
23. *Jakimanskaja I. S.* Vospominanija o detskih psihologicheskikh travmah: analiz i klassifikatsija // Perspektivy nauki. 2014. № 4. S. 61–63.

24. *Jakimanskaja I. S.* Osobennosti travmaticheskikh perezhivanij i stereotipy zhestokih otnoshenij v sotsial'noj srede // Kazanskaja nauka. 2012. № 10. S. 272–274.

25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1994 (<http://trevoga.depressii.net>, 25.04.2008).

И. В. Тимофеева

**ВОЗДЕЙСТВИЕ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ
НА РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
КАК УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ
«СОБСТВЕННОЙ СРЕДЫ РАЗВИТИЯ»**

Анализируется степень выраженности физических и психологических переживаний человека с помощью методики «Автопортрет» у детей с детским церебральным параличом. Выявлены осознание дефекта у детей с ДЦП и отношение к болезни самого ребенка. Рассматриваются особенности родительско-детских отношений в семьях, имеющих детей с детским церебральным параличом, и их влияние на формирование «собственной среды развития».

Ключевые слова: детский церебральный паралич, «собственная среда развития», методика «Автопортрет», «PARI».

I. Timofeeva

**IMPACT OF SOCIAL PROTECTION FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY
AS A CONDITION OF FORMATION OF «OWN DEVELOPMENT ENVIRONMENT»**

We analyze the degree of physical and psychological experiences of the person using the technique «Self Portrait» in children with cerebral palsy. Awareness of the defect found in children with and related to the disease of the child. We consider features of parent-child relationships in families of children with cerebral palsy and their influence on the formation of «self-development environment».

Keywords: cerebral palsy, «own environment development» methodology «Self», «PARI».

Проблема психического здоровья детей и подростков относится к разряду актуальных и социально значимых для современной России. Здоровье человека закладывается в период пренатального развития, в раннем детстве и определяется как особенностями самого организма, так и влияниями окружающей среды. При этом физический недуг ребенка влияет не только на него самого, но и на его семью, окружение и это влияние определяется, прежде всего,

тем смыслом, который придает ему культура и общество. Учитывая возрастающее число детей и подростков, имеющих нарушения психофизического развития, проблема профилактики вторичных нарушений психики становится особенно острой. Дети с врожденными или рано приобретенными нарушениями здоровья, приводящими к отклонению от нормального хода развития, фактически всю жизнь находятся не только в болезненном состоянии, но и в

специфических условиях общения и воспитания, которые, в свою очередь, приводят к своеобразию личностного развития. Семья на ранних, наиболее важных для дальнейшего развития этапах жизни является единственной, а позднее — одной из наиболее важных социальных групп, в которые включен индивид.

Общеизвестно, что в семьях детей-инвалидов происходят качественные изменения на трех уровнях: на психологическом — в силу хронического стресса, вызванного заболеванием ребенка, с постоянными и различными по своей природе психотравмирующими воздействиями; на социальном — семья этой категории сужает круг своих контактов, матери чаще всего оставляют работу; на отношениях между супругами — рождение такого ребенка часто является деформирующим их фактором. Очевидно, что инвалидность ребенка для его родителей является сильным психотравмирующим фактором. Семьи в процессе воспитания, социальной интеграции ребенка-инвалида сталкиваются с большим числом трудностей. Порой самые близкие люди ребенка-инвалида пребывают в состоянии хронического стресса, вызванного его болезнью, обстоятельствами лечения, воспитания, обучения, профессионального становления. Все это затрудняет социальную интеграцию ребенка, имеющего ограниченные возможности, в среду его здоровых сверстников.

