Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка

Факультет психологии

Кафедра прикладной психологии

Курсовая работа

**«Программа психологической помощи ребенку в ситуации хронической болезни»**

Студентки Грамович Анны Владимировны

Научный руководитель - Вертынская Лидия Александровна

Минск, 2014

**Содержание**

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ ДЕТЬМИ СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

.1 Анализ теоретических положений в психологии об отношении к болезни

.2 Психологические особенности детей с хроническими онкологическими заболеваниями

.3 Психологические проблемы семей, имеющих онкологически больного ребенка

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

.1 Пояснительная записка программы психологической поддержки детей в условиях хронического онкологического заболевания

.2 Содержание программы, направленной на снятие эмоционального напряжения у детей с хронической онкологической патологией

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОГРАММЕ

**Введение**

Психологические проблемы человека с хроническим заболеванием находятся в настоящее время в центре внимания психологов, благодаря всё возрастающему количеству всевозможных болезней, характеризующихся хроническим течением. Глобальной задачей психологии в данном случае является сохранение нормального качества жизни хронического больного.

За последнее десятилетие активно разрабатывалась концепция внутренней картины болезни, были разработаны достаточно информативные методы психологической диагностики отношения к болезни при соматической патологии, выполнен большой объем экспериментально-психологических работ на больных с сердечнососудистыми заболеваниями, почечной недостаточностью, диабетом и т.д. Любое соматическое заболевание, особенно хроническое или длительно текущее, сопровождается нервно-психическими нарушениями (В.А.Ромасенко, К.А.Скворцов,1961; Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов,1988; F.Adams,1993; M.Meli,1993). Хроническое заболевание оказывает серьёзное влияние на психологический статус и личностное развитие индивида.

Онкологические заболевания занимают центральное место среди проблем клинической медицины. Достижения современной терапии привели к тому, что все большее число заболевших переживает длительные сроки после начала лечения, а значительный контингент может быть отнесен к категории выздоровевших. Особенно это касается основного варианта опухолевого процесса в детском возрасте - лейкоза: с каждым годом растет число детей с ремиссиями более пяти лет [19]; медицина и общество в целом сталкиваются с не существовавшими ранее случаями практического выздоровления при острых лейкозах. При этом оказалось, что одно только противоопухолевое лечение с назначением инвалидности, которая дается всем онкологически больным детям, не решает полностью возникших проблем. Результаты лечения детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями, так называемый "уровень качества жизни" определяются не только тяжестью основного заболевания, но и психологическим состоянием, возможными психическими нарушениями как у самого больного, так и у членов его семьи, чему ни в научных исследованиях, ни в практическом здравоохранении в нашей стране почти не уделяется внимания.

Достижения современной онкологии позволяют не только добиваться улучшения результатов лечения, но и ставят вопрос о качестве жизни больного.

Актуальность работы. За последние несколько лет количество онкологических заболеваний у детей на территории Республики Беларусь возросло в несколько раз. Дети с онкозаболеваниями обладают рядом специфически психологических особенностей в своем личностном развитии.

Большинство психологических исследований, посвященных проблемам хронически больных детей, в основном уделяют внимание анализу их психологических особенностей и влиянию болезни на развитие личности ребенка (Николаева В.В., Арина Г.А., Михеева А.А., Коваленко Н.А. и др.). В связи с этим является актуальным разработка программы психологической помощи детям, имеющих хронические заболевания.

Проблема формирования личности в условиях хронического заболевания проводятся в основном не столько психологами, сколько медиками, т.е. в основе психологических исследований находятся теоретические положения не психологии, а медицины, что отражается на интерпретации результатов исследований. Так, особенности личности больных хроническим заболеванием нередко рассматриваются только как следствие болезни и изменений нервной системы в процессе заболевания, т.е. переоценивается роль биологических факторов в формировании личности и недооценивается роль социальных и психологических факторов.

Объект исследования - ситуация хронической болезни

Предмет исследования - программа психологической помощи детям в ситуации хронического заболевания

Цель работы - разработка психологической программы помощи ребенку в ситуации онкологического заболевания

Исходя из цели исследования, были определены следующие задачи:

.Проанализировать психологическую литературу по проблеме отношения к болезни;

.Изучить психологические особенности детей с онкологической патологией.

.Рассмотреть психологические проблемы, возникающие в семьях с онкологически больными детьми.

.Разработать программу психологической помощи детям в ситуации приобретенного хронического онкологического заболевания.

Методы:

изотерапия (рисование красками, цветными карандашами, монотипия);

сказкотерапия (сочинение и проигрывание сказок);

мандалотерапия (рисование в круге, плетение мандал из ниток);

музыкотерапия (прослушивание различной музыки, использование релаксационной музыки на каждом занятии);

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ ДЕТЬМИ СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**1.1 Анализ теоретических положений в психологии об отношении к болезни**

Натуралистическая, объективистская основа современного медицинского знания, рассматривающего болезнь как самостоятельную биологическую сущность, отделенную от человека, от целости его опыта, субъективных переживаний и социального контекста, была в свое время закреплена и усилена благодаря процессу индустриализации врачебного дела, коррелятивному процессу тотальной модернизации общественной жизни. [11, с. 85]

В связи с этим обратимся к известным зарубежным авторам, которые давно и успешно работают на стыке социологии медицины, медицинской антропологии и культурологии, феноменологических исследований основополагающих структур человеческого опыта, медицинской этики и медицинской эпистемологии. [11, с. 85]

Центральная мысль всех культурологических масштабных исследований Дэвида Мориса, посвященных феномену боли, заключается в том, что боль - это культурная производная. Физиология боли универсальна, но значения ее различны, историчны. «Живая боль» не является простым ощущением, но сложным восприятием, результатом взаимодействия души и тела. «Живая боль» монистична, а представление о двух болях - боли физической и душевной - является ошибкой, опасным мифом, требующим преодоления в интересах пациентов. Морис вводит дихотомию модернисткой и постмодернисткой модели боли. Первая была выработана в рамках биомедицины и представляет собой органическую трактовку боли. [11, с. 86]

Французская исследовательница Розалина Рэй в своем масштабном труде, посвященном истории представлений о боли, пишет, что нужно различать боль как физиологическое понятие и страдание от боли, отсылающей к сфере разнообразных субъективных переживаний. Подчеркнем, что различие это проводится исследовательницей не онтологически, но методологически. Медицинские последствия онтологического дуализма телесного и духовного - отдельная большая и очень важная практическая проблема. Рэй, как представляется, в данном отношении абсолютно корректна. Как и большинство современных исследователей этой темы, она признает, что боль является комбинацией культурных и социальных факторов, что в ней закодировано социальное поведение, что различные значения боли (например, «испытание», «наказание», «судьба» и т. д.), формируемые религиозными или философскими убеждениями людей, влияют на то, как человек воспринимает боль, поднимают или снижают порог чувствительности. Однако методологически различие все же нужно учитывать. Рэй маркирует его латинскими глаголами sufferre и doleo. Первый обозначает личное переживание, само претерпевание, в процессе которого боль наделяется различными значениями, второй - может быть использован в конструкции с безличным субъектом, употребляться в безличной форме и обозначает определенный психофизиологический механизм, где психическое заранее истолковано как часть физического, естественного, данного природой. Понимая, что если речь идет о боли интенсивной, постоянной или просто хронической, то она затрагивает все существо человека, всю его жизнь, определенным образом трансформирует саму его «способность быть», Рэй тем не менее в своей книге сосредоточивается именно на doleo, на историческом развитии представлений о естественной психофизиологии боли. [11, с. 90]

Артур Клейнман в своей абсолютно новаторской книге «Нарративы болезни: страдание, лечение и человеческое состояние». Клейнман различает болезнь как illness и как disease. Illness - это сфера субъективных (или даже коллективных, если иметь в виду семью больного, его окружение) реакций на появившиеся «симптомы», сфера их оценок, переживаний, это сама жизнь больного в условиях нарушения функций и ограничения возможностей. Illness - это именно опыт болезни, опыт, включающий классификацию и объяснение страданий самими заболевшими, их опасения и надежды, самолечение, коррекцию поведения, в том числе и решение об обращении к врачу. Болезнь как illness предполагает личные проблемы, связанные с функционированием в обществе, утратой возможностей, неутешительными перспективами. Именно с жалобами на illness как на появившуюся жизненную проблему мы приходим к врачу и описываем illness на принятом в данной культуре языке. [11, с. 92]

Любая хроническая болезнь независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган или функциональная система оказывается пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, создает особую объективную социальную ситуацию развития психики человека.

Психика хронически больных приобретает особую специфику, жизненные ценности получают иные смысловые характеристики, изменяется самосознание. Содержание социальной ситуации развития в условиях болезни складывается из различных форм личностного переживания кризисов. Динамика кризиса развития в условиях хронического заболевания зависит, в соответствии с выводами Николаевой В.Н., от особенностей сформированной в преморбид иерархии мотивационной сферы и эффективности личностно-смысловой регуляции деятельности. Теоретико-экспериментальный поиск наиболее выраженного изменения в структуре личности соматических больных позволяет считать, что во внутренней картине болезни у хронического больного наиболее обедненными становятся динамика и качественная характеристика эмоциональной составляющей[2, с. 55].

