

УДК 159.9.07

*ТИМОФЕЕВА Ирина Владимировна, кандидат педагогических наук, доцент, заведующая кафедрой физической реабилитации Екатеринбургского филиала Уральского государственного университета физической культуры. Автор 43 научных публикаций*

### **ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ВОСПРИЯТИИ СЕМЕЙНОЙ СРЕДЫ**

В статье рассматривается стиль родительского отношения в семьях, имеющих ребенка с детским церебральным параличом. В исследовании приняли участие семьи, воспитывающие детей с детским церебральным параличом с сохранным интеллектом и интеллектуальной недостаточностью. Проведен анализ факторов восприятия семейных отношений подростком и влияния этих факторов на особенности самосознания личности. Подростки воспринимают отношение родителей к себе как враждебное с установками на порицание, также для родителей характерен директивный стиль воспитания. Обращает на себя внимание обнаружение отрицательных значимых коэффициентов по данным показателям. Проведенное исследование показало, что родительская роль специфицирована в соответствии с полом ребенка. Наши данные свидетельствуют о том, что отец демонстрирует высокий уровень непоследовательности своего поведения и воспитательных воздействий по отношению к сыну, девочки склонны оценивать поведение отца как автономное, эмоционально-холодное. Образ родительской позиции матери у девочек и мальчиков различается по уровню позитивного интереса и враждебности. Девочки с сохранным интеллектом по сравнению с девочками с интеллектуальной недостаточностью выше оценивают уровень позитивного интереса, принятия со стороны матери.

**Ключевые слова:** *ребенок с детским церебральным параличом, детский церебральный паралич, стиль родительского отношения, методика «Подростки о родителях».*

Одной из важнейших проблем современной психологической науки становится изучение личности, находящейся во взаимодействии с трудными жизненными ситуациями. Детский церебральный паралич (ДЦП) относится к числу достаточно распространенных заболеваний,

приводящих к различной степени выраженности детской инвалидности. Как показывают исследования, в последние годы тенденции к снижению заболеваемости не отмечается. Вместе с тем во всех странах мира ДЦП занимает одно из ведущих мест в структуре

хронических заболеваний детей. В жизни ребенка с нарушениями в развитии ключевую роль играет семья как в социально-бытовом, так и в психологическом аспекте. В психологическом контексте именно семья является основным условием и источником движущих сил развития и психосоциальной реабилитации ребенка, которые не могут в полной мере быть восполнены за счет других источников. Во многих современных исследованиях семей, имеющих ребенка с нарушениями в развитии, все чаще внимание сосредотачивается на внутрисемейных отношениях. Специфическая семейная ситуация способствует формированию определенных особенностей самосознания, образ «Я» подростков также специфичен в определенных семейных условиях. Нельзя упускать из виду и отношение к собственному физическому дефекту самого ребенка.

Развитие самопознания начинается с процесса познания себя через сравнение с другими. Самопознание по типу «я и другой человек» сохраняется у человека на всю жизнь, носит эмоциональную окраску и зависит от правильности оценки им других людей, а также от мнения других людей о нем. И очень важно в развитии самопознания перейти на другой, более высокий уровень сравнения – себя с самим собой по типу «Я и Я» [6, с. 261].

Жизненная ситуация тяжелой болезни может исказить «обычный» путь развития ребенка. «Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, – отмечал Л.С. Выготский, – не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, но иначе развитой... Процесс развития двояким образом социально-обусловлен: социальная реализация дефекта есть одна сторона социальной обусловленности развития; социальная направленность компенсации на приспособление к тем условиям среды, что созданы и сложились в расчете на нормальный человеческий тип, составляет ее вторую сторону» [3, с. 38]. Л.С. Выготский отмечал, что заболевание создает особый социальный контекст жизни и развития подростка, влияет на его самопознание, самоотношение, особен-

ности взаимоотношений с другими людьми [3, с. 124].