Соматическое и психофизиологическое здоровье человека как биологического индивида насущно необходимо для того, чтобы под воздействием культурной среды был выращен полноценный социальный индивид. Если же со здоровьем биологического индивида не все в порядке, то это влечет за собой дефектность его социализации как социального индивида. В концепции Л. С. Выготского о первичном и вторичном дефекте говорится, что первичный дефект представляет собой ущербность биологического индивида, причем

обязательно ущербность органической природы [3, с. 210]. В то же время социальная программа, которая подлежит усвоению в процессе социализации, рассчитана на нормальный, а не на аномальный органический субстрат, на полноценного в биологическом смысле индивида. Как следствие, индивид с органической неполноценностью «западет» в системе социализации, что ведет к формированию вторичного дефекта сугубо социально-психологического происхождения. Переход первичного дефекта во вторичный как раз и характеризует психологические механизмы и закономерности детерминации социальной активности ее биологическими предпосылками.

Процесс социализации чаще всего толкуется как воздействие социальной среды на ребенка или вхождение индивида в социальную среду, результатом которого является овладение общественным опытом, становление системы социальных связей. Социальная среда рассматривается здесь обобщенно, недифференцированно, как внешняя сила, воздействующая на индивида, детерминирующая развитие его личности. И утверждается, что лишь по достижении какого-то уровня сформированности, зрелости личности возникает обратный процесс — «активного переустройства окружающего мира» личностью, начинается создание «собственной среды развития» [4, с. 37].

Особенности формирования личности у детей с диагнозом «детский церебральный паралич (ДЦП)» могут быть обусловлены двумя факторами: биологическими особенностями, связанными с характером заболевания, социальными условиями — воздействием на ребенка семьи и педагогов. На развитие и формирование личности ребенка, с одной стороны, существенное влияние оказывает его исключительное положение, связанное с ограничением движения и речи; с другой стороны — отношение семьи к болезни ребенка, окружающая его атмо-

сфера. Поэтому всегда нужно помнить о том, что личностные особенности детей, страдающих ДЦП, — результат тесного взаимодействия этих двух факторов. Особенности личности ребенка с аномалиями в развитии, в том числе с ДЦП, связана, в первую очередь, с условиями ее формирования, которые значительно отличаются от условий развития нормального ребенка. Важность воспитательной позиции родителей по отношению к детям с ДЦП подтверждает и тот факт, что среди них есть дети с высоким уровнем волевого развития, которые являются выходцами из благополучных в смысле психологического климата семей. В таких семьях родители не заиклены на болезни ребенка. Они стимулируют и поощряют его самостоятельность в пределах допустимого. Они стараются сформировать у ребенка адекватную самооценку.

Нельзя упускать из виду и отношение к болезни самого ребенка. Очевидно, что и на него существенным образом влияет обстановка в семье. Исследования ученых показали, что осознание дефекта у детей с ДЦП проявляется к 7–8 годам и связано оно с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны окружающих, с нехваткой общения. На сложившуюся ситуацию дети могут реагировать по-разному: одни — замыкаются в себе, становятся чрезмерно робкими, ранимыми, стремятся к уединению, другие — становятся агрессивными, легко идут на конфликт. В нашем исследовании, которое проходило в Екатеринбурге и в городах Свердловской области, выборку составили 306 подростков, страдающих ДЦП, из них 90 человек имели сочетанный дефект — детский церебральный паралич различной этиологии и с разной степенью выраженности и олигофрении степени дебильности. Диагнозы были установлены невропатологом и психиатром в соответствии с критериями, принятыми в МКБ-10.

Чтобы составить социальный портрет изучаемой категории детей, проанализируем результаты анкетирования их семей. Дети имеют возраст 12–14 лет, то есть их рождение приходится на 1998–2000 года, 58,8% детей воспитываются в полных семьях, 3% дети, воспитывающиеся в интернате, 38,2% детей живут не в полных семьях. Инвалидность имеют 98,4% детей. Сопутствующий диагноз F70-F79 имеют 29,4% детей с ДЦП. Семьи, имеющие одного-двух детей, составляют 61,2%. Основным кругом общения таких детей указали семья 29,8% респондентов, близкое окружение — 37,7%, школьных друзей — 32,5%. При этом отношения с окружающими не имеют ярко выраженных особенностей и отклонений. Большинство детей способны передвигаться самостоятельно — 87,9% участников опроса, полностью или частично обслуживать себя — 91,5% детей.