Николаева В.В. отмечает следующие особенности в жизненной ситуации больных хроническими заболеваниями. Во-первых, наличие определенной биологической вредности, влияющей на условия функционирования организма и центральной нервной системы; специфическая соматогенная интоксикация (или гипоксия). Следствием этого является развитие астенического синдрома разной степени выраженности, а иногда и явлений особой соматогенной энцефалопатии. Во-вторых, различная степень витальной угрозы, о которой чаще всего знает сам больной. В-третьих, длительность течения болезни с возможными периодами затухания и обострения болезненного процесса, предполагающими длительное лечение, иногда пребывание в стационаре в ситуации тягостных для больного лечебных процедур. В-четвертых, отрыв от привычных условий жизни с ограничением или полным исключением трудовой деятельности, сужением и ограничением привычного круга общения и т. д. И возможные негативные социальные последствия болезни: потеря или снижение трудоспособности, изменение семейного статуса, общее изменение социального статуса человека[2, с. 60].

В результатах экспериментально-психологического исследования личности и реагирования на заболевание Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. отражают следующие факты[2, с. 91].

Сопоставление усреднённых профилей личности по данным Миннесотского многопрофильного личностного опросника (MMPI) показывает почти одинаковый пик по 6-й шкале и снижение по 9-й, что свидетельствует о ригидности аффективных переживаний, преобладании депрессивных тенденций над сугубо тревожными, снижение уровня мотивации, фиксацию на своих ощущениях, и даже не столько ощущениях, сколько их толковании.

Исследование системы отношений личности при помощи методики незаконченных предложений Сакса-Сиднея (J. M. Sacks, S. Sidney) свидетельствует о том, что у больных с соматогенным астеническим симптомокомплексом преобладают нарушения в сфере отношения к будущему, половой жизни, вышестоящих лиц на работе, несколько меньшее - в сфере отношения к семье. По данным личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ), для больных с соматогенным астеническим симптомокомплексом наиболее характерными являются сенситивный и эргопатический типы реагирования на заболевание.

Ф. Александер отмечает, что многие хронические расстройства вызываются эмоциональными конфликтами, которые возникают в процессе ежедневного существования в результате контакта с внешним миром, из-за сложности социальной жизни. Психосоматический подход к проблемам жизни и болезни осуществляет синтез внутренних физиологических процессов и социальных взаимосвязей индивида. Тщательный анализ жизни пациента может раскрыть источники ранних функциональных расстройств, прежде чем расстройство функции приведёт к различимым изменениям. [23; с. 32].

Изучение личности больного человека, которое представлено в работах отечественных и зарубежных психологов (Б. В. Зейгарник, К. Ясперса, Б.Д. Карвасарского, В.Х. Кандинского и их учеников), говорит о том, что в основе психической жизни больного лежат те же закономерности, что и у здорового человека. Психическая жизнь человека меняется не потому, что при болезнях мозга и при других заболеваниях начинают действовать другие психические механизмы, а потому, что те же механизмы действуют в особых условиях, которые вызваны и изменены болезнью. Болезнь лишь биологическая предпосылка изменения личности.

В работах отечественных психологов сформировался ряд критериев, по которым оцениваются изменения личности больного. Так как они влияют на содержание ВКБ, назовем их. Это следующие пять критериев:

) изменение содержания ведущего (главного) мотива деятельности, формируется новый мотив, например патологическая деятельность голодания при апорексии;

) замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого мотива, например мотив самообслуживания при ипохондрии;

) снижение уровня опосредованности деятельности, то есть деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется;

) сужение основного круга отношений человека с миром, обеднение мотивов;

) нарушение степени критичности и снижение уровня самоконтроля.

Отношение к болезни интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни». Это и знания о болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование и эмоциональные, поведенческие реакции, связанные с болезнью. Стратегия адаптивного или дезадаптивного поведения больных в настоящем и будущем предполагает различные варианты: активную борьбу с болезнью, принятие роли больного, игнорирование болезни и другие защитно-приспособительные механизмы личности, которые не может не учитывать лечащий врач, психолог, психотерапевт в активной работе с больным и его окружением.

С изучением онкологии стали особенно актуальны вопросы о психоэмоциональном состоянии онкологических больных. Становится очевидным, что злокачественные опухоли или рак - это одно из заболеваний, которое несет в себе мощную стрессовую нагрузку. Онкологические, как и все другие тяжелые заболевания, у многих больных вызывают психологический хронический стресс.

Имеющиеся в мировой научной литературе сведения о влиянии психологического стресса на онкологических больных свидетельствуют, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни в семье и обществе, снижение риска повторного заболевания, во многом зависит от отношения человека к болезни, его душевного состояния, воли, активной позиции, направленной на борьбу с недугом [7, с. 111].

Для изучения субъективной стороны расстройства в клинической психологии используется целый ряд терминов: «переживание болезни», «сознание болезни», «соматонозогнозия». Каждое из этих понятий выделяет какую-то одну из сторон психологической реакции на болезненное состояние. «Переживание болезни» делает акцент на эмоциональной стороне отношения человека к своему расстройству. «Сознание болезни» - на рациональном компоненте отношения, интеллектуальной интерпретации своего состояния. «Соматонозогнозия» - на познавательной оценке степени тяжести прогноза своего состояния, оценке значения болезни во временной перспективе (кем был до болезни, кем являюсь сейчас, что со мной будет). Понятие внутренней картины болезни охватывает все три аспекта отношения человека к расстройству здоровья.

Р. Конечный и М. Боухал предлагают выделить во внутренней картине болезни также и волевую сторону, связанную со стремлением совладать с болезнью. Содержание субъективной картины болезни зависит от влияния ряда факторов:

характер расстройства (острое или хроническое, наличие илиотсутствие боли, косметических дефектов, сохранение илиограничение прежних возможностей в поведении и деятельности и т. п.);

обстоятельства жизни с расстройством (появление новых проблем, стигматизация, дискриминация и т.д.);

личностные особенности пациента;

социальный статус до развития расстройства [6, с. 301].

А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев, в свою очередь, рассматривают в качестве патологических вариантов реагирования на болезнь депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический и анозогнозический.

Отношение человека к болезни нельзя рассматривать в отрыве от его отношения к здоровью, поэтому для оценки позиции пациента, важно проанализировать внутреннюю картину здоровья. Это понятие также можно рассматривать с сенситивной, эмоциональной, интеллектуальной и поведенческой сторон. Все это определяет необходимость наряду с принятыми для каждой специальности диагностическими приемами обязательно проводить исследование внутренней картины болезни и отношение к болезни больного человека.Важным признаком гармоничного отношения к болезни является то, что поведение человека в момент болезни не дезорганизует жизнь других людей (родственников, коллег, друзей, врачей), не мешает оказывать ему помощь [4, с. 86].

Можно выделить три главных реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная. При активной позиции больного к лечению и обследованию говорят о стенической реакции на болезнь. Есть, однако, и негативная сторона этого поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых заболеванием. При астенической реакции на заболевание у больных имеется наклонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспосабливаются к заболеванию. При рациональном типе реакции имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации [4].

С понятием субъективной картины болезни в отечественной клинической психологии связана вся система отношений личности пациента, включая поведенческие паттерны ее проявления. В зависимости от содержания внутренней картины болезни у личности могут развиваться разнообразные типы отношения к своему заболеванию, среди которых наиболее часто ученые-психологи выделяют следующие: адекватное, пренебрежительное, отрицательное, аггравирующее, ипохондрическое, рентное, безразличное.

Эпидемия хронической боли носит скрытый характер, потому что это заболевание несмертельно, слишком банально, оно воспринимается человеком гораздо менее драматично, к нему не приковано внимание СМИ, по нему почти не публикуют статистических данных. Людей, страдающих от данного заболевания, часто подозревают в симуляции. Человек вынужден примиряться с существованием хронической боли, в силу чего она еще трудней поддается лечению. Она часто не выполняет никакую биологическую функцию, но, появившись, превращает жизнь человека в настоящий ад. [11, с. 88]

**.2 Психологические особенности детей с хроническими онкологическими заболеваниями**

Исследования внутренней картины болезни, которые осуществлялись в отечественной и зарубежной психологии, показывают, что она как механизм иерархии тех мотивов и ценностей, которые реализует человек, существенным образом зависит от того идеала здоровья, на который ориентируется человек [9, c. 112].

Состояние здоровья ребенка воздействует на развитие его личности. При психологической коррекции негативных особенностей личности развития больных детей необходимо знать и учитывать специфику возможных отклонений при наличии заболеваний.

В психологической литературе приводятся некоторые данные, указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, для них характерны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего, от мнения мамы). [9, c. 117].

Заболевание ребенка - это недуг и для среды, в которой он живет, болезнь и для родителей, для всей семьи. Большое значение этого факта должны учитывать те врач и сестра, которые собирают анамнез, стремясь выяснить до конца происшедшее. Часто это оказывается нелегким именно из-за участия всей семьи. Поведение родителей зависит от их отношения к детям, от их опыта, приобретенного в ходе той же болезни у других детей, у родственников. Наиболее частой реакцией является беспокойство, озабоченность, страх родителей за ребенка. Проблемой это становится лишь в том случае, если эти страхи преувеличены, если родители придают заболеванию излишне большое значение, даже ложно освещая факты.

