

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ПОДОЛЬСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ»

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ
*по теме «Болезнь и ребенок.
Жизненные потребности
больного ребенка и его семьи»*



Преподаватель: Филиппова Светлана Николаевна.

Подольск, 2009

Тема: «Болезнь и ребенок. Жизненные потребности больного ребенка и его семьи».

Цели:

- дать понятие «болезнь», ознакомить с закономерностями формирования личностных реакций на болезнь;
- актуализировать необходимость знаний о формировании внутренней картины болезни у детей;
- проанализировать роль сестры в организации взаимодействия ребенка и семьи, ребенка и окружающего мира во время болезни.

Содержание

Ты не забывай: ты навсегда в ответе за тех, кого приручил. Зорко одно лишь сердце. Самого главного глазами не увидишь.

Антуан де Сент-Экзюпери

Разорванную рубашку можно быстро зашить, но грубые слова непоправимо разбивают сердце ребенка.

Генри Лонгфелло, американский поэт

Здоровье и болезнь – основные категории в медицине. Абсолютной болезни и абсолютного здоровья в реальной жизни человека нет, между ними существует бесконечное множество форм, связей и взаимных переходов.

По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье – «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1946 г.)

В определении болезни существует две точки зрения:

1) болезнь – любое состояние, диагностированное профессионалом (при этом болезнь рассматривается как оцениваемое по объективным признакам расстройство функционирования);

2) болезнь есть субъективное ощущение себя больным.

Понятие болезни не столько представляет собой отражение объективного состояния человека, сколько выступает общим теоретическим и социальным конструктом, с помощью которого обычные люди и специалисты пытаются определить и понять возникающие нарушения здоровья. Содержание этого конструкта определяет видение причин и проявлений болезни, а также направление исследований и лечения различных расстройств. Другими словами, сначала люди определяют, что считать болезнью, а затем начинают исследовать и лечить её.

Конструкт болезни, существующий в европейской культуре, можно выразить следующим образом:



Таким образом, конструкт болезни предполагает такую последовательность: причина – дефект – картина – следствия. Он является прообразом для выдвижения гипотез, объяснения нарушений и воздействия на причины. Увидев следствия и общую картину отклонений в психической деятельности или поведении, мы, следуя конструкту болезни, начинаем предполагать, что за этими внешними признаками кроется какой-либо дефект в самом человеке, который, в свою очередь, вызван определенными для этого дефекта причинами.

Заболевший ребенок, как правило, отличается от здорового. У него меняется настроение, он может стать подавленным, раздражительным, плаксивым, либо тревожным, беспокойным и реже – беспечно-благодушным. Однако может расстраиваться не только эмоциональное состояние. Иногда появляются и упорствуют мысли о тяжести заболевания, о его исключительности, о невозможности излечения или, наоборот – о его незначительности и несерьезности. В связи с этим и отношение к лечению оказывается либо адекватным и даже зависимым, либо пренебрежительным и отвергающим процедуры, манипуляции и медикаменты. У многих детей нарушается поведение. Они перестают играть, как они это делали прежде. Утрачивается непосредственность общения с взрослыми и детьми. Дети не получают радости от совместных игр и развлечений. Иногда можно говорить и о более выраженных нарушениях контактов, что приводит к уединенности таких больных детей, не стремящихся к обществу сверстников и старших. Они тяготеют теми ограничениями, которые на них налагает болезнь. Нередко дети отказываются от выполнения режима, не подчиняются старшим, упрямятся. Рисунок их поведения нарушается шалостями, а иногда и неожиданными поступками.

Что же происходит с внутренним миром ребенка?

В случае заболевания у каждого человека формируется собственное представление о своей болезни, которое можно обозначить термином «внутренняя картина болезни» (Р.А. Лурия).

Под *внутренней картиной болезни* (ВКБ) следует понимать весь комплекс переживания и ощущений больного, эмоциональных и интеллектуальных реакций на болезнь и лечение. Обычно представление о ВКБ не соответствует обычному пониманию субъективных жалоб больного, а структура ее как в сенситивной, так и в интеллектуальной части находится в большой зависимости от личности больного, общего культурного уровня, социальной среды, воспитания и других факторов. В понятие внутренней картины болезни включается отношение к самому себе, к своему болезненному состоянию, к окружающим, к той форме деятельности, которая была до болезни и, так или иначе, изменилась в связи с ней.

Внутренняя картина болезни – это субъективное восприятие человеком своего заболевания.

Участие заболевания в построении ВКБ:

1) Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении ВКБ определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

2) Болезнь создает трудную для Больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

В.В.Николаева предложила выделять в структуре внутренней (субъективной) картины болезни следующие уровни:

1) **сензитивный** (болезненные ощущения и состояния, неприятные ощущения, дискомфорт);

2) **эмоциональный** (непосредственные эмоциональные реакции на болезненные ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека);

3) **интеллектуальный** (знания о болезни, причинах и последствиях, оценка своего состояния);

4) **мотивационный** (возникновение новых мотивов и перестройка прежней мотивационной структуры).

Р. Конечный и М. Боухал предлагают выделить во ВКБ также и **волевую сторону**, связанную со стремлением совладать с болезнью.

Волевая и мотивационная составляющие ВКБ связаны, прежде всего, с необходимостью актуализации деятельности, возвращения и сохранения здоровья.

Возрастные особенности ВКБ

В детском и пожилом возрасте наблюдается максимальный разрыв между субъективной и объективной оценкой болезни.

Формирование внутренней картины болезни у детей отличается от таковой у взрослых тем больше, чем младше ребенок. Внутренняя картина болезни в зависимости от содержания может быть фактором и положительным, и отрицательным. Она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, на успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям.

Основные составляющие внутренней картины болезни у детей:

- объективные проявления болезни,
- особенности эмоционального реагирования личности,
- уровень интеллектуального функционирования,
- личный опыт (общежитейский и перенесенных заболеваний),
- полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, о болезни, ее причинах, лечении, смерти,
- отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию,
- влияние врача и медперсонала на заболевшего,
- наличие других стрессоров.

