

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учреждение образования
«Гомельский государственный университет
имени Франциска Скорины»

Факультет психологии и педагогики

Кафедра психологии

Допущена к защите
Зав.кафедрой _____ Н.В. Гапанович-Кайдалов
« ____ » _____ 2012 г.

**Психологическое сопровождение детей, находящихся на
длительном лечении в стационаре больниц**

Магистерская диссертация

Исполнитель
магистрант

М.А. Коршун

Научный руководитель
кандидат психологических наук,
доцент

Н.В. Гапанович-Кайдалов

Рецензент
кандидат медицинских наук,
доцент

Э.А. Соколова

Гомель 2012

Содержание

Введение.....	3
1 Теоретические основы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц	6
1.1 Психологическое сопровождение, его организация и осуществление	6
1.2 Необходимость психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц	9
1.3 Особенности эмоционального состояния ребёнка, находящегося на длительном лечении в стационаре больницы	19
1.4 Клоунотерапия как метод психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц	27
2 Организация психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц	31
2.1 Методы диагностики эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц	31
2.2 Показания к применению клоунотерапии для психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц	36
2.3 Подготовка специалистов-клоунотерапевтов для работы в стационаре больниц	44
2.4 Работа психолога по сопровождению детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц	46
Заключение	52
Список использованных источников	55
Приложение А Программа психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии	59
Приложение Б Оценка эффективности программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии специалистами-клоунотерапевтами	63

Введение

Актуальность организации психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц определяется тем, что формирование основных показателей здоровья населения Республики Беларусь характеризуется негативными тенденциями. По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь за период с 1990 по 2012 годы значительно сократилась численность населения страны, произошло изменение возрастной структуры населения, происходит его старение, растет уровень смертности, отмечается рост заболеваемости. С 1994 по 2012 годы уровень первичной заболеваемости населения Республики Беларусь увеличился на 20,8% и составил 81746,1 на 100 тыс. населения (в 1994 году – 67644,0 на 100 тыс. населения). Общая заболеваемость возросла на 37,3% и составила 152149,3 на 100 тыс. населения (в 1994 году – 110798,1 на 100 тыс. населения) [1].

В Витебской и Гомельской областях показатели смертности от онкологических заболеваний выше по Республике в целом, что диктует необходимость усовершенствования механизмов организации онкологической помощи, поиска новых форм и методов психологического сопровождения онкобольных. В связи с этим особое внимание уделяется изучению психологических особенностей детей, имеющих хронические заболевания и находящихся на длительном лечении в стационаре больниц.

Ребенок, попадая в отделение больницы с тяжелым хроническим заболеванием, оказывается в незнакомой для него среде, происходит изменения в отношении к себе и болезни, изменяются социальные контакты с семьей и сверстниками. Для большинства детей данные изменения отказывают негативное влияние на их эмоциональное состояние. Дети становятся более замкнутыми, тревожными, напряженными, эмоциональный тонус снижен, они чаще поддерживаются стрессовым ситуациям. Также болезнь ребенка оказывает негативное влияние на состояние родителей, у которых также меняется мировоззрение, изменяется приоритет ценностей [16; 18; 20].

Эмоциональный тонус оказывает непосредственное влияние на физическое состояние человека. Увлечение, интерес, занятость положительно сказывается на здоровье взрослого и ребенка. В связи с этим в настоящее время актуальным является организация психологического сопровождения детей, находящихся на лечении в стационаре, а также поиск новых эффективных форм и методов психотерапии. Методы арт-терапии, сказкотерапии, танцевально-двигательной терапии используются психологом в работе с больными детьми, а также детьми, имеющими особенности психофизического развития. Данное исследование посвящено организации психологического сопровождения детей, находящихся на

длительном лечении в стационаре больниц с использованием смеха и юмора.

Феномен смеха в психологии изучали такие психологи, как Л. Хилл, Н. Смит, Р.Р.Парс. В странах СНГ исследования психологического аспекта смеха, и смехотерапии в частности, практически отсутствуют. Такие катарсические процессы, как плач и агрессия довольно часто применяются в различных методах психотерапии. Метод смехотерапии (клоунотерапии) направлен на возвращение природного, естественного смеха, который снимает напряжения в теле и постепенно освобождает от зажимов и напряжений [38; 39; 40].

Исследования Л. Хилл и Н. Смита свидетельствуют об исцеляющем эффекте юмора. Юмор часто используют для создания атмосферы доверия в общении медперсонала с пациентами. Это способствует снижению напряжения, ненависти, страха, неуверенности в себе. Каждый здоровый человек обладает чувством юмора, которое предполагает умение смеяться над собой и вместе с другими. Р.Р.Парс изучал роль смеха в лечении пациентов. Смех может усилить чувство близости, теплоты и дружелюбия между пациентами и медиками.

Опыт клоунотерапии был перенят нами в 2008 году во время стажировки в Италии, где было проведено обучение методу клоунотерапии. На протяжении трех лет в городе Гомеле активно работает благотворительная волонтерская группа «Funny pose», которая еженедельно реализует свою деятельность с целью психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц. За период с 2009 года проведено более 80 занятий для детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц.

В связи с активным развитием клоунотерапии в нашей стране, и недостаточным количеством литературы по данной проблеме, возникла потребность в систематизации накопленного опыта, создании программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии, а также оценке ее эффективности.

Исследование с целью оценки эффективности программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии проводилось в отделении детской гематологии учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», отделениях кардиологии и педиатрии учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница», отделении детской хирургии учреждения «Гомельская областная клиническая больница». Выборка составила 92 человека, из них 54 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет, 29 родителей, 9 медицинских работников.

Методы исследования: метод экспертных оценок, изучение истории болезни, структурированное интервью, опросник САН, ЦТО Люшера,

проективная методика «Несуществующее животное», методика диагностики ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина, методика диагностики наличия страхов у детей (автор А.И. Захаров).

Цель исследования: разработка программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии.

Задачи исследования:

1) проанализировать существующие в современной психологической науке подходы к организации психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц;

2) проанализировать психологические особенности детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц;

3) определить наиболее эффективные методы диагностики и коррекции эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц;

4) разработать программу подготовки специалистов-клоунотерапевтов для работы в стационаре больниц.

1 Теоретические основы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц

1.1 Психологическое сопровождение, его организация и осуществление

Понятие психологическое сопровождение широко используется в профессиональной деятельности практических психологов, педагогов, медиков и употребляется как концептуально, так и в отношении практической деятельности по решению конкретных проблем. Термин «сопровождение» в работах практических психологов начал использоваться почти с самого начала функционирования психологической службы, впервые о нем говорят Г. Бардиер, Н. Ромазан, Т. Чередникова в сочетании со словом «развитие» - «Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей». Сегодня данный термин описывают в своих трудах Э. Александровская, М. Битянова, Т. Дворецкая, Е. Казакова, Е. Козырева, А. Колеченко, В. Семикин, Т. Чиркова и др. Ряд авторов понимает сопровождение как поддержку психически здоровых людей, у которых на определенном этапе развития возникают личностные трудности. Сопровождение рассматривается как системная интегративная технология социально-психологической помощи семье и личности и как один из видов социального патронажа - социально-психологический патронаж.

Сопровождение «предусматривает поддержку естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности» [2, с. 4]. Более того, успешно организованное социально-психологическое сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна [3, с. 15].

В современной психологической науке в последнее время особую популярность приобретает идея сопровождения. Это понятие широко вошло не только в психологическую, но и в педиатрическую, валеологическую и другие службы. Идея сопровождения привлекательна не только большей вариативностью ролевых позиций психологов, но и тем, что через нее просматриваются возможности самодвижения самой психологической службы, изменение ее связей с педагогической практикой. Анализ литературы позволяет выделить ряд преимуществ модели сопровождения (Э.М. Александровская, М.Р. Битянова, Т. Земских, Е.И. Казакова, Е.В. Козырева, Н. Осухова, В. Цивилева, Т.И. Чиркова и др.):

- соответствие требованиям времени;
- универсальность применения в различных сферах и разные формы воплощения;

- нацеленность на нейтрализацию неблагоприятия путем создания условий для проявления и развития позитивного в ребенке и педагогическом процессе в целом;
- эффективность использования кадровых и материальных ресурсов;
- равноправное участие и активность всех субъектов сопровождения, их взаимодополняемость и т.д.

Таким образом, реализация системы психологического сопровождения может обеспечить защищенность ребенка, улучшение морального климата в учреждении, повышение эффективности в отношении каждого конкретного ребенка и всего учреждения в целом.

Ю. Слюсарев понятие сопровождение употреблял для обозначения недирективной формы оказания здоровым людям психологической помощи, направленной «не просто на укрепление или достройку, а на развитие и саморазвитие самосознания личности», помощи, запускающей механизмы саморазвития и активизирующей собственные ресурсы человека [3, с. 116].

Э.М. Александровская под психологическим сопровождением, прежде всего, подразумевает особую технологию помощи ребенку, предназначенную для решения возникающих проблем или их предупреждения в условиях образовательного процесса [4]. Эти технологии помогают анализировать ближайшее окружение, диагностировать уровни психического развития, использовать активные групповые методы, индивидуальную работу с детьми и их родителями, педагогами. Делая акцент на проблемы, трудности развития детей и их предупреждении, Э.М. Александровская идею сопровождения сближает с идеей поддержки. Однако несомненным достоинством подхода автора является рассмотрение сопровождения в качестве особой технологии, что облегчает ее практическую реализацию. Подобный взгляд на сопровождение свойственен также М.М. Семаго и Н.Я. Семаго.

М.Р. Битянова рассматривает модель психологического сопровождения как отражение системы теоретических представлений о деятельности психолога и отмечает, что и эта система, в свою очередь, выросла из практики, ориентирована на практику и как на свою конечную цель, и как источник своего собственного развития. Автор определяет свой подход как «парадигму сопровождения», подчеркивая его деятельностную направленность. Цель работы в модели психологического сопровождения в том, чтобы организовать сотрудничество с ребенком, направленное на развитие его самопознания, активизацию поиска путей самоуправления внутренним миром и системой отношений [3, с. 136].

Психологическое опровождение ребенка по его жизненному пути, по М.Р. Битяновой, — это движение вместе с ним, рядом с ним, иногда — чуть впереди, если надо показать возможные пути. Окружающие его взрослые, которые в силу своей социальной, профессиональной или личностной позиции могут оказать ребенку разнообразную поддержку, они рассматриваются М.Р. Битяновой как субъекты сопровождения,

участвующие в этом процессе вместе с психологом на принципах сотрудничества, личной и профессиональной ответственности. В решении проблем конкретного ребенка или при определении оптимальных условий его обучения и развития все заинтересованные взрослые совместно разрабатывают единый подход, единую стратегию психологического сопровождения.

Т. Яничева под психологическим сопровождением понимает систему организационных, диагностических, обучающих и развивающих мероприятий для педагогов, детей, администрации и родителей, направленных на создание оптимальных условий развития [5, с. 19].

Сущностной характеристикой психологического сопровождения является создание условий для перехода личности и (или) семьи к самопомощи. Условно можно сказать, что в процессе психологического сопровождения специалист создает условия и оказывает необходимую и достаточную (но ни в коем случае не избыточную) поддержку для перехода от позиции «я не могу» к позиции «я могу сам справиться со своими жизненными трудностями».

Методологический анализ позволяет утверждать, что на сегодняшний день психологическое сопровождение — это особая форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи. В отличие от коррекции оно предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск скрытых ресурсов развития человека или семьи, опору на его (её) собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для восстановления связей с миром людей.

Итак, психологическое сопровождение - это во-первых, один из видов социального патронажа как целостной и комплексной системы социальной поддержки и психологической помощи, осуществляемой в рамках деятельности социально-психологических служб; во-вторых, интегративная технология, цель которой - создание условий для восстановления потенциала развития и саморазвития семьи и личности и в результате - эффективного выполнения отдельным человеком своих основных функций; в-третьих, процесс особого рода бытийных отношений между сопровождающим и теми, кто нуждается в помощи.

В качестве основных характеристик психологического сопровождения выступают его процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную повседневную жизнь человека или семьи, особые отношения между участниками этого процесса, что в психоанализе называется «положительный перенос». Главными принципами психологического сопровождения являются гуманное отношение к личности и вера в ее силы; квалифицированная помощь и поддержка естественного развития [6, с. 267].

Результатом психологического сопровождения личности в процессе адаптации к жизни становится новое жизненное качество - адаптивность, т.е. способность самостоятельно достигать относительного равновесия в

отношениях с собой и окружающими как в благоприятных, так и в экстремальных жизненных ситуациях.

Поиск выхода из кризисной ситуации сопровождается овладением способами разрешения конфликтов, выработкой новых жизненных установок, новых способов поведения, повышением уверенности в себе.

На основании вышеизложенного материала, мы делаем вывод о том, что психологическое сопровождение детей в больнице имеет важное значение в психологической практике, равно как и психологическое сопровождение образовательного процесса. Но для организации психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц необходим глубокий анализ проблем, связанных с пребыванием ребенка в стационаре.

1.2 Необходимость психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц

Хронические заболевания протекают длительно и связаны с перестройкой всей жизни человека. Острые заболевания кратковременны и не всегда имеют фатальное значение для реорганизации жизни человека. Они могут повлиять на жизнь человека только своими последствиями. Например, травма может изменить строение тела человека: воздействие на тело было кратковременным, а последствия его могут повлиять на всю жизнь. Человек, который болен почечной недостаточностью или имеет болезнь сердца, чувствует себя совсем иначе по тем последствиям, которые вызывает у него болезнь.

Анализ тех психических изменений, которые связаны с болезнью, показывает, что их содержание определяется соотношениями внутренней картины здоровья человека и его внутренней картины болезни, которая будет функционировать в разные периоды его болезни, в разных видах заболевания [8, с. 203].

Болезнь как страдание человека имеет как социальное, так и индивидуальное содержание. Индивидуальное содержание болезни связано с возможностью переносить страдания, с возможностью устанавливать отношения с другими людьми по поводу переживаемого или пережитого страдания. Таким образом, на уровне индивидуального содержания болезнь связана с установлением межличностных отношений и отношения к самому себе. Качество этих отношений будет определяться соотношением внутренней картины здоровья и внутренней картины болезни, которые существуют как в индивидуальной жизни человека, так и транслируются в межличностных отношениях как представление о телесности, как представление о символической функции тела, которое объединяет людей одной культуры или конкретной ситуации совместной деятельности.

Социальное содержание болезни прежде всего связано с необходимостью для других людей, которые не являются носителями болезни, заботиться о больном человеке, то есть как бы распределять между собой и больным человеком степень ответственности за характер и течение его болезни, за жизнь человека, переживающего страдание. Лечение болезни как избавление от страдания может быть предметом взаимодействия разных людей, как самого больного — страдающего, так и других людей, в профессиональные обязанности которых входит облегчение страданий. Это могут быть врачи, социальные работники, парламентарии, представители СМИ или научные сотрудники, занятые разработкой медицинских проблем, или представители промышленности, выпускающей медтехнику или предметы гигиены и ухода за больными.

Таким образом, социальная забота, социальное внимание к болезни может стать содержанием собственных переживаний, так как в лице представителей этих профессий прямо или опосредованно (через продукты их деятельности) человек получает социальное внимание, благодаря которому с него снимается та степень ответственности за течение болезни, которую он не может нести сам.

Страдающий человек через видимое проявление своего страдания получает возможность воздействия на очень большие группы людей, что может привести к манипулированию другими с целью снять с себя некоторую ответственность за преодоление своего страдания. У больного может быть оправдательный мотив манипулирования состоящий в возведении собственного страдания в ранг добродетели, требующей особых знаков внимания со стороны других людей. Возможности манипулирования используются теми больными, которые реализуют концепцию сверхценности своего страдания по отношению ко всем другим мотивам существования, то есть подменяют все цели жизни, которые возможны для реализации цели потребления социального внимания как обязательного реагирования других людей на собственное существование.

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, с. 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 (Арина Г. А., Коваленко Н. А.). Так, для них характерны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость,

зависимость от мнения окружающих (прежде всего, от мнения мамы). Они могут подолгу играть с одной и той же игрушкой, обходясь без общества других детей, однако им необходимо присутствие рядом матери, за которой они «ходят хвостиком» [9, с. 121].

При адекватной и даже несколько завышенной вербализованной осознанной самооценке у болеющих детей существует негативное эмоциональное самоотношение, иногда доходящее до аутоагрессии. При этом психологическим контекстом такого самоотношения является сравнение с матерью: «Она такая хорошая, а я, такой плохой, ее недостойн». Для 62% часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких как горе (печаль), страх гнев (злость) и чувство вины [9, с. 203].

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 [8 с. 207].

Мы предлагаем рассмотреть ряд критериев, по которым оцениваются изменения личности больного. Так как они влияют на содержание внутренней картины болезни, назовем их. Это следующие пять критериев:

- изменение содержания ведущего (главного) мотива деятельности, формируется новый мотив;
- замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого мотива;
- 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 [10, с. 203].

Внутренняя картина болезни становится тем новообразованием в психике, в структуре которого отражается весь процесс перестройки психической жизни заболевшего хронической болезнью человека. Динамика мотивационного уровня при таком заболевании соответствует изменению личности, которое заключается в создании нового ведущего мотива — мотива жизни и постепенном переподчинении ему других мотивов.