Осознание и принятие болезни у окнологических больных определяется не столько динамикой развития заболевания, сколько личностными особенностями больного, его восприятием болезни и лечения, механизмами совладеющего поведения и его смысложизненными ориентациями. [1, с. 98]

При изучении психологических особенностей и проблем при онкологических заболеваниях отмечено, что на формирование отношения к болезни и лечению, оказывает влияние отсутствия конкретной локализации злокачественной опухоли (В. А. Чулкова, И. П. Комяков, Н. Н. Блинов(2005), ухудшение самочувствия в процессе специфического полихимиолучевого лечения. Ситуация, связанная с болезнью и лечением, имеет продолжительное влияние на психоэмоциональное состояние данной категории больных и их качество жизни в целом, что, в определенной степени, влияет на продолжительность жизни, как подчеркивают в исследованиях Л. В. Донская (1986), Н. Э. Осипова (2006).

Ситуацию онкологического заболевания с психологической точки зрения рассматривают как экстремальную и как кризисную Э. Б. Карпова, В. А. Чулкова, В. М. Моисеенко. При переживании заболевания как экстремальной ситуации больной ощущает ее как чрезвычайно сложную, которую нужно «перетерпеть», психологической задачей личности в данном случае является возвращение к привычному функционированию. В основе психологического кризиса лежит разрушение тех представлений и убеждений, которые имеются у каждого человека относительно себя и окружающего мира, как пишут Э. Б. Карпова, В. А. Чулкова.

Осознание пациентом неблагоприятного прогноза онкологического заболевания часто приводит к тяжелой депрессии. При этом неполная вербальная информация в сочетании с трагической мимикой близких и избегающим поведением медицинского персонала оказывает негативное влияние, усугубляющее реакцию пациента на болезнь. Проведение полноценной комплексной реабилитации пациента немыслимо без коррекции его психологического статуса, поскольку онкологическое заболевание (иногда даже пребывание в онкологической клинике с целью диагностики) может привести к развитию у больного невротического или депрессивного состояния, стать причиной психосоматической патологии, самоубийства [62].

**.3 Психологические проблемы семей, имеющих онкологически больного ребенка**

Онкологическое заболевание ребенка - серьезное испытание не только для него самого, но и для всей его семьи. Заболевшего ребенка и его семью сопровождает множество трудностей, причем не только в периоды постановки диагноза и лечения, но и после его завершения, в случаях выздоровления. Выход в ремиссию является достаточно сложным периодом в жизни ребенка, т.к. он испытывает страдания в связи с теми изменениями, которые привнесла в его жизнь болезнь, и требуется немало времени и усилий, чтобы принять их. Болезнь, включаясь в социальную ситуацию развития, меняет условия протекания многих видов деятельности, что может привести к появлению отдельных психологических последствий, существенно влияющих на протекание естественных кризисов взросления и становление личности даже в отдаленном периоде после окончания лечения [13, с. 201].

Онкологическое заболевание ребенка вносит определенную специфику в детско-родительские отношения. Заболевшему ребёнку на момент лечения уделяется максимум внимания и заботы. Это является необходимым условием для выздоровления. После тяжелого длительного курса лечения и выхода в ремиссию родители испытывают тревогу по поводу повторного возникновения у ребёнка онкологических симптомов и рецидива. Постепенно эта необходимость теряет свою актуальность, но для родителей выздоравливающего ребёнка часто бывает трудно вернуться в те воспитательные рамки, которые были до заболевания. Последствия действия химиотерапии на нервную систему выражаются, в частности, в повышенной раздражительности ребенка, его истериках. Соблюдение четкой предсказуемой позиции с наложением ограничений и предъявлением необходимых требований кажется родителям жестким и трудноосуществимым, они склонны скорее попустительствовать капризам, подстраиваться под них, чем действовать последовательно (особенно, если они ощущают себя виновными в болезни). В результате в ходе ремиссии на фоне постепенного функционального восстановления нервной системы происходит закрепление проблемного поведения ребенка, ребенок "научается" манипулировать родителями при помощи истерик и непослушания. Повышенное внимание на этапе выздоровления, переходит в гиперопекающие родительские функции, что также влечёт сложности в детско-родительских отношениях. Перенесенные испытания вселяют стойкую тревогу в родителей, заставляя их перестраховываться и не снимать ограничения даже после длительного срока ремиссии. При такой линии родительского поведения особенно сложно бывает подросткам, которые лишаются возможности учиться самостоятельности и ответственности за себя. В борьбе за независимость подростки остро конфликтуют с родителями.

При наличии в семье сиблинга возникает диспропорция в отношениях взрослых к изначально здоровому и больному ребёнку. Это вызывает непонимание и ревность одного из них, что в итоге влечёт напряжение как в отношениях сиблингов, так и в детско-родительских. Здоровый сиблинг часто воспринимает долгое пребывание одного из родителей (как правило, матери) в стационаре как пренебрежение им и долго хранит обиду, особенно, если после возвращения домой родителя долгожданное участие не оказывается в желаемом объеме. Больной же ребенок рассчитывает на сохранение повышенного внимания матери и может болезненно реагировать на его ослабление. Подобная ситуация провоцирует возникновение сиблинговых конфликтов.

Специфика заболевания и лечения, мифы, сложившиеся в обществе по поводу онкологических заболеваний, провоцируют у родителей чувство страха за жизнь ребенка, не дают полной уверенности в успешном исходе лечения.

Степень травматизации при столкновении с этими чувствами зависит от продолжительности нахождения в стрессовой ситуации. Также влияют личностные особенности родителей, тяжесть протекания заболевания и лечения, врачебный прогноз, наличие психотравмирующих эпизодов в личной истории и т.п. Фактически находясь в состоянии предварительного горевания, родители проживают осложненное горе, предпосылками которого являются: ожидание утраты, внезапная утрата, утрата детей. Завершенная работа горя при утратах способствует разряжению насыщенных негативных эмоциональных реакций [5, с. 191].

При успешном лечении, движении к выздоровлению преодолевается критическая неопределённость состояния болезни. Родители, подвергнувшиеся сильным переживаниям, при улучшении состояния ребёнка, прерывают процесс горевания. При этом насыщенность эмоциональных переживаний периода лечения у них сохраняется и актуализируется при малейшей реконструкции угрозы для ребёнка. Это вызывает изменение жизненных приоритетов в зависимости от силы травматизации. Как правило, на первый план выходят темы жизни и здоровья значимых близких людей, на фоне нивелирования всего остального. В свою очередь это определяет направления развития сферы жизнедеятельности и функционирования в социуме. Так, например, многие матери после болезни ребенка отказываются от продолжения профессиональной карьеры, становясь домохозяйками, решив посвятить себя сохранению здоровья близких, контролю за ними. Часто происходит отказ от удовольствий, граничащий с самонаказанием, утрата круга друзей. Происходит потеря ресурсов для восстановления физических и моральных сил, нарастает эмоциональное напряжение. Кроме того, сфокусированность исключительно на потребностях ребенка, хотя и наполняет смыслом жизнь женщины, но делает сына или дочь зависимыми от нее, тормозит их полноценное возвращение в социум, препятствует их развитию.

Онкологическое заболевание ребёнка требует быстрых и своевременных решений родителей для его лечения. Семья подвергается влиянию мощного стрессора, который влияет по-разному на каждого его члена. После первичного стресса от диагноза семье необходимо перераспределение функциональных обязанностей для решения новых задач, связанных с лечением ребёнка. На этом этапе большое значение имеют уже сложившиеся отношения между супругами, степень гибкости семейной системы. В любом случае супружеские отношения преобразовываются.

Важным фактором для уменьшения травматизации родителей является их способность оказывать эмоциональную поддержку друг другу. Большое значение имеет характер сложившихся между ними отношений до болезни ребенка. Замечено, что семьи, в которых в качестве реакции на стресс было принято дистанцирование, сложнее адаптируются в ситуации тяжелой болезни ребенка. Супруги при этом оказываются в изоляции друг от друга и в одиночку пытаются справиться с горем, что усугубляет переживания. Частым вариантом может являться уход одного из супругов (как правило, мужа) в дисфункцию (алкоголизм, потеря работы и т.п.). Возникающие при этом обиды, непроговоренные взаимные претензии, тяжесть переживаний вызывают ухудшение отношений и могут привезти к их разрыву, нередко во время госпитализации ребенка. Тогда на травму, связанную с болезнью, накладывается травма развода.

Отмечено также, что даже в парах, успешно перестроивших свое взаимодействие во время болезни, сохранивших доверие и эмоциональную близость, наблюдается отказ от проведения совместного досуга. Как известно, совместный супружеский досуг - значимый ресурс для поддержания и развития супружеской подсистемы. Отказ от него подкрепляет триангулированность ребенка, лишает его возможной автономности, а родителей - полноценного супружества.

Страх потери ребенка может актуализировать вопрос о рождении младших сиблингов. В качестве проблемы встает наделение будущего новорожденного образом потенциально замещающего ребенка. Также мотивацией к рождению второго ребёнка может выступать потенциально-возможное им донорство клеток. Подобное отношение к репродукции является следствием воздействия на родителей сильных стрессоров и показывает степень травмированности. Кроме того, на этом фоне возможно возникновение психогенного бесплодия, когда при физическом репродуктивном здоровье наблюдается неспособность к зачатию. Вероятно, это вызвано конфликтом установок: потенциальный ребенок нужен в качестве замещающего или донора, но есть страх, что и он может заболеть. Или: новорожденный потребует внимания родителей, соответственно, переболевший ребенок его недополучит, что может быть чревато незамеченным вовремя рецидивом.