ВКБ в детском возрасте редуцирована, где преобладают чувственный и эмоциональных компоненты. ВКБ начинает формироваться в 6 месяцев.

У ребенка с хроническим заболеванием ВКБ становится одним из механизмов формирования Личности.

Преобладающие отношения, вытекающие из особенностей личности и пола ребенка, могут оказаться решающими при формировании внутренней картины болезни вероятно являются эмоциональные факторы.

В связи с особенностями эмоциональных отношений могут возникнуть следующие типы внутренней картины болезни:

1) *гипонозогностический* – с эмоциональной недооценкой симптомов, игнорированием болезни, отсутствием беспокойства по поводу своего состояния, завышением ожидаемых результатов лечения;

2) *гипернозогностический* – с избыточной эмоциональной напряженностью, связанных с болезнью переживаний, преувеличением тяжести проявлений заболевания, неверием в успешность лечения;

3) *прагматический* – со стремлением к реальной оценке заболевания и его прогноза, хорошим контактом с врачом и желанием выполнять все лечебные предписания.

Все эти типы отношения к болезни, наблюдающиеся в детском возрасте, формируются не только благодаря эмоциональной, но и интеллектуальной оценке своего состояния. Из-за недостатка или при неправильности сведений о болезни, из-за невозможности критического отношения к переживаемому, из-за фиксации на определенных частях тела у детей (как и у взрослых) возможно искажение внутренней картины болезни.

Существенное воздействие на психику ребенка оказывают **сопутствующие психотравмирующие обстоятельства**. К ним, в первую очередь, относится госпитализация.

Госпитализация сопровождается отрывом от родителей, сверстников, учебных или иных занятий, ограничением подвижности, утратой перспективы, переживанием разочарования.

У детей *до 11 лет* само стационарирование, даже без связанных с болезнью и лечением переживаний, может вызвать такой *страх*, что он нередко вытесняет полученную перед больницей подготовку. Дети сообщали, что при поступлении в больницу «было страшно», «грустно», «хотелось плакать».

Больные *младше 10 лет* не могли описать своего переживания, но и они жаловались, что «очень-очень хочется домой».

Даже понимание старшими детьми пользы стационарного лечения, не снижает полностью отрицательного отношения к больнице. Причину этих отрицательных эмоций при госпитализации видят в отрыве ребенка от людей, к которым он наиболее привязан, а также в том, что он нередко воспринимает случившееся как наказание. При этом, чем более эмоционально зрел ребенок, тем выше его способность быть одному, вдали от близких. Прекращение посещения детского сада или школы, прерывание обычной деятельности, нарушение обычного ежедневного режима — все это вместе с отрывом от родителей, братьев и сестер, товарищей по играм и учебе, от привычных вещей и занятий нарушает у ребенка чувство безопасности и уверенности в своем благополучии.

Реакция ребенка на госпитализацию зависит от целого ряда факторов, основными из которых являются:

- возраст ребенка,
- личные особенности,
- уровень интеллектуального развития,
- семейные отношения, реакции и поведение родителей,
- число и характер предшествующих поступлений в больницу,
- подготовка перед поступлением в стационар,
- продолжительность госпитализации,
- природа заболевания,

- проводимые лечебные процедуры,
- посещения родителей,
- восприятие ребенком госпитализации.

Дети первой половины года при госпитализации страдают не только от разлуки с матерью, обеспечивающей их физические и эмоциональные потребности, но и от наличия чужих лиц, – это приводит к тревоге, нарушению поведения, ослабляет возможности исследовательской активности и обучения.

После 6-7 месяцев, когда уже возникла привязанность к матери, ребенок при отделении от нее не получает необходимых для него подтверждений ее существования, что ведет к тревоге. Ребенок 2-4 лет, хотя уже предполагает, что родители к нему вернуться, но из-за неразвившихся представлений о времени не знает, когда это случится и потому очень тревожится, часто не может устанавливать новые отношения на новом месте.

Реакции ребенка *до 5 лет* на госпитализацию довольно устойчивы. После выписки у 22% детей обнаруживают трудности приспособления, нарушения поведения, раздражительность, непослушание, расстройства сна, реже – энурез, аффективную взрывчатость, расстройства пищевого поведения, речевые дефекты. Значительно уменьшают тревожное напряжение ребенка в больнице посещения родителей и близких (братьев, сестер, других родственников). Оказалось, что более частые и более продолжительные визиты заметно облегчают приспособление к жизни в стационаре. Чтобы уменьшить эмоциональную травму в связи с госпитализацией, в процессе подготовки медицинская сестра совместно с родителями должна по возможности понятно объяснить ребенку все, что с ним произойдет в больнице.

Следует отметить, что отрицательные эмоции у больных с каждой последующей госпитализацией усиливаются. Травматизация, связанная с повторными поступлениями в больницу, бывает более глубокой и длительной.

Госпитализация является фактором, усиливающим кризис от переживания болезни. Существует даже такой термин как синдром *госпитализма*, который характеризует изменения в поведении, личности и в эмоциональной сфере людей, находящихся в больницах или на излечении. Чаще всего наблюдается у детей. Проявление синдрома госпитализма у детей – это также понижение фона настроения, удрученности, шумный злобный протест, поиск матери, реже – аутизм, замкнутость, общее интеллектуальное снижение.

Чтобы этого явления не возникало, необходимо сделать пребывание ребенка в лечебном учреждении как можно более коротким и менее напоминающим больничную среду, максимально приближенным к естественной ситуации развития ребенка. Поэтому во многих клиниках

оборудуются специальные игровые комнаты для детей, больничные галеты обустраиваются по типу детских комнат.

Медицинской сестре следует разъяснить родителям, насколько важна их роль в лечении ребенка. Дело в том, что представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Среди возникающих у родителей чувств могут быть *переживания вины* за развитие заболевания, негодование на ребенка из-за его поведения, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Подобные переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства. Так родительский гнев еще более усиливает и без того имеющееся у большинства детей чувство вины за свое поведение, вызвавшее болезнь. При тревожно-мнительном отношении родителей к любому соматическому неблагополучию ребенка и чрезмерно заботливом воспитании, как правило, у ребенка возникает нереалистическая внутренняя картина болезни с ипохондрической гипернозогнозией и пессимистическими представлениями о будущем. Отрицание родителями серьезности заболевания способствует формированию внутренней картины болезни гипонозогнозического типа.

