Первичные иммунодефициты (ПИД) - группа редких тяжелых генетических заболеваний. Среди основных симптомов ПИД - снижение или отсутствие врожденной защиты организма от бактерий, вирусов и грибков. Нарушения иммунитета могут сопровождаться сопутствующими заболеваниями и синдромами, затрагивающими другие органы и системы организма. При некоторых видах первичных иммунодефицитов встречаются нарушения психического развития, но в большинстве случаев болезнь на органическом уровне не оказывает влияния на нервную систему. Жизнь ребенка с ПИД во многом похожа на жизнь с другими хроническими тяжелыми заболеваниями: ограничение социальной активности, периодические госпитализации, возможные серьезные ухудшения состояния здоровья. При этом на психологическом уровне в жизни детей с ПИД и их семей есть ряд важных особенностей, присущих именно этому заболеванию:

- беззащитность ребенка на уровне иммунитета заставляет родителей более внимательно следить за наличием сквозняков, общением ребенка только со здоровыми детьми, и т.д. Со временем эта «тревожная» модель поведения начинает охватывать и те области жизни ребенка, которые не связаны с ПИД, быстро приводя к формированию жесткой гиперопекающей модели взаимодействия с ребенком;

- поиск «виновного» в генетическом нарушении родителя (а в дальнейшем и старшего поколения) часто вызывает ухудшение отношений между родственниками ребенка, в том числе и внутри родительской пары;

- редкость заболевания, непонимание его механизмов и созвучность названия со СПИДом вызывает сложности в общении со сверстниками (как для детей, так и для родителей);

- ограничение социальных связей у многих болеющих может быть связано не с реальным состоянием здоровья, а с ощущением собственной хрупкости, страхом (и детским, и родительским).

Таким образом, ПИД, и так являясь инвалидизирующим заболеванием на медицинском уровне, оказывает существенное негативное влияние на психологическую составляющую жизни детей и их семей.

Для исследования, а затем и преодоления этих явлений была создана система психологического сопровождения детей с ПИД и их семей, которая прошла апробацию и продолжает работать в Отделении клинической иммунологии РДКБ. Одним из наиболее эффективных форматов работы в нем стали регулярные групповые семейные психотерапевтические сессии с использованием арт-терапевтических техник. Длительность каждой сессии около 2 часов, в нем одновременно могут участвовать до 4 семей. Каждое занятие включает в себя разговорную часть (первый круг, обсуждение происходящего на занятии, рефлексия по итогам занятия) и арт-терапевтическую часть, которая строится исходя из особенностей и актуального запроса группы в целом и ее отдельных участников.

По истечении полутора лет работы этих групп можно выделить как преимущества, так и ограничения этого метода.

Присутствие на занятии и детей, и родителей, позволяет достаточно эффективно работать с границами внутри семьи, воздействовать на деструктивные схемы взаимодействия в детско-родительской паре. Плюс к этому, возможность участвовать в занятии вместе с ребенком решает для родителя два важных вопроса, которые могут демотивировать участников отдельных взрослых занятий:

- 1) ребенок находится близко, родителю не о чем тревожиться,
- 2) родитель не воспринимает время занятия, как потраченное на себя в ущерб ребенку, в то время, как взрослые занятия могут восприниматься, как что-то «плохое», ущемляющее ребенка в возможности получить внимание родителя или ведущего.

В то же время, условия госпитализации позволяют работать только с одним из родителей ребенка, хотя психологическая поддержка может быть нужна обоим родителям.

Использование арт-терапевтических техник делает процесс занятия интересным и визуально привлекательным для тех семей, которые изначально не мотивированы на работу с психологом, и при этом арт-терапия дает доступ к достаточно глубокому личному материалу. Важное условие эффективности такой группы – адекватное информирование всех участников о целях и возможностях занятий, поскольку для многих любая активность в больничном отделении становится видом проведения времени, досуга.

Групповой формат дает участникам возможность обмена опытом, альтернативными моделями поведения, получения обратной связи и открытого доверительного общения, модерлируемого ведущим.