Прочное встраивание болезни в семейную систему не дает членам семьи легко отказаться от функционирования в "околобольничном" режиме. Супруги, утратившие контакт непосредственно между собой, могут общаться по поводу перенесенной болезни ребенка. При этом ребенок "удерживается" в положении больного, потому что такая его позиция сохраняет супружество. Социально неадаптированная мать, боясь своей несостоятельности в социуме, также может "застревать" в ситуации болезни ребенка, неоправданно задерживать его возвращение в школу, потому что только так она чувствует себя востребованной и компетентной. Кроме того, сложные материальные условия многих семей заставляют их надеяться на продление инвалидности детей, рассчитывая на продолжение предоставления льгот. Эти объяснимые с человеческой точки зрения моменты, тем не менее, удерживают детей в положении "больных" даже спустя многие годы после заболевания и не дают им эффективно адаптироваться в жизни. Родители часто первыми говорят с ребенком о его заболевании, необходимом лечении, готовят его к различным, нередко болезненным, процедурам, лицом к лицу встречаются с его болью и страхом. Чаще всего родители вынуждены справляться с такими проблемами в связи с заболеванием ребенка как боль и физическое страдание, ухудшение состояния ребенка, медицинские и хирургические процедуры, госпитализация, страх смерти, ограничение активности ребенка, диетические ограничения, возрастающая зависимость от родителей в период обострения, разъединение семьи, ограничения в общении со сверстниками, частые пропуски школы, обиды и конкуренция сиблингов.

Проблемы родителей часто связаны с тем, что им трудно устанавливать необходимые ограничения, воспитывая ребенка с хроническим заболеванием. Им кажется, что они должны и могут компенсировать страдания ребенка, а строгость и требовательность не позволяют ребенку почувствовать себя счастливым. При этом попустительство родителей часто вызывает у болеющего ребенка чувство тревоги. Это возникает тогда, когда родители, пытаясь справиться с чувством вины, расширяют безопасные границы приемлемого поведения. Независимо от того, насколько недовольны дети принятыми в семье ограничениями и правилами, они их знают и понимают и поэтому могут быть напуганы неожиданными непредсказуемыми изменениями, даже если они носят "разрешающий" характер.

Родители могут страдать от страха возникновения новых проблем, либо возвращения старых, от страха, что лечение не будет удачным. Кроме того, это может быть и самый сильный страх - страх смерти ребенка. Отношения внутри семьи под воздействием этих переживаний меняются, что часто приводит к фактическому распаду семьи. Одновременно это означает, что дети, страдающие хроническими заболеваниями, страдают от семейных неурядиц, что усугубляет их эмоциональный дискомфорт. Меняются и взаимоотношения семьи с социумом, социальные возможности семьи становятся более ограниченными. Чтобы сохранить объективность, нельзя не отметить, что иногда родители говорят о том, что в результате заболевания ребенка их взаимоотношения улучшились, семья сплотилась и все стали больше заботиться друг о друге.

Психологические проблемы человека с хроническим окологическим заболеванием находятся в настоящее время в центре внимания психологов из-за всё возрастающего количества таких болезней. Глобальной задачей психологии в данном случае является сохранение нормального качества жизни хронического больного.

Адаптация к хроническим заболеваниям реализуется посредством применения различных стратегий на основе ресурсов личности. Одним из самых важных ресурсов среды является поиск поддержки. К личностным ресурсам относятся адекватная "Я-концепция", позитивная самооценка, низкий нейротизм, интернальный локус контроля, оптимистическое мировоззрение, эмпатический потенциал, аффилиативная тенденция (способность к межличностным связям) и другие психологические конструкты.

Таким образом, отношение к болезни - это характеристика психической реакции на ощущаемые симптомы болезни, а также действия индивида, направленные на то, чтобы объяснить установленную болезнь, способствовать необходимому лечению и внести свой вклад в выздоровление.

Итак, психоэмоциональное состояние онкологических пациентов определяется, в большинстве случаев, переживаниями, вызванными ситуацией заболевания и зависит от эмоционального принятия больным болезни, которое в силу системного нелокализованного характера патологического процесса, происходит позже, по сравнению с пациентами с локализованными злокачественными новообразованиями, и обусловливает более длительный период отрицания злокачественного характера заболевания.

Хроническое заболевание ребенка влечет за собой неизбежные последствия для всех членов семьи. Эти последствия охватывают все уровни жизни семьи, начиная с самого банального: перераспределяются обязанности между членами семьи, кому-то приходится отказываться от ежедневного просмотра любимой телепередачи и т.д. В результате меняется образ жизни семьи в целом и нередко тревога становится нормой.

То, как члены семьи взаимодействуют друг с другом, оказывает огромное влияние на чувство собственного достоинства и самоуважение больного ребенка. Если ребенок чувствует себя значимым и нужным членом семьи, он будет чувствовать, что его любят и ценят как личность. Для ребенка важно знать, что его болезнь не изменила этого, как бы много в жизни не изменилось.

**ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**2.1 Пояснительная записка программы психологической поддержки детей в условиях хронического онкологического заболевания**

Актуальность: Современная жизнь диктует человеку особые условия: необходимо быть уверенным в себе, конкурентоспособным, активным, целеустремленным, открытым всему новому, иметь нестандартный подход к делу, быть креативным. Психологическая наука давно убеждена в том, что творчество помогает ребенку, находящемуся в состоянии онкологического заболевания, справиться со многими личностными, эмоциональными и поведенческими проблемами, способствует личностному росту и раскрытию.

Арт-терапия - это лечение изобразительным искусством.

Методика понятия “арт-терапевтическое занятие” базируется на убеждении, что внутреннее “Я” ребёнка отражается в зрительных образах всякий раз, когда он спонтанно, не особенно задумываясь о своих произведениях, рисует, пишет картину, лепит. Именно невербальные средства часто являются единственно возможными для выражения и прояснения сильных переживаний страхов, конфликтов, воспоминаний и сновидений.

Применение музыкотерапии как самостоятельного метода, так и в составе комплексной арттерапии на сегодняшний день - одно из самых распространённых средств лечебно-коррекционного воздействия на состояние здоровья человека. В современной музыкотерапии выделяют четыре основных направления лечебного действия: эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии, развитие навыков межличностного общения (коммуникативных функций и способностей), регулирующее влияние на психовегетативные процессы, повышение эстетических потребностей. Опыт многолетней работы с онкобольными детьми позволяет сформулировать условия, соблюдение которых делает арт-терапию более успешной:

в работе может участвовать каждый, т. к. она не требует наличия художественных навыков;

арт-терапия является средством преимущественно невербального общения, что делает ее особенно ценной в работе с детьми в ситуации хронического заболевания;

изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей;

она позволяет использовать работы ребенка для оценки его состояния;

является средством свободного самовыражения;

основана на мобилизации творческого потенциала внутренних механизмов саморегуляции и исцеления.

Таким образом, имеется широкий спектр показаний для проведения арт-терапевтической работы в системе психо-коррекции:

негативная «Я-концепция», искаженная самооценка, низкая степень самопринятия;

трудности эмоционального развития, импульсивность, повышенная тревожность, страхи, агрессивность;

переживания эмоционального отвержения, чувство одиночества, стрессовые состояния, депрессия;

Работать с детьми можно как в группе, так и индивидуально. Групповые и индивидуальные занятия различаются как по целям работы, так и по процедуре и приемам работы. Есть задачи, которые эффективно решаются в ходе встреч один на один - снятие эмоционального напряжения, преодоление негативизма, коррекция страхов, устранение барьеров, явившихся следствием переживания ситуации хронического онкозаболевания. А группа сверстников дает возможность удовлетворить потребность во взаимодействии с детьми, научиться учитывать мнение других и отстаивать свое, проявлять активность, сдерживаться и пр.

Подвести ребенка к манипуляциям с красками можно несколькими способами:

дать инструкцию: если установлен доверительный контакт, ребенку легче принять инструкцию «рисовать цветом: пятнами, мазками, линиями, брызгами и пр.», он может общаться с психологом, тем самым преодолевая неопределенность;

показать рисунки других детей, если контакт только устанавливается и ребенок сохраняет явную тревогу, зажат. Обычно они развешены по пространству арт-комнаты или по стенам коридора рядом с комнатой. Можно сделать специальную подборку рисунков, выполненных в абстрактной манере (мазанием, штриховкой);

дополнительный вариант - показ взрослым манеры действий с материалом или совместные действия. Психолог словно «заражает» ребенка, увлекает за собой. Вариант уместен, когда у ребенка сложились серьезные барьеры спонтанности реакций, обусловленные ранним обучением, гиперсоциализацией;

подобрать задания, сами собой предполагающие «свободную» манеру действий с материалами. Например, любой вариант техники монотипии или рисование на мокрой бумаге.

Эффективность программы:

проявление у детей позитивного образа "Я";

повышение уровня уверенности в себе;

снижение эмоционального напряжения;

установление достаточного уровня развития сенсорных и моторных качеств ребенка;

умения выражать свои эмоции и чувства;

развитие навыков межличностного общения;

Программа направлена на решение следующих задач:

создание условий для самопознания и самовыражения;

развитие самосознания, позитивного самоотношения, формирование адекватной самооценки, повышение уверенности в себе;

снятие психоэмоционального напряжения; отреагирование собственных чувств и переживаний в процессе творчества;

развитие навыков общения и эффективного взаимодействия;

развитие навыков рефлексии.