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. Современные семьи, как правило, **малодетны**, и поэтому болезнь единственного или даже одного из двух-трех детей превращается в драму. Повышенное беспокойство современных родителей объясняется просто. К единственному ребенку, за которым, как думают родители, вряд ли последует другой, возникает очень глубокая привязанность. В нем видят не только продолжателя рода, но и того, кто выполнит все несбывшиеся мечты самих родителей и исправит их ошибки. С ним связываются надежды на поддержку в старости. Для многих, таким образом, утрата единственного чада не просто потеря близкого, но и крушение надежд. Неудивительно, что в такой ситуации ребенку с малолетнего возраста создаются оранжерейные условия воспитания, он оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии. Особенно это касается отношения к возможным или уже возникшим заболеваниям ребенка. На это отношение родителей сегодня влияет и много других обстоятельств:

1. Невысокий уровень собственного здоровья многих родителей, их частые болезни, переживания, связанные с тяжелыми недугами близких. Будучи людьми слабого здоровья, родители переносят тревогу за свое

благополучие и даже жизнь на ребенка. Кроме того, они нередко опасаются, что из-за своих болезней будут неспособны воспитать сына или дочь.

2. Информированность населения об опасности тех или иных заболеваний и средовых вредностей. Средства массовой информации и, в особенности, неловкие усилия санитарного просвещения привели к тому, что некоторые люди не столько укрепляют здоровье или хотя бы предупреждают болезни, сколько пребывают в страхе перед возможностью заражения или заболевания. Постоянно опасаясь неправильно накормить, заразить, не уберечь, перегрузить ребенка, родители в действительности не создают условий для закаливания и физических нагрузок, чем не способствуют укреплению сопротивляемости организма ребенка.

3. Убежденность родителей в своих знаниях или незнаниях о конкретной болезни или детских болезнях вообще. В зависимости от наличия или отсутствия этих знаний одни родители с уверенностью лечат детей сами, другие «исправляют» назначения врачей, а третьи, считая, что подход к их ребенку неправильный, водят ребенка от одного специалиста к другому.

Недостаточные или искаженные представления родителей о врачевании иногда сказываются и на поведении самого ребенка во время болезни. Все указанные обстоятельства проявляют себя различно в зависимости от индивидуальных психологических особенностей родителей. Крайне тревожные, сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых болезней, а при их появлении и плохого исхода. Эгоистичные, стремящиеся жить напоказ, из всего извлекать для себя преимущества родители даже болезнь ребенка будут стараться использовать для привлечения внимания к себе. Очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные – нередко недостаточно внимания уделяют ребенку вообще и во время болезни в частности.

Атмосфера, складывающаяся в семье во время болезни ребенка, во многом зависит от того, как его воспитывают. Если ребенку до болезни не хватало заботы, внимания, руководства, то и во время его болезни в такой семье не обеспечат всем необходимым. В то же время некоторые родители, поняв, что до болезни ребенка они недостаточно окружали его заботой, мало уделяли ему времени, перестраиваются и создают ему все необходимое. В тех же семьях, где ребенок окружен чрезмерным вниманием, где пытаются предупредить каждое его желание, где восхищаются любым его поступком, соответственно во время болезни забота усиливается. В этих случаях приходится предупреждать, что в своих добрых намерениях родители могут нанести вред ребенку. К сожалению, это недостаточно учитывают при излишнем укутывании от предполагаемого охлаждения, при организации слишком утомительных для больного чтений, просмотров телепередач или других развлечений.

На ситуацию, складывающуюся вокруг больного ребенка, иногда влияют отношения, которые складываются у родителей с медицинским

персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям делают мать не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни. Ребенок чувствует настроение родителей, получающих необходимое руководство по его лечению. У него у самого улучшается настроение и общее состояние, когда о нем заботятся родители, верящие не только в отдаленный успех, но осознающие правильность всего того, что ему назначается.

Таким образом, становится понятно, что переживания ребенка во время заболевания могут усугубить его состояние, помешать проведению лечения, вмешаться в процесс выздоровления.

Медицинская сестра, зная ситуацию и стиль взаимоотношений между членами семьи, всегда сможет дать конкретные рекомендации родителям больного, что будет способствовать выздоровлению или улучшению состояния ребенка и нормализации его психики. Отдельного упоминания требует необходимость подготовки ребенка любого возраста к лечебным процедурам, посещению врача, помещению в больницу, хирургическим и стоматологическим операциям. Подготовка ребенка к лечению обязательно должна учитывать особенности детской личности.

С нарастанием стажа болезни все дети считают себя больными, и это также является психотравмирующей ситуацией. Оценка болезни детьми бывает резко отрицательной. С увеличением длительности заболевания дети привыкают к статусу больных, но в обыденной жизни все большую роль в механизмах психологической защиты играет вытеснение из сознания факта болезни, хотя они никогда не ощущают себя выздоравливающими.

Не смотря на это, все больные, имеющие выраженные проявления болезни отмечают серьезность, опасность заболевания («с ней шутки плохи», «долго надо лечиться» и т. п.). В более благоприятные периоды болезни дети, не отрицая серьезности своего состояния, делают акцент на невозможность продолжения полноценной жизни («нельзя заниматься спортом», «ходить в школу», «посещать бассейн»). Определяя место своего заболевания среди других, больные отмечают его особенность. При этом дети с небольшим стажем болезни (до года) определяют болезнь как «редкую, нехорошую, и трудную среди других». Дети с большей продолжительностью заболевания характеризуют ее как «самую главную», «самую отрицательную среди всех болезней». Рано или поздно они поднимают вопрос жизни и смерти. И чем старше ребенок, тем реальнее переживается серьезность заболевания, возможность смерти и выражается страх по этому поводу. Это связано с многочисленными визитами в больницу, болезненными процедурами, подавленностью родителей, а также разъяснениями какими-то товарищами или даже «неумными» взрослыми. Многие исследования показывают, что несмотря на попытки защитить детей больных онкологическими заболеваниями от знаний о возможном неблагоприятном прогнозе своего