Результаты исследований подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата показывают, что подростки с ДЦП по сравнению с группой здоровых сверстников в меньшей степени уделяют внимание индивидуальным характеристикам индивидуальности, таким как пол, возраст, особенностям внешности, в меньшей мере склонны к анализу свойств личности, своих поступков, особенностей межличностного взаимодействия с другими людьми. Для подростков с ДЦП характерны конфликтный и неустойчивый образ «Я», отсутствие стремления к достижениям, саморазвитию, переживание ограниченности своих возможностей, отличия от других людей. Следствием данных переживаний является высокий уровень тревожности, осознание чувства неполноценности [5, с. 22].

Наиболее значимыми в окружении ребенка являются родители. В поисках образа «Я» человек выбирает значимого другого и высоко оценивает созданное им изображение своего «Я». Точность этого образа зависит от индивидуальных особенностей значимого другого. Одобрение значимого другого создает у ребенка позитивный образ «Я», в то время как постоянное порицание способствует возникновению у него негативной самооценки. В любом случае созданный образ становится главным источником психологического опыта, необходимого для развития самосознания [1, с. 158].

Как всякое сложное системное явление, личность формируется под воздействием большого числа факторов, среди которых социальная среда является если не главным, то одним из основных. Л.С. Выготский говорил о социальной среде не только и не столько как о факторе, а скорее как об источнике развития личности ребенка.

Важным фактором, предрасполагающим ребенка с ДЦП к эмоциональному неблагополучию, являются неадекватные родительские установки и дисгармоничный стиль семейного воспитания.

Е.А. Капцова в своих исследованиях проводила анализ особенностей воспитания. Согласно представлениям подростков, в условиях

семейного благополучия стиль родительского отношения представляет собой совокупность проявлений теплого, положительного отношения к ребенку и умеренной, необходимой ему директивности. Непоследовательность воспитательных приемов, характеризующаяся несовпадением отцовских и материнских требований или противоречивостью требований каждого из родителей, оказывает негативное влияние на развитие самосознания подростка. Чрезмерная директивность родителей так же, как и отсутствие контроля, воспринимается подростком как фактор семейного неблагополучия [4, с. 31].

Р. Райан и К. Фредерик определили, что субъективная жизнеспособность является индикатором психологического благополучия. Они пришли к выводу, что субъективная жизнеспособность соотносится не только с такими шкалами психологического благополучия, как автономия и позитивные отношения с окружающими, но и с физическими симптомами [7, с. 132].

Для изучения установок, поведения и методов воспитания родителей, имеющих детей с ДЦП, было исследовано 306 семей, проживающих в г. Екатеринбурге и других городах Свердловской области. В соответствии с генеральной совокупностью семьи, где есть девочки и мальчики с диагнозом ДЦП, распределились в пропорции 1 : 1,8 (семьи с девочками – 142, семьи с мальчиками – 164). Средний возраст детей составил 11 лет, возраст родителей – от 27 до 45 лет. Семейный статус: полные семьи – 220, неполные – 86. Другим значимым показателем данной выборки выступило нарушение интеллекта, что часто является вторичным дефектом при ДЦП. Среди мальчиков с нарушением интеллекта – 50 чел., среди девочек – 40.

В качестве психодиагностического инструментария были использованы клиническое интервью и методика «Подростки о родителях» Л.И. Вассермана [2, с. 19]. Тест дает достаточно объективную информацию о своеобразии восприятия подростком своих родителей в различных жизненных ситуациях.

Надежность и достоверность полученных результатов обеспечивалась проведением статистической обработки данных с помощью программного пакета Statistica for Windows 11.5. В результате факторного анализа с помощью Varimax normal были заданы несколько факторов. Для восприятия семейной среды подростками с ДЦП в нашем исследовании были значимы следующие факторы:

**фактор 1** – «взаимосвязь семьи и отношений подростка к родителям». В него вошли переменные: «семья», «пол», «сохранный интеллект», «статус инвалида», «оценка родителей». Данный фактор свидетельствует о том, что в полных семьях, имеющих девочку с ДЦП с сохранным интеллектом, со статусом инвалид, наблюдается авторитет матери ( $r = -0,557$ ), который основан на доверии: ребенок воспринимается ею как личность. В нашем исследовании было выявлено, что с позиции ребенка все стилевые особенности родителей при взаимодействии в семьях являются неудовлетворительными. Показатели непоследовательности в воспитании отца выше ( $r = 0,782$ ), чем у матери ( $r = 0,727$ ), в то же время ребенок чувствует к себе эмоциональное отвержение со стороны отца ( $r = 0,457$ ).