При реализации программы используются такие техники работы, как:

изотерапия (рисование красками, цветными карандашами, монотипия);

сказкотерапия (сочинение и проигрывание сказок);

мандалотерапия (рисование в круге, плетение мандал из ниток);

музыкотерапия (прослушивание различной музыки, использование релаксационной музыки на каждом занятии);

куклотерапия (изготовление кукол и проигрывание историй с ними);

фолк-терапия (изготовление русских народных кукол: тряпичных и лыковых) кукол, фигурок, изготовленных самостоятельно);

лепка из глины, соленого теста, пластилина;

аппликация, макетирование, коллаж и пр.

На занятиях ребенок личностно и творчески развивается, испытывает себя, познает свой внутренний мир, причины собственного поведения, учится наиболее эффективным способам разрешения проблем, приобретает навыки эффективного общения с людьми.

Основными ценностями здесь выступают не результат (творческий продукт), а сама личность участника. Каждый ребенок окружается вниманием, верой в него, доброжелательным отношением. Лишь только сам участник может оценить свой результат, со стороны других оценок нет и быть не может. Занятия арт-терапией способствуют решению следующих проблем: агрессивность, демонстративность, накопление отрицательных эмоций вследствие сложных жизненных ситуаций для ребенка, страхи, повышенная тревожность, заниженная самооценка, пассивность, апатичность, социальная дезадаптация, сложности в общении со сверстниками и/или взрослыми, психосоматические заболевания и пр.

Организация занятий:

Предлагаемый вариант программы рассчитан на 7 занятий продолжительностью 1,5 - 2 часа. Занятия проводятся один раз в неделю.

Желательно, чтобы занятия вели два специалиста (психолог и психолог; психолог и педагог), что позволяет осуществить более эффективную помощь детям: оказать внимание одновременно нескольким участникам, быстро создать необходимые условия для творчества (расставить, убрать нужные материалы), не упустить некоторые важные моменты и особенности поведения детей.

Оптимальное количество участников - 8 - 10 человек. Группы формируются в соответствии с возрастом детей: младшие школьники (8-11 лет), подростки (12-16 лет).

Помещение для проведения занятий должно иметь рабочую зону (столы) и свободную зону для упражнений.

Каждое занятие строится по единому принципу:

Заполнение арт-дневника (тема, настроение на начало занятия);

Приветствие (позволяет настроить ребят на работу в группе);

Вводные разминочные упражнения (раскрепощают ребенка, погружают в тематику занятия);

Реализация арт-техники и обсуждение продукта (реализация собственно темы занятия);

Рефлексия занятия;

Заполнение арт-дневника (настроение на конец занятия, впечатления от занятия, личные достижения);

Ритуал прощания.

Для занятий необходимы бумага для рисования, ватманы, ручки, простые карандаши, ластики, наборы цветных карандашей, фломастеров, маркеров, пастель, краски акварельные, гуашь, , кисти; клей, цветная бумага, старые журналы, газеты, ножницы, лоскутки ткани, нитки для вязания, шпажки для шашлычков. Эти материалы имеются в нашем Центре, а так же их приносят сами дети. Кроме того, необходим небольшой мяч; ноутбук или магнитофон для музыкального сопровождения, релаксационная музыка.

Программа не рассчитана на работу с детьми, при наличии у них следующих форм и состояний:

дети с тотальным недоразвитием высших психических функций;

дети с психопатоподобным поведением;

дети с текущими психическими заболеваниями (эпилепсия, шизофрения) и психопатоподобным поведением.

Предполагаемый результат:

На выходе участники должны повысить уровень креативности и творческих способностей, осознать ценность собственной личности, сформировать позитивное самоотношение, повысить уверенность в себе, снизить психоэмоциональное напряжение, уровень агрессивности, демонстративности, сформировать умение эффективно общаться с другими.

**2.2 Содержание программы, направленной на снятие эмоционального напряжения у детей с хронической онкологической патологией**

психологический онкологический ребенок эмоциональный

Занятие 1. Тема занятия: «Музыкотерапия как средство снижения депрессии у онкологически больных детей».

Цель: снижение уровня депрессии у детей с хронической онкологической патологией. Направление лечебно - оздоровительного действия: регулирование психоэмоционального состояния в результате влияния музыки на психовегетативные процессы. Аудитория: подростки 12-13 лет с хроническим онкологическим заболеванием.

Форма занятий: групповое, комбинированное.

Длительность занятий: 50 - 60 минут.

Используемая форма музыкотерапии: рецептивная.

Используемое направление: регулятивное.

Тип слушания: фоновое; фрагментарное.

Основные виды музыкальной деятельности: прослушивание музыкальных фонограмм и инструментальной музыки («живой» звук - исполнение на флейте); анализ музыки, обмен впечатлениями.

Музыкальная программа к занятию (фрагменты):

Э.Григ. «Утро» из сюиты «Пер Гюнт».

Ф.Шопен. Ноктюрн ми - бемоль мажор.

Ф.Шопен. Опера «Кармен» (Антракт к 3 действию)

И. Штраус. Вальс «Голубой Дунай»

М.Равель. «Павана»

М.Равель. «Болеро»

В.А.Моцарт. «Маленькая ночная серенада» (финал).

Помещение: рекомендуется создать релаксирующую обстановку, например: стены неяркого персикого цвета с розовым и зеленым рисунком; на окнах - салатовые шторы, на стенах - круглые матовые светильники; для детей - мягкие кресла с откидными спинками, для психолога - мягкий стул и круглый журнальный стол.

Оборудование: звуковоспроизводящая и мультимедийная аппаратура; музыкальные записи; музыкальный инструментарий - флейта (в низком регистре); дидактические материалы, дневник наблюдений психолога, медицинские карточки.

Методы: аромотерапия, наглядные - видеоряд, мультимедийная презентация; музыкальное иллюстрирование.

Ход занятия 1.Организационный момент (до 10 минут): введение в атмосферу занятия, приветствие, выяснение самочувствия (измерение частоты пульса и давления) и настроения пациентов.

Звучит начало пьесы «Утро» из сюиты «Пер Гюнт» Э.Грига - приятная музыка пасторального характера (3-4 мин.).

.Вступительный раздел (10 минут):

Упражнение «Расслабление» на фоне музыки - Ф. Шопен. Ноктюрн ми - бемоль мажор.

Цель - расслабление, снятие мышечного зажима, напряжения.

.Центральный раздел ( 18 минут):

Первый этап: упражнение на фоне музыки И. Штраус, вальс «Голубой Дунай» - яркая, легкая, воздушная музыка, поднимающая настроение (3-4 мин.).

Цель - на фоне расслабления, снятия отрицательных эмоций достичь снятия внутреннего напряжение, настроиться на положительные эмоции.

Второй этап: упражнение второе - слушание «живого» звука флейты ( в исполнении музыкотерапевта).

Музыка. Ж.Бизе. Опера «Кармен» (антракт к 3 действию) - сольное исполнение без сопровождения. Характеристика: «мягкая» распевная мелодия с широкими интонациями, исполняемая в низком, «грудном» регистре.

Цель - сфокусировать внимание слушателей на собственных переживаниях.

Третий этап: беседа с присутствующими о переживаниях, чувствах, ощущениях, возникших у них в ходе прослушивания музыки.

Четвертый этап: упражнение «Энергия» с элементами аромотерапии на фоне двух последовательно включаемых произведения М. Равеля: «Паваны» и 1 вариации «Болеро» (после 3-4 минут звучания микшируется для создания фона для дальнейшей работы). Цель - повышение иммунитета, увеличение тонуса мышц, активизация жизненных сил.

Пятый этап: контрольный замер частоты пульса и артериального давления медицинским работником (музыкальное сопровождение отсутствует).

.Заключительный раздел (10 минут):

Упражнение «Радость жизни» на фоне финала «Маленькой ночной серенады» В.А. Моцарта.

Цель - поднятие настроения, формирование оптимистического жизнеутверждающего мироощущения.

.Рефлексия (10 минут)

Обмен впечатлениями, добрые пожелания друг другу, прощание.

Занятие 2 Игровой тренинг с элементами сказкотерапии

Цель: помочь подросткам находящимся в состоянии хронического заболевания почувствовать свою общность со здоровыми сверстниками, развитие эмоционального опыта, психологической наблюдательности и внимательности, гармонизация эмоционального состояния, актуализация и осознание личностных ресурсов. Материалы и оборудование: небольшая игрушка, карточки по количеству участников с обозначением роли (К (колобок) или Л (лиса)), сухое дерево (срезанная ветка с многочисленными веточками размером до 1 м закрепленная в горшке с землей или песком. Дерево должно быть устойчивым.); стикеры (можно разноцветные); фломастеры; музыкальное оформление.

Ход занятия:

.Приветствие

Игра «Имя +»

Цель: знакомство, создание атмосферы взаимопринятия, открытости, уважения в группе.

Все участники сидят или стоят в кругу. Передают друг другу игрушку. Тот, у кого она в руках, называет свое имя и на первую букву своего имени слово, которое бы его характеризовало. Это может быть прилагательное, любимый цветок, блюдо, урок, фильм и т.д.

.Основная часть.

Игра «Лисы и колобки»

Цель: развитие психологической наблюдательности и внимательности, умения выполнять инструкцию, показать роль ограничений в жизни.

Послушайте, пожалуйста, историю.