На рисунке 1 представлены результаты изучаемых физических и психологических переживаний человека с помощью методики «Автопортрет».

Анализируя рисунок 1, мы видим, что в процессе интерпретации образа тела было установлено, что девочки и мальчики с нарушенным интеллектом испытывают потребность в безопасности, физическую слабость. У детей с сохранным интеллектом занижена самооценка, они концентрируют внимание на своем физическом дефекте, ощущают потребность в эмоциональном общении, мальчики испытывают потребность в самоутверждении.

Нелегкая задача по формированию у ребенка отношения к собственному физическому дефекту опять же ложится на плечи родителей. Очевидно, что этот непростой период развития требует от них особенного терпения и понимания. Нельзя пренебрегать и помощью специалистов. К примеру, переживания ребенка по поводу своей внешности вполне реально преодолеть благодаря хорошо поставленной психологической работе с ним.

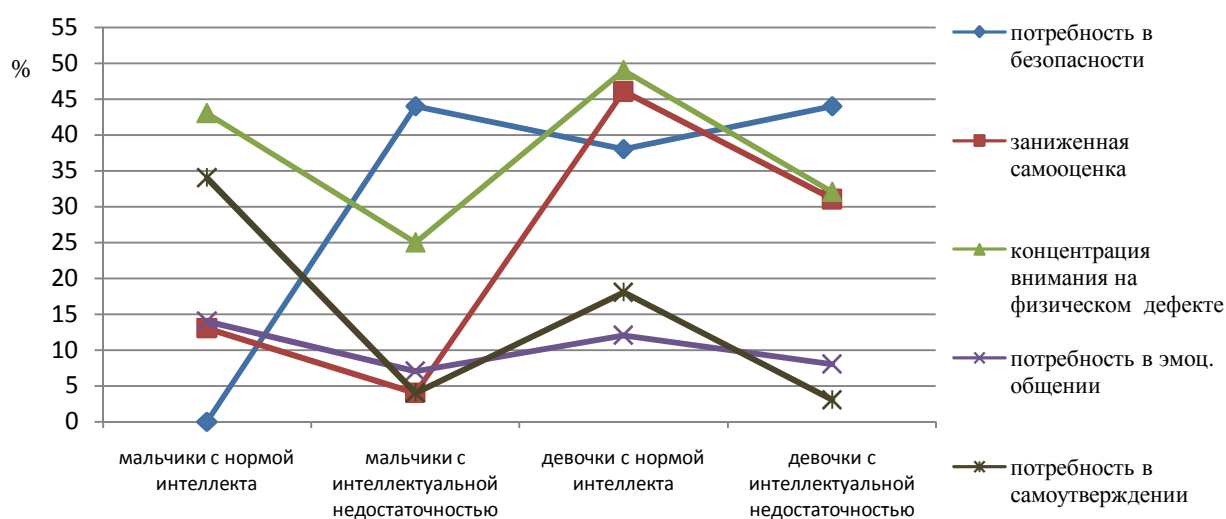


Рис. 1. Степень выраженности физических и психологических переживаний человека с помощью методики «Автопортрет» у детей с ДЦП

