Оглавление

Введение

Глава 1. Нормативное течение жизненного цикла семьи

.1 Жизненный цикл семьи

.2 Возможные кризисы в жизненном цикле семьи

.3 Ненормативные кризисы, связанные с болезнью или утратой ребенка

Глава 2. Трудности семей в кризисных ситуациях

.1 Проблемы семей с тяжело больным ребенком или переживших утрату ребенка

.2 Описание и результаты исследования

Заключение

Список литературы

Введение

Актуальность темы исследования:

Последние десятилетия ХХ и начало ХХI века свидетельствуют о беспрецедентном глобальном кризисе института семьи. «В большинстве развитых стран рождаемость упала значительно ниже уровня простого воспроизводства населения. Депопуляция стала новой реальностью мира. Массовое уклонение от брака столь же очевидно: брак или замещается сожительством или отвергается вообще разнообразием форм домохозяйства. А для тех, кто все же вступает в брак, развод все чаще становится привычным исходом. По данным многочисленных социологических исследований, все меньшее число детей воспитывается родителями в полноценной семье - наилучшей среде для содержания и воспитания в подобной ситуации оказывается теперь меньшинство детей». Изучение причин снижения рождаемости очень актуально в последнее время, особенно в России, где демографическая ситуация определяется как кризисная и даже критичная, не обеспечивающая воспроизводство населения страны.

Изменения, происходящие в современном российском обществе и семье, требуют новых адекватных подходов к исследованию и урегулированию семейных трудностей как актуальной социальной проблемы. Как отмечает Маргарита Вдовина: «Стратегии развития России тесно связаны с состоянием семьи».

Но нельзя упускать из внимания, что проблемы семей не ограничиваются лишь демографическими. В настоящее время у специалистов отмечается высокий интерес к проблеме оказания психологической помощи семье, находящейся в кризисном состоянии. Во многом это обусловлено тем, что неуклонно увеличивается число разводов и неполных семей, возрастают масштабы таких явлений, как социальное сиротство, пьянство и наркомания среди подростков, ранние беременности, жестокое обращение с детьми. Ситуация усугубляется еще и тем, что есть семьи, столкнувшиеся с тяжелым заболеванием ребенка либо с его смертью. Наличие тяжелобольного человека является нелегким испытанием для всей семьи. Болезнь одного из членов семьи сопровождается нарастанием эмоционального напряжения в семье и физической нагрузки у отдельных ее членов. Смерть ребенка, особенно для молодой семьи, это всегда психологическая травма, справиться с которой многие не способны самостоятельно. В таких случаях все более активной становится потребность семьи в профессиональной психологической помощи. С ослаблением института семьи, слабеет и внутрисемейная помощь, людям приходится искать поддержку у «профессионалов» разных видов: психологов, психотерапевтов, социальных психологов и педагогов, собесов, работников центров семьи и т.д. В обществе ждут помощи от этих структур, но они развиты плохо.

О психологическом климате семьи и способах его улучшения написано много литературы. Зависимость семейной атмосферы от условий жизни, социального положения семьи, социально-экономического положения страны уже вполне изучена и доказана. Однако практически нет данных о проведенных исследованиях эмоционального, экономического, социального положения семей, имеющих детей с тяжелыми заболеваниями и семей, потерявших ребенка. Чтоб знать, как помочь супругам справиться с этой тяжелой ситуацией, надо понять, каковы были их планы до трагедии, чего они хотят в дальнейшем, чего бояться и на что надеются? Абсолютное большинство родителей находится в репродуктивном возрасте, многими семьями к моменту заболевания ребенка еще не было рождено то число детей, которое они хотели бы, т.е. не была удовлетворена потребность в детях. Однако в большинстве случаев тяжелое заболевание или смерть ребенка оказывают существенное влияние не только на изменение репродуктивных планов семей, но и на дальнейшие жизненные стратегии во многих сферах. Тяжелейшая эмоциональная травма сильно сказывается на общем укладе семейных отношений, меняются цели и ценности, жизнь видится в темных тонах, и супруги впадают в уныние. Чтоб понять эту проблему в полном объеме необходимо изучать все возможные стрессовые ситуации в жизненном цикле семьи и способы их преодоления. Важно помочь супругам справиться с бедой, и вернуть радость жизни.

В отечественной литературе встречаются лишь единичные работы, в которых изучается эмоциональный климат семьи в контексте тяжелого заболевания у ребенка, либо его смерти. Не в полной мере разработана также стратегия эффективной медико-социальной и психологической помощи таким семьям.

Объект исследования: Объектом исследования является семья, имеющая ребенка с тяжелым заболеванием и семья, пережившая смерть ребенка.

Предмет исследования: Предметом исследования являются стратегии эмоционального и социального поведения семей, имеющих детей с тяжелыми заболеваниями или потерявших ребенка.

Цель исследования:

Целью данной работы является изучение особенностей эмоционального переживания и способов преодоления стрессовых ситуаций, возникающих в семьях, имеющих ребенка с тяжелым заболеванием, а также семей, переживших смерть ребенка.

Задачи исследования:

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

. Исследовать эмоциональное поведение семей, имеющих детей с тяжелыми заболеваниями, а также семей, переживших смерть ребенка.

. Изучить факторы, определяющие социальное поведение семей, имеющих детей с тяжелыми заболеваниями, и семей, переживших смерть ребенка.

. Выделить способы выхода из кризисной ситуации, выработанные в семьях, имеющих детей с тяжелыми заболеваниями, и в семьях, переживших смерть ребенка.

. Выработать рекомендации по психолого-медико-социальному сопровождению семей, имеющих детей с тяжелыми заболеваниями, и семей потерявших ребенка.

Научная значимость:

Научная значимость работы определяется тем, что впервые социологически осмыслены изменения поведения семей, имеющих детей с тяжелыми медицинскими заболеваниями.

Изучение ценностно-мотивационной детерминации эмоционального поведения родителей в острый период заболевания у ребенка, в период ремиссии, после утраты. Это служит обоснованием выбора направления и методов социально-психологической работы с данной категорией семей.

Практическая значимость:

На основании проведенного исследования будут разрабатываться методические рекомендации для семей, имеющих ребенка с тяжелыми медицинскими заболеваниями и семей, потерявших ребенка.

Глава 1. Нормативное течение жизненного цикла семьи

.1 Жизненный цикл семьи

Определение понятий «стресса» и «семейного кризиса» в социологии и психологии

Семья играет огромную роль как в жизни отдельной личности, так и всего общества. В последнее время в отечественной и зарубежной литературе все больше внимания уделяется исследованиям семьи и семейных отношений. Изучаются самые различные ее характеристики и происходящие в ней процессы - удовлетворенность супругов браком, структура семейных ролей, распределение власти, отношения поколений и т.д. Но в таких работах довольно часто упоминается и достаточно редко учитывается, что семья - это достаточно динамическое образование, в ходе существования которого можно выделить различные периоды.

На различных этапах жизнедеятельности семьи существует вероятность различного рода нарушений как ее функций, так и структуры. При этом важной научно-практической задачей является помощь семьям в стрессовых ситуациях.

Семья, будучи одним из важнейших элементов социальной структуры, в современной отечественной социологии рассматривается как основанная на единой общесемейной деятельности общность людей, связанных узами супружества-родительства-родства. Так же, семья - это основанное на браке или кровном родстве объединение людей, связанных общностью быта и взаимной ответственностью.

С точки зрения социологии семьи внимание необходимо концентрировать на семье как целостной автономии, как единстве взаимодополняющих друг друга социокультурных ролей, и что наиболее важно, на семье как целостности, сохраняющейся с течением времени и при чередовании событий, видоизменяющих семейную структуру.

В процессе развития семейно-брачных отношений психологи выделяют периоды «спада в отношениях», которые характеризуются нарастанием чувства неудовлетворенности друг другом, у супругов обнаруживаются расхождения во взглядах, учащаются ссоры, возникает молчаливый протест, ощущение обманутых надежд и упреки.

Подобные периоды получили название кризисных ситуаций в браке. Кризис - нарушение состояния равновесия системы, резкий, крутой перелом в чем-нибудь, тяжелое переходное состояние, острое затруднение в чем-либо.

Таким образом, кризис - это ситуация столкновения с препятствием в реализации важнейших жизненных целей, когда невозможно справится с ней с помощью привычных средств. Не менее важным является понятие стресса. Известный канадский биолог и врач, эндокринолог Ганс Селье впервые сформулировал понятие стресса как: «неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему требование». Стресс составляет важную часть нашей повседневной жизни. Потенциально же опасным для психического и физического здоровья человека является слишком продолжительный, хронический стресс, который затрудняет адаптацию к постоянно изменяющимся условиям среды обитания. Представляется, что данные определения понятий «кризис» и «стресс» вполне применимы в рамках социологии семьи и могут использоваться как тождественные родственные, близкие понятия. Под семейным кризисом понимается «состояние семейной системы, характеризующееся нарушением гомеостатических процессов, приводящих к фрустрации привычных способов функционирования семьи и невозможности справиться с новой ситуацией, используя старые модели поведения». В семейном кризисе выделяются две возможные линии дальнейшего развития семьи:

. Деструктивная, ведущая к нарушению семейных отношений и содержащая опасность для их существования.

. Конструктивная, заключающая в себе потенциальную возможность перехода семьи на новый уровень функционирования.

Следует исходить из того, что жизнь сама по себе трудна, т.е. связана с постоянным преодолением тех или иных препятствий. В одних случаях трудности оказывают мобилизующее, интегрирующее воздействие; в других, напротив, ведут к нарастанию противоречий, ослабляют семью. В таких ситуациях очень важно влияние латентного нарушения функционирования семьи, которое в обычных условиях не оказывает значительного негативного воздействия на ее жизнь, но играет значительную роль при попадании семьи в трудные условия.

«В семьях, где латентных нарушений нет или они минимальны, оказываются возможными мобилизация семьи, усиление ее сплочения, активизация совместных действий. В семьях, имеющих такие нарушения, это трудноосуществимо».

Сама жизнь неизбежно связана с определенным усилием, неравным напряжением, какими-то препятствиями, сложностями, значительными затратами физических и психических сил. Поэтому, когда мы анализируем проблемы семьи, для нас особенно важным является способность и умение супругов преодолевать различные жизненные трудности. С психологической точки зрения речь идет о стрессоустойчивости человека и семьи в целом.

Жизненный цикл семьи Следующим понятием, которое описывает эволюционные процессы в семье, является жизненный цикл семьи. Он представляет собой последовательность этапов, которые проходит любая семья в своем развитии. При определении работы с семьей представление о жизненном цикле имеет большое значение.

Как отмечает профессор А.И. Антонов: «Законы смены стадий семейного цикла жизни, сокращения длительности цикла нуклеарной семьи - это первичный интерес социологии к семье как к малой группе».

Подобно тому как существует возраст человека, можно говорить и о возрасте определенной семьи, проходящей на протяжении своего существования различные стадии. Термин «цикл развития семьи» был использован впервые в 1948 г. Э. Дювалль и Р. Хилом на национальной общеамериканской конференции по семейной жизни. Основным признаком разграничения стадий являлся факт наличия или отсутствия детей в семье и их возраст. «На основании этой характеристики были выделены следующие стадии семейного цикла:

. формирующая семья, супруги женаты менее пяти лет, детей нет;

. детородящая семья, возраст старшего ребенка до 2 лет 11 месяцев;

. семья с детьми дошкольниками, старшему ребенку от 3 до 5 лет 11 месяцев;

. семья с детьми школьниками, старшему ребенку от 6 до 12 лет 11 месяцев;

. семья с детьми подростками, старшему от 13 лет до 20 лет 11 месяцев;

. семья, «отправляющая» детей в жизнь;

. супруги зрелого возраста;

. стареющая семья, от момента ухода супругов на покой до смерти одного из них».

В дальнейшем появилось большое число различных периодизаций семейного цикла - психологических, социологических, демографических и т.д. Так же можно выделить периодизацию Э.К. Васильевой, которая в нашей стране получила большую известность. «Она выделяет пять стадий цикла:

) зарождение семьи, с момента заключения брака до рождения первого ребенка;

) рождение и воспитание детей, эта стадия оканчивается с началом трудовой деятельности хотя бы одного ребенка;

) окончание выполнения семьей воспитательной функции, это период с начала трудовой деятельности первого ребенка до того момента, когда на попечении родителей не останется ни одного из детей;

) дети живут с родителями и хотя бы один из них не имеет собственной семьи;

) супруги живут одни или с детьми, имеющими собственные семьи».

И. А. Герасимова рассматривает четыре этапа семейного цикла:

. период роста семьи от образования брачной пары до последнего рождения;

. период стабильности от рождения последнего ребенка до выделения первого, ставшего взрослым, из семьи родителей;

. период зрелости, в течение которого все дети выделяются из семьи родителей;

. период «затухания» от момента выделения последнего из детей до смерти обоих супругов (последнего из них).

В принципе, признаков, которые можно учитывать при выделении стадий цикла развития семьи, очень много. Поэтому проблема периодизации семейного цикла остается далеко не решенной. Алешина Ю. Е. выделяет ряд причин для объяснения этой ситуации:

· Трудности в проведении и организации исследований семейного цикла;

· Многогранность происходящих изменений;

· Трудности, связанные с выделением самих стадий цикла;

· Сложности интерпретации данных;

· Проблемы, связанные с поиском респондентов, находящихся на последних стадиях цикла развития семьи, поскольку с каждой стадией число семей из-за разводов и смертности убывает;

· Теоретические проблемы, стоящие перед современной психологией семьи.

На сегодняшний день трудно предложить полное описание изменений, которые происходят в ходе жизненного цикла семьи, полученные данные слишком разрознены, касаются самых разных сторон семейной жизни, часто противоречивы или не сопоставимы, поскольку получены с помощью разных методик и различных схем периодизации цикла. Но бесспорно, что они многогранны. Как мы уже выяснили, семья в своем развитии проходит различные стадии, некоторые из них требуют существенных перестроек супружеских отношений в соответствии с новыми задачами, встающими перед семьей. Борисов И. Ю. условно называет эти стадии «кризисными» - к ним относятся, например, периоды после рождения ребенка, начало обучения ребенка в школе. По мнению ученого, в такие периоды «более жесткое распределение ролей способствует более эффективному функционированию семьи в целом».

Смена стадий жизненного цикла семьи представляет собой проблемы в развитии семейной системы, то есть кризисы, переживаемые каждой семьей, содержание которых - в разрешении противоречий между новыми задачами, встающими перед семьей, и характером взаимодействия и общения между членами семьи.

Даже на протяжении жизни одного поколения структура семьи на разных стадиях различна. Одна структура семьи характерна для периода предшествующего появлению детей, другая - для периода после рождения первого ребенка, третья - для периода, когда родители в расцвете сил, а дети достигают подросткового возраста, и четвертая - для периода старения родителей, взросления детей, создания ими собственной семьи и обретения полной самостоятельности. На протяжении всех этапов жизни семьи ее эмоциональное единство подвержено воздействию как внешних, так и внутренних факторов. Для жизни семьи характерны критические моменты, которые могут привести к укреплению или ослаблению семейных уз. Каждый переход от одной стадии жизненного цикла к другой ставит перед семьей новые цели и задачи и требует структурно-функциональной перестройки, включая изменение в иерархии функций семьи, решение вопроса о главенстве и лидерстве и распределение ролей. Успешность разрешения кризисов перехода обеспечивает эффективное функционирование семьи и ее гармоничное развитие.

Итак, на протяжении всего жизненного цикла семья сталкивается с различными трудностями и неблагоприятными условиями - болезни, жилищно-бытовые неудобства, конфликты с социальным окружением, последствия широких социальных процессов (социальные кризисы, войны и т. п.). Все это приводит к тому, что перед семьей возникают непростые проблемы, которые могут отрицательно сказаться на ее жизни.

