В. А. Меренков

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР ВАРИАНТОВ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И МОТИВОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СЕМЬЕ С РЕБЕНКОМ, СТРАДАЮЩИМ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Работа представлена кафедрой психологии развития
Сургутского государственного университета.
Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор В. Б. Хозиев

Статья представляет собой обзор феноменологического содержания вариантов родительского отношения к ребенку с детским церебральным параличом, мотивов и целей его развития как центральных составляющих социальной ситуации развития в детском онтогенезе. В процессе анализа эмпирических данных автором условно выделены типы родительского отношения и мотивы развития и лечения ребенка.

Ключевые слова: *социальная ситуация развития, родительское отношение, мотивы взаимодействия.*

V. Merenkov

PHENOMENOLOGICAL REVIEW OF PARENTS' ATTITUDE VARIANTS AND MOTIVES FOR COOPERATION IN THE FAMILY WITH A CHILD SUFFERING FROM CEREBRAL PALSY

The paper presents the review of phenomenological contents of parents' attitude towards their child suffering from cerebral palsy, motivation and targets of his/her development as integral components of the social development situation in children's ontogenesis. Analysing the empirical data, the author conventionally singles out a number of types of parents' attitude and motives for development and of treatment of a child.

Key words: *social situation for development, parents' attitude, motives for cooperation.*

Феноменология психического и моторного развития ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) определяется как клиническими, так и психологическими факторами, что неоднократно демонстрировалось в экспериментальной и клинической практике [1; 3]. Доминирующая роль в числе этих факторов традиционно признается за социальной ситуацией развития (ССР) – специфической для каждого возраста ребенка системе взаимоотношений с окружающей социальной действительностью, так как именно посредством ССР создаются условия и средства продуктивного психического и культурного развития ребенка вопреки или «в обход» его органического дефекта, непосредственное восстановление которого невозможно.

Актуальность исследования специфики ССР в онтогенезе ребенка с нарушениями ОДА определяется следующим рядом противоречий:

1) являясь одним из определяющих моментов в онтогенезе больного ребенка, ССР закономерно влияет на специфику картины психического и морфофизиологического развития ребенка с нарушениями ОДА. В то же время анализ специальной литературы и обзоров практики демонстрирует дефицит информации о данном типе дизонтогенеза как специфической форме детского развития. Предметное исследование ССР как одного из аспектов онтогенеза ребенка с патологией ОДА позволит расширить и сделать более предметным теоретический базис исследователей и практиков в отношении этого типа дизонтогенеза;

2) специфический характер онтогенеза ребенка при нарушениях ОДА, на который указывали Л. С. Выготский, В. В. Лебединский и другие авторы, позволяет говорить о специфичности наблюдаемой в его контексте ССР. Существующие на сегодняшний день данные о феноменологии ССР в норме и при разных типах дизонтогений (патопсихологических, сенсорных и т. д.) не восполняют дефицит информации о специфике ССР, условиях и закономерностях ее микрогенеза именно при нарушениях ОДА, что существенно ограничивает исследовательские и прикладные возможности психологов в данной области. Феноменологическое исследование ССР ребенка при нарушениях ОДА способно расширить ориентировку специалистов в ее возможных вариантах при спонтанном или произвольно организуемом генезе.

Понятие «социальная ситуация развития» впервые было введено Л. С. Выготским при анализе психологического содержания и динамики развития ребенка в границах того или иного возраста [1]. В дальнейших исследованиях культурно-исторической школы эта категория была экспериментально конкретизирована: были выделены ее структурные единицы, основные механизмы и закономерности влияния на развитие ребенка. На сегодняшний день ССР в психологии представляется как комплекс специфических для каждого возраста взаимоотношений ребенка с окружающей его действительностью, выступающей для него в прямом взаимодействии с родителями, другими взрослыми и детьми и опосредствован-

но – через соответствующие возрасту виды деятельности, социальные институты и т. д. [2].

