characteristics. The characteristics of multicultural educational environment of a higher education institution, its functions are highlighted. It revealed one of the most important functions of a multicultural educational environment of a higher educational institution, which is to teach people to live together, to help them transform the existing interdependence of nations and ethnic groups in this solidarity. It is noted that although the concept of «educational environment», describing the configuration of the boundaries within which the educational activity is wider than the «educational environment», which can be considered as the semantic content of educational space, the specifics of their individual characteristics, on the findings of scientists, will be identical. In view of this, it is noticed that fundamentally important role in the creation of a higher education institution of holistic multi-cultural space, based on the principles of humanism, oriented on each subject in the educational process, and which is an important precondition for the formation of speech etiquette. The main principles of multicultural educational environment of the university are outlined. It was noticed that through a unique multicultural environment of the institution, a personality of foreign student as a man of earth, a future specialist is formed, that personality differs from others with his breadth of vision, communicative and tolerant activity and is able to function adequately in a foreign Ukrainian reality. It is also noticed that a multicultural educational environment is a precondition for the successful preparation of foreign citizens in higher education institutions and in particular the formation of their communicative etiquette.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КАЗКОТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ-ОНКОПАЦІЄНТІВ НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

УДК: 378+615.851+398.21+616-006-058.86

Жогно Ю. П.

У статті розглядається ефективність казкотерапії як соціально-психологічного супроводу онкопацієнтів дошкільного і молодшого шкільного віку на етапі стаціонарного лікування. Проведений аналіз літератури дозволив обгрунтувати вибір психодіагностичного інструментарію, який зосереджений на актуальному психічному стані хворої дитини, а також на показниках його самопочуття і тривожності. Проведене дослідження на достовірно значущому рівні підтвердило ефективність казкотерапевтичних заходів у рамках стаціонарного періоду лікування.

Ключові слова: *психотерапія, казкотерапія, дитина-онкопацієнт, соціально-психологічна адаптація, реабілітація, актуальний психічний стан.*

В статье рассматривается эффективность сказкотерапии как социально-психологического сопровождения онкопациентов дошкольного и младшего школьного возраста на этапе стационарного лечения. Проведенный анализ литературы позволил

обосновать выбор психодиагностического инструментария, который сосредоточен на актуальном психическом состоянии больного ребенка, а также на показателях его самочувствия и тревожности. Проведенное исследование на достоверно значимом уровне подтвердило эффективность сказкотерапевтических мероприятий в рамках стационарного периода лечения.

Ключевые слова: *психотерапия, сказкотерапия, ребенок-онкопациент, социально-психологическая адаптация, реабилитация, актуальное психическое состояние.*

EFFICIENCY FAIRY TALE-THERAPY AS A MEANS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT OF CHILDREN WITH CANCER DISEASE AT THE STAGE OF HOSPITAL TREATMENT

Zhogno I. P.

The article examines the effectiveness of fairy tale-therapy socio-psychological support of children with cancer disease of preschool and early school age on stage, in-patient treatment. The analysis of the literature allowed to justify the choice of psycho-diagnostic tools, which focuses on the actual mental state of a sick child, as well as his well-being and performance anxiety. The study on the significant level significantly fairy tale-therapy confirmed the efficacy of the activities of the inpatient treatment period.

Keywords: *psychotherapy, fairy tale-therapy, children with cancer disease, social and psychological adaptation, rehabilitation, current mental state.*

Актуальність тематики. Сучасні тенденції росту онкологічних, орфанних та інших захворювань, які загрожують або скорочують життя дитини, ставить перед дослідниками та клініцистами проблему адаптації людини до зміненої життєвої ситуації, зокрема, до невиліковної хвороби. Зазвичай дослідниками розглядається біологічна, соціальна та психологічна адаптація, чинники, що її детермінують, відповідні діагностичні заходи та методи лікування [1, 2]. Чільне місце у даному процесі займає психотерапія, методи якої спрямовані на підвищення рівня адаптованості хворого [2].

Мета нашої статті – дослідити ефективність психотерапевтичних, зокрема, казкотерапевтичних засобів психосоціального супроводу на стаціонарному етапі лікуванні дітей-онкопацієнтів дошкільного та молодшого шкільного віку. Для досягнення мети належить виконати наступні **завдання**: (1) провести огляд наукової літератури, (2) обґрунтувати вибір основних психодіагностичних інструментів експериментального дослідження та (3) оцінити його результати.

