

## V. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

### ВЗАИМОСВЯЗЬ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ОБЩЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

(на примере часто болеющих и слабослышащих детей)

Л.В. Доманецкая

*В статье рассмотрена взаимосвязь родительского отношения к соматически больному ребенку старшего дошкольного возраста и особенностей его общения с взрослыми. Проанализированы факторы, влияющие на развитие общения больного ребенка. Особое внимание уделяется такому фактору развития ребенка, как родительское отношение к нему.*

### INTERRELATION OF THE PARENTAL ATTITUDE AND DEVELOPMENT OF DIALOGUE OF THE SICK CHILD OF THE SENIOR PRESCHOOL AGE (on an example of often ill and hard of hearing children)

L.V. Domanetskaya

*In article the interrelation of the parental attitude to the sick child of the senior preschool age and features of its dialogue with adults is considered. The factors influencing formation of dialogue of the sick child are analysed. The special attention is given such factor of progress of the child, as the parental attitude to the child.*

В настоящее время проблема общения в детском возрасте является предметом интенсивных теоретических и экспериментальных исследований. По мнению ряда ученых, разрабатывающих методологические основы отечественной психологии (Бодалев А.А., 1983, Брушлинский А.В., 1989, Леонтьев А.Н., 1975, Лисина М.И., 1974, Петровский А.В., 1984), возрастание интереса к проблеме общения можно рассматривать как некоторую общую тенденцию развития всей системы психологических наук.

Работы школы М.И.Лисиной (1986) доказали, что общение ребенка с близкими взрослыми и сверстниками – не только фактор полноценного психического развития, но и основа его эмоционального благополучия, формирования отношений к другим людям, самому себе, предметному миру, т.е. тех составляющих, которые и образуют систематизирующий компонент личности. Известно, что факторы, влияющие на становление детской психики, в одном случае способствуют, а в другом – препятствуют оптимальному развитию личности.

В настоящее время большую значимость приобретает положение Л.С. Выготского (1984) о том, что построение и формирование высшей психической деятельности ребенка происходит в процессе его взаимодействия с окружающими, т.е. обусловлено социальной ситуацией развития. Так, взаимоотношения в родительской семье, отношение к ребенку со стороны родителей могут формировать эффективную потребностно-мотивационную систему ребенка, умение общаться с окружающими, позитивный взгляд на мир и самого себя, но и те же самые факторы, уже с другим психологическим содержанием, могут приводить к ущербному развитию потребностей и мотивов, эмоциональному дискомфорту, низкой самооценке, недоверию к окружающим.

Родительское отношение – один из определяющих аспектов детско-родительских отношений. Понятие «родительское отношение» включает интегративную характеристику, определяющую тип эмоционального принятия ребенка, мотивы и ценности воспитания, особенности образа ребенка у родителя, представление последнего о себе как о родителе, степень удовлетворенности родительством (Варга А.Я., Столин В.В., 1986).

Особую категорию с точки зрения родительского отношения представляют семьи, имеющие детей с различной степенью отклонения от нормы в соматической сфере. К соматически больным детям относятся дети с заболеваниями внутренних органов, а также группа детей, обозначаемая в клинике детских болезней как «часто болеющие» [1]. Таковыми принято считать тех, кто страдает острыми респираторными заболеваниями четыре и более раз в году [1; 5]. Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям у часто болеющих детей не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями. По данным исследований О.В. Зайцевой [5], процент часто болеющих детей в возрасте 3 лет составляет 70,2; 4 лет – 47,6; 5 лет – 39,1%; в возрасте 6-7 лет – 12,5.

Частые респираторные заболевания, следующие одно за другим, безусловно, оказывают на ребенка негативное воздействие. Однако категория часто болеющих детей в настоящее время незаслуженно выпадает из сферы научно-практических исследований, несмотря на то, что в медицинской литературе указывается на недостаточную эффективность традиционных оздоровительных и общеукрепляющих мероприятий и ставится вопрос о необходимости профессиональной психологической помощи этой категории детей.

На основании данных диспансеризации, проведенной в Красноярском крае в 2003/04 учебном году, отмечено также увеличение числа патологий анализаторных систем у детей дошкольного возраста. Особую категорию, в рамках указанного отклонения в развитии, составляют дети с нарушениями слуха (тугоухостью) разной степени тяжести (по данным Краевого сурдологического центра, в 2003-2004 гг. в Красноярском крае выявлено более 3000 детей, имеющих слуховые нарушения различной этиологии).