В жизни ребенка с нарушениями в развитии ключевую роль играет семья как в социально-бытовом, так и психологическом аспекте. В психологическом контексте именно семья является основным условием и источником движущих сил развития и реабилитации ребенка, которые не могут в полной мере быть восполнены за счет других источников. В связи с этим в современных исследованиях аномального развития и практических моделях работы с детьми-инвалидами все чаще при анализе ССР внимание сосредотачивается на внутрисемейных отношениях ребенка.

На сегодняшний день внутрисемейная ССР при разных формах дизонтогенеза традиционно рассматривается посредством таких критериев, как родительское отношение к ребенку, образ ребенка и его заболевания в глазах родителей, стиль общения и воспитания [3; 4]. В данных исследованиях наряду с положительными методическими моментами часто можно отметить подмену в методической схеме самой ССР ее составляющими без последующего обобщения последних в целостную картину или представление таковой путем их суммирования. В то же время исследовательская и консультативная практика показывает, что для наиболее полного понимания картины внутрисемейной ССР больного ребенка, природы и сущности наблюдаемых в ней феноменов необходимо представление ее как целого и динамичного образования.

В результате анализа обзоров современных исследований разных аспектов внутрисемейной ССР детей с нарушениями ОДА и опыта психологической работы с этими детьми и их семьями нами было выдвинуто предположение, что исследование и представление в результатах внутрисемейной ССР ребенка может быть реализовано при выполнении следующих условий:

1) внутрисемейная ССР и ключевые ее аспекты должны быть изначально определены в методической схеме исследования как его объект и предмет, что позволит сосредоточить проводимые изыскания в предметном пространстве исследуемой категории;

2) из числа традиционно используемых в психологии критериев анализа внутрисемейной ССР (указанных выше) должен быть выделен ряд единиц, которые репрезентируют ключевые для психического и физического генеза ребенка аспекты внутрисемейной ССР. Принимая во внимание значимость роли близкого окружения в онтогенезе больного ребенка (Л. С. Выготский), в качестве таковых единиц могут быть определены родительское отношение к ребенку и его заболеванию (эмоциональное и осознанное), ведущие мотивы родительских действий в отношении лечения, развития и воспитания ребенка.

С опорой на классификацию типов родительского отношения О. А. Карабановой, наблюдаемое в процессе исследования разнообразие РО нами условно разделено на типы принимающего, отвергающего и индифферентного РО [2]. Мотивы родительских действий в отношении ребенка, проявляющиеся в ретроспективе детско-родительского взаимодействия в каждой конкретной семье и выступающие в иерархии мотивов как ведущие (А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин), на этапе постэкспериментального анализа были разделены на группы мотивы развития, мотивы лечения, мотивы компенсации, мотивы элементарного ухода (за ребенком). В исследуемом нами контексте родительские мотивы ранее не рассматривались, в связи с этим мы прибегли к данной условной классификации.

С целью экспериментальной проверки справедливости выделенных условий в 2004–2007 гг. было проведено исследование феноменологии внутрисемейной ССР детей с нарушениями ОДА на разных этапах онтогенеза. В качестве модели патологии ОДА была определена нозология «детский церебральный паралич» (ДЦП), характеризующаяся разнообразием двигательных нарушений, вариантов этиологии и патогенеза [3].

Целью исследования является определение и анализ феноменологии родительского отношения и ведущего мотива взаимодействия с ребенком в семьях детей с органической патологией как критериев анализа внутрисемейной ССР при дизонтогенезе.

Объектом исследования является внутрисемейная ССР детей с синдромом ДЦП. *Предмет исследования* – феноменология родительского отношения и ведущих мотивов взаимодействия родителей с ребенком с синдромом ДЦП.