А. В. Смирнов и А. И. Лошкин, рассматривая физическую инвалидность как особую форму существования, показали, что она характеризуется экзистенциальным страхом перед жизнью, консерватизмом, изоляцией и одиночеством, пассивностью и нежеланием менять свой образ жизни, враждебно-агрессивным отношением к обществу. Однако системообразующим является фактор страха [7, с. 85]. В работах А. Адлера, которые отражают компенсаторные возможности психики ребенка с физическими дефектами, автор делает очень важный вывод о том, что представление о недостаточности у человека переходит из биологической плоскости в психологическую. «Неважно, есть ли в действительности какая-либо физическая недостаточность. Важно, что сам человек чувствует по этому поводу, есть ли у него ощущение, что ему чего-то не хватает. А такое ощущение у него, скорее всего, будет. Правда, это будет ощущение недостаточности не в чем-то конкретно, а во всем...» [1]. Это высказывание А. Адлера является ключевым в теории компенсации дефекта при аномальном развитии ребенка. Однако, подчеркивая роль самовосприятия человеком своего дефекта в дальнейшем его психическом

развитии, автор пытается показать, что «ощущение недостаточности» у ребенка является определяющим фактором его дальнейшего психического развития и адаптации [1, с. 205].

Дж. Л. Валендер и Д. С. Малуро, изучая жизнеспособность семей, имеющих детей-инвалидов, выделяют факторы, поддерживающие или снижающие сопротивляемость родителей. По их мнению, факторы риска (тяжесть нарушения здоровья ребенка, ежедневные трудности, психическое напряжение) взаимодействуют со способностью матери к адаптации. Это взаимодействие способствует выработке копинг-стратегий и активизации факторов жизнеспособности (интеллектуальное и личностное развитие, способность находить решение проблем, использование семейной поддержки и социального окружения) [6, с. 83]. Феномен «нетипичного ребенка», по Е. Р. Ярской-Смирновой, формируется и транслируется всем его социальным окружением. Он характеризуется всем многообразием исторически сложившегося этноконфессионального, социокультурного макро- и микросоциума, в котором нетипичный ребенок проходит социализацию. Тендерное равенство в семье следует, оче-

видно, понимать как баланс ответственности и свободы, ответственности и самостоятельности, ответственности и власти. Автономия может быть понята как проявление индивидуальности и важность выполнения семейного проекта обоими родителями. При этом степень реальной включенности отца в отношения с ребенком зависит, в том числе, от соотношения отцовской идентичности с другими компонентами его Я (работа, супружество), от оценки матерью (супругой) и значимыми другими его родительских навыков, эмоциональной стабильности, материнских предпочтений и убеждений, отношений между супругами (родителями), экономического благополучия семьи и одобрения со стороны окружающих [5, с. 64].

Воспитание детей с различными дефектами должно базироваться на том, что одновременно с дефектом даны и психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта, что именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила. В. Штерн, который глубже других психологов заглянул в структуру личности, полагал: «Мы не имеем никакого права заключать от установленной ненормальности того или иного свойства к ненормальности его носителя так же, как невозможно установленную ненормальность личности сводить к единичным свойствам как единой первопричине» [8, с. 43]. Построить весь воспитательный процесс по линии естественных тенденций к сверхкомпенсации — значит не смягчать тех трудностей, которые возникают из дефекта, а напрягать все силы для его компенсации, выдвигать только те задачи и в том порядке, какие отвечают постепенности становления всей личности под новым углом.

Влияние стиля родительского поведения на психосоциальное развитие детей достаточно велико. Понятие «реабилитационный

потенциал семьи» включает много характеристик, отражающих разные условия и факторы жизнедеятельности семьи, которые определяют ее реабилитационные предпосылки и могут обеспечить успешное психосоциальное развитие ребенка.

Главной характеристикой родительского отношения является любовь к ребенку, которая определяет целостное отношение к нему как к уникальной личности: доверие, радость от общения с ним, стремление к его защите и безопасности, безусловное принятие и пр. С другой стороны, именно родитель несет ответственность за формирование личности ребенка, за усвоение им норм и правил поведения, оценивает его действия, осуществляет необходимые санкции, которые обусловлены определенными родительскими установками. Стиль общения с ребенком репродуктивен, он во многом задается семейными традициями. Матери воспроизводят тот стиль воспитания, какой был свойственен их собственному детству, нередко повторяя стиль своих матерей.