Этот метод – групповая семейная психотерапия и арт-терапия – показал свою эффективность в работе со специфическими для семей с ПИД психологическими сложностями в рамках проводимого в 2015-2016 годах исследования.

©Рунов А.М., 2016

Семенов А.А.,
тренер-преподаватель,
директор НРОО «Детский спортивный центр
физической культуры и оздоровительных систем»
г. Нижний Новгород, Россия

ФИЗИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОСРЕДСТВОМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Благодаря успехам медицины в последнее десятилетие у значительной части детей с онкологическими заболеваниями удается добиться практического выздоровления. Таким образом, достаточно остро встает вопрос о качестве жизни детей после перенесенного онкозаболевания, восстановлении их физического и психического здоровья.

Значение физической культуры в реабилитации детей, перенесших онкологические заболевания, огромно. Посредством физической культуры дети начинают двигаться, развиваться, организм начинает работать в целом. Благодаря физической культуре:

- Укрепляется здоровье, что способствует гармоническому развитию всех органов и систем организма ребенка, которые и так находятся в плачевном состоянии после перенесенного заболевания.
- Улучшается работа иммунной системы, что жизненно важно для каждого ребенка;
- Развиваются волевые качества личности, способствующие укреплению духа.

В восстановлении здоровья детей огромное значение играет социально-психологическая реабилитация. Физическая культура – это некий процесс, в результате которого у детей снижается влияние перенесенного травматического опыта, снимается эмоциональное напряжение и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества. А это лучшим образом снижает риск повторного заболевания.

Не стоит забывать ещё об одной проблеме - страхе рецидива. Страх приводит к неоправданной, с врачебной точки зрения, и сохраняющейся долгое время гиперопекающей родительской позиции, которая влечет за собой

искусственную инвалидизацию ребенка, удерживание его в социальной изоляции и неосознанное внушение ему мысли о его неполноценности и уязвимости. Занятия физической культурой должны нести постоянный характер, что послужит устранению гиперопеки родителей, и дети смогут почувствовать себя свободно, а нахождение в группе с другими детьми поможет им получить навык коммуникации, который они пропустили в связи с изоляцией во время лечения.

Главные требования в процессе занятий физической культурой:

- Строгая преемственность задач, средств и методов физической подготовки детей;
- Постепенное обновление и усложнение средств общей физической и специальной подготовки;
- Правильное планирование и соблюдение принципа постепенности применения физических нагрузок в процессе занятий;
- Развитие основных физических качеств.

Стоит обратить внимание на последний пункт. В каждом человеке, в каждом ребенке есть свои особенности, как физические, так и психологические, поэтому к каждому ребенку тренер-преподаватель должен подходить индивидуально. Это в лучшей степени поможет развить у ребенка основные физические качества, а главное, максимально устранить недостатки, приобретенные в связи с перенесенным заболеванием. И не стоит забывать, что именно тренер-преподаватель во время занятий формирует у ребенка стойкий интерес к занятиям физической культурой, что очень важно для формирования основ его базовой культуры личности.

При всех положительных особенностях физической культуры хотелось бы заострить внимание на опасности данного направления, и его «подводных камнях».

После перенесенного онкозаболевания и, как казалось, практического выздоровления у ребенка может иметься скрытый недуг. Во время проведения лечебных процедур в первую очередь страдает сердце, далее почки и всё остальное. Остановимся на сердце. ЭКГ показывает, что всё в порядке, а через 5 или 10 лет после перенесенного заболевания, человек после незначительной физической нагрузки падает и у него отказывает сердце. Такие случаи были. Это говорит о том, как важен правильный подход к планированию и соблюдению принципа постепенности применения физических нагрузок в процессе занятий. Тренер преподаватель должен иметь общее представление о данном заболевании. Это поможет ему давать тот комплекс упражнений, который наиболее безопасен для этих детей.

