

ответственности студенческой молодежи дал основания для выделения индикаторов ответственной личности. В ходе проведенной кластеризации были сформированы две группы: в первую вошли студенты с высоким, во вторую – низким уровнем сформированности качеств ответственной личности. Результаты свидетельствуют о наличии значимых межгрупповых различий: интегральных показателей социальной ответственности, локуса контроля, ценности «гуманность», атрибуции альтруизма, видов просоциального поведения, экстраверсии, добросовестности, нейротизма. Исходя из результатов данного исследования, очевидно, что в сфере академической активности студентов является актуальной способность быть социально ответственной личностью.

Библиографические ссылки

1. Kovalchuk O., Salyuk M. Research of leadership and social responsibility in Ukrainian business organizations: multiple regression analysis // Proceedings of the International Internet-Congress of Teachers and Psychologists “Be Smart!”, Switzerland, 17–18 February 2015. Geneva : Publishing Center of the European Association of pedagogues and psychologists “Science”, 2015, P. 135–145.
2. Schwartz S. H. Refining the Theory of Basic Individual Values // Journ. of Pers. & Social Psychology. 2012. № 103. P. 663–688.
3. Кухтова Н. В. Адаптация методики «Измерение просоциальных тенденций» (Г. Карло, Б. А. Рэндалл) // Вестник ГрГУ. 2011. Т. 113, № 2. С. 102–107.

УДК 159.923, 616-05

КОМПЛАЕНТНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ: О МОДЕЛИ ЭФФЕКТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛОВ И РОДИТЕЛЕЙ

И. Е. Валитова

УО «Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина»
бул. Космонавтов 21, 224016, Брест, Республика Беларусь
irvalitova@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматриваются особенности комплаентных отношений профессионалов и родителей, имеющих детей с отклонениями в развитии. Традиционное определение комплаенса, или приверженности лечению, распространяется на практику оказания помощи детям с отклонениями в развитии. На основании результатов эмпирического исследования, проведенного с матерями детей раннего возраста с психоневрологической патологией, определено содержание высокого и низкого уровня комплаенса. Установлено, что низкий уровень комплаентности отражает общие проблемы отношений родителей и профессионалов, когда последние ориентируются на медицинскую модель инвалидности и реализуют патерналистскую модель отношений с пациентами. Низкий уровень комплаентности проявляется в неэффективной помощи ребенку, а также способствует эмоциональному выгоранию профессионалов. Сделан вывод о необходимости перестройки отношений про-

фессионалов и родителей с патерналистской модели на диалогическую модель, или модель участия.

Ключевые слова: комплаентность; дети с отклонениями в развитии; отношения профессионалов и родителей; патерналистская модель; модель участия.

COMPLIANCE OF PARENTS WHO HAVE CHILDREN WITH DISABILITIES: ABOUT A MODEL OF EFFECTIVE RELATIONS OF PROFESSIONALS AND PARENTS

I. E. Valitova

Brest State A.S. Pushkin University

Cosmonauts boul., 21, 224016 Brest, Republic of Belarus

Annotation. The article discusses the peculiarities of the compliant relationships between professionals and parents who have children with developmental disabilities. The traditional definition of compliance, or adherence to treatment, extends to the practice of supporting children with disabilities. Based on the results of an empirical study conducted with the mothers of young children with neuropsychiatric pathology, the content of high and low levels of compliance was determined. It has been established that a low level of compliance reflects the general problems of relations between parents and professionals, when the latter are guided by the medical model of disability and implement the paternalistic model of relations with patients. The low level of compliance is manifested in the ineffective support of the child, and also contributes to the emotional burnout of professionals. The conclusion is made about the need to restructure the relations of professionals and parents from the paternalistic model to the dialogical model, or the model of participation.

Key words. Compliance; children with disabilities; the relationship of professionals and parents; paternalistic model; participation model.