Проекция родительских конфликтов на ребенка не предрешает, однако, стиля родительского отношения. В одном случае это выльется в открытое эмоциональное отвержение, не соответствующее идеальному родительскому образу; в другом случае примет более изощренную форму: по защитному механизму образования реакции обернется либо гипопекой, либо гиперпротекцией.

Крайним вариантом нарушенного родительского поведения является материнская депривация. Отсутствие материнской заботы возникает как естественный результат при раздельном проживании с ребенком, но, кроме того, оно часто существует в виде скрытой депривации, когда ребенок живет в семье, но мать не ухаживает за ним, грубо обращается, эмоционально отвергает, относится безразлично. Все это сказывается на ребенке в виде общих нарушений психического развития. В работах Г. Аммон указывается на прямую зависимость

психологических проблем матери и ребенка. «Мать, которая не смогла найти и развить собственную идентичность в своей семье, имеет нереалистично завышенный образ идеальной матери и идеального ребенка. Такая мать воспринимает собственного ребенка дефектным. Защищаясь от этого, мать навязывает ребенку свое собственное бессознательное требование совершенства, по большей части в форме жесткого контроля всех его жизненных проявлений, в особенности соматических функций. На протест ребенка против этого насилия, оставляющего его потребности неудовлетворенными, мать реагирует непониманием и враждебностью. Лишь соматическое заболевание ребенка позволяет матери подтвердить свое бессознательное идеальное представление о себе как о совершенной матери и наградить за это ребенка действительным вниманием и заботой», — пишет Г. Аммон. При этом автор работы указывает на то, что психосоматическое заболевание имеет двойную функцию. С одной стороны, оно дает матери возможность избежать собственного конфликта амбивалентного отношения к ребенку и предоставляет ту форму общения, которая созвучна ее бессознательным опасениям и страхам. С другой стороны, ос-

лабление контроля с позиции матери дает ребенку возможность получить свободу маневра для развития функций своего Я [2, с. 77].

В нашем исследовании для изучения разных сторон отношения родителей к ребенку была использована методика «PARI», адаптированная Т. В. Нещерет. Методика «PARI» позволяет оценить специфику внутрисемейных отношений и родительско-детский контакт с точки зрения его оптимальности.

В нашем исследовании мы выявили, что родители проявляют излишнюю концентрацию внимания к детям с ДЦП с сохранным интеллектом. Родительские отношения отличаются гиперконтролем и стремлением инфантилизировать ребенка. Обращает на себя внимание и тот факт, что оптимальный эмоциональный контакт выявлен у родителей мальчиков с ДЦП с сохранным интеллектом. По-видимому, мальчикам в большей степени, чем девочкам, необходимо, чтобы родители оценивали сына достаточно высоко, чтобы понимали его чувства, мысли, переживания, разделяли с ним его интересы, могли помочь и поддержать его. Также в результате исследования обнаружена эмоциональная депривация относительно взросления дочери.