Приведу ещё один пример. Девочка записалась в секцию бадминтона. На одном из первых занятий начала выполнять элементарное упражнение – бег на четырех конечностях. Что может быть безопаснее? Но судьба распорядилась по-другому: она ломает руку. После всех лечебных процедур кости потеряли свою прочность, что и послужило причиной травмы.

В конце хочу добавить, что любые опасности и «подводные камни» перенесенного онкологического заболевания лишний раз подчеркивают значимость физической культуры, способствующей укреплению здоровья детей и всестороннему развитию их психических и физиологических качеств.

©Семенов А.А., 2016.

Сухановская Е.Н.,
д.м.н. Моисеенко Е.И., к.м.н. Михайлова С.Н.,
НИИ ДОиГ ФГБУ «РОИЦ им. Н.Н.Блохина» МР

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ. СОВМЕСТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЫХА ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

В 2016 году центр «Шередарь» и НИИ ДОиГ РОИЦ им.Н.Н.Блохина начали совместно проводить специальные программы, посвященные профилактике эмоционального выгорания врачей и медсестер, а также знакомству с реабилитационной работой и возможностями центра.

Состоялись 2 поездки – 14-15 мая и 17-18 сентября 2016 г. В первой участвовало 23 человека, в том числе 5 детей. Во второй - 18 человек, в том числе 6 детей. В них участвовали врачи, медсестры, психолог, социальный работник, педагог. Сотрудники приезжали с детьми, внуками и даже целыми семьями.

Расписание программы

Первый день		
Время	Блок	Ответственный
10-00 – 13-00	Заезд на территорию ДОРЦ «Шередарь», размещение	Сухановская Е.Н. Сотников В.А.
13-00 – 14-00	Обед	
14-00 – 15-00	Презентация работы центра и Фонда «Шередарь».	Сотников В.А.
15-00 – 16-20	Экскурсия и знакомство с базой.	Сотников В.А.
16-20 – 18-20	Тренинговая работа сотрудников РОИЦ	Сухановская Е.Н.
18-30 – 19-15	Ужин	
19-15 – 21-00	Вечерний досуг: - настольные/напольные игры, велопрокат,	Сотников В.А.

	свободное время	
21-00 – 24-00	Костер, свободное время	Сотников В.А.
Второй день		
8-40 – 9-00	Утренняя зарядка	Сотникова В.М.
9-00 – 9-30	Завтрак	
9-45 – 11-00	I мастерская	Сотников В.А.
11-15 – 12-30	II мастерская	Сотников В.А.
12-45 – 13-15	Рефлексия	Сотников В.А.
13-30 – 14-30	Обед	
14-30 – 15-00	Сдача домиков, отъезд	Сухановская Е.Н.

В течение двух дней мы познакомились с работой центра и фонда «Шередарь», с замечательной базой, провели семинар по теме «Синдром эмоционального выгорания» с презентацией и элементами психологического тренинга, посадили деревья на территории базы, поработали в творческих мастерских - мыловарения, декупажа - оформления досочек и рамок, стрельбы из лука.

Всю программу в целом можно охарактеризовать как реабилитационно-терапевтическую. Она полностью отвечает задачам работы с синдромом профессионального выгорания. Получила прекрасные отзывы от участников. Вот часть из них:

- общее ощущение «вдоха»; отдохнули – переключились; отличная релаксация, хороший сон; забота о тебе больше и тоньше, чем ты ожидаешь (костер, сосиски); разрядка на природе; выход из роли «родителя» и «врача»; семейный отдых – редкая возможность;

- посмотрели и прочувствовали, как занимаются с детьми, которых мы лечили; в восторге от мастерских; домой приехали с поделками и подарками;

- узнали про синдром выгорания – это про нас; мы, сотрудники, ближе узнали друг друга, с некоторыми просто познакомились; повысилась настроенность, «нет» озлобленности; ушла усталость; узнали, как отключаться от «--» и идти в «+»; мобилизация себя на хорошие дела. Позитивное настроение при воспоминании о «Шередаре» сохраняется до сих пор.

