Образ «Я» у подростков, находящихся в стационаре

**Введение**

На течение заболеваний в детском и подростковом возрасте влияет множество факторов: наследственность; закономерности течения заболевания; ход индивидуального развития (рост, созревание, индивидуализация, формирование, обучение); возраст и пол; системные влияния (психотерапия и другие виды помощи); "случайные события" (жизненные события, факторы окружающей среды); факторы риска; защитные факторы самого ребенка и его окружения. Под защитными факторами понимают воздействия, способные задержать, смягчить или предотвратить проявление заболевания, причем они не обязательно сопровождаются положительными или радостными переживаниями.

Очевидно, что для облегчения страданий подростка, находящегося в стационаре и для достижения максимальной эффективности лечения, необходимо применении психотерапии. Индивидуальная и групповая психотерапия у детей и подростков учитывают следующие моменты: направленность на конкретное содержание, учет актуальности проблемы для пациента; необходимость тщательной обработки информации; разграничение целей работы с ребенком и родителями; оценка личностных ресурсов, которые могли бы стать резервом для усиления стратегий совладания с трудностями (копинг-механизмов); директивный стиль проведения занятий и активность психотерапевта; выбор адекватной формы проведения психотерапии.

Цель работы - определить образ «Я» подростка, находящегося в стационаре.

Задачи работы: показать особенности образа «Я» в подростковом возрасте; выявить влияние болезней органов дыхания на образ «Я» больного подростка; исследовать самоощущение подростка, находящегося в онкологическом стационаре; проанализировать значение психотерапии для стационарных больных.

**Подростковый образ «Я»**

Согласно взглядам Л. С. Выготского, подростковый возраст - это самый неустойчивый и изменчивый период, который отсутствует у дикарей и при неблагоприятных условиях "имеет тенденцию несколько сокращаться, составляя часто едва приметную полоску между окончанием полового созревания и наступлением окончательной зрелости".

Л. С. Выготский пришел к выводу о том, что в подростковом возрасте структура возрастных потребностей и интересов определяется в основном социально-классовой принадлежностью подростка. Он писал: "Никогда влияние среды на развитие мышления не приобретает такого большого значения, как именно в переходном возрасте. Теперь по уровню развития интеллекта все сильнее и сильнее отличаются город и деревня, мальчик и девочка, дети различных социальных и классовых слоев".

В России за короткий исторический период произошли глубокие изменения в разных сферах жизни, которые оказали влияние на развивающуюся личность. В результате, на глазах одного поколения проявлялись существенные изменения общей направленности личности подростка.

По отношению к подросткам, их психическому развитию и судьбе, помимо социальной ситуации, существенное значение имеют особенности исторического времени, в котором проходит их жизнь. В кризисный период развития российского общества известный московский учитель А. Тубельский пишет в "Общей газете": "Старшие поколения -- те, кому за 20, за 30 и больше, росли с идеалами и жизненными ценностями. Их можно было принимать или не принимать, но они были. И на этой основе каждое поколение так или иначе определяло свое будущее. Жизнь сегодняшних подростков трагична в буквальном смысле. У них уже сложилось ощущение своей ненужности в обществе. Чем в основном озабочены родители и педагоги? Накормить, одеть, дать образование помочь поступить в институт. Зачем, ради чего; как жить дальше - на эти вопросы нет ответов ни у старших, ни у самих 11-16 летних".

Существует множество фундаментальных исследований, гипотез и теорий подросткового возраста. Многие из рассмотренных ранее концепций детского развития вновь приходят в столкновение и проявляют себя в области психологии подростка.

Философ и психолог Э. Шпрангер в 1924 г выпустил книгу "Психология юношеского возраста", которая не потеряла своего значения до сих пор. Э. Шпрангер рассматривал подростковый возраст внутри юношеского, границы которого он определял 13-19 годами у девушек и 14-21 годами у юношей. Первая фаза этого возраста -- собственно подростковая -- ограничивается 14-17 годами. Она характеризуется кризисом, содержанием которого является освобождение от детской зависимости. Э. Шпрангер разработал культурно-психологическую концепцию подросткового возраста. Подростковый возраст, по Э. Шпрангеру, это -- возраст врастания в культуру Он писал, что психическое развитие есть врастание индивидуальной психики в объективный и нормативный дух данной эпохи. Обсуждая вопрос о том, всегда ли подростковый возраст является периодом "бури и натиска", Э. Шпрангер описал три типа развития отрочества.

Первый тип характеризуется резким, бурным, кризисным течением, когда отрочество переживается как второе рождение, в итоге которого возникает новое "Я".

Второй тип развития -- плавный, медленный, постепенный рост, когда подросток приобщается к взрослой жизни без глубоких и серьезных сдвигов в собственной личности.

Третий тип представляет собой такой процесс развития, когда подросток сам активно и сознательно формирует и воспитывает себя, преодолевая усилием воли внутренние тревоги и кризисы Он характерен для людей с высоким уровнем самоконтроля и самодисциплины.