Трудности такого рода и их последствия вызывают значительный интерес социологов, психологов, психиатров. Можно выделить два направления исследований в этой области. Первое - исследование семьи в условиях трудностей, возникших в силу неблагоприятного воздействия социальных процессов: войн, экономических кризисов, стихийных бедствий и т. п. Второе - изучение «нормативных стрессоров» - трудностей, встречающихся в обычных условиях, связанных с прохождением семьи через основные этапы жизненного цикла, а также возникающих, когда что-то нарушает жизнь семьи: длительная разлука, развод, смерть одного из членов семьи, тяжелое заболевание и т. д. Все эти обстоятельства приводят к многочисленным сложным последствиям - к проявлениям нарушений в жизни семьи. Тут важно выделить два момента: с одной стороны, нарастание конфликтности взаимоотношений, снижение удовлетворенности семейной жизнью, ослабление сплоченности семьи; с другой - умножение усилий членов семьи, направленных на ее сохранение, и возрастание сопротивления трудностям. Все вышесказанное свидетельствует о важности изучения семейного цикла как с целью теоретического осмысления функционирования семьи, так и для практической работы в данной области - консультирование, психологическая помощь семьям, техники семейной терапии и т.д.

.2 Возможные кризисы в жизненном цикле семьи

Понятие нормативного семейного кризиса

Термин «жизненный цикл семьи» напрямую связан с понятием «нормативный кризис», так как во время переходных периодов перед членами семьи встают новые задачи, которые требуют существенной перестройки их взаимоотношений. «Чтобы перейти на новую ступень своего развития, семье необходимо совершить изменения в своей структурной организации, адаптироваться к текущей ситуации и выработать свой новый образ». В точке перехода периоды стабилизации сменяются кризисными периодами, успешность прохождения которых влияет на функционирование семьи на новых этапах. В такие моменты способы достижения целей, которые использовались ранее в семье, уже не могут быть эффективными при удовлетворении возникших у ее членов новых потребностей.

Каждый новый этап влечет за собой изменения всех основных параметров структуры семьи. Многие семьи успешно преодолевают эту ситуацию, перестраиваясь и адаптируясь к новым условиям, что влечет за собой личностный рост членов семьи. Но в случае неудачи, решение последующего периода жизненного цикла семьи затрудняется, что может усугубить прохождение очередного нормативного кризиса (см. табл. 1).

Выйти из кризиса можно установив новые отношения между членами семьи, приняв новые роли, новый уровень взаимопонимания и взаимодействия. В противном случае (при попытке сохранить прежний тип взаимодействий), выход из кризиса будет сопровождаться нарастанием степени эмоционального отчуждения и нарушением внутрисемейных отношений. Таким образом, семья в своем развитии проходит ряд этапов, каждый из которых заключает в себе как кризисы, так и возможности личностного роста членов семьи и развития семейной системы в целом.

Таблица 1 Динамика отношений в семье (интегрированная периодизация жизненного цикла семьи)

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы и кризисные периоды жизненного цикла семьи | Задачи развития семьи |
| Период ухаживания |
|  | Формирование идентичности. Дифференциация от родительской семьи и достижение эмоциональной и финансовой независимости от родителей. Обретение молодым человеком адекватного возрасту статуса. Развитие навыков ухаживания и привлечения партнера. |
| Кризис 1. Принятие на себя супружеских обязательств | Адаптация супругов к семейной жизни и друг к другу: Установление внутренних границ семьи и границ общения с друзьями и родственниками. Разрешение конфликта между личными и семейными потребностями. Установление оптимального баланса близости/отдаленности. Решение проблемы семейной иерархии и областей ответственности. Достижение сексуальной гармонии (сексуальная адаптация). Решение жилищных проблем и приобретение собственного имущества. |
| Молодая семья |
| Кризис 2. Освоение супругами родительских ролей и принятие факта появления в семье новой личности | Реорганизация семьи для выполнения новых задач: Уход за маленьким ребенком. Перестройка структуры семьи в связи с появлением ребенка. Адаптация к длительному периоду ухода за ребенком. Поощрение роста ребенка и обеспечение его безопасности и родительского авторитета. Согласование личных и семейных целей. |
| Семья ребенка дошкольника и младшего школьника |
| Кризис 3. Включение детей во внешние социальные структуры (детский сад, школа) | Реорганизация семьи для выполнения новых задач: Перераспределение обязанностей в семье в связи с поступлением ребенка в детский сад или школу. Проявление участия при наличии проблем с выполнением режимных моментов, дисциплиной, учебой и др. Распределение обязанностей по помощи ребенку при подготовке домашних заданий. |
| Семья подростка |
| Кризис 4. Принятие факта вступления ребенка в подростковый период, экспериментирование с его независимостью | Реорганизация семьи для выполнения новых задач: Перераспределение автономии и контроля между родителями и детьми. Изменение типа родительского поведения и ролей. Подготовка к уходу подростка из дома. |
| Фаза, в которой выросшие дети покидают дом |
| Кризис 5. Выросший ребенок покидает дом | Реорганизация семьи для выполнения новых задач: Сепарация ребенка от семьи. Корректный уход из дома. Поступление в учебное заведение, на военную или иную службу. |
| Семья, в основном выполнившая свою родительскую функцию («опустевшее гнездо») |
| Кризис 6. Супруги вновь остаются вдвоем | Реорганизация семьи для выполнения новых задач: Пересмотр супружеских взаимоотношений. Перераспределение обязанностей и времени. Адаптация к уходу на пенсию. |
| Фаза, в которой кто-то из партнеров остается один после смерти другого |
| Кризис 7. Принятие факта смерти одного из супругов | Реорганизация семьи: Адаптация овдовевшего партнера к одиночеству. Поиск новых связей с семьей. Принятие ухода и помощи от членов семьи или социального окружения. |

Выделяют несколько групп трудностей, с которыми сталкивается семья: 1. Связанные с резкой сменой образа жизни семьи (жизненного стереотипа) - психологические трудности, возникающие при переходе от одного этапа жизненного цикла к другому. Такие переходы, как правило, сопровождаются довольно резким изменением образа жизни семьи. 2. Связанные с суммированием трудностей, их «наложением» друг на друга - необходимость практически одновременного решения ряда проблем.

По источнику возникновения семейные трудности можно разделить на:

· Связанные с этапами жизненного цикла семьи;

· Обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла;

· Ситуационные воздействия на семью (война, землетрясение, перестройка).

«Через все этапы жизненного цикла проходят «нормативные стрессоры» - обычные трудности, которые в более или менее острой форме переживают все семьи: на первом этапе жизни - сложности взаимного психологического приспособления; конфликты, возникающие при формировании взаимоотношений с родственниками при решении жилищной проблемы; на втором - задачи воспитания и ухода за ребенком, ведения трудоемкого домашнего хозяйства». Сочетание такого рода трудностей в определенные моменты жизненного цикла семьи приводит к семейным кризисам.

Особое значение имеет группа острых трудностей, примером может служить известие о супружеской измене, внезапное изменение в судьбе и социальном статусе, внезапное и сильное заболевание, смерть одного из членов семьи.

Паулина Дж. Босс рассматривает нормативный семейный стресс с позиции изменения семейных границ в течение жизни. С ее точки зрения, «неразрешимость неопределенности границ удерживает семью на высоком уровне стресса, блокируя восстановительную энергию, используемую для реорганизации и создания новых уровней организации». Все семьи переживают стресс - перемены, которые происходят в различное время на протяжении жизненного цикла семьи, очевидным остается и то, что некоторые семьи преодолевают стресс, связанный с изменением состава членов семьи гораздо быстрее, чем остальные. По мнению ученой, в любой семье стресс продолжает сохраняться до тех пор, пока не будет четко определен состав членов и не произойдет реорганизация системы, учитывающая: во-первых, кто и какие роли и задания исполняет в данной системе; во-вторых, как члены семьи воспринимают отсутствующего члена. Так или иначе, нормативный стресс в семьях возникает всегда, когда из семейной системы устраняется или добавляется какой-либо компонент.

Понятие ненормативного семейного кризиса

Наряду с нормативными кризисами - трудностями, связанными с прохождением семьей основных этапов жизненного цикла, - семейная система может переживать и ненормативные кризисы.

«Ненормативный семейный кризис - это кризис, возникновение которого потенциально возможно на любом этапе жизненного цикла семьи и связано с переживанием негативных жизненных событий, определяемых как кризисные».

Значительную роль в психологическом воздействии этих трудностей играет фактор внезапности (семья оказывается не готова к событию), исключительности (такие события затрагивают не все семьи), ощущение беспомощности (неуверенность в безопасном будущем). Р. Хилл выделил три группы факторов, которые приводят к возникновению семейных кризисов:

. Внешние затруднения (отсутствие собственного жилья, работы и др.).

. Неожиданные события, стрессы (семья или один из ее членов становится жертвой террористического акта, автомобильной, железнодорожной или авиакатастрофы и др.).

. Внутренняя неспособность семьи адекватно оценить и пережить какое-либо семейное событие, рассматриваемое ею в качестве угрожающего, конфликтного или стрессового (серьезная болезнь или смерть одного из членов семьи, супружеская измена, развод и др.).

К признакам семейного кризисного события можно отнести:

· Сверхнормативность для данной семьи;

· Угрожающий функционированию семьи характер события;

· Резкое возрастание внутриличностной напряженности, кризисное состояние членов семьи;

· Возникновение межличностных конфликтов в семье, требующих их разрешения, и отсутствие у членов семьи опыта решения конфликта такого уровня;

· Истощение адаптационных ресурсов членов семьи;

· Прогрессирующие негативные изменения в семейной ситуации;

· Затруднения функционирования семьи в связи со столкновением с ситуациями, аналогичных которым не было в семейном опыте;

· Нарушение стереотипов поведения членов семьи.

Так или иначе, в любом ненормативном семейном кризисе можно увидеть взаимосвязанные компоненты:

) Кризисное событие.

) Восприятие и понимание членами семьи происходящего.

) Отношение членов семьи к данному событию и особенности его переживания ими.

) Изменения в семейной системе.

) Возможные индивидуальные и общесемейные способы выхода из кризиса.

Последствия воздействия трудностей на семью затрагивают различные сферы жизни семьи - нарушаются воспитательные функции семьи, супружеские отношения и т. п. Как правило, те или иные потребности оказываются неудовлетворенными, что существенно тормозит развитие личности, обусловливает возникновение нервно-психического напряжения, тревоги. Одним из наиболее важных (с точки зрения семейной психотерапии) последствий нарушений является их психотравмирующее действие - неблагоприятное воздействие на психическое здоровье индивида.

Остановимся на наиболее значимых ненормативных кризисах, которые могут возникнуть в жизненном цикле семьи. К ним относятся:

. Измена. Супружеская неверность, измена, адюльтер (фр. adultere; синоним - прелюбодеяние) рассматривается как вступление лица, состоящего в браке, в половую связь с лицом из других брачных пар или с одинокими мужчинами и женщинами. Она может носить как эпизодический, так и систематический характер. Измена, безусловно, влияет на супружеские отношения. Есть две точки зрения относительно этого влияния: согласно первой (традиционной) измена - опасная, разрушающая супружество ситуация; согласно второй, измена позволяет поддерживать умирающие супружеские взаимоотношения. Тем не менее, в большинстве случаев супружеская неверность угрожает целостности семьи как системы. Совпадая с нормативными семейными кризисами, она усугубляет их протекание. Несмотря на то, что измена возникает в супружеской диаде, ее последствия влияют на всю семью в целом, и могут нарушать не только отношения между супругами, но и детско-родительские взаимоотношения, что изменяет структуру семьи в целом.

. Развод. Под разводом понимают разрыв супружеских отношений в его юридическом, экономическом и психологическом аспектах, что влечет за собой реорганизацию семейной системы. Такое событие так же оказывает дестабилизирующее влияние на всю семейную систему, и обуславливается продолжительностью и болезненностью переживаний членов семьи. Сложность заключается в том, что психологические последствия расставания сохраняются даже спустя длительный период времени после прекращения отношений супругов. Так социальными последствиями развода являются напряженность и потеря привычных контактов, которая рождает чувство одиночества, страха и потери смысла жизни. Затрагивая всю семейную систему, развод тяжело переживается не только супругами, но и детьми. Детские переживания могут варьировать от вялой депрессии, апатии до резкого негативизма и демонстрирования несогласия с мнением родителей. Таким образом, развод переживается на уровне расширенной семьи и требует глобальной семейной реорганизации.

. Инцест. Термин происходит от латинского incestum, что означает «нечистый». В узком понимании термин определяется как сексуальный акт, в более широком - грубо отклоняющееся сексуальное поведение членов одной семьи. Законом предусмотрен ряд запретов на брак, в основу которых положен запрет на определенное проявление сексуального поведения. Первый из них - это запрет брака с близкими родственниками, к которым относятся родственники по прямой восходящей и нисходящей линии, а также между полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами. Запрет на кровосмешение (инцест) имеет многовековую историю и направлен, в первую очередь, на охрану здоровья потомства и тем самым сохранение человечества от вырождения. Однако помимо этого запрет инцеста связан с необходимостью установления психологического барьера, не позволяющего рассматривать близкого родственника в качестве объекта сексуальных отношений. Инцест не всегда включает сексуальную связь, он может иметь только психологическое влияние, значение которого состоит в переживании жертвой чувства осуществляемого над ней насилия. Жертвой инцеста является ребенок или взрослый, по отношению к которому совершено:

физическое насилие с сексуальным подтекстом или непосредственно половой акт;

психологическое насилие, включающее моральное давление с сексуальным подтекстом; разговоры на сексуальные темы;

демонстрация сексуальных действий в присутствии объекта инцеста.

Инцест не типичен для хорошо функционирующих семей, он может возникать в семьях, для которых характерны нарушения сплоченности, ролевые дисфункции и нарушения внутренних границ семьи. В современном мире инцест считается преступлением, которое преследуется по закону.

. Так же сильные потрясения в жизненном цикле семьи вызывает тяжелая болезнь или смерть одного из членов семьи. Это серьезное испытание не только для самого больного, но и для всей семьи в целом. Характер и особенности этого кризиса мы подробно опишем в следующей главе на примере тяжелых заболеваний детей.

.3 Ненормативные кризисы, связанные с болезнью или утратой ребенка

Кризис вызванный психическим заболеванием ребенка

Любое серьезное заболевание, в том числе и психическое, одного из членов семьи оказывает неблагоприятное воздействие на всю семью. Оно проявляется в таких состояниях семьи как: нарастание нервно-психического напряжения в семье, отрицательное мотивационное воздействие личности и поведения больного на других членов семьи, нарушение семейных взаимоотношений, снижение социального статуса семьи в целом и ее членов, чувство вины, тревоги, неудовлетворенности в семье.

«Основные положения традиционного психоанализа, взгляды Салливена и близкие к ним идеи Мартина Бубера, а также положения теории «символического интеракционизма» социального психолога Дж. Мида явились отправной точкой для С. Ариети, по мнению которого нормальное развитие новорожденного гарантируется двумя основными состояниями: удовлетворения потребности и чувства безопасности». Приученный к тому, что взрослые делают только приятное, ребенок начинает доверять взрослым. Постепенно между родителями - «значимыми взрослыми» - и ребенком устанавливается взаимное доверие (в частности, взаимное доверие матери и ребенка), ребенок усваивает доверие взрослых и начинает верить себе («отраженное утверждение» по Салливену). Эта атмосфера - сначала «удовлетворение», затем «безопасность» - облегчает проникновение в ребенка символического мира других людей: отношений, чувств, значений исходящих от матери слов. Мартин Бубер ввел понятия «Я-Ты», соответствующие терминам Салливена «Мне-Тебе», что значит, что без окружающих и доверия к ним не может быть развития «Я» (не может быть «Я» без «Ты»). У будущего больного психическими заболеваниями, в частности шизофренией, семейная атмосфера такова, что процесс развития «Я» искажается с первых моментов жизни. Состояние удовлетворения и безопасности заменяется ситуацией напряжения и тревоги. Во многих случаях ребенок лишен удовлетворения своих потребностей (эмоциональная депривация) и чувства безопасности. «Ты» в семье «шизофреника» является носителем угрозы и тревоги. Так закладывается шизофреническое расщепление (постоянно проявляющееся неполное приятие «Ты» или социального «Я»), Это «Ты» имеет тенденцию оставаться неинтегрированным или диссоциированным, легко воплощающимся под воздействием стрессовых нагрузок в формы проекции и галлюцинации). Трудности в восприятии «Ты» проявляются у детей в аутизме. Неприятные образы окружающей действительности подавляются сознанием, но всегда с трудом и непрочно. Плохие образы, часто связанные с матерью, приобретая символические формы, всплывают в сознании. Образ собственного «Я» у больного шизофренией также лишен определенности из-за того, что больной чувствует себя отвергнутым обоими родителями и не может отождествить себя с кем-либо из них. Родители, замечая трудности ребенка, порождают вторичную тревогу, усугубляющую его болезненное состояние. Основными недостатками концепции Салливена-Ариети является схематизм и игнорирование биологических основ психических болезней.

Привлечение внимания к различным биологическим факторам, в том числе теоретическое допущение роли конституциональных предрасположений, прослеживается в близкой к позиции Салливена концепции К. Хорни и ее последователей (К. Нorney, 1945; 1952; S.Scheiner, 1957; J. Rubins, 1967, 1968; E. Kilpatrick, 1968), хотя она и отличается широтой подхода. Эта концепция базируется на четырех принципах: «холистическом», функциональном, динамическом и личностном.

«Холистический» принцип сводится к тому, что рассматривается личность в своей интегральной целостности, действующая в определенной среде и под воздействием всех внешних и внутренних факторов, влиявших и влияющих на нее.

Функциональный принцип рассматривает личность как сумму сформировавшихся привычек, поведенческих стереотипов, биологических и социальных потребностей, отношений к себе и окружающим, самооценок и других факторов.

Динамический принцип подразумевает, что каждый из вышеупомянутых элементов представляет собой силу, рожденную человеком и действующую на человека, вызывая ответные реакции, требуя либо действия, либо бездействия.

Личностный принцип - это универсальность и неповторимость бытия каждого больного. Определенные нарушения, в том числе конституциональные, межличностной сферы (например, в родительской семье) в сочетании с внутренней предрасположенностью порождают либо невротические, либо защитные реакции.

Признание единого патогенеза как для психозов, так и для болезненных изменений личности (неврозов, аффективных реакций, психопатий и психопатических развитий), идущее от традиционного психоанализа 3. Фрейда, прослеживается в концепциях и Салливена-Ариети, и Хорни. Справедливая критика этой теоретический ошибки была дана В. М. Морозовым (1961).

Работы 3. Фрейда, А. Мейера, X. Салливена, К. Хорни и С. Ариети, считающиеся в англо-американской психиатрии классическими, дали теоретический базис для многочисленных конкретных исследований семей психически больных. Эти исследования, обнаружившие многие ценные факты, в свою очередь вели далеко не всегда к убедительным теоретическим обобщениям. С другой стороны, конкретные исследования семей психически больных явились результатом осмысления тех данных, которые были накоплены с 30-х по 50-е гг. XX в. Именно в этот период появились исследования семейного окружения лиц, страдающих алкоголизмом, преступников, психопатов, больных различными психозами (J. P. Spiegel, N. W. Bell, 1959). Исследовались личностные особенности родителей, типы их взаимоотношений, причем поведению родителей в семье и их взаимодействию, придавалось гиперболизированное значение универсального и почти единственного этиологического фактора в возникновении шизофрении. Быливведены понятия «шизофреногенной матери» и«шизофреногенного отца».

Наиболее полно особенности взаимоотношений в семьях больных шизофренией отражены в исследованиях Т. Лидса и его сотрудников, которые проводились в психиатрической клинике Йельского университета. Семья, в которой формировалась личность будущего больного, отличалась тем, что родители не были способны дополнять друг друга и помогать друг другу. В такой семье отсутствовали способность принять общее решение, единство взглядов, взаимное доверие. Для «шизофреногенных семей» оказались характерными соперничество родителей, постоянные угрозы развода и привлечение ребенка на свою сторону в семейных конфликтах. Семья, как правило, распадалась на две враждующие фракции («супружеское расщепление»).

Другая ситуация, часто наблюдаемая в семьях больных шизофренией, о которой ранее упоминал Ариети, была обозначена Лидсом как «супружеский перекос» - комбинация властной, враждебной матери, которая подавляет потребность ребенка в самоутверждении, и зависимого, слабого, пассивного отца. Несколько реже встречалась противоположная ситуация: муж-тиран и зависимая от него слабохарактерная жена, неспособная, в силу своей несвободы, дать достаточно любви своему ребенку. Во всех вышеперечисленных работах личность больного шизофренией расценивалась как шизоидная, что коррелировало с гиперпротекционистским типом воспитания, подавлением, эмоциональной депривацией. Механизмом «шизофреногенного» влияния семьи на ребенка, гиперпротекций в сочетании с отверганием объясняются такие нарушения сексуальной активности больных шизофренией как гомосексуализм и инцест. По мнению Бейтсона и его соавторов, основным механизмом, приводящим к развитию шизофренического типа реакции, было наличие «двойной связи» в коммуникациях больного с членами семьи.

Большой интерес представляет исследование семей, в которых воспитывались будущие больные шизофренией, параллельно с наблюдением за контрольной группой здоровых лиц и их семейного окружения. Подчеркивалось, что в семьях здоровых лиц матери отличались критическим восприятием действительности, реже наблюдалось чрезмерно контролирующее гиперпротективное воспитание детей.

Новый этап исследования семей больных психическими заболеваниями (в частности, шизофренией), начиная с 60-х гг., характеризовался постепенным отказом от взгляда на семейную среду как на единственный этиологический агент и привлечением данных клинико-генетических, биохимических и эпидемиологических исследований, которые проводились на более значительных контингентах больных и обязательно в сравнении с контрольной группой здоровых лиц, с привлечением статистических методов обработки полученных результатов. Была сформулирована «полигенная теория» шизофрении, объясняющая шизоидные особенности личности больного шизофренией, аутистические установки и продуктивную психопатологическую продукцию сложным взаимодействием генетических и социокультурных факторов, включая семейные. Аналогичной точки зрения придерживаются М. Блейлер и С. Ариети. По-прежнему семья, в которой воспитывался будущий больной шизофренией, характеризуется как замкнутая микрогруппа, членов которой отличают холодность, ригидность, дезинтегрированность отношений, маскируемая псевдосолидарностью, жестким распределением ролей и неудачным взаимодополнением. Но в то же время «псевдосолидарные» отношения внутри семьи считаются вторичным фактором, выявляющим предрасположенность к шизофрении. X. Хайнер и С. Тросторф обнаружили и у психически больных, и у их родственников тяжелые личностные нарушения и невротические расстройсства. Дети с психическими отклонениями, воспитывавшаяся в условиях аффективной депривации при стрессовых нагрузках, какими являются начало обучения в школе, половые метаморфозы, начало трудовой деятельности дает сильные аффекты тревоги и параноидное восприятие окружающего мира. Интересен факт, обнаруженный исследователями, что родители, как правило, последними узнают о развитии психического заболевания у ребенка.

Большое теоретическое значение для социологии и психологии имела работа О. В. Кербикова «Микросоциология, конкретно-социологическое исследование и психиатрия» (1965). Автор, полемизируя с В. М. Морозовым (1964), доказывал необходимость различения спорных концептуальных и методологических направлений в зарубежной психологии и социологии от конкретных специальных методов исследования. «Нет сомнений в том, что генез психических болезней во многом социальный…» - писал в этой статье О. В. Кербиков.

В работах М. М. Кабанова (1971, 1995) и С. С. Либиха (1971) подчеркивается мысль, что подлинная реадаптация невозможна без попыток изменить патологические взаимоотношения в семье, устранить ирреальные оценки больного и непосильные для него требования. Опыт комплексного лечения больных шизофренией, включая семейную психотерапию, показал, что худшие результаты лечения наблюдались у больных из «гиперпротективных и хаотических семей».

Психологами проведены исследования, направленные на изучение последствий психического заболевания для семьи больного. Ряд исследований посвящен изучению семей с больными шизофренией.

Исследования, посвященные изучению поведения семьи в ситуации потери ребенка

Смерть члена семьи - одно из самых сильных потрясений в жизни как отдельного человека, так и семьи в целом. Влияние этого события на семейную систему определяется значимостью для нее умершего, его функциональной нагруженностью, статусом, степенью эмоциональной близости с родственниками.

Потеря члена семьи может привести к появлению «функциональной пустоты» в семейной системе, приводящей к необходимости перераспределения в ней ролей и функций.

Реакция членов семьи на смерть ребенка зависит от его возраста, статуса и количества детей в семье. Исключительно тяжело она может переживаться, если речь идет о единственном или «особом» ребенке. Спектр чувств, вызываемых смертью ребенка, достаточно широк: родители испытывают отчаяние, тоску, смятение, злость к тем, кто остался жив или как-то виновен в смерти ребенка и др. Чувство вины, тайные страхи и заблуждения, иррациональные мысли, возникающие во время переживания такой потери, могут оказывать пролонгированное влияние на жизнь членов семьи.

Проблема часто осложняется тем, что родители, погруженные в собственные переживания, не могут поддержать других детей, способствуя таким образом возникновению у них ощущения отвержения, одиночества, наказанности и нелюбви.

Рядом авторов были выделены сходные стадии переживания утраты близкого человека (Дейтс Б., 1999; Навайтис Г., 1999; Шнейдер Л. Б., 2000; Браун Дж., Кристенсен Д., 2001; Кюблер-Росс Э., 2001):

. Оцепенение или шок. Реакция взрослых на этой стадии, как правило, носит соматический характер и может проявиться в потере аппетита, мышечной слабости, апатичности, иногда сменяющейся временной суетливой подвижностью, ощущении нереальности происходящего.

. Отрицание смерти. Члены семьи могут вести себя так, будто их близкий не умер; ждут его, разговаривают с ним.

. Страдание, острая скорбь, дезорганизация. Данная стадия отличается появлением у членов семьи тоски, отчаяния, ощущения пустоты и одиночества, беспомощности, сожалений по поводу своих прошлых действий и мыслей в отношении умершего, злости на него.

. Реорганизация, сопровождающаяся уменьшением интенсивности скорби, принятием утраты члена семьи и снижением ощущения подавленности. На этой стадии происходит нормализация жизни семьи.

. Восстановление. Члены семьи начинают перестраивать свою жизнь, уменьшается зависимость от потери.

. Процесс горевания. Это переживание утраты близкого человека. С его помощью человек справляется с болью потери, постепенно вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни.

К. Изард отмечает, что горевание имеет чрезвычайно важное значение для психологической адаптации индивида. Оно позволяет ему «сжиться» с утратой, адаптироваться к ней. В определенном смысле горе предоставляет возможность отдать последний долг навсегда ушедшему любимому человеку.

З.Фрейд назвал процесс адаптации к несчастью «работой скорби». Современные исследователи характеризуют его как когнитивный процесс, включающий изменение мыслей об умершем и поиск своего места в новых обстоятельствах.

Типичное проявление скорби - тоска по умершему. Она сопровождается навязчивыми мыслями и фантазиями о навсегда ушедшем. Места и ситуации, связанные с ним, приобретают особую значимость. Его лицо кажется повсюду. Пропадает интерес к прежде важным событиям, к своей внешности. Подобные реакции отражают работу скорби, однако в случае их гипертрофии и создания культа умершего они могут приобретать патологический характер.

Во время горевания происходят изменения идентичности членов семьи. Поэтому важная составляющая «работы скорби» заключается в выработке нового взгляда на себя, поиске новой идентичности.

Иногда смерть близкого человека оказывает на членов семьи настолько глубокое воздействие, что требуется профессиональная психологическая помощь. Риск осложненной реакции имеют родители, потерявшие ребенка, а также люди, близкие которых погибли насильственной смертью, в результате аварии, убийства, самоубийства.

Выделяют три уровня риска в ситуациях переживания горя.

. Минимальный риск. Члены семьи открыто выражают свои чувства, оказывают поддержку друг другу и принимают ее со стороны расширенной семьи, друзей, соседей. Сохраняется способность идентифицировать проблемы и искать пути их разрешения.

. Средний риск. Реакция горя протекает с осложнениями: у отдельных членов семьи могут наблюдаться депрессивные реакции; семья не принимает поддержку. Данные реакции могут осложняться в случае наличия многочисленных предыдущих потерь, неразрешенных конфликтов с умершим.

. Высокий риск. У членов семьи может появиться эксцентричное (грубое, жестокое) поведение; тяжелая депрессия; попытки и угроза суицида; злоупотребление лекарствами или алкоголем; тяжелая бессонница. К этой же категории относятся ситуации полного отсутствия проявления горя в семье. В случае среднего и высокого риска семья нуждается в помощи специалистов: семейных психологов, психиатра, психотерапевта, социального работника.

К патологическим симптомам, сопровождающим переживание горя, можно отнести следующие:

затянувшееся переживание горя (несколько лет);

задержка реакции на смерть близкого (нет выражения страданий в течение двух и более недель);

сильная депрессия, сопровождающаяся бессонницей, напряжением, упреками в свой адрес;

появление болезней психосоматического характера (язвенный колит, ревматический артрит, астма, мигрени, нейродермит и т.д.);

ипохондрия и, возможно, развитие симптомов, от которых страдал умерший;

сверхактивность: человек, перенесший утрату, начинает развивать активную деятельность, не ощущая боль утраты;

неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, часто сопровождаемая угрозами;

полное изменение стиля жизни;

снижение эмоциональной чувствительности;

эмоциональная лабильность, резкие переходы от страданий к бурной радости;

изменение отношения к друзьям и родственникам, уход от контактов с ними или чрезмерная навязчивость;

избегание социальной активности; прогрессирующая уединенность.

. Реагирование по типу слияния. Наблюдается в ситуациях, когда члены семьи конфлюируют в попытке справиться с болью потери. Снижается частота социальных контактов и возможность для членов семьи получать помощь извне. Такой способ реагирования не помогает семье справиться с горем, а хронифицирует его вследствие поддержки членами семьи болезненных реакций друг друга.

. Реагирование по типу изоляции. Встречается в ретрофлексивных семьях, члены которых переживают горе путем «молчаливого ухода», не показывая друг другу своей боли. Такой тип реагирования характеризует жестокие внутренние границы семейной системы, обусловливает трудности получения членами семьи поддержки друг у друга и является источником их прогрессирующего одиночества.

. Реагирование по типу расщепления. Характерно для семей, в которых функция горевания «делегируется» одному из ее членов. Он оплакивает умершего, организует ритуальные действия (годовщина смерти, день рождения умершего и др.), помогает сохранить память об ушедшем.

. Реагирование по типу замещения. Проявляется в том, что спустя небольшой промежуток времени после смерти члена семьи появляется его «заместитель» (рождается новый ребенок).

. Реагирование по типу переключения. Связано с появлением в семье идентифицированного пациента, который позволяет членам семьи отвлечься от болезненных переживаний, связанных с потерей, и сконцентрироваться на решении его проблем (внезапная болезнь, неожиданно появившиеся трудности в поведении или обучении у ребенка, алкоголизм и др.).

Вышеперечисленные реакции являются дисфункциональными, так как мешают членам семьи в полной мере прожить свое горе и отреагировать связанные с ним эмоции. Наиболее оптимальным вариантом является ситуация, когда члены семьи сохраняют способность слышать, понимать друг друга, оказывать поддержку друг другу и принимать ее извне, не избегать разговоров об умершем, не подавлять и не скрывать свои переживания по поводу случившегося.

В последнее время широкое распространение получила концепция работы с горюющим клиентом Дж. В. Вордена. Он рассматривает реакцию горя в соответствии с четырьмя задачами, которые должны быть выполнены переживающим утрату. Ворден считает этот подход близким к теории З. Фрейда о работе горя («работе скорби»), удобным для клиницистов. Концепция Дж. В. Вордена используется для описания задач, которые необходимо решить семье в процессе горевания, а так же может применяться в целях диагностики, поскольку позволяет понять, какие задачи уже решены семьей, а какие еще требуют решения.

Первая задача горя - признание факта потери. Отрицание факта смерти члена семьи - одна из наиболее часто встречаемых реакций. Отрицание в семье может проявиться на различных уровнях (индивидуальном, микро-и макросистемном) и принимать различные формы (отрицание факта потери, ее значимость либо необратимость). Если семья не преодолевает отрицание, теряется возможность прожить до конца потерю близкого человека, принять этот факт и организовать свою жизнь по-новому.

Отрицание факта потери может варьировать от легкого расстройства до тяжелых психотических форм, когда человек проводит несколько дней в квартире с умершим, прежде чем замечает, что тот умер. Однако чаще встречается менее патологичная форма проявления отрицания, названная Горером мумификацией. В таких случаях человек сохраняет все так, как было при умершем, чтобы все время быть готовым в его возвращению.

Еще одной из форм отрицания может быть реакция членов семьи, проявляющаяся в том, что умершего «видят» в ком-нибудь другом (например, в его родственнике или в посторонних людях). Данный защитный механизм (проекция) позволяет на некоторое время облегчить боль переживания, однако затрудняет и тормозит процесс проживания горя.

Иногда члены семьи могут отрицать значимость утраты, считая факт потери не травматичным или даже воспринимая его как благо («он ничего хорошего для меня не сделал», «он был жестоким»). Члены семьи могут поспешно избавляться от вещей, напоминающих об умершем, стараясь о нем не вспоминать и не говорить. Данные семьи составляют группу риска развития патологических реакций горя. Как правило, в таких ситуациях бремя дани оплакивания умершего могут брать на себя последующие поколения (трансгенерационные связи). Отрицание может также проявляться в виде «избирательного забывания». В этом случае человек забывает что-то, касающееся покойного, например, внешность, рост, манеры, цвет волос и др.

Еще одним способом избегания осознания потери является отрицание ее необратимости. Родители после смерти ребенка могут думать, что у них будут другие дети, которые «займут место умершего». Некоторые пытаются найти утешение в религии, дающей надежду «встретиться на небесах».

Вторая задача горя, по Дж.В. Вордену, состоит в том, чтобы пережить боль потери. Вслед за принятием факта смерти члены семьи сталкиваются с разнообразными чувствами, многие из которых оказываются очень болезненными, невыносимыми. В этот период важно не прятать боль (гнев, злость, обиду, вину и др.), не избегать своих переживаний, а попытаться прожить их, не теряя контакта с собой и близкими.

Выполнение этой задачи может осложниться реакциями окружающих. При столкновении с сильной болью и чувствами горюющего у других людей может возникнуть напряжение, которое они пытаются ослабить путем оказания не всегда адекватной помощи: переключением внимания; попытка отвлечь от переживаний, вовлекая горюющих членов семьи в различные виды деятельности; табуированием разговоров об умершем; снятием уникальности произошедшего. Такого рода поддержка со стороны близкого окружения может быть достаточно эффективной в сочетании с проявлением толерантности к переживаниям горюющего и предоставлением ему возможности для открытого выражения чувств, связанных с потерей. Иногда окружающие чувствуют себя беспомощными, дезориентированными, что обусловливает их дистанцирование от семьи, переживающей горе. Это приводит к обострению ощущения одиночества у горюющих членов семьи и может вызвать потребность подавлять чувства, что затрудняет процесс проживания горя. Третья задача, с которой должна справиться семья, - это реорганизация ее жизни после потери. Членам семьи необходимо перераспределить функции, выработать ритуалы, помогающие сохранить память об умершем. Четвертая задача связана с необходимостью завершить эмоциональные отношения с ушедшим и продолжить жить. Если предыдущие задачи были решены успешно, то рано или поздно это приводит к их эмоциональной стабильности и возможности строить новые отношения.

Работа горя завершена, когда семья, пережившая утрату, оказывается способной выполнять свои функции, осваивать новые роли, взаимодействовать с окружением.

Так или иначе потеря ребенка - это всегда страшная боль для родителей. И не каждый в силах справиться с этой болью, начать жизнь заново. Многие на долгие годы замыкаются в своих воспоминаниях и переживаниях, не допуская туда никого постороннего.

Глава 2. Трудности семей в кризисных ситуациях

.1 Проблемы семей с тяжело больным ребенком или переживших утрату ребенка

Онкологические заболевания у детей

Все трудности, с которыми сталкивается семья больного, можно разделить на объективные и субъективные. К числу объективных относятся возросшие расходы семьи, неблагоприятное воздействие сложившейся ситуации на здоровье ее членов, нарушения ритма и распорядка жизни семьи. Среди субъективных трудностей выделяют разнообразные переживания и эмоциональные реакции в связи с тяжелым заболеванием одного из членов семьи:

· растерянность из-за полной беспомощности больного;

· замешательство, вызванное непредсказуемостью его поведения;

· постоянное беспокойство о будущем, связанное с неспособностью больного решать свои жизненные проблемы самостоятельно;

· чувство страха;

· чувство вины;

· депрессия;

· разочарование;

· фрустрация;

· злость и даже ярость, вызванная неразрешимостью самой проблемы заболевания.

Такие реакции семьи нормальны и естественны, поскольку обусловлены чрезвычайной сложностью ситуации и невозможностью повлиять на нее. Следует подчеркнуть, что наличие больного члена семьи может приводить к снижению социального статуса семьи в целом и ее отдельных членов. Проблемное поведение больного может стать причиной того, что семья попадает в поле внимания милиции и медицинских учреждений. Свидетелями отклонений в поведении становятся соседи, школа, то есть ближайшее социальное окружение. С другой стороны, члены такой семьи сами обычно стесняются того факта, что среди них есть больной человек, и всячески это скрывают. Образуется своеобразный замкнутый круг: наличие в семье больного делает ее весьма чувствительной и уязвимой в отношении оценок окружающих. Это приводит к уходу семьи от социальных контактов, что, в свою очередь, поддерживает ощущение отверженности.

Но проблемы могут быть связанны не только с внешним окружением семьи, они могут корениться и в самой семье. Взаимоотношения в семье нередко еще до заболевания значительно нарушены, в связи с этим необходима работа со всеми ее членами. Направления этой работы - это обеспечение более глубокого понимания членами семьи психологических особенностей пациента, усиления семьей своего влияния на него, мотивационной перестройки, обеспечение помощи социального окружения и организация сотрудничества с медицинскими работниками. Именно от того, в какой мере семье удастся решить эти проблемы, в конечном счете зависит, какое влияние окажет на данную семью заболевание одного из ее членов. В одном случае оно приведет к сплочению семьи, к концентрации ее активности; в другом - к ослаблению ее сплоченности, нарастанию конфликтности взаимоотношений.

Например, В. А. Сысенко, говоря о стрессоустойчивости человека, учитывает:

а) силу нервной системы;

б) состояние нервно-психического здоровья;

в) субъективное восприятие трудностей;

г) усилия, напряжения, необходимые для преодоления трудностей;

д) степень социального научения в преодолении трудных жизненных ситуаций.

Критические жизненные ситуации и трудности могут вызывать у одного или одновременно у обоих супругов стресс, который характеризуется различной силой и степенью психического напряжения, что создает в семье сугубо отрицательную психологическую обстановку.

В настоящее время рядом исследований установлено, что, при одинаковых исходных данных в различных случаях, течение болезни во многом зависит от психологического климата в семье и чем больше взаимопомощи и поддержки между близкими и по отношению к больному, тем слабее проявления болезни и тем успешнее его воспитание и последующее развитие. Поэтому, наряду с медикаментозным лечением больного рекомендуются занятия с психологом для всей семьи.

Наличие в семье такого рода кризисной ситуации не проходит бесследно. Сильное влияние подобная трагедия оказывает на репродуктивные планы семей чаще в сторону уменьшения, реже увеличения ожидаемого количества детей.

Существует достаточное число исследований посвященных проблеме того, какое влияние на взаимоотношения супругов оказывают дети. Появление первенца, вопросы воспитания, подростковый период и уход детей из семьи - большая группа работ посвящена протеканиям этих процессов. Но как быть с неожиданными трудностями, которые порой вмешиваются в жизненный цикл семьи и оставляют свой негативный след на многие годы? Подобная безысходная ситуация складывается в семье с детьми-инвалидами, олигофренами или тяжелобольными (например, с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями). Как отмечает С. Кратохвил, в таких случаях муж старается реже бывать дома, избегая общения с ребенком, тогда как жена сильно привязывается к больному ребенку, часто в ущерб остальным детям и супругу.

Онкология (онко- + греч. logos учение, наука) - область медицины и биологии, изучающая причины возникновения, механизмы развития и клинические проявления опухолей. Онкология изучает методы диагностики, лечения и профилактики опухолей. Еще недавно онкологический диагноз звучал как приговор. Сегодня это не так, современная онкология позволяет излечивать многие опухоли в 100% случаев. В онкологии очень важна ранняя диагностика - чем быстрее выявлена опухоль и начато лечение - тем лучше результаты. Современные методы диагностики в онкологии (ультразвуковая диагностика, рентгеновская и магниторезонансная томография, лапароскопия, биопсия, современные лабораторные методы) позволяют выявить онкологические болезни на ранних стадиях и проводить их эффективную профилактику и лечение.

Психотерапевт, много лет работающий с онкологическими больными, С. Левин, отмечая страх перед смертью, писал: «Думая об умирании, мы представляем себе потерю того, что называется "мной". Мы желаем всеми силами защитить свою личность, хотя, за вычетом постоянно меняющейся идеи, у нас почти нет доказательств реальности "я". Мы боимся, что в смерти потеряем свое "я", способность быть "собой". И мы замечаем, что чем сильнее наше представление о "я", тем глубже наше отмежевание от жизни и тем сильнее страх смерти…Чем больше сил мы вкладываем в защиту своего "Я", тем больше у нас того, что мы боимся потерять, и тем меньше мы открыты для глубинного восприятия того, что реально существует». Таким образом, автор видит в смерти, как и в болезни, естественную составляющую жизни. Помощь семьям, попавшим в такую ситуацию является крайне важной задачей, но, к сожалению, еще не до конца разработанной.

Проблемы семей, переживших утрату ребенка

Знаменитый писатель и философ эпохи Возрождения Монтень писал о смерти так: «Ваше бытие, которым вы наслаждаетесь, одной своей половиной принадлежит жизни, другой - смерти. В день своего рождения вы в такой же мере начинаете жить, как и умирать». И несмотря на то, что этот процесс является естественным, для людей он остается самым страшным злом и самым отчаянным страхом. Многие бояться не только говорить о смерти, но и думать о ней. Жизнь сопряжена с потерями, и горевание - это ответная реакция. Уайтед Г. Считает, что горе начинается с попыток оставить что-то таким, каково оно есть, предотвратить неизбежные изменения. Если в семье есть неизлечимо больной, умирающий ребенок, то психологическая помощь необходима и ребенку и его родителям. Однако Левин С. отмечает важный момент, «работая с умирающими детьми, я убедился, что они умирают легче, чем взрослые. Возможно, это связано с тем, что они еще не пытались контролировать мир, и поэтому у них в уме нет такого напряжения. Они более открыты текущему положению вещей. Я заметил, что чем меньше ребенок, тем меньше он боится смерти. Страх, который я часто нахожу у них, - это отражение ужаса их родителей. …Поскольку дети обладают большей верой и более тесным контактом с бессмертием, смерть им не кажется проблемой. Кажется, что самой большой проблемой умирающих детей является страдание, которое они причиняют своим родителям».

Ничто на свете не компенсирует смерти ребенка: ни любовь, ни тактичная поддержка близких людей. Это утрата, с которой очень тяжело справиться.

Работа над скорбью нелегкая, так как кроме слез и грусти будет и отчужденность и шок, чувство вины перед собой и перед мужем, гнев. Нелегко носить в себе уничтожающее чувство вины, которое убивает все остальные чувства. Такое состояние (гнев, обвинение себя и окружающих) может длиться долго.

Смерть ребенка сближает супругов, но и приводит к ужасному стрессу. Отношения изменятся, они могут стать намного хуже. Временами кажется, что без вмешательства со стороны им уже не справиться с этим стрессовым состоянием. Возможно, в таком случае понадобится помощь посторонних людей (родственников, друзей, соседей, коллег, профессионалов в области медико-социальной работы, психологов, психолого-социальных служб и специалистов социальной работы), так как при общении только друг с другом эта ноша становится слишком тяжелой. И мужчине, и женщине, и другим детям необходимо работать над своей собственной скорбью. Потеря ребенка может также стать барьером и в сексуальных отношениях между супругами. Даже через много лет женщина может заплакать после полового акта. Это бывает, когда скорбь о случившемся не прошла до конца и осталась где-то в глубине души.

Переживание смерти близкого человека наполнено очень сильными, иногда разрушающими эмоциями и поэтому приводит к изменениям в структуре личности. Эти изменения могут носить отчетливый негативный характер и выражаться, например, в форме агрессивности и враждебности по отношению к окружающим, обвинения в смерти ребенка себя, близких, лечившего его врача или в виде полной отстраненности от всего происходящего вокруг. Также характерной реакцией могут быть попытки суицида, связанные, в первую очередь, с потерей смысла дальнейшей жизни. Эти реакции наблюдаются у многих родителей, потерявших своих детей.

Одной из причин такого разрушения представлений может являться отношение к нему как к части себя. Родители желают своему ребенку лучшей жизни, передают то, что делали или, наоборот, не успели сделать сами. В этом смысле ребенок - возможность достижения бессмертия, живое воплощение их продолжения. Теряя его, родители теряют часть себя, своей жизни, своего будущего. И если представить жизнь как бесконечную череду возможностей, то смерть ребенка - это умирание одной из величайших возможностей человека, умирание надежды на возможность бессмертия.

Почти всегда при смерти ребенка родители погружаются в свое горе, целиком поглощаются потерей. Вся их жизнь в это время часто полностью подчиняется процессу горевания. Теряя ребенка, они как бы теряют себя, забывая или отвергая при этом ценность собственной жизни. Воспоминания о любых событиях, связанных с умершим, приносят боль и страдание. Часто люди вдруг начинают понимать как на самом деле они были счастливы и как не ценили этого. И какими непереносимыми не были бы чувства вины за смерть своего ребенка, ощущение несправедливого наказания или невозможности дальнейшего существования без него, все это - естественный процесс при переживании утраты. Для некоторых людей выход из этого состояния становится практически невозможным, однако большинство родителей спустя определенное время способны начать восстанавливать свою жизнь, приняв случившееся. Ведь для того, чтобы справиться с таким событием, его надо пережить, отгоревать. И чем полнее родители позволяют себе сделать это, чем более готовы впустить потерю в свою жизнь, тем легче им принять смерть и в той или иной степени смириться с нею. Как пишет А.А. Баканова: « И если человек сможет открыть свое сердце горю, то в ответ сердце поможет ему понять смысл этого горя и обрести прощение».

.2 Описание и результаты исследования

семья кризис эмоциональный ребенок

Семьи с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, являются одной из групп населения, нуждающихся в специализированной помощи государства и социальных служб.

За короткий отрезок времени детская онкология как отрасль медицины значительно продвинулась вперед (повысилась эффективность лечения детей с острыми лейкозами, злокачественными лимфомами и солидными опухолями). Однако родители, борющиеся за жизнь ребенка, страдающего одним из самых страшных заболеваний, часто оказываются в ситуации изоляции. А между тем, эта социальная группа населения очень нуждается в комплексной медико-социальной помощи.

Для организации такого рода поддержки необходимо изучить и проанализировать структуру проблем, связанных с лечением ребенка. С этой целью группой исследователей во главе с профессором, заведующим кафедрой социологии семьи и демографии социологического факультета МГУ им. М.Ю. Ломоносова Антоновым А.И. предпринято социологическое исследование в реабилитационном центре для детей с онкологическими заболеваниями, функционирующем с 1992 г. на базе санатория «Русское поле» (Московская обл., Чеховский р-н). Разработка Программы и инструментария исследования, разработка анкеты и вспомогательных материалов, ввод и обработка данных опроса мужчин и женщин, анализ результатов и их описание, а также подготовка материалов (статей) для публикации в научных, электронных изданиях осуществлены: сотрудниками кафедры социологии семьи и демографии социологического факультета МГУ им. Ломоносова под руководством проф. А.И. Антонова, проф. Цейтлином Г.Я., директором фонда помощи детям с онкологическими заболеваниями Гусевой М. Руководители проекта: проф. Антонов А.И., Цейтлин Г.Я., основные исполнители - доцент А.Б. Синельников, доцент О.Л. Лебедь, н.с. Карпова В.М. Исследование проводилось в течение 2009-2010гг на инициативной основе, без финансирования.

Объект исследования - семья, имеющая ребенка с тяжелым заболеванием и семья, пережившая смерть ребенка.

Предмет исследования - стратегии эмоционального и социального поведения семей, имеющих детей с тяжелыми заболеваниями или потерявших ребенка.

Цель исследования - изучение особенностей эмоционального переживания и способов преодоления стрессовых ситуаций, возникающих в семьях, имеющих ребенка с тяжелым заболеванием, а также семей, переживших смерть ребенка.

Основные гипотезы, которые проверялись в ходе данного исследования:

. Чем больше детей в родительской семье респондента, тем выше вероятность, что его семья будет среднедетной.

. Семьи, имеющие ребенка с онкологическим заболеванием чаще придерживаются негативных установок в отношении рождения детей, чем позитивных.

. Болезнь ребенка чаще способствует сплочению супругов, чем ухудшению отношений между ними.

. Женщины, имеющие ребенка-инвалида, чаще снижают/прекращают свою трудовую деятельность, чем идут на дополнительный заработок.

. Если болезнь ребенка повлияла на внутрисемейные отношения, репродуктивные установки и трудовую деятельность респондетнок, то это будет отражаться на восприятии детей в целом.

. Отношение к детям в многодетных семьях респондентов будет лучше, чем в однодетных.

Эти гипотезы основаны на том, что в современном мире изменились ценностные ориентации общества и наступил глобальный кризис семейного образа жизни. На смену ценностям семьи с несколькими детьми приходят внесемейные ценности, отражающие стремления людей к личным достижениям во внесемейной сфере жизнедеятельности. Таким образом, очевидной реальностью XXI века являются нормы малодетности, распространенные в обществе и негативно влияющие на репродуктивные установки населения. Необходимо понять, в какой степени это отражается на репродуктивных установках и отношении к детям в целом в семьях, переживших страшное потрясение - онкологическое заболевание ребенка. Мы постарались это выяснить путем социологического исследования. Репродуктивные истории, планы на будущее и ценность детей мы изучали по поведению женщин, поэтому данные строились по массиву респондентов женского пола. Так как доля мужчин в выборке оказалась незначительной (71 человек из 654), было решено использовать для проверки гипотез данные только по опрошенным женщинам.

При изучении выборочной совокупности, выяснилось, что абсолютное большинство опрошенных женщин находилось в том возрасте, который предполагает высокий уровень социально-экономической адаптации семьи, наличие сформировавшихся поведенческих установок, жизненных стратегий (в том числе и репродуктивных), прочных социальных связей, профессиональных навыков и устойчивых ценностных ориентаций.

Общая характеристика выборки

Объем выборки составляет 653 респондента, из них 583 женщины в возрасте от 20 до 57 лет, средний возраст 37,4 года и 70 мужчин в возрасте от 29 до 61, средний возраст 40,4. Средний возраст для всех опрошенных - 37,7 лет. Возрастная структура опрошенной совокупности представлена в таблице 1. Как видно из таблицы 1, в выборочной совокупности преобладают респонденты репродуктивного возраста, что является важным моментом для изучения поведения в сфере рождения и социализации детей. Заметим, что ответ на вопрос о дате рождения являлся обязательным для всех респондентов, т.к. с ним связано много других вопросов в анкете (о брачной истории, репродуктивных событиях, лечении ребенка) и контролировался интервьюером, чем и объясняется отсутствие пропусков в ответах на данный вопрос.

Таблица 1. Поло-возрастная структура выборки

|  |  |
| --- | --- |
| Группы по полу | Группы по возрасту |
|  | 20-30 лет | 31-40 лет | Старше 45 | Итого |
|  |  | % |  | % |  | % |  | % |
| Женщины | 75 | 12,9 | 439 | 75,3 | 69 | 11,8 | 583 | 100 |
| Мужчины | 2 | 2,9 | 56 | 80,0 | 12 | 17,1 | 70 | 100 |
| Все | 77 | 11,8 | 495 | 75,8 | 81 | 12,4 | 653 | 100 |
| Нет ответа | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Всего | 77 | 11,8 | 495 | 75,8 | 81 | 12,4 | 653 | 100 |

Опрос проводился в г. Москве и в Московской области (Чеховский район) на базе санатория «Русское поле», где были опрошены жители более 100 населенных пунктов всех типов, как крупных мегаполисов Москвы и Санкт-Петербурга, так и небольших районных центров и сельских поселений. Географически место проживания опрошенных охватывает всю территорию России от Калининграда до Камчатского края и Сахалинской области, и от Архангельска до Краснодара и Сочи. Как видно из таблицы 2, распределение опрошенной совокупности по городским и сельским поселениям таково: в городских поселениях проживает 87,9% опрошенных (73,9%), в сельских - 10,7% (26,1%), что не совсем соответствует долям городского и сельского женского населения во всем населении России (по данным переписи 2002г.), что авторы связывают, вероятно, с ограниченностью доступа сельского населения к услугам как медицинского, так и информационного характера.

Таблица 2. Место проживания опрошенных

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в75 В каком населенном пункте Вы постоянно проживаете? | Число ответов | Процент | Процент от ответивших | Суммарный процент |
| Москва Другой областной, центр. Районный центр. Сельская местность. Всего Нет ответа | 43 | 6,6 | 6,7 | 6,7 |
|  | 435 | 66,6 | 67,5 | 74,2 |
|  | 96 | 14,7 | 14,9 | 89,1 |
|  | 70 | 10,7 | 10,9 | 100,0 |
|  | 644 | 98,6 | 100,0 |  |
|  | 9 | 1,4 |  |  |
| Итого | 653 | 100,0 |  |  |

Социально-демографический портрет опрошенных

Обращаясь к таблице №3, можно увидеть, что в официальном браке состоят 70,6% опрошенных (68,1% женщин и 91,4% мужчин), в незарегистрированном браке - 6,6%. Для 60,2% женщин данный брак является первым. Разведены или разошлись (расстались) - 15,9% опрошенных. Вдовыми являются 3,4% респондентов, причем женщин, переживших смерть мужа оказалось 22, или 1,8%, тогда как о своем вдовстве не указал ни один мужчина. Все респонденты ответили на вопрос о брачном статусе, 6 человек отметили о другом брачном статусе, но «одну мать-одиночку» и «один ответ - судьба» нельзя отнести к предлагаемым вариантам семейных отношений. Среди ответивших доля состоящих в первом браке равна 69,8%, во втором - 15,0% и 0,3% в третьем. Причем процент никогда не состоявших в браке не так уж велик - 2,1%.

Таблица №3. Семейное положение опрошенных, по возрастам

|  |
| --- |
| Семейное положение, для всех |
| Семейное положение | 20-30 лет | 31-45 лет | Старше 45 | Итого |
|  |  | % |  | % |  | % |  | % |
| Официальный брак | 49 | 7,5 | 351 | 53,8 | 61 | 9,3 | 461 | 70,6 |
| Гражданский брак | 7 | 1,1 | 35 | 5,4 | 1 | 0,2 | 43 | 6,6 |
| В разводе/разошлись | 15 | 2,3 | 35 | 5,4 | 1 | 0,2 | 104 | 15,9 |
| Супружеские отношения сохранены формально | 1 | 0,2 | 2 | 0,3 | 2 | 0,3 | 5 | 0,8 |
| Никогда не была в браке | 1 | 0,2 | 12 | 1,8 | 1 | 0,2 | 14 | 2,1 |
| Вдова | 2 | 0,3 | 16 | 2,5 | 4 | 0,6 | 22 | 3,4 |
| Другое | 2 | 0,3 | 2 | 0,3 | 0 | 0 | 4 | 0,6 |
| Нет ответа |  |  |  |  |  |  | - | - |
| Всего | 77 | 11,8 | 495 | 75,8 | 81 | 12,4 | 653 | 100 |
| Семейное положение, по группам, женщины |
| Семейное положение | 20-30 лет | 31-40 лет | Старше 45 | Итого |
|  |  | % |  | % |  | % |  | % |
| Официальный брак | 47 | 8,1 | 300 | 51,5 | 50 | 8,6 | 397 | 68,1 |
| Гражданский брак | 7 | 1,2 | 34 | 5,8 | 1 | 0,2 | 42 | 7,2 |
| В разводе/разошлись | 15 | 2,6 | 73 | 12,5 | 11 | 1,9 | 99 | 17,0 |
| Супружеские отношения сохранены формально | 1 | 0,2 | 2 | 0,3 | 2 | 0,3 | 5 | 0,9 |
| Никогда не была в браке | 1 | 0,2 | 12 | 2,1 | 1 | 0,2 | 14 | 2,4 |
| Вдова | 2 | 0,3 | 16 | 2,7 | 4 | 0,7 | 22 | 3,8 |
| Другое | 2 | 0,3 | 2 | 0,3 | 0 | 0 | 4 | 0,7 |
| Нет ответа | - |  |  |  |  |  | 0 | 0 |
| Всего | 75 | 12,9 | 439 | 75,3 | 69 | 11,8 | 583 | 100 |
| Семейное положение, по группам, мужчины |
| Семейное положение | До 30 лет | 31-45 лет | Старше 45 | Итого |
|  |  | % |  | % |  | % |  | % |
| Официальный брак | 2 | 2,9 | 51 | 72,9 | 11 | 15,7 | 64 | 91,4 |
| Гражданский брак | 0 | 0 | 1 | 1,4 | 0 | 0 | 1 | 1,4 |
| В разводе/разошлись | 0 | 0 | 4 | 5,7 | 1 | 1,4 | 5 | 7,1 |
| Всего ответов | 2 | 2,9 | 56 | 80,0 | 12 | 17,1 | 70 | 100 |
| Нет ответа |  |  |  |  |  |  | - | - |
| Всего |  |  |  |  |  |  | 70 | 100 |

Жилищные условия респондентов

Важным фактором принятия любого репродуктивного решения в российской действительности являются жилищные условия. В этом отношении опрошенная совокупность характеризуется достаточно позитивно: более трех четвертей опрошенных проживает в своем жилье: 60,6% в отдельных квартирах и 26,8% в домах или их части, в коммунальных квартирах проживают только 1,2% и 2,0% в общежитиях, правда, снимать (3,4%) или проживать у родственников (2,3%) приходится почти 6% выборки, что опять же связанно с особенностями выборки (необходимость лечения ребенка в более крупных городах, а не по месту проживания). Оставили без ответа этот вопрос только 1,7% респондентов (см. Табл. №4).

Таблица №4. Каковы жилищные условия Вашей семьи?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в76. Каковы жилищные условия Вашей семьи? | Ответов | Процент | Процент от ответивших | Суммарный процент |
| Отдельный дом, часть дома. Отдельная квартира. Одна в коммунальной квартире. Комната в общежитии. Снимаем жилье. Временно живем у знакомых, родственников. Другое. Всего ответов Нет ответа (пропущенные) Итого | 175 | 26,8 | 27,3 | 27,3 |
|  | 396 | 60,6 | 61,7 | 88,9 |
|  | 8 | 1,2 | 1,2 | 90,2 |
|  | 13 | 2,0 | 2,0 | 92,2 |
|  | 22 | 3,4 | 3,4 | 95,6 |
|  | 15 | 2,3 | 2,3 | 98,0 |
|  | 13 | 2,0 | 2,0 | 100,0 |
|  | 642 | 98,3 | 100,0 |  |
|  | 11 | 1,7 |  |  |
|  | 653 | 100,0 |  |  |

##### Уровень образования респондентов

Высшее и незаконченное высшее образование имеют 45,8% (296 респондентов из 653 опрошенных), среднее или среднее профессиональное - 49,1% (317 чел.), неполное среднее - 5,1% (33 чел.). Распределение опрошенной совокупности по уровню образования свидетельствует о том, что преобладает либо средне-специальное 49,1% , либо высшее 40,4%, причем приблизительно одинаковые показатели и у женщин и у мужчин. Таким образом, подавляющее большинство респондентов (94,9%) имеют образование выше среднего и среднее (см. Табл. №5).

Таблица №5. Уровень образования опрошенных

|  |  |
| --- | --- |
|  | Группа респондентов |
|  | Женщины | Мужчины | Всего |
|  |  | %\* |  | % |  | % |
| Неполное среднее | 28 | 4,9 | 5 | 7,1 | 33 | 5,1 |
| Среднее или среднее профессиональное | 286 | 49,7 | 31 | 44,3 | 317 | 49,1 |
| Незаконченное высшее. | 30 | 5,2 | 5 | 7,1 | 35 | 5,4 |
| Высшее | 232 | 40,3 | 29 | 41,4 | 261 | 40,4 |
| Всего ответов | 576 | 100 | 70 | 100 | 646 | 98,9 |
| Нет ответа | 7 |  |  |  | 7 | 1,1 |
| Итого | 583 |  |  |  | 653 | 100 |

\*процент от ответивших на данных вопрос

## Уровень дохода респондентов

Что касается уровня дохода изучаемой группы населения (см. Табл. №6), то очевидно, что больше половины ответивших - 54,8%- относят себя к категории людей, чей доход позволяет удовлетворять их насущные нужды, (питание, одежда, платежи), но на крупные покупки приходится собирать, накапливать. Более трети - 36,8% - же относят себя к людям, ограничивающим себя в расходах даже на одежду и обувь, тем более на бытовую технику и крупные покупки. По расходам семей видно, что живут от зарплаты до зарплаты 18% респондентов, денег хватает лишь на ежемесячные расходы - 18,8%, денег хватает, но не на товары длительного пользования - 28,2%, приобретение машины и дачи пока недоступно - 26,6%, могут позволить себе дорого стоящие приобретения 5,3%, ни в чем себе не отказывают - 3,0%. Стоит учитывать и тот факт, что представителям выборки приходится расходовать средства на лечение ребенка и связанные с ним нужды.

Таблица №6. Уровень дохода опрошенных

|  |  |
| --- | --- |
| На что хватает денег, которыми располагает Ваша семья? | Группа респондентов |
|  | Женщины | Мужчины | Всего |
|  |  | % |  | % |  | % |
| В настоящее время мы можем ни в чем себе не отказывать. | 16 | 2,8\* | 3 | 4,5\* | 19 | 3,0 |
| Мы можем позволить себе делать дорогостоящие приобретения. | 29 | 5,1 | 5 | 7,5 | 34 | 5,3 |
| Приобретение машины и дачи для нас пока недоступно. | 145 | 25,4 | 25 | 37,3 | 170 | 26,6 |
| Денег хватает, но на товары длительного потребления приходится занимать | 165 | 28,9 | 15 | 22,4 | 180 | 28,2 |
| На ежедневные расходы денег хватает, но покупка одежды затруднительна | 110 | 18,6 | 10 | 13,4 | 120 | 18,8 |
| Мы живем от зарплаты до зарплаты. | 106 | 16,6 | 9 | 1,4 | 115 | 18,0 |
| Всего ответов | 571 | 89,5 | 67 | 10,5 | 638 | 97,7 |
| Нет ответа | 12 |  | 3 |  | 15 | 2,3 |
| Итого | 583 | 100 | 70 | 100 | 653 | 100 |

\*Указан процент от ответивших на данных вопрос

Характеристики выборки по детности

«Важнейшим параметром семейной структуры является детность. Число детей в семье - интегральный показатель не только репродуктивных событий и жизненного цикла семьи, условий жизни, но и семейного образа жизни, степени сплоченности семьи как малой социальной группы, ценностно-ориентированного единства семьи». Распределение опрошенной совокупности по числу рожденных детей наглядно отразила таблица №7, явное преобладание двухдетной группы и практически отсутствие бездетной (одна заполнявшая анкету - сестра больного ребенка, т.е. 1 бездетный респондент из 653) объясняется условием формирования выборки (опрашивались родители, имеющие детей с онкологическим диагнозом). При этом среднее число рожденных («родившихся» для мужчин) детей равно 1,8. По переписи 2002г среднее число детей равно 1,00.

Таблица №7. Распределение опрошенных по числу рожденных детей, %%

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число рожденных детей | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Итого | Нет ответа | Итого |
| В %% ко всем опрошенным | 0,2 | 34,7 | 51,7 | 9,9 | 2,0 | 0,5 | 98,9 | 1,1 | 100,0 |
| В %% к ответившим на данный вопрос | 0,2 | 35,1 | 52,2 | 10,0 | 2,0 | 0,5 | 100,0 | - | - |
| Перепись 2002 (возраст 18-39) | 34,5 | 38,4 | 22,0 | 3,7 | 0,8 | 0,5 | 100,0 | - |  |

Желаемое число детей в среднем оказалось равным 2,6 при идеальном (в среднем) 2,5, но ожидаемое при этом 2,1. (Это при том, что двух же и имеют 52%, 10% - трех и 35% - одного). Отметим, что желающих совсем не иметь детей нет, одного - 3,1%, двух - 46,2, трех - 37,1, четырех - 5,8% и 5 и более детей - 4,3% по отношению ко всей совокупности (среди ответивших на данный вопрос процент чуть выше), причем при достаточно высоком проценте желания иметь трех детей - 38,5% (от ответивших на данный вопрос) реализовали его только 10,0% (таблица №7), а планируют рождение третьего ребенка 20,8%. Причем, стоит отметить, что на вопрос об имеющихся детях не ответили только 7 человек (1,1%), о количестве желаемых детей не ответили уже 24 человека (3,7%), а о количестве ожидаемых не ответило уже 124 человека (19,0%), т.е. почти пятая часть выборки.

Таблица 8. Распределение ответов на вопрос «Сколько детей Вам хотелось бы иметь, если бы у Вас были все необходимые для этого условия?» в зависимости от числа уже рожденных детей, %%

|  |  |
| --- | --- |
|  | Сколько детей Вам хотелось бы иметь, если бы у Вас были все необходимые для этого условия? |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7(8) | Всего |
| Сколько всего детей у Вас родилось | 0 | 0 | 0,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,2 |
|  | 1 | 2,7 | 23,4 | 8,5 | 0,8 | 0,3 | 0 | 0 | 35,7 |
|  | 2 | 0,5 | 23,2 | 24,4 | 1,9 | 1,8 | 0 | 0,4 | 52,1 |
|  | 3 | 0 | 1,0 | 5,1 | 2,1 | 1,3 | 0 | 0,2 | 9,6 |
|  | 4 | 0 | 0 | 0,3 | 1,3 | 0 | 0,2 | 0 | 1,9 |
|  | 5 | 0 | 0,2 | 0,2 | 0 | 0,2 | 0 | 0 | 0,6 |
| Итого | 3,2 | 47,9 | 38,5 | 6,1 | 3,5 | 0,2 | 0,7 | 100 |

Картина, которая вырисовывается из данных таблиц 7 и 8, подтверждает положение что, чем большее число детей родила женщина, тем выше и желаемое число детей (в реальности, разумеется, связь обратная: чем выше репродуктивные ориентации, тем, при прочих равных условиях, больше число рожденных детей) и в общем, закономерна и ожидаема.

Далее считаем целесообразным последовательно рассмотреть все шесть, выделенных гипотез и проверить их на подтверждение.

Проверка гипотез

Первая гипотеза. Оценка любого поведения всегда подразумевает сравнение с существующей в тот или иной период времени нормой. На решение о рождении еще одного ребенка оказывают влияние не только экономические (материальное положение, надежда на его улучшение/боязнь его ухудшения) и социальные мотивы (семейное положение, наличие работы, отношение в обществе), но и совокупность репродуктивных установок (желаемое число детей, желание иметь еще одного «когда-нибудь»), а также психологические мотивы и духовно-ценностные, культурные ориентации (не допускают возможность искусственного прерывания беременности, отрицательно относятся к абортам).

Невозможно обойти стороной существующие в обществе стереотипы и нормы. В нашей стране 95% населения практикует малодетность (1,34 ребенка в среднем на одну женщину), т.е. имеет антисемейные и антидетные настроения и взгляды, защищающие низкую рождаемость. По словам профессора А.И. Антонова: «Послушно реагируя на бытующие нормы, люди продолжают (пока еще, к счастью) вступать в регистрируемый брак и обзаводиться первенцем, тем самым ограничивая свой экономический расчет (эгоизм) и демонстрируя похвальное моральное поведение. Но подобная нравственность не беспредельна, и двум третям россиян ее не хватает даже на второго ребенка, ибо для этого требуются уже иные, новые и необычные критерии социализированности человека-эгоиста. Однако такие критерии обществом (с, увы, давно искривленной системой ценностных приоритетов) еще не сформированы и отклика в общественном мнении не находят». Социальные нормы являются очень сильным двигателем и ограничителем, перешагнуть через который, поступить вопреки нему дается не всем женщинам. Чтобы попытаться решить эти и многие другие проблемы, необходимо исследовать, как строй жизни поддерживает или разрушает ценность семьи и детей, ценность семейной преемственности поколений и передачи семейного капитала.

Доминирование социальной нормы малодетности налицо, и неоспоримо подтверждается статистически значимыми результатами исследования. Как видно из таблицы №1.1, только 9,5% выходцев из малодетной семьи отважились на 3 и более детей, против 90,5% остановившихся на 1-2 детях, положительным в этой ситуации является то, что в многодетной родительской семье этот процент значительно возрастает ( 29,4% против 70,6%).

Таблица №1.1 Количество детей в семьях респондентов и их родителей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Родительские семьи |
|  | 1-2 ребенка | 3-4 ребенка | 5 и более детей | Итого |
|  | Число ответов | %  | Число ответов | %  | Число ответов | %  | Число ответов | %  |
| Семьи | 1 ребенок | 150 | 41,8% | 52 | 32,7% | 9 | 17,6% | 211 | 37,1% |
|  | 2 ребенка | 175 | 48,7% | 89 | 56,0% | 27 | 52,9% | 291 | 51,1% |
|  | 3 и более детей | 34 | 9,5% | 18 | 11,3% | 15 | 29,4% | 67 | 11,8% |
|  | Всего | 359 | 100,0% | 159 | 100,0% | 51 | 100,0% | 569 | 100,0% |

Следует обратить внимание на влияние родительской семьи на репродуктивные установки респонденток, а именно на то, что в ходе исследования было выявлено, что примеру многодетной родительской семьи (5 и более детей) последовали почти 1/3 опрошенных (29,4%), в их семьях 3 и более детей.

Стоит заметить, что подавляющее большинство (90,5%) опрошенных женщин, имеющих 1-2 детей выросли в малодетной семье (1-2 ребенка), и лишь 9,5% из них решили родить 3 и более. Конечно, мы не можем говорить, что детность родителей предопределяет репродуктивное поведение респондентов, но очевидно, что с ростом числа детей в родительской семье растет вероятность того, что данная семья будет среднедетной.

Вторая гипотеза Надо не забывать о том, что в нашем исследовании участвует особая группа населения, семьи пережившие серьезное потрясение - онкологическое заболевание ребенка. Вся ситуация лечения ребенка-инвалида является негативным стрессогенным фактором, нередко негативно влияющим на репродуктивные установки родителей, что и подтверждают данные из таблицы №2.1:

Таблица №2.1 Влияние болезни ребенка на желание иметь еще детей

|  |
| --- |
| Повлияла ли (и как) на Ваше желание иметь или не иметь еще детей болезнь Вашего ребенка? |
|  | Число ответов | Процент | Процент от ответивших | Суммарный процент(по столбцу) |
| Valid | Сильнее захотели ребенка | 73 | 12,5 | 13,2 | 13,2 |
|  | Не повлияла | 298 | 51,1 | 53,8 | 67,0 |
|  | Решили не иметь детей (пока или вообще) | 183 | 31,4 | 33,0 | 100,0 |
|  | Всего | 554 | 95,0 | 100,0 |  |
| Missing | System | 29 | 5,0 |  |  |
| Total | 583 | 100,0 |  |  |

Влияние болезни ребенка на желание иметь или не иметь больше детей отразилось следующим образом:

· 12,5% сильнее захотели еще ребенка;

· 51,1% не отметили изменений;

· 31,4% решили пока/никогда не иметь детей.

Это свидетельствует о том, что онкологическое заболевание ребенка влияет на репродуктивные стратегии семей в худшую сторону. Только 12,5% респонденток, пережив такую трагедию сильнее захотели ребенка, в то время как 1/3 опрошенных (31,4%) испугались и не нашли в себе силы для рождения еще одного малыша, отложив это решение или отказавшись от него совсем. Причину следует искать в стигматизации онкологических заболеваний. Семьи с начала лечения ребенка находятся в состоянии изоляции, испытывая негативное или равнодушное отношение со стороны ближайшего окружения: родственников, друзей, коллег и т.д. Вместе с тем, и сами семьи отдаляются от общества, скрывают диагноз заболевания ребенка.

Третья гипотеза Важной задачей нашего исследования было также проведение анализа изменений внутрисемейных отношений, связанных с лечением онкологического заболевания у ребенка, в первую очередь, взаимоотношений между супругами.

Таблица №3.1 Влияние болезни ребенка на отношения с супругом

|  |
| --- |
| Изменились ли (и как) Ваши отношения с супругом в связи с болезнью ребенка? |
|  | Число ответов | Процент | Процент от ответивших | Суммарный процент(по столбцу) |
| Valid | В лучшую сторону | 142 | 24,4 | 26,2 | 26,2 |
|  | Не изменились | 286 | 49,1 | 52,9 | 79,1 |
|  | В худшую сторону | 113 | 19,4 | 20,9 | 100,0 |
|  | Всего | 541 | 92,8 | 100,0 |  |
| Missing | System | 42 | 7,2 |  |  |
| Total | 583 | 100,0 |  |  |

Данные нашего исследования (см. таблица №3.1) свидетельствуют о том, что негативные социальные последствия онкологического заболевания у ребенка по-разному отражаются на отношениях между супругами. Факт изменения отношений с мужьями отметили почти половина всех опрошенных женщин (47,1%): 26,2% констатировали улучшение супружеских отношений («стали лучше понимать друг друга», «муж стал более внимательным и заботливым», «беда сблизила»); ухудшение отношений отметили 20,9% женщин («испугался трудностей», «взаимопонимание ушло», «появились разные цели», «муж стал пить», «появилась другая женщина», «ушел без объяснений», «пропали романтические отношения», «близость с мужем вызывает во мне тревогу за ребенка»).

Задача изучения семейных взаимоотношений в микросоциологии семьи решается с помощью социально-психологических методов, но не сводится лишь к сугубо психологическому анализу семьи как малой группы. Основу социологического подхода к семейным отношениям составляет интерес к ролевым взаимодействиям. Под влиянием модернизации социальной структуры, меняются и социальные роли, что не может не оказывать прямого влияния на изменение семейных ролей. Как замечает профессор А.И. Антонов: «Микросоциология семьи фиксирует динамику межличностных отношений в семье, обусловленную трансформацией семейных ролей».

В 1970 году А.И. Антоновым был предложен метод изучения взаимных представлений супругов о семейных ролях на основе техники семантического дифференциала, тогда было показано, что СД ориентирован на действительно социологическое исследование супружеской совместимости или сплоченности. Так межличностные, эмоционально окрашенные отношения супругов выясняются посредством измерения различий в восприятии мужем и женой одних и тех же социокультурных ролей муж - жена, отец - мать, невеста - жених… При этом, как отмечает Антонов А.И, индивидуальное своеобразие «Я» каждого из супругов при включении в это «Я» общезначимых в данной культуре семейных ролей проявляется в вариации величин дифференциала (D), характеризующих степень идентификации супругами этих ролей.

Тест построен на сопоставлении ролевых самооценок каждого из супругов (например, Я-муж и Я-жена) с оценками этой включенности другим супругом (ОН-муж, ОНА-жена). Доказано, что семьи, где супруги занижают значение своего эгоистического «Я» и завышают ролевые самооценки супруга/и оказываются более сплоченными. Это и есть совместимые супружеские пары, отношения мужа и жены в которых имеют положительную эмоциональную окраску. Не удивительно, что в таких семьях все серьезные потрясения переживаются вместе и лишь еще больше сближают супругов. Именно таким примером в нашем исследовании являются 24,4% опрошенных женщин, которые отметили улучшение взаимоотношений с мужем. И напротив, нестабильные семьи, где каждый из супругов «тянет одеяло на себя», и не ценит свою вторую половинку, не способны справиться с трудностями, тем более такими серьезными, как онкологическое заболевание ребенка. При столкновении с подобного рода бедой и без того непростые отношения супругов ухудшаются и могут вести к разводу, что и наблюдается у 19,4% опрошенных женщин, отметивших негативную ухудшающуюся обстановку в своих семьях.

Четвертая гипотеза

Онкологическое заболевание ребенка меняет не только внутрисемейный уклад, но и ведет к вынужденной смене родителями моделей трудового поведения, что является еще одним социальным последствием, неизбежно дающим о себе знать. Это видно по данным таблицы №4.1:

Таблица №4.1 Влияние болезни ребенка на трудовую деятельность супругов

|  |
| --- |
| Изменения в трудовой деятельности супругов за период лечения ребенка |
|  | Число ответов | Процент | Процент от ответивших | Суммарный процент(по столбцу) |
| Valid | меньше работать | 298 | 51,1 | 51,1 | 51,1 |
|  | не изменилось | 232 | 39,8 | 39,8 | 90,9 |
|  | больше работать (больше денег надо) | 53 | 9,1 | 9,1 | 100,0 |
|  | Всего | 583 | 100,0 | 100,0 |  |

У большинства опрошенных женщин и их мужей (60,2%) трудовая деятельность за время лечения ребенка претерпела различного рода изменения. Они были вынуждены менять свои прошлые личные поведенческие установки, ценностные ориентации и приоритеты, ставить во главу угла не собственные склонности и профессиональные навыки, а интересы ребенка.

Большинство родителей (51,1%) стали меньше работать или совсем прервали работу для ухода за детьми-инвалидами. В другой группе респондентов изменение занятости связано с получением более высокой заработной платы. При этом не исключается даже малоквалифицированный труд с потерей профессионального статуса - лишь бы такая работа приносила дополнительный доход. Подобное проявление родительской ответственности оказалось достаточно редким явлением (9,1%). Вместе с тем, 39,8% опрошенных не отметили никаких изменений в трудовой деятельности.

Из вышесказанного видно, что жизнь большинства семей, имеющих в своем составе ребенка-инвалида с онкологическим заболеванием, характеризуется целым рядом серьезных социальных проблем. Несмотря на социально-экономическую активность многих родителей снижается их социальный статус, ухудшается материальное положение семьи. Происходит нарушение внутрисемейных отношений. Эмоциональная напряженность в таких семьях оставляет свой отпечаток на восприятии детей как таковых, на отношение к детям. В чем именно проявляется это влияние мы рассмотрим далее.

Пятая и шестая гипотезы

Как уже отмечалось выше, неожиданно обрушившееся на семью онкологическое заболевание ребенка, влечет за собой разного рода изменения в жизни семьи. В том числе, меняется и эмоциональный фон, что может отразиться на отношении к детям. Для того чтоб лучше понять, каким образом болезнь собственного ребенка может повлиять на восприятие детей в целом, было выделено четыре критерия:

изменения внутрисемейных отношений в связи с болезнью ребенка;

изменение репродуктивных установок в связи с болезнью ребенка;

смена трудовой деятельности в связи с болезнью ребенка;

число детей, рожденных в данной семье.

Далее будут рассмотрены полученные результаты по каждому из них отдельно.

Мы разработали ряд индикаторов, которые помогают выявить отношение к детям, сложившееся в семьях с тяжело больным ребенком-инвалидом.

К ним относятся:

ь Правильно ли говорят, что рождение и воспитание детей - самое главное в жизни.

ь Правильно ли говорят, что всегда приятно наблюдать за детьми;

ь Правильно ли говорят, что приятно опекать малыша и заботиться о нем;

ь Правильно ли говорят, что уход за детьми требует слишком больших усилий;

ь Правильно ли говорят, что когда возникает неприятность, дети подают надежду;

ь Правильно ли говорят, что среди детей всегда чувствуешь себя свободнее, лучше;

ь Правильно ли говорят, что часто бывает трудно сдерживаться в обращении с детьми;

ь Правильно ли говорят, что играя с детьми, всегда узнаешь что-то новое;

ь Правильно ли говорят, что дети часто не отвечают теплом и благодарностью на родительскую заботу;

ь Правильно ли говорят, что супруги, имеющие детей, упускают другие возможности и радости;

ь Правильно ли говорят, что дети всегда отнимают какую-то важную часть жизни;

В ходе исследования было замечено, что индикатор «правильно ли говорят, что уход за детьми требует слишком больших усилий» не сработал (нет четко выраженных тенденций), поэтому в следующие исследования его включать не рекомендуется.

Изменение внутрисемейных отношений и его влияние на восприятие детей Как уже отмечалось выше, для изучения ценностных ориентаций респондентов (а именно, ценности детей) были отобраны 11 индикаторов и 4 группы респондентов. Рассмотрим первую из них.

Таблица №5.1.а Отношения между супругами//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Изменение отношений между супругами в связи с болезнью ребенка |
|  | Итого | В лучшую сторону | Не изменились | В худшую сторону |
|  | Число ответов | %  | Число ответов | %  | Число ответов | %  | Число ответов | %  |
| Правильно ли говорят, что всегда приятно наблюдать за детьми? | Да. | 372 | 72,1% | 111 | 81,0% | 189 | 68,7% | 72 | 69,2% |
|  | Скорее да, чем нет. | 137 | 26,6% | 26 | 19,0% | 81 | 29,5% | 30 | 28,8% |
|  | Скорее нет, чем да. | 3 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 0,7% | 1 | 1,0% |
|  | Нет. | 4 | 0,8% | 0 | 0,0% | 3 | 1,1% | 1 | 1,0% |
|  | Всего | 516 | 100,0% | 137 | 100,0% | 275 | 100,0% | 104 | 100,0% |

Из таблицы №5.1.а видно, что на вопрос, «всегда ли приятно наблюдать за детьми?» респонденты ответили следующим образом:

Ш В семьях, где отношения между супругами изменились в лучшую сторону, с этим утверждением согласились 81,0%;

Ш В семьях, где отношения не изменились, согласных оказалось 68,7%;

Ш В семьях, где отношения между супругами приобрели негативный характер процент согласных составил 69,2%.

Интересно, что в семьях с положительным климатом отрицательного ответа на этот вопрос не оказалось совсем, и абсолютному большинству приятно наблюдать за детьми.

Та же тенденция сохранилась при вопросе о том, «приятно ли опекать малыша и заботиться о нем?»: 88,1% положительно ответивших опрошенных, были из сплоченных семей с благоприятной атмосферой в доме. В то время как, в парах, где отношения не менялись и изменились в худшую сторону, в связи с болезнью ребенка процент оказался ниже - 84,3% и 77,9% соответственно.

Таблица №5.1.б Отношения между супругами//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Изменение отношений между супругами в связи с болезнью ребенка |
|  | Итого | В лучшую сторону | Не изменились | В худшую сторону |
|  | Число от-в | %  | Число  | %  | Число  | %  | Число  | %  |
| Правильно ли говорят, что когда возникает неприятность, дети подают надежду? | Да. | 313 | 63,6% | 84 | 65,1% | 171 | 64,8% | 58 | 58,6% |
|  | Скорее да, чем нет. | 151 | 30,7% | 41 | 31,8% | 78 | 29,5% | 32 | 32,3% |
|  | Скорее нет, чем да. | 16 | 3,3% | 1 | 0,8% | 8 | 3,0% | 7 | 7,1% |
|  | Нет. | 12 | 2,4% | 3 | 2,3% | 7 | 2,7% | 2 | 2,0% |
|  | Всего | 492 | 100,0% | 129 | 100,0% | 264 | 100,0% | 99 | 100,0% |

При возникновении неприятности, дети подают надежду чаще всего крепким и стабильным семьям, что видно из таблицы №5.1.б. Проценты распределились следующим образом:

Ш В семьях, где отношения между супругами изменились в лучшую сторону, с этим утверждением согласились 65,1%;

Ш В семьях, где отношения не изменились, согласных оказалось 64,8%;

Ш В семьях, где отношения между супругами приобрели негативный характер процент согласных составил 58,6%.

Таблица №5.1.в Отношения между супругами//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Изменение отношений между супругами в связи с болезнью ребенка |
|  | Итого | В лучшую сторону | Не изменились | В худшую сторону |
|  | Число | %  | Число | %  | Число ответов | %  | Число ответов | %  |
| Правильно ли говорят, что, играя с детьми, всегда узнаешь что-то новое? | Да. | 312 | 61,9% | 92 | 69,2% | 163 | 59,9% | 57 | 57,6% |
|  | Скорее да, чем нет. | 153 | 30,4% | 35 | 26,3% | 85 | 31,3% | 33 | 33,3% |
|  | Скорее нет, чем да. | 27 | 5,4% | 4 | 3,0% | 17 | 6,3% | 6 | 6,1% |
|  | Нет. | 12 | 2,4% | 2 | 1,5% | 7 | 2,6% | 3 | 3,0% |
|  | Всего | 504 | 100,0% | 133 | 100,0% | 272 | 100,0% | 99 | 100,0% |

Не удивительно, что играя с детьми, всегда узнают что-то новое в большинстве случаев, опять же семьи с положительными внутрисемейными отношениями (см. таблицу №5.1.в):

Ш В семьях, где отношения между супругами изменились в лучшую сторону, с этим утверждением согласились 69,2%;

Ш В семьях, где отношения не изменились, согласных оказалось 59,9%;

Ш В семьях, где отношения между супругами приобрели негативный характер процент согласных составил 57,6%.

С утверждением, что дети всегда отнимают какую-то важную часть жизни скорее не согласились 28,2% эмоционально благополучных семей; 24,5% семей с неблагоприятным климатом тоже не поддержали это утверждение. А в семьях, где отношения остались прежними, процент скорее не согласных составил 22,8%.

Таким образом, можно заметить, что семейная атмосфера хоть и не сильно, но влияет на отношение к детям, при чем там где взаимоотношения стали хуже из-за болезни ребенка по всем индикаторам положительного отношения к детям дается меньше %-ов ответов, чем там, где взаимоотношения стали лучше. С другой стороны ответов на вопросы с негативным отношением к детям больше среди тех, где ухудшились взаимоотношения и меньше там, где улучшились взаимоотношения супругов.

Репродуктивные установки и их влияние на восприятие детей

Из полученных данных видно, что респондентки, которые столкнувшись с бедой (онкологическое заболевание ребенка) сильнее захотели еще малыша скорее соглашаются, чем нет с тем, что за детьми всегда приятно наблюдать (35,7%). Женщины, на репродуктивные установки которых инвалидизирующее заболевание ребенка повлияло в худшую сторону соглашаются с этим утверждением в 29,1% случаях. Так же на данный вопрос ответили «скорее да, чем нет» 24,5% матерей, на желание которых иметь или не иметь еще детей болезнь ребенка не повлияла. Очень высокие проценты ответивших по всем трем группам согласились с утверждением, что приятно опекать малыша и заботиться о нем. Однако доля женщин с негативными репродуктивными установками оказалась немного меньше (81,6%), чем в семьях, где ничего не изменилось (84,8%) и в семьях, где еще сильнее захотели малыша (85,5%).

Таблица №5.2.а Желание иметь еще детей//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Влияние болезни ребенка на желание иметь еще детей |
|  | Итого | Сильнее захотели ребенка | Не изменились | Решили не иметь детей |
|  | Число | %  | Число  | %  | Число | %  | Число | %  |
| Правильно ли говорят, что супруги, имеющие детей, упускают другие возможности и радости? | Да. | 37 | 7,3% | 7 | 10,0% | 16 | 5,9% | 14 | 8,7% |
|  | Скорее да, чем нет. | 67 | 13,3% | 16 | 22,9% | 26 | 9,5% | 25 | 15,5% |
|  | Скорее нет, чем да. | 149 | 29,6% | 20 | 28,6% | 85 | 31,1% | 44 | 27,3% |
|  | Нет. | 251 | 49,8% | 27 | 38,6% | 146 | 53,5% | 78 | 48,4% |
|  | Всего | 504 | 100,0% | 70 | 100,0% | 273 | 100,0% | 161 | 100,0% |

Как видно из таблицы №5.2.а, респонденты отрицательно среагировали на вопрос «правильно ли говорят, что супруги, имеющие детей упускают другие возможности и радости?» в следующем процентном соотношении:

o Женщины, которые сильнее захотели еще ребенка не согласились в 38,6% случаев;

o В ситуации, где болезнь собственного ребенка не повлияла на репродуктивные установки респонденток, отрицательно ответили 53,5%;

o Матери, решившие не иметь детей (пока или вообще) ответили «нет» на данный вопрос в 48,4% случаев.

Таблица № 5.2.б Желание иметь еще детей//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Влияние болезни ребенка на желание иметь еще детей |
|  | Итого | Сильнее захотели ребенка | Не изменились | Решили не иметь детей (пока или вообще) |
|  | Число  | %  | Число  | %  | Число  | %  | Число  | %  |
| Правильно ли говорят, что среди детей всегда чувствуешь себя свободнее, лучше? | Да. | 219 | 43,7% | 25 | 37,3% | 118 | 42,9% | 76 | 47,8% |
|  | Скорее да, чем нет. | 225 | 44,9% | 36 | 53,7% | 127 | 46,2% | 62 | 39,0% |
|  | Скорее нет, чем да. | 47 | 9,4% | 6 | 9,0% | 23 | 8,4% | 18 | 11,3% |
|  | Нет. | 10 | 2,0% | 0 | 0,0% | 7 | 2,5% | 3 | 1,9% |
|  | Всего | 501 | 100,0% | 67 | 100,0% | 275 | 100,0% | 159 | 100,0% |

Интересная ситуация сложилась при ответе на вопрос «правильно ли говорят, что среди детей всегда чувствуешь себя свободнее и лучше?»(см. таблицу №5.2.б). Женщины с позитивными репродуктивными установками ответили согласием в 37,3% случаев, тогда как эта доля в двух других группах оказалась значительно больше (42,9% у не изменивших отношения, и 47,8% у решивших не иметь детей пока или вообще). А вот тот же вопрос с вариантом ответа «скорее да, чем нет» выявил обратную тенденцию: этот вариант отметили более половины матерей, сильнее захотевших ребенка (53,7%); женщины репродуктивные установки которых не изменились, скорее согласились, чем нет в 46,2% случаев; при данном ответе на это вопрос еще ниже оказался процент женщин с негативными репродуктивными установками (39,0%).

Еще более интересные результаты оказались при ответе на следующий вопрос «правильно ли говорят, что часто бывает трудно сдерживаться в обращении с детьми?», проценты распределились следующим образом:

o «Скорее да, чем нет» ответили 40,3% женщин, которые сильнее захотели еще ребенка;

o и 30,4% респондентов, установки которых не изменились;

o Согласились с данным утверждением 36,0% матерей, решивших не иметь детей (пока или вообще).

Как объяснить полученные несоответствия, мы не знаем, поэтому оставляем этот вопрос для дальнейших исследований.

Согласных с тем, что воспитание детей - самое главное в жизни, как и предполагалось, оказалось очень много. Почти по 80% респондентов в каждой группе ответили «да», потому что это утверждение относится к социальноодобряемым, стереотипным.

Смена трудовой деятельности и ее влияние на восприятие детей

Таблица №5.3.а Трудовая деятельность супругов//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Изменения в трудовой деятельности супругов за период лечения ребенка |
|  | Итого | меньше работать | не изменилось | больше работать (больше денег надо) |
|  | Число  | %  | Число  | %  | Число | %  | Число ответов | %  |
| Правильно ли говорят, что всегда приятно наблюдать за детьми? | Да. | 402 | 72,4% | 197 | 69,9% | 167 | 74,6% | 38 | 77,6% |
|  | Скорее да, чем нет. | 146 | 26,3% | 81 | 28,7% | 56 | 25,0% | 9 | 18,4% |
|  | Скорее нет, чем да. | 3 | 0,5% | 2 | 0,7% | 0 | 0,0% | 1 | 2,0% |
|  | Нет. | 4 | 0,7% | 2 | 0,7% | 1 | 0,4% | 1 | 2,0% |
|  | Всего | 555 | 100,0% | 282 | 100,0% | 224 | 100,0% | 49 | 100,0% |

Как и ожидалось, процент тех, кому всегда приятно наблюдать за детьми, среди вынужденных больше работать матерей оказался выше, чем среди тех, у кого трудовая деятельность не изменилась или снизилась:

v Среди тех, кто стал работать меньше, положительно ответили 69,9%;

v Ответ «да» на заданный вопрос дали 74,6% женщин, у которых трудовая деятельность не изменилась;

v Те кому пришлось больше работать, согласились с данным утверждением в 77,6% случаях.

Так же в большинстве случаев матери, повысившие свою трудовую активность, отвечали положительно на вопрос «правильно ли говорят, что приятно опекать малыша и заботиться о нем?» (87,8%), в то время как в двух других группах значения оказались немного ниже (82,7% у меньше работающих и 85,5% у женщин не изменивших трудового положения).

Люди, изменившие свою жизнь и вынужденные больше работать ради больного ребенка, более реалистично смотрят на ситуацию заботы о детях, и в 53,2% соглашаются, что уход за детьми требует слишком больших усилий. Женщины, у которых положение не изменилось отвечают «да» на данный вопрос в половине случаев (51,9%), а респондентки, ушедшие с работы совсем или ставшие меньше работать, чтоб больше времени уделять ребенку-инвалиду дают положительный ответ в 46,9% случаях.

При возникновении неприятности, дети подают надежду чаще тем, кто стал больше работать (65,2%), чем в случае снижения трудовой деятельности (62,3%) и в тех семьях, где ничего не изменилось (63,8%).

Отрицательный ответ на вопрос «правильно ли говорят, что дети часто не отвечают теплом и благодарностью на родительскую заботу?» дали 22,6% женщин, у которых не поменялась трудовая активность. А вот те матери, которые стали меньше работать и посвятили больше времени заботе о больном ребенке показали меньший процент (16,6%). К сожалению, для отображения результатов третьей группы по данному вопросу не хватило статистических данных.

Таблица №5.3.б Трудовая деятельность супругов//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Изменения в трудовой деятельности супругов за период лечения ребенка |
|  | Итого | меньше работать | не изменилось | больше работать (больше денег надо) |
|  | Число  | %  | Число  | %  | Число  | %  | Число  | %  |
| Правильно ли говорят, что супруги, имеющие детей, упускают другие возможности и радости? | Да. | 39 | 7,3% | 23 | 8,4% | 14 | 6,6% | 2 | 4,4% |
|  | Скорее да, чем нет. | 73 | 13,7% | 39 | 14,2% | 31 | 14,6% | 3 | 6,7% |
|  | Скорее нет, чем да. | 154 | 29,0% | 82 | 29,9% | 58 | 27,4% | 14 | 31,1% |
|  | Нет. | 265 | 49,9% | 130 | 47,4% | 109 | 51,4% | 26 | 57,8% |
|  | Всего | 531 | 100,0% | 274 | 100,0% | 212 | 100,0% | 45 | 100,0% |

Рассматривая таблицу №5.3.б, важно отметить, что 57,8% женщин, вынужденных больше работать, чтоб спасти тяжело больного ребенка, не подтверждают утверждение о том, что супруги имеющие детей, упускают другие возможности и радости. В то время как, респондентки, оставившие больше времени на уход за ребенком-инвалидом отвечают отрицательно на данный вопрос значительно реже (47,4%). Почти половина опрошенных из третьей группы (не изменили нагрузку в работе) так же ответили «нет» (51,4%).

Значимые результаты получились при ответе на вопрос «правильно ли говорят, что часто бывает трудно сдерживаться в обращении с детьми?», что видно из таблицы №5.3.в.