Родители, рассказывая о своем жизненном пути после установления факта отклонений в развитии у ребенка, подчеркивают, что когда они начинают искать помощь, профессионалы (врач, социальный работник, логопед, психолог и др.) становятся частью их жизни [1]. Именно поэтому для родителей жизненно важно установление эффективных отношений с профессионалами. Однако в современной практике помощи детям с отклонениями в развитии проблемы в отношениях специалистов и родителей встречаются нередко. Одна из проблем в практике работы психологов и врачей – низкий уровень комплаентности родителей. Комплаентность в медицинской психологии рассматривается как достижение согласия между специалистами и родителями по вопросам организации комплексной помощи ребенку, поэтому она является условием эффективности лечения, реабилитации, коррекционной работы с ребенком. В медицине комплаенс (англ. compliance – согласие, соответствие) – это добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения. Комплаенс, или приверженность лечению, выражается в четырех проявлениях: пациент вовремя принимает лекарство; принимает его в полной дозе; соблюдает рекомендации по диете и образу жизни; и при всем этом не считает, что его лишили последней радости в жизни. В модели комплаенса М. Беккер и Л. Майман [2] определены основные факторы, определяющие приверженность лечению: особенности мотивации пациента; ценность снижения угрозы болезни; вероятность того, что комплаентное поведение снизит

угрозу жизни; демографические факторы; особенности схемы лечения; установки пациента; особенности коммуникации с врачом; отношение значимых близких к лечению; предыдущий опыт болезни. Модель комплаенса распространяется преимущественно на пациентов взрослого возраста, однако она может быть перенесена в сферу оказания помощи детям с отклонениями в развитии. При этом в качестве субъектов установления отношений с профессионалами выступает не сам ребенок, а его родители, которые организуют процесс лечебно-педагогической помощи ребенку.

Ряд авторов, исследующих проблемы отношений между родителями и профессионалами, указывают на признаки низкого уровня комплаентности у родителей: неприятие медицинского диагноза; избегание взаимодействия со специалистами; неравноценное отношение к медицинской и педагогической коррекции [3]. В работе Е.И. Первичко, Д.В. Довбыш [4] выделяются три типа приверженности лечению, которые отражают уровень комплаентности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом: высокий, низкий и промежуточный. Уровень комплаентности определяется на основании оценки степени следования родителей различным рекомендациям врача, отношения к госпитализации и количества различных, дополнительно используемых средств лечения и развития ребенка. Наиболее ценным является заключение авторов о том, что уровень комплаентности родителей ребенка с ДЦП связан с типом личностного смысла болезни ребенка у родителей.

Мы полагаем, что комплаентность родителей детей с отклонениями в развитии отражает взаимоотношения родителя и профессионала в широком смысле – высокий уровень комплаенса достигается только при участии как родителей, так и профессионалов в построении эффективных взаимоотношений. Главная причина низкого уровня комплаенса родителей – различия во взглядах на ребенка с отклонениями в развитии на его потребности. Профессионалы в большей степени, нежели родители, описывают ребенка с отклонениями в развитии преимущественно с точки зрения медицинской модели инвалидности: с позиций дефицитов, недостаточности, а не с позиций индивидуальности; с позиций медицинской модели инвалидности ребенок для матери – это только тяжелый груз и бремя. Исследования свидетельствуют, что, как и другие члены общества, профессионалы склонны стигматизировать людей с инвалидностью [5]. Противоположный подход, основанный на социальной модели инвалидности, концентрируется на сильных сторонах ребенка, его притязаниях и возможностях их достижения, а значение ребенка для матери рассматривается с позиций многообразия смыслов и значений ребенка для матери и материнства в целом [1; 6]. Основная причина трудностей во взаимоотношениях между родителями и профессионалами главным образом состоит в том, что эти две группы людей абсолютно в разной степени затрагивает факт наличия у ребёнка отклонений в развитии. Из этого следуют различия в опыте, взглядах, реагировании и формах поведения. И. Прекоп [7] обращает внимание на основополагающие несоответствия в позиции родителей и профессионалов. Автор справедливо полагает, что до тех пор, пока эти различия и несоответствия не будут осознаны и озвучены, они будут только затруднять диалог меж-

ду профессионалами и родителями.