Как показывает практика, детям с патологией слуха очень трудно адаптироваться в обществе. Нечеткость дикции, невыразительность голоса, затруднения в понимании обращенной речи приводят к появлению значительного своеобразия в общении слабослышащего ребенка со взрослыми и сверстниками.

Кроме того, в семьях, где дети имеют недостатки слуха, существуют специфические проблемы, осложняющие нормальные взаимоотношения между родителями и детьми. Слабослышащий ребенок имеет практически сохранный интеллект, возможность и желание общаться. Он адаптирован в социуме людей с нарушенным слухом и испытывает элементы социальной депривации лишь в отношении общества слышащих. В то же время родители слабослышащего ребенка могут оказаться принадлежащими к обществу слышащих людей. Взаимное непонимание в социальных контактах является причиной появления значительного своеобразия в общении детей данной категории с окружающими (Богданова Т.Г., Манзурова Н.Е., 1998).

Рождение ребенка с различной степенью отклонения от нормы в соматической сфере коренным образом изменяет жизненные перспективы семьи и оказывает на ее членов (в наибольшей степени на мать ребенка) длительное психотравмирующее воздействие. Это накладывает определенный отпечаток на родительское отношение к ребенку.

Исследование влияния родительского отношения на развитие общения со взрослыми соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста проводилась в течение 2003-2007 гг. на базе ДООУ компенсирующего вида № 194 Свердловского района г. Красноярска, реализующего интегрированный подход в процессе обучения и воспитания дошкольников.

Использовались следующие методы исследования:

1) *теоретический анализ и систематизация* имеющихся в психолого-педагогической и медицинской литературе данных о категориях часто болеющих детей и слабослышащих детей, о проблеме общения больного ребенка, проблеме исследования родительского отношения к соматически больному ребенку старшего дошкольного возраста;

2) *метод сбора эмпирических данных*: медицинские карты и индивидуальные карты ребенка дошкольного возраста для оценки состояния здоровья (форма № 026/у); методика экспериментального исследования общения дошкольников с взрослыми (Смирнова Е.О., Рузская А.Г., Бедельбаева Х.Т., 1978) [8]; методика изучения активности ребенка в общении со взрослым при совместной деятельности (Смирнова Е.О., 2000) [9]; тест-опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988) [6].

3) *методы математической статистики*. Все полученные результаты подвергались необходимой статистической обработке с вычислением средней арифметической ( $M$ ) и ее ошибки ( $X \pm m$ ), среднего квадратичного отклонения ( $\delta$ ). Достоверность различий для отдельных групп параметров оценивалась по критерию Стьюдента при 95%-ном уровне значимости ( $p \leq 0,05$ ) и 99%-ном уровне значимости ( $p \leq 0,01$ ). Для выявления взаимосвязи между особенностями родительского отношения к соматически больному ребенку и спецификой его общения с взрослыми проводился подсчет коэффициента корреляции по Спирмену.

Было обследовано 120 детей дошкольного возраста, 120 родителей (преимущественно матерей).

*Первую экспериментальную группу* (40 чел.) составили часто болеющие дети старшего дошкольного возраста. Из них к группе «Часто болеющий ребенок» (обращение к врачу с заболеваниями органов дыхания, ОРВИ, ОРЗ 4-6 раз в году) относилось 78% детей; «Истинно часто болеющий ребе-

нок» (обращение к врачу с заболеваниями органов дыхания, ОРВИ, ОРЗ более 6 раз в году) – 22% детей. Все часто болеющие дети на момент обследования находились в стадии ремиссии.

Вторую экспериментальную группу (40 человек) составили слабослышащие дети старшего дошкольного возраста. Из них диагноз:

- кондуктивная тугоухость I – II степени имели 45% детей;
- кондуктивная тугоухость II– III степени – 20% детей;
- сенсоневральная тугоухость I – II степени – 25% детей;
- сенсоневральная тугоухость II– III степени – 10% детей.

Контрольную группу составляли здоровые дети (I группа здоровья) старшего дошкольного возраста, в количестве 40 человек.

В качестве представителей контрольных и экспериментальных групп выбирались равные по демографическим признакам сверстники, посещающие интегрированные группы ДОУ №194 г. Красноярска. В эксперименте принимали участие родители исследуемых групп детей (преимущественно матери). При существующей разнице в физическом состоянии больных детей рассматриваемых категорий (часто болеющие дети – это не нозологическая форма заболевания и не диагноз, тугоухость же – патология этиогенетического характера) мы выделяем общее. В том и другом случае болезнь оказывается встроенной в систему смысловой сферы личности, она сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитарные условия для развития его личности, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований, как нормального, так и патологического типа, и тем самым изменить жизненный опыт человека [1]. Полученная обобщенная характеристика особенностей общения с взрослыми часто болеющих, слабослышащих и здоровых детей представлена на рис. 1-2.



