Копосова Е. В., Новикова Н. Ю.

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, В УСЛОВИЯХ ВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

СПб ГБУ социальный приют для детей «Транзит» является реабилитационным центром для иногородних детей и подростков в возрасте от 3 до 18 лет, поступающих по направлению органов МВД и органов опеки и попечительства города Санкт-Петербурга, обычно детей задерживают за бродяжничество, попрошайничество, за проживание на чердаках, в подвалах и заброшенных домах. Некоторые приходят сами из-за конфликтов в семье.

В большинстве случаев, воспитанники приюта — это дети, самовольно ушедшие из семей, детских домов, интернатов и других учреждений для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей с территории РФ и стран СНГ, дети, оказавшиеся без попечения родителей в Санкт-Петербурге, не имеющие средств к существованию, постоянного места жительства, утратившие семейные, родственные и иные позитивные связи, подвергшиеся любым формам насилия, а также подкинутые или заблудившиеся.

Одной из многих проблем, с которой сталкиваются педагоги-психологи, работающие в данном учреждении является проблема насилия над ребенком. Дети, поступающие в наше учреждение, находятся в состояние переживания психологического кризиса, вызванного жестоким с ними обращением. Насилие, совершенное по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к самым тяжелым психологическим травмам, а в случае сексуального насилия, как правило, приводит к посттравматическому синдрому. Нарушения, возникающие вследствие насилия, затрагивают все жизненные сферы ребенка. Это препятствует самореализации ребенка в будущем, ведет к деструктивному поведению — ранняя алкоголизация, наркотизация, непроизвольное воспроизведение травматических действий в поведении, аутоагрессивное поведение (самоистязания, суицид, беспорядочная половая жизнь и т. п.). Поэтому одним из важных факторов помогающих ребенку пережить травму насилия, является наличие родительской поддержки. К сожалению, дети, находящиеся в учреждении типа приюта «Транзит», лишены этого фактора, что осложняет и без того трудный процесс реабилитации. Следовательно при работе с детьми в учреждении, необходимо отбирать методы психолого-педагогической поддержки (с учетом возраста), позволяющие оказать помощь ребенку в условиях краткосрочного пребывания в учреждении.

Например, *арт–терапия.* Рисунки детей служат потенциальными индикаторами насилия, что может помочь специалисту определить, имело ли оно место. Доказаны преимущества арт–терапевтической работы с детьми и взрослыми, подвергшимися насилию или имеющие какой-либо другой травматический опыт. В процессе рисования удается наблюдать драматические события как бы со стороны, отвлеченно. Для этого используются техники графического моделирования ситуаций, рассказы в картинках, ретроспективный обзор работ, сочинение историй, стимульное рисование. В арт–терапии диагностический и собственно терапевтические процессы протекают одновременно посредством увлекательного спонтанного творчества. Именно спонтанная изобразительная деятельность для ребенка наиболее естественна, интересна, приятна. В результате, легче

устанавливаются эмоциональные, доверительные отношения между педагогом-психологом и несовершеннолетним. Это особенно важно, если воспитанник переживает сильную тревогу и напряжение. По мере того, как ребенок предает свой эмоциональный опыт в изобразительном творчестве, он очень часто становится способным описывать его в словах. Характерно, что арт–терапия дает человеку возможность одновременно выступать в качестве «свидетеля» и «непосредственного участника» изобразительного процесса, проводить рефлексию своего травматического опыта, «переводя» информацию о нем с эмоционального на когнитивный уровень. Рисунок, в сравнении с вербальным языком, открыто и искренне передает смысл изображенного. Рисунок для детей не искусство, а речь. Выражая, таким образом, свои чувства, ребенок постепенно освобождается от страхов, и пережитое не развивается в психическую травму. Здесь нет категорий «правильно-неправильно», «хорошо-плохо», что убирает напряжение и страх. Детям нравится рисовать «волшебными кисточками» — своими пальчиками можно творить все, что угодно [Грегг М., 2003, Киселева М. В., 2006, Мухина В. С., 1981]

Игротерапия является основным методом работы с детьми от 2 до 12 лет вследствие ограниченного возрастом когнитивного развития и способности вербализовать свои мысли и чувства. Игра — это неотъемлемая часть жизни детей, которая представляет собой средство обучения общественным правилам, а также способ установления отношений с окружающими людьми. По результатам исследований, игровая деятельность детей, переживших насилие, как правило, примитивна и хаотична, что отражает поведенческие проблемы; также эти дети чувствуют себя бессильными повлиять на поведение окружающих. Следовательно, именно посредством организации игровой деятельности педагог-психолог учреждения обучает ребенка контролировать свои импульсы и поддерживать социально-одобряемое взаимодействие с взрослыми. С помощью игры дети способны выразить свои чувства и переживания; проиграть, т. е. вновь пережить и, следовательно, отработать травматическую ситуацию насилия; наконец, позволить проявить себя в безопасной, комфортной обстановке. Дети, которые не испытали насилия, воспроизводят в игре свою повседневную жизнь. Дети, пережившее сексуальное насилие, часто ведут себя следующим образом: они раздевают кукол, разглядывают между ног, делают сексуальные замечания, кладут их вместе в кровать, проигрывают сексуальные роли. Обе группы детей играют так, как это происходило и происходит с ними на самом деле. Игры с куклами можно рассматривать как диагностическое и терапевтическое средство одновременно. С помощью кукол дети выражают запрещенные чувства и говорят о своих внутренних конфликтах [Костина Л. М., 2001, Лебедева Т. Г., Новикова Н. Ю., Сошникова И. Г., 2010, Оклендер В., 1997].