Обобщая данные теоретического анализа исследуемого вопроса, которые в сокращении представлены выше, были сформулированы следующие гипотезы:

1. Принимающий, отвергающий, индифферентный тип РО, традиционно выделяемые в психологии детско-родительских отношений «в норме», в ситуации дизонтогенеза имеют специфическое выражение, проявляющееся на ориентировочном уровне в характерных родительских представлений родителей о здоровье/ущербности ребенка, тяжести его заболевания и перспективах развития, на деятельностном уровне – в ведущих мотивах, типе и средствах взаимодействия родителей с ребенком.

2. Определенное РО в сочетании с характерным для него ведущим мотивом, в числе других – не рассматриваемых в исследовании факторов, опосредствуют становление на каждом этапе онтогенеза ребенка специфической ССР, задающей направление и определяющей содержание развития ребенка в данном конкретном периоде.

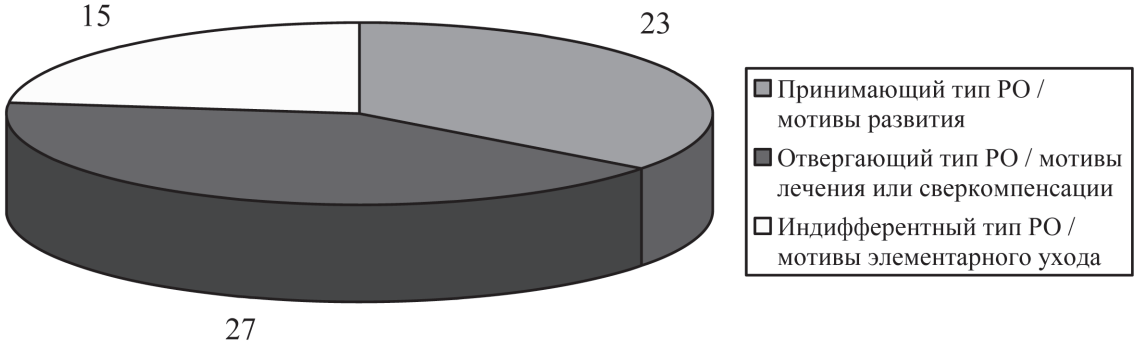
Исследование проводилось на базе Центрального детского клинического санатория Минобороны Украины (г. Евпатория, Крым), специализирующегося на хирургическом лечении и реабилитации детей с ДЦП, и учреждения социального обслуживания Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Добрый волшебник» (г. Сургут). Экспериментальная выборка состояла из 65 родителей (матери или отца) детей в возрасте от 2.5 до 18 лет, с синдромом ДЦП с сохранным интеллектуальным развитием. Ранжирование выборки детей и родителей по возрастному или гендерному критериям, а также по клиническим формам ДЦП не проводилось.

Методический арсенал исследования составили метод клинической беседы, методика графической ретроспекции жизненного пути «Life line». В рамках клинической беседы происходило определение актуальной ССР ребенка в семье, родительского отношения и ведущих мотивов родительских усилий в отношении ребенка. Посредством методики «Life line» в ходе беседы выстраивалась история становления и изменения ССР в семье, а также история развития ребенка

Постэкспериментальный анализ материалов исследования позволил выделить представленную ниже феноменологию выражения разных типов РО и ведущих мотивов взаимодействия с ребенком и их участия в становлении характерной ССР на примере картины развития ребенка и семьи при ДЦП. Количественной распределение семей с каждым из выделенных типов РО и ведущих мотивов взаимодействия с ребенком в рамках экспериментальной выборки представлено на диаграмме 1.

Диаграмма 1

Количественное распределение семей по типам РО и мотивам взаимодействия с ребенком (ед. исчисления – семья)



Принимающий тип РО. В качестве основной характеристики принимающего отношения к ребенку при ДЦП выступает принятие ребенка без определения того, насколько он болен или здоров, «нормален» или «ненормален». Личностная ценность ребенка для родителей превосходит его физическую «неполноценность»: на первый план выносятся его личностные качества, сохранные функции и возможности, что обуславливает конструктивность взаимодействия с ребенком. Совместная деятельность и общение с ребенком в семье занимают ведущее положение, выступая при этом не как обязательный вид занятия, но являющееся естественной и неотъемлемой частью взаимоотношений в семье.