Таким мотивом чаще всего у больных людей становится мотив сохранения жизни как таковой. На начальной стадии заболевания этот мотив еще не является главным, он актуализируется только в периоды

обострения состояния. В эти периоды больной начинает обследоваться, ограничивает свою жизнь, вырабатывает новые для себя правила жизни. В это время преобладает эмоциональный уровень — страх, тревога по поводу возможного лечения, люди хотят оттянуть его начало всеми способами — стремятся к выписке из больницы, желают вернуться к прежнему образу жизни. Болезнь характеризуется как препятствие на пути достижения более «важных» жизненных целей, чем забота о своем здоровье, которая в это время является не ведущим мотивом, а только средством для осуществления привычной деятельности — работы, учебы, семейной жизни. Ситуационный мотив сохранения жизни еще не является смыслообразующим, ведущим. При переходе к лечению у хронических больных наблюдается изменение эмоционального состояния, которое резко выражено у больных с неадекватной моделью ожидаемых результатов лечения. Резко меняется настроение и поведение, сужается сфера их интересов, они часто полностью погружаются в болезненное состояние, становятся раздражительными и конфликтными, отрицательно относятся ко всем видам обследования. Все поведение людей, лечащих и обслуживающих их, начинает оцениваться с позиции того, помогает это лечению или нет [12, с. 76].

Первым сигналом перестройки структуры мотивов является появление нового по качеству эмоционального состояния. Объективно изменившееся положение человека в мире, в конкретной социальной среде еще не вполне осознано человеком, но это новое положение — хронически больного человека. Оно находит отражение в эмоциональной реакции на ситуацию в целом. Это уже сигнал о том, что жизненные цели не могут быть такими, как до болезни. Болезнь начинает выступать как препятствие на пути реализации целей.

Таким образом, эмоции сигнализируют о необходимости перестройки мотивационной сферы, где мотив сохранения жизни в силу его значимости выделяется очень быстро и становится главным, подчиняя все другие мотивы.

Мотив сохранения жизни в это время может вступать в противоречие с ранее действовавшими мотивами: если они не могут быть включены в него, то они теряют свою силу и смысл для человека. Круг деятельности человека сужается, она уже имеет не много мотивов, а мотивируется только сохранением жизни. За счет этого беднеют связи с внешним миром, с ближайшим социальным окружением.

Бедность общения, неумение общаться и трудности с ним связанные приводят к конфликтам. Конфликты основаны на страхе общения, на опасении быть непонятым и непринятым. На фоне психических и физических страданий развиваются психосоматические расстройства — снижается аппетит, ухудшается сон, изменяется эмоциональное состояние больные не в состоянии сдерживать себя, особенно в периоды обострения. Нервность сохраняется как характерологическая черта личности [13, с. 42]. Социальная

адаптация таких больных затруднена, возникают сложности в семейной и трудовой жизни.

Трудности, вызванные заболеванием, приводят к актуализации защитных механизмов личности, к вытеснению неприятных переживаний, связанных с болезнью, использованию компенсаторных приемов для уменьшения дефектов внешности. Действие защитных механизмов помогает адаптации к болезни.

Особенно остро болезнь переживается подростками, когда оценка внешности очень важна. С возрастом происходит адаптация к заболеванию. Выдвигается на первый план не эмоциональный, а мотивационный компонент, но это бывает далеко не всегда и связано с преморбидными особенностями личности.

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. Положение усложняется проистекающим из такого патологического поведения чрезмерным, усиленным медикаментозным лечением ребенка. Например, врач назначает давать ребенку больше молока. В результате состояние больного ухудшается. Большое значение в переживаниях страхов у родителей имеет и страх перед смертью ребенка. Так, например, родители детей-астматиков очень боятся удушья ребенка во время приступа [17, с. 56].

В поведении родителей иногда наблюдается и другая крайность. Некоторые из них попросту не обращают внимания на заболевание ребенка, легкомысленны. Причиной такого поведения может быть и полное отрицание болезни ребенка, отказ принять к сведению наличие его заболевания. Легкомыслие, а часто и безответственность могут проявляться и в абсолютном невнимании к советам врача. А ведь нарушения в систематической даче антибиотиков могут привести к серьезным и опасным последствиям.

Отрыв ребенка от матери при попадании в больницу, незнакомая среда, предоставленность самому себе, чувство заброшенности может причинять как преходящие, так и стойкие, непреходящие травмы. В таких случаях мы говорим о вредностях госпитализации, иначе — о так называемом госпитализме. При приеме в больницу ребенок может плакать, кричать, он отказывается отпустить мать или зло протестует абсолютно против всего и всех. По описанию Дж. Робертсон и Дж. Боулби, острое

потрясение в таких случаях, как правило, проходит три стадии. Первая — протест, который может продолжаться от нескольких часов до нескольких недель. Ребенок громко плачет, беспокоен, ищет мать. Он не желает ни с кем иным иметь дело. Затем следует второй этап: отчаяние. Ребенок монотонно, постоянно или временами, периодически плачет, зовет мать. Может возникнуть и депрессивное состояние. Обычно в этой стадии ребенок держится тихо, не плачет. А в третьей стадии проявляется отделение, отрыв от матери, который можно уже рассматривать как успокоение. Ребенок не отворачивается от сестры, играет с ней, более того, даже может подружиться с ней. Случается, что он равнодушно встречает мать, не плачет. Однако после пребывания в больнице могут проявляться и более длительные травмы: расстройства сна, ночные страхи, ночное недержание мочи или кала, страх смерти, тики, ипохондрические страхи, задержка развития или иные нарушения, например возникшее после операции упрямяство или заикание. Естественно, могут возникнуть и более серьезные неврозы и расстройства поведения. Нужно избегать излишних перемен среды, смены персонала в детских лечебных учреждениях, стремиться к формированию личных контактов с ребенком и его связи с новой средой, к стабилизации этих связей. Особая осмотрительность необходима при направлении в больницу детей до пятилетнего возраста. Стационарное лечение детей до трехлетнего возраста рекомендуется только в безусловно показанных случаях. И в этих случаях ребенка следует соответственно подготовить к поступлению в больницу. Рекомендуется предварительно побеседовать с ребенком, познакомить его с больничной средой, врачам и сестрам — подружиться с ним. Естественно, лучше всего, если рядом мать. Целесообразно, чтобы мать проводила ребенка в больницу и на некоторое время еще осталась с ним там. Ни в коем случае нельзя оставлять ребенка в больнице, прибегая к обману, насилию, различным уловкам. Любой обман, любые уловки, насилие, ложь вредны. После того как мать ушла, сестра обязательно должна поиграть с ребенком, заняться им, быть может, рассказать ему сказку, постараться расположить его к себе. Нельзя прибегать к насилию, например при купании или раздевании упирающегося ребенка. В период пребывания в больнице, если родители не могут посещать больного ребенка, они должны непременно присылать письма, подарки, любыми средствами укреплять связь с детьми, давая ребенку почувствовать, что по-прежнему любят его. Сестра тоже обязана сделать все возможное для формирования хороших отношений с ребенком, она никогда не должна забывать о значении эмоциональных факторов. Безусловно, необходимо отвечать на проявления чувств со стороны ребенка взаимностью. Создав хорошую связь с ребенком, можно сделать очень многое в борьбе против вредностей госпитализации [18, с. 200].

Одним из важнейших психогенных факторов является значение болезни ребенка для всей семьи, благодаря ей семья может решить свои проблемы через включенность болезни в мотивационную структуру всех

членов семьи. За счет болезни ребенка создаются искаженные формы удовлетворения базисных, главных, ведущих потребностей членов семьи.

Так, обычно родители, прежде всего те, кто мало знает о болезни, испытывают шок, услышав диагноз своего ребенка. Особенно тяжело родителям, которые не совсем правильно восприняли информацию. Мы говорим о тяжелых хронических заболеваниях, онкологических в том числе.

В начале болезни, как правило, требуется госпитализация, проведение многочисленных анализов и лечение, что может вызвать массу трудностей. Родители должны находиться рядом с ребенком, поэтому вынуждены брать отпуск на работе. В это время им нужна постоянная поддержка близких и друзей, информация от врачей и медицинского персонала. Часто в первое время семья отдалается от окружающих, у нее не остается свободного времени. Несмотря на все заботы и проблемы, отношения между супругами во время болезни ребенка улучшаются, они становятся более близкими друг другу, в этот период редко случаются разводы. Напряжение возникает обычно в тех семьях, где стресс из-за болезни ребенка воспринимается родителями по-разному.

Во время поддерживающего лечения родители, как правило, возвращаются к своей работе. Но у многих остаются чувство усталости, проблемы со сном и беспокойство по поводу здоровья ребенка и возможных рецидивов болезни. У матерей, которым недостает поддержки, может начаться депрессия. Братья и сестры больного ребенка могут переживать из-за того, что им уделяется меньше внимания в семье, хотя большинство относится к этому нормально, без очевидного стресса и психических нарушений.

Больной ребенок обычно подвергается интенсивному часто повторяющемуся лечению, которое требует длительного пребывания в больнице. Взятие анализов, процедура наркоза или проведение других медицинских манипуляций могут вызвать у него неприятные или болезненные ощущения. При лечении может также измениться внешность ребенка.

Порой возникает опасность сопутствующих инфекций, поэтому больного ребенка лучше на время изолировать от общества, друзей, ограничить его физическую активность. Во время болезни ребенок испытывает соматические симптомы, например слабость, а также недостаток самоконтроля. Эти проблемы являются последствием серьезного заболевания. Из-за того, что ребенок пропускает школу, обычно нарушается общение с товарищами, он отстает от школьной программы. Обычно больной ребенок получает образование дома [17, с. 82].

Долговременный прогноз для детей, которые прожили более пяти лет после болезни, предполагает и в дальнейшем трудности в психосоциальной адаптации, особенно у тех, кого лечили облучением в ранние годы. У детей с опухолью мозга часто возникают трудности с обучением, соматические проблемы, связанные с функциональными ограничениями.

Применение болеутоляющих средств и лечение при раке должны быть эффективными. Родители переживают тяжелые времена, когда у ребенка возникает рецидив или он умирает.

На ранних стадиях болезни родители хотят не только услышать конкретную информацию о том, насколько профессионально проводится лечение, но и получить поддержку, быть в контакте с врачами. Они часто ищут другие семьи с такими же ситуациями. Долгое наблюдение семей с больным ребенком показывает, что хорошо адаптируются в психосоциальном плане после окончания лечения чаще всего те семьи, где хорошо владели ситуацией во время болезни. Немаловажны также поддержка со стороны друзей и родственников, общение с другими людьми.

Мы предлагаем рассмотреть гипотетические варианты смысла болезни в контексте семейных взаимоотношений.

Первый вариант — болезнь является способом заполнения эмоционального дефицита в общении родителей и ребенка.

Второй вариант характеризуется тем, что в структуре семейного взаимодействия болезнь становится способом поддержания симбиотических взаимоотношений ребенка и матери.

Третий вариант — для матери это способ уйти от контакта с неприятным для нее ребенком, а для ребенка — это единственный возможный способ общения, хотя он чувствует себя покинутым, все-таки стремится любить и быть любимым матерью.

Четвертый вариант — болезнь не обладает «условной желательностью» ни для ребенка, ни для матери.

Пятый вариант состоит в том, что ребенок находит способы компенсации опосредованного болезнью отношения матери к нему, то есть у ребенка отсутствует значимость болезни для него, фиксация на ней, что и является благоприятным для динамики течения заболевания в процессе лечения [17, с. 154].

Г. А. Арина и Н. А. Коваленко более глубоко рассматривают особенности материнского отношения к болящему ребенку и выявляют некоторые психологические механизмы формирования в нем специфических деформаций. По их мнению, почти всем матерям болящих детей присуще «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации» родительское отношение: матери эмоционально отвергают ребенка, низко ценят его личностные качества, видят его более младшим по сравнению с реальным возрастом, иногда приписывают ему дурные наклонности. На поведенческом уровне такое отношение проявляется либо в постоянном одергивании ребенка, либо в чрезмерной опеке и постоянном контроле любого действия ребенка. Авторы делают вывод о наличии особого стереотипа отношения матерей к своему ребенку, в котором неосознаваемое эмоциональное отвержение ребенка сочетается с тенденцией к авторитарному контролю всей психической и телесной жизни ребенка.

Исследование, предпринятое А. А. Михеевой, еще более уточняет представление о специфике материнского отношения к болящему ребенку. В большинстве случаев, когда ребенок болеет 4-5 раз в году, он явно отвергается матерью, не соответствует ее ожиданиям; мать не принимает болезни ребенка, хочет видеть его здоровым и предъявляет довольно высокие социальные требования. В случаях же, когда ребенок более шести и более раз в году, отвержение ребенка матерью не осознается, хотя и присутствует; на первый план выступает симбиотическая связь, а болезнь служит способом ее поддержания. Это вызывает отношение к ребенку как к «маленькому неудачнику». Социальные требования к нему сводятся до минимума по причине уверенности в том, что он в силу своего физического состояния не может обойтись без участия и опеки матери.

Рассматривая психологическую структуру полных семей, воспитывающих болящего ребенка, Г. А. Арина и Н. А. Коваленко говорят о том, что она имеет следующий вид: активная, доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отставленный в сторону отец. «Вытеснение» отца связывается авторами с тем, что традиционно мать несет тотальную ответственность за все, что происходит с больным ребенком; эта ответственность постепенно распространяется на все жизненное пространство семьи. Таким образом, болезнь заостряет изначальную дефицитарность психологического участия отца в воспитании ребенка. Интересно, что образ отца у ребенка в большинстве случаев идеализирован, наделен особыми положительными качествами и вызывает преимущественно положительные эмоции. Отношение же к матери противоречиво: часто болеющие дети не чувствуют эмоциональной близости с ней, воспринимают ее неуравновешенной, незрелой, чувствуют некоторую ее отгороженность, закрытость. При этом общее отношение к матери остается высокопозитивным, признается значимость ее поддержки и заботы, неумение обходиться без ее помощи даже при осуществлении простых актов самообслуживания [18, с. 235].

Многие ученые (Киян И. Г., Равич-Щербо И. В., Румянцев А. Г.) отмечают, что определенные личностные черты матери (тревожность, невротичность) способны вызвать серьезные нарушения в ходе психического развития ребенка. Неадекватное, неоднозначное отношение к ребенку со стороны матери эти авторы в большей степени связывают с личностными особенностями матерей, чем с самой болезнью ребенка. По их мнению, для матерей часто болеющих детей характерна прежде всего высокая личностная тревожность, которая отражает внутреннюю конфликтность и напряженность матери, а болезнь ребенка является возможностью отреагирования собственных проблем. Большинство матерей болеющих детей склонны в ситуации фрустрации давать экстрапунитивные реакции (своя доля ответственности за совершенный поступок отрицается или преуменьшается). Известно, что данного типа реакции являются компенсацией собственной уязвимой позиции. Матерям болеющих детей

присуще низкое самопринятие и негативное самоотношение. В их эмоциональной жизни преобладают отрицательные эмоции (страх, обида, злость, неудовольствие и беспокойство). Чувство вины (неосознаваемое или осознаваемое) связано для большинства таких матерей с болезнью ребенка, однако ответственность за выздоровление возлагается на других (врачей). В результате между ребенком и матерью складываются неадекватные взаимоотношения, которые проявляются в том, что при отвергающем, инфантилизирующем отношении матери ребенок становится зависим от нее, нуждается в ее внимании и поддержке [19, с. 237].

Часто, находясь на лечении в стационаре, дети подвергаются хирургическому вмешательству, что само по себе вызывает страх и волнение. Предоперационная обстановка может вызывать тревогу у взрослых, и тем более у детей. Волнение во время операции коррелирует с возрастанием дистресса в постоперационный период. Многие операционные системы допускают родительского вмешательства для того, чтобы облегчить и смягчить операционную обстановку для ребенка. Однако, родительская тревога вызывает еще большее беспокойств у детей.

Итак, большое значение для детей имеющих хронические заболевания и находящихся на длительном лечении в стационаре больниц играет отношение семьи к ребенку и болезни в целом. Именно родители во многом создают условия для благоприятного течения любого хронического заболевания. Однако, дети, оказываясь в больничной обстановке, все больше поддержаны влиянию врачей и медперсонала. Это влияние связано не только с терапевтическим вмешательством, но и с эмоциональным общением и созданием благоприятной больничной атмосферы для ребенка. В связи с этим, вопрос о взаимодействии пациента с медперсоналом требует рассмотрения.

Как правило, человек, находящийся в состоянии болезни либо испытывающий боль не понимает ряда своих ощущений, не способен оценить свои жалобы и симптомы, свои знания о болезнях использует несоразмерно. Поэтому именно состояние страха, тревоги, неопределенности и дискомфорта с присутствующими, как правило, болевыми ощущениями является преимущественным у любого больного человека. В ситуации лечения, которая предполагает контакт с врачом и медперсоналом, огромное значение имеет отношение самого пациента к потенциальным возможностям врача (и медицины в целом) при лечении и надежда (или отсутствие ее) на выздоровление. Ведущее значение поэтому имеет психогигиена взаимоотношений пациента с врачом.