Главные новообразования этого возраста, по Э. Шпрангеру, открытие "Я", возникновение рефлексии, осознание своей индивидуальности. Исходя из представления о том, что главной задачей психологии является познание внутреннего мира личности, тесно связанного с культурой и историей, Э. Шпрангер положил начало систематическому исследованию самосознания, ценностных ориентации, мировоззрения подростков.

Э. Шпрангер попытался понять одно из самых глубоких переживаний в жизни человека -- любовь и ее проявления в подростковом и юношеском возрасте. Он дал психологическое описание двух сторон любви -- эротики и сексуальности, которые в качестве переживаний глубоко отличаются друг от друга и, по Э. Шпрангеру, принадлежат к разным слоям психики. Первоначально эстетическая любовь, или эротика, считает Э. Шпрангер, это единение с другой психикой, вчувствование в нее, осуществляемое через посредство ее видимого обнаружения во внешнем телесном образе, Э Шпрангер выделяет три ступени эротических переживаний.

Первая -- вчувствование, когда юный человек по мере своего созревания научается воспринимать внутреннюю, одухотворенную красоту.

Вторая -- психическое понимание, которое "воспринимает другого как духовное образование, как определенную осмысленную форму".

И третья -- понимающая симпатия -- "созвучие душ, покоящееся на эстетическом отношении, но основывающееся также и на совместном переживании глубоких ценностей".

Для подростка вера в идеал отождествляется с верой в любимого человека. "Источником силы юношеского эроса, -- пишет Шпрангер, -- во всех его формах является в большей мере собственная внутренняя жизнь, чем реальное лицо, на которое он направлен".

Сексуальность, по Э. Шпрангеру, означает комплекс психических и телесных переживаний и влечений, характеризующихся специфическим чувственным наслаждением. Первое появление сексуально окрашенных переживаний связано, как отмечает Шпрангер, с чувством ужаса, страха перед чем-то таинственным и, незнакомым. Сюда же примешивается чувство стыда, связанное с переживанием, хотя и не совсем ясных, но запрещенных вещей. Дискомфорт и чувство неполноценности подростка, вызванные этими переживаниями, могут проявиться "не только в страхе перед миром (чувство мировой скорби и меланхолия являются его смягченными формами), но и в глубоком укореняющемся страхе перед людьми, вплоть до подлинной враждебности к людям (ее смягченная форма -- робость и застенчивость)". Источники страха, по мнению Э. Шпрангера, надо искать в том, как воздействуют сексуально окрашенные переживания на духовную сферу. Он отмечает: "то, что создает кризис, а именно лихорадочное, знойное возбуждение..., исходит не от физической стороны, а от сопровождающей ее фантазии". Помочь подростку справиться со всеми страхами и кризисными состояниями может, как отмечает Э Шпрангер, лишь большая, чистая любовь и сила идеальных стремлений, "которые, однако, должны быть пробуждены уже до этого опьянения". По мнению Э. Шпрангера, в сознании подростка эротика и сексуальность в переживании резко отделены друг от друга. При сексуализации эротического, по мысли Э. Шпрангера, в переходном возрасте может быть разрушена, причем необратимо, идеальная любовь; а вследствие того, что с сексуальной стороны подросток еще недостаточно развит, полная сексуализация эротического не может еще удасться. Согласованность этих двух моментов (эротики и сексуальности) "в одном большом переживании и связанном с ним акте оплодотворения" Э. Шпрангер считает "симптомом зрелости".

**Влияние болезней органов дыхания на образ «Я» больного подростка**

Бронхиальная астма - наиболее частое хроническое заболевание в детском и подростковом возрасте. В 90% случаев заболевание начинается в возрасте до 5 лет. Приступ астмы включает спазм бронхов, судорожное сокращение диафрагмы, кашель, отек слизистой дыхательных путей и повышенную секрецию слизи. У больного особенно затруднен выдох, который становится громким, свистящим, длительным. Больной испытывает острую нехватку воздуха, он учащенно дышит, задыхается, "борется за воздух". В дыхании участвует вспомогательная мускулатура: живота, шеи, груди. В это время больной полностью поглощен своим дыханием, с ним трудно установить контакт. Наблюдаются цианоз кожных покровов, учащенное сердцебиение, боли в животе, перерастяжение грудной клетки. Приступ астмы может продолжаться в течение нескольких дней.

Приступы могут быть обусловлены стрессом, инфекцией дыхательных путей, аллергией. Острый приступ часто провоцируется вдыханием холодного воздуха, табачного дыма, свежей краски или контактом с аллергеном. Перед приступом может быть кашель, насморк, приступообразное чихание на фоне раздражительности или вялости, расстройства внимания, навязчивости. Многие дети могут вызывать у себя приступ произвольно - через напряжение, изменение дыхания, неосознанно используя болезнь, чтобы избежать скучных занятий, получить больше внимания и т. д. Большинство детей, особенно девочки, вытесняют болезнь из сознания, связывая с этим словом другие расстройства. Они жалуются на плохое самочувствие, слабость, головную боль, температуру, и в последнюю очередь - нарушения дыхания. В их переживаниях большее место занимают не телесные симптомы, а реакция на болезнь: сниженное настроение, страх, раздражение, чувство неполноценности.