Рис 1. Распределение выборочной совокупности детей по выявлению наиболее развитой формы общения с взрослым (методика Е.О. Смирновой, А.Г. Рузской, Х.Т. Бедельбаевой).

Качественный анализ полученных данных по методике «Экспериментальное исследование форм общения дошкольников с взрослыми» (Е.О. Смирнова, А.Г. Рузская, Х.Т. Бедельбаева) показал, что у соматически больных детей старшего дошкольного возраста наиболее развитой формой общения является ситуативно-деловая (общение на фоне практических действий с игрушками), причем ее преобладание у слабослышащих детей (50%) выражено ярче, чем у часто болеющих (41%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что соматически больные дети с большим желанием относятся к совместной игре, чем непосредственному общению с взрослым, что свидетельствует об их низкой потребности в общении с окружающими людьми. Внеситуативно-личностная форма общения, которая характерна для нормального онтогенеза общения старшего дошкольника, у них выражена на достаточно низком уровне (часто болеющие дети – 27%, слабослышащие дети – 15%).

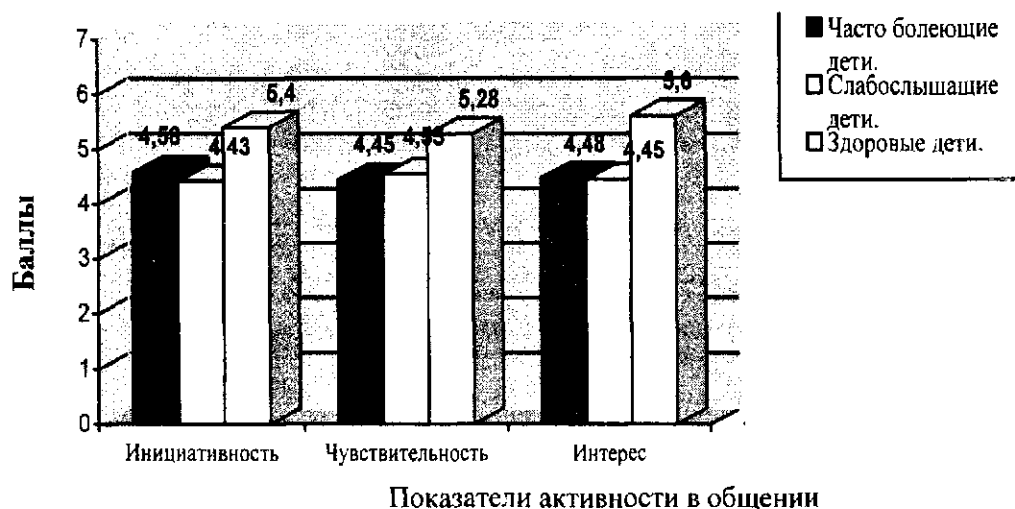


Рис 2. Сравнение средних показателей активности в общении исследуемых групп детей (методика Е.О. Смирновой)

У здоровых детей преобладающими формами общения с взрослыми являются внеситуативно-познавательная (общение на фоне чтения и обсуждения книг) (44%) и внеситуативно-личностная (непосредственное общение с взрослым на лично значимые темы) (44%), что соответствует нормальному онтогенезу общения ребенка старшего дошкольного возраста.

Изучение активности детей в общении проводилось в процессе совместной деятельности с взрослым. Экспериментатором последовательно организовывались три вида совместной с ребенком деятельности: игра, рисование, конструирование. Проявление активности в общении по показателям *инициативность*, *чувствительность*, *интерес* фиксировалось в баллах (суммарно по всем видам деятельности).

Анализ результатов по методике «Изучение активности ребенка в общении с взрослым при совместной деятельности» показал, что у соматически больных детей активность в общении с взрослым снижена по сравнению с их здоровыми сверстниками. У группы часто болеющих детей среднее количество баллов по показателю *инициативность* составляет 4,58; *чувствительность* – 4,45; *интерес* – 4,48. У группы слабослышащих детей, соответственно, *инициативность* – 4,43; *чувствительность* – 4,55; *интерес* – 4,45. У группы здоровых детей среднее количество баллов по показателю *инициативность* составляет 5,40; *чувствительность* – 5,28; *интерес* – 5,60.