Инструкция: В одной замечательной стане жили-были лисы и колобки. Очень они любили общаться, особенно поговорить. Болтали они без умолку день и ночь напролет, где надо и не надо. Волшебнику, жившему неподалеку, надоела пустая болтовня соседей, и решил он их проучить, лишив голоса и облика. Все жители страны превратились в легкие облачка. Облачка помнили, кто они на самом деле, но не могли сказать об этом. Чтобы снять чары, жители должны были узнать друг друга и собраться в два круга (лисы с лисами, колобки с колобками) на разных берегах реки до заката солнца.

Как вы думаете, ребята, получилось ли у них вернуть свой облик и голос?

Сейчас мы с вами станем заколдованными лисами и колобками и попробуем узнать, кто есть кто, без слов. Главное - быть внимательным, наблюдательным, а возможно и самому попытаться привлечь в круг тех, кого надо.

Играющие получают карточки с обозначением роли лисы или колобка. Игроки, не говоря ни слова, передвигаются среди участников, с помощью невербальных средств общения объединяются в две группы.

(Время выполнения 5 мин.)

Анализ игры:

Что вы чувствуете после выполнения этого упражнения?

Удалось ли вам справиться с заданием?

Сколько времени на это понадобилось?

Что помогало выполнить задание? На что или на кого вы ориентировались? Какую стратегию выбрали?

Что мешало? Что было трудным?

Как вы думаете, нужны ли в нашей жизни ограничения, инструкции? Нужно ли их выполнять? (подвести к ситуации выполнения законов)

Чему нас может научить эта история?

75% своего времени мы проводим в общении с другими. Поэтому очень важно уметь не просто общаться, но и быть частью коллектива, сообщества, выполнять определенные функции. Для этого и создаются законы, правила, инструкции. Ограничения помогают нам осознать, что на самом деле является важным в жизни.

Игра «Дерево смыслов»

Цель: актуализация и осознание личностных ресурсов.

Материалы: сухое дерево (срезанная ветка с многочисленными веточками размером до 1 м закрепленная в горшке с землей или песком. Дерево должно быть устойчивым.); стикеры (можно разноцветные); фломастеры; музыкальное оформление.

Замечали ли вы, дорогие друзья, что человека часто сравнивают с деревом. Есть даже гороскоп друидов (ему более 2000 лет), в котором проводится связь между человеческими характерами и деревьями. Деревья могут быть высокими или низкими, могучими, с раскидистой кроной, или хрупкими, с плодами или без, с листочками или колючками, но главное, у всех есть корни, которые крепко держат ствол, помогают выдержать снег и ветер, жару и стужу. Чтобы дерево не засохло, было сильным, очень важно, чтобы корни были крепкими, получали достаточно влаги и питания. Если провести параллель в человеческую жизнь, можно сказать, что у человека тоже есть корни, помогающие ему выдержать невзгоды - это что, ребята? (жизненные принципы, цели, устои)

А питанием являются смыслы жизни, то, ради чего он живет. У каждого смыслы свои. Но важно их знать и беречь, потому что с утратой смысла жизни человек становится уязвимым, несчастным, похожим на засыхающее дерево.

Ведущий предлагает подросткам, используя стикеры и фломастеры, написать свои жизненные смыслы, по одному на каждом стикере, а затем прикрепить их (склеивая липкую часть стикера вокруг веточки) на дерево. Когда все «смыслы» развешены на дереве, психолог предлагает подойти к нему и провести обсуждение:

Какие листочки вы разместили на Дереве смыслов?

Для чего человеку знать, в чем смысл его жизни?

Что может произойти с человеком, если его Дерево смыслов засохнет, и все смыслы облетят или потеряются?

Что необходимо делать, чтобы возродить Дерево смыслов?

3.Рефлексия.

В нашем кругу за время встречи накопилось много опыта, новых мыслей и знаний. Надеюсь, что с их помощью вы сможете ответить на главный вопрос жизни: Куда я иду? В чем смысл моей жизни? Как реализовать свои цели? Где источник моей силы?

Давайте зачерпнем из нашего круга все то, что нам пригодится в жизни, больше опыта и мудрости.

Прощание. Участники соединяют руки в центре круга, говорят слова прощания.

Занятие 3 Тема: «Волшебные краски»

Цель: сплочение группы, настрой на совместную работу, развитие креативности и воображения.

Задачи: сенсорно-перцептивное развитие, снятие эмоционального напряжения, развитие гибкости, оригинальности мышления.

Необходимые материалы: гуашь жидкая, пластмассовые стаканчики, растительное масло, мука, клей ПВА, крупная соль, листы бумаги (плотные), клеенка, газеты, салфетки для вытирания рук, ватман, релаксационная музыка.

Ход занятия: Упражнение «Имя-движение»: Первый участник называет свое имя и производит любое движение. Второй участник повторяет имя и движение предыдущего и называет свое имя, производя новое движение и т.д. по принципу «Снежный ком».

Ритуал приветствия: Участники предлагают ритуал приветствия, который будет использоваться на каждом занятии. Выбирается понравившийся всем ритуал.

Арт-терапевтическое упражнение «Волшебные краски»:

«Волшебная краска» изготавливается самими детьми.

Рецепт краски (в расчете на одного ребенка): 150 г муки, щепотка соли, столовая ложка растительного масла, столовая ложка клея ПВА, воды добавляется столько, чтобы краска по консистенции была, как густая сметана. Дети рассаживаются вокруг этих материалов.

Первый этап: ребята в стаканчики насыпают необходимое количество муки, куда постепенно добавляют соль, масло, воду, клей. Очень важно, чтобы все компоненты смешивались руками.

При добавлении нового компонента в основу краски меняются сенсорные ощущения детей. В процессе смешивания компонентов нужно попросить ребят прокомментировать свои ощущения, чувства. Когда основа под краску готова, детям предлагается выбрать любимый цвет краски и добавить ее в основу. Если нужен яркий тон краски, то гуаши добавляется много, если бледный - немного. Таким же образом можно будет отрегулировать желание нескольких детей создавать один цвет. Он будет разной интенсивности. Конечно хорошо, если цвета не будут повторяться.

Готовая краска выставляется в центр. Детям раздаются листы бумаги и под приятную музыку предлагается пальчиками, используя свою полученную краску, нарисовать что-нибудь. Это может быть и заданная тема.

После обсуждения полученных работ и ощущений от рисования, детям предлагается нарисовать совместный рисунок на ватмане.

Психолог в это время, отслеживает способы взаимодействия детей, их состояния и поведенческие реакции при изготовлении краски и рисовании. Когда работы будут готовы, следует сделать выставку с последующими комментариями. Обсуждение: Какие ощущения у вас были, когда вы рисовали волшебными красками? Понравилось или не понравилось рисовать? Что вы хотели изобразить? Что получилось? Что хотелось бы изменить? Дайте название своей работе.

Рефлексия. Обсуждение занятия.

Заполнение дневничков.

Ритуал прощания. Участники предлагают ритуал прощания, который будет использоваться на каждом занятии. Выбирается понравившийся всем ритуал. (Например, становимся в круг, беремся за руки и дружно говорим «До свидания»).

Занятие 4 Коррекционное занятие с элементами сказкотерапии и пантомимы.

Тема: «Эмоции и конфликты, разрушающие жизнь».

Цель: помочь подросткам находящимся в состоянии хронического заболевания управлять своими эмоциями и уметь разрешать конфликтные ситуации.

Ход занятия

«Мое настроение»

.Какое бывает настроение?

.1пиктограммы страха, удивления, грусти, злости, радости.

.2мимика эмоции. Как себя чувствует человек, испытывая ту или иную эмоцию: мышечный тонус, частота сердечных ударов, психологическое напряжение.

«Доброе тепло»

Сейчас возьмите своих героев, вспомните, что вы рассказывали о них.

Пантомима «Что любит делать твой герой?»

Мы их возьмем с собой в сказку, и там вы сами будете играть роль героя. Для того чтобы вы ясно поняли, что нужно делать, послушайте меня (рассказываю от имени Репки (Колобка) - эмпатийное рассказывание).

Ритуал перехода в сказку - под музыку разные движения в разном темпе. (Берем с собой колобок).

(Дети с героями на пальце занимают определенные места в группе). Я, выполняя роль колобка, обегаю всех героев, которые рассказывают о своей жизни - записываю - и то, с каким героем он не хотел бы встречаться в этой сказке?

Смоделировать ситуацию встречи таких героев

- Выяснить, в чем причина конфликта (записываю)

- Собираю информацию (метод пересечения сюжетных линий: бабка, дед, внучка - ленивая; кошка, собака - задиристые, не хотят уступать; мыши и кошка - жертва и палач; заяц - слабый, волк - сильный; цыпленок и утенок - глупый и умный; медведь и львенок - две силы противостояния).

Ритуал возвращения из сказки - в кругу Релаксация под лучами солнца.

В кругу, сидя на ковре, под спокойную мелодию ведущий говорит спокойным голосом мелодично:

- Сядьте удобно, расслабьтесь. Закройте глаза. Дышите ровно и медленно. Вдох - сила, выдох - уверенность и спокойствие. Эти силы помогут вам всегда. Ваше тело почувствовало силу. Вы говорите себе: «Я спокоен, уверен в себе, я сильный и мудрый. Свою силу я готов направить на добрые дела!».

Теперь пошевелите пальцами, руками, откройте глаза и произнесите: «Я сильный и мудрый».