Подростки переживают в основном потому, что из-за своей болезни не смогут получить интересную специальность. Больные переживают сильную тревогу, связанную с зависимостью и разлукой. Они избегают как чрезмерной близости, так и излишней дистанции. Если этот баланс нарушается, у них возникает приступ астмы. Защитным поведением служит повышенная чувствительность, склонность к реакциям страха, недоверчивость, педантичное упрямство в сочетании с уступчивостью. Они живут с ощущением цейтнота, они пунктуальны, вечно спешат, чтобы всюду поспеть. У многих отмечается повышенная чувствительность к запахам нечистот, а также к "грязным" поступкам окружающих и собственным "грязным" помыслам. Женщины часто страдают мизофобией, навязчивым стремлением к чистоте и фригидностью, мужчины - импотенцией.

Преморбидные личностные черты больных подростков обычно включают необычную чувствительность, впечатлительность, тревожность, возбудимость, пугливость, обидчивость, эмоциональную изменчивость, склонность к развитию пониженного настроения. У подростков, больных астмой, наблюдается эмоциональная неустойчивость и лабильность, истероидность с выраженными эгоцентрическими чертами и сниженной способностью к ролевому взаимодействию при общении. Для них характерно демонстративное поведение, стремление завоевать внимание, незамедлительно получить желаемое, жажда иметь успех, переоценка собственной личности, впечатлительность и бурная эмоциональность. У подростков-астматиков отмечаются проблемы в конструктивном разрешении межличностных отношений, сдерживаемая неадекватная агрессия, инфантильное поведение, зависимость, повышенная требовательность, "прилипчивость".

При хронической астме у большинства больных заостряются истероидные черты. Под влиянием незначительных волнений, обид, изменений самочувствия, а иногда и без видимого повода у больных появляются ощущения комка в горле, общая дрожь, выраженный тремор конечностей. Нарастает ипохондричность и тревожность. Больные воспринимают усиление сердцебиения и учащение дыхания при физической нагрузке как признаки начинающегося приступа астмы. Отмечается фиксация на дыхательной функции, на своих ощущениях и переживаниях с пессимистической оценкой выздоровления, постоянным самоанализом болезненных ощущений и назойливыми жалобами. У некоторых больных появляется мысль, что они больны туберкулезом или раком. Нарастает тенденция к самоизоляции. При тяжелом течении заболевания появляются выраженные вегетативно-сосудистые и астенические проявления с колебаниями настроения от суицидальных мыслей на высоте приступа до эйфории после него.

Каждый третий больной вырастает в неполной семье, каждый четвертый - в семье алкоголиков. Во многих случаях заболевание начинается непосредственно после развода родителей. Родители обычно отличаются претенциозностью, подозрительностью, ревнивостью, оказываются несостоятельны как воспитатели. В раннем детстве мать обычно запрещала ребенку кричать, плакать и т. п. Он растет необычайно чувствительным, возбудимым, тревожным, пугливым, впечатлительным и обидчивым, склонным к пониженному настроению. Замечено, что матери больных бронхиальной астмой, негативно относящиеся к браку сына или дочери, стремятся вызвать у них по этому поводу чувство вины, что нередко провоцирует у их взрослых детей приступ астмы.

У астматиков заметна тенденция к невозвращению, удержанию, сохранению. Симптом бронхоспазма расценивается как символическое выражение личностного конфликта между потребностью пациента в нежности и страхом перед ней, а также противоречивости в решении проблемы "брать и давать". Астматическое свистящее дыхание рассматривается как сдавленная мольба о любви и защите, как сцена плача легких. Характерно, что приступ астмы в ряде случаев может заканчиваться рыданием. Враждебные чувства у больных не вербализуются, они "не выпускают свой гнев на воздух"; агрессия не проявляется в поведении и не вытесняется. Вместо этого она трансформируется в гетероагрессию и соматизируется, душит самого больного.

Проводятся тематические беседы, групповые занятия аутогенной тренировкой в группе "Дыхание" для устранения страха перед приступами, коммуникативный тренинг, направленный на ликвидацию алекситимии. В методике символдрамы прорабатываются основные конфликты, характерные для больных бронхиальной астмой: близости/дистанцирования и зависимости/независимости. Используются воображаемые ситуации, связанные с переходом границ или их отсутствием (в виде бесконечных далей), подъема и спуска. Эти сцены отражают первый опыт контакта через кожу и слизистые оболочки, опосредующего взаимодействие с окружающим миром раньше, чем зрение и слух.