В целом у соматически больных детей в процессе общения с взрослым снижены такие показатели коммуникативной активности, как внимание и интерес, эмоциональное отношение к взрослому, количество речевых высказываний (речевое общение часто заменяется экспрессивно-мимическим).

В большей степени страдает инициативность ребенка по отношению к взрослому. Контакты с ним отличаются робостью, неуверенностью, носят реактивный, а не инициативный характер. Значительно отстает от нормы чувствительность детей к оценкам взрослого, которая лежит в основе формирования успехов во всех видах деятельности.

Наряду с полученными качественными данными по методикам «Экспериментальное исследование форм общения дошкольников с взрослыми» и «Изучение активности ребенка в общении с взрослым» с помощью методов математической статистики (подсчет критерия Стьюдента) была определена достоверность различий в развитии общения исследуемых групп детей.

На основании анализа статистических данных по методике «Экспериментальное исследование форм общения дошкольников с взрослыми» выявлено:

- наличие достоверных различий (на уровне 95 и 99% значимости) между показателями развития форм общения с взрослыми у часто болеющих и здоровых детей;
- наличие достоверных различий (на уровне 95 и 99% значимости) между показателями развития форм общения с взрослыми у слабослышащих и здоровых детей;
- отсутствие статистически значимых различий в показателях развития форм общения с взрослыми у часто болеющих и слабослышащих детей;

Результаты выявленной достоверности различий в показателях развития активности в общении с взрослым у исследуемых групп детей свидетельствуют о следующем:

- имеются достоверные различия (на уровне 99% значимости) в показателях развития активности в общении с взрослым часто болеющих и здоровых детей;
- выявлены достоверные различия (на уровне 99% значимости) в показателях развития активности в общении с взрослым слабослышащих и здоровых детей;
- не выявлено достоверных различий ( $p > 0,1$ ) в показателях развития активности в общении с взрослым часто болеющих и слабослышащих детей.

Специфику родительского отношения к детям старшего дошкольного возраста мы определяли с помощью методики «Опросник родительского отношения» (Варга А.Я., Столин В.В., 1988). Опрос проводился среди родителей (преимущественно матерей) исследуемых групп детей. Полученные обобщенные результаты представлены на рис. 3.

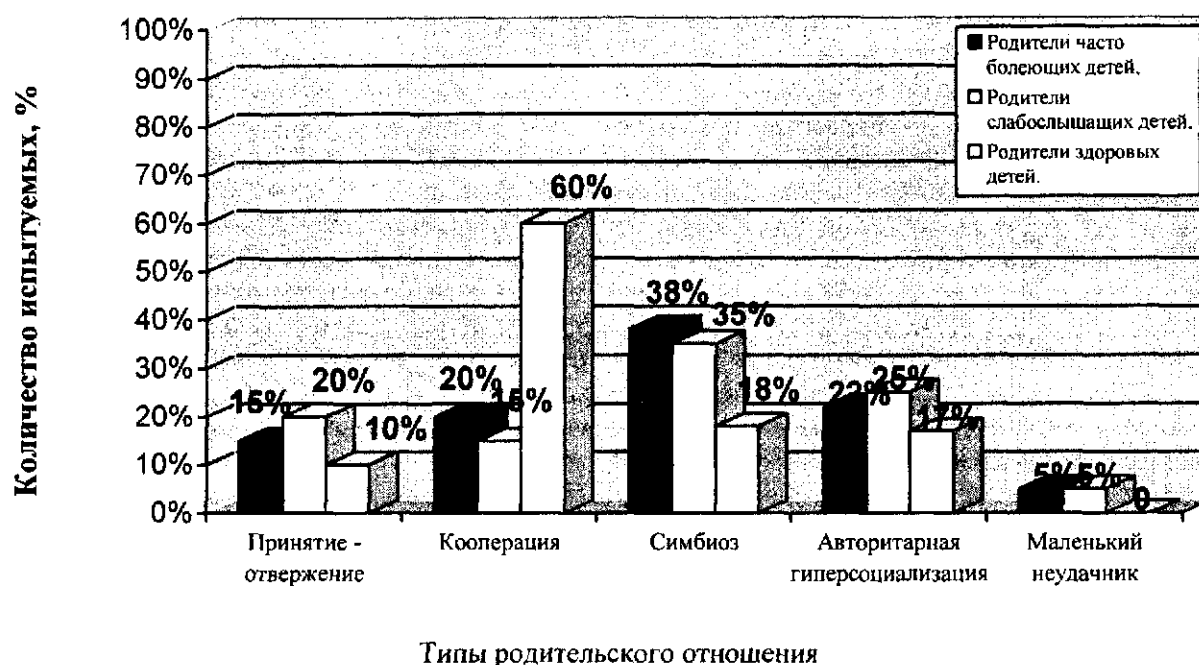


Рис. 3. Распределение выборочной совокупности родителей по определению типа родительского отношения к ребенку (методика «ОРО»)