- Отдохнули? А теперь давайте вспомним, что у нас происходило в сказке: у нас создались конфликтные ситуации между определенными героями. Почему? Основная причина конфликтов в том, что их желания не совпадали. А ведь нам нужно их всех подружить, чтобы они дружно вытянули репку. Скажу вам по секрету, в последний раз в сказке «Репка» эту самую репку вытянуть так и не смогли даже с мышкой. Поэтому нам придется наших героев звать на подмогу. Вот почему необходимо из подружить.

Проводится игра «Сладкая проблема».

- Воссоединитесь в те группы, в которых вы состояли в сказке и сядьте напротив друг друга. Между вами я положу на салфетку конфету…. Пожалуйста, пока не трогайте. Дело в том, что вам с партнером надо решить одну проблему. Вы можете получить конфету только в том случае, если ваш партнер по доброй воле отдаст вам это. Пожалуйста, помните об этом правиле. Сейчас вы можете начать говорить, но помните, что вы не имеете права просто так взять конфету без согласия своего партнера.

А теперь я дам каждой паре еще одну конфету. Обсудите, как вы поступите с конфетой на этот раз?

А теперь давайте обсудим, что у нас получилось. Это хороший пример сотрудничества. Расскажите, что вы сделали с первой конфетой, а что со второй?

(Подвести к пониманию, что тот, кто сумел уступить, он может стать хорошим надежным другом. Такой человек не станет раздумывать о своей выгоде, а просто поможет другу в беде).

Рефлексия: (Колобок по кругу) Расскажите колобку о том, что вам понравилось в сегодняшней игре и какое на этот момент настроение?

Занятие 5 Тема: «Путешествие на волшебную поляну»

Методы: песочная терапия, изотерапия.

Цель: развитие позитивной коммуникации.

Материалы и оборудование: аудиозапись «Звуки леса»; деревянный ящик с песком, коллекция миниатюрных фигурок, вода; краски, фломастеры, карандаши, кисти, лист А4.

План занятия

Релаксационное упражнение «Волшебная поляна»

Упражнение на развитие ассоциативного воображения

Выбор героев сказочного леса (по три героя)

Территориальная игра в песочнице

Рисунок «Нарисуй то место, которое тебе больше запомнилось»

Рефлексия занятия

Каждое занятие начинается с ритуала приветствия, что позволяет сплачивать детей, создавать атмосферу группового доверия и принятия. Мы предложили детям с помощью любимой мягкой игрушки, принесенной из дома, поприветствовать друг друга.

Для того чтобы детям было легче включиться в основную работу и войти в предлагаемый образ, мы проводим разминку. Разминка представляет собой релаксационные упражнения с использованием музыкального сопровождения. Дети садятся на стулья, поставленные в круг, а психолог читает текст (второй психолог участвует в упражнении вместе с детьми).

Упражнение «Летний лес»

Релаксационное упражнение на регуляцию мышечного тонуса.

Звучит музыка - «Звуки леса».

Мы предлагаем детям сесть удобно, расслабиться.

Психолог. А теперь давайте отдохнем.

Недалеко от моего дома есть лес. Я люблю бывать в нем. Свежий воздух, лесная прохлада всегда притягивали меня. Я быстро надеваю брюки, теплый свитер, кроссовки и отправляюсь в лес.

Я напрягаю ноги, животик, спинку, ручки, лицо. Сильно-сильно...

А сейчас я расслабляю ноги, руки, спинку, лицо...

Дышится легко, ровно, глубоко...

Дорога не утомляет меня, а, наоборот, придает уверенность и силу. Вот он, мой любимый лес!

Все тропинки в нем мне знакомы. Вот эта ведет в березовую рощу. Я направляюсь туда. Дышится легко, ровно, глубоко...

Легкий ветерок качает верхушки деревьев, они раскланиваются со мной, приветствуя меня.

Кругом тишина, только где-то стучит дятел, а птички поют свои незатейливые песенки, радуясь каждому новому мгновению дня. Дышится легко, ровно, глубоко... (Пауза.)

Я вхожу в березовую рощу. Белые стволы берез напоминают мне свечи на праздничном торте. Мое внимание привлекает гриб в коричневой шапочке. Это подберезовик. Я наклоняюсь к нему и вижу еще два маленьких грибочка. Да здесь целая семейка подберезовиков уютно устроилась на зеленой кочке! Свежий воздух пронизывает все вокруг. Дышится легко, ровно, глубоко... (Пауза.)

Насладившись лесной прохладой и тишиной, я возвращаюсь домой.

Упражнение на развитие ассоциативного воображения

Мы просим детей рассказать о своих ощущениях и мыслях во время «путешествия», о том, что они увидели.

Далее дети подходят к песочнице с уже влажным песком (напряженным, тревожным и гиперактивным детям приятнее взаимодействовать с влажным песком: сухой рассыпается, и это их раздражает).

На первом занятии мы показываем возможности песочницы (можно раскопать дно, потрогать песок, выстроить гору), а также в игровой форме вводим правила, которые не позволяют ссориться, бросаться песком, разрушать то, что создает рядом «волшебник».

Территориальная игра

Психолог. Вы - Волшебники. Вы задумали отправиться в путь, в путешествие, для того чтобы найти страну, в которой еще никто не жил. Там вы хотите создать цветущую сказочную страну. Сейчас вы выберете себе по ТРИ героя, которых вы бы хотели поселить в новой стране. Отдельно захватите деревья, камни, цветы, дома - все, что будет вам нужно для создания сказочной страны.

Начало сказки (рассказывает психолог)

Итак, в одной сказочной стране, где были поля и долины, где текли реки (проводим впадины в песке, символизирующие речки, разделяя песочный лист на 4 части), на волшебной поляне сказочного леса жили маленькие волшебные жители. У них был домик (в это время детям предлагается поставить свой домик в любое место своей части песочного листа). В нем они жили все вместе (каждый ребенок ставит своих героев рядом с домиком). Как-то раз волшебным жителям наскучило сидеть по своим домикам, и они пошли погулять по волшебному лесу, да и себя показать. Но, о Боже! Вся поляна разделена на части бурными реками, как же могут встретиться все волшебные жители этой поляны?

Дети, используя своих «песочных» героев, продолжают проигрывать сказку, начатую психологом. Специалист в игре детей не участвует, но при этом фиксирует в протоколе стиль поведения участников. Во время территориальной игры задача участников - построить коммуникации между территориями.

Наблюдение: Стиль ситуативной коммуникации «вокруг песочницы» отражал общий характер взаимодействия детей в классе. Участники группы прежде всего стремились захватить территорию друг друга. Эта борьба сопровождалась агрессивными вспышками и конфликтами (не могли поделить место, отгребали друг у друга песок, отнимали игрушки, ругались).

Наконец один из участников группы предложил построить мостик через реку, чтобы пойти в гости к другу. Глядя на него, другой ребенок построил взлетную полосу, для того чтобы гости могли прийти и к нему. Группа спонтанно разделилась на подгруппы (мальчики и девочки).

Окончание сказки (рассказывает психолог)

Вот и встретились все жители этого волшебного леса. Они радостно заплясали, взялись за руки и поняли, что умеют творить настоящие чудеса! А когда наступил вечер, наши жители разошлись по своим домикам. Теперь они могли видеться друг с другом, когда им захочется.

Сейчас мы прощаемся с нашими героями, а в другой раз поучаствуем в их следующих приключениях. Ведь в этой сказочной стране еще много тех, с кем мы не знакомы... По окончании сеанса участники сами разбирают песочную картину, таким образом закрепляя опыт, приобретенный ими на символическо-бессознательном уровне.

Мы переходим ко второй части нашего занятия - изотерапии.

Рассадив детей за одним большим столом, мы даем инструкцию: «А теперь нарисуй тот персонаж или место в волшебной «песочной» стране, которые тебе больше всего запомнились»

Мы предоставили детям возможность самим выбирать тот или иной материал и средства для изобразительной работы. Во время работы некоторые дети пользовались карандашами и фломастерами (отказываясь от красок), так как эти средства позволяют детям избежать конфликта со своими чувствами, а также позволяют хорошо контролировать процесс рисования.

Рисунки оказались очень похожими друг на друга: многие дети нарисовали поляну и дерево. Нам было важно, что дети выразили свое психоэмоциональное состояние позитивно.

Рефлексия: В конце каждого занятия необходимо подвести итог.

Усадив детей в круг, мы предложили им дать оценку занятия в двух аспектах: эмоциональном (что понравилось - что не понравилось, что было хорошо - что плохо, и почему) и смысловом (зачем мы это делали).

Занятие 6

Тема: «Рисование косметическими палочками»

Цель: снятие тревожности.

Методы: изотерапия.

Материалы: аудиозапись «Дыхание любви», краски, косметические палочки, кисти, контурные изображения животных.

План занятия

Релаксационное упражнение «Бабочка -2»

Упражнение на ассоциативное воображение

Раскраска точками выбранных персонажей сказочного леса

Рефлексия занятия

На этом занятии мы предложили детям выбрать нескольких персонажей (в виде контурного изображения животного) и раскрасить их точками с помощью косметических ватных палочек. Такой прием рисования точками часто используется для снятия тревожности. Дети с интересом выбрали себе животных и сразу приступили к изобразительной работе.

Вначале мы предложили им попробовать на отдельном листе бумаги точками нарисовать кто что захочет.