Заболевание и связанные с ним особенности физического развития ребенка родителями не отрицаются и не исключаются, но рассматриваются преимущественно как проблема, требующая соответствующего решения. В представлениях о патологии доминирует рациональный компонент: родители ориентируются на заключения и рекомендации врачей, реально существующие нарушения. На эмоциональном уровне негативные переживания из-за болезни ребенка сознательно или благодаря особой ССР семьи (поддержка специалистов, близких, своевременная ориентировка в ситуации) снижаются достижениями родителями и ребенком в лечении, положительной динамикой в развитии, оптимистичным отношением к настоящей ситуации и будущему.

Ведущим родительским мотивом при принимающем РО проявился мотив развития: в ответах родителей прослеживалась ориентировка на расширение актуальных возможностей ребенка, овладение им каждый раз новыми действиями, физического, интеллектуального или речевого плана. В игре, специальных и повседневных занятиях с ребенком родители опираются на сохранные способности ребенка и обуславливаемые ими потенциальные возможности, в том числе предполагающие известную долю помощи взрослого (задается зона ближайшего развития ребенка).

В сочетании друг с другом принимающий тип РО и ведущие мотивы взаимодействия с ребенком обуславливают становление ССР, для которой характерны ориентировка на зону ближайшего развития ребенка, положительный эмоциональный фон детско-родительских отношений, поддержка наибольшей активности и самостоятельности ребенка, широкий спектр социального общения и видов деятельности, в которые включен ребенок и т. д.

Отвергающий тип РО. Характерными чертами данного типа РО являются в первую очередь эмоциональное отвержение или непринятие ребенка родителями по причине его физической «неполноценности», несоответствия их идеальным представлениям о своем ребенке и ожиданиям или прямого нежелания иметь больного ребенка. Непринятие или явное отвержение «больного» ребенка в интервью родителей проявлялось в таких моментах, как неудовлетворенность актуальными физическим состоянием и способностями ребенка; низкий уровень или отсутствие эмоциональной связи родителей с ребенком; ограниченность формальным уходом за ребенком и т. д.

Личностная ценность ребенка в такой ситуации оказывается утраченной, он становится в большей степени обузой, чем радостью. В своем ребенке родители видят только физические дефекты, болезнь, не принимая во внимание его сохранные физические и психические возможности, потенциал развития. Ребенок в данной ситуации – больной ребенок, ущербный, нередко «безнадежный» и «бесперспективный» в плане развития в глазах родителей. Болезнь ребенка при отвергающем РО воспринимается родителями в негативной эмоциональной окраске – как болезнь, безусловный недостаток (дефект), требующий непременного исправления или компенсации («маскировки»).

В такой ситуации доминирующими мотивами родительских усилий являются исцеление ребенка и/или компенсация физической неполноценности за счет развития и совершенствования социально-желательных качеств, как правило, это интеллектуальные или творческие способности. В обоих случаях (лечения и компенсации) представления родителей о физических проблемах, лечебно-реаби-

литационных и воспитательных потребностях ребенка являются поверхностными и дискретными, в связи с этим предпринимаемые ими меры обычно оказываются неадекватными объективной картине болезни и актуальной ситуации развития ребенка.

В сочетании друг с другом указанные тип РО и ведущие мотивы способствуют становлению ССР, характеризующейся сниженной эмоциональной связью родителей и ребенка, пассивной ролью последнего в любых видах деятельности, подстройкой внешних условий «под дефект» и игнорирование действительных ограничений ребенка, нарастающим недовольством родителей ребенком, неудовлетворенности родительством.