**фактор 2** – «отношение к объекту идентификации». В этот фактор вошли: «семья», «пол», «сохранный интеллект», «оценка родителей», «конкретно-личностное отношение ребенка». Мы предполагаем, что в полных семьях ( $r = 0,542$ ), воспитывающих мальчиков с ДЦП с сохранным интеллектом, наблюдается позитивное отношение матери ( $r = 0,535$ ), но в то же время наблюдаются высокие показатели враждебности со стороны матери ( $r = 0,722$ ) и отца ( $r = 0,755$ ), которая проявляется в чрезмерной строгости в межличностных отношениях, наряду с этим демонстрируется ответственность за судьбу сына. Так, позитивность матери мальчики видят прежде всего в относительно критическом подходе к ним, тогда как девочки позитивный интерес отца к себе соотносят с отцовской уверенностью в себе, проявляющейся в теплых и открытых

отношениях к дочери. Поэтому мальчики и девочки с сохранным интеллектом считают поведение родителя противоположного пола и родителей как целостности по отношению к себе недружественным. Можно было бы предполагать, что подростки с ДЦП рассматривают взаимоотношения с родителями как директивные и враждебные, но в нашем исследовании были выявлены отрицательные значимые коэффициенты по данным показателям. Отмечается непоследовательность в воспитании со стороны отца ( $r = 0,693$ ) и в то же время автономность ( $r = 0,477$ ), что проявляется в формальном отношении к воспитанию сына.

По нашему мнению, в неполных семьях ( $r = -0,653$ ), воспитывающих девочек с ДЦП с сохранным интеллектом, отношение к матери со стороны дочери положительное ( $r = 0,458$ ); показатели положительного отношения к отцу значительно выше ( $r = 0,629$ ), что может свидетельствовать об огромном желании иметь рядом отца. В современных исследованиях отцовства установлено, что отцовство сильно зависит от супружеских отношений и в контексте семьи на взаимоотношение отца и ребенка существенное влияние оказывает фактор отношений матери и отца. Данный фактор состоит из: во-первых, ожиданий матери по отношению к отцу в ситуации больного ребенка; во-вторых, специфики взаимоотношений матери с отцом ребенка (брачный статус, конфликты, развод и прочее); в-третьих, особенностей развития ребенка. Для исследуемых семей основополагающим компонентом данного фактора выступает брак. Обращает на себя внимание тот факт, что в семьях, где дети имеют нарушение интеллекта, больше страдают девочки. Это объяснимо с позиции классического психоанализа, когда отец в конкретный период онтогенеза не принимает в девочке женщину, не оказывает ей знаков внимания и др.

Но в то же время в нашем исследовании мы выявили, что в семьях, имеющих девочку с нарушением интеллекта, наблюдается враждебность со стороны матери ( $r = 0,805$ ), что, по нашему мнению, проявляется в определенной

дистанции к членам семьи, в непоследовательности тактики воспитания ( $r = 0,591$ ). Наибольший вес по шкалам мы отмечаем в диаде отец/дочь: враждебность ( $r = 0,889$ ), автономность ( $r = 0,924$ ), что может свидетельствовать о неблагоприятном типе отцовского отношения к дочери (эмоционально-холодном), об отгороженности от проблем семьи.

Следовательно, мать с позиции мальчика и отец с позиции девочки не пытаются навязать им определенные «социальные нормы», ориентирующие подростка на так называемое «правильное» поведение. Подростки не рассматривают отношение родителей к себе и как враждебное, соперничающее. Можно предполагать, что подростки с сохранным интеллектом не имеют четких представлений о системе взаимоотношений в их семьях, не могут определить стиль взаимодействия с родителями, что выступает показателем инфантильности таких детей.