Прежде всего в формировании продуктивных отношений играет роль прошлый опыт пациента и его личностная установка по отношению к людям медицинских профессий. На формирование этой установки первоначально оказывает влияние семья, а точнее, то отношение к врачам, которое усваивается ребенком под воздействием родителей. Очень часто именно родителями формируется страх перед «людьми в белых халатах»,

которыми ребенка пугают в воспитательных целях: «Если не будешь слушаться, то придет доктор и сделает тебе укол». Иногда роль в формировании страха и тревоги играют сами врачи, сознательно подыгрывая родителям, когда для усиления собственного авторитета врач или сестра пугают находящихся на излечении больных детей.

Нахождение человека в медучреждении — это не наказание и не заключение, как себе представляют некоторые медработники. Такая позиция может проявляться в ограничении передвижения пациентов без необходимости (просто потому, что это удобно персоналу), негативном отношении к посещению друзей, просмотру телепередач.

В психогигиене больного человека сама атмосфера медучреждения или больницы должна благоприятствовать более быстрому выздоровлению. Реальность такова, что серые стены, запах лекарств, белые халаты и в целом казенная обстановка является результатом недостаточной обеспеченности медицины и не может не вызывать определенного эмоционального угнетения. Поэтому так важны для больных людей любимые вещи и книги, а для детей — игрушки, приносящие атмосферу домашнего тепла и уюта и позволяющие сохранять собственное психологическое пространство. Огромное значение для поддержания душевного здоровья пациента имеет общение с родственниками и друзьями. Влияние медсреды и личности медработника как лечебного и психотравмирующего фактора подчеркивали Р. Конечный и М. Боухал [17, с. 160].

Итак, мы рассмотрели психологические особенности детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц, определили актуальность организации психологического сопровождения детей в стационаре больниц.

1.3 Особенности эмоционального состояния ребёнка, находящегося на длительном лечении в стационаре больницы

Эмоциональное состояние - это особое психическое состояние, которое возникает в процессе жизнедеятельности субъекта и определяет не только уровень информационно-энергетического обмена, но и направленность поведения.

Эмоции управляют человеком намного сильнее, чем это кажется на первый взгляд. Даже отсутствие эмоций это эмоция, точнее целое эмоциональное состояние, которое характеризуется большим количеством особенностей в поведении человека.

Эмоциональное же реагирование характеризуется знаком (положительные или отрицательные переживания), влиянием на поведение и деятельность (стимулирующее или тормозящее), интенсивностью (глубина переживаний и величина физиологических сдвигов),

длительностью протекания (кратковременные или длительные), предметностью (степень осознанности и связи с конкретным объектом).

Е. Д. Хомская, наряду со знаком, интенсивностью, длительностью и предметностью, выделяет такие характеристики, как их реактивность (быстрота возникновения или изменения), качество (связь с потребностью), степень их произвольного контроля.

Эмоциональных реакций в отечественной психологии традиционно выделяют следующие их классы: эмоциональный тон ощущений (чувства), эмоции (включая аффекты), настроения [19, с. 160].

Эмоциональная напряженность, накапливаемая в результате возникновения аффектогенных ситуаций, может суммироваться и рано или поздно, если ей вовремя не дать выхода, привести к сильной и бурной эмоциональной разрядке, которая, снимая напряжение, часто влечет за собой ощущение усталости, подавленности, депрессии. Одним из наиболее распространенных в наши дни видов аффектов является стресс - состояние душевного (эмоционального) и поведенческого расстройства, связанное с неспособностью человека целесообразно и разумно действовать в сложившейся ситуации. Стресс представляет собой состояние чрезмерно сильного и длительного психологического напряжения, которое возникает у человека, когда его нервная система получает эмоциональную перегрузку.

Наименее неопределенным из всех эмоциональных состояний является настроение. В большинстве учебников психологии настроение описывается как самостоятельный эмоциональный феномен, отличающийся от эмоций. Например, Н. Н. Данилова пишет, что одно и то же явление одновременно может вызвать как эмоцию, так и настроение, которые могут сосуществовать, влияя друг на друга. По С. Л. Рубинштейну, настроение - не специальное переживание, приуроченное к какому-то частному событию, а разлитое общее состояние. Настроение отчасти более сложно и, главное, более переливчато-многообразно и по большей части расплывчато, более богато мало уловимыми оттенками, чем четко очерченное чувство. Рубинштейн подчеркивает, что настроение, в отличие от других эмоциональных переживаний, личностно.

По Л. М. Веккеру, настроение – это душевное самочувствие, которое человек испытывает наряду с физическим самочувствием. Некоторые авторы вообще предпочитают не говорить о настроении, вместо этого используется термин «эмоциональный фон» (эмоциональное состояние), который отражает общее глобальное отношение человека к окружающей ситуации и себе самому.

В отличие от эмоционального тона ощущений и эмоций настроение в большинстве отечественных учебников по психологии характеризуется:

- слабой интенсивностью;
- значительной длительностью (настроение может длиться часами, а то и днями);

– подчас неясностью его причины. Испытывая то или иное настроение, человек, как правило, слабо осознает причины, его вызвавшие, не связывает его с определенными людьми, явлениями или событиями;

– влиянием на активность человека. Постоянно присутствуя у человека в качестве эмоционального фона, оно повышает или понижает его активность в общении или работе.

Куликов рассматривает настроение как интегральный показатель переживаемых в данный момент чувств и эмоций, а не как особый вид эмоциональных переживаний, наряду с эмоциями и аффектами. Он выделяет также доминирующие (стабильные) настроения и актуальные (текущие) [20, с. 350].

По мнению Шехтера, эмоциональные состояния - это результат взаимодействия двух компонентов: активации и заключения человека о причинах его возбуждения на основе анализа ситуации, в которой появилась эмоция.

Таким образом, заключает Рубинштейн, в развитии эмоций и эмоциональных состояний выделяет следующие ступени:

– элементарные чувствования как проявления органической аффективной чувствительности, играющие у человека подчиненную роль общего эмоционального фона, окраски, тона или же компонента более сложных чувств;

– разнообразные предметные чувства в виде специфических эмоциональных процессов и состояний;

– обобщенные мировоззренческие чувства; все они образуют основные проявления эмоциональной сферы, органически включенной в жизнь личности [24, с. 220].

Наиболее системный анализ специфики эмоций и эмоциональных состояний представлен в теории дифференциальных эмоций К. Изарда. Объектом изучения в этой теории являются частные эмоции, каждая из которых рассматривается отдельно от других как самостоятельный переживательно-мотивационный процесс. К. Изард постулирует пять основных тезисов:

– основную мотивационную систему человеческого существования образуют 10 базовых эмоций: радость, печаль, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд/смушение, вина, удивление, интерес;

– каждая базовая эмоция обладает уникальными мотивационными функциями и подразумевает специфическую форму переживания;

– фундаментальные эмоции переживаются по-разному и по-разному влияют на когнитивную сферу и на поведение человека;

– эмоциональные процессы взаимодействуют с драйвами, с гомеостатическими, перцептивными, когнитивными и моторными процессами и оказывают на них влияние;

– в свою очередь, драйвы, гомеостатические, перцептивные, когнитивные и моторные процессы влияют на протекание эмоционального процесса [29, с. 111].

Рассматривая проблему регуляции эмоциональных состояний, К. Изард отмечает три способа устранения нежелательного эмоционального состояния:

- посредством другой эмоции;
- когнитивная регуляция;
- моторная регуляция.

Первый способ регуляции предполагает сознательные усилия, направленные на активацию другой эмоции, противоположной той, которую человек переживает и хочет устранить. Второй способ связан с использованием внимания и мышления для подавления нежелательной эмоции или установления контроля над нею. Это переключение сознания на события и деятельность, вызывающие у человека интерес, положительные эмоциональные переживания. Третий способ предполагает использование физической активности, как канала разрядки возникшего эмоционального напряжения.

Итак, обобщая полученную выше информацию, мы выделяем следующие параметры эмоционального состояния, которые позволят нам выявить эффективность модели психологического сопровождения детей, находящихся на лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии:

- эмоции и чувства;
- поведение;
- настроение.

Определившись с понятием эмоционального состояния, мы можем рассмотреть каждый из его компонентов, применимо к детям, находящимся на длительном лечении в стационаре больниц.

Попадая в больницу, ребенок оказывается в незнакомой для него ситуации, что приводит к стрессовой ситуации, сравнимой с кризисной ситуацией. Кризисная для ребенка (подростка) ситуация наступает тогда, когда он не может самостоятельно, без чьей-либо поддержки и помощи справиться с ней.

Оказавшегося в кризисной ситуации ребенка всегда характеризует:

- большая неуверенность и беспомощность. Это вызвано неудачными попытками сопротивления, столкновением с равнодушием или враждебностью окружающих людей и общества в целом, изменениями в восприятии себя, в системе самооценки, изменениями в отношениях.
- повышенная тревожность и страхи. Ребенок испытывает страх наказания, осуждения, обвинения, непонимания со стороны окружающих, попадания в незнакомую ситуацию и т.п.
- повышенная эмоциональность. Изменяется эмоциональная регуляция, нарушается самоконтроль, ребенок может испытывать чувство вины, гнев, депрессию, недоверие и т.д.

– ощущение внешнего давления и напряжения. В основе этого лежит необходимость совершать какие-то действия, причем быстро и безотлагательно.

– острая потребность в помощи и вмешательстве извне [32, с. 6].

Индивидуальные реакции на психотравму у ребенка варьируют в зависимости от следующих обстоятельств:

- выраженности угрозы жизни, здоровью, психике ребенка;
- возможности получить объективную информацию о происходящем, повлиять на ситуацию и предугадать дальнейший ход развития событий;
- уровня интеллекта и личностных особенностей пострадавшего;
- социальных факторов, в частности, от наличия поддержки со стороны взрослых, общества и близких [32, с. 7].

Кризис (от греч. *kreses* — решение, поворотный пункт, исход) определяется в психологии как тяжелое психологическое состояние, являющееся результатом либо какого-нибудь внешнего воздействия, либо вызванное внутренней причиной, либо как резкое изменение статуса персональной жизни. Таким образом, психологический кризис является одним из проявлений возрастного этапа развития и/или социально-психологической дезадаптации личности ребенка в ситуации утраты либо угрозы утраты значимой ценности или объекта. Кризис возникает при невозможности преодолеть препятствия в достижении жизненно важных целей способами, сформированными на основе предыдущего индивидуального опыта. Характерно, что понятие «кризис», подобно термину «стресс», не имеет однозначно негативного звучания. Однако если обстоятельства, вызвавшие кризис, не изменяются и при этом ребенок не получает никакой психологической помощи, его негативные переживания обнаруживают способность к кумуляции (нарастанию, накоплению, усугублению) [33, с. 23].

Процесс проживания ребенком кризисной ситуации неоднороден, состояние ребенка постоянно изменяется.

– сначала происходит первичный рост психоэмоционального напряжения, ребенок ищет способ разрешения ситуации, находясь при этом в границах нормальной адаптации. Начало кризиса у ребенка сопровождается подъемом негативных эмоций, которые он «выплескивает» на окружающих. Чаше всего это вызывает у окружения негативную реакцию, что приводит к ссорам, дракам, агрессивному поведению и т.д.

– если поиски выхода из ситуации оказываются безрезультатными, то происходит дальнейший рост напряжения, что усиливает негативные реакции: злость, гнев, агрессию и т.д.

– в случае если степень напряжения такова, что требует от ребенка мобилизации всех его внешних и внутренних сил, то можно наблюдать первые признаки нарушения адаптации.

– если все оказывается тщетно, наступает стадия, характеризующаяся чувством беспомощности, безнадежности и отчаяния, особым изменением

поведения, что в конечном итоге может привести к интеллектуальной и эмоциональной дезорганизации личности ребенка, нарушению его развития, психосоматическим заболеваниям. Именно на последней фазе наиболее вероятны девиантные формы выхода из кризиса (например, физическая агрессия и аутоагрессия вплоть до суицида), апатия и прекращение сопротивления, психозы, тяжелые психосоматические заболевания и т. д.

Система психологической защиты у детей, переживающих кризисную ситуацию, характеризуется более незрелыми и менее гибкими проявлениями защитных механизмов, чем у взрослых людей в подобных ситуациях. Цель психологических механизмов защиты заключается в поддержании стабильности образа Я и снижении тревоги. Психологические защиты возникают на ранних этапах возрастного развития, поддерживают ригидную систему поведения, блокируют поиск в разрешении конфликта самореализации ребенка и подростка. Кумуляция (накопление) неразрешимых конфликтов, удерживаемых с помощью механизмов психологической защиты, в свою очередь, усиливает когнитивные искажения реальности и приводит к дезадаптации [33, с. 36].

Наиболее типичные механизмы психологической защиты у детей и подростков следующие:

– регресс к более раннему детскому поведению. В кризисной ситуации этот защитный механизм проявляется в возвращении ребенка/подростка к более примитивным способам реагирования — он становится плаксивым, капризным, раздражительным, несамостоятельным и т. п. У некоторых подростков может наблюдаться энурез (ночное недержание мочи), кусание ногтей, сосание пальцев и т.п. Некоторые подростки получают успокоение от обильной еды и питья, курения. В возрасте 5—11 лет регрессия проявляется в повышенной зависимости от ближайшего окружения и более слабом контроле над импульсами и влечениями. Регресс также проявляется в навязчивости, развитии садомазохистских черт по отношению к другим (ребенок может выступать и в роли обиженного, и в роли обидчика), агрессивности и т.д. В ситуации насилия регрессия является скорее признаком психического истощения из-за продолжительности стресса. С возраста 12—13 лет тенденция к регрессам проявляется сама по себе как норма возрастного подросткового кризиса. Обычными являются перепады между высокой энергичностью и активностью в один момент и усталостью и пассивностью в следующий, когда внутренние конфликты забирают всю энергию. Регрессивные виды защиты у подростков в кризисе — это мечтание и «перифантазирование», то есть замещение действия ожиданием магического разрешения реальности, где все трудности разрешились бы сами собой.

– идентификация с агрессором — бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих человеку, проявившему в отношении ребенка агрессию или злоупотребление. Этот вид ПЗ часто наблюдается у инфантильных подростков с неустойчивой самооценкой.

– подавление Я — это другой распространенный у 5—11-летних детей способ защиты, часто объединенный с пассивностью. Ребенок избегает нового жизненного опыта, который может нести с собой риск и вызов, выбирает узкую, но безопасную сферу активности с минимальным количеством интересов, он заранее пессимистически настроен в отношении результата своих действий. Часто из-за этого страдает способность к обучению. В этом возрасте самоуважение еще очень хрупко, и, хотя амбиции ребенка высоки, способность защищаться юмором и иронией еще не сформирована. В связи с этим ирония взрослых и фактическая или предполагаемая критика товарищей часто становятся невыносимыми.

– отрицание — защита от неприятной действительности за счет отказа от ее реалистического и адекватного восприятия, от осознания ребенком собственных проблем. Отрицание является кардинальной психологической защитой при всех внешних травмах, в том числе и сексуального характера. Подростки с данным видом ПЗ не принимают источник тревоги как реальное событие. В структуре личности у них, как правило, отмечается неадекватно завышенная самооценка, они не терпят критики, самолюбивы, активно отрицают наличие трудностей, сложностей в своей жизни.

– проецирование — приписывание другим своих собственных, часто отрицаемых для себя желаний и намерений. У детей, переживших насилие, проекции можно наблюдать в созданных ими рисунках, играх, сказках, историях. Часто, под воздействием этого вида защиты, дети обвиняют других в том, что ощущают сами, но не хотят себе в этом признаваться. Например, подросток нетерпим к самоуверенным, самовлюбленным людям, поскольку сам не чужд этих качеств. Для таких подростков характерно скрытое желание обязательно иметь противников для самоутверждения. Они склонны к зависти, поиску негативных причин успеха у окружающих.

– изоляция чувств — невозможность осознавать свои чувства и в полной мере проживать их. Ребенок фактически не позволяет себе ощутить всю полноту своего гнева или грусти. Этот механизм защиты ведет к «замораживанию» чувств, развивается так называемая эмоциональная тупость.

– диссоциативные защиты проявляются в виде кратковременных или длительных состояний измененного сознания с отрицанием действительности, уходом в фантазии, безучастностью. Ребенок может считать, что травмирующее его событие случилось не с ним, что сам не участвует в этом (деперсонализация и дереализация) [10, с. 135].

Первичная диссоциация (фрагментация травматического опыта) — ребенок/подросток не в силах воспринять целостную картину происходящего, часть сенсорных и эмоциональных элементов события изолируются от обыденного сознания.

Вторичная (перитравматическая) диссоциация — ограниченная возможность когнитивной переработки травматического опыта. Ребенок

вытесняет некоторые аспекты психотравмирующей ситуации или даже ее всю в целом. Проявляется в ситуации, выходящей за рамки обыденного опыта ребенка.

Третичная диссоциация — появление «множественности личности». Поведение ребенка выглядит как действия двух и более людей, каждый из которых не знает о существовании другого. Этот вид диссоциации встречается редко и обычно связан с длительным по времени сексуальным насилием и одновременной физической травматизацией ребенка.