На основании анализа количественных данных можно констатировать: преобладающим типом родительского отношения к ребенку у родителей соматически больных детей старшего дошкольного возраста является *симбиоз*. Это утверждение оказывается справедливым как в отношении родителей часто болеющих детей (38%), так и в отношении родителей слабослышащих дошкольников (35%). Данный тип родительского отношения проявляется в том, что родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится оградить от любых трудностей, при этом воспринимая его как инфантильного, личностно и социально несостоятельного, т.е. относится к неэффективным (нарушенным) типам родительского отношения (Захаров А.И., 1988; Спиваковская А.С., 2000; Варга А.Я., 1985; и др.). Это позволяет сделать вывод о неэффективности родительского отношения к соматически больным детям исследуемых групп.

У родителей здоровых дошкольников преобладающим типом родительского отношения к ребенку является *кооперация* (60%). Содержательно этот тип родительского отношения раскрывается так: родитель обладает общей положительной установкой по отношению к ребенку, старается помочь, поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Следовательно, можно сделать вывод об эффективности родительского отношения к здоровым детям.

Далее, с помощью методов математической статистики были определены достоверные различия в особенностях родительского отношения к соматически больным детям (на примере часто болеющих и слабослышащих дошкольников) и к их здоровым сверстникам. Анализ полученных статистических данных по методике «Опросник родительского отношения» выявляет:

- достоверные различия (на 95% и 99% уровне статистической значимости) между выраженностью показателей родительского отношения к слабослышащим и здоровым детям старшего дошкольного возраста.
- достоверные различия (на 99% уровне статистической значимости) между выраженностью показателей родительского отношения у родителей слабослышащих и здоровых детей старшего дошкольного возраста.
- отсутствие достоверных различий ( $p > 0,1$ ) в выраженности показателей родительского отношения к ребенку у родителей часто болеющих и слабослышащих детей.

Следующим этапом нашего исследования стало выявление взаимосвязи (зависимости) между спецификой родительского отношения к соматически больным детям и особенностями развития их общения с взрослыми. Практический аспект определения наличия зависимостей и их характера осуществлялся посредством корреляционного анализа по Спирмену.

Далее осуществлялось сравнение полученных значений коэффициентов и определение характера корреляционных связей (направление, сила и значимость) между особенностями развития общения с взрослыми, эмоциональным благополучием (или неблагополучием) исследуемых групп детей и спецификой родительского отношения к ним.

После проведения анализа количественных значений переменных, полученных в корреляционном исследовании, мы выяснили, что наиболее тесную связь родительское отношение имеет с такими особенностями развития общения с взрослыми ребенка старшего дошкольного возраста:

в группе часто болеющих детей –

- преобладание (дефицитарность) внеситуативно-личностной формы общения (0,41; -0,32);
- инициативность (пассивность) в общении (0,54; -0,35);

в группе слабослышащих детей –

- доминирование ситуативно-деловой формы общения (0,31);
- дефицитарность внеситуативно-личностной формы общения (-0,32);
- инициативность (пассивность) в общении (0,51; -0,31);

в группе здоровых детей –

- инициативность (пассивность) в общении (0,54; -0,33).

Таким образом, нарушения в родительском отношении к детям обуславливают своеобразие их общения с взрослыми: отставание в развитии форм общения, свойственных дошкольникам, недостаточную коммуникативную активность.

Следовательно, важное значение имеет своевременное оказание консультативной и практической психологической помощи родителям, главным компонентом которой является позитивное изменение родительского отношения к ребенку.

#### Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. – Саратов: Радуга, 1986.
2. Богданова Т.Г., Манзурова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников // Дефектология. – 1998. – №3. – С. 40-45.
3. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: дис... канд. психол. наук. – М., 1986.
4. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 2 т. – М.: Наука, 1982.
5. Зайцева О.В., Щербакова М.Ю. Острые респираторные заболевания у детей: современные аспекты лечения и профилактики: пособие для врачей. – М., 2003.
6. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи. – М., 2006.
7. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза и общение. – М.: Педагогика, 1986.
8. Развитие общения дошкольников со сверстниками / под ред. А.Г. Рузской. – М.: Педагогика, 1989.
9. Смирнова Е.О. Особенности общения с дошкольниками. – М.: ВЛАДОС, 2000.

## МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРА ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

С.С. Баяртуева

*Рассмотрены особенности мотивационно-потребностной сферы детей-инвалидов обучающихся в школе социальной адаптации. Показана специфика мотивов детей с различными заболеваниями. Выявлено, что дети с ограниченными возможностями нуждаются с начала обучения в школе в четко спланированной и научно обоснованной системе социально-педагогических и психологических мер.*

## THE MOTIVATIONAL SPHERE OF CHILDREN'S PERSONALITY WITH THE LIMITED OPPORTUNITIES

S.S. Bayartueva

*The peculiarities of the motivational sphere of the disabled children at school of the social adaptation are considered in this article. The specific character of the motives of the children of various groups of diseases is also revealed here.*

*The differentiated analysis of the results of psycho-correctional work is presented here. It is revealed that the children with the limited abilities need well-planned and scientifically-based system of the social-educational and psychological measures.*

Проблема психологии мотивации привлекает внимание ученых. Знание направлений, динамики и конкретных фактов, касающихся развития мотивационной сферы человека в онтогенезе, позволяет понять, каким образом личность с возрастом может изменяться в ее психологической основе (мотивация, по признанию большинства ученых, и есть основа личности, определяющая ее поведение). В настоящее время имеется большое число работ, посвященных вопросу развития мотивации (В.Г. Асеев, В.К. Вилюнас, В. Грабал, М.Л. Кубышкина, В.Г. Леонтьев, Р.И. Цветкова и др.). Но мало работ, рассматривающих проблему развития мотивационной сферы человека с ограниченными физическими возможностями, особенно ребенка, подростка.

Проблема изучения мотивационной сферы школьника является актуальной и в связи с тем, что происходит процесс гуманизации отношений между личностью и обществом, поворот в общественном сознании от «культуры полезности» к «культуре достоинства», где человек с ограниченными возможностями рассматривается не только как объект социально-педагогической помощи, но и как активный субъект окружающего социума. Это требует от ученика переоценки значимости ценностных ориентиров, переосмысления своего места в обществе, принятия на себя ответственности за результаты жизнедеятельности, которые скрыты в мотивах личности и требуют не только познания, но и управления их формированием. Сложность личностных изменений, связанных с развитием мотивационной сферы, удваивается у школьников, имеющих ограниченные физические возможности, находящихся в условиях психической депривации: сенсорной, когнитивной, эмоциональной, социальной. Следует отметить, что психологические механизмы формирования личности едины и для нормально развивающегося ребенка, и для ребенка с нарушениями в развитии, но разные условия этого формирования приводят к появлению специфических закономерностей развития личности ребенка с аномалиями в развитии.

Еще в XIX в. невропатологи, психотерапевты и психологи отмечали, что различные органические и функциональные нарушения в центральной нервной системе человека приводят к изменениям в его мотивации и мотивах. Е.П. Ильин считает, что изменения в мотивациях и мотивах в соответствии со стабильностью мотивационного процесса можно отнести к потребностям и энергетике мотива, к «внутреннему фильтру» и целеполаганию. Выделены два типа изменения силы потребности при различных заболеваниях. Первый тип характеризуется резким ослаблением силы потребности. Эта аномалия называется абулия, о ее проявлениях упоминалось в середине XIX в. Однако, как утверждает Е.П. Ильин, часто встречается и противоположный тип изменения силы потребностей – их резкое усиление [6].

Исследование О.В. Кербикова (1961) позволило охарактеризовать структуру мотивационно-потребностной сферы инвалидов подросткового возраста: мотив общения, установления межличностных контактов является у них ведущим и смыслообразующим в общей иерархии мотивов. Данные медицинской психологии свидетельствуют о том, что нарушения механизмов общения могут стать причиной невротических расстройств, наркомании, психосоматических заболеваний.

Инвалидность ребенка часто заставляет родителей проявлять гиперопеку в ущерб другим воспитательным стратегиям. У детей-инвалидов, воспитывающихся по типу гиперопеки, формируется три вида личностного дефицита: мотивационный, когнитивный и эмоциональный. Сначала у ребенка ре-