заболевания, тревога хорошо осведомленных взрослых передается детям в результате изменяющегося эмоционального климата вокруг них. Часто дети интересуются чисто физиологическими *вопросами смерти*: проявляют интерес к трупам, похоронам, кладбищам и т. п. Говорить на эти темы с детьми надо так, чтобы они находили в этих словах поддержку. Ни в коем случае нельзя избегать беседы на эту тему, если она инициирована самим ребенком. Такая беседа должна проводиться хорошо подготовленным специалистом (психолог, онколог, педагог) или проинструктированным по данной проблеме родителем. Но чаще страх смерти выявляется не в обычной беседе, он обнаруживает себя в играх, рисунках; в основе своей - это страх изоляции. Кроме, того интенсивное и длительное лечение, необходимое при онкологических заболеваниях, также является для детей серьезным психотравмирующим фактором. Страдая от многообразных по форме и тяжести проявлений своего заболевания, дети придают большее, а часто основное значение неприятным ощущениям и болям, возникающим от применения различных диагностических и лечебных процедур (стернальные и люмбальные пункции, инъекции), а также изменению внешнего вида в результате лечения. Более старшие дети 13-17 лет к наихудшему в своем заболевании относят возникновение препятствий для удовлетворения их познавательных потребностей, отрыв от сверстников (невозможность посещать дискотеки, «тусовки»), другие ограничения.

Одним из важных факторов социализации ребенка является школа. У больных с онкологическими заболеваниями в связи с частыми госпитализациями, длительными курсами терапии, астенизацией, различным рода ограничениями очень часто возникают школьные проблемы. Самыми важными являются:

- 1) невозможность посещения школы или частые пропуски,
- 2) снижение успеваемости, трудности в освоении материала,
- 3) непонимание со стороны одноклассников.

В связи с этим, школа для больных является очень важным символом здоровья и полноценной жизни. Сравнивая больных и здоровых школьников, выявлено, что больные оценивают школу более положительно, чем здоровые, и школа занимает существенное место в представлении о будущем у больных, чего нельзя сказать о здоровых детях,

Представление о будущем у больных детей связано с прогнозом болезни и неслучайно поэтому они оценивают будущее хуже, чем здоровые, Старшим детям будущее представляется более плохим и неопределенным. Это особенно заметно при анализе результатов исследований больных с разным стажем болезни: с одной стороны, больные предполагают, что «в будущем болезнь уйдет», а с другой стороны больные не уверены, что в «будущем будут здоровы». Обе тенденции усиливаются с увеличением длительности болезни. Большинство детей верят, что «в будущем наступит выздоровление», представляя себе будущее «хорошим, здоровым», в то

время как в их ответах можно проследить и опасения за исход болезни. Дети 7-12 лет думают, что выздоровление нужно для того, чтобы в будущем «отдохнуть, расти, ходить в школу». Дети старше 12 лет представляют, что выздоровление обеспечит возможность стать сильным, работать, быть нужным, хорошо жить. Часть детей не оценивают болезнь, как угрозу своей жизни, но считают, что она испортит их будущее, и у них нет перспектив для полноценной жизни. Представления детей о переживаниях родителей по поводу их болезни достаточно разнообразны: от «мои родители волнуются» до «в моей семье горе». Длительное наблюдение за детьми показывает возникновение достаточно сложных отношений во время болезни между ребенком и его семьей. Несмотря на то, что дети считают, что родители, вся семья относятся с состраданием к их положению, очевидно, что больные во многом противопоставляют себя и семью, считают себя покинутыми. Это проявляется в достаточно полярном поведении детей. Там, где болезнь воспринимается детьми, как наказание, или кара, за предыдущие грехи и непослушание, больные боятся быть «плохими» детьми. Поэтому с началом заболевания поведение таких детей улучшается – они становятся послушными, выдержанными, скрупулёзно выполняют все просьбы и распоряжения. Это отмечается как во время госпитализации, так и дома. Другие дети с началом заболевания становятся агрессивными, раздражительными, демонстративно отказываются подчиняться взрослым. Иногда рисунок их поведения становится регрессивным (ведут себя как маленькие дети). У старших детей и подростков 13-17 лет рано проявляются реакции эмансипации: они допоздна гуляют, начинают курить, употреблять алкоголь, вступают в ранние половые связи. Постоянно в присутствии окружающих грубят близким, вплоть до нецензурных слов. По нашим наблюдениям у онкологических больных детей устанавливаются следующие отношения с родителями:

- 1) деспотичное поведение, полное игнорирование интересов семьи, подчинение всех членов семьи обслуживанию «себя и болезни»;
- 2) безразличное отношение к семье, уход в свои проблемы, связанные с болезнью;
- 3) полная зависимость от семьи, полное послушание, чувство вины перед родителями;
- 4) отношения в семье не изменяются или изменяются адекватно ситуации.

Эти типы отношений не бывают застывшими и с течением заболевания видоизменяются, могут носить смешанный характер на каком-то этапе, но, как правило, развитие этих отношений имеет отрицательную динамику.

Итак, теперь сформулируем *фазы переживания болезни во времени*'.

- Предмедицинская фаза. Появляются первые признаки заболевания. Человек решает вопрос об обращении за помощью к врачу.
- Ломка жизненных стереотипов. Человек становится изолированным от работы, а может быть и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в прогнозе своего заболевания. Он полон сомнений и тревог.
- Адаптация к заболеванию. Острые симптомы постепенно снижаются. Одновременно снижаются чувство безысходности. Человек приспосабливается к факту заболевания.
- Фаза «капитуляции». Человек примиряется с судьбой не предпринимает усилий по поводу поиска новых лечений, становится равнодушным и угрюмым.
- Фаза формирования компенсаторных механизмов. Приспособление к жизни, а также появление установок на получение каких-либо материальных или иных выгод от заболевания (рентные установки).

Семья и больной ребенок.