Взаимоотношения родителей и профессионалов описываются даже в терминах «война», «борьба», «сражение». Испытываемые трудности часто возникают из-за покровительских (патерналистских) установок профессионалов, и эта ситуация была названа «гегемонией профессионалов» [1]. Патерналистская модель основана на модели дефицита: в ее основе лежит идея о незначительном объеме знаний у непрофессионалов, профессионалы же рассматриваются как единственные носители истины, их статус документально подтвержден; из-за недостаточной компетентности за родителем не признается право на принятие решений. Недостаток партнёрства в программах реабилитации связан с тем, что в современной культуре все еще существуют традиционные нисходящие отношения, в которых экспертные знания рассматриваются как превосходящие по сравнению со знаниями матерей. Противоположная диалогическая модель, или модель участия, предполагает, что родители являются равноправными партнерами в диалоге с профессионалами, и их мнение может служить отправной точкой для получения информации относительно эффективности практического применения лекарственных средств, методов и технологий реабилитации детей [8]. Матери детей с отклонениями в развитии и профессионалы часто оказываются вовлеченными в своеобразную игру «в истину» [1]. В этой игре матери претендуют на то, что именно они обладают истинным знанием об условиях благополучия их детей. Профессионалы, в свою очередь, основываясь на своем экспертном опыте, претендуют на то, что истинными являются именно их знания о проблеме ребенка. Однако, зачастую профессионалы обладают в этом споре безусловной силой, так как именно они определяют содержание и методы лечебно-педагогической работы с ребенком, а в некоторых случаях и судьбу ребенка.

Эмпирические материалы для описания отношений между профессионалами и родителями, имеющими детей раннего возраста с психоневрологической патологией, были получены нами посредством клинической беседы. Клиническая беседа включает блок вопросов относительно ожиданий матерей по отношению к профессионалам, их представления о том, какими качествами должны обладать специалисты, работающие с такими детьми, их мнение о том, как они не могут поступать по отношению к детям и родителям. Блок вопросов включал рассказы матери о том, как она организует лечебно-педагогический процесс, реализует ли она советы специалистов. Еще один блок вопросов включал вопросы об источниках получения информации о ребенке и его заболевании, о том, получает ли мать советы других матерей, насколько полезны эти советы. С помощью авторской методики «Режим дня» получены материалы о том, как организуется типичный день ребенка, какое место занимают в нем лечебные процедуры и занятия. Всего в исследовании приняли участие 90 матерей.

Степень комплаентности родителя проявляется в следующих показателях: 1) ориентация матери на мнение врача или других людей (в выборе учреждения для ребенка; в выборе специалистов для проведения процедур и занятий; в определении набора процедур, техник и занятий для ребенка; в оценке эффективности реабилитации); 2) организация матерью реабилитации ребенка в периоды вне

официальных курсов, назначенных врачом (определение набора процедур и занятий; назначение ребенку медикаментов; определение периодичности и частоты процедур и занятий; оценка эффективности проведенных процедур и занятий). Высокий уровень комплаентности состоит в ориентации на мнение врача (психолога, педагога) и реализации составленных специалистами индивидуальных программ реабилитации, а также рекомендаций на межкурсовой период. При низком уровне комплаентности мама ребенка ориентируется на мнение других матерей, которое транслируется в социальных сетях, выбирает учреждения, о которых пишут в соцсетях, стремятся получить именно того специалиста, которого называют матери, стремятся получить именно ту процедуру, которую высоко оценивают другие родители («моему ребенку очень помогла канис-терапия», «обязательно надо попробовать Томатис, это самое лучшее»), оценивают результативность проведенного курса по своим критериям. В межкурсовой период мама продолжает интенсивные занятия с ребенком, без перерыва проводит новые курсы лечения, дает ребенку медикаменты по своему выбору, приглашает специалистов на дом, действуя по принципу «ни минуты без занятий», оценивает результаты занятий и терапии, ориентируясь на незначимые критерии или по принципу «не может такая дорогая процедура быть без результатов», (например, у ребенка стал взгляд умнее, или большой пальчик больше отодвигаться начал). Используются травматичные насильственные процедуры, при проведении занятий ребенок кричит, при этом мама полагает, что это не только нормально, но и полезно. Вся жизнь ребенка состоит из нескончаемых процедур и занятий, а зачастую вся жизнь семьи подчиняется ритму реабилитации ребенка. Вся избыточность реабилитации реализуется вопреки мнению специалистов.