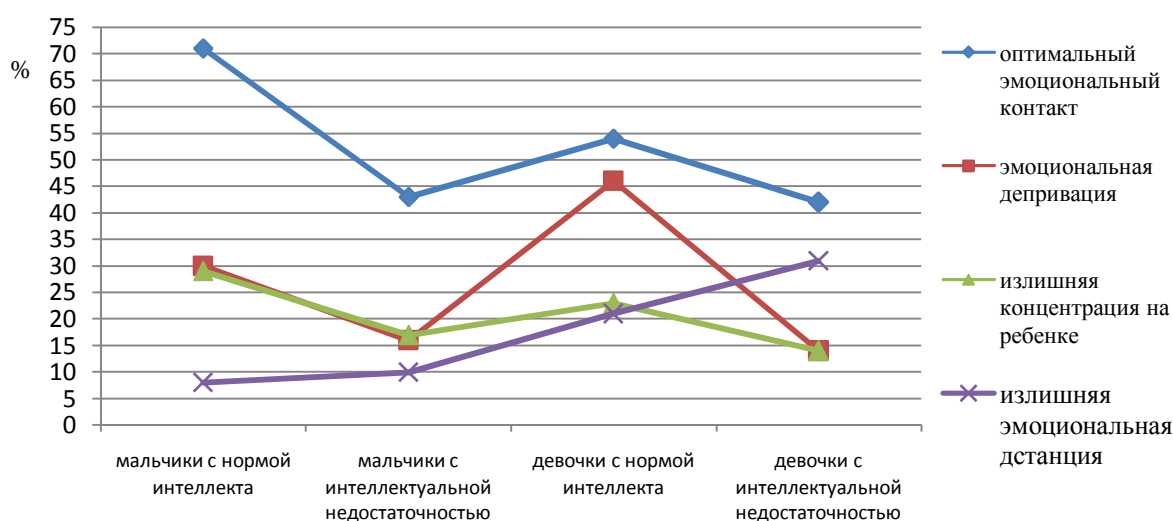


Рис. 2. Методика «PARI» в аспекте родительско-детских отношений

Излишняя эмоциональная дистанция наблюдается у родителей, имеющих детей с ДЦП, осложненным нарушением интеллекта. Родители, недопонимая сложившейся ситуации, пытаются компенсировать свое негативное или пассивное отношение к ребенку подчеркнутой заботой о его здоровье и материальном благополучии. В этих семьях нет тесного эмоционального контакта родителей с детьми.

Обратившись к проблеме бессознательных механизмов взаимодействия в диаде «мать — ребенок», Г. Аммон обратила внимание на процессы формирования отношений данной диады с другими группами, в первую очередь, с семьей, в которую вошел ребенок. Мать здесь выступает посредником, представляя ребенку внешнюю группу, а окружению — потребности ребенка. Ведь ребенок не только формируется группой, он и сам меняет ее жизненную ситуацию, в которую входит при рождении, уже до рождения влияя на поведение и фантазии членов семьи. Как считает Г. Аммон, именно динамика межличностных отношений матери и ребенка в рамках первичной группы (семьи) ответственна за генез психосоматических заболеваний. Так, в проведенных ею исследованиях было установлено, что в симптоматическом поведении ребенка всегда проявляется бессознательный конф-

ликт матери в ее отношениях с ребенком, с самой собой и с лицами ближнего окружения, который вытесняется и матерью, и семьей. «Психосоматическое заболевание ребенка проявляется всегда, — пишет Г. Аммон, — когда ребенок использовался матерью как инструмент в борьбе со своими неразрешенными конфликтами... Но также и тогда, когда мать воспринимает притязания ребенка на эмоциональное внимание как угрозу собственной личности и эмоционально уходила в себя» [2, с. 174].

Отношение к инвалиду — одна из важнейших характеристик семьи, определяющая ее внутренние ресурсы в процессе реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Совместное участие родителей и детей в психосоциальной реабилитации позволяет лучше узнать слабые и сильные стороны друг друга, вместе пережить чувство победы и поражения, испытать себя и членов семьи в сложных ситуациях, которые далеко не всегда встречаются в повседневной жизни. Каждая семья — это система отношений со своими собственными правилами, запросами, интересами. Родители нетипичных детей переживают особенные события, подчас неожиданные, долговременные, вызывающие сильнейшие стрессы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1993. 360 с.
2. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000. 338 с.
3. Бейкер К. Теория семейных систем М. Боуена // Вопросы психологии. 1991. № 6. С. 155–164.
3. Выготский Л. С. Педология подростка: Собр. соч.: В 6 т. М.: 1983. Т. 4. С. 5–242.
4. Кондратова Н. А. Методологическое обоснование гуманитарного подхода к исследованию Я-среды человека // Новые психологические исследования. Великий Новгород: НРЦРО, 1999. С. 33–40.
5. Подготовка ребенка-инвалида к семейной жизни: Научно-методическое пособие / Под. общ. ред. Е. Р. Ярской-Смирновой. М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2004. 128 с.
6. Рьельская Е. А. Психология жизнеспособности. Челябинск: Чел. ГПУ, 2007. 189 с.
7. Смирнов А. В. Самоизоляция личности в критической жизненной ситуации физической инвалидности: Дис. ... канд. психол. наук: М., 2002. 162 с.
8. Stern B. J. Resistances to the Adoption of Technological Innovations, in National Resources Committee, Technological Trends and National Policy. Washington: U. S. Government Printing Office, 1937. P. 39–66.