Одной из важнейших проблем пребывания ребенка в стационаре являются детские страхи. Дети, находящиеся в больнице боятся очень многого: в 6-8 лет дети обычно начинают бояться собственной смерти или смерти близких людей. Эти детские страхи обычно являются возрастными, но они могут способствовать появлению агрессивности, нервозности, расстройства сна, речи, общения, быть и проявлением патологии. Тут, можно сказать, страх смерти вполне обоснован (даже если реальной угрозы для жизни малыша нет). Получается, что в критический момент, когда ребёнку особенно необходима поддержка родных, их нет рядом. Он чувствует себя брошенным, преданным или виноватым. Многие дети в подобных ситуациях начинают думать, что взрослые покинули их, желая наказать за какие-то проступки. Так же, чувство вины может возникать у ребенка, если родители будут постоянно говорить ему о том, что он сам является причиной своей болезни, и что это его шалости, теперь, заставляют его страдать в больнице. А это, по всей видимости, может реально усугубить состояние ребенка [10, с. 95].

Дети и подростки, находясь в стационаре больницы со сложным заболеванием, попадают в среду ранее для них незнакомую и некомфортную. У них нет возможности заниматься своими любимыми и привычными делами, они редко видят друзей и родителей, лишены возможности вести нормальный образ жизни, в связи с этим ребенок может испытывать негативные эмоции. Попадая в стационар, ребенком овладевает чувство страха, тревожности, злости, агрессии, разочарования, обиды и ребенок начинает вести себя соответствующим образом [35, с. 212].

Для детей дошкольного и младшего школьного возраста характерна повышенная раздраженность, капризность, боязливости, непослушание. Дети часто плачут не только от болезненных процедур, но и вследствие реакции на негативные эмоции. Подростки же, в свою очередь, становятся замкнутыми и агрессивными, особенно это проявляется в отделении детской хирургии, они настроены враждебно ко всем внешним раздражителям, в том числе и сверстникам.

Находясь в стационаре больниц дети, как правило, менее подвижны и активны. Часто, наблюдается ухудшение аппетита. Это может быть связано с общей физической слабостью организма, вызванной болезнью, местонахождением ребенка в больнице, незнакомой средой, тревогой в отношении лечения и адаптации в незнакомой среде. Пониженная

активность детей, находящихся в больнице, может объясняться тем, что с ребенком проводится терапия, предполагающая прием лекарственных препаратов, в том числе успокоительных, результатом чего является пассивность, сонливость пациента.

Весь негативный эмоциональный тон приводит к снижению настроения. В течение затяжной болезни, в случае сохранения негативных эмоций, может наступить депрессивное состояние, апатия. Негативной тон эмоционального состояния способствует застреванию ребенка в своей собственной болезни и не дает возможности выхода из нее. Опираясь на данные полученные выше, мы можем сделать вывод, что для поддержания ребенка в процессе пребывания в стационаре, необходимо непосредственное воздействие на его эмоциональное состояние, способствование снижению негативных эмоций, создание благоприятной обстановки в больнице и в процессе общения со сверстниками. В данном контексте мы можем предположить, что наиболее эффективным методом психологического сопровождения больничных детей, является метод клоунотерапии.

1.4 Клоунотерапия как метод психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц

Психологическое сопровождение детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц представляет собой совокупность методов и техник различных направлений психотерапии. Одним из таковых методов является метод смехотерапии, который в последние годы является предметом исследования зарубежных специалистов.

В 70-е годы 20-го столетия появилась наука о смехе - смехология. Норман Казинс, американский психолог, заболевший коллагенозом, ежедневно по 5-6 часов в день просматривал комедии и смеялся. Через неделю прекратились боли, через месяц начал двигаться и вскоре он полностью восстановился и вернулся к работе. Феномен смеха в психологии изучали такие психологи, как Л. Хилл, Н. Смит, Р.Р.Парс.

В странах СНГ исследования психологического аспекта смеха, и смехотерапии в частности, практически отсутствуют. Такие катарсические процессы, как плач и агрессия довольно часто применяются в различных методах психотерапии. Однако смех, как правило, игнорируется. В культуре принято считать, что смех это несерьезно и люди обычно смеются над чем-то юмористическим или в состоянии счастья, или вообще от глупости. И смех не рассматривается как важный и серьезный феномен жизни [38, с. 253].

Согласно Уильямсу смех обладает преимуществами для человеческой физиологии: он усиливает дыхательную систему, увеличивает количество кислорода в кровотоке, увеличивает сердечный ритм и ускоряет дыхание, способствует расслаблению мышц. При смехе улучшается работа сердечно-сосудистой и дыхательной систем, органов пищеварения, вырабатываются антистрессовые гормоны. Кроме того, смех является естественным болеутоляющим, а также способствует снижению уровня тревоги. Смех обладает огромным оздоравливающим эффектом для физического тела и психики [39, с. 185].

Выделяют три направления смехотерапии:

– классическая. Смехотерапевт проводит индивидуальные или групповые занятия, на которых люди смеются. Важно отметить, что участники группы смеются не над анекдотами и юмористическими историями, хотя это тоже неплохо. Важная задача - вернуть способность к естественному смеху, который заложен природой и утрачен в процессе нашего взросления. Именно он полезен не только физиологически, но дает наиболее глубокий психотерапевтический эффект.

– йога смеха. Ее разработали индийские медики, они учат человека смеяться легко и непринужденно, естественно и часто.

В Германии сегодня существуют сотни клубов юмора, и психологи часто прибегают к юмору, чтобы помочь душевнобольным.

– клоунотерапия (больничная клоунада). Л.Хил и Н. Смит утверждают, что каждый здоровый человек обладает чувством юмора, которое предполагает умение смеяться над собой и вместе с другими. Юмор – это неотъемлемая часть повседневной жизни любого человека, особенно он является важным элементом заботы и лечения пациентов в современной системе здравоохранения. Юмор часто используют для создания атмосферы доверия в общении медперсонала с пациентами. Смех может усилить чувство близости, теплоты и дружелюбия между пациентами и медиками. Это способствует снижению напряжения, ненависти, страха, неуверенности в себе [40, с. 263].

В более поздней зарубежной литературе Р. Р. Парс изучал роль смеха в лечении пациентов. Его исследования подтверждают эффективность клоунотерапии в период сопровождения ребенка в дооперационный период. Дооперационная атмосфера может вызвать чувство тревоги не только у взрослых, но и у детей. Американские ученые сравнили три группы детей, ожидающих операционного вмешательства. Первая группа была контрольной и не получала никакого внешнего вмешательства. Во второй группе дети получали успокоительный препарат Медазол. В третьей группе с детьми находились два специально обученных клоунотерапевта, которые сопровождали ребенка при входе в операционную комнату и находились рядом до начала действия наркоза. Клоунотерапевты использовали различные методы отвлечения ребенка от тревожной ситуации согласно его возрасту, используя некоторые волшебные уловки, музыку, игры, кукол и

др. Клоунотерапевтами были женщины среднего возраста, прошедшее специальное обучение методу клоунотерапии. Ход эксперимента был зарегистрирован на видеоноситель и представлен оценке экспертов. Показатель уровня тревожности в дооперационный период в контрольной группе был значительно выше, чем показатели в двух остальных группах. Но стоит отметить, что показатель уровня тревожности у детей, которым был введен успокоительный препарат, не отличается от показателя в группе, сопровождаемой клоунами. Этот факт подтверждает, что реализация метода клоунотерапии обладает таким же эффектом, что и успокоительные препараты. Данное исследование подтверждает, что присутствие специально обученных специалистов-клоунотерапевтов, позволяет снизить дооперационное беспокойство у детей, подвергающихся хирургическому вмешательству. Однако метод не имеют никакого эффекта во время индукции анестезии [41, с. 566].

В педиатрии юмор все больше присутствует в больнице через метод клоунотерапии. Профессиональные доктора-клоуны начали работать в больнице в 1986 году по программе под названием «Клоуны Цирка Большого Яблока». Начатые в Нью-Йорке программы клоунотерапии сейчас работают во многих странах мира. Американский клоунотерапевт Пэтч Адамс является одним из ведущих специалистов в данном направлении. Он является основателем различных школ клоунотерапии и в настоящее время реализует психологическое сопровождение африканских детей.

В Италии организация «Viviamo in positivo» осуществляет психологическое сопровождение детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии. Проект был создан в 1997 году в городе Турине. В настоящее время организация занимается сопровождение африканских детей, людей пострадавших от землетрясения, онкобольных взрослых и детей, людей, находящихся под опекой хосписа.

В России организации «Доктор-клоун» существует с 2008 года. Программа клоунотерапии реализуется в таких российских городах, как Москва, Санкт-Петербург, Волгоград, Краснодар.

С 2009 года в Гомеле существует группа клоунотерапевтов «Funny pose». Численность группы на сегодняшний день – 29 специалистов-психологов, прошедших специальное обучение методу клоунотерапии. За период с 2009 года проведено более 75 мероприятий для болеющих детей.

Деятельность группы осуществляется в следующих направлениях:

- работа с детьми, находящимися на длительном лечении в стационаре больниц;
- работа с семьями, находящимися под опекой Гомельского отделения «Белорусский детский хоспис»;
- работа с детьми в учреждениях специального образования: детских домах, школах-интернатах, центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации и центрах социального обслуживания населения;

– проведение городских акций.

Итак, мы рассмотрели зарубежные исследования, подтверждающие эффективность метода клоунотерапии для детей и взрослых, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц. Во всем мире метод клоунотерапии широко используется в практике работы стационара.

В связи с активным развитием клоунотерапии в нашей стране, и недостаточным количеством литературы по данной проблеме в нашей стране, возникла потребность в систематизации накопленного опыта, создании программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии, а также оценке ее эффективности.

На основе накопленного ранее опыта мы разработали программу психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии (Приложение А), эффективность которой подтверждается нашим исследованием.

2 Организация психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц

2.1 Методы диагностики эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц

Программа психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии эффективна в случае положительного влияния на эмоциональное состояние больничных детей. В предыдущей главе, мы определили, что эмоциональное состояние включает в себя такие важные компоненты, как эмоции и чувства, поведение, настроение. В связи с этим, исследование с целью оценки эффективности программы психологического сопровождения методом клоунотерапии основано на методиках, изучающих данные показатели, а также при помощи экспертных оценок.

Этапы проведения исследования:

1) первичная диагностика: экспертные оценки родителей, реализация методов определения эмоционального состояния;

2) реализация сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии: работа больничных клоунов в стационаре;

3) вторичная диагностика: экспертные оценки родителей, реализация методов определения эмоционального состояния;

4) инструктаж врачей, медсестер и воспитателей о произведении ими наблюдения эмоционального состояния детей в течение дня после пребывания больничных клоунов;

5) экспертная оценка врачей, медсестер и воспитателей;

6) определение коэффициента корреляции между результатами первичной и вторичной диагностики.

Для исследования эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц мы предлагаем использовать следующие диагностические средства [43-50]:

- экспертная оценка врачей;
- экспертная оценка родителей;
- изучение истории болезни;
- структурированное интервью;
- опросник САН;
- ЦТО М. Люшера;
- проективная методика «Несуществующее животное»;
- методика диагностики ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина;

– методика диагностики наличия страхов у детей (автор А.И. Захаров).

С целью изучения эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц и оценки эффективности программы психологического сопровождения, мы рекомендуем использовать выше описанные диагностические средства с учетом возрастных особенностей респондентов [43].

Метод экспертных оценок (экспертная оценка) - процедура получения первичных эмпирических данных, состоящая в опросе компетентных лиц для получения необходимой информации об объекте оценки. Методы экспертных оценок - это методы организации работы со специалистами-экспертами и обработки мнений экспертов. Эти мнения обычно выражены частично в количественной, частично в качественной форме. Экспертные оценки классифицируют как индивидуальные и коллективные.

Рассматриваемый метод оценок особенно важен для психолого-педагогических исследований. Во-первых, метод позволяет получить первичную информацию о явлениях, процессах за относительно короткий период времени, что может составить основу для их более углубленного исследования. Во-вторых, в профессиональном отношении метод экспертных оценок более доступен для усвоения по сравнению с другими методами. В-третьих, метод с одной стороны достаточно универсален и применим для оценки различных выборок, а с другой – предполагает свою конкретизацию применительно к отрасли, организации (за счет привлечения специалистов и отбора значимых критериев оценки). В-четвертых, метод ориентирован на решение, прежде всего, практических задач. В-пятых, метод нередко используется в тех условиях, когда имеются серьезные трудности в оценке явления, процесса с помощью других методов, и которые могут оказаться недостаточно надежными.

Метод структурированного интервью проводится по установленной форме (с установленными вопросами), что оставляет респонденту мало возможностей для отступления от темы, предложенной интервьюером.

Структурированное интервью - это направленная беседа, целью которой является получение ответов на вопросы, предусмотренные программой исследования [44].

Опросник САН представляет собой оперативную оценку самочувствия, активности и настроения. Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень актуализации той или иной характеристики своего состояния.

Инструкция: «Вам предлагается описать свое состояние, которое вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние и отметить цифру,

которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики».

При подсчете крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в один балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары в семь баллов. При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются, но положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные — низкие. Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в три категории и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже четырех свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0—5,5 баллов. Следует учесть, что при анализе функционального состояния важны не только значения дельных его показателей, но и их соотношение [45].

Цветовой тест Макса Люшера. Тестовые цвета были подобраны Люшером экспериментальным путем из 4500 цветовых тонов. Автор, специально подчеркивает, что адекватная диагностика с позиций его метода, возможна лишь при использовании стандартного, защищенного авторским патентом, набора цветовых стимулов.

В настоящее время существует два варианта теста: краткий и полный. Краткий вариант ЦТЛ представляет из себя набор (таблицу) 8-ми цветов: — серого (условный номер — 0), темно-синего (1), сине-зеленого (2), красно-желтого (3), желто-красного (4), красно-синего или фиолетового (5), коричневого (6) и черного (7).

Суть процедуры тестирования представляет собой ранжирование цветов испытуемым по степени их субъективной приятности (симпатичности). Тестирование проводится при естественном освещении, на цветные таблицы не должны падать прямые солнечные лучи. Испытуемого просят отвлечься от ассоциаций, связанных с модой, традициями, общепринятыми вкусами и постараться выбирать цвета, только исходя из своего личного отношения [46].

Метод исследования личности с помощью проективного теста «*Несуществующее животное*» построен на теории психомоторной связи.

При выполнении рисунка лист бумаги (либо полотно картины) представляет собой модель пространства и, кроме состояния мышц, фиксирует отношение к пространству, т.е. возникающую тенденцию. Пространство, в свою очередь, связано с эмоциональной окраской переживания и временным периодом: настоящим, прошлым, будущим. Связано оно также с действенностью или идеально-мыслительным планом работы психики. Пространство, расположенное сзади и слева от субъекта, связано с прошлым периодом и бездейственностью (отсутствием активной связи между мыслью-представлением, планированием и его

осуществлением). Правая сторона, пространство спереди и вверху связаны с будущим периодом и действенностью. На листе (модели пространства) левая сторона и низ связаны с отрицательно окрашенными и депрессивными эмоциями, с неуверенностью и пассивностью. Правая сторона (соответствующая доминантной правой руке) – с положительно окрашенными эмоциями, энергией, активностью, конкретностью действия.

Помимо общих закономерностей психомоторной связи и отношения к пространству при толковании материала теста используются теоретические нормы оперирования с символами и символическими геометрическими элементами и фигурами.

По своему характеру тест «Несуществующее животное» относится к числу проективных. Для статистической проверки или стандартизации результат анализа может быть представлен в описательных формах. По составу данный тест – ориентировочный и как единственный метод исследования обычно не используется и требует объединения с другими методами в качестве батарейного инструмента исследования [47].

Тест «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера - Ханина) Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности — это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить или только личностную, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным.

Тест Спилбергера-Ханина принадлежит к числу методик, исследующих психологический феномен тревожности. Этот опросник состоит из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) и из 20 высказываний на определение тревожности как диспозиции, личностной особенности (свойство тревожности). Что понимает Спилбергер под обеими мерами тревожности видно из следующей цитаты: «Состояние тревожности характеризуется субъективными, сознательно воспринимаемыми ощущениями угрозы и напряжения, сопровождаемыми или связанными с активацией или возбуждением автономной нервной системы». Тревожность как черта личности, по-видимому, означает мотив или приобретенную поведенческую диспозицию, которая обязывает индивида к восприятию широкого круга объективно безопасных обстоятельств, как содержащих угрозу, побуждая реагировать на них состояниями тревоги, интенсивность которых не соответствует величине реальной опасности. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера является единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние. В нашей стране употребляется в модификации Ю.Л. Ханина (1976), которая им же была адаптирована к русскому языку.

Реактивная (ситуативная) тревожность — состояние субъекта в данный момент времени, которая характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на экстремальную или стрессовую ситуацию, может быть разным по интенсивности и динамичным во времени [49].

Методика выявления детских страхов «Страхи в домиках». Цель: выявление и уточнение преобладающих видов страхов (страх темноты, одиночества, смерти, медицинские страхи и т. д.) у детей старше 3-х лет. Прежде чем помочь детям в преодолении страхов, необходимо выяснить, весь спектр страхов и каким конкретно страхам они подвержены. Данная методика подходит в тех случаях, когда ребенок еще плохо рисует или не любит рисовать (хотя такое задание даже не интересующиеся рисованием дети принимают обычно с удовольствием). Взрослый рисует контурно два дома (на одном или на двух листах) : черный и красный. И потом предлагает расселить в домики страхи из списка (взрослые называют по очереди страхи). Записывать нужно те страхи, которые ребенок поселил в черный домик, т.е. признал, что он боится этого. У детей постарше можно спросить: «Скажи, ты боишься или не боишься ...».