Тяжелое заболевание у ребенка – всегда драма для всей семьи. Первые и последующие реакции на болезнь ребенка во многом зависят от личностных особенностей родителей, их эмоционального состояния, уровня интеллектуального развития, уровня культуры и образования, а также от ситуации, в которой родители узнают о диагнозе. Очень большое значение при этом имеет опыт и искусство врача сообщить диагноз и объяснить сущность заболевания, методы лечения и прогноз. В понятие опыта и искусства врача в данной ситуации входят, прежде всего, его человеческие качества и психотерапевтические навыки.

Первая реакция на диагноз носит у родителей характер шока или неверия в случившееся. Как следствие этого, родители ощущают необходимость решительных действий и начинают метаться от врача к врачу, от профессора к профессору, обращаются за помощью к колдунам, магам, экстрасенсам, и т.п., при этом теряя драгоценное время.

Одной из постоянных реакций родителей является страх перед плохим исходом болезни, потеря мужества, чувство беспомощности, и, как следствие, развитие депрессивных состояний. Нередко в определённый период болезни у родителей возникает реакция агрессии, распространяющаяся на окружающих. Лечащий врач и персонал онкологической клиники должен быть готов к такому виду реакций у некоторых родителей. Ситуация осложняется ещё и тем, что у родителей могут быть различные точки зрения на вопросы о выборе методов лечения ребёнка, на оценку его состояния. В отношениях между врачом и родителями

ребёнка больного онкологическим заболеванием постоянно таится потенциальная возможность конфликтных ситуаций. Горечь, боль, страх за ребёнка, неосознанная обида на судьбу, терзая родительские сердца, требует «выхода». И эта неприязнь, недовольство, озлобление начинают подсознательно проецироваться на «белые халаты», стоящие у постели их больного ребёнка, на медицину в целом. Для родителей тяжелобольного ребёнка врач становится спутником их несчастья. (Кошель И.В., 1977). E.Pichler с соавторами (1982) также подчёркивают, что иногда агрессивное отношение к врачу, объявившему диагноз, бывает очень враждебным.

В то же время мы часто наблюдаем установление доброжелательных, доверительных отношений между родителями и лечащими врачами их детей. Как проявление психологической защиты, привязанность к врачу у родителей остаётся даже после смерти ребёнка. Реже отмечаются противоположные реакции родителей в виде уплощения аффекта вплоть до апатии или комплекса «оживления» с бодростью и весёлостью. Нами это расценивается, как проявление психической и психологической защиты. В период благополучия, длительной ремиссии родители пребывают в состоянии некоторой эйфории, страхи кажутся им преувеличенными, поэтому часть родителей в этот период избегают бесед с врачом, подавляют в себе интерес к болезни и стараются минимально контактировать с медицинскими работниками.

Одной из компенсаторных реакций родителей является ярко выраженное стремление обеспечить ребёнка чрезмерным количеством новых игрушек, бытовой техники, модной одежды и т.п.. Порой создаётся впечатление, что это является попыткой уйти от эмоциональных проблем и, прежде всего, от обсуждения с ребёнком проблем, возникающих в процессе обследования и лечения, а также его будущего. Но напряжённое умолчание не только не разрешает трудности, но создаёт психотравмирующую для обеих сторон ситуацию. По нашему глубокому убеждению, понимание родителями необходимости обсуждения с ребёнком его проблем, связанных с болезнью, даёт возможность преодолеть эмоциональные барьеры и часто становится решающим условием эмоционального облегчения для всех.

На наш взгляд, в основе всех реакций родителей на болезнь лежит глубокое чувство вины, которое возникает сразу после заболевания ребёнка и сознательно или подсознательно сопровождает родителей весь период болезни.

Фиксация на болезни ребёнка приводит к тому, что родители часто переходят к необычной для них прежде манере воспитания и поведения с ребёнком. Многие родители считают себя не в праве наказывать или ругать ребёнка, пытаясь всегда выполнить его требования и желания. Отсутствие коррекции поведения ребёнка через некоторое время приводит к ситуациям, которые почти не контролируются, а это вызывает новые затруднения в воспитании. Во время болезни целесообразен подход, включающий разумное

поведение родителей и сохранение воспитательных воздействий с учётом ситуации. Установлено, что тяжёлое заболевание ребёнка наносит удар по супружеским отношениям, хотя, как правило, число разводов не увеличивается. Здесь прослеживаются различные варианты отношений между супругами. Многие родители, боясь взаимных упреков в начале болезни или в критические периоды болезни, начинают избегать друг друга. Чаще всего это боязнь выяснений вопроса, кто больше виноват в заболевании ребёнка, кто «не досмотрел», у кого хуже наследственность. Для многих супругов период эмоционального «оцепенения» и отсутствия восприятия другого супруга может продолжаться многие месяцы, а иногда и годы. После установления онкологического диагноза ребёнку у супругов на протяжении первых месяцев ухудшаются сексуальные отношения вплоть до полного их прекращения, а в некоторых случаях период восстановления этих отношений бывает очень длительным. Но в большинстве семей, в которых до болезни ребёнка супруги не испытывали трудностей в отношениях, или эти трудности возникали на фоне любви и взаимопонимания, происходит консолидация семьи, и единственной заботой родителей является благополучие ребёнка.

Родители как бы делят свою жизнь на «здоровую» и «больную». Они перестраивают её так, чтобы как можно больше быть в клинике возле больного ребёнка, оставляя других детей, супруга(у) и активную профессиональную деятельность. Как правило, роли родителей чётко разделяются: матери больше общаются с ребёнком, а отцы вынуждены «всё время работать». Хотя почти все жёны хотят, чтобы мужья больше участвовали в эмоциональной поддержке ребёнка. В связи с тем, что мать держится ближе к ребёнку, поддерживая симбиотические отношения, отец первым может давать невротический срыв или депрессивное состояние, так как чувствует себя неспособным или не находящим времени, чтобы заняться больным ребёнком. В то же время в различные периоды болезни оба родителя вместе или попеременно впадают в ситуацию выраженного дистресса, приводящего к невротическим реакциям в виде тревоги, страха, бессонницы, вегетативных расстройств, а также к различным видам депрессивных состояний. Как правило, в такой ситуации они не обращаются к врачу, пытаются найти выход различными способами: такими, как алкоголизация, вплоть до формирования чёткой алкогольной зависимости, злоупотребление психотропными препаратами, «увлечениями на стороне», отказом от привычных социальных связей. Всё это в конечном итоге усугубляет семейную ситуацию и отрицательно влияет как на взаимоотношения родителей, так и на эмоциональное состояние больного ребёнка.

