

ет рассматривать как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации. Длительное, тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, приводящей к инвалидности, угроза смерти – разрушают привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни [2, с. 33].

Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, этапа основного заболевания и некоторых других факторов. К основным негативным психологическим реакциям на болезнь можно отнести аутизацию, замкнутость, отчужденность, а также тревожно-депрессивную, дисфорическую, обсессивно-фобическую симптоматику [3, с. 229–250].

Таким образом, в выздоровлении и возвращении онкологических больных к полноценной жизни наряду с медицинскими мероприятиями большое значение имеет оказание психологической помощи. В одних случаях у больных с опухолевой патологией психологическая помощь направлена лишь на создание благоприятного психологического состояния, при этом могут проводиться индивидуальные и групповые психотерапевтические беседы с больными; в других случаях широкий арсенал психотерапевтических методов может быть направлен на решение лечебно-реабилитационных задач, содержание которых определяется этапом болезни, ее выраженностью и прогнозом.

В начальный, диагностический период, когда больные испытывают тревогу и страх, целесообразна рациональная психотерапия, направленная на успокоение больного, его активирование, формирование более адаптивного отношения к болезни и лечению. В период сложных переживаний онкологических больных перед операцией также считается показанной рациональная психотерапия, приемы самовнушения, направленные на устранение страха, вселение уверенности в успех лечения. В послеоперационный период задачи психологической помощи определяются состоянием больного и дальнейшим лечением. С больными, получающими лучевую терапию, психологические мероприятия, направленные на коррекцию эмоционального состояния, устранение побочных эффектов лечения проводятся индивидуально и в группе. Помимо указанных выше, используются такие приемы, как «психотерапевтическое зеркало», «лечебная перспектива», «анонимное обсуждение». В запущенной стадии этих заболеваний применяются методы психотерапии, способствующие ослаблению болей, улучшению сна, включающие как важный компо-

нент эмпатическое, сопереживающее отношение к больному.

Знание психического состояния больных до и после операции, особенностей их «внутренней картины болезни» позволяет также использовать отдельные элементы личностно-ориентированной групповой психотерапии. Проведение групповой психотерапии обеспечивает взаимную моральную поддержку пациентов, обмен собственным опытом адаптации к своему заболеванию и нахождения альтернативных путей преодоления эмоционального напряжения и проблем, вызванных болезнью. Групповая терапия даже с безнадежно больными пациентами с метастазами рака может быть эффективным средством, поддерживающим больных и позволяющим им преодолевать стресс путем совершенствования адаптации к эмоциональным расстройствам, сопровождающим заболевание [4, с. 551].

Группы поддержки больных и их семей, ранняя психологическая помощь могут существенно снизить риск возникновения выраженных и не поддающихся коррекции психологических и психопатологических реакций на заболевание раком и тем самым способствовать скорому выздоровлению больного, возвращению его к полноценной жизни.

Литература

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2011 г. – Минск : ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.
2. Реабилитация онкологических больных / В. Н. Герасименко [и др.] ; под ред. В. Н. Герасименко. – М. : Медицина, 1998. – 272 с.
3. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство / В. Д. Менделевич. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 592 с.
4. Психотерапия : учебник / Б. Д. Карвасарский [и др.] ; под ред. Б. Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2007. – 672 с.

ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

А. В. Марченко, студентка 5 курса ГИУСТ БГУ
Научный руководитель:
кандидат социологических наук,
доцент **Н. Н. Красовская** (ГИУСТ БГУ)

Одной из самых тревожных тенденций начала XXI века стало неуклонно увеличивающееся число детей с проблемами здоровья, в том числе детей с ограниченными возможностями. Взаимоотношения детей с родителями рассматривались в психологии

и педагогике как отношения субъектов, имеющие двусторонний взаимный характер. Проблема родительских взаимоотношений определяется сложностью объектной структуры, всем многообразием взаимоотношений детей и родителей [1, с. 310]. Таким образом, цель нашего исследования заключалась в изучении родительского отношения к детям с ограниченными возможностями.