Считается, что в семьях, где есть больной ребенок, матери чрезмерно вовлечены в воспитание и лечение ребенка, в то время как отцы уходят от данной ситуации эмоционально или физически. Появление в семье больного ребенка часто приводит к семейным конфликтам, проецируемым на ребенка с ограничениями жизнедеятельности. С одной стороны, главным компонентом эмоционального процесса в такой семье выступает супружеский конфликт, суть которого – в сложностях приспособления мужа и жены как целостной системы к ситуации появления и нахождения в семье больного ребенка, проявляющегося в постоянных обвинениях друг друга. С другой, в подобных семьях развивается иной конфликт, смыслом которого является попытка одной из сторон изменить отношение второй стороны к данной ситуации. Один из супругов начинает подстраиваться под требования другого для поддержания благоприятных семейных отношений, что приводит к доминированию одного из супругов. Тот, кто пытался сохранить семью, в конечном итоге становится неспособным принимать самостоятельные решения, что и приводит к более

глубокому эмоциональному и/или физическому отстранению от ситуации. Оставшийся в семье супруг часто неосознанно проецирует неудачу в семейной жизни на больного ребенка.

В нашем исследовании было выявлено, что подобное отношение к больному ребенку демонстрирует как мать, так и отец. Несмотря на то, что по отношению к мамам дети с ДЦП при проведении клинического интервью не высказывают негативного отношения, в нашем исследовании установлено, что сами мамы достаточно часто демонстрируют эмоциональную отстраненность по отношению к своему больному ребенку. Это проявляется как через привлечение к воспитательному процессу нянь, бабушек и др., так и через психологический отказ от ребенка.

Таким образом, материнское отношение к ребенку отличается, с одной стороны, гиперконтролем, суть которого в поддержании инфантильности ребенка, с другой стороны – эмоциональной депривацией, что сказывается на соматическом и психическом состоянии больного ребенка. Можно предположить, что отношение отца к больному ребенку зачастую строится как проекция супружеских отношений, таким образом, адекватность матери в ситуации больного ребенка приводит к адекватности отца в такой семье. Если же семейная система отличается эмоциональной дезорганизацией, то появление в ней больного ребенка осложняется дисфункциональными взаимодействиями, от которых страдает как вся семья как система, так и больной ребенок.

Взаимоотношения в родительской семье, отношение к ребенку со стороны родителей могут сформировать эффективную потребностно-мотивационную систему маленького человека, позитивный взгляд на мир и на самого себя. Те же самые факторы, но с другим психологическим содержанием могут приводить к ущербному развитию потребностей и мотивов, низкому самоуважению, недоверию к окружающим, дефицитарности в общении. Наиболее вредным оказывается непредсказуемость родительских реакций, которая лишает ребенка ощущения стабильности окружающего мира и провоцирует повышенную тревожность, в то время как чувствительные, эмоционально понимающие и сопереживающие детям родители, адекватно и своевременно реагирующие на все потребности ребенка, формируют в нем уверенность в том, что он может контролировать свои действия, себя, других и достигать своих целей. Если же в родительских отношениях преобладает эмоциональное отвержение, игнорирование потребностей ребенка из-за погруженности в собственные дела и переживания, а тем более, если это больной ребенок, у него может возникнуть чувство опасности, непредсказуемости среды, минимальной собственной ответственности за ее изменения в направлении обеспечения комфортного существования. Отношение к больному ребенку – одна из важнейших характеристик семьи, определяющая ее внутренние ресурсы в процессе психосоциальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

### Список литературы

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание: пер. с англ. / под ред. В.Я. Пилиповского. М., 1986. 422 с.
2. Вассерман Л.И. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. М., 1995. 56 с.
3. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. Т. 5. Основы дефектологии. М., 1983. 368 с.
4. Катцова Е.А. Особенности отдельных компонентов самосознания подростков в индивидуально-специфических условиях восприятия семейной ситуации // Семейная психология и семейная терапия. 2002. № 2. С. 27–45.
5. Левченко И.Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича: сб. науч. тр. М., 1991. С. 21–24.
6. Столяренко Л.Д. Основы психологии. Ростов н/Д., 2003. 639 с.