Дети, чьи семьи ведут обычную жизнь, поддерживают привычные социальные связи, чувствуют себя лучше, увереннее, сохраняют нормальные отношения со всеми членами семьи. Часто для многих друзей участие в трудностях семьи больного ребёнка становится непосильной задачей: они либо избегают встреч, либо мечутся между крайностями «утешающего»

оптимизма или «сочувствующего» пессимизма, невольно травмируя этим семью. В семьях больных это вызывает раздражение и даже агрессию, и они порой рвут привычные связи с друзьями, родственниками, знакомыми, что в конечном итоге приводит семью к социальной изоляции. Данная ситуация ещё больше усугубляет психологическое и психическое состояние всех членов семьи.

Литературные данные (Heffroy W.A. et al, 1973) и наши наблюдения позволяют сделать вывод, что наибольшее облегчение приносит общение родителей между собой на том уровне, который невозможен для профессионалов и других окружающих не имеющих больного ребёнка. Родители делятся опытом, как справиться с болью, страхом, облысением и т.п., оказывают друг другу большую помощь. Спонтанные группирования родителей для взаимной поддержки выливаются в образование общественных организаций родителей больных онкологическими заболеваниями. В настоящее время существует несколько таких организаций, в работе которых принимают участие не только родители и другие члены семьи, но также и профессионалы: онкологи, психологи, психиатры.

Ситуация усложняется если в семье, помимо больного, есть ещё и здоровые дети. В связи с этим рисунок поведения родителей имеет несколько вариантов:

1. Один из родителей (чаще мать) фиксирует всё своё внимание на больном ребёнке, а второй родитель (чаще отец или бабушка с дедушкой) занимаются здоровым ребёнком.

2. Оба родителя "ставят крест" на больном ребёнке, формально занимаясь им, а все свои надежды и чаяния вкладывают в здорового ребёнка.

3. Оба родителя фиксируют внимание на больном ребёнке, а здоровый sibлинг остаётся без эмоционального тепла, поддержки и контроля.

В такой ситуации здоровые дети меняют своё поведение, становятся агрессивными, раздражительными, выходят из-под контроля, вплоть до асоциального поведения (алкоголизация, наркотизация, уход из дома, ранние половые связи). У части детей, как правило более младшего возраста, возникают следующие симптомы: резкое снижение успеваемости в школе, страх школы, другие невротические страхи, энурез, депрессии, соматоформные расстройства (головные боли, боли в животе, нарушение пищевого поведения, рвота и т.д.). Суммируя вышесказанное, можно выделить три основные типичные семейные ситуации, возникающие в связи с заболеванием у ребёнка:

1. *Реалистический подход.* В сложившейся ситуации актуальное, полное, ответственное отношение к ребёнку вне зависимости от тяжести состояния и прогноза. Адекватные отношения между другими членами семьи, включая sibлингов. Беспокойство, тревога родителей, их взаимоотношения не являются патологическими.

2. *Пессимистический подход.* Родные практически отвергают больного ребенка. Оставляют его надолго в клинике, редко навещают. Утрата жизненных интересов родителей или чрезмерная фиксация на здоровом ребёнке. Все члены семьи находятся в состоянии хронической эмоциональной усталости и напряжения. Такое поведение может быть выражением как маскированной депрессии, так и стремлением избежать ответственности.

3. *Оптимистический подход.* Игнорирование серьёзности заболевания. При последующем ухудшении в состоянии ребёнка семья может стремиться сменить лечащего врача или клинику. Столкнувшись с тяжёлым состоянием в терминальной стадии заболевания родители впадают в тяжёлую психологическую декомпенсацию (суицидные попытки, затяжные депрессии). Их поведение не помогает, а усугубляет состояние больного ребёнка и других членов семьи.

Описанные типы ситуаций не являются постоянными и на разных этапах болезни могут сменять друг друга или проявляться в различных комбинациях. Таким образом, не только больной ребёнок, но и все члены его семьи требуют психологической поддержки и психотерапевтической помощи на всём протяжении его болезни.

Терапевтическая игра

Пребывание ребенка в любом лечебно-профилактическом учреждении, связанное с профилактическим осмотром, обследованием и тем более заболеванием, в подавляющем случае воспринимается им как событие исключительное. Болезнь ребенка меняет не только установленный порядок жизни относительно взрослых, но и самого ребенка. Заболевшие дети по-разному переносят свою болезнь, но нет ни одного ребенка, у которого бы не возникла та или иная реакция. Эта реакция довольно сложна. Она складывается из общего самочувствия, местных болезненных ощущений, самонаблюдения, представлений о своей болезни. На нее влияют отношения в семье, отношение к ребенку до и во время болезни. В некоторых случаях болезнь и необходимые лечебные и диагностические процедуры могут быть причиной серьезных переживаний, приводящих к развитию невротических расстройств. Медицинская сестра должна вовремя диагностировать все проблемы, возникающие у ребенка и семьи вокруг этих событий, и владеть методикой их коррекции. Надежным подспорьем в решении многих проблем является терапевтическая игра. Она применяется в педиатрической практике в процессе подготовки к манипуляциям, операциям, процедурам во время болезни.

Цели терапевтической игры:

- помочь ребенку преодолеть страхи и фантазии, связанные с инвазивными вмешательствами и лечением;

- вызвать доверие к медицинскому персоналу;
- предотвратить тяжелую реакцию на болезнь;
- адаптировать ребенка к пребыванию в стационаре.

Этапы терапевтической игры

1. Создать атмосферу доверия ребенка и его семьи к лечебному учреждению, избегать негативных реакций ребенка, рассказывая о предстоящих вмешательствах на понятном ему языке, используя при этом медицинское оборудование, можно дать ребенку поиграть медицинскими инструментами (?).