Беседу следует вести неторопливо и обстоятельно, перечисляя страхи и ожидая ответа «да» - «нет» или «боюсь» - «не боюсь». Повторять вопрос о том, боится или не боится ребенок, следует только время от времени. Тем самым избегается наводка страхов, их произвольное внушение. При стереотипном отрицании всех страхов просят давать развернутые ответы типа «не боюсь темноты», а не «нет» или «да». Взрослый, задающий вопросы, сидит рядом, а не напротив ребенка, не забывая его периодически подбадривать и хвалить за то, что он говорит все как есть. Лучше, чтобы взрослый перечислял страхи по памяти, только иногда заглядывая в список, а не зачитывая его.

После выполнения задания ребенку предлагается закрыть черный дом на замок (нарисовать его), а ключ - выбросить или потерять. Данный акт успокаивает актуализированные страхи.

Анализ полученных результатов заключается в том, что экспериментатор подсчитывает страхи в черном доме и сравнивает их с возрастными нормами. Совокупные ответы ребенка объединяются в несколько групп по видам страхов. Если ребенок в трех случаях из четырех-пяти дает утвердительный ответ, то этот вид страха диагностируется как имеющийся в наличии. Из 31 вида страхов, выделенных автором, у детей наблюдаются от 6 до 15. У городских детей возможное количество страхов доходит до 15 [50].

Данные методики эффективны для выявления особенностей эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц. При помощи данных диагностических средств мы определяем психологические проблемы, связанные с пребыванием ребенка в стационаре: страхи, тревожность, депрессивное состояние, особенности поведения, эмоциональные реакции на стресс, активность, самочувствие, настроение. Экспертные оценки и структурированное интервью позволят нам оценить эффективность программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии.

2.2 Показания к применению клоунотерапии для психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц

Исследование с целью оценки эффективности программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии (приложение А) проводилось в отделении детской гематологии учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», отделениях кардиологии и педиатрии учреждения

«Гомельская областная клиническая детская больница», отделении детской хирургии учреждения «Гомельская областная клиническая больница». Исследование проводилось в два этапа. В первом этапе приняли участие дети, находящиеся на лечении в стационаре больниц, а также их родители. Во втором – дети, родители, а также врачи дали свою экспертную оценку.

Выборка составила 92 человека, из них 54 ребенка в возрасте от 6 до 18 лет, 29 родителей, 9 медицинских работников.

Этапы проведения исследования:

- 1) изучение медицинской карты ребенка;
- 2) изучение эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц;
- 3) экспертные оценки родителей;
- 4) реализация программа;
- 5) вторичная диагностика эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц. Сравнительный анализ;
- 6) экспертные оценки родителей;
- 7) экспертные оценки врачей;
- 8) структурированное интервью.

Исследование при помощи методики диагностики наличия страхов (рисунок 1) позволило определить явное преобладание страха собственной смерти и смерти родителей среди детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц (100 % испытуемых), страхов заболеть или заразиться и страх войны (75 и 62,5%).

Использование проективной методики «Несуществующее животное» позволило выявить, что для детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц свойственно тревожное состояние, агрессия, страх. В рисунках это выражалось следующим образом: неустойчивое расположение тела, штриховка, нажимы, большие размеры рисунков.



Рисунок 1 – Диагностика наличия страхов у детей, находящихся на лечении в стационаре больниц

В результате беседы выяснилось, что одним из важнейших факторов появления психологических проблем, при помещении ребенка в стационар, являются отрыв от родителей. Еще одним фактором является присутствие новых взрослых.

В результате диагностики при помощи методики САН были выявлены показатели самочувствия, настроения, активности среди детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц. А именно, показатель самочувствия составляет 4,48, активности – 4,1, настроения – 4,3. Средний уровень ситуативной тревожности, определенный при помощи методики диагностики ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина, составил 26,2 единиц. Данные результаты подтверждают факт, что для детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц свойственная повышенная тревожность.

Для того чтобы определить эмоциональное состояние детей дошкольного и младшего школьного возраста мы получили экспертные оценки родителей при помощи анкеты составленной на основе опросника САН. Данные экспертных оценок свидетельствуют о низком уровне самочувствия, активности, настроения у детей (4,3; 4,8; 4,6 соответственно). Негативный тон эмоционального состояния у детей дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста прослеживался в процессе предъявления цветового теста Люшера. Как правило, дети выбирали карточки темных тонов, из основных цветов популярными были красный, синий. Для подростков свойственен выбор черного и серого цветов.

Итак, мы определили эмоциональное состояние детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц, а также выявили основные психологические проблемы, связанные с пребыванием ребенка в больнице, а именно высокий уровень тревожности, наличие страхов смерти, заболевания, дискомфорт, связанный с отрывом от родителей, присутствием незнакомых взрослых. У детей понижен уровень самочувствия, активности и настроения. В целом процесс пребывания в больнице имеет негативный фон, изменению которого может способствовать четко организованное психологическое сопровождение детей.

После реализации программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц, с целью изучения эффективности данной программы, мы провели вторичную диагностику. Используя методику Спилбергера-Ханина мы оценили динамику изменения ситуативной тревожности и получили результаты, свидетельствующие о снижении уровня тревожности у детей после реализации программы психологического сопровождения.

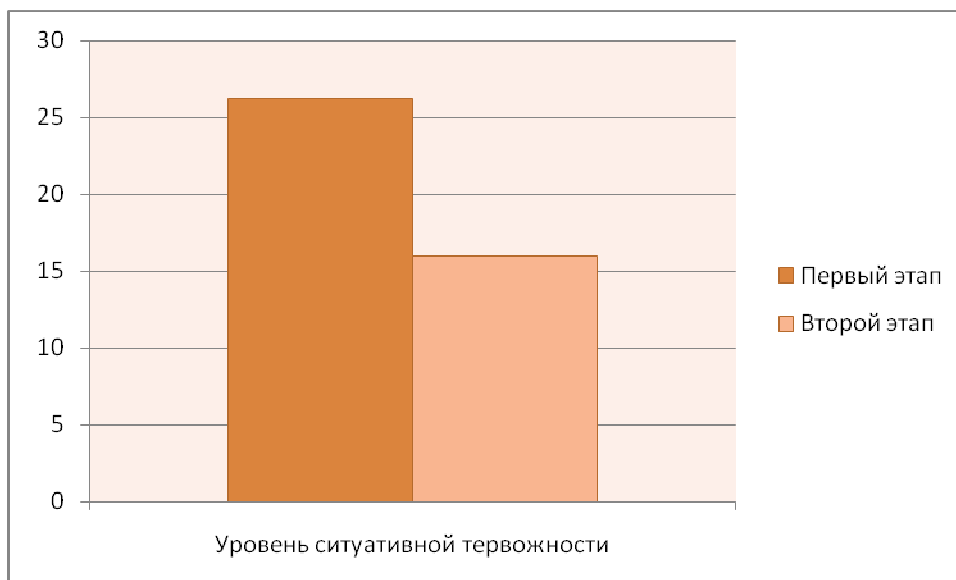


Рисунок 2 – Диагностика уровня ситуативной тревожности

Из рисунка 2 мы видим, что во время первого этапа средний уровень ситуативной тревожности в группе испытуемых составил 26,3 единиц, что говорит о повышенном уровне тревожности. Во время второго этапа – 16,1, что ниже первого показателя на 38,8%. Данные результаты подтверждают, что после пребывания клоунотерапевтов уровень ситуативной тревожности у болеющих детей значительно снижен.

В ходе обработки исследования использовались методы математической статистики – непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Все математические расчеты осуществлялись при помощи компьютерной программы SPSS 10.0 for Windows [52].

U-критерий Манна-Уитни – статистический непараметрический метод, позволяющий оценить достоверность различий между несвязанными выборками [53, с.101]. Статистическая обработка данных показала, что полученное эмпирическое значение ($U_{\text{эмп}} = 549,5$, $p < 0,01$) находится в зоне значимости.

Результаты исследования с помощью опросника САН показали, что самочувствие у детей до пребывания больничных клоунов хуже, чем после взаимодействия с ними на 25%. Показатели активности и настроения также ниже в первом этапе диагностического исследования, чем во втором (25,5%; 31,7% соответственно).

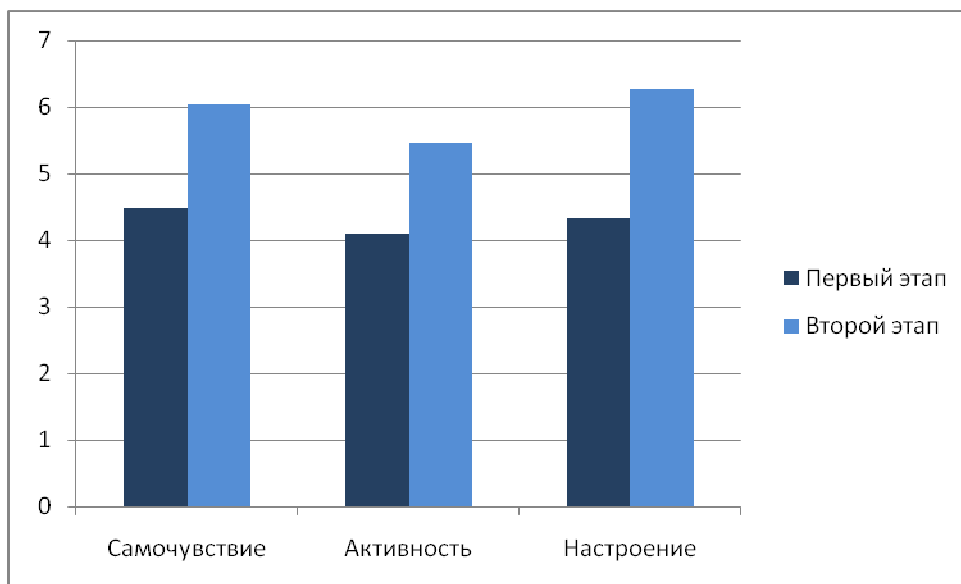


Рисунок 3 – Диагностика самочувствия, настроения, активности

Статистическая обработка данных показала, что имеются достоверно значимые различия активности, настроения и самочувствия (таблица 1).

Таблица 1 - Результаты статистической обработки данных с помощью U-критерия Манна-Уитни

Шкалы	U-Манна-Уитни	Уровень значимости (p)
Самочувствие	434.5	0,01
Активность	608.5	0,01
Настроение	395	0,01

Мы видим, что по шкале самочувствия, активности и настроения показатель на первом этапе исследования с вероятностью 99% ниже, чем на втором этапе.

В ходе диагностического исследования мы предложили родителям оценить эмоциональное состояние своих детей при помощи анкеты, которая была составлена на основе методики САН, и позволила выявить различия в эмоциональном состоянии детей до и после реализации психологического сопровождения.

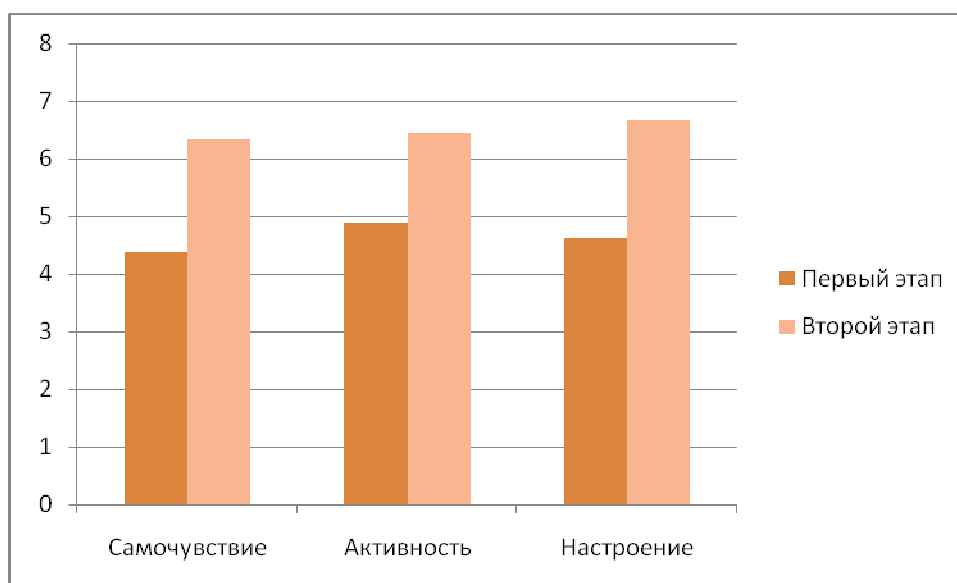


Рисунок 4 – Экспертная оценка родителей

Из диаграммы видно, что в большей мере родители оценивают самочувствие, активность и настроение своих детей на первом этапе порядком ниже, чем на втором этапе. В частности, показатель самочувствия после пребывания больничных клоунов на 31,2 % ниже показателя, полученного до их пребывания, показатель активности – ниже на 23,4 %, показатель настроения – ниже на 31,3%.

Родители оценили эмоциональное состояние детей, после клоунотерапевтов. Но мы также задали вопросы тем родителям, которые на протяжении нескольких лет встречаются к волонтерами в палате. Мы попросили рассказать, какие изменения произошли с ребенком благодаря реализации программы. Цитируем некоторые из них:

- «Моя дочь стала активной и жизнерадостной, веселой и оптимистичной» (отделение детской гематологии);
- «Ребенок стал более веселым, увлеченным, меньше капризничает» (отделение детской гематологии);
- «Поведение ребенка изменилось в лучшую сторону, стал веселее и общительнее» (отделение детской хирургии);
- «Ребенок стал более жизнерадостным, энергичным, забыл на время о боли» (отделение детской хирургии);
- «Каждый раз когда приходят клоуны у ребенка поднимается настроение» (отделение детской хирургии);
- «Стал более активным, подвижным, чаще улыбается» (отделение кардиологии);
- «Ребенок стал более радостным и менее агрессивным» (отделение кардиологии).

Мало кто из родителей, в отличие от врачей, указывает прямую связь физического состояния ребенка с пребыванием больничных клоунов в отделении, но все указывают на улучшение эмоционального состояния,

формирование положительного отношения к жизни, изменение отношения к болезни. Все родители считают эффективным метод клоунотерапии, 80% опрошенных считают, что именно благодаря клоунам улучшается аппетит у ребенка. Некоторые мамы указывают на улучшение собственного состояния. Они утверждают, что общение с клоуном позволяет им задуматься о ценности жизни своей и своего ребенка, придает уверенности в себе и дает силы бороться с болезнью.

Мы попросили родителей прокомментировать свое отношение к методу клоунотерапии:

– «Мы очень рады, что к нам приходят клоуны, быстрее проходит время и улучшается настроение» (отделение детской гематологии);

– «Клоунотерапия положительно влияет на настроение моего ребенка» (отделение детской гематологии);

– «Это очень хорошая деятельность для больных деток» (отделение детской гематологии);

– «В первую очередь это нравится детям» (отделение детской гематологии);

– «Очень полезная деятельность. Поднимает настроение не только ребенку, но и маме» (отделение кардиологии);

– «Самое главное, что мой ребенок изменился в лучшую сторону» (отделение кардиологии);

– «Клоуны отвлекают ребенка от болезни, на время он забывает, что находится в больнице» (отделение педиатрии);

– «Эта деятельность полезна, это большая поддержка больных детей» (отделение детской хирургии);

– «Детям очень нравится, они отвлекаются от всех больничных процедур» (отделение детской хирургии);

– «Замечательно! Хорошеевлечение ребенка от больничной постели» (отделение детской хирургии).

Мы попросили медицинский персонал дать свою экспертную оценку, среди них заведующие отделениями, врачи, медсестры, психологи. 100% респондентов считают, что в процессе реализации программы психологического сопровождения методом клоунотерапии поведение детей меняется: у них улучшается настроение, становятся более активными, более общительными, улучшается эмоциональное самочувствие. Мы попросили респондентов ответить, в чем на их взгляд заключается эффективность программы:

– «Дети меняются, становятся активнее и добрее» (отделение педиатрии);

– «Дети становятся радостными, веселыми, чаще улыбаются» (отделение педиатрии);

– «Они отвлекаются от мысли, что находятся в больнице и от своих недугов, а просто общаются и смеются» (отделение кардиологии);

– «Эффективность в хорошем настроении, улучшении эмоционального состояния особенно у маленьких детей» (отделение кардиологии);

– «Дети стали более активными, жизнерадостными, веселыми, быстрее выздоравливают» (отделение детской хирургии);

– «У тяжелых детей искорка в глазах появляется» (отделение педиатрии).

Экспертные оценки родителей и врачей говорят о высоком уровне эффективности программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии.

Необходимо отметить, что при проведении исследования, мы также сравнили показатели эмоционального состояния по каждому отделению. Выяснилось, что в отделении педиатрии в сравнении с другими отделениями, более тяжелыми по своей специфике, изначально эмоциональное состояние практики всех детей не являлось неблагоприятным. Это может быть связано, с самой спецификой заболевания и менее болезненными процедурами, которые сопровождают лечение. В связи с полученными данными, мы делаем вывод о том, что реализация психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии не является актуальным в отделении педиатрии.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод:

1) у детей, находящихся на лечении снижено самочувствие, настроение, активность. Это может быть связано с общей физической слабостью организма, вызванной болезнью, местонахождением ребенка в больнице, незнакомой средой, тревогой в отношении лечения и адаптации в незнакомой среде. Пониженная активность детей, находящихся в больнице, может объясняться тем, что с ребенком проводится терапия, предполагающая прием лекарственных препаратов, в том числе успокоительных, результатом чего является пассивность, сонливость пациента. Дети, имеющие хронические заболевания тревожны, более уязвимы и больше подвержены стрессовому влиянию, нежели здоровые дети. Но после реализации программы клоунотерапии данные показатели снижаются. Исследование показало, что в течение нескольких часов улучшенное эмоциональное состояние сохраняется как у детей дошкольного и младшего школьного возраста, так и у подростков. Об этой эффективности клоунотерапии, также, свидетельствуют экспертные оценки врачей и родителей указанные выше.