Эмпирическое исследование проводилось на базе Центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации Московского района г. Минска и дошкольного учреждения № 493 г. Минска. В исследовании участвовало тридцать семей, из которых пятнадцать семей, воспитывающих детей без ограниченных возможностей (контрольная группа), и пятнадцать семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями (экспериментальная группа). Исследование проводилось с применением теста-опросника родительского отношения к детям (ОРО), разработанного А. Я. Варгой и В. В. Столиным [3, с. 5–11].

Родительское отношение оценивалось по следующим шкалам: шкала «Принятие / Отвержение»; шкала «Кооперация»; шкала «Симбиоз»; шкала «Контроль» (авторитарная гиперсоциализация); шкала «Маленький неудачник» (отношение к неудачам ребенка).

На первом этапе исследования была проведена работа с семьями, которые воспитывают детей с ограниченными возможностями.

Вторым этапом исследования стала работа с семьями, в которых растут дети без ограниченных возможностей.

Для наглядного представления полученной разницы между данными группами семей обратимся к рис. 1.

Как видно из представленного рисунка, родители, которые воспитывают детей с ограниченными возможностями, по шкалам «Принятие / Отвержение», «Кооперация», «Маленький неудачник» показали результат выше, чем родители, воспитывающие детей без ограниченных возможностей. Родители, воспитывающие детей без ограниченных возможностей, показали результат выше по шкале «Контроль». Это можно объяснить состоянием в момент исследования, личностными особенностями, родительским отношением к детям с нарушениями в развитии, жизненной и личностной позицией семьи.

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с помощью t-критерия Стьюдента. Статистический анализ позволил выявить различия между соответствующими средними показателями изучаемых параметров в контрольной и экспериментальной группах по шкале «Принятие / Отвержение» ($t_{\text{прин./отвер.}} = 3,2$ $p \leq 0,05$).



Рис. 1. Распределение сравнительной характеристики родителей двух категорий

Таким образом, можно сделать вывод, что родители принимают своего ребенка со всеми его особенностями и проблемами.

В целях получения дополнительной информации о характеристиках семей, которые воспитывают детей с ограниченными возможностями, родителям была предложена социогамма «Моя семья», разработанная В. В. Ткачевой [2, с. 350].

Для большей наглядности полученные в ходе исследования данные отражены на рис. 2.

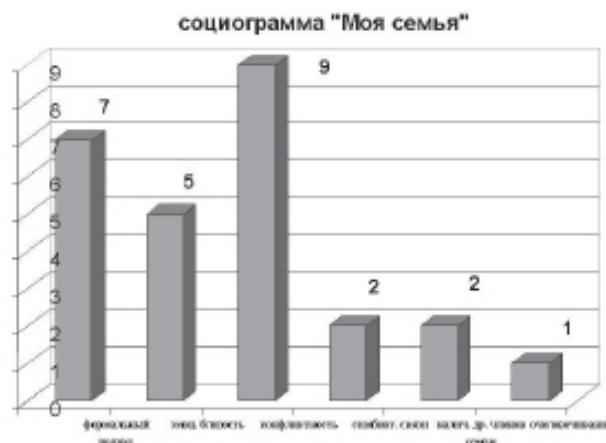


Рис. 2. Распределение семей, воспитывающих детей с особенностями в развитии, по результатам социогаммы «Моя семья»

Из представленного рисунка видно, что:

- 7 семей расположили кружки в линейном порядке, что свидетельствует о формальном подходе к испытанию или отсутствию теплых отношений в данных семьях;
- 5 семей расположили кружки на близком расстоянии друг от друга, что свидетельствует об эмоциональной близости в семье, хороших взаимоотношениях и об отсутствии конфликтов;
- 9 семей расположили кружки на расстоянии друг от друга, что объясняется эмоциональной отверженностью и конфликтностью в данных семьях;
- 2 семьи расположили круг в круге, что свидетельствует о наличии тенденции в данных семьях к симбиотическим связям и недифференцированности «Я»;

- 2 семьи указали других значимых лиц, то есть в воспитании ребенка принимают участие ближайшие родственники;

- 1 семья в кружок поместила лицо члена семьи, таким образом, формальная схема приобрела семейный характер.