2. Сообщить необходимую информацию о предстоящей процедуре, объяснить ребенку и родителям, что от них требуется. Необходимо рассказать ребенку, что он увидит и почувствует в ходе процедуры. Проиграйте с ребенком ход процедуры, во время игры убедите ребенка, что вы будете рядом и будете его поддерживать.

3. Если во время процедуры планируется присутствие родителей, от необходимо обучить их правильному поведению и общению с ребенком во время медицинских манипуляций.

Подготовка к предстоящим медицинским манипуляциям детей различных возрастных групп

Возраст 1-12 месяцев

В этом возрасте ребенок слишком мал, поэтому всю подготовку надо проводить с родителями. Их нужно информировать о предстоящей процедуре, убедить в её необходимости и безопасности, решить вопрос о возможности присутствия родителей.

Следует удовлетворять все потребности ребенка во время процедуры: держать в тепле, предлагать соску, нежно разговаривать, стремиться предотвращать негативные реакции, оберегать излишней травматизации и боли.

После процедуры: ребенка успокоить, приласкать, покачать, по возможности обеспечить контакт с родителями.

Возраст 1-3 года

Подготовку к процедуре начинают за один час: с ребенком проводят игру по сценарию предстоящего вмешательства, давая возможность поиграть медицинским инструментарием(?). Предстоящие действия проиграйте на кукле, комментируя ход вмешательства.

Удовлетворять все потребности ребенка во время процедуры: создать спокойную обстановку, ласково беседовать, держать за руку, предупреждать боль, по возможности обеспечить присутствие матери.

После процедуры: взять ребенка на руки, ласково разговаривать, поощрить его за смелость, отвлечь интересным занятием.

Детям раннего возраста инвазивные вмешательства по возможности не следует проводить в кровати, так как кровать должна оставаться для него безопасным убежищем.

Возраст 3-6 лет

Подготовку к процедуре начинают за 2-4 часа, так как дети в этом возрасте боятся телесных повреждений. В ходе терапевтической игры ребенка готовят к вмешательству, ему необходимо дать возможность поиграть с инструментами (?), спокойно и доступно ответить на все вопросы ребенка о предстоящей процедуре.

Удовлетворять все потребности ребенка во время процедуры: создать атмосферу доверия, предложить ребенку выразить свои чувства, эмоции, фантазии и страхи, связанные с процедурой, по возможности применять обезболивание.

После процедуры: обеспечить общение с родителями или побыть рядом с ребенком, отвлечь интересным занятием, пока- он не почувствует себя комфортно.

Возраст 6-12 лет

Подготовку к процедуре начинают за 1-2 дня, в ходе терапевтической игры можно использовать кукол, макеты, рисунки, показ видеофильмов о ходе операции (?) или честно и доступно объяснить предстоящее вмешательство, терпеливо отвечая на все вопросы ребенка. В этом возрасте дети боятся травмирующих факторов, телесных повреждений, изменения внешности.

Удовлетворять все потребности ребенка во время процедуры: создать атмосферу комфорта, предложить ребенку выразить свои эмоции, отвлекать от отрицательных реакций.

После процедуры: обеспечить благожелательную атмосферу, общение с родителями, поощрять его достижения и рассеять сомнения и страхи.

Возраст 12-15 лет

Подготовку к процедуре начинают за несколько дней, отдельно от родителей, в ходе терапевтической игры можно использовать схемы, видеофильмы, дать правдивую информацию о ходе предстоящей процедуры, и предоставить ребенку самостоятельно всё обдумать и настроиться на вмешательство.

Удовлетворять все потребности ребенка во время процедуры: создать атмосферу сотрудничества, иллюзию равноправного участия, возможность

комментировать свои ощущения, при чувстве страха и болевых ощущениях применять дыхательные упражнения и другие методы релаксации.

После процедуры: обсудить с ребенком его ощущения и предоставить ему возможность поделиться ими со сверстниками.

Ребенок-инвалид в семье

Психологические исследования показали, что у детей-инвалидов обычная психика развивается по тем же психологическим законам, что и у детей, которых мы называем нормальными. У инвалидов те же духовные потребности, но их жизненная ситуация совершенно иная.

1. В каждом обществе и в каждую эпоху существуют свои каноны красоты физического и духовного. Сейчас эти каноны строги, как никогда. По сравнению с такими нормами инвалид сегодня особенно проигрывает и это усиливает опасность возникновения комплекса неполноценности.

Чувство неполноценности у ребенка возникает в зависимости от восприятия этих норм воспитателями: «Какую ценность представляет здоровое и физическое совершенство для детей семьи в рамках детского общества?».

Это зависит от социально-экономического положения семьи, обусловленного уровнем образованности отдельных ее членов, их доходами, общественным престижем, от состава семьи, количества детей в семье, от того, каким по счету является ребенок-инвалид среди братьев и сестер, есть ли бабушки и дедушки, каковы их качества и возможности; эмоциональной значимости этого ребенка для родителей, то есть желанный он или нет, чего от него ожидали, какие надежды возлагали, и т. д.

2. Важен возраст ребенка, точнее, уровень его развития в период, когда произошло несчастье, или когда родители заметили дефект.

Каждый вид инвалидности, отставание в развитии имеют особые последствия.

Дефективный с рождения ребенок со временем «искривляется», а приобретенный позже дефект «ломает» его.

Ранний дефект создает угрозу, прежде всего, интеллектуальному развитию, а более поздний – осложняет духовное и социальное становление.

С 3-х лет детский коллектив становится важнейшим фактором социализации ребенка. Если ребенок, вследствие своего дефекта, не может войти по-настоящему в детский коллектив, у него рождается неуверенность в себе, тревоги, чувство неполноценности.

Нависает угроза здоровому развитию личности, сознанию собственного «Я», своей общественной значимости.

Кроме того, в среднем школьном возрасте, примерно с 8 до 11-12 лет, формируется сознание принадлежности к определенному полу. Если в этот

период ребенок лишен контактов с другими детьми, такая принадлежность может быть им до конца не осознана.