2) программа психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии является эффективной и может быть внедрена в практику работы детских отделений.

3) программа психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии не является актуальной для отделения педиатрии.

2.3 Подготовка специалистов-клоунотерапевтов для работы в стационаре больниц

Необходимость специального обучения клоунотерапевтов обусловлена, во-первых, необходимостью знать возрастные особенности пациентов, понимать специфику организации взаимодействия с детьми. Попадая в отделение, дети оказываются в кризисной ситуации, а в связи с этим усиливаются проявления их индивидуальных особенностей, они могут чувствовать себя беспомощными, испытывать страхи, тревогу, тоску. Клоунотерапевт учитывает эти обстоятельства, способствует адаптации его к ситуации нахождения в больнице. Во-вторых, людям, готовым стать клоунотерапевтами, необходимо владеть информацией о специфике работы в больничном учреждении. Это касается поведения в палате, отношения к больничному инвентарю, общения с медицинскими работниками, взаимодействие с которыми также направлено на усиление эффекта клоунотерапии. В-третьих, клоунотерапевт совмещает в себе психотерапевтические навыки, а также актерское мастерство, которое применяет при каждом посещении стационара. Для этого мы предлагаем программу подготовки специалистов-клоунотерапевтов.

Работа в больнице практически совмещает в себе то, чему учат в театральных, цирковых, психологических и педагогических вузах, а в частности: работе с партнером, фокусам, жонглированию, пантомиме, психологии, возрастной и конфликтной психологии, а также базовых знаний в области медицины (санитарных и этических норм, различных особенностей заболеваний).

Люди, которые вместе работают клоунами в больнице, должны понимать друг друга с полуслова, уметь идти от предлагаемых детьми обстоятельств, от настроения мамы или конкретного ребенка. Умение работать в команде, понимание собственной роли и роли работающего рядом партнера, способность прислушиваться к настроению пациентов, учитывать обстоятельства, в которых находится ребенок с нарушением здоровья – вот те необходимые знания и умения, которыми должен владеть клоун-волонтер, работающий в стационаре больницы. Профессиональные способности клоуна-актера (такие, как навык жонглирования, демонстрация фокуса или моделирование воздушных шаров) всегда находятся в развитии и, безусловно, прилагаются к выше перечисленным базовым знаниям больничного клоуна.

Этапы программы:

1) проведение школы клоуна, обучение волонтеров техникам, методикам и приемам, необходимым в работе клоуна в стационаре больницы;

2) разделение волонтеров на группы, назначение руководителей групп, закрепление каждой группы за определенным детским отделением;

3) посещение детских отделений больниц, осуществление самостоятельной работы;

4) проведение периодических встреч волонтеров-клоунов для обмена опытом, обучения и супервизии.

Цель: подготовка специалистов-клоунотерапевтов, готовых к работе в стационаре больниц.

Задачи:

– предоставление теоретической информации о специфике работы клоунотерапевтов, специфике работы в учреждении здравоохранения, а также об особенностях детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц, о возрастных отличиях детей, правилах посещения больницы;

– создание комфортной ситуации в группе, сплочение коллектива;

– обучение релаксационным техникам;

– обучение необходимым навыкам (актерское мастерство, пантомима, жонглирование, акробатика, фокусы, моделирование из шариков);

– практическое применение полученных знаний и навыков.

Содержание программы подготовки клоунотерапевтов:

Занятие 1 «Введение в клоунотерапию»

Цель: Знакомство, освящение теоретических основ.

Содержание: Знакомство участников, создание атмосферы доверия в группе. Получение знания о психологических особенностях больного ребенка, определение правил работы в больнице.

Занятие 2 «Пантомима»

Цель: Телесное раскрепощение, основы пантомимы.

Содержание: Телесно-ориентированная психотерапия, танцевально-двигательная терапия, овладение навыками пантомимы.

Занятие 3 «Акробатика и жонглирование»

Цель: Обучение основам акробатики, жонглирования.

Содержание: Овладение навыками акробатики. Тренинг чувства ответственности за партнера. Овладение навыками жонглирования.

Занятие 4 «Волшебство»

Цель: Обучение основам фокусов, моделирования воздушных шаров.

Содержание: Овладение фокусами, приемами их представления, импровизации. Овладение навыками моделирования воздушных шаров, а также ознакомление с правилами их использования в больнице.

Занятие 5 «Темпоритм»

Цель: Обучение основам ритмики и режиссуры.

Содержание: Формирование необходимого темпоритма для работы в паре/команде; работа над выразительностью, динамикой и пластичностью голоса. Овладение навыками создания миниатюр.

Занятие 6 «Работа со зрителем»

Цель: Обучение основам работы аниматора, представление образа клоуна.

Содержание: Тренировка умений работы со зрителями, овладение приемами работы аниматора. Теоретические основы образа клоуна. Первые шаги к созданию собственного уникального образа клоуна, адаптация его к специфике больничной клоунады.

Занятие 7 «Первая проба»

Цель: Интеграция полученных знаний, работа в группе.

Содержание: Создание окончательного образа клоуна. Проигрывание сложных ситуаций, с которыми клоун может столкнуться в больнице, поиск путей выхода из сложившихся ситуаций. Получение опыта работы в паре, чувствование партнера.

Занятия 8-10 «Практика в больнице»

Цель: Применение полученных навыков в больнице в сопровождении опытных клоунотерапевтов.

Содержание: Посещение гематологического отделения для детей учреждения «РНПЦРМиЭЧ», отделения кардиологии учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница», отделения педиатрии учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница», отделения детской хирургии учреждения «Гомельская областная больница».

В течение трех месяцев обученным клоуном дается испытательный срок. В течение данного времени они проходят стажировку и активно посещают отделения. Регулярно посещают встречи по обмену опытом с иностранными специалистами, а также обучающие тренинги. При успешном истечении испытательного срока, клоун становится больничным и включается в штат практикующих в стационаре клоунотерапевтов.

2.4 Работа психолога по сопровождению детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц

Специалисты в области организации психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц выполняют целый ряд функций. Каждая из них детально разработана как на уровне практики, так и на уровне эмпирических

исследований в рамках сравнения разных программ, направленных на их реализацию. Рассмотрим данные функции:

1) подготовка ребенка к госпитализации и медицинским процедурам. Выше мы рассмотрели данные свидетельствующие о снижении настроения, поведенческой регрессии, учащающихся отказов от лечения, осложнения отношений с родителями, повышенной конфликтности накануне или во время медицинских процедур. В качестве одной из причин психологической дезадаптации у детей мы называем недостаточную информированность ребенка о болезни и отсутствие концепции болезни.

Получение точной информации и подготовка к госпитализации часто являются важным шагом в снижении тревоги. Информационный пакет предоставляется семье во время диагностики. Семье также предлагается посетить вводную встречу-экскурсию по больнице (знакомство с отделением, персоналом, режимом жизни и событиями). На основании информации, полученной от родителей и экспресс-диагностики, ребенку рассказывается о разных местах больницы с использованием фотографий медицинской игры и беседы. [54, с. 55].

Информационная поддержка призвана снизить чувство неопределенности, непредсказуемости ситуации, в которой ребенок остро ощущает свое бессилие, беспомощность. Психолог присутствует во время медицинских процедур, помогает ребенку справляться со страхами и болью, а также способствует повышению способности родителя поддерживать ребенка, оставаться спокойным и чутким.

2) игра. Сегодня игра выступает в качестве одной из ключевых составляющих организации пребывания ребенка в больнице. Она рассматривается как средство совладения со стрессовыми ситуациями. Программа психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц предполагает возможность игры практически везде: в стационаре, приемном отделении, отделении неотложной помощи, интенсивной терапии и пр. Вовлечение ребенка в соответствующую возрасту игру и чтение помогает снизить тревогу и служит профилактикой нарушений и затруднений психического развития вследствие пребывания в больнице. Игра имеет диагностическую ценность. Помогая ребенку справиться с болезненными процедурами, психолог часто использует игру, предполагающую недирективное исследование медицинского оборудования и инструментов, ролевую игру, в которой проигрываются ситуации, самые разные игры, включающие медицинскую тематику, использование медицинских материалов в создании творческих объектов (например, бинтов, шприцов и т.д.).

3) организация больничной среды. Этот аспект деятельности предполагает улучшение больничной обстановки, продумывание элементов среды, которые бы способствовали свойственным возрасту видам активности. Так, например, большинство занятий в игровой должны быть адаптированы к постельному режиму. Все комнаты приспособлены для

этого, имеют видео и стерео аппаратуру и другие средовые особенности анимации [56].

4) снижение дистресса, тревоги и страха, связанных с госпитализацией и болезнью. В работе психолога большую роль играет использование техники снижения стресса, повышения адаптации, профилактики расстройств. Для большей эффективности данная работа должна быть начата как можно раньше, быть непрерывной, учитывать возрастные, индивидуальные особенности и медицинские показания.

В функционал психолога входит диагностика, индивидуальная, семейная и групповая терапия, консультирование родителей, образовательные программы для родителей и членов лечащей команды о психическом здоровье и психологических аспектах лечения.

Психологическое сопровождение детей в стационаре способствует решению важных задач:

а) сохранение чувства идентичности, позитивного образа тела. Важно, чтобы ребенок сохранял чувство непрерывности своей идентичности, вбирая физические, психические, социальные изменения, вызванные болезнью (свое место в социуме, семье, в отношениях с другими). Болезнь нарушает, дестабилизирует образ тела, связана с изменением видения себя. Особенно в подростковом возрасте может наблюдаться тревога, о том, как воспримут другие телесные изменения, связанные с болезнью.

б) сохранение отношений родитель-ребенок. Ситуация болезни влияет на всю семейную систему. Важно помочь родителям сохранить уверенность в своей родительской компетентности, помочь им признать свои возможности и ограничения, трудности, преодолеть страхи.

в) понимание болезни. Ребенок, как и его родители, задается вопросом о причинах болезни: «Почему я, почему сейчас, кто виноват и пр.?». Эти вопросы направлены на осмысление болезни и себя в ней. Родители винят себя, врачей, экологию, недоброжелателей («сглазивших ребенка»). Ребенок может думать, что болезнь возникла по его вине, что это наказание за плохие мысли, плохое поведение. Важно преодолеть эти концепции болезни, являющиеся результатом тревог, попытки осмыслить происходящее, чтобы адаптироваться к ней, вписать этот период жизни в историю своей жизни [57, с.136].

В работе практического психолога, который реализует психологическое сопровождение детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц применимы различные психотерапевтические методы, влияющие на эмоциональное состояние ребенка, и способствующие решению главных задач психологического сопровождения в стационаре: Психологический тренинг, арт-терапевтические методы, танцевально-двигательная терапия, телесно-ориентированная терапия, сказкотерапия, клоунотерапия и др. Наиболее эффективными являются техники влияния на эмоции (смех, плач), техники использования музыки и изобразительно творчества.

Для реализации задач психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц психолог руководствуется определенными принципами общения, оказывает влияние на определенные эмоциональные реакции. Ведь важное значение в лечении и психологическом сопровождении ребенка в больнице имеет ликвидация факторов негативно влияющих на состояние его здоровья. Важным в данном случае являются выражение эмоций положительных и отрицательных.

Плач во время большого горя облегчает страдание, приводит к состоянию облегчения. Плач является предохранительным клапаном, когда эмоция достигает крайнего напряжения и угрожает выбросить свой вредоносный заряд на сердце и сосуды, желудок, эндокринные железы, он «срабатывает» и «направляет поток разбушевавшихся эмоциональных стихий в то русло, где ничего жизненно важного нет и где эмоция трансформируется в безобидные процессы, такие, как секреция слезной жидкости, сокращение мимической и дыхательной мускулатуры», как об этом образно пишет Ю. А. Макаренко [58, с 160].

В связи с этим частой рекомендацией психолога, работающего в стационаре является возможность не стесняться в выражении своих чувств, «ибо, сдерживая, например, слезы, вы заставляете «плакать» сердце и другие свои органы. Выражая себя в смехе, плаче, вы не только облегчаете себя субъективно, эмоционально, психически, но и устанавливаете стрелку рабочих приборов и эмоционального состояния на тот оптимальный режим, жизнедеятельности, в пределах которого они должны колебаться, не выходя за красную черту» [58, с. 163].

Не менее важным является также вопрос адекватности (соответствия) эмоций и воспитания их. Эстетическое воспитание связано с эмоциональной оценкой разных событий человеческой жизни и природы, в том числе и произведений искусства. Произведения искусства несут нам ценную эстетическую информацию. Люди издавна используют искусство для укрепления здоровья и даже для исцеления некоторых недугов. Так, ритмическая музыка улучшает настроение, снимает усталость, разбитость, придает силы, вдохновляет на труд. Ритм в жизнедеятельности человека, течении его физиологических процессов имеет очень большое значение. Многие функции организма совершаются ритмично: дыхание, работа сердца, ходьба. Ритмичность свойственна и разрядам в нервных окончаниях, и нервным клеткам. Особенностью организма, и прежде всего головного мозга, является способность усваивать ритмы, навязанные извне. Мозг, по образному выражению Ю. А. Макаренко, «настраивается» на внешний источник ритма замедляет или ускоряет темп работы в соответствии с данной обстановкой.

Ритмическая музыка способна настраивать организм на определенный темп деятельности, мобилизовать активность всех его органов для выполнения одной наиболее важной задачи, она помогает сохранить силы.

В настоящее время музыку используют на производстве как средство повышения работоспособности человека: утренний марш при подходе к заводу помогает быстрее войти в трудовой ритм, легкая инструментальная музыка во время перерыва способствует лучшему отдыху, уменьшает усталость, поднимает настроение, вызывает желание работать [59, с. 167].

Любая деятельность, в том числе и учебная, имеет тенденцию принимать ритмическую форму. Она особенно очевидна там, где имеется звуковое сопровождение, ритм сигналов, следующих друг за другом. По ним мы можем судить и о равномерности применяемой человеком энергии, и о пространственном однообразии его движений. Именно таким ритмическим раздражителем является музыка.

Музыка в учебе и труде, так же как и во время отдыха, способна возбудить и успокоить, ободрить и развеселить, воодушевить и вдохновить. Обладая большой силой психофизиологического воздействия, она способна придать нам в любой обстановке покой и движение, легкость и тяжесть, возбудить то или иное эмоциональное впечатление. Способность музыки захватывать своим ритмическим строем, активно стимулировать и регулировать движения человеческого тела делает ее незаменимым компонентом всевозможных видов саморегуляции, лечебной ритмики и физкультуры.

Музыка выступает и как средство для отвлечения от беспокоящих человека мыслей, и как средство успокоения и даже лечения. Большое значение имеет музыка как средство борьбы с переутомлением. Музыка может задавать определенный ритм перед началом работы, настраивать на глубокий отдых во время перерыва. Вспомните, как улучшается ваше настроение, когда вы заходите в школу, а там звучит музыка.

Сильное физиологическое воздействие на организм производят только хорошо известные классические и народные мелодии. Поэтому, используя музыку в качестве средства психорегуляции, нужно учитывать со-ответствующе вкусы людей.

Построение большинства музыкальных произведений великих мастеров подчинено строгой математической логике. В частности, речь идет о логике, количестве и соотношении длинных и коротких повторов. Воспринимая музыкальное произведение, слушатель всегда создает в своем воображении параллельно разворачивающуюся музыкальную структуру, в основе которой лежат механизмы опережающего отражения, когда каждый новый стимул не только ожидается, но и активно запрашивается извне. Совпадение ожидания с реальным развитием музыкальной фразы, по мнению В. С. Лобзина и М. М. Решетникова, и создает то прекрасное чувство удовлетворения, обычно характеризующееся как эстетическое восприятие [60, с. 19].

Физиологическое воздействие музыки на человека основано на том, что нервная система, а с ней и мускулатура обладают способностью «усвоения ритма». Музыка, как ритмический раздражитель, стимулирует

физиологические процессы организма, происходящие ритмично как в двигательной, так и в вегетативно-нервной сферах. Это говорит о связи ритма движений с органическими потребностями и эмоциональными состояниями человека.

Ритмы отдельных органов человека всегда соразмерны. Между ритмом движений и ритмом внутренних органов существует определенная связь, регулируемая специальным нервным механизмом — моторными рефлексамии. Используя музыку как ритмический раздражитель, можно достигнуть повышения ритмических процессов организма и экономии энергетических затрат [60, с.48].

Итак, в данном разделе мы рассмотрели функции работы психолога, а также элементы клоунотерапии применимые психологом в работе с детьми, находящимися на длительном лечении в стационаре больниц. Психолог в своей работе может использовать элементы клоунотерапии, или организовать группу волонтеров, работающих в данном направлении. Особенность метода заключается в дополнительной помощи психологу, быстрому эффекту и важности подготовки.

