И. В. Тимофеева

СПЕЦИФИКА ВНУТРИСЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПОЗИЦИИ ТЕОРИИ СИСТЕМ М. БОУЕНА

Работа представлена кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры Уральского государственного университета физической культуры.

Рассматривается внутрисемейное взаимодействие в семьях, имеющих детей с детским церебральным параличом с позиции теории систем М. Боуена. Выявлена специфика нарушений функционирования семей с ребенком, больным ДЦП, проявляющаяся в недифференцированности взаимоотношений и культивировании инфантильности детей с ограничениями жизнедеятельности.

Ключевые слова: *теория семейных систем М. Боуена, дифференциация Я, эмоциональный треугольник, эмоциональный процесс.*

I. Timofeyeva

SPECIFICITY OF INTERACTION IN FAMILIES HAVING CHILDREN WITH CHILDREN'S CEREBRAL PALSY FROM THE POSITIONS OF THE SYSTEMS THEORY BY M. BOWEN

The interaction in families that have children with children's cerebral palsy (CCP) is regarded in the paper from the positions of the systems theory by M. Bowen. The specific nature of breakdowns in functioning of families with CCP sick children is discovered. It shows itself in poor differentiation of relationships and in cultivation of infantilism of children with restrictions of activity.

Key words: *family systems theory of M. Bowen, differentiation of Self, emotional triangle, emotional process.*

Известно, что в психологии существует большое количество теорий, освещающих проблемы внутрисемейных отношений, механизмов их воздействия на членов семей и всевозможных нарушений функционирования семьи. К сожалению, семьи, имеющие детей с детским церебральным параличом (ДЦП), описаны недостаточно.

Известно, что рождение ребенка с ограничениями жизнедеятельности, в частности с ДЦП, влияет на качество взаимодействий внутри семьи, в первую очередь между родителями, так и родителей с ребенком. Большинство таких семей переживает стресс, который проявляется в неверии и отрицании диагноза, переносе ответственности на медицинский персонал сразу при рождении такого ребенка и эмоциональной дезорганизации в последующем. Эмоциональная семейная дезорганизация представляет собой сложный комплекс амбивалентных эмоциональных состояний от гнева до депрессивных переживаний.

Основные проблемы, стоящие перед такой семьей, раскрываются с нашей точки зрения с позиции теории семейных систем М. Боуена [1], в основе которой лежит понятие «эмоциональная система» человека. М. Боуен, не получив удовлетворяющих его результатов при работе с семьей в психоаналитической парадигме, разработал свой подход, руководствуясь положением об эмоциональной системе в естественно-научной парадигме. Как указывает К. Бейкер, положения предлагаемой теории семейных систем основаны на взаимодействии двух составляющих каждого человека – «внутренней, субъективной жизни души и своего собственного, отдельного физиологического аппарата» [1, с. 164]. Эмоциональная система как механизм управления взаимодействием этих составляющих каждого члена семьи способствует определенному функционированию семьи на всех уровнях. Так, эмоциональная система управляет и физиологическими процессами как членов семьи, так и всей семьи, такими как напряжение мышц, дыхание и пр., которые появляются в ответ на стрессовое воздействие. Таким образом, теория М. Боуена позволяет определить психологические, соматические или социальные симптомы как проявления лежащего в их основе эмоционального процесса, который имеет место внутри сложных взаимоотношений в семье. Следовательно, дисфункции в эмоциональной системе семьи есть «эмоциональные» заболевания.

Теория семейных систем М. Боуена включает в себя следующие компоненты: дифференциацию Я; эмоциональный треугольник; ядерный эмоциональный семейный процесс; процесс проекции в семье; процесс трансмиссии поколений семьи; эмоциональную отстраненность; сиблинговую позицию; эмоциональный процесс в обществе. Рассмотрим некоторые из этих положений, актуальных для семей, имеющих детей с детским церебральным параличом.

Для изучения специфики внутрисемейного взаимодействия в семьях, 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 9 лет. Другим значимым показателем этой выборки выступает нарушение интеллекта, что часто является вторичным дефектом при ДЦП. Среди мальчиков с нарушением интеллекта – 50 человек, среди девочек – 40 человек.