Низкий уровень комплаентности родителей сочетается с их недовольством врачами, чувством обиды от неприятных слов в адрес ребенка («ваш ребенок ничего не понимает и ничего не соображает», «с вашего ребенка ничего не будет», «смиритесь и перестаньте мучить себя и ребенка»). В свою очередь, при низком уровне комплаентности профессионалы чувствуют свою непризнанность, они переживают чувство отвержения себя как специалиста («я им говорю-говорю, а они все равно ребенка на растерзание китайцам возят»; «не знаю, как им объяснить, что ребенку нужен отдых, такая интенсивная непрерывная реабилитация не приносит результатов»), и это способствует синдрому эмоционального выгорания. Низкий уровень комплаентности родителей оказывает негативное влияние на эмоциональное состояние ребенка, снижает эффективность лечебно-коррекционных воздействий.

Основой для успешного взаимодействия специалистов и родителей в целях максимального удовлетворения потребностей ребенка являются открытость и гуманизм, профессионализм и ответственность во всей системе отношений между ребенком, семьей, профессионалом и обществом. Важным условием является также переход профессионалов от представлений о родителях как реципиентах помощи ребенку, как учителях своего ребенка к представлению об отношениях партнерства, когда родители становятся активными участниками, в том числе контролирующими характер этого партнерства [9]. Таким образом, изменение моде-

лей работы профессионалов с семьями на основе идей партнерства является актуальной практической задачей.

Библиографические ссылки

1. Kingston A. K. *Mothering special needs : a different maternal journey*. London ; Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers, 2007. 191 p.
2. Becker M.H. Models of health-related behavior. // *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions*. New York : Free Press, 1983. P.539 – 553.
3. Поликарпова Л.А. Особенности работы с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ / Л.А. Поликарпова // *Международ. симп. «Л. С. Выготский и современное детство» [Электронный ресурс] : сб. тезисов*. М. : Изд. Дом Высшей школы экономики, 2017. С. 277-278.
4. Первичко Е.И. Личностный смысл болезни ребенка как фактор приверженности семьи лечению (исследование семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом). // *Национ. психологич. журн.* 2016. № 2(22). С. 61–72.
5. Селигман М. *Обычные семьи, особые дети*. М. : Теревинф, 2007. 368 с.
6. Russell F. The expectations of parents of disabled children // *British Journal of Special Education*. 2003. Vol. 30. №3. P. 144-149.
7. Prekop I. *Kinder sind Gäste, die nach dem Weg fragen: ein Elternbuch*. München: Kösel, 1990. – 154 s.
8. Фролова Ю. Г. Популярная наука и онлайн-коммуникация по вопросам здоровья: результаты контент-анализа тематических форумов // *Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: социализация субъекта на разных этапах онтогенеза : мат. Междунар. научно-практич. конфер.* Минск, 2015. С. 473-476.
9. Turnbull A. Parents and professionals: partners in building competencies // *Entwicklungsstörungen und chronische Erkrankungen. Diagnose, Behandlungsplanung und Familienbegleitung*. München : Verlag Schmidt-Römhild, 2017. S. 169-180.

УДК 316.642.2

ПСИХАЭМАЦЫЙНЫЯ ДАМІНАНТЫ СВЯДОМАСЦІ ЖЫХАРОЎ АСОБНЫХ РАЁНАЎ ДАНЕЦКАЙ І ЛУГАНСКАЙ АБЛАСЦЕЙ

В. А. Васюцінскі

Інстытут сацыяльнай і палітычнай псіхалогіі НАПН Украіны
вул. Андрэеўская, 15, 04070, Кіеў, Украіна,
vadymvas55@gmail.com

Анотацыя. В статье приводятся данные одного из этапов исследования гуманитарно-психологических факторов состояния и развития настроений в отдельных районах Донецкой и Луганской областей. Был проведен опрос 50 человек по методу полустандартизированного интервью. Полученные ответы обработаны с помощью контент-анализа и факторного анализа на основе ковариации; значимость различий оценена по критерию Фишера. Обнаружен ряд психоэмоциональных доминант сознания респондентов. Наиболее явными среди них являются: преобладание эмоционально-аффективных реакций и оценок, переживания из-за войны, переживания из-за материальных проблем, беспокойство за семью, тоска по прежней жизни, неопре-