REFERENCES

1. Adler A. Praktika i teorija individual'noj psihologii. M., 1993. 360 s.
2. Ammon G. Psihosomaticheskaja terapija. SPb.: Rech', 2000. 338 s.
3. Bejker K. Teorija semejnyh sistem M. Bouena // Voprosy psihologii. 1991. № 6. S. 155–164.
3. Vygotskij L. S. Pedologija podrostka: Sobr. soch.: V 6 t. M., 1983. T. 4. S. 5–242.
4. Kondratova N. A. Metodologicheskoe obosnovanie gumanitarnogo podhoda k issledovaniju Ja-sredy che-loveka // Novye psihologicheskie issledovanija. Velikij Novgorod: NRCRO, 1999. S. 33–40.
5. Podgotovka rebenka-invalida k semejnoj zhizni: nauchno-metodicheskoe posobie / Pod. obshch. red. E. R. Jarskoj-Smirnovoj. M.: GosNII sem'i i vospitanija, 2004. 128 s.
6. Ryl'skaja E. A. Psihologija zhiznesposobnosti. Cheljabinsk: Chel. GPU, 2007. 189 s.
7. Smirnov A. V. Samoizoljatsija lichnosti v kriticheskoj zhiznenoj situatsii fizicheskoj invalidnosti: Dis. ... kand. psihol. nauk: M., 2002. 162 s.
8. Stern B. J. Resistances to the Adoption of Technological Innovations, in National Resources Committee, Technological Trends and National Policy. Washington: U. S. Government Printing Office, 1937. P. 39–66.

T. H. Noskova

ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАНИЯ СРЕДСТВАМИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

На основе анализа воздействий электронной информационной среды на процессы социализации, становления личности новых поколений делается вывод о необходимости поиска новых подходов к воспитанию молодежи в современном информационном обществе. Определяются векторы изменений, которые следует стимулировать, воспитывать в становлении различных сфер личности обучающихся: мотивационной (ценностной), когнитивной и регулятивной. Показано, что искомые целенаправленные изменения могут достигаться педагогами через электронную образовательную среду при условии организации в ней новых методик образовательных взаимодействий, адекватных современному запросу молодежи, ее сетевому информационному и коммуникационному поведению.

Ключевые слова: воспитание, социализация, информационная образовательная среда, методики образовательных взаимодействий.

T. Noskova

PROBLEMS OF EDUCATION BY MEANS OF THE INFORMATION EDUCATIONAL ENVIRONMENT

By analyzing the effects of electronic information environment on the processes of socialization and formation of new generations' identity, it is concluded that there is a need to find new approaches to the education of young people in today's information society. The paper determines the vectors of changes that should be encouraged to develop various spheres of students' personality: motivation, cognitive and regulatory spheres. It is shown that teachers through e-learning environment can achieve the required targeted changes if they use new techniques of educational interactions, adequate to modern youth information request and communicational behavior.

Keywords: education, socialization, informational educational environment, educational interaction techniques.

27 марта 2006 года Генеральная Ассамблея ООН приняла резолюцию, которая провозглашает 17 мая Международным

днем информационного общества. Информационное общество дает человеку огромные возможности, но и ставит его перед