В качестве психодиагностического инструментария были использованы: клиническое интервью, методика Рене Жиля [5] и методика «Подростки о родителях» Л. И. Вассермана, И. А. Горьковой и Е. Е. Романициной [4]. Как известно, методика Р. Жиля позволяет исследовать сферу межличностных отношений ребенка и его восприятие внутрисемейных отношений. Методика «Подростки о родителях» дает возможность отследить два фактора: объективный и субъективный. Объективный фактор демонстрирует действительные отношения и воспитательную практику родителей, субъективный – образ, который создается больным ребенком об этих отношениях и воспитательной практике родителей под влиянием осознаваемых и неосознаваемых факторов.

Положение о дифференциации Я – центральное в Боуеновской теории семейных систем. Данное положение было перенесено из генетики и было связано в данной области с исследованиями клетки. Как известно, клетки в сложных организмах дифференцируются одна от другой по мере роста организма. Они приобретают разные функции, но полностью не отделяются друг от друга. Боуен использо-

вал положение о клеточной дифференциации как метафору для описания внутрисемейных взаимоотношений. Он предположил, что люди, функционируя подобно клеткам, добиваются наибольшей эффективности, когда они рассматривают себя как автономную, но в то же время и связанную с другими членами более крупного эмоционального организма, каким является семья, единицу. Многие люди, как и клетки внутри организма, функционируют не оптимально. Из этого наблюдения у М. Боуена родилось представление о шкале или континууме дифференциации Я, которая показывает адаптивную приспособляемость индивидов и их семей. Шкала отражает ранг изменений физиологических, психологических, социальных факторов и фактора взаимоотношений. Она описывает ранг (от 0 до 100) функционирования: у тех, кто находится на нижнем конце шкалы, симптомы проявляются наиболее ярко, а те, кто на противоположном конце шкалы, характеризуются высокой приспособляемостью, самостоятельностью и многовариантностью при решении проблем. Если первые выделяют свое Я нечетко, тревожны и проявляют сильно выраженный неадекватный коллективизм, то вторые четко дифференцируют свое Я, не утрачивая при этом чувство связи с более крупным эмоциональным союзом, каким является семья.

Таблица 1

Конкретно-личностные отношения ребенка (%)

Шкала	Дети с сохранным интеллектом			Дети с нарушением интеллекта		
	нейтральное	положительное	отрицательное	нейтральное	положительное	отрицательное
Отношение к матери	42,0	51,0	7,4	66,6	–	33,3
Отношение к отцу	46,2	41,6	12,0	77,7	–	22,2
Отношение к обоим родителям	51	41,6	7,4	88,8	–	11,1
Сиблинговые отношения	69,4	20,8	9,7	83,3	–	16,6
Отношение к дедушке и бабушке	41,6	37,0	20,8	81,1	–	18,8

Рассмотрим табл. 1, в которой представлены результаты методики Р. Жиля. Мы выделили три показателя, характеризующие конкретно-личностные отношения ребенка с ДЦП в семье. Положительными были названы такие выборы ребенка, при которых он располагал себя рядом с кем-то из членов семьи, отрицательными – ситуации, когда ребенок выбирал противоположную позицию, нейтральными – если ребенок оставлял определенное пространство между собой и членом семьи, но не занимал противоположную позицию (например, садился через один, два стула). У детей с сохранным интеллектом на первом месте – отношения с сиблингами, 69,4% отметили свою нейтральную позицию по отношению к брату/сестре в семье. 83,3% детей с нарушением интеллекта также отмечают нейтральную позицию по отношению к сиблингам. Можно предположить, что у детей с ДЦП и их братьев и сестер установились наиболее дифференцированные, с позиции теории Боуена, отношения. Именно сиблинговые отношения в семьях с детьми с ДЦП характеризуются наибольшей зрелостью, так как сиблинг рассматривается больным ребенком как равноправный партнер, что указывает на прочную эмоциональную связь между ними. В ходе клинического интервью было выяснено, что именно братья и сестры, вне зависимости от возраста, организуют совместную разнообразную деятельность с больным ребенком, чувствуют ответственность за него, демонстрируют желание поддержать, защитить своего больного брата или сестру в какой-то сложной ситуации, помочь. Однако следует помнить, что вышесказанное – результат восприятия семейной ситуации больным ребенком. В исследованиях сиблинговых отношений с позиции здорового ребенка указывается, что «в отношениях

между сиблингами, один из которых – ребенок с особенностями в развитии, несмотря на отношения эмпатии и доброжелательности, присутствуют явно выраженные тенденции конкуренции, предполагающие стремление главенствовать над другим (особым ребенком); антагонизм, проявляющийся в наличии резких противоречий во взаимоотношениях» [3, с. 66]. Таким образом, сиблинговые отношения в семье с больным ребенком выступают показателем адаптированности к части семейной системы и требуют дальнейших исследований.