Если ребенок родился калекой, семья с самого начала должна примириться с этим фактом, научиться жить с таким ребенком, и она скорее вырастает в свою роль.

Степень приспособления к новым условиям тоже индивидуальна у каждой семьи. Она равна адаптационным способностям самого слабого, уязвимого члена семьи. Если у матери, к примеру, большие адаптационные возможности, а у отца – маленькие, то семья как целое выдержит столько невзгод, сколько выдержит отец. Если трудности станут для него непосильными, в семье появится тенденция к распаду, который может вскоре наступить.

3. Психологически наиболее тяжёлыми считаются поражения лица, затем следует дефект рук и шеи, потом остальных частей тела.

Социальный аспект инвалидности, заметны ли поражения или дефект как они воспринимаются окружающими, не ограничивает ли его в социальном смысле, не делает ли отверженным.

Есть виды деятельности, необходимые для контакта между людьми, например, речь, мимика, подача руки, культура поведения за столом и пр.

Есть иные функции, которым придают огромное значение в обществе и потому скрывают. Это своего рода табу, о которых стыдятся говорить даже при врачебных анализах (к таким табу относятся выделения экскрементов, интимная гигиена, сексуальная активность и т.п.). Общественные предрассудки в этих сферах человеческой жизни больно затрагивают тех, кто страдает нарушением деятельности функций. Ни они, ни их семьи не имеют возможности поделиться своими трудностями, посоветоваться, найти сочувствие, отклик, поэтому всю жизнь они служат предметом недоброжелательного любопытства.

4. Ещё одним фактором, обуславливающим положение ребёнка-инвалида в семье и обществе, является его индивидуальность. Имеются в виду основные характеристики личности: темперамент, или особенности нервной системы: раздражительность, ранимость, сопротивляемость, и т. д.

Соотношение личностных характеристик влияет на то, как свыкается ребенок и его семья с инвалидностью.

Тревога и беспокойство родителей неблагоприятно отражаются на их контактах с ребенком.

Запоздалое развитие не бывает правильно понято окружением, по-своему растолковывающим отдельные проявления, включающим их в неправильные взаимосвязи и потому переутомляющим детей раздражителями, которые не приносят пользы, лишь вызывают в детях с отклонениями развития оборонительный механизм.

Осознание того, что с ребенком что-то неладно и надежды на лучшие изменения нет, вызывает настоящее потрясение. Рушится заветный идеал, готовый образ, и это крушение приносит тоску, безнадежность, горе.

Для нормального духовного развития ребенка надо удовлетворять его основные психические потребности. Эти и потребность в соответствующей по количеству и качеству стимуляции, потребность в осмысленном порядке стимуляции, чтобы ребенок мог учиться и приобретать жизненный опыт, потребность в опоре, поддержке, потребность осознать собственное «Я» в системе общественных ценностей, и, наконец, потребность перспективы будущего. Эти потребности присущи не только ребенку, они неотъемлемы от человека на протяжении всей его жизни. Взрослые удовлетворяют их в большей степени при воспитании детей.

В нормальных условиях ребенок является источником большого числа стимулов, благодаря своей подвижности, забавности, и т. п. Ребенок-инвалид - тоже неиссякаемый источник стимулов для своего воспитателя, только качество их совершенно иное, чем в первом случае. Здесь больше чисто механической работы, монотонного ухода и присмотра - а отклика со стороны ребенка, радостной удовлетворенности гораздо меньше. Это приводит к одностороннему утомлению, даже изнурению. Надо разделить обязанности в семье, и общество должно внести свою лепту.

На 2-м месте потребность в упорядоченном мире, дающем знания и опыт. И вновь родители инвалидов с детства поставлены неравные с другими условия: их жизненный опыт несравним с опытом остальных. Сколько в нем рухнувших надежд, невероятных трудностей, непреодолимых преград. Исключительность ситуации приводит к изоляции в обществе, ил, напротив, заставляет родителей, чуть ли не силком вынуждать понимание к себе и ребенку.

По реакции окружения родители должны понять, что они не одиноки в своей беде. Специалисты должны внушать им, что их постигло отнюдь не несчастье, а всего лишь трудное испытание, которое при желании и настойчивости можно преодолеть.

Страдает родительское самолюбие воспитателей детей-инвалидов, под угрозой жизненная перспектива, а это очень важно для семьи. Здесь и детям. И родителям надо говорить об их возможностях, а не о том, что им недоступно. Родителям становится легче, если отмечены и оценены по достоинству их усилия.

Главное, чтобы родители детей с дефектами понимали свое положение и воспринимали его нормально. Важно понимание родителей здоровых детей и общества в целом. Цель, которую мы преследуем - общественное признание людей с физическими и умственными недостатками. Мы целенаправленно приближаемся к тому, чтобы их жизнь ни в чем не отличалась от жизни нормального ребенка в семье и нормального человека в обществе.

Используемая литература

1. Абрамова Г.С, Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. - М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. - 272 с.
 2. Забродина Л.Е. Терапевтическая игра и общение с больным ребёнком / Сестринское дело № 2, 2007. С. 40-42.
 3. Информационный портал «Дети мечты...» www.psvworld.ru, 2009.
 4. Кржечковский АЛО. Основы психиатрии для врача общей практики. Учебно-методическое пособие. - Ставрополь: СГМА, 2007.
 5. Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. М.,1997.
 6. Психологические и психиатрические аспекты детской онкологии / Цикл лекций по детской онкологии. Том 2, ст. 38 (с. 181-182) // Российский биомедицинский журнал [Medline.ru](http://www.medline.ru). - Санкт-Петербург, июль, 2001.
 7. Психологические и психические проблемы у детей, страдающих онкологическими заболеваниями. - Общероссийская Общественная Организация Противораковое Общество России (ПРОП) <http://www.proor.ru/> .
 8. Репина ТЛВ., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. - 2003.
 9. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология, №1, 1998.
- Ю.Шеврыгин Б.В. Если малыш часто болеет...- 2 изд.- М.: АО «СТОЛЕТИЕ», 1996.-160 с.