Таблица №5.3.в Трудовая деятельность супругов//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Изменения в трудовой деятельности супругов за период лечения ребенка |
|  | Итого | меньше работать | не изменилось | больше работать (больше денег надо) |
|  | Число  | %  | Ч-ло | %  | Ч-ло | %  | Ч-ло | %  |
| Правильно ли говорят, что часто бывает трудно сдерживаться в обращении с детьми? | Да. | 96 | 18,3% | 53 | 19,6% | 35 | 16,8% | 8 | 17,0% |
|  | Скорее да, чем нет. | 174 | 33,1% | 87 | 32,2% | 74 | 35,6% | 13 | 27,7% |
|  | Скорее нет, чем да. | 160 | 30,5% | 80 | 29,6% | 59 | 28,4% | 21 | 44,7% |
|  | Нет. | 95 | 18,1% | 50 | 18,5% | 40 | 19,2% | 5 | 10,6% |
|  | Всего | 525 | 100,0% | 270 | 100,0% | 208 | 100,0% | 47 | 100,0% |

Вариант «скорее нет, чем да» чаще всего отметили активные мамы, которым пришлось больше работать ради ребенка с онкологическим заболеванием (44,7%). Остальные группы показали следующие значения:

v Среди женщин, чья трудовая активность снизилась, этот процент составил 29,6%;

v Респондентки, чье трудовое положение не изменилось, отвечают скорее отрицательно в 28,4% случаев.

Так же большое число активных мам, играя с детьми, всегда узнают что-то новое (75,0%), у женщин снизивших трудовую деятельность этот процент оказался ниже (57,5%), и 65,7% респонденток, ничего не изменивших в работе, согласились с данным утверждением.

Родители, которым пришлось работать больше, гораздо чаще не соглашаются с тем, что дети всегда отнимают какую-то важную часть жизни (59,2%), чем респонденты двух других групп (46,3% меньше работающих и 48,1% не изменивших трудового положения). Это связанно с тем, что для активных родителей самым важным в жизни являются их дети, особенно те, которые тяжело заболели.

Мнение о том, что дети - самое главное в жизни вновь подтвердилось во всех трех группах очень большими процентами, но более высокое значение показали, много работающие женщины:

v Среди меньше работающих респондентов с данным утверждением согласились 78,0%;

v Не изменившие трудовой активности ответили положительно 79,9%;

Активные родители ответили «да» в 86,5% случаев.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у родителей, изменивших свою жизнь ради больного ребенка, и начавших больше работать, сильнее проявляется ценность детей, чем у тех, кто не сделал этого. Но различия в цифрах не значительные по многим индикаторам, и это значит, что не удалось найти те характеристики заботы о больном ребенке, которые есть у матерей не менявших работу.

Число детей, рожденных в данной семье и его влияние на восприятие детей Весьма показательны результаты опрошенных многодетных семей (3 и более детей) при ответе на вопрос «правильно ли говорят, что всегда приятно наблюдать за детьми?», 86,9% из них согласились с данным утверждением. В то время как процент однодетных, ответивших положительно, составил лишь 68,4% (см. таблицу №5.4.а).

Таблица №5.4.а Число детей в семье//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Число детей в семье |
|  | Итого | 1 ребенок | 2 ребенка | 3 и более детей |
|  | Ч | %  | Ч. | %  | Ч. | %  | Ч | %  |
| Правильно ли говорят, что всегда приятно наблюдать за детьми? | Да. | 397 | 72,4% | 141 | 68,4% | 203 | 72,2% | 53 | 86,9% |
|  | Скорее да, чем нет. | 144 | 26,3% | 62 | 30,1% | 75 | 26,7% | 7 | 11,5% |
|  | Скорее нет, чем да. | 3 | 0,5% | 1 | 0,5% | 2 | 0,7% | 0 | 0,0% |
|  | Нет. | 4 | 0,7% | 2 | 1,0% | 1 | 0,4% | 1 | 1,6% |
|  | Всего | 548 | 100,0% | 206 | 100,0% | 281 | 100,0% | 61 | 100,0% |

Очень многие отметили, что малыша приятно опекать и заботиться о нем. Однако, следует отметить, что среди многодетных семей процент согласившихся оказался несколько выше:

§ 1 ребенок - 85,0%;

§ 2 ребенка - 82,8%;

§ 3 и более детей - 86,7%.

Нельзя не отметить и то, что многодетные женщины значительно реже соглашаются с тем, что супруги, имеющие детей, упускают другие возможности и радости (см. таблицу №5.4.б). Считающих так среди матерей с 3 и более детьми оказалось 38,2% против 46,7% двухдетных и 57,6% однодетных!

Таблица №5.4.б Число детей в семье//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Число детей в семье |
|  | Итого | 1 ребенок | 2 ребенка | 3 и более детей |
|  | Ч | %  | Ч | %  | Ч | %  | Ч | %  |
| Правильно ли говорят, что супруги, имеющие детей, упускают другие возможности и радости? | Да. | 38 | 7,2% | 8 | 4,0% | 20 | 7,4% | 10 | 18,2% |
|  | Скорее да, чем нет. | 73 | 13,9% | 16 | 8,1% | 46 | 16,9% | 11 | 20,0% |
|  | Скорее нет, чем да. | 152 | 29,0% | 60 | 30,3% | 79 | 29,0% | 13 | 23,6% |
|  | Нет. | 262 | 49,9% | 114 | 57,6% | 127 | 46,7% | 21 | 38,2% |
|  | Всего | 525 | 100,0% | 198 | 100,0% | 272 | 100,0% | 55 | 100,0% |

Так же однодетные женщины значительно реже многодетных чувствуют себя среди детей свободнее и лучше:

§ 1 ребенок - 41,6%;

§ 2 ребенка - 45,6%;

§ 3 и более детей - 48,3%.

В семьях с 3 и более детьми родители значительно чаще узнают что-то новое, играя с детьми (75,4%), чем в двухдетных (63,9%) и однодетных (56,0%). Скорее всего, это происходит не потому что в многодетных семьях дети смышленее, а потому что отношение к детишкам в этих семьях более теплое и трепетное.

Таблица №5.4.в Число детей в семье//восприятие детей

|  |  |
| --- | --- |
|  | Число детей в семье |
|  | Итого | 1 ребенок | 2 ребенка | 3 и более детей |
|  | Ч | %  | Ч | % | Ч | %  | Ч | % |
| Правильно ли говорят, что рождение и воспитание детей - самое главное в жизни? | Да. | 442 | 79,5% | 151 | 73,3% | 237 | 82,3% | 54 | 87,1% |
|  | Скорее да, чем нет. | 105 | 18,9% | 51 | 24,8% | 49 | 17,0% | 5 | 8,1% |
|  | Скорее нет, чем да. | 5 | 0,9% | 3 | 1,5% | 0 | 0,0% | 2 | 3,2% |
|  | Нет. | 4 | 0,7% | 1 | 0,5% | 2 | 0,7% | 1 | 1,6% |
|  | Всего | 556 | 100,0% | 206 | 100,0% | 288 | 100,0% | 62 | 100,0% |

Рассмотрев таблицу №5.4.в, можно заметить, что чрезвычайно важный результат мы получили по индикатору «правильно ли говорят, что рождение и воспитание детей - самое главное в жизни?». Для многодетных семей с 3 и более детьми (доля которых составила 11,8% от общего числа опрошенных) это оказалось верно в 87,1% случаях, тогда как однодетные мамы отвечали согласием гораздо реже (73,3%), процент двухдетных женщин, ответивших «да», составил 82,3%.

Из предоставленных данных хорошо видно, что число детей в семье оказывает достаточно сильное влияние на ценность и восприятие детишек. Причем с увеличением числа детей в семье, отношение к ним становится все более положительным. Данные нашего исследования показывают, что детность родительской семьи хоть и не предопределяет репродуктивное поведение респондентов, но оказывает влияние на него. В условиях распространенной в обществе нормы малодетности нас в большей мере заинтересовали те респондентки, которые родили 3 и более детей, их оказалось 11,8% от общего числа опрошенных. Интересно, что 90,5% женщин, имеющих 1-2 детей родились в малодетной семье (1-2 ребенка), и лишь 9,5% из них решились родить 3 и более. В то время как примеру многодетной родительской семьи (5 и более детей) последовали уже 29,4% респонденток, в их семьях 3 и более детей. Таким образом, данный результат, безусловно, является значимым в рамках нашего исследования.

Проведенный социологический опрос показал, что тяжелая болезнь ребенка повлекла за собой изменения в репродуктивных установках матерей, что отметили 43,9% опрошенных женщин. При этом, гораздо чаще эти изменения носили негативный характер, 31,4% респондентов решили отказаться от рождения еще одного ребенка (пока или вообще); и лишь 12,5% - сильнее захотели ребенка.

Данные исследования показывают также, что онкологическое заболевание ребенка отражается на отношениях между супругами. Изменение семейного климата упоминается почти в половине анкет (47,1%): 20,9% констатировали ухудшение супружеских отношений; улучшение отметили 26,2% женщин. Таким образом, болезнь ребенка чаще сближает супругов, чем способствует ухудшению отношений между ними.

Данные нашего опроса свидетельствуют о том, что у большинства опрошенных женщин и их мужей (60,2%) трудовая деятельность претерпела изменения за время лечения ребенка. При этом подавляющее большинство из этих родителей (51,1%) стали меньше работать или совсем прервали работу для ухода за больным ребенком. Это в 5 раз больше доли женщин, которым пришлось искать дополнительный заработок (9,1%). Проведенное исследование свидетельствует о том, что изменения в жизни респонденток (отношения между супругами, репродуктивные установки, трудовая деятельность), связанные с болезнью ребенка оказывают определенное влияние на восприятие детей. Но различия в цифрах по многим индикаторам незначительные, что свидетельствует о неудачной попытке найти характеристики заботы о больном ребенке у матерей, в жизни которых изменений не произошло.

Что касается четвертого критерия (число детей, рожденных в семье респондента), то в этом отношении выделенные группы многодетных и однодетных семей показали значимые результаты, из которых видно, что с увеличением числа детей в семье, отношение к ним становится все более положительным.

Заключение

Некоторые жизненные ситуации, вызывающие стресс можно предвидеть. Например, смену фаз развития и становления семьи (замужество или женитьба, рождение детей) или же биологически обусловленные изменения в организме, характерные для каждого из нас. Другие ситуации неожиданны и непредсказуемы, особенно внезапные (несчастные случаи, природные катаклизмы, смерть близкого человека). Каждая из подобных ситуаций способна вызвать душевный дискомфорт.

Чаще бывает легче принять свою смерть (или мысль о ней), чем смерть близкого человека, особенно ребенка. Можно смириться со смертью, когда под ней подразумевается избавление от старости, немощи и болезней, но как смириться с потерей ребенка? Она вызывает непонимание и неприятие происшедшего, гнев, протест, острое чувство несправедливости жизни. Смерть ребенка наиболее полно раскрывает свой противоестественный характер. Такая смерть полностью разрушает представления родителей о мире: его справедливости, мудрости, доброте. И коренным образом меняет понятия о ценности и смысле собственной жизни.

При переживании потери очень важно найти личный смысл смерти близкого, роль утраты в своей жизни. Как правило, процесс поиска очень болезненный, он может продолжаться длительное время. Но без нахождения этого смысла невозможно пережить смерть другого, а особенно ребенка.

Такая внутренняя работа чаще всего происходит интуитивно, но нередко психотерапевт помогает человеку выйти на этот путь более осознанно. Человек приходит к пониманию, что со смертью близкого собственная жизнь не полностью потеряла смысл, - она продолжает иметь свою ценность и остается такой же значимой и важной, несмотря на потерю. Человек может простить себя, отпустить обиду, принять ответственность за свою жизнь - происходит возвращение себе себя самого. Не менее трудно в этой жизни приходится родителям больных детей. Помимо обычных забот, связанных с развитием и воспитанием ребёнка, на них лежит ответственность по уходу за больным малышом. Некоторые из родителей, измученные повседневной, нескончаемой работой и постоянной усталостью от забот о воспитании больного ребёнка, испытывают чувства вины, злости и горечи. Болезнь ребёнка ограничивает возможности родителей в работе, карьерном росте, а также в личной и интимной жизни.

Безусловно, все эти трудности не могут не отразиться на дальнейшей жизни семьи, на ее планах на будущее. Страх вновь пережить горе будет сопровождать родителей всю жизнь. Вот почему необходимо использовать методики помощи семьям, находящимся в ситуации стресса. На жизненном пути нас поджидает множество событий и потрясений, способных вызвать стресс. В большинстве своем они являются неотъемлемой частью нашей жизни, поэтому избежать их или обойти просто невозможно. Важно знать, как преодолеть это несчастье, и начать жить заново. Для этого существуют службы поддержки, центры планирования семьи, социальные психологи и педагоги, собесы и проч. Но как показывает практика, их мало, или люди, попавшие в сложную ситуацию о них не знают или не имеют «традиции» туда обращаться.

В современном мире государство настолько включено в процесс жизни человека, что берет на себя многие функции, ранее успешно выполняющиеся институтом семьи. В ситуации доминирования государства и его производных структур, и практически разрушенного института семьи как источника всех видов помощи, семьям «приходится» ожидать поддержки не от родственников, а скорее от профессиональных психологов, психотерапевтов, социальных педагогов, работников собесов и центров семьи. Но таких структур не хватает, мало кто знает об их существовании, и, как правило, не обращаются туда за помощью. Таким образом, государство так и не смогло создать надежный «круг помощи» семьям, оказавшимся в кризисной ситуации.

Список литературы

1. Алешина Ю.Е., Цикл развития семьи: исследования и проблемы, Вестник МГУ, серия XIV, психология, 1987, № 2.

. Антонов А.И., Микросоциология семьи, М., ИНФРА-М, 2005.

. Антонов А.И., Социология семьи, М., ИНФРА-М, 2007.

. Антонов А.И., статья «О соответствии мер и средств демографической политики её долгосрочным целям (опыт демографической экспертизы)», Демографические исследования №4, 2010.

. Баканова А. А. Смерть и работа горя //Кораблина Е. П., Акиндинова И. А., Баканова А. А., Родина А. М. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: Пособие для практических психологов. - СПб., 2001.

. Борисов И. Ю. Полоролевая дифференциация во взаимоотношениях супругов на различных стадиях жизненного цикла семьи, Вестник МГУ, сер. 14, Психология, 1987, № 1.

. Босс Паулина Дж., Нормативный семейный стресс: изменение семейных границ в течение жизни, Family Relation, 1980.

. Вдовина М.В., статья Специфика межпоколенных конфликтов в семье, Демографические исследования № 4.

. Воловик В. М. Семейные исследования в психиатрии и их значение в реабилитации больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. - М., 1980.

. Герасимова И.А., Структура семьи, М., 1976.

. Карлсон А. Общество - семья - личность: социальный кризис Америки. М.,2003.

. Левин С. Кто умирает? - К.: София, 1996.

. Маслоу А. Психология бытия. М., 1997.

. Медков В. М., Антонов А. И. Семья // Социологическая энциклопедия. В 2 т. Т. 2. М., 2003.

. Олифирович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф., Психология семейных кризисов. - СПб.: Речь, 2006.

. Психология семьи, Хрестоматия, издательский дом «БАХРАХ-М», Самара, 2002.

. Селье Г. - Когда стресс не приносит горя. - М., 1992.

. Семейная психотерапия, СПб, ПИТЕР, 2000.

. Семейный кодекс, ст. 14.

. Сысенко В.А., Супружеские конфликты, М. 1989.

. Фамилистические исследования. Том 2. Миллион мнений о семье и о себе: сборник/Отв. ред. А.И. Антонов. - М.: КДУ, 2009.

. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., Семейная психотерапия, издательство «Медицина», Москва, 1990.

. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н. В., Юстицкис В., Семейная психотерапия - СПб: Питер, 2000.

. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., Психология и психотерапия семьи, 3-е изд., СПб.: Питер, 2001.

25. Arietis (1974). Interpretation of schizophrenia (2 nd rev. ed). New York: Basic Boous.

26. Hill R/ Family development in the generations. Cambridge, MA: Schenkman, 1970.

. Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., & Terry, D. The intrafamilial environment of schizophrenic patients. American Journal of Psychiatry, 1957, 114, 241-248. Alanen, Y.O. (1966). The family in the pathogenesis of schizophrenic and neurotic disorbers. Acto Psychiotrica Scondinavica, 42 (Suppl. 189).

28. Sullivan H. S. The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton, 1953.

. Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. Psychiatry, 11, 263-273.

30. Http://oncology.eurodoctor.ru/