На втором месте у детей с сохранным интеллектом – позитивные отношения с матерью (51%), другими словами, каждый второй ребенок без нарушений интеллекта демонстрирует симбиотическую связь с матерью, не дифференцируя свое Я. Мать проводит больше времени с больным ребенком, осуществляя уход и воспитание. Среди детей, расположивших себя рядом с матерью, большая часть мальчиков, что подчеркивает у них наличие личностных проблем, ведь мальчики более чувствительны к эмоциональным компонентам взаимодействия с матерью. Еще М. Мид писала, что «для того, чтобы ребенок мужского пола мог успешно приспособиться к жизни, он должен как-то отождествлять себя со своим отцом или другим взрослым мужчиной. Как бы ни близка ему мать, какие бы теплые чувства не существовали между ними, она не является для ребенка мужского пола моделью жизни. Если его привязанность к ней слишком сильна, это затормозит его эмоциональное развитие; если он отождествит себя с нею, то он рискует оказаться сексуально извращенным или же в лучшем случае сформирует в себе некоторые фантастические и мучительные установки. Самую тяжелую расплату готовит семейная жизнь как раз тем мальчикам, которые воспитаны в антагонизме к отцу и чрезвычайно зависимы от матери» [6, с. 223].

Каждый второй ребенок (51%) из группы детей без нарушения интеллекта относится нейтрально к обоим родителям, рассматривая их как целостность. Возникает объективно проблемная ситуация функционирования семьи, при которой у ребенка без нарушения интеллекта сформировано противоречивое отношение к системе внутрисемейных взаимодействий, что мешает адекватной дифференциации и приводит к формированию невротических моделей поведения.

Дети с нарушением интеллекта, как выявлено в нашем исследовании, более адекватно оценивают свои взаимоотношения в семье. Так, большинство детей из данной группы нейтрально относятся как к семье, так и к сиблингам и бабушке/дедушке. Девочки с нарушением интеллекта чаще выбирают относительно близкую позицию по отношению к родителям (через один стул), мальчики с нарушением интеллекта почти в 100% выбирают позицию рядом с родителями, чаще рядом с мамой. В ситуациях, где надо обозначить себя на прогулке, эти дети также отмечают себя недалеко от родителей.

Полученные результаты методики Р. Жиля, на первый взгляд, не соответствуют общепринятым представлениям о семейных отношениях, где есть ребенок с нарушением интеллекта. Принято считать, что таким детям уделяется больше внимания, к ним чаще применяется гиперопека как чрезмерная родительская забота, представление в первую очередь матери о том, что ребенок не способен справиться с любой сложной ситуацией самостоятельно. Однако при клинических интервью в нашем исследовании многие мамы признавались, что, как выразилась мама В.: «если бы мой ребенок не имел нарушений интеллекта, то была бы перспектива, а так – не стоит уделять так много сил ребенку, из которого все равно ничего не получится». Поэтому семьи, где есть дети с ДЦП, осложненные нарушением интеллекта, уделяют им меньше внимания, строят меньше планов относительно их будущего, меньше требуют, чаще оставляют одних или со здоровыми братьями/сестрами и пр.

Следовательно, дети с ДЦП в зависимости от сохранности интеллекта могут быть расположены на разных концах предлагаемой шкалы дифференциации, причем дети с сохранным интеллектом, как установлено в нашем исследовании, имеют более низкий уровень дифференциации Я, чем дети с нарушением интеллекта.

Другим положением в системе Боуена выступает понятие «эмоциональный треугольник» как система взаимоотношений, включающая трех эмоционально связанных между собой индивидов. Система, состоящая из двух человек, или диада, по своей природе не стабильна, особенно в периоды стресса. Когда ситуация обостряется, система, состоящая из двух человек, автоматически вовлекает в себя третьего близкого человека, так как сосредоточение на нем может приглушить тревогу. Если же тревожность продолжает возрастать, в данную систему взаимоотношений могут быть вовлечены другие индивиды, в результате чего образуются сложные пересекающиеся треугольники.

В спокойных ситуациях треугольник обычно включает в себя двух людей, находящихся в более тесных взаимоотношениях и одного, взаимоотношения с которым не столь тесны, поэтому он находится как бы снаружи треугольника. Этот третий пытается проникнуть внутрь треугольника путем установления более близких отношений с одним или сразу с обоими членами семьи. В рамках внутренней диады обычно один человек меньше удовлетворен психологической близостью, чем другой, и в силу этого он проявляет большую активность в деле образования треугольника.