Тип индифферентного (неопределившегося) РО. Центральной характеристикой этого типа выступило отсутствие у родителей какой-либо определенной позиции в отношении ребенка в эмоциональном и рациональном плане. В процессе интервью родители, как правило, затруднялись даже в общих чертах охарактеризовать своего ребенка в настоящем (в том числе индивидуальные особенности его клинической картины заболевания), выделить основные этапы его развития, указать на последние произошедшие у него изменения в психологическом или физическом плане. Родительским описаниям ребенка были характерны дискретность ответов, доминирование социальных клише, заимствованных у врачей и воспитателей характеристик (умный, трудный, легковозбудимый и т. д.).

В обсуждении физического состояния ребенка у родителей доминировали общие по форме указания на внешние ограничения и симптомы («не ходит», «не говорит», «сильное слюнотечение») либо использовались заученные формы из заключений врачей («спастический тетрапарез», «недоразвитие руки» и т. п.). Задача описать состояние и болезнь ребенка «своими словами» в соответствии с собственными переживаниями у всех респондентов это группы вызвала трудности.

Индифферентное отношение к ребенку не ставит перед родителями в значимой форме вопрос о его ближайшем и далеком будущем. В связи с этим ведущим родительским мотивом является элементарных уход за ребенком: удовлетворение его элементарных потребностей, обеспечение в материально-бытовом плане. При таком отношении родителей к ребенку линии жизни обеих сторон протекают параллельно друг другу, наблюдается дефицит эмоционального контакта, ребенок большую часть времени предоставлен самому себе.

Индифферентное РО и мотивы элементарного ухода за ребенком создают условия становления специфической ССР, главными чертами которой являются ориентированность только на зону актуального развития ребенка, дефицитарность движущих сил, сниженный эмоциональный фон детско-родительских отношений, недостаток совместной деятельности и межличностного общения родителей и ребенка. В такой ССР обе линии генеза ребенка – психического и физического – разворачиваются спонтанно, при этом динамика психического развития без интенсивной и мощной социальной поддержки теряет исходные темпы и в дальнейшем обратится в сторону регресса или деструктивного психического и личностного генеза.

Таким образом, анализ результатов исследования феноменологии РО и мотивов взаимодействия родителей с ребенком в семье при ДЦП позволяет сделать следующие выводы:

1. Ситуация физического дизонтогенеза инициирует и обуславливает специфический характер не только процесса развития ребенка, но также окружающей его ССР, в частности внутрисемейной. Родительское отношение к ребенку в данных условиях в зависимости от целого ряда факторов может носить принимающий, отвергающий или индифферентный характер. Эти типы РО являются традиционными для психологии детско-родительских отношений, но в ситуации дизонтогенеза ребенка наделены соответствующим ей специфическим содержанием, отражающимся в целом на картине детско-родительских отношений в семье и на процессе развития ребенка.

2. Анализ особенностей взаимодействия родителей с ребенком при том или ином типе РО позволил выделить ряд родительских мо-

тивов, которые в мотивационной основе данного взаимодействия являются ведущими и таким образом определяют его характер и вектор родительских усилий. Таковыми в материалах исследования выступили мотивы развития, лечения, сверхкомпенсации, элементарного ухода за ребенком, которые в большинстве своей соответствовали наиболее характерному для себя типу РО. Родительское отношение и определенные мотивы взаимодействия с ребенком, в числе других возможных факторов, способствуют становлению определенной внутрисемейной ССР, которая в отношении психического и физического развития ребенка может носить конструктивный или деструктивный характер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Выготский Л. С.* Собр. соч.: В 6 т. Т. 3: Проблемы развития психики / Под ред. А. М. Матюшкина. М.: Педагогика, 1983. 368 с.
2. *Карабанова О. А.* Психология семейных отношений. Самара: СИОКПП, 2001. 122 с.
3. *Козявкин В. И., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С.* Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Л.: Украинские технологии, 1999. 143 с.
4. *Савина Е. А., Чарова О. Б.* Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. 2002. № 6. С. 15–23.