Доверительная беседа способствует формированию межличностных отношений между психологом и несовершеннолетним-воспитанником учреждения. Данный стиль коммуникации основан на открытом обсуждении темы с использованием техник активного слушания, «отражения чувств», безусловного и безоценочного принятия [Лебедева Т. Г., Новикова Н. Ю., Сошникова И. Г., 2010].

Когнитивная психотерапия — это подход, предназначенный для изменения умственных образов, мыслей и мыслительных паттернов с тем, чтобы помочь человеку в преодолении эмоциональных и поведенческих проблем. Центральная категория когнитивной психотерапии — это мышление в широком смысле слова. У такого человека в голове постоянно мелькают мысли типа «не справлюсь», «не способен», «опозорюсь», «подведу» и т. д. При этом данные мысли и убеждения

могут находиться в прямом противоречии с его реальными возможностями и способностями. Однако именно они определяют его поведение и результаты деятельности. Таким образом, терапия потерпевших-несовершеннолетних состоит в помощи ребенку в распознавании своей склонности к негативному восприятию окружающего мира. Этот шаг делается для того, чтобы в последующем появилась возможность трансформировать негативное восприятие реальности в более позитивную форму [Лебедева Т. Г., Новикова Н. Ю., Сошникова И. Г., 2010].

Представленные в статье методы, конечно, не являются полным перечнем, в своей работе специалисты учреждения используют также: сказкотерапию, релаксацию и визуализацию, когнитивную психотерапию, поведенческую психотерапию и пр. методы.

Курбанова А. О., Кыдырмоллаева Э. К.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В УСЛУГАХ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В ОКАЗАНИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В КАЗАХСКОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ИНСТИТУТЕ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ

Актуальность исследования: «По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения, заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 года во всем мире увеличатся в 1,5–2 раза. Аналогичная тенденция роста заболеваемости раком характерна и для Республики Казахстан, учитывая рост благосостояния и продолжительности жизни населения, а также увеличение выявляемости злокачественных новообразований с внедрением программ ранней диагностики. Ежегодно от рака умирает порядка 17000 человек, из которых 42 % — лица трудоспособного возраста». Рост онкологических заболевании, которые являются важной причиной инвалидности и преждевременной смертности, серьезно влияют на показатель продолжительности и качества жизни [Нургазиев К. Ш., 2012 г.].

В Казахском Научно-Исследовательском Институте Онкологии и Радиологии уделяется значительное внимание к комплексному подходу при оказании онкологической помощи, учитывая психологические особенности и социальное положение онкологического больного. Государственная политика создала предпосылки к формированию современной модели онкологической помощи, ориентированной на пациента, определяемой как координированная, интегрированная, комплексная и непрерывная помощь, доступная для всех. Поставлена задача многопрофильного подхода в лечении онкологических больных, в рамках которого возрастает роль психолога и социального работника. Поэтому данное исследование является актуальным на момент его проведения [Холостовой Е. И. 2003 г., Роберт Дж. и соавторы 1992 г.].

Цель исследования: Выявления и анализ потребности пациентов в социальной помощи во время лечения в Казахском Научно-Исследовательском Институте Онкологии и Радиологии.

Материал исследования в данном исследовании участвовали 114 респондентов, из которых 57 респондентов, проходят лечение в Казахском

Научно-Исследовательском Институте Онкологии и Радиологии и 57 респондентов «условно здоровые люди». Вид выборки — случайный. Год исследования — 2015.

Нами был разработан опросник для выявления социальных проблем, возникающих в связи с онкологическим заболеванием, в котором были затронуты вопросы: 1. Трудности по оформлению инвалидности; 2. Проблемы при транспортировке больных; 3.Финансовые трудности, связанные с оформлением пособии; 4. Проблемы трудоустройства; 5. Необходимость информации о льготах для инвалидов.

Метод исследования:

- социологический опрос;
- статистический метод.

Результаты исследования были обработаны программой SPSS Statistic 17 методом Стьюдента. Результаты достоверны и показали, что у онкологических больных пациентов возникают следующие проблемы в связи с онкологическим заболеванием:

- трудности по оформлению инвалидности — 26 %, достоверность составляет $p \leq 0,1$
- проблемы при транспортировке больных — 7 %, достоверность составляет $p \leq 0,1$
- финансовые трудности, связанные с оформлением пособий –7 %, достоверность составляет $p \leq 0,1$
- проблемы трудоустройства 3,5 %, достоверность составляет $p \leq 0,1$
- необходимость информации о льготах для инвалидов 3,5 %, достоверность составляет $p \leq 0,1$

Выводы: Для решения проблем, возникающих в связи с онкологическим заболеванием, требуется проведение семинаров и тренингов с пациентами, направленных на информирование пациентов об алгоритме прохождения постановки инвалидности. Разработка алгоритма взаимодействия социальных работников, врача-онколога в онкологических диспансерах, поликлиниках в регионах. Разработка информационных брошюр для пациентов о льготах по инвалидности; также усовершенствование данной отрасли, так как мировой опыт в сфере онкологии показывает, что мульти дисциплинарная работа врача, психолога и социального работника является самой оптимальной формой обеспечения эффективного лечения, психологического комфорта и социального благополучия пациентов с онкологическими заболеваниями.

Кыдырмоллаева Э. К.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Состояние здоровья населения — индикатор, по которому определяется уровень социального благополучия общества. По своей социальной значимости здоровье взрослых и детей в обществе, их надлежащая социальная защита, создание благоприятных условий жизнедеятельности, являются ключевыми задачами национального развития, так и обязательным условием демократического