В периоды стресса позиция снаружи наиболее выгодна, каждый находящийся внутри будет пытаться переместиться наружу, предоставляя остававшимся двоим довести «борьбу» до конца (например, в треугольнике «отец-мать-ребенок» отец чаще выигрывает позицию снаружи, а мать и ребенок зацикливаются друг на друге).

Таблица 2

Корреляция показателей структурных компонентов и стилевых особенностей родителей детей с детским церебральным параличом с позиции ребенка

Показатели	Отношение родителя противоположного пола					Отношение обоих родителей				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Мальчики с сохранным интеллектом	–.52**	–.63**	–.66**	–.69**	–.57**	–.58**	–.57**	–.59**	–.63**	–.69**
Девочки с сохранным интеллектом	–.72**	–.70**	–.65**	–.65**	–.75**	–.73**	–.68**	–.63**	–.69**	–.60**
Мальчики с нарушением интеллекта			–.60**		–.59**					
Девочки с нарушением интеллекта	–.67**		–.58**	–.74**	–.61**		–.54**	–.63**		–.69**

Примечание: ** – $p < .01$. Незначимые корреляции опущены

Показатели в таблице: 1 – позитивность; 2 – директивность; 3 – враждебность; 4 – автономность; 5 – непоследовательность.

В опроснике «Подростки о родителях» [4, с. 5] воспитательное воздействие родителей описывается тремя факторными переменными: принятие – эмоциональное отвержение; психологический контроль – психологическая автономия; скрытый контроль – открытый контроль. В нашем исследовании было выявлено, что с позиции ребенка с сохранным интеллектом вне зависимости от пола все стилевые особенности родителей при взаимодействии в семьях являются неудовлетворительными, что показано в табл. 2. Причем, у мальчиков по отношению к маме и у девочек по отношению к отцу все связи являются значимыми.

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, проявляющуюся 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 (табл. 2). 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. Автономность матери как адаптивная форма авторитета и автономность отца как претензии на лидерство также в нашем исследовании имеют отрицательные корреляционные связи. 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. В современных исследованиях отцовства [2] установлено, что отцовство сильнее 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 пр.); в-третьих, особенностей развития ребенка. Для исследуемых семей основополагающим компонентом данного фактора выступает брак.

Обращает на себя внимание, 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 пр.

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 стороны, в подобных семьях развивается другой 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 другого супруга. 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.

Как уже было сказано, еще одним компонентом теории семейных систем М. Боуена является эмоциональная отстраненность. В нашем исследовании было выявлено, что подобное отношение к больному ребенку демонстрируют как мать, так и отец. В научной психологической литературе выделяют пять типов взаимоотношений «мать-ребенок». Первый тип представляет собой ситуацию любящей матери с адекватными требованиями к ребенку. У таких матерей, как правило, вырастают личностно зрелые, самостоятельные и ответственные дети. Второй тип – любящая ребенка женщина, которая предъявляет слишком высокие требования. Третий тип – не любящая и требовательная мать.

В исследованных семьях чаще встречаются два других типа матерей. Первый – любящая, но нетребовательная мать, когда вседозволен-

ность приводит к развитию у ребенка неадекватной самооценки. Второй – нелюбящая и нетребовательная мать, дети которой постоянно чувствуют себя одинокими и несчастными, стремясь компенсировать эмоциональную депривацию со стороны матери, используя любого человека. 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 реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бейкер К.* Теория семейных систем М. Боуена // Вопросы психологии. 1991. № 6. С. 155–164.

2. *Борисенко Ю. В., Портнова А. Г.* Проблема отцовства в современном обществе // Вопросы психологии. 2004. № 3. С. 122–130.

3. *Валитова И. Е.* Взаимоотношения в семье между сиблингами, один из которых – ребенок с особенностями в развитии // Мир психологии. 2006. № 4. С. 55–67.

4. *Вассерман Л. И.* Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение / Л. И. Вассерман, И. А. Горьковая, Е. Е. Ромицына. М.: Фолиум, 1994. 56 с.

5. Лучшие психологические тесты / под ред. А. Ф. Кудряшовой. Петрозаводск: Петроком, 1992. 318 с.

6. *Мид М.* Культура и мир детства. М.: Наука, 1988. 343 с.