Об'єктом дослідження є соціально-психологічний супровід онкологічних пацієнтів дошкільного та молодшого шкільного віку на етапі стаціонарного лікування із застосуванням казкотерапії; **предметом** – актуальний психічний стан дитини-онкопацієнта та вплив на нього засобів казкотерапії.

Не дивлячись на те, що завдяки покращенню умов лікування онкохвороб ймовірність одужання (ремісії) дітей з 1990 р. по 2010 рік зросла у 4 рази [2], сам факт виявлення онкологічного захворювання у дитини індукує потужний

психічний дистрес всієї родини, який у багатьох хворих розвивається в хронічну форму із формуванням пограничних, а саме неврозо- та психопатоподібних психічних розладів. Останні, як відомо, є найменш специфічними психопатологічними проявами у клінічній практиці, відповідно, складними, як для діагностики, так і для корекції [1]. В той же час вони є облігатними у клініці онко- та невиліковних захворювань дітей [3]. З урахуванням різноманіття етіопатогенетичних чинників, особливостей прояву та перебігу, до пограничних психічних розладів клініцисти відносять: різноманітні клінічні форми і варіанти невротичних реакцій, реактивні стани, неврози, а також широке коло неврозо- і психопатоподібних розладів при соматичних, неврологічних і інших захворюваннях [1-3, 5, 6]. При цьому найбільш важливим наслідком будь-якого пограничного психічного розладу є, за Ю. А. Олександровським, розвиток у хворого більш-менш вираженої соціальної дезадаптації [1; 10]. Як результат процесу адаптації до ситуації невиліковної хвороби в актуальному психічному стані хворої дитини відтворені пограничні симптоматика, яка сполучена з певними психологічними особливостями, що притаманні кризовій ситуації. Так, фахівці відзначають дві групи усталених психологічних особливостей дітей з онкопатологією, що обумовлені розладами певних систем (зокрема, в ендокринній системі, в системі імунного гомеостазу), коморбідними соматичними розладами тощо [2]. До першої групи особливостей належать розлади вищих психічних функцій; розлади когнітивних процесів [1, 2]; розлади рухових функцій [2, 3]; розлади емоційної сфери (підвищена емоційна лабільність, втрата контролю над емоційними проявами тощо), тривога та страх [2, 3], розлади особистості [6].

Фахівцями виокремлюються також неспецифічні психологічні особливості онкопацієнтів [2]: відношення дитини до своєї хвороби (від іпохондричного до анозогнозичного типу); особливості вольової сфери особистості (поведінкові стратегії з подолання хвороби, витримка у подоланні больового синдрому, регресія та стереотипія [5; 29]); специфіка дитячо-батьківських стосунків; притаманні важким хворобам тривога за власне життя та страх смерті. З психологічної точки зору даний спектр психічних та поведінкових розладів реалізується за механізмами стресу, фрустрації, конфлікту, кризи та психологічної травми [5, 6], які відіграють провідну роль у виникненні дезедаптивних станів хворої дитини, що клінічно проявлені тривогою, емоційним напруженням та пограничною симптоматикою [1; 9]. Так, Ф. Б. Березін, описуючі стан фрустрації (блокада мотивованої поведінки), виокремлює «напруження адаптаційних механізмів» [6; 4].

В системі людина-середовище вирішення кризових ситуації, зазвичай, досягається двома типами адаптації – аллопсихічною та інтрапсихічною, які реалізуються за умов зовнішніх (реорганізацію середовища у бажаному напрямку шляхом активної на неї дії або в результаті виходу з несприятливих умов) або внутрішніх (модифікацією установок і ціннісних орієнтацій особистості, реорієнтацією моделей поведінки) [5, 6].

Як зазначає В. Г. Леонтьев, до індикаторів прояву адаптаційних механізмів зазвичай залучають заданий рівень активності, що забезпечує пізнання і засвоєння знань, та психоемоційну ціну досягнення результатів діяльності, що визначається за допомогою оцінки **актуального психічного стану**. Та припускає, що індуковані реабілітаційними засобами зміни в системі людина-середовище сприяють

зменшенню фрустраційного напруження в тій мірі, в якій у результаті цих змін полегшується реалізація усього комплексу значущих потреб хворого.