Пример рисунков и дискуссии детей: Оля нарисовала двухцветную бабочку: одна часть бабочки была зеленой, другая - желтой. Катя нарисовала желтый цветок. Коля - оранжевый цветок. Вова - оранжевые точки и назвал их «цветочной поляной». Коля нарисовал зеленую «лужу». Дети делились красками и не ссорились. После пробного упражнения ребята раскрасили своих животных. Петя заявил, что у него все звери заболели: «Волку нравится болеть и мне нравится болеть. Уроки не делаешь, все за мной ухаживают».

Тогда в дискуссию вступила Катя: «А у меня бабочка выздоровела».

Оля: «А у моего медвежонка ухо заболело, ему зеленкой его мажут. Ой! Уши зеленые получились».

Катя: «Мой дождик заболел».

«Смотрите, сколько болеющих! Грустная картина получилась», - заметила Света.

Рефлексия: На этом занятии дети смогли проработать проблемный момент, связанный с их заболеваниями.

Занятие 7 Тема: «Индейские мандалы»

Цель: самовыражение, расслабление, создание установки на достижения и позитивные изменения, развитие креативности и ассоциативного мышления.

Задачи: развитие саморегуляции, актуализация чувств, снятие психоэмоционального напряжения, развитие оригинальности, гибкости мышления, актуализация возможностей для самоизменения, активизация внутренних ресурсов. Необходимые материалы: нитки для вязания разноцветные, палочки для шашлычков (по 4 штуки на человека), ножницы, релаксационная музыка. Ход занятия: Заполнение дневничков.

Ритуал приветствия.

Упражнение «Клубочек»: Участники разматывают клубочек, передавая его любому участнику и говоря адресату комплимент. При этом нить клубка они цепляют за собственный палец. Таким образом, образуется паутинка. Психологу необходимо проследить, чтобы комплимент получил каждый участник. Разматывается паутинка, говоря пожелания друг другу.

Арт-терапевтическое упражнение «Плетение индейской мандалы».

Предварительно проводится беседа о плетении мандалы.

«Сегодня каждый сплетет оберег для себя (амулет), который имеет общее название «Индейская мандала». Мандалы - это своеобразные картины мира, выражающие внутренний мир человека. В древности индейцы закладывали в эти плетеные узоры целые рассказы и образы, и один индеец, взяв в руки работу другого своего соплеменника, мог буквально «прочитать» мандалу по цветам и орнаменту, воспроизвести заложенный в нее образпочти слово в слово.

Считается, что плетеные индейские мандалы родом из Центральной и Южной Америки. Такие мандалы плели индейцы племени Уичоль, проживающие на части территории современной Мексики. Индейцам Уичоль пришлось трудно, когда испанцы начали теснить их с родных земель, когда европейцы стали осваивать Америку. Наступили нелегкие времена гонений и переселений индейских племен, в течении которых многие из ценнейших навыков в искусстве были подзабыты или утеряны, и сейчас о плетении мандал, а главное, о сокровенной его части, почти не помнят. Поэтому в свой амулет сегодня каждый вложит то, что пожелает.

Мандала - это санскритское слово.Сами индейцы называли свои изделия OjodeDio - «Божий Глаз», а на языке уичоль использовалось слово Sikuli - «Власть видеть сокрытое» или, другим словом- ясновидение. Самые простые мандалы умели плести и дети: их изделия часто вешали в видном месте, считая, что сделанная детскими руками мандала несет в дом благословение и что Бог следит за миром и оберегает семью через эти работы. Плетение же больших сложных мандал было настоящим искусством. Если научиться делать качественные Ojos руками можно было достаточно быстро, то вот наука работы мыслями в этом процессе постигалась годами. В некоторые мандалы индейцы могли заложить целое повествование, выражая слова и предложения цветами и узорами, их сочетаниями и переплетениями. Говорят даже, что один индеец, взяв в руки мандалу своего собрата, мог, читая мандалу от центра, практически дословно воспроизвести заложенный в нее образ. То есть считать с узоров то, о чем думал мастер в момент плетения. К таким умениям - верно закладывать и верно считывать - шли годами».

Детям предлагается написать, какие изменения они хотели бы совершить в себе, что они хотят заложить в свою мандалу - оберег. Далее ребята выбирают необходимые цвета и записывают, какое понимание они вносят в тот или иной цвет.

Вместе с психологом, под его руководством, дети создают свой волшебный оберег.

По завершению плетения необходимо дать название своей работе. По желанию можно рассказать о смысле своей мандалы.

По результатам проводится обсуждение: Какие чувства вы испытывали в процессе работы? Что вы вкладывали в тот или иной цвет? Нравится ли вам результат? Что вы сделаете со своим оберегом дальше?

Рефлексия. Ребята делятся впечатлениями о занятии.

Заполнение дневничков.

Ритуал прощания.

Арт-терапия - это лечение изобразительным искусством. В ходе программы эффективно решались следующие задачи: снятие эмоционального напряжения, преодоление негативизма, коррекция страхов, устранение барьеров, явившихся следствием пребывания ребенка в ситуации хронического онкозаболевания. Арт-терапия предполагает создание безопасных условий, способствующих самовыражению и спонтанной активности, вызывает новые способы активности и помогает их закрепить. Эффективность программы:

проявление у детей позитивного образа "Я";

повышение уровня уверенности в себе;

снижение эмоционального напряжения;

умения выражать свои эмоции и чувства;

способности к рефлексивной деятельности;

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Рост онкологической заболеваемости в последние годы является не только общемедицинской, но и социальной проблемой. Вместе с тем неуклонное увеличение знаний о молекулярных и генетических механизмах канцерогенеза в недостаточной степени раскрывает истинные причины онкологических заболеваний, что говорит об актуальности дальнейшего не только углубления, но и расширения знаний об этиологии и патогенезе злокачественных опухолей, поиска их в смежных областях научной медицины, в частности психологии. Вместе с тем, практически не встречается работ, посвященных комплексному исследованию психической жизни онкологического больного, учитывающих большой спектр психопатологических факторов, психологических состояний и личностных характеристик. Объединение психопатологических и психологических факторов в одном исследовании является весьма актуальным.

В данной работе мы рассмотрели психологические особенности детей с хроническими онкологическими заболеваниями, изучили теоретические положения отношения к болезни в психологии, рассмотрели проблемы семьи, воспитывающей ребенка с хроническим онкологическим заболеванием, разработали программу, направленною на снятие эмоционального напряжения у детей с хронической онкологической патологией.

Вместе с тем психологическая помощь больному ребенку включает в себя психологическую помощь его родителям. Чаще всего семья является для ребенка основным источником поддержки, поэтому так важны потребности всех членов семьи и мобилизация ресурсов каждого. Именно родители несут основную ответственность за принятие решений по поводу лечения ребенка, осуществляют уход за ним, обеспечивают выполнение всех медицинских предписаний. Зачастую они становятся своеобразными "посредниками" между различными специалистами и больным ребенком.

Отношение к болезни, как и вообще любое отношение, индивидуально, избирательно, сознательно, т.е. отражает индивидуальный или личностный уровень. Но при всей неповторимости, уникальности, его можно описать и как принадлежащее к определенным психологическим типам.

Эффективность программы арт-терапии:

проявление у детей позитивного образа "Я";

повышение уровня уверенности в себе;

снижение эмоционального напряжения;

умения выражать свои эмоции и чувства;

способности к рефлексивной деятельности;

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1.Абрамова, Г. С. Психология в медицине: Учебное пособие / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц.- М.: ЛПА «Кафедра - М», 1998. - 272с.

.Бардиер, Г. Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей. Г. Бардиер, И. Ромазан, Т. Чередникова. СПб.: 1996. - 343 с.

.Брехман, И. И. Валеология - наука о здоровье / И. И. Брехман. - СПб.: 1996. - 343 с.

.Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. - М., 1998. - 263 с.

.Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетенев Ф.Ф. Личность пациента и болезнь. - Томск, 1995. - 328 с.

.Герасименко В.Н., Tхoстoв A.M. Реабилитация онкологических больных. - М., 1988, с. 33-46.

.Кабанов М.М., Мичко А.Я., Смирнов В.Ж. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. - Л., 1983.

.Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В Петровского, М.Г. Ярошевского. - Ростов н/Д.: Феникс, 1999. - 197 с.

.Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. - М., 1984. - 272 с.

.Лежепекова Л.А., Якубов Б.А. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача. - Л.: Медицина, 1977. - 160 с.

.Лехциер В. Л. Семиозис болезни: дихотомия культурологизма и персонализма (преодолевая стереотипы биомедицины) // Вестник Самарской Гуманитарной академии. Серия "Философия. Филология."-2009.-№2 (6) стр.85-111

.Личко А.Е., Иванов В.Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования. - Л.: Медицина, 1970.

.Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. - Казань, 1996. - 337 с.

. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М., 1987. - 168 с.

.Орлов Ю.М. Восхождение к индивидуальности. - М., 1991. - 287 с.

.Психогенные реакции у онкологических больных. - Л., 1983. - 33 с.

.Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. - М.: Академический проект, 2000. - Т. II.

.Слюсарев, Ю.В. Психологическое сопровождение как фактор активизации саморазвития / Ю.В. Слюсарев. - СПб.: 1992. - 212 с.

.Спиваковская, А. Психотерапия: игра, детство, семья: Том 2 / А. Спиваковская. - М.: ЭКСМО - Пресс, 2000 - 412с.

.Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. - Л., 1990. - с. 32-38.

.Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Министерства здравоохранения Республики Беларусь. - Минск, 2010. - Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/. - Дата доступа: 25.01.2014.