Семинар по теме «Синдром эмоционального выгорания» включал в себя презентацию и психологический тренинг.

В последние годы термин «Синдром эмоционального выгорания» (СЭВ) на слуху. Эмоциональному выгоранию подвержены работники так называемых «помогающих профессий» (работа обязывает оказывать помощь людям) –

врачи, медсестры, психологи, социальные работники, учителя, адвокаты, сотрудники полиции, спасатели и др.

Синдром эмоционального выгорания – это состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее в результате хронического стресса на работе.

Среди онкологов СЭВ подвержены до 80% врачей и медсестер. Причины:

- огромная ответственность за жизнь и здоровье пациентов;
- длительное пребывание в поле отрицательных эмоций – страдания, боли, отчаяния, смерти;
- неравномерный режим работы с ночными и суточными дежурствами;
- интенсивное общение с детьми-пациентами и родителями;
- невозможность в некоторых случаях оказать помощь больному;
- недостаточный уровень оплаты труда;
- угроза обращений родителей в случае летального исхода с юридическими претензиями, исками, жалобами;
- трудности, связанные с ведением отчетности;
- необходимость постоянной учебы и повышения квалификации.

Признаки синдрома выгорания: нежелание идти на работу; чувство усталости; раздражительность, раздражительная слабость; конфликты на работе; обидчивость; усталость от сострадания, перерастающая в эмоциональную холодность; снижение инициативности; ощущение снижения уровня профессионализма; чувство одиночества и разочарования; возможны расстройства сна, аппетита, головные боли.

Синдром выгорания особенно опасен тем, что на фоне нарастающих проблем человек (даже врач!), вместо того, чтобы начать анализировать проблему и решать ее, замыкается в себе, бездействует, отдаляется от людей, чем еще больше усугубляет болезненное состояние.

На прошедших тренингах феномен СЭВ рассматривался, в том числе, на примере самих участников.

На вопрос: «Как ощущается выгорание, какие возникают чувства», были даны следующие ответы:

злость, раздражительность, бессилие; усталость; плохой сон, трудно собраться, сосредоточиться; отсутствие настроения; внутренний конфликт; замкнутость; незаслуженно обвиняют; нет взаимопонимания между коллегами; не можешь помочь больному ребенку.

На вопрос: «Какие черты характерны для отдохнувшего человека; каков я не выгоревший», получены такие ответы:

- веселая, много шучу, быстро решаю проблемы, повышенная работоспособность; бодрый, целеустремленный, много эйфории;

любвеобильная, энергичная, жизнерадостная;
стремлюсь к работе, не обращаю внимания на мелочи, улыбчивая.

«Что помогает справляться с выгоранием?»

- литература, искусство – книги, театр, музыка, кинокомедии; различные хобби; занятия танцами – дома и в клубе; занятия спортом – плавание, лыжи, скандинавская ходьба; прогулки на природе; домашние животные; полноценный сон; общение с близкими и друзьями вне работы; посещение церкви; поездки на курорты, туристические походы, различные путешествия и экскурсии; признание как профессионала; радостно, когда через много лет излеченные пациенты приходят со своим потомством.

По результатам тренинга были высказаны пожелания: создать в институте комнату психологической разгрузки, небольшой тренажерный зал, чаще проводить подобные программы, необходимы дополнительные отпуска и понимающие руководители.

Программа в «Шередаре» как нельзя лучше отвечает на запросы реабилитации. Сама поездка в реабилитационный центр за пределы города; общение сотрудников клиники вне работы; проживание в деревянных домах на прекрасной территории, в комфортной терапевтической среде; доброжелательность и высокий профессионализм сотрудников центра; участие в специализированных тренингах, участие в творческих мастер-классах; общение с природой - все это помогает заниматься профилактикой СЭВ и успешно бороться со стрессами.

© Сухановская Е.Н., Моисеенко Е.И., Михайлова С.Н., 2016.