Заключение

В данной работе мы рассмотрели психологические особенности детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц, изучили понятие психологическое сопровождение, рассмотрели технологию психологического сопровождения больных детей, изучили зарубежный опыт реализации психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии, а также разработали программу психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии, программу подготовки специалистов-клоунотерапевтов.

Исследование с целью оценки эффективности программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии проводилось в отделении детской гематологии учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», отделениях кардиологии и педиатрии учреждения «Гомельская областная клиническая детская больница», отделении детской хирургии учреждения «Гомельская областная клиническая больница».

Выборка составила 92 человека, из них 54 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет, 29 родителей, 9 медицинских работников.

Подводя итоги данной работы можно сделать несколько выводов.

Выводы теоретического исследования:

Попадая в больницу, ребенок оказывается в незнакомой для него среде, что приводит к стрессовой ситуации, сравнимой с кризисной ситуацией. Кризисная для ребенка (подростка) ситуация наступает тогда, когда он не может самостоятельно, без чьей-либо поддержки и помощи справиться с ней.

Оказавшегося в кризисной ситуации ребенка всегда характеризует:

- большая неуверенность и беспомощность;
- повышенная тревожность и страхи;
- повышенная эмоциональность;
- ощущение внешнего давления и напряжения;
- острая потребность в помощи и вмешательстве извне.

Одним из важнейших факторов появления психологических проблем, при помещении ребенка в стационар, является отрыв от родителей. Дж. Робертсон и Дж. Боулби считают, что существует три фазы адаптации детей раннего возраста к больнице или к детскому учреждению. Первая фаза «протеста» в этот период ребенок испытывает тяжелое потрясение, плачем зовет мать, обнаруживает признаки паники, не отпускает мать, когда она приходит, и плачем провожает. Через несколько дней наступает фаза «отчаяния», в процессе которой ребенок погружается в себя, становясь жалким и несчастным, нарушается процесс кормления, ритм сна. В

дальнейшем может наступить третья фаза «отчуждения», во время которой ребенок утрачивает интерес к родителям, для него уже безразлично, навещают они его или нет. По возвращении домой ребенок вначале может игнорировать родителей, отворачиваться от них. В последующие несколько недель или даже месяцев его поведение нарушается, он становится непослушным, неуравновешенным, стремится держаться возле родителей, страшится отпустить их.

Реализация системы психологического сопровождения может обеспечить защищенность ребенка, улучшение морального климата в учреждении, повышение эффективности в отношении каждого конкретного ребенка и всего учреждения в целом. Важное значение в лечении и реабилитации ребенка, страдающего от заболеваний, имеет ликвидация факторов негативно влияющих на состояние его здоровья. Немаловажными в данном случае являются положительные эмоции.

Юмор часто используют для создания атмосферы доверия в общении медперсонала с пациентами. Это способствует снижению напряжения, ненависти, страха, неуверенности в себе. Л. Хил и Н. Смит утверждают, что каждый здоровый человек обладает чувством юмора, которое предполагает умение смеяться над собой и вместе с другими. Р.Р. Парс изучал роль смеха в лечении пациентов. Смех может усилить чувство близости, теплоты и дружелюбия между пациентами и медиками.

Выводы эмпирического исследования:

Результаты исследования подтверждают, что у детей, находящихся на лечении снижено самочувствие, настроение, активность. Это может быть связано с общей физической слабостью организма, вызванной болезнью, местонахождением ребенка в больнице, незнакомой средой, тревогой в отношении лечения и адаптации в незнакомой среде. Дети, находясь в стационаре больницы со сложным заболеванием, попадают в среду ранее для них незнакомую и некомфортную. Пониженная активность детей, находящихся в больнице, может быть вызвана медицинскими манипуляциями, проводимыми с ребенком, предполагающими прием лекарственных препаратов, в том числе успокоительных, результатом чего является пассивность, сонливость пациента. Дети, имеющие хронические заболевания тревожны, более уязвимы и больше подвержены стрессовому влиянию, нежели здоровые дети. Экспертные оценки врачей и родителей указанные выше.

По результатам экспертных оценок родители указывают на улучшение эмоционального состояния ребенка, формирование его положительного отношения к жизни, изменение отношения к болезни. Все родители считают эффективным метод клоунотерапии, 80% опрошенных считают, что именно благодаря клоунам улучшается аппетит у ребенка. Некоторые мамы указывают на улучшение собственного состояния. Они утверждают, что общение с клоунотерапевтом позволяет им задуматься о

ценности жизни своей и своего ребенка, придает уверенности в себе и дает силы бороться с болезнью.

Экспертные оценки врачей показали, что в процессе реализации программы психологического сопровождения методом клоунотерапии поведение детей меняется: у них улучшается настроение, становятся более активными, более общительными, улучшается эмоциональное самочувствие.

Экспертные оценки родителей и врачей говорят о высоком уровне эффективности программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии.

Результаты исследования эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц до и после реализации клоунотерапии подтверждают, что по завершении реализации программы уровень ситуативной тревожности у болеющих детей значительно снижен (38,8%), самочувствие у детей до пребывания клоунотерапевтов хуже, чем после ее реализации на 25%. Показатели активности и настроения также ниже в первом этапе диагностического исследования, чем во втором (25,5%; 31,7% соответственно).

Исследование имеет практическую ценность, т.к. его результаты свидетельствуют об эффективности программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительно лечении в стационаре больниц, что способствует внедрению метода в практику детских отделений.

Список использованных источников

- 1 Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Министерства здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2010. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/>. – Дата доступа: 25.01.2012.
- 2 Мухина, В.С. Развитие, воспитание и психологическое сопровождение личности в системе непрерывного образования: концепция и опыт работы ИРЛ РАО. Воспитание и развитие личности: Материалы международной научно-практической конференции. / Под ред. В.А. Горяниной. М.: 1997. - С. 4-12.
- 3 Слюсарев, Ю.В. Психологическое сопровождение как фактор активизации саморазвития / Ю.В. Слюсарев. - СПб.: 1992. – 212 с.
- 4 Спиваковская, А. Психотерапия: игра, детство, семья: Том 2 / А. Спиваковская. – М.: ЭКСМО – Пресс, 2000 – 412с.
- 5 Мамайчик, И. И. Психологические аспекты здоровья ребенка // Психологические и этические проблемы детства / И. И. Мамайчик - СПб.: 1993.- 192 с.
- 6 Бардиер, Г. Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей. Г. Бардиер, И. Ромазан, Т. Чередникова. - СПб.: 1996. – 343 с.
- 7 Брехман, И. И. Валеология - наука о здоровье / И. И. Брехман. - М.: 1990.- 179с.
- 8 Абрамова, Г. С. Психология в медицине: Учебное пособие / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц.- М.: ЛПА «Кафедра - М», 1998. - 272с.
- 9 Лакосина, Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. - М.: Медицина, 1984. - 324с.
- 10 Исаев, Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д. И. Исаев. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 454 с.
- 11 Фромм, А. Азбука для родителей // Пер. И.Г. Константиновой; Предисл. И.М. Воронцова. – Л.: Лениздат, 1991. – 319 с.
- 12 Мурашова, Е.В. Ваш непонятный ребенок: Психологические проблемы ваших детей / Е.В. Мурашова. – М.: Дрофа, 2002. – 412 с .
- 13 Кайл, Р. Детская психология: Тайны психики ребёнка / Р. Кайл. – СПб.: прайм – ЕВРОЗНАК, 2002. – 416с.
- 14 Астапов, В.М. Тревожность у детей / В.М. Астапов. – М.: ПЕРСЭ, 2001. – 160 с.
- 15 Прихожан, А.М. Тревожность у детей и подростков: Психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. – М., 2000.
- 16 Исаев, Д.Н. Психология больного ребенка / Д.Н. Исаев. – СПб.: 1993. – 195 с.

17 Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. – 400с.

18 Исаев, Д. Н. Психосоматический подход к изучению заболеваний у детей и подростковый /Д. Н. Исаев.– М.: 1988. – 395 с.

19 Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С.Ю. Циркина – СПб.: Питер, 1999. – 749 с.

20 Губачев, Ю. М. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии / Ю. М. Губачев, Б. В. Иовлев, Б. Д. Карвасарский. – Л.: Медицина, 1976. – 448с.

21 Разумов, С. А. Эмоциональные реакции и эмоциональный стресс. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека / С. А. Разумов. – Л.: Медицина, 1976. – 465 с.

22 Буянов, М. И. Ребенку нужна родительская любовь / М. И. Буянов. – М.: Знание, 1984. - 80 с.

23 Шефферы, Д. Дети и подростки: психология развития / Д. Шефферы. - СПб.: Питер, 2003. - 976 с.

24 Изард, К. Эмоции человека / К. Изард. - М.: 1980.

25 Исаев, Д. Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте / Д. Н. Исаев. – СПб., 1994. – 278 с.

26 Кимаев-Смык, Л. А. Психология стресса / Л. А. Кимаев-Смык. – Л.: Наука, 1983. – 368 с.

27 Механизмы развития стресса / под ред. Ф. И. Фурдюя. – Кишнев: Штиинца, 1987. – 221с.

28 Судаков, К. В. Системные механизмы эмоционального стресса. Механизмы развития стресса / К. В. Судаков. – Кишнев.: 1987. – 283 с.

29 Суварова, В. В. Психофизиология стресса / В. В. Суварова. – М.: Педагогика, 1975. – 381 с.

30 Левис, Ш. Ребёнок и стресс / Ш. Левисю - СПб.: 1996.

31 Захаров, А. И. Как преодолеть страхи у детей / А.И. Захаров. - М.: Педагогика, 1986. – 109 с.

32 Никонова, М.В. Психологическая помощь ребенку в кризисной ситуации / М.В. Никонова – М.: Генезис, 2006.- 128с.

33 Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология: учеб. пособие / Л.А. Пергаменщик. - Мн.: Выш.шк., 2004.-239с.

34 Чистякова, М.И. Психогимнастика / под ред. М.И.Буянова. – М.: Просвещение, 1990. – 128с.

35 Дневные и ночные страхи / А. И. Захаров. – СПб.: Издательство «Союз», 2000. – 356 с.

36 Захаров, А. И. Что снится нашим детям/ А.И. Захаров. – М.: АСТ, 1997. – 432 с.

37 Гандер, Р. Психотерапия детских проблем / Р. Гендер - СПб.: Речь, 2002. - 416с.

38 Конончук, М. В. Профилактика эмоционального стресса: Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства / М. В Конончук, В. К. Мягер. – Л.:1977. – 290 с.

- 39 Asted-Kurki P. Humour in nursing care / P. Asted-Kurki, A. Liukkonen // Journal of Advanced Nursing. – 1994. – №20. – P. 183-188.
- 40 Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial / G.Golan [et al.] // Pediatric Anesthesia. – 2009. – № 19. – P. 262 –266.
- 41 Clown Doctors as a Treatment For Preoperative Anxiety in Children: A Randomized, Prospective Study / L. Vagnoli [et al.] // Pediatrics. – 2007. – P. 563 –567.
- 42 Аргайл, М. Психология счастья / М. Аргайл. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2003. - 271с.
- 43 Словарь-справочник по психодиагностике/ Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб: Питер, 2005. – 500 с.
- 44 Психология. Словарь / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского – М.: Политиздат, 1990. – 494с.
- 45 Альманах психологических тестов– М.: КПС, 1996, 400 с.
- 46 Бурлачук, Л. Ф, Психодиагностика: Учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук. - СПб.: Питер, 2005. - 351 с.
- 47 Венгер, А. Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
- 48 Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога: Учебное пособие / Е.И. Рогов. – М.: Владос, 2001. – 384 с.
- 49 Анастаси, А. Психологическое тестирование / А. Анастаси. - 7-е изд.- СПб.: Питер, 2006. - 688 с.
- 50 Психология. Словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд. М.: 1990. – 417 с.
- 51 Наследов, А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: Учебное пособие / А. Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.
- 52 Ермолаев, О. Ю. Математическая статистика для психологов: Учебник / О. Ю. Ермолаев. – М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2002. – 336 с.
- 53 Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб.: ООО «Речь», 2004. – 350 с.
- 54 Еренкова, Н. В. Этико-психологические основы госпитализации детей / Н. В. Еренкова // Вопросы охраны матери и детей. –1989. - №8 - С. 51-57.
- 55 Завьялов, А. А. О путях вовлечения психологии в практическую медицину / А. А. Завьялов, В. В. Плотников // Психологический журнал. - 1996. - №4.
- 56 Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный. – Прага, 1985. -210 с.

57 Е.В. Янко, М.С. Потанина О психологическом аспекте медико-социальной работы в детском онкологическом отделении. <http://hpsy.ru/public/x2625.htm>

58 Магазаник, Н. Искусство общения с больными / Н. Мизанчик. - М, 1991.- 243с.

59 Никифоров, Г. С. Практикум по психологии здоровья / Г. С. Никифоров. - СПб.: Питер, 2003.- с.

60 Меерсон, Ф. З. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М.Г. Пшенникова. – М.: Медицина, 1988. – 252 с.

Приложение А

Программа психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии

Пояснительная записка

Попадая в больницу, ребенок оказывается в незнакомой для него среде, что приводит к стрессовой ситуации, сравнимой с кризисной ситуацией. Кризисная для ребенка (подростка) ситуация наступает тогда, когда он не может самостоятельно, без чьей-либо поддержки и помощи справиться с ней.

Оказавшегося в кризисной ситуации ребенка всегда характеризует:

- большая неуверенность и беспомощность;
- повышенная тревожность и страхи;
- повышенная эмоциональность;
- ощущение внешнего давления и напряжения;
- острая потребность в помощи и вмешательстве извне.

Помимо этого одним из важнейших факторов появления психологических проблем, при помещении ребенка в стационар, является отрыв от родителей. По мнению Дж. Робертсона (1971) и Дж. Боулби (1971), дети во время адаптации к больнице или к детскому учреждению проходят 3 стадии: стадия протеста против этой ситуации, стадия отчаяния, в процессе которой ребенок погружается в себя, и стадия отчуждения, во время которой ребенок утрачивает интерес к родителям, для него уже безразлично, навещают они его или нет. Также во время длительного пребывания на лечении в стационаре больниц дети подвергаются действию сенсорной, эмоциональной депривации.

Некоторые исследования говорят об исцеляющем эффекте юмора. В последние годы появилась новая медицинская наука – смехология или смехотерапия – наука о смехе, то есть лечение смехом. Более узким направлением является «клоунотерапия» - одна из новейших форм терапии, предполагающая работу специально обученного клоуна в стационаре.

Клоунотерапевт (больничный клоун) – человек, оказывающий помощь детям, находящимся в больнице, прошедший специальное обучение, и обладающий определенным набором личностных качеств. Больничный клоун воспринимается как позитивный образ, что усиливает эффективность его воздействия.

Работа клоунотерапевта с ребенком позволяет снизить негативные последствия его пребывания на лечении в стационаре. Реализация системы психологического сопровождения может обеспечить защищенность ребенка, улучшение морального климата в учреждении, повышение эффективности терапевтического вмешательства в отношении каждого конкретного ребенка и функционирования всего учреждения в целом.

Важное значение в лечении и реабилитации ребенка, страдающего от заболеваний, имеет ликвидация факторов негативно влияющих на состояние его здоровья. Немаловажными в данном случае являются положительные эмоции.

Одними из главных принципов организации работы по сопровождению детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц, с помощью метода клоунотерапии являются: регулярность, системность, профессионализм, психологическая и санитарная гигиена, работа в паре.

Цель программы: создание условий для поддержания психологического и эмоционального состояния детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц.

Задачи программы:

- 1) изучение психоэмоционального состояния детей-пациентов, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц;
- 2) ослабление негативных эмоций, связанных с пребыванием детей в больнице;
- 3) снижение у детей уровня тревожности, напряжения и страхов, связанных со спецификой их пребывания в больнице; повышение уверенности в себе;
- 4) развитие у детей, находящихся в больнице, коммуникативных навыков, воображения и творчества.
- 5) способствование адаптации ребенка к ситуации нахождения в больнице;
- б) способствование установлению контакта между ребенком и медицинским персоналом;
- 7) снижение влияния сенсорной и эмоциональной деприваций.

Формы и методы работы:

- а) индивидуальная работа;
- б) психологический тренинг;
- в) интерактивные методы;
- г) театрально-игровая деятельность.

Программа рассчитана на 6 месяцев. Целевая группа: дети дошкольного, младшего школьного, подросткового возраста, находящиеся на длительном лечении в стационаре больниц. Занятия проводятся два раза в месяц.

В процессе работы клоунотерапевт руководствуется следующими правилами:

1) правило активности. Клоны посещают отделения по графику и заменяют друг друга, в случае необходимости.

2) правило образа. В отделение больницы необходимо входить уже переодетым в клоуна. Дети не должны видеть настоящее лицо. Во время

работы с детьми нужно постоянно находиться в образе. Других клоунов называть только по их клоунским именам. Отключать мобильные телефоны.

3) правило сотрудничества. Прежде чем идти к детям необходимо узнать у медсестер, в какие палаты можно заходить, а в какие не стоит. Запрещено находиться с детьми в коридоре, для того чтобы не создавать много шума и не мешать медперсоналу.

4) правило чувствования. При входе в палату спрашивать разрешения у ребенка. Чувствовать ситуацию, для того, чтобы не испугать. Необходимо каждому ребенку уделять внимание в равной степени.