Опираясь на результаты, полученные в ходе исследования, можно отметить, что родительское отношение в семьях, которые воспитывают детей с ограниченными возможностями, незначительно отличается от родительского отношения в семьях, воспитывающих здоровых детей. Данная особенность объясняется тем, что в каждой семье используются различные стили воспитания; в семьях сохраняется благоприятная атмосфера для воспитания детей и гармоничные семейные взаимоотношения. Социограмма «Моя семья» показывает, что в семьях, которые воспитывают детей с ограниченными возможностями наряду с принятием ребенка могут возникать конфликтные отношения в семьях. Это объясняется тем, что рождение ребенка с особенностями – психотравмирующая ситуация, в результате которой нарушаются взаимоотношения в семьях, изменяются семейные роли. В результате могут возникать специфические проблемы и супружеские конфликты.

Литература

1. Зыгманова, И. В. Особенности родительско-детских отношений в семье, воспитывающей ребенка с интеллектуальной недостаточностью / И. В. Зыгманова // Современная семья и проблемы семейного воспитания: сб. материал. Междунар. науч.-практ. конф. : в 2 ч., Могилев, 19–20 мар. 2008 г. / – Могилев : УО «МГУ им. А. А. Кулешова, 2008. – Ч. 2. – С. 310.

2. Шапарь, В. Б. Практическая психология. Психодиагностика отношений между родителями и детьми / В. Б. Шапарь. – Феникс, 2006. – 352 с.

3. Левченко, И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – Россия, 2008. – 240 с.

РОЛЕВАЯ ИГРА КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОГО СЕМЕЙНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А. В. Прилепина, магистрант ГИУСТ БГУ

Научный руководитель:

кандидат психологических наук,

доцент А. А. Аладьин (ГИУСТ БГУ)

Диагностика семьи – постоянно присутствующий элемент в деятельности социального педагога. Учитывая сложность проблем, которые переживает современная семья, в настоящее время необходимо

перейти от единичных диагностических процедур к осуществлению социально-педагогического мониторинга семьи. Важную роль в его осуществлении играет умение социального педагога адекватно выбрать методы диагностики и систематизировать полученные результаты.

Семейное неблагополучие является одной из серьезных проблем и находится в поле научных интересов как социальных педагогов, так и социальных психологов. Тем не менее предметом научного анализа эта проблема стала относительно недавно. С учетом доминирующих факторов неблагополучные семьи условно делят на две группы: семьи с явной (открытой) формой неблагополучия и внутренне неблагополучные (со скрытой формой неблагополучия). Отличительной особенностью семей второй группы является то, что взаимоотношения их членов на внешнем, социальном уровне производят благоприятное впечатление, а последствия неправильного воспитания на первый взгляд незаметны, но оказывают деструктивное влияние на личностное формирование детей. Особенностью неблагополучных семей такого рода является неосознанность родителями проблем и последствий социально-психологического характера, связанных с внутрисемейными отношениями, либо стремление их скрыть от общественности, что существенно затрудняет их выявление. Раннее диагностирование неблагополучия семьи является условием проведения эффективной коррекционной и реабилитационной работы с детьми на ранних стадиях дезадаптации [3, с. 34].

Разработка надежных средств диагностики детско-родительских отношений и семейного неблагополучия является актуальной проблемой современной психологии семьи. Одним из используемых диагностических средств в этой области может служить диагностика в игровой форме. Различные виды режиссерских, драматизирующих игр, тесты с игрушками, построенные на использовании марионеток, кукол и небольших игровых предметов, достаточно распространены в проективном тестировании (А. Фрейд, Г. Л. Лэндред, С. Миллер, В. Оклендер, А. С. Спиваковская, Эльконин и др.) [3, с. 33]. Однако в социальной работе игры используются в основном в качестве обучающих методик, направленных на формирование и развитие определенных личностных качеств, умений, навыков. В то же время диагностическому потенциалу игровых методик уделяется недостаточное внимание. Кроме того, несмотря на широту применения, недостаточно разработаны научно обоснованные критерии проведения игровых диагностических процедур и надежной фиксации результатов.

Направленная ролевая игра может стать валидным средством выявления скрытого семейного неблагополучия. Через речь и невербальные прояв-