Применяется также семейная и конфликт-центрированная терапия, ориентированная на ближайшее окружение пациента. Групповая терапия устраняет социальную изоляцию больных и обогащает их репертуар навыков совладания с трудностями. К. Льюис с соавторами, например, разработал программу для детей и подростков, включающую пять занятий: 1. Что такое астма и как она действует на мое тело. 2. Почему у меня астма и что она вносит в мою жизнь. 3. Что и когда надо делать. 4. Как принимать решения. 5. Как примирить желания и необходимость.

**Особенности самоощущения подростка, находящегося в онкологическом стационаре**

Онкологическое заболевание рассматривается нами как своего рода "семейная болезнь", актуализирующая непроясненные проблемы семьи, подавленные негативные переживания, нарушающая стабильную картину мира. В центре внимания психолога, таким образом, находится семья больного подростка. Можно отметить долговременный эффект, который онкологическое заболевание подростка оказывает на жизнь семьи. Это влияние характеризуется отсутствием четкой зависимости между объективным состоянием ребенка и степенью адаптированности семьи.

Наблюдаемую феноменологию мы рассматриваем в рамках посттравматических стрессовых реакций, осложненных так называемым "Дамокловым синдромом" (объективно сохраняется опасность рецидива). В этой связи возникает вопрос о долгосрочной адаптации семьи подростка с онкологическим заболеванием.

В качестве "адаптивной" мы рассматриваем такую семью, в которой:

имеется тенденция к восстановлению и сохранению стабильности, нарушенной болезнью ребенка;

семейные отношения построены на любви и принятии;

в семейном стиле отмечается готовность к научению и принятию нового;

члены семьи свободно переживают и выражают свои чувства.

Актуальное присутствие любящего и принимающего взрослого создает фигуру "замещающего Я", помогающего подростку преодолеть страх и тревогу, справиться с паникой. Родительская любовь интериоризируется, формируя стабильное, позитивное самовосприятие подростка, позволяющее ему переносить телесное и душевное страдание. В то же время родитель оказывается способен сохранять позитивное самовосприятие, что помогает осознавать и контейнировать негативные переживания, актуализированные болезнью подростка. Сохранение адекватной самооценки родителя облегчает принятие решений, касающихся лечения подростка (изменение схемы лечения, выбор клиники, отказ от лечения и т.п.).

Пожалуй, нигде не возникает столько психологических проблем, как в детской онкологии. Отношение к раку у подростков, как к фатальному заболеванию, существующее в нашем обществе, часто неопределенный прогноз и длительный путь к выздоровлению создают тревожную атмосферу вокруг онкологического больного, которая еще усугубляется в тех случаях, когда пациентом является ребенок или подросток.

Из сказанного следует, что детские онкологические отделения должны иметь в своем штате психотерапевтов, которые будут работать не только с больным ребенком, но и сего семьей. Постоянное присутствие психотерапевта обеспечит успешное лечение, так как состояние родителей во многом определяет поведение ребенка, его отношение к лечению и к врачу. Но при том, что в отделении работает профессиональный психотерапевт, врач - детский онколог должен быть и сам хорошим психотерапевтом - только тогда можно добиться настоящего успеха.

Благодаря успехам онкологии в последние десятилетия увеличилась продолжительность жизни детей и подростков с онкологическими заболеваниями, а у значительной части их удается добиться практического выздоровления. Особенно это касается одного из самых распространенных в детском возрасте вариантов опухолевых процессов - лейкоза. Однако, результаты лечения детей с онкологическими заболеваниями, "качество жизни" их зависит не только от физического состояния, но и от психологического благополучия, как самого больного, так и членов его семьи. самоощущение подросток онкологический стационар

Психологические проблемы детей и подростков, больных хроническими заболеваниями, включают в себя следующие основные аспекты:

) психические расстройства, связанные с течением соматического заболевания;

) влияние болезни на психическое развитие ребенка;

) влияние стрессов и психотерапии на развитие заболевания;

) влияние семьи на состояние больного подростка и влияние хронически больного подростка на психологический климат в семье.

Наличие и важная роль психологических факторов в процессе адаптации больных в условиях лечения самых различных заболеваний признается в настоящее время не только психологами, но и медицинскими работниками. Значительную часть их в психологии и медицине принято объединять в общий феномен внутренней картины болезни (ВКБ), характер которой, как хорошо известно, оказывает значительное влияние на психологическую адаптацию больного.

Подросток не остается безразличным к тому, что происходит с ним и вокруг него, он все это воспринимает и переживает по-своему, однако недостаток знаний и опыта не позволяет ему адекватно оценить ситуацию. Следствием этого являются различные психологические проблемы, которые возникают у подростка как при установлении диагноза, так и в процессе лечения. В то же время доступное, приемлемое знание о своей болезни и её лечении, т.е. адекватная, понятная ребенку концепция болезни, позволяет ему из объекта манипуляций (так он себя обычно воспринимает и чем он фактически является для большинства медработников), превратиться в активного члена лечащей группы, что отвечает его потребности в самостоятельных действиях, улучшает адаптацию его, способствует формированию активной, кооперативной со взрослыми позиции.