5) правило работы в паре. Работать необходимо в паре (тройке), помогать друг другу, быть внимательным к партнеру.

6) правило гигиены. Перед входом в отделение обязательно необходимо мыть руки с мылом. Должна быть сменная обувь, халат. Клоун не должен приходить в отделение накуренным или надушенным духами, от него должно нейтрально пахнуть.

7) правило ответственности. Запрещено с простудой ходить в больницу, для того чтобы не навредить болеющим детям.

Содержание психологического сопровождения

Занятие 1

Цель: Диагностика эмоционального состояния ребенка, знакомство, установление контакта с ребенком, адаптация к больничной ситуации.

Содержание: приветствие, представление, демонстрация своего имени на халате как отражение сопричастности с медицинскими работниками, знакомство с ребенком с использованием привлекающего внимание инвентаря (мыльные пузыри, игрушка-перчатка и т.д.) для постепенного вовлечения ребенка, игра-путешествие по отделению.

Результат: Установлен контакт с ребенком, произошла адаптация к ситуации нахождения в больнице, установлен контакт со сверстниками.

Занятие 2 - 5

Цель: Снятие напряжения, ослабление негативных эмоций, вовлечение во взаимодействие родителей.

Содержание: Возобновление уровня, достигнутого ранее. При возможности сокращение дистанции. Совместная игра с ребенком и родителями с наличием динамичных элементов для мышечного расслабления, раскрепощения ребенка. Упражнения на внимание, повторение действий, с использованием мячиков.

Результат: Повышено настроение, снижено напряжение ребенка, установлен контакт с родителями, что позволило использовать их как ресурс, демонстрация возможных моделей взаимодействия с ребенком.

Занятие 6-7

Цель: Снижение у детей уровня тревожности, способствование установлению контакта между ребенком и медперсоналом, повышение уровня адаптации.

Содержание: Возобновление уровня, достигнутого ранее. Демонстрирование жонглирования, привлечение к этому ребенку. Включение в игровую ситуацию больничного инвентаря (или игрушек имитирующих его), придумывание фантастических историй его использованием. Вовлечение в это медицинского персонала. При необходимости (возможности) сопровождение ребенка после процедур.

Результат: Снижение тревожности у ребенка, вызываемой больничной обстановкой.

Занятие 8-10

Цель: Развитие у детей, находящихся в больнице, коммуникативных навыков, воображения и творчества.

Содержание: Возобновление уровня, достигнутого ранее. Проигрывание миниатюр; привлечение ребенка к участию в них. Показ фокусов. Обучение детей фокусам. Организация импровизированного выступления клоунов и ребенка. Усиление тактильного контакта.

Результат: Снижена сенсорная депривация за счет воздействия на различные сенсорные каналы ребенка. Получаемые навыки положительно влияют на эмоциональное состояние ребенка.

Занятие 11-12

Цель: Диагностика эмоционального состояния ребенка, раскрепощение, повышение уверенности в себе.

Содержание: Игры с использованием звуков, голоса. Применение звукового сопровождения. Моделирование из шариков; обыгрывание полученных игрушек. Обучение простейшим фокусам, их демонстрация в среде сверстникам.

Результат: Повышение самооценки за счет попадания в ситуацию успеха.

Приложение Б

Оценка эффективности программы психологического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении в стационаре больниц методом клоунотерапии специалистами-клоунотерапевтами

Необходимость специального обучения клоунотерапевтов обусловлена, во-первых, тем, что больничный клоун работает с детьми, а значит, ему необходимо знать возрастные особенности пациентов, понимать специфику организации взаимодействия с детьми. Попадая в отделение, дети оказываются в кризисной ситуации, а в связи с этим усиливаются проявления их индивидуальных особенностей, они могут чувствовать себя беспомощными, испытывать страхи, тревогу, тоску. Клоунотерапевт учитывает эти обстоятельства, старается развлечь ребенка, адаптируя его к ситуации нахождения в больнице. Во-вторых, людям, готовым стать клоунотерапевтами, необходимо владеть информацией о специфике работы в больничном учреждении. Это касается поведения в палате, отношения к больничному инвентарю, общения с медицинскими работниками, взаимодействие с которыми также направлено на усиление эффекта клоунотерапии. В-третьих, Клоунотерапевт совмещает в себе психотерапевтические навыки, а также актерское мастерство, которое применяет при каждом посещении стационара. Для этого мы предлагаем программу подготовки специалистов-клоунотерапевтов.

Работа в больнице практически совмещает в себе то, чему учат в театральных, цирковых, психологических и педагогических вузах, а в частности: работе с партнером, фокусам, жонглированию, пантомиме, психологии, возрастной и конфликтной психологии, а также базовых знаний в области медицины (санитарных и этических норм, различных особенностей заболеваний).

Люди, которые вместе работают клоунами в больнице, должны понимать друг друга с полуслова, уметь идти от предлагаемых детьми обстоятельств, от настроения мамы или конкретного ребенка. Умение работать в команде, понимание собственной роли и роли работающего рядом партнера, способность прислушиваться к настроению пациентов, учитывать обстоятельства, в которых находится ребенок с нарушением здоровья – вот те необходимые знания и умения, которыми должен владеть клоун-волонтер, работающий в стационаре больницы. Профессиональные способности клоуна-актера (такие, как навык жонглирования, демонстрация фокуса или моделирование воздушных шаров) всегда находятся в развитии и, безусловно, прилагаются к выше перечисленным базовым знаниям больничного клоуна.

Для каждого больничного клоуна, посещение больницы является опытом, который также подтверждает эффективность программы и с внутренней стороны, мы попросили самих клоунов оценить свою собственную работу, вспомнить наиболее яркие моменты, которые говорят о значимости данной деятельности. Ниже мы представляем комментарии больничных клоунов:

– Клоун Бодя: «Как-то в хирургии дети устроили соревнования. Так как специфика заболевания не позволяет быстрых движений, наши соревнования были медленными, зато было много смеха и старания, клоунотерапия сработала и дети отвлеклись от своих недугов, как во время игры, так и после».

– Клоун Фантик: «Я помню, как в хирургии лежал мальчик, которого привезли сразу после операции. Он лежал с катетерами и трубками. На него было больно смотреть. Я подошел и начал жонглировать, а он внимательно смотрел. А я понимал, что это внимание дорогого стоит».

– Клоун Санни: «В РЦРМ в игровой комнате все дети веселились вместе с клоунами, а одна девочка сидела в сторонке вместе с мамой и лишь изредка посматривала на веселящихся детей, поворачивая только голову и не меняя позу. Я это заметила и тихонечко подползла к девочке. Первоначально контакт не устанавливался, девочка наоборот ближе подвинулась к маме и смотрела только на нее. Ситуацию помог изменить шарик: растущий прямо на глазах, желтенький. С этого момента потихонечку лед тронулся. В ход пошли мячи, клоун и девочка перекачивали их друг другу, и потихонечку, в процессе игры мне удалось отвлечь девочку, и она даже отошла от мамы и вместе с клоуном играла. Потом был очень тонкий момент, когда вместе с клоуном она подошла к другим детям и немного с ними поиграла. Это длилось недолго, но ее заметили, и даже один мальчик сам первый начал проявлять инициативу. Но вот пришло время клоунам уходить. И почти ничего, на первый взгляд, не изменилось: та же девочка сидела на том же месте возле мамы, но в руках она крепко держала желтую собачку, а ее глазки смотрели вслед уходящим клоунам».

– Клоун Флони: «Однажды мы зашли в игровую комнату и увидели неприятную картину. Даниле поставили капельницу, но он мальчик шустрый и не мог усидеть на месте, тем более, когда все дети играют. А его мама так сильно на него разозлилась, что начала ругать и тормошить его. И вот мы зашли именно в тот момент, когда она держала его за руки и кричала. Добряка к ним подошел, присел рядом. Мама ушла, а Добряка начал играть с ребенком в малоподвижные игры, надувать мыльные пузыри, а затем лег рядом с ним на ковре, и лежал пока медсестра не сняла капельницу. А я, тем временем, играла с другими клоунами в игровой комнате. Это было замечательная работа, и замечательный результат: ребенка спокойно прокапали, мама успокоилась, атмосфера улучшилась».

Данила активный ребенок. Он относится к категории тех детей, которые не умеют играть. За время нашей с ним дружбы, мы потихоньку учим его играть нормально, а не драться, беситься и орать. У нас это получается. Мальчик стал добрее и веселее. Иногда, конечно, он не слушается, иногда не ест и нам приходится всей командой его кормить. У нас это получается и я рада, что воспитательный момент имеет место в нашей деятельности. Самое главное, что Флони и Добряка для Даника стали друзьями. Однажды я зашла в отделение за ключом от класса, в котором мы переодеваемся. Я была без костюма и носа, а Даник подбежал ко мне и сказал: «Флони, ты куда? Приходи скорее, я тебя жду!».

– Клоун Трям: «В отделении гематологии работала с девочкой 1,5 – 2х лет и ее мамой. Все время казалось, что мама получает удовольствия больше, чем девочка. Малышка же реагировала на меня больше как на мебель – яркие движущиеся предметы, необычные звуки, подхватывание ее на руки вызывали реакции, но не очень бурные, а когда я вдруг замирала, пыталась заинтересовать ее своими рожами, она почти никак не отвечала. Мы работали в игровой, и когда остальные клоуны стали прощаться, я сказала моей маленькой несмеяне: «Пока! Пока!», попищала своим красным носом и собралась уходить. Девочка замерла, обернулась по сторонам, будто понимая, что все заканчивается, и протянула ко мне руки. «На ручки? Ну, давай обнимемся на прощание!» Когда мы с мамой пытались выдумать все новые средства, чтобы оторвать девочку от меня и вернуть маме (к которой она напрочь отказывалась идти)), я несмотря на сложность ситуации чувствовала почти восторг. Среди надоевшей обстановки, в плохом состоянии и настроении, клоун оказался самым важным, что хотелось бы оставить с собой! И ее почти-безучастие (как мне казалось со стороны), оказалось всецелой вовлеченностью! Оказывается, я не развлекала маму, я нужна была девочке!

В отделении хирургии после процедур родители разносят по палатам на руках маленьких детей. А в коридоре клоуны. Мы с клоуном Добрякой пристраиваемся к крошке, которой около года. Мыльные пузыри – вот что любят все, даже плачущие дети! Нет? Ну, смотри, какой забавный осьминожка ползет по маминой руке! Нет? Ой, а как смешно пищит нос! Смотри, какие у птички глазки! И дальше, дальше... Гримасничаем толкаемся, а ребенка все никак не успокоить. Добряка надувает шарик-колбаску, я забираю его завязать, при этом покачиваю перед лицом ребенка. Тише, еще тише. А вот так шариком? И чудо! Заплаканный ребенок успокаивается, лицо светлеет. Нет, она не стала смеяться, она просто забыла о процедурной где пару минут назад ей было больно, о том, что обиделась на медсестру и маму, за то, что ей было больно. Клоуны укачали ее шариком)

Еще одно чудо свершилось благодаря нашей маме Фане. В отделении хирургии в палате плачет мальчик, мама раздражена, соседи по палате с трудом помогают его уложить. Заглядываю – там переполох, от клоуна

отмахиваются. (Позже узнаю, что у мальчика очень большая температура, ему очень плохо, медсестра отказывается давать лекарство без врача, а врача сейчас нет, мама не знает, что делать, не может успокоить сына). Выхожу в коридор, чтобы надуть шарик для ребенка и оставить его, девочка, его соседка, уже играла в коридоре с клоунами. Решаю, что больше ничем помочь не смогу. Встречаю Фаню, рассказываю. В ответ: «Иди к ребенку!» Отнекиваюсь, я же буду мешать. «Нет, ты поможешь!». Захожу в палату с мыслями о том, что это все не очень хорошая идея. Взглянув на шарик ребенок начинает плакать еще сильнее. Отдаю шарик маме. Взаимодействую с его соседкой и ее родителями, делаю пасы в его сторону – плачет и прячется под одеяло. В какой-то момент вижу, что с девочкой время заканчивать, родители переняв нашу игру, играют вместе с ней. Хочу уйти, но вспоминаю Фаню. Шлепаюсь на пол перед кроватью мальчика. Завывания на секунду тише, потом опять по новой. Начинаю болтать с мамой, заочно знакомлюсь с мальчиком, представляюсь, расхваливаю собаку из шарика, узнаю, что дома у мальчика есть настоящая, - но все это с мамой. Под одеялом становится тихо. «Мама, дай лягушку!» Мама протягивает ему брелок, который светиться и квакает. Скоро лягушка начинает квакать под одеялом. Маму зовет медсестра, я успокаиваю: «Мы справимся!», хотя ребенок со мной до сих пор не общается. Завожу разговор с лягушкой, прошу ее квакнуть еще разок, прислушиваюсь, ищу ее, заглядываю в щелку раскрывающегося одеяла. С лягушкой кажется подружился! С ней явный диалог. Хвастаюсь своим – подсовываю в щелку собаку. Ручка протягивается за игрушкой, а назад никак – не пролазит собака под одеяло. Попался! Приходится партизану откидывать одеяло – показался. Возвращается мама – явно удивлена и обрадована таким событиям. Веселю всех – ребенок отзывается по чуть-чуть. Отрываю его от мамы, делаем «незаметно» вместе для нее подарок. Потом начинает выдумывать подарки для остальных уже сам. Мастерим вместе радугу на стену из шариков. Малыш сидит с мамой на кровати и хохочет, командует, куда повесим радугу; мама трогает ему лоб и улыбается. Заглядывает Фаня, смеемся вместе с ней. А внутри вместе с умилением ощущение чуда!»

Мы попросили прокомментировать работающих клоунов свое отношение к той деятельности, которой они занимаются.

– Клоун Санни: «Если вы слышите слово «Клоун», какие у вас сразу же возникают ассоциации? Правильно: веселье, смех, фокусы, красный нос. И что самое хорошее и удивительное, такая реакция возникает почти у всех детей и взрослых, и находящихся в больнице, и даже некоторых взрослых. И вот именно для того, чтобы кто-то другой мог почувствовать эту радость и хоть на некоторое время очутиться, пусть не в сказке, а в маленьком совместном чуде. Я хочу! Я стараюсь быть этим чудоватым весельчаком, которого люди обычно называют клоуном. А почувствовать свое счастье в счастье другого – это прекрасно. Твое...персональное...искреннее...очень важное...»

– Клоун Трям: «Для меня – это возможность почувствовать реальную способность в себе помогать детям, которые в этом нуждаются. Приятно и даже удивительно видеть расцветающие улыбки от наших мероприятий. Потому что мы делаем то, что нам в радость, то, что приносит удовольствие нам и детям, и в ответ получаем еще больше радости. И главное, что это светлая радость, детский смех – сильная помощь в выздоровлении. Наша улыбка – шаг на пути к детскому выздоровлению».

– Клоун Хведь: «Участие в проекте в составе волонтерской группы «Funny pose» сначала казалось мне чем-то «не моим», представить себя в роли клоуна... как это? Не то чтобы я боялся быть смешным, даже наоборот, но чувство образа, роли как-то смущало...

На самом деле образ клоуна, кажется мне теперь действительно универсальной душевной таблеткой, таблеткой от недуга внутреннего, психологического, которая порой так необходима ребёнку во время одиночества, отдалённости от родителей и друзей, когда он по воле случая оказался в больнице. Смех, общение, добрые воспоминания, новые друзья у ребят скованных, стеснительных и не сразу идущих на контакт со сверстниками, вот на что были направлены усилия участников проекта. И настоящей радостью переполнял успех этих мероприятий... а иначе и быть не могло.

Естественно участие в проекте позволяет получить понимание различным явлениям нашей жизни, стать увереннее в общении с людьми, правильно реагировать на эмоции окружающих.

Отдельно хочется отметить, что какая либо увлечённая деятельность меняет осознание происходящего человеком в неё вовлечённым и думаю, что проект, кроме основной своей цели – поддержание детей долго находящихся на стационарном лечении, также воспитывает в людях лучшие качества, такие как добро, сострадание и взаимопомощь. Как среди участников проекта, так и в окружающих, являясь положительным примером.

Признаюсь, я рад, что нахожу себя полезным в этом деле и благодарен ребятам за их общество и взаимопомощь».

– Клоун Мая: «Я клоун! Да, я клоун! И что в этом такого?» - так обычно доводится мне отвечать, заметив удивлённую улыбку на лице своих знакомых. А как им объяснить этот необыкновенный восторг... я и не стараюсь объяснять, главное, что дети это чувствуют и видят. Да, конечно, невероятное ощущение восторга просто переполняет тебя, когда ты одеваешь свой дорогой, бесценный красный нос, рисуешь ромашку на щеке, натягиваешь милый голубой берет и забываешь о том, что ты есть в этом Мире и летишь как по воздуху самолёт к детям. Пока я не знаю, как объяснить эти ощущения, но без красного носа и детей как-то уж совсем скучно, поэтому мой нос всегда со мной. Даже моменты бывают такие, когда его просто необходимо одеть, что бы ребёнок улыбнулся и вновь поверил в сказку.

Конечно, конечно, это и есть моя главная задача, как клоуна – продлить детям их сказку, сказать им своими фокусами и улыбками: «Не торопись взрослеть». Как ведь важно, чтобы дети продолжали верить даже в самые невероятные чудеса. Таковые у меня тоже случаются, наверное, именно поэтому я клоун».