Як зазначає Ю. А. Олександровський, однією з найважливіших умов виникнення пограничних форм психічних розладів є невідповідність наявних у людини соціальних і біологічних можливостей для переробки інформації, швидкості її асиміляції та кількості, яка в цих випадках може бути як надмірною, так і недостатньою [1; 27]. Саме на підставі цієї невідповідності деякі дослідники вважають невроз «хворобою, обумовленою дією інформації» [1; 36]. Тому, інформаційний дефіцит є однією з мішеней соціально-психологічного супроводу хворого та традиційно вгамовується різноманітними психотерапевтичними технологіями (бібліо-, арт-, музико- та казкотерапія), психоедукацією та консультуванням [2, 3, 8]. Казкотерапевтичні технології, які мають вплив на сприйняття та уяву дитини, систему установок, його актуальний психічний стан, поведінкові патерни тощо, є достатньо потужним засобом реабілітаційної програми у стаціонарному періоді лікування. За Т. Д. Зінкевич-Євстигнєєвою (цит. за [9; 215]), казкотерапія вирішує питання інформаційного дефіциту також через метафору, через «активізацію ресурсів уяви та розширення кордонів свідомості» у недирективний спосіб збагачується адаптивний ресурс пацієнта (нові моделі поведінки, смислоутворюючі принципи). Так, за Д. Ю. Соколовим [8], через механізм інтерналізації казкотерапія дозволяє: висвітлити нову рольову взаємодію у казковій моделі; приділити увагу негативним емоціям хворого; стимулювати індивідуацію хворого (як інтенсифікацію, усвідомлення, переживання та розвиток). Отже, орієнтуючись на певний тип адаптації, казкотерапевтичні інтервенції, впливають на систему цінностей дитини, її установки та самосвідомість, а особистісне опосередкування кризової ситуації відбувається через міфологічний світ казки, відтворюється у корекції поведінки через пропоновані казкою нові поведінкові моделі [17, 40-70].

Обґрунтування вибору основних психодіагностичних інструментів дослідження. Як зазначають дослідники [3, 4], проблемі ефективності (оцінка, прогноз) психотерапії на етапі лікування досі не приділяється достатньо уваги, а розв'язується індивідуально та здійснюється психотерапевтами інтуїтивно або на основі професійного досвіду, позаяк більшість психотерапевтичних моделей не містять відповідних інструментів [там саме]. Психотерапія у складі соціально-психологічного супроводу онкологічних хвороб у дітей має свою специфіку: змішаний формат роботи – індивідуальний/груповий, відкрито-закрита форма функціонування психотерапевтичної групи, великий відсоток виходу пацієнтів з групового процесу, що зумовлено важкими соматичними ускладненнями перебігу інкурабельних захворювань та специфічним, часто непередбаченим лікувальним маршрутом пацієнта тощо.

Для практичних цілей експрес-психодіагностики проявів адаптаційних механізмів використовують оцінку актуального психічного стану [1, 5]. Діагностичним методом, який відповідав би вимогам серійного виміру показників, є колірний тест М. Люшера та його похідні, зокрема, **методика діагностики основних параметрів психічного стану тестом Люшера** (автор – А. А. Карманов [10]). Даний тест оперує трьома біполярними характеристиками актуального психічного стану клієнта: налаштованість-фрустрованість, спонтанність-полезалежність та ригідність-транс. Перша характеристика є мірою скоординованості психічних процесів (у вимірах: стійкості психічного настрою у

часі та порушення (знищення) власних планів). Друга характеристика є мірою залученності індивіда у актуальну життєву ситуацію (у вимірах: певного її заперечення (опору до неї) та дії під впливом ситуаційних квазіпотреб, відволікання на зовнішні подразники, тобто є ознакою невмотивованої діяльності). Третя характеристика виступає мірою готовності індивіда до змін (у вимірах: недостатньої пластичності у психологічній діяльності і поведінці, ускладненості перемикання на щось нове, опору до змін, свого роду непроникленість та певним розладом довільності саморегуляції). Умовно дані параметри можна позначити, як: скоординованість психічних процесів, залученість (активність) та розвиток (готовність до змін) в актуальній кризовій ситуації.

Інтерпретація результатів даної методики задіює також параметр сумарного відхилення (СВ) від аутогенної норми (АТ-норми) Вальнефера, який визначає суму відхилень позиції кольору від т.в. «правильного» вибору (34251607) та дозволяє оцінювати гармонійність і внутрішню оптимальність нервово-психічного стану людини [10]. Мінімальні значення СВ притаманні особам з добре розвиненими механізмами саморегуляції: стенічних, урівноважених, без ознак перевтоми, емоційної напруженості та інтрапсихічних конфліктів.

Як ми вже зазначали, тривога є чи найрелевантнішим індикатором пограничної симптоматики, в тому числі соціально-психологічної дезадаптації хворої дитини, тому ми використали **тест тривожності для дітей 4-7-літнього віку** (автори: Р. Теммпл, В. Амен, М. Доркі) [9]. Він визначає індекс тривожності дитини (ІТ), який дорівнює процентному відношенню числа емоційно негативних виборів малюнка із засмученим обличчам до загального числа малюнків (14 шт.).

Специфіка перебування дитини-онкопацієнта у стаціонарі унеможливлює постійний моніторинг стану дитини, тому для моніторину основні складові функціонального психоемоційного стану – самопочуття, активність і настрій за **методикою САН** (автори: В. А. Доскін, Н. А. Лаврент'єва, В. Б. Шарай и М. П. Мирошников) ми використали метод спостереження батьків за хворою дитиною, який залучали на початку, в середині та наприкінці дослідження.

Таким чином, для визначення актуального психологічного стану дитини-онкопацієнта ми залучили три психодіагностичних методики: (1) методика діагностики основних параметрів психічного стану тестом М. Люшера; (2) тест тривожності для дітей 4-7літнього віку; методика САН (3).

Вибірка та параметри експериментального дослідження. Вимоги до репрезентативності вибірки задовільнила гомогенність соціально-демографічних та особистісних характеристик хворих обох груп (вік, стать, діагноз, середня тривалість захворювання), які склали дві гомогенні групи: експериментальна (n=8, 4 осіб жіночої статі, 4 - чоловічої) та контрольна (n=8, 3 осіб жіночої статі, 5 - чоловічої), всі досліджувані мають онкогематологічні верифіковані діагнози; середній вік - 5,9±2,1 років в експериментальній групі та 5,7±1,8 років в контрольній групі.

Експериментальне дослідження проходило за схемою: Екс1 > Х > Екс2, Контр1 > Контр2, де Х – програма казкотерапії, 1 та 2 – стани експериментальної (Екс) та контрольної (Контр) груп на початку/наприкінці дослідження відповідно. Загалом програма казкотерапії містила 9 казкотерапевтичних сесій упродовж 5 тижнів під час стаціонарного періоду

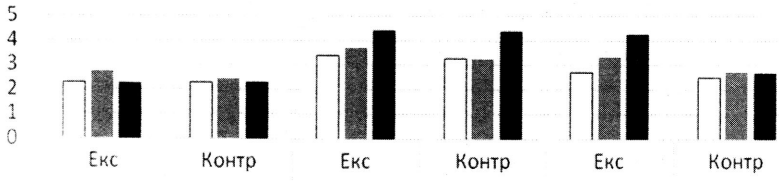
лікування. Зміст заходів психодіагностики: Екс1, Екс2, Контр1, Контр2 містили оцінку за методикою САН та тестом тривожності, відповідно на початку та наприкінці дослідження; методика А. А. Карманова застосовувалась до та після кожної казкотерапевтичної сесії для оцінки її ефекту на стан хворої дитини.

Статистична коректність у проведенні дослідження передбачає висунення нульової (H_0) та конкуруючої (H_1) гіпотез: H_0 – показники експериментальної та контрольної груп не мають, H_1 - показники експериментальної та контрольної груп мають значущу відмінність після проведення казкотерапії відповідно. Усі експериментальні дані оброблені за допомогою U-критерію Манна-Уітні, який визначив непараметричність розподілу даних обидвох груп.

Таблиця 1. Оцінка достовірності результатів експериментальної групи

		Гіпотези дослідження			
Методики	**Показники методик**	**H_0**	**H_1**	**H_0**	**H_1**
Карманова	залученість		$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$	
	розвиток		$p \leq 0,05$	$p \leq 0,001$	
Тест тривожності	індекс тривожності		$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	
		експериментальна		контрольна	
		група			

Обговорення результатів дослідження. Результати експерименту свідчать про позитивні зміни у масиві даних на значущомуу достовірному рівні в експериментальній групі (див. Рис. 1, 2, 3 та Табл. 1).



	самопочуття		активність		настрій	
на початку	2,30	2,30	3,40	3,28	2,70	2,50
в середині	2,70	2,40	3,70	3,20	3,30	2,73
наприкінці	2,25	2,30	4,40	4,37	4,24	2,67

Рисунок 1. Середні групові значення за тестом САН

Виключення складають лише показники самопочуття та активності за тестом САН, що свідчить про певні обмеження експериментального дослідження (тривалість проведення, ефективність казкотерапевтичних інтервенцій тощо). За даними показниками не спостерігається відмінності поміж групами на достовірному рівні значущості за критерієм Манна-Уітні.

Як свідчать експериментальні дані (див. Рис. 1) динаміка змін на достовірному значущому рівні притаманна лише експериментальній групі, окрім показника «Самопочуття», за яким учасники обидвох груп не продемонстрували позитивних

зрушень. За показниками настрою очевидна перевага результатів експериментальної групи дослідження. В той же час, зазначимо, що дані контрольної групи не зазнали змін, окірм показника активності тесту САН, що очевидно свідчить про вплив неконтрольованих змінних експерименту.

Результати за тестом тривожності відтворюють позитивну динаміку для експериментальної групи, що засвідчено трендами її показників; натомість тривожності для контрольної групи у часі дослідження не змінились (див. Рис. 2).

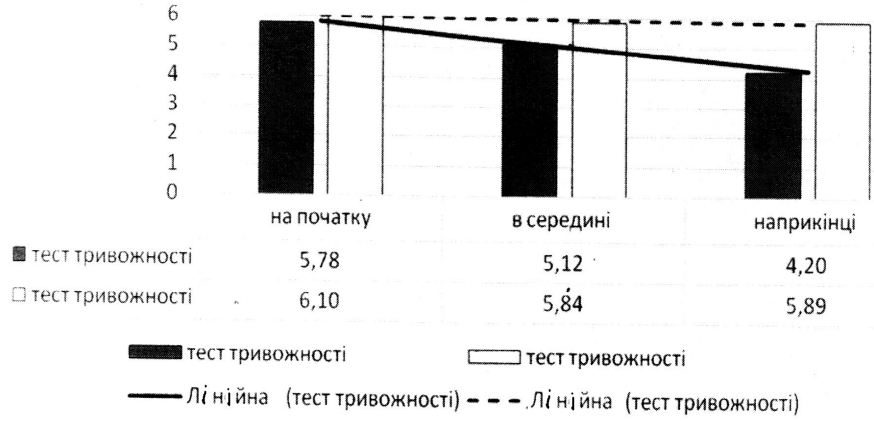


Рисунок 2. Середні групові значення за тестом тривожності

Звертаючись до оцінювання актуального психічного стану хворої дитини до та після казкотерапевтичної сесії (див. Рис. 3), треба зазначити, що за параметром сумарного відхилення за всіма показниками спостерігається значне покращення наприкінці кожної сесії у середньому по групі.

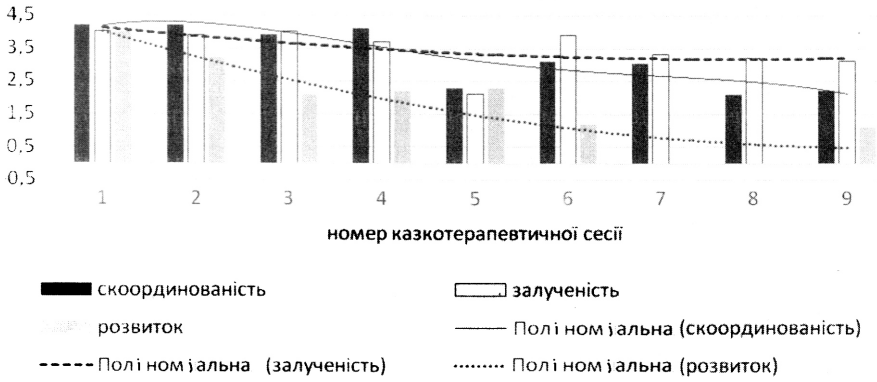


Рисунок 3. Полігон частот середнього експериментальної групи за показниками теста А. А. Карманова

Зокрема, за показником «скоординованість» – парметр СВ зменшився на 47,58%, за показником «залученість» – на 22,48%, за показником «розвиток» - на 72,47%, що також підтверджує конкуруючу гіпотезу дослідження та свідчить про ефективність впливу казкотерапевтичної програми на актуальний психічний стан дитини-онкопацієнта.

Вищенаведені результати дозволяють зробити наступні **висновки**:

1. Проведений аналітичний огляд літератури дозволив визначити основні напрямки пситерапевтичної роботи з дітьми, хворими на онкологічні захворювання, а саме: зменшення рівня тривожності та відпрацювання адаптивних моделей поведінки за умов переживання критичної ситуації, що супроводжує онкологічну хворобу.

2. За допомогою проведеного аналізу наукової літератури обгрунтовано вибір психодіагностичного інструментарію, який дозволив провести кваліметрію основних показників актуального психічного стану учасників дослідження за умов проведення відповідних казкотерапевтичних заходів.

3. У процесі казкотерапії в учасників експериментальної групи дослідження оптимізувались рівні за більшістю індикаторів дослідження (показники тривожності, основні характеристики актуального психічного стану та показник тесту САН «настрій»).

4. При використанні статистичного критерію Манна-Уітні практично підтверджена конкуруюча гіпотеза дослідження, а саме: результати контрольної та експериментальної груп достовірно відмінні в результаті проведення казкотерапії на стаціонарному етапі лікування дітей-онкопацієнтів.

Література:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства [руководство для врачей] / Ю. А. Александровский. – [Изд. 4-е, перераб. и доп.] – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2000. - 496 с.

2. Дурнов Л.А. Медико-социальная реабилитация в детской онкологии / [НИИ ДОиГ ОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва, 1999 г.] / Л. А. Дурнов // Електронний ресурс / Режим доступу: http://vsem-mirom.narod.ru/together/

3. Мирошкин Р. Б., Фисун Є. В., Филиппова Н. Є. Психологическая реабилитация семей с детьми, которые перенесли онкологическое заболевание / Р. Б. Мирошкин, Є. В. Фисун, Н. Є. Филиппова / [Журнал практической психологии и психоанализа, №3, 2010. – С.34-42]

4. Ткач Р. М. Сказкотерапия детских проблем / Р. М. Ткач. – СПб. ; М. : 2008. – С. 20-26.

5. Яницкий М. С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики / [Учебное пособие] / М. С. Яницкий. - Кемерово. Кемеровский государственный университет. - 1999. - 84 с.

6. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.

7. Леонтьев В. Г. Психологические механизмы мотивации / В. Г. Леонтьев. – Новосибирск. - 1992. - 216 с.

8. Соколов Д. Ю. Сказки и сказкотерапия / Д. Ю. Соколов. – М. : Эксмо-Пресс, 2001. – 304 с.

9. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития [Тест тревожности (Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен)] / И.Б. Дерманова. – СПб., 2002. - С. 19-28.

10. Карманов А. А. Методика диагностики основных параметров психического состояния тестом Люшера / А. А. Карманов. - СПб. : «Иматон», 1999. - 89 с.

EFFICIENCY FAIRY TALE-THERAPY AS A MEANS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT OF CHILDREN WITH CANCER DISEASE AT THE STAGE OF HOSPITAL TREATMENT

Zhogno I. P.

Abstract. *Modern trends in cancer growth, orfannyh and other diseases that threaten life or reduce child confronts researchers and clinicians problem of human adaptation to the changed situation in life, particularly for incurable diseases. We investigated the effectiveness fairy tale-therapy social and psychological support children with cancer disease preschool and primary school age in the stage of hospital treatment.*

In human-environment system solving crisis situations usually achieved by two types of adaptation - allopsyhic and intrapsychological, implemented by external conditions (reorganization of the environment in the desired direction by active or her actions following the withdrawal of adverse conditions) or internal (modification of plants and value orientations personality reoriyentatsiya behavior).

The analysis also allowed literature to justify the choice of psychodiagnostic tools that focus on the actual mental state of a sick child, as well as its health and performance anxiety. To determine the actual psychological state children with cancer disease we attracted method of diagnostics of basic parameters mental status test M. Luscher test anxiety for four-seven-year child and methods of diagnosis health, activity and mood.

At the time of application fairy tale-therapy, participants in the experimental group study most optimized level research indicators, including indicators of anxiety, mood and the main characteristics of current mental state.

Using statistical Mann-Whitney practically confirmed competing hypothesis of the study, namely: the results of the control and experimental groups was significantly different as a result of fairy tale-therapy inpatient stage of treatment children with cancer disease.

Experimental study on fairly significant level fairy tale-therapy confirmed the effectiveness of measures within stationary treatment period children with cancer disease.