Считаю целесообразным привести здесь результаты исследования, целью которого было изучение психологической адаптации детей и подростков с онкопатологией в ситуации лечения.

Было обследовано 29 детей в возрасте от 5 до 13 лет: 12 детей с гемобластозами, 17 детей с различными солидными опухолями. В обследование включены дети, находившиеся на разных этапах лечения, имевшие на момент исследования удовлетворительное общее состояние.

Использовались: метод цветовых выборов Собчик (вариант цветового теста Люшера), неформализованное интервью; рисуночные методы: РНЖ - рисунок несуществующего животного, ДДЧ - дом, дерево, человек; рисунок семьи, пиктограмма, свободный рисунок.

Анализ 75 рисунков детей с учетом количества используемых при рисовании цветов показал, что 2/3 обследованных детей находятся в состоянии дезадаптации и лишь 18% пациентов можно отнести к группе хорошо адаптированных.

Пациенты с внутренней локализацией новообразования (гемобластозы и те солидные опухоли, которые вследствие своих размеров или локализации недостаточно ощущаются ребенком) обнаруживают выраженные признаки психологической дезадаптации: 94% детей, использовавших при рисовании 1 цвет, то есть имеющих серьезные проблемы адаптации, принадлежат к этой группе.

У пациентов с солидными опухолями наружной локализации первичным в плане создания ребенком собственной концепции болезни является наиболее яркий, как правило, двигательный симптом. Эти больные имеют возможность составить четкое представление о ходе лечения. Выздоровлением дети считают устранение вполне конкретного симптома. Поэтому ребенок в возрасте до 10-11 лет считает самым лучшим средством лечения операцию. Накануне операции такие дети чаще всего демонстрируют положительную установку по отношению к лечению, показывают высокую мотивацию достижения, склонность к риску, у них резко возрастает надежда на выздоровление, усиливается уверенность в себе и оптимизм.

У больных с гемобластозами формирование концепции болезни начинается только с момента установления диагноза. Ребенок обычно говорит, что он заболел, когда узнал, что у него много лейкоцитов. Нет явного начала болезни, нет и её четко обозначенного конца - выздоровления. Вследствие этого такими детьми по-особому воспринимается продолжительность лечения: ребенок не может по каким бы то ни было симптомам - за исключением кризисных состояний - проследить динамику своей болезни, определить, "помогает" ли лечение, которое приходится терпеть, не напрасны ли все жертвы. Он не в состоянии прогнозировать хотя бы приблизительно результат лечения и возможность выздоровления. Поэтому лечение зачастую воспринимается детьми как неэффективное и бесполезное. При возникновении рецидива дети с гемобластозами психологически оказываются в крайне неблагоприятном положении. Это связано не в последнюю очередь с тем, что пациенты не видят радикального метода лечения, который дал бы быстрый и явный результат, что говорит о необходимости адекватного информирования детей о характере болезни, методах и перспективах лечения.

Оказалось, что дети с неявной, скрытой от глаз симптоматикой проявляют заинтересованность в информации в 1,5 раза чаще, чем пациенты с наружной локализацией процесса. Вместе с тем, дети с наружной локализацией проявляют особую заинтересованность в информации в тех случаях, когда у них появляются сомнения в правильности лечения, спровоцированные, как правило, неосторожными высказываниями врачей или родителей, которые являются для ребенка, по существу, единственным авторитетным источником знаний о болезни.

Таким образом, главными причинами психологической дезадаптации, как показывают данные нашего исследования, являются:

недостаточная информированность ребенка о болезни,

отсутствие адекватной концепции болезни,

отсутствие конкретной интроцептивной информации, например, при системной патологии (гемобластоз) или некоторых локализациях солидных опухолей, что затрудняет ориентацию ребенка в происходящем, в своем состоянии и перспективах.

При неясных для ребенка симптомах, практически не сопровождающихся болями, даже 11-12-летние дети и подростки оказываются не в состоянии сформировать представление о своей болезни, ходе и эффективности лечения, в то время как наличие явных симптомов болезни, например, нарушение функции конечности с болевым синдромом, позволяет ребенку легко ориентироваться в ходе лечения по изменению характера этих симптомов или их исчезновению.

Исследователями И.П. Киреевой и Т.Э. Лукьяненко были обобщены данные обследования 65 детей с острыми лейкозами (ОЛ) в возрасте 2-15 лет. Психические нарушения в виде астении наблюдались у всех больных. У 46 (78%) обследованных детей отмечены более сложные, требующие специальной коррекции психические нарушения. Астенический синдром нередко предшествовал первым проявлениям основногоь заболевания. В разгар заболевания выраженность его была пропорциональна тяжести соматического состояния, в ремиссии же его проявления сглаживались, что согласуется с данными других авторов (Л.С. Сагидулина, 1973; И.К. Шац 1989).

К астеническому синдрому у детей и подростков с ОЛ нередко присоединялись другие невротические и поведенческие расстройства, которые проявлялись возникающими накануне или во время медицинских процедур плаксивостью, истерическими припадками, аффект-респираторными приступами, отказом от еды, регрессивными симптомами - утратой навыков опрятности, речи, нарушениями поведения вплоть до отказа от жизненно важных лечебных процедур и побегов из клиники, что вынуждало врачей откладывать процедуры или проводить их под общим наркозом.

Более чем у трети подростков с лейкозами выявлялись депрессивные состояния с почти постоянным снижением настроения. Пациенты были плаксивы, угрюмы, утрачивали интерес к играм и общению со сверстниками, у них появлялся повышенный интерес к своей болезни - больные не по возрасту ориентировались в медицинской терминологии, фармакотерапии, интересовались ходом лечения, высказывали опасения за свое здоровье. Нередко больные оказывались в очень сложных отношениях с родителями: ждали их прихода, но в то же время были недовольны тем, как те выполняют их просьбы, обвиняли родителей в своем плохом самочувствие, болезни. Одновременно у подростков с депрессиями выявились нарушения функций внутренних органов, аппетита, сна, ночные страхи, истерические приступы. У части больных (примерно в десятой части случаев) при резком ухудшении соматического состояния развивались транзиторные психозы с помрачением сознания, (чаще - оглушение, делирий), несвоевременная диагностика которых могла иметь трагические последствия.

У подростков с наследственной отягощенностью по эпилепсии, а также с органическим поражением головного мозга развивались эпилептиформные расстройства, органический психосиндром.

В возникновении психических нарушений играют роль 4 этиологических фактора:

ЭНДОГЕННЫЙ фактор предрасположения к психической болезни, СОМАТИЧЕСКИЙ фактор, связанный с основным заболеванием и его осложнениями,

ЯТРОГЕННЫЙ фактор, обусловленный побочными эффектами медикаментозной и лучевой противоопухолевой терапии.

Мощнейшим является ПСИХИЧЕСКИЙ фактор. Внезапное известие об угрожающем жизни заболевании, многомесячные госпитализации с отрывом от близких, тяжелое лечение, сопровождающееся болезненными процедурами и изменением внешнего облика (ожирением, облысением), а также то, что подростки наблюдают страдания других пациентов, а может статься и узнают об их смерти, являются мощнейшей психотравмой.

Эмоциональное напряжение у взрослых больных с онкологическими заболеваниями спадает только через 10-15 лет, когда укрепляется уверенность в выздоровлении. У подростков длительная болезнь изменяет не только психическое состояние, но и их психическое развитие, приводя к появлению псевдокомпенсаторных образований по типу "условной желательности болезни" или "бегства в болезнь" с фиксацией на ней, что в конце концов может привести к патологическому развитию личности подростка, уже перенесшего онкологическое заболевание, развивается так называемая "болезнь посттравматического стресса": повторяющиеся кошмарные сны и наплывы тяжелых воспоминаний, повышенная чувствительность к психотравмам, раздражительность с агрессивным поведением, продолжающаяся всю жизнь чрезмерная зависимость от родителей при одновременном нарушении контактов со сверстниками. У этих подростков запаздывало развитие социальных и коммуникативных навыков, они не умели выражать собственные пожелания, не были знакомы с играми, соответствующими их возрасту, у них был снижен или отсутствовал интерес к общению со сверстниками, сужался круг интересов. Часто последствием пережитой болезни является одиночество.

Лечение психических расстройств, затрудняющих терапию онкологического заболеваниями оказывающих неблагоприятное воздействие на "качество жизни" больных, а по некоторым данным и на ее продолжительность чрезвычайно сложная задача. Изолированное применение психотерапии недостаточно эффективно, применение же психотропных средств затруднено, так как при их использовании уже на малых дозах нередко возникали побочные извращенные реакции. У некоторых больных положительный эффект достигался при применении транквилизаторов, ноотропов, фитотерапии.

Мало разработанной остается и психотерапевтическая практика. Примером "белого пятна" в психотерапии является вопрос об ориентации пациентов в диагнозе онкологического заболевания. Зарубежные авторы подчеркивают, что больной должен знать все, что он хочет, о своем настоящем и будущем, что ему необходимо знать диагноз. Тяжелый психологический стресс, возникающий при сообщении об онкологическом заболевании может быть ослаблен с помощью целенапрвленной психотерапевтической работы, осуществляемой как врачами, так и психологами, социальными работниками, знакомством с литературой для больных, просветительской работой среди населения.

В нашей стране очень мало литературы для больных, не проводится специальная подготовка психотерапевтов, социальных работников для работы в онкологических учреждениях. Отечественные врачи считают, что онкологический диагноз сообщать не следует, так как это лишь усилит страх и неуверенность больного. Между тем, многие дети, страдающие онкологическими заболеваниями, особенно подростки, уже на первых этапах лечения знают свой диагноз. При этом они оказываются в особенно травмирующей ситуации из-за того, что не обсуждают известный им диагноз с родителями или врачами, убежденными, что им удалось скрыть диагноз от ребенка. И дело здесь не только в "утечке информации" о диагнозе. C.M. Binger с соавторами считают, что несмотря на попытки защитить больного ребенка от знания об опасности его заболевания, он ощущает нарушения эмоционального климата и взаимопонимания в семье, ему передается тревога взрослых. Те дети, чьи семьи ведут обычный образ жизни, поддерживают привычные социальные связи, чувствуют себя увереннее и сохраняют эмоциональные связи с членами своей семьи.

Однако, у большей части родителей, чьи дети страдают угрожающими жизни заболеваниями, выявлялись психические расстройства, спровоцированные прежде всего психотравмирующей ситуацией. Они проявлялись возникающими у большинства из родителей падением работоспособности, доминированием в душевном состоянии тревоги, вегетодисфункциями, депрессивными идеями самообвинения, когда родители полагали, что они виноваты в болезни ребенка, а теперь и не способны обеспечить уход за ним, выполнить назначения врача. В некоторых случаях отмечались идеи отношения, близкие к бреду преследования, когда больным родителям казалось, что других детей в ущерб их ребенку лечат лучше, "более дорогими лекарствами", другим "выдают более совершенные внутривенные катеторы", "врачи-убийцы, лечившие ребенка до онкологического заболевания, виноваты, в том что у него развился рак".

Практически никто из родителей, страдающих психическими расстройствами, за помощью не обращался. Педиатры как правило не подозревали о наличии психических отклонений у родителей, замечая только их внешнюю сторону - нарушения поведения: гневливость, отказ от лечения ребенка у врачей с попытками обращаться за помощью к знахарям, экстрасенсам. Очевидно, что коррекция психических нарушений у родителей необходима не только для восстановления их самочувствия и работоспособности, но и потому, что без психокоррекционной помощи семье невозможно формирования у нее адекватного отношения к болезни и лечению подростка.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о необходимости организации междисциплинарных научных исследований по проблеме психических и личностных нарушений у детей и подростков, страдающих онкологическими заболеваниями, и в их семьях; разработки эффективной медикаментозной тактики при лечении психических нарушений у детей, больных онкологическими заболеваниями; психологической и социальной помощи им и их семьям. В решении проблем этой категории лиц необходимо участие педагогов; социальных работников, деятелей культуры и религии, их родных и близких, общества в целом.

**Значение психотерапии для стационарных больных**

На современном этапе развития психотерапии наблюдается изменение ее направленности от нозоцентрической (установка на болезнь) к антропоцентрической (установка на человека) и далее к социоцентрической (установка на связи личности с социальной средой) ориентации. Современная психотерапия - это комплексное лечебное воздействие на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде. Ведущее значение в отечественной психотерапии придается побуждению больного к активному, сознательному соучастию в борьбе защитных сил организма против патологических факторов, когда психотерапия выступает как целостная система взаимосвязанных и взаимодополняющих методов лечебного воздействия на личность больного, а через нее на болезнь, активированию деятельности больного, его способности к росту, психическому обогащению, а через это к преодолению неадекватных болезненных реакций.

Патогенетическая психотерапия как психотерапия отношений заключается в перестройке личности больного подростка на основе действенного осознания причин и процесса развития болезни и перестройки отношения больного к патогенным факторам заболевания. Эта перестройка направлена на формирование у больного правильного отражения действительности и правильного отношения к ней. Патогенетическая психотерапия состоит из трех этапов.

На первом изучается история формирования личности.

На втором выясняется сущность конфликта, и беседы с больным направляются таким образом, чтобы он сам установил ассоциативные связи между обстоятельствами патогенной ситуации и особенностями его болезненных отношений.

На третьем осуществляется реконструкция нарушенных отношений. Существенный вклад в патогенетическую психотерапию внесен Н. В. Ивановым, который раскрыл значение дезактуализации переживаний болезни и мобилизации защитных личностных механизмов.

Для психотерапии важное значение имеет формирование в сознании больных "эталона врача", в котором обобщается опыт общения с наиболее авторитетными в их жизни лицами и отражается ряд стереотипов общения: руководитель, воспитатель, партнер, друг.

В последнее время разработаны рекомендации по диагностике и психотерапии больных в условиях специализированного отделения, классификации методик психотерапии с учетом этапа развития болезни. Раскрыты многие из механизмов действия рациональной психотерапии, гипнотерапии, внушения наяву и самовнушения, аутогенной тренировки, поведенческой терапии.

Получила развитие и семейная психотерапия, которая направлена на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье. Семейная психотерапия отличается от обычных бесед с родственниками пациента для получения объективных сведений или для наставлений в отношении режима и лечения больного. Семейная психотерапия - это процесс группового взаимодействия, имеющий свою особую динамику. Перестройка отношений в семье достигается после длительной индивидуальной работы с каждым из супругов, пониманием ими причин семейных конфликтов и связи между возникновением болезни у подростка и ситуацией в семье. При отсутствии контакта с одним из них семейная психотерапия проводится двумя специалистами, обычно врачом и психологом. Последующие совместные встречи с супругами происходят раз в неделю в течение 2-3 мес. За это время улучшается взаимопонимание между ними и их взаимоотношения поднимаются на более высокий уровень. Те же задачи ставятся при психотерапии нарушенных семейных отношений методами групповой психотерапии. Подчеркивается большое профилактическое значение семейной психотерапии, так как нигде психиатр так близко не соприкасается с жизненными проблемами, как в сфере семьи.

Особый интерес представляют данные об эффективности психотерапии. Использование клинико-психологических критериев оценки показывает эффективность патогенетически обоснованного метода психотерапии неврозов, сближение в ее процессе представлений больного о "настоящем" и "желаемом" "я", существенное повышение самооценки, относительную стойкость фрустрационных реакций, неравномерную динамику личностных изменений в процессе групповой психотерапии. При оценке эффективности патогенетической психотерапии считается целесообразным использование следующих критериев:

) симптоматического улучшения;

) степени осознания психологических механизмов болезни;

) степени реконструкции нарушенных отношений личности;

) улучшения социального функционирования больного.

Установлена зависимость результатов психотерапии от особенностей личности больного, степени его ресоциализации и реадаптации. Наименьшее число рецидивов обнаружено у лиц, занятых любимым делом и удовлетворенных в профессиональном плане, т. е. у лиц социально компенсированных. Групповые и семейные формы психотерапии адекватны методам реабилитации (ресоциализации) больных. В широком смысле слова под реабилитацией понимается разносторонний процесс воздействия на больного и его микросреду, в котором одним из важнейших принципов является "партнерство" врача и больного в достижении общей цели - восстановления личного и социального статуса пациента.

**Заключение**

Проблема образа «Я» у подростков, находящихся в стационаре, является одной из самых сложных и актуальных в современной психологии. В подростковом и юношеском возрасте с ростом связей личности с окружающим миром, особенно общественных связей, с развитием абстрактного мышления значительно расширяется и усложняется система отношений, которая приобретает осознанно мотивированный характер. Именно в этом возрасте четко определяется отношение к себе и окружающим, ко всему, происходящему вокруг. Но если подросток в этот важнейший период развития своей личности вдруг оказывается в относительной изоляции - стационаре, да еще и под тяжестью страшного диагноза, то, очевидно, образ его «Я» будет существенно отличаться от образа «Я» здоровых сверстников.

В данной работе была сделана попытка проследить и проанализировать те изменения личности, которые происходят у подростка, находящегося в стационаре. В качестве болезней, наиболее показательно влияющих на личность, были выбраны бронхиальная астма и онкологические заболевания.

Больные бронхиальной астмой, как правило, переживают сильную тревогу, связанную с зависимостью и разлукой. Так же, для них свойственна повышенная чувствительность, склонность к реакциям страха, недоверчивость, педантичное упрямство в сочетании с уступчивостью. У многих отмечается повышенная чувствительность к запахам нечистот, а также к "грязным" поступкам окружающих и собственным "грязным" помыслам.

Пожалуй, нигде не возникает столько психологических проблем, как в детской онкологии. Отношение к раку у подростков, как к фатальному заболеванию, часто неопределенный прогноз и длительный путь к выздоровлению создают тревожную атмосферу вокруг онкологического больного, которая еще усугубляется в тех случаях, когда пациентом является ребенок или подросток.

В работе также уделено внимание вопросу психотерапии, играющей огромную роль в возвращении подростков к нормальной жизни после выхода из стационара.

**Список использованной литературы**

1. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте М., 1968

2. Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. М., 1999.

. Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Московский психотерапевтический журнал, 2000. № 1.

. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М., 1984.

. Возрастная и педагогическая психология // Под ред. А.В. Петровского М., 1980

. Гройсман А.Л. Медицинская психология. М., 2002.

. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков. М., 1997

. Ивашов В.В. Как сформулировать "смертный" диагноз // Журнал практического психолога, 2000. № 3-4.

. Кон И.С. Психология старшеклассника М., 1980

. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М., 1999.

. Кяе М. Психология подростка М., 1991

. Основы личностно-ориентированной педагогики. (Курс лекций). Ч. 1

13. Старшенбаум Г.В. Суицидальный синдром в соматической клинике // Журнал практической психологии и психоанализа, №3, 2004

14. Шкловский В.М., Психотерапия в комплексной системе лечения неврозов. Руководство по психотерапии (ред. В.Е. Рожнова), - М., 1974

15. Шутценбергер А.А. Драма смертельно больного человека. 15 лет работы в психодраме с больными раком // Психодрама: вдохновение и техника. М., 1997. С. 217-243.

16. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.