7. Ryan R.M., Frederick C. On Energy, Personality, and Health: Subjective Vitality as a Dynamic Reflection of Well-Being // *J. Pers.* 1997. Vol. 65(3). P. 529–565.

### References

1. Burns R.B. *Self-Concept Development and Education*. Holt, Rinehart & Winston. 1982 (Russ. ed.: Berns R. *Razvitie Ya-kontseptsii i vospitanie*. Moscow, 1986. 422 p.).
2. Vasserman L.I. *Psikhologicheskaya metodika "Podrostki o roditelyakh" i ee prakticheskoe primeneniye* [Psychological Technique "Teenagers About Their Parents" and Its Practical Application]. Moscow, 1995. 56 p.
3. Vygotskiy L.S. *Sobr. soch.: v 6 t. T. 5. Osnovy defektologii* [Collected Works: In 6 Vols. Vol. 6. Fundamentals of Therapeutic Pedagogy]. Moscow, 1983. 368 p.
4. Kapstova E.A. Osobennosti otdel'nykh komponentov samosoznaniya podrostkov v individual'no-spetsificheskikh usloviyakh vospriyatiya semeynoy situatsii [Peculiarities of Certain Components of Consciousness in Adolescents Under Specific Individual Conditions of Perceiving the Family Situation]. *Semeynaya psikhologiya i semeynaya terapiya*, 2002, no. 2, pp. 27–45.
5. Levchenko I.Yu. Osobennosti psikhicheskogo razvitiya bol'nykh DTsP v detskom i podrostkovom vozraste [Peculiarities of Mental Development in Patients with Cerebral Palsy in Childhood and Adolescence]. *Mediko-sotsial'naya rehabilitatsiya bol'nykh i invalidov vsledstvie detskogo tserebral'nogo paralicha: sb. nauch. tr.* [Medical and Social Rehabilitation of Patients and Disabled as a Result of Cerebral Palsy: Collected Papers]. Moscow, 1991, pp. 21–24.
6. Stolyarenko L.D. *Osnovy psikhologii* [Fundamentals of Psychology]. Rostov-on-Don, 2003. 639 p.
7. Ryan R.M., Frederick C. On Energy, Personality, and Health: Subjective Vitality as a Dynamic Reflection of Well-Being. *J. Pers.*, 1997, vol. 65 (3), pp. 529–565.

*Timofeeva Irina Vladimirovna*

Yekaterinburg Branch, The Urals State University of Physical Culture (Yekaterinburg, Russia)

### PECULIARITIES OF SELF-AWARENESS IN ADOLESCENTS WITH CEREBRAL PALSY AT DIFFERENT PERCEPTION OF THEIR FAMILY ENVIRONMENT

The paper dwells on parenting relations in families having a child with cerebral palsy. The study involved families raising children with cerebral palsy with either intact intellect or intellectual disabilities. We studied the factors of perceiving their family relations by adolescents and the influence of these factors on the individual features of self-awareness. The adolescents perceive the attitude of their parents to themselves as hostile and tending to reproach; it is also typical for the parents to have an instructive parenting style. Noteworthy is the discovery of negative significant coefficients for these indicators. The study showed that parental role depends on the sex of the child. Our data suggest that the fathers demonstrate a high level of inconsistency in terms of their behaviour and educational measures towards their sons, while the girls tend to perceive the behavior of their fathers as autonomous and emotionally cold. The mother's attitude is identified by the girls and boys differently by the level of positive interest and hostility. The girls with intact intellect rate the level of positive interest and acceptance by their mothers higher than the girls with intellectual disabilities.

**Keywords:** *child with cerebral palsy, cerebral palsy, parental attitude, technique "Teenagers About Their Parents".*

*Контактная информация:*

*адрес:* 620146, г. Екатеринбург, ул. Шаумяна, д. 85;

*e-mail:* afk-ural@mail.ru

Рецензент – *Буторина Т.С.*, доктор педагогических наук, профессор, заведующая кафедрой педагогики, психологии и профессионального обучения института педагогики и психологии, директор научно-образовательного центра «Ломоносовский институт» Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова