

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

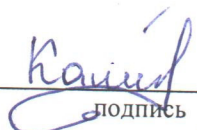
Кафедра «Прикладная
психология»

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование
Профиль «Психология образования»

Бакалаврская работа
на тему:

«Особенности детско-родительских отношений в семьях,
воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья»

Студент


подпись

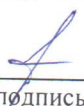
Калинина Наталья Валерьевна

Руководитель


подпись

Тарасов С.В.

Нормоконтролер


подпись

Тигунова М.С.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 01.07.2022 № 19)

Заведующий кафедрой


подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 14.07.2022 № 15)

Секретарь ГЭК


подпись

Тигунова М.С.

Пенза 2022

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Анализ научной психолого-педагогической литературы по проблеме исследования	
1.1. Детско-родительская система в структуре семьи.....	8
1.2. Влияние семейной системы и семейной структуры на процесс воспитания детей.....	16
1.3. Психологические характеристики соматически ослабленных детей младшего школьного возраста.....	25
1.4. Влияние семейного воспитания на здоровье ребенка.....	37
Глава 2. Изучение детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья	
2.1. Описание процедуры и методов исследования.....	42
2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных.....	47
Выводы.....	64
Заключение.....	67
Список используемых источников.....	68
Приложение.....	73

Введение

Актуальность исследований детско-родительских отношений обусловлена несомненным влиянием семьи на все стороны психического и личностного становления и развития человека.

Проблеме детско-родительских взаимоотношений посвящено достаточное количество разного рода исследований, но в основном все они касаются влияний родителей на своих детей, их отношений к ним. Это вопросы о факторах, позволяющих оздоровить семейную микросреду; о желательных и нежелательных стилях воспитания, которые в свою очередь влияют на становление детского характера и на развитие его личности; о влиянии семьи на взаимоотношения ребенка с окружающим миром и т.д.

Большинство психологов относит взаимоотношения в родительской семье и характер детско-родительских отношений к основным факторам развития. Именно они, в первую очередь, формируют мотивационно-потребностную сферу ребенка, его восприятие мира и самого себя. Такой точки зрения придерживаются такие отечественные психологи, как А.И. Захаров, Д.Н. Исаев, В.В. Лебединский, Э.Г. Эйдемиллер, А.Е. Личко и др.

А.И.Захаров отмечает, что семейное воспитание более эмоционально по своему характеру, чем любое другое воспитание, ибо «проводником» его является родительская любовь к детям, вызывающая ответные чувства детей к родителям [17]. В этом заключается одна из специфических черт семейного воспитания.

Еще одной особенностью семейного воспитания является то, что оно сливается со всей жизнедеятельностью ребенка - интеллектуально-познавательной, ценностно-ориентированной, художественно-творческой, игровой, коммуникативной. Семейное воспитание также отличается тем, что имеет широкий временной диапазон воздействия, оно продолжается всю жизнь человека, который невидимыми нитями связан со своей родительской семьей.

Детско-родительские взаимоотношения проявляются не только в воздействии родителей на ребёнка, но и переживания ребёнком отношений родителей к нему. Для растущего в семье человека чрезвычайно важно, чувствовать, что его любят, что он значим для родителей. Эти чувства не сразу осознаются ребёнком, но они определяют его восприятие мира, его будущие отношения с людьми.

На основе пережитого в детстве опыта жизни в родительской семье у человека формируются разные внутренние позиции, которые отражают, как он, будучи ребёнком, воспринимал отношение родителей, и как он, повзрослев, сам относится к самому себе.

В работах А.Я. Варги описаны неоднозначность, диалектичность, противоречивость и амбивалентность детско-родительских отношений [8]. Такие элементы эмоционального компонента родительского отношения, как симпатия / антипатия, уважение / неуважение, весьма разнообразны по содержанию. Дети, воспитание которых основано на эмоциональном принятии и эмоциональном отклике, включает широкий набор различных ситуаций, научающих справляться с проблемами, радоваться разносторонним социальным взаимодействиям, будут лучше адаптироваться в новой обстановке, положительно реагировать на происходящие перемены, преодолевать трудности.

В младшем школьном возрасте происходит перестройка всей системы отношений ребёнка с окружающей действительностью, что связано с освоением ребёнком новой социальной роли. Расширение социального пространства, усложнение социальных отношений, одновременное сочетание отношений подчинения с ответственностью за результаты своей деятельности, которую ребенок берет на себя – все это ребенок осваивает вполне успешно, если его семейная ситуация этому способствует. Если он чувствует поддержку со стороны старших членов семьи, если ему комфортно в своей сиблинговой позиции, то все процессы, связанные с адаптацией к школе, с освоением новой социальной роли, протекают благополучно и

способствуют формированию закономерных для этого возраста психологических образований.

Уклад жизни конкретной семьи формирует общие привычки, влияет на отношение к физической и интеллектуальной активности, вырабатывает определенные способы выражения эмоций. В семье дети обучаются отношению к собственному телу, здоровью и болезни. В семье формируется поведение ребенка во время заболевания.

Заболевание ребенка вносит существенные коррективы в функционирование семейной системы. Болезнь ребенка является кризисной ситуацией для семьи. С появлением у ребенка соматической симптоматики меняются детско-родительские отношения. В семьях, воспитывающих ребенка с хроническим заболеванием, может нарушиться психологическая система взаимоотношений и между другими членами семьи. Нередко наблюдается дефицитарность в супружеских отношениях, вытеснение отца из психологической жизни семьи, снижение внимания и заботы по отношению к другим детям и т.д. Такие нарушения в функционировании семейной системы мало способствуют выздоровлению ребенка, и, к тому же, препятствуют развитию его личности.

Данные исследований состояния здоровья школьников свидетельствуют о его прогрессивном ухудшении. За последнее десятилетие доля здоровых детей и подростков, уменьшилась в полтора раза, а доля школьников с хроническими болезнями постоянно увеличивается. В этой связи повышается актуальность исследований факторов, влияющих на здоровье подрастающего поколения, одним из которых является благополучие ребенка в семье. Для решения задач психолого-педагогического сопровождения соматически ослабленного ребенка необходимо учитывать стиль взаимоотношений в семье, наличие «семейных стереотипов» в отношении болезни-здоровья.

Цель исследования – изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического

здоровья, для использования диагностических данных в работе педагога-психолога с учащимися, воспитанниками и их родителями по вопросам личностного развития детей и проблемам семейного воспитания.

Объект исследования – детско-родительские отношения.

Предмет исследования - детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья.

Гипотеза: детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья, характеризуются:

- большим числом и разнообразием нарушений родительского воспитания;
- более частыми контактами взрослых с детьми по сравнению с семьями, воспитывающих детей без проблем соматического здоровья;
- особенностями содержания и направленности общения родителей с детьми;
- особенностями восприятия детьми своего положения в семье и оценкой семейной атмосферы;
- большей вовлеченностью детей в отношения с периферическими членами семьи.

Для реализации цели исследования и проверки выдвинутой гипотезы были определены следующие **задачи**:

1. Провести анализ научных данных по вопросам детско-родительских отношений и их влияния на развитие детей младшего школьного возраста. Выделить психологические особенности соматически ослабленных детей и специфику их семейного воспитания.
2. Подобрать диагностический комплекс для изучения детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей младшего школьного возраста.
3. Проанализировать результаты исследования, определить особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья.

4. Сформулировать выводы.

В исследовании приняли участия две группы детей младшего школьного возраста. Первую группу составили дети с хроническими соматическими заболеваниями (14 человек), во вторую группу вошли дети без проблем соматического здоровья (17 человек).

Для изучения детско-родительских отношений в ходе исследования использовались следующие **методики**:

- опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса;
- методика диагностики содержания общения родителей с ребенком («ОСОР-В») Т.Ю. Андрущенко, Г.М. Шашловой;
- методика Р. Бернса и С. Кауфмана «Кинетический рисунок семьи»;
- тест «Диагностика эмоциональных отношений в семье» Е. Бене.

В качестве метода математической статистики были использованы угловое преобразование Фишера и Т-критерий Стьюдента.

Глава 1. Анализ научной психолого-педагогической литературы по проблеме исследования

1.1. Детско-родительская система в структуре семьи

Семья представляет социальную общность, члены которой проживают вместе, объединены хозяйственно-бытовой функцией. В каждой семье разные варианты распределения обязанностей, ответственности, разная степень взаимопомощи и поддержки.

Основу семьи составляет супружеская система. Отношения между мужем и женой проецируются на всю жизнедеятельность семьи, всех ее членов. Родственные чувства, любовь супругов сплачивают семью, что особенно нужно детям, так как это дает им чувство уверенности, защищенности, что необходимо для их гармоничного развития.

Влияние семейной атмосферы на становление личности ребенка является определяющим. В.С. Торохтий, О.Г. Прохорова выделили в качестве основных следующие психолого-педагогические факторы, влияющие на атмосферу в семье:

- Система ценностных ориентиров, установок, потребностей и сформированных на их основе целей, которые в немалой степени определяются конкретными условиями жизни семьи;
- Способы реагирования супругов на разного рода жизненные изменения;
- Характер общения, межличностная коммуникативность, развитость механизмов эмпатии и рефлексии, прежде всего, у старших членов семьи, открытость семейной системы;
- Наличие традиций, выработанных в семье норм и правил [43].

Особое значение все эти факторы имеют для осуществления воспитательной функции семьи. Известным исследователем семейных

отношений В.Н. Дружининым выделены факторы, влияющие на конструктивность воспитательного процесса в семье:

- Адекватность возрастно-психологическим особенностям ребенка представления родителей о его воспитании;
- Установки каждого из родителей на воспитание детей;
- Согласованность супружеских позиций в вопросах воспитания;
- Культура общения родителей между собой;
- Мотивация рождения ребенка;
- Принятие пола ребёнка и др. [15].

Ведущую роль семейной атмосферы, ее морально-психологического климата для ребенка отмечает и известный специалист по детским неврозам А.И. Захаров. Он отмечает следующие аспекты влияния семьи и семейных отношений на развитие личности ребенка:

- Семья как основа формирования у ребенка чувства безопасности, которое обеспечивает ему доверие к миру, освоение разных способов его исследования;
- Модели поведения супругов, которые дети копируют, усваивая непосредственно сообщаемые им правила, которые они реализуют не только с близкими людьми, но и в разных социальных группах;
- Конкретные способы и средства семейного воспитания;
- Характер общения в семье, условия, четкость и ясность взаимодействия между ее членами [17].

Известные в психологии классификации стилей и типов воспитания основаны на наблюдении за воспитанием детей в различных семьях.

Американский психолог Дж. Болдуин выделил демократический и контролирующий стили родительского воспитания. Первый из них характеризуется высокой степенью коммуникации между родителями и детьми, доверительностью общения, включенностью детей в обсуждение семейных планов, готовностью родителей прийти на помощь ребенку.

Контролирующий стиль основан на ограничениях, запретах, постоянном контроле и требованиях. Постоянство и последовательность требований принимаются ребенком как справедливые и обоснованные.

Д. Баумринд выделила три стиля семейного воспитания с учетом таких аспектов, как мера родительского контроля и эмоциональной поддержки. Выделенные ею стили она связала с формированием черт личности детей.

- Авторитарные родители строят воспитательный процесс на ограничении прав и свободы ребенка. В основе этого стиля лежит убежденность взрослого, что ребенок обязан во всем подчиняться воле родителей, во всем признавать их авторитет. Этот стиль характеризуется жестким и постоянным контролем при недостатке душевной близости. Воспитание ребенка авторитарными родителями затрудняет формирование у него базисного чувства доверия. Д. Баумринд определила связь между авторитарными родителями и склонностью детей к конфликтам, неразвитостью у них внутреннего контроля, присутствие в структуре личности деструктивного чувства вины или страха перед наказанием, сложности коммуникаций со сверстниками, доминирование такого вида агрессивности, как враждебность и подозрительность.

- Снисходительные родители не склонны контролировать своих детей, не требуют от них ответственности, волепроизвольности и самоконтроля. Такой стиль агрессивное и импульсивное поведение у детей, нередко они имеют серьезные проблемы с поведением, сложности принятия норм и правил социальных групп, в которые они включены.

- Авторитетные родители строят взаимоотношения с детьми на основе принятия, стремления понять их проблемы. Наказанию они предпочитают объяснение того, что хорошо, а что плохо. Основным инструментом воспитания является мотивированная похвала. От детей авторитетные родители ждут осмысленного поведения, и если у ребенка возникают трудности, они стараются помочь ему, при этом проявляют твердость, сталкиваясь с детскими капризами, вспышками гнева. Авторитетный стиль

воспитания формируют такие черты растущей личности, как инициативность, общительность, любознательность, ответственность, уверенность, волепроизвольность, самоконтроль, адекватный уровень притязаний [41].

Е.Т. Соколова в детско-родительских отношениях выделила такие стили, как сотрудничество, псевдсотрудничество, изоляция и соперничество [39].

Сотрудничеством назвали такой тип взаимоотношений, когда родитель учитывает желания ребенка и дает ему определенную самостоятельность. Взрослый помогает в ситуациях, вызывающих у ребенка трудности. Любая возникшая в семье проблема обсуждается вместе с ребенком. Его мнение учитывается наравне с мнением других членов семьи.

Стиль псевдсотрудничества имеет два варианта: 1) доминирование взрослого и 2) доминирование ребенка. Один из партнеров соглашается на невыгодное для него решение проблемы, для чтобы избежать агрессии другого, и такие решения можно назвать псевдсовместными.

Изоляция означает полное отсутствие кооперации и объединения усилий. Обе стороны в отношениях не пытаются услышать, прочувствовать и понять друг друга. Такой стиль имеет сопернический характер, и он представляет собой борьбу за продвижение своей инициативы при подавлении или игнорировании инициативы партнера.

Наиболее адекватным и оптимальным стилем родительского воспитания является сотрудничество. Именно оно дает ребенку ощущение психологической безопасности, побуждает его к творческой активности, формирует принятие себя и другого.

Детско-родительские взаимоотношения проявляются не только в воздействии родителей на ребёнка, но и переживания ребёнком отношений родителей к нему. Для растущего в семье человека чрезвычайно важно, чувствовать, что его любят, что он значим для родителей. Эти чувства не

сразу осознаются ребёнком, но они определяют его восприятие мира, его будущие отношения с людьми.

На основе пережитого в детстве опыта жизни в родительской семье у человека формируются разные внутренние позиции, которые отражают, как он, будучи ребенком, воспринимал отношение родителей к себе и как он теперь сам относится к самому себе. В этом отношении интерес представляет предложенная Г. Хоментаскас типология обобщённых установок детей по отношению к родителям и к себе. Всего таких установок четыре.

✓ Первая выражается в переживании ребенком того, что он нужен и любим, и его отношение к родителям основано на эмоциональной близости и привязанности. Такая установка формирует высокую самооценку и доверие к окружающим. Детско-родительские отношения характеризуются общим положительным эмоциональным фоном взаимодействия. Родители признают право ребенка на автономию, право на выбор и чувствительны к своеобразию личности ребенка. При этом старшие члены семьи не имеют детоцентристских позиций, не забывают о своих потребностях, реализуют собственные жизненные планы.

Г. Хоментаскас описал базисные установки, которые формируются у детей при таком стиле семейного воспитания:

- Я получаю удовольствие от общения с близкими мне людьми;
- Близость с родителями не ущемляет моей свободы, моего права на выбор;
- Близкие доверяют мне;
- Я уверен в себе, я ощущаю свою силу, я сам смогу преодолеть препятствия;
- У меня есть право на ошибку. Если я ошибусь, взрослые не будут любить меня меньше;
- Я могу попросить помощи, и это не унижит меня;
- Другие люди, в том числе и мои родители, часто иначе, чем я, относятся к окружающему миру, и они имеют на это право. И я могу быть не

похожим на своих родителей.

- Мои родители, как и другие люди, могут иметь желания, отличные от моих. Я должен учитывать не только то, что нравится мне, но и то, что нравится им, учитывать то, чего хотят они.

✓ Вторая установка выражается в формуле «Я нужен своим родителям, я любим, и они существуют ради меня». Такая установка характерна для детей, воспитывающихся в детоцентристских семьях, где существует культ ребенка, где все дела и заботы взрослых сосредоточены вокруг младших членов семьи. В таких семьях дети рано начинают понимать свою значимость и пользоваться ею. Интересы других ими не чувствуются или не учитываются. Им непонятны ситуации, когда эти интересы не совпадают с их собственными. Они воспринимают мир таким, где другие люди не имеют столько же прав, что и они, что они представляют меньшую ценность.

Г. Хоментausкас так описал внутренние установки этих детей:

- Родители существуют ради меня. Для них самое важное – это мои желания. Все мои желания должны быть осуществлены.

- Все мною восхищаются, а если кто-то этого не делает, он просто глуп, и не надо иметь с ним дела.

- Если кто-то не разделяет моего мнения, моей точки зрения, то он ошибается, или делает так назло мне.

- Мои родители любят меня, но у них нет стольких достоинств, сколько есть у меня.

✓ Третья позиция очень уязвимая. Она выражается в формуле «Я нелюбим, но я очень хочу, чтобы меня приняли и полюбили».

Эта позиция несчастливого ребенка, который ощущает дефицит родительской любви. Семьи, в которых растет такой ребенок, внешне очень разнообразны. В одних семьях детям уделяется слишком много внимания, но оно построено преимущественно на контроле, ограничениях и запретах. А в других семьях детям просто уделяется недостаточно внимания, они могут

быть педагогически запущенными. Это часто случается, если ребенок отсутствует в жизненных планах родителей. В обоих случаях ребенок ощущает недовольство родителей тем, что он такой, какой он есть. Стремясь к родительскому вниманию, ребенок делает все, чтобы его привлечь. Способы выбираются самые разные. Это могут быть и постоянная плаксивость, и демонстрация своей беспомощности, и назойливость. Во всех этих случаях дети стремятся к одному - к постоянному вниманию родителей. Оно им необходимо, чтобы ощутить свою значимость в семье. Ребенок в глубине души надеется, что его заметят, услышат, и начнут любить его.

Четвертая установка выражается в формуле «Я не нужен и не любим, и мне никто не нужен».

Дети с такой установкой не прилагают никаких усилий, чтобы привлечь внимание других, они не стремятся к похвале. Всем своим поведением они как бы говорят: «Оставьте меня в покое». Подобная позиция имеет примерно следующий внутренний смысл: «Вы мне уже доказали, что я недостоин вашего внимания; что я недостаточно силен, чтобы заставить вас заниматься мною; что я не могу поступать с вами также жестоко, как вы со мной, - так оставьте меня в покое». Когда ребенок теряет чувство собственной значимости, он стремится отгородиться от всего: от людей, от новых, казалось бы интересных занятий [43].

А.Я. Варга также предложила типологию родительского воспитания с описанием черт личности детей, воспитывающихся в семьях с разными типами родительско-детских отношений [8]. Автором выделены следующие группы детей:

- Компетентные — дети, отличающиеся стабильно хорошим настроением, уверенностью в себе, развитым самоконтролем, хорошими коммуникативными способностями, активностью и любознательностью.

- Избегающие - дети со сниженным фоном настроения, неуверенные в себе, с плохо развитым самоконтролем, испытывающие проблемы взаимодействия со сверстниками.

А.Я. Варга также выделила параметры родительского поведения, отвечающие за описанные паттерны детских черт [8]. Ею описана структура родительского отношения, которая включает следующие компоненты:

- принятие / отвержение ребенка;
- близость / дистанция в отношениях родителей с детьми;
- формы и направления родительского контроля;
- степень социальной желательности поведения ребенка для родителя [8].

В работах А.Я. Варги описаны неоднозначность, диалектичность, противоречивость и амбивалентность детско-родительских отношений. Такие элементы эмоционального компонента родительского отношения, как симпатия / антипатия, уважение / неуважение, весьма разнообразны по содержанию. А родительское отношение имеет устойчивые и неустойчивые черты.

Устойчивые черты проявляются безотносительно к ситуации, они отражаются в таких базовых характеристиках, как принятие / непринятие ребенка. Именно они определяют тип родительского отношения.

Неустойчивые черты родительского отношения ситуативны, подвержены воздействию различных факторов, внешних и внутренних. В крайних своих вариантах эти черты могут закрепиться и сформировать своеобразный «неустойчивый» тип родительского отношения, который является крайне неблагоприятным для развития личности ребенка [8].

Проблеме детско-родительских взаимоотношений посвящено достаточное количество разного рода исследований, но в основном все они касаются влияний родителей на своих детей, их отношений к ним. Это вопросы о факторах, позволяющих оздоровить семейную микросреду; о желательных и нежелательных стилях воспитания, которые в свою очередь влияют на становление детского характера и на развитие его личности; о влиянии семьи на взаимоотношения ребенка с окружающим миром и т.д.

Детско-родительские отношения - двухсторонний процесс. Не только родители имеют свое отношение к ребенку, ребенок также формирует свое отношение к членам семьи. И оно является производным от родительских установок, от степени эмоциональной близости взрослых и детей. А поведение ребенка обнаруживает насколько эти отношения благополучные или травмирующие.

1.2. Влияние семейной системы и семейной структуры на процесс воспитания детей

Л.С. Выготский ввел понятие «социальной ситуации развития». Этот показатель отражает своеобразие отношения детей определенного возраста к другим людям, разным возрастным и социальным группам, их отдельным представителям, особенности взаимодействиями с ними, которые характеризуют конкретный этап онтогенеза. Социальная ситуация развития, как характеристика возрастного периода, отражает закономерный ход развития, то общее, что объединяет детей одной возрастной группы. На фоне общей социальной ситуации развития социальные условия, в которых дети растут, различаются. Различия связаны со многими факторами, влияющими на ход и результаты развития. Это и социально-демографические факторы (место проживания, возраст родителей, уровень их образования и т.д.), и конкретные бытовые условия жизни ребенка, и его индивидуально-психологические особенности, и характеристика социальных институтов, в которые он включен.

Первыми и самыми влиятельными условиями развития ребенка является его семья. Близкое окружение не только осуществляют уход за ребенком, но и «вводят в культуру».

Каждая семья характеризуется определённой структурой, которая характеризуется ее численностью и внутренней расстановкой членов семьи. Семейная структура влияет, прежде всего, на систему общения -

межличностные контакты, характер взаимодействия, обмен информацией, взаимовлияния, а также на формирование черт личности каждого члена семьи.

Нуклеарная семья всегда представляет собой разновозрастную группу: в ней представители двух поколений – родители и их дети. В расширенной семье вместе проживают три, а иногда и четыре поколения. Возрастная разность предполагает и различия в ценностных ориентациях, критериях оценки событий и жизненных явлений, различия в убеждениях и точках зрения.

Жизненные позиции могут быть и схожими, но могут быть и прямо противоположными. Различия могут проявляться не только между поколениями, но и между одновозрастными членами семьи. К этому добавляется и то, что один и тот же человек может быть и воспитуемым и воспитателем, например, отцом своего ребенка и сыном своей матери. И всех этих людей объединяет место проживания, быт, ведение домашнего хозяйства, досуг, семейные традиции.

В предпринятом нами исследовании изучаются детско-родительские отношения. При этом очевидно, что на развитие личности ребенка влияет и его сиблинговая позиция в семье. Семья, где у ребенка есть братья, сестры и семья, которая воспитывает единственного ребенка, имеют разное по своему характеру влияние на формирование личности, черт и свойства характера младших ее членов.

В зарубежной психологии большую популярность получило направление исследований по изучению особенностей развития ребенка в зависимости от очередности рождения. К этому вопросу обращались еще З. Фрейд и А. Адлер.

Очередность рождения, позиция ребенка среди сиблингов имеет особое значение для его развития и дальнейшей жизни. Имеет значение такой показатель, как «детность», т.е. количество детей в семье, их пол и

временные интервалы между их рождением. Дети с небольшой разницей в возрасте оказывают большее влияние друг на друга в ходе своего развития.

По А. Адлеру, сиблинговая позиция ребенка в семье имеет немалое значение для процесса и результатов его развития. Особенно важно то, как он воспринимает эту свою позицию, какое значение ей придает. А. Адлер, рассматривая очередность рождения как основную детерминанту формирования жизненного стиля, личностных установок, описал психологические особенности старшего ребенка в семье, среднего, младшего и ребенка, не имеющего братьев и сестер [49].

Интерес представляют исследования, в которых рассматриваются различные факторы, влияющие на взаимоотношения сиблингов. Среди таких факторов определяющее значение имеют следующие:

- материнское отношение к детям;
- пол детей;
- характер общения старших сиблингов с младшими.

Все исследователи, изучающие характер и степень влияния сиблинговой позиции ребенка на его развитие, отмечают, что необходимо учитывать контекст всей семейной ситуации.

Рассмотрим вариант развития ребенка в полинуклеарной, расширенной семье, и роль прародителей в системе семейных отношений.

Вопрос о влиянии расширенного состава семьи на формирование личности детей затрагивает проблему взаимоотношения поколений, которая рассматривается в различных аспектах: как культурно-историческое явление; как психологическое наследование; как отношения разных поколений внутри одной семейной системы. В рамках нашего исследования следует остановиться на отношениях прародителей и их внуков.

Изучение отношений старшего и младшего поколений имеет культурно-исторический аспект. Связь поколений в обществе в целом, а также и в семье относится к проблеме психологического наследования.

М. Мид выделил три исторических типа культур: постфигуративные, кофигуративные и префигуративные [27]. Постфигуративная культура (традиционное общество) отличается медленным процессом изменений и высокими показателями наследования. Взаимоотношения возрастных слоев в этом типе общества четко регламентированы.

Прародители в таком типе общества представляют будущее своих внуков по образу собственного прошлого. Прожитое ими – готовая схема будущего для последующих поколений. Роль представителей старшего поколения тесно связана с категорией жизненного опыта, его накоплением и передачей последующим поколениям. В традиционной культуре механизмами общественного бытия являются традиции, обычаи, преемственность, наследие, что предполагает уважение к старшим и их высокий авторитет.

Ход исторического развития демонстрирует, что характер отношений между поколениями меняется. Особенно существенные и динамичные перемены стали происходить со второй половины прошлого века.

В силу того, что темпы общественного развития стали стремительными, предстоящее стало неизвестным, неопределенным, и опыт старшего поколения теперь не всегда востребован, а иногда и бесполезен в силу резко изменившихся условий, обстоятельств, законов. Современный человек, и взрослые, и дети, теперь вынуждены ориентироваться на взгляды и поведение своих сверстников гораздо в большей степени, чем на наследие прошлого. Знания и опыт старших уже не является опорой для молодых. Более того, современные взрослые учатся у своих детей и даже внуков.

Увеличилась и средняя продолжительность жизни, что привело к ситуации длительного сосуществования взрослых детей и их пожилых родителей. Такая ситуация обнаруживает необходимость выработки новых норм отношений между разными поколениями. Современный мир требует не только признания авторитета старших, но и осознания и уважения ценностей

инноваций. Взаимопонимание возможно только при встречном движении по инициативе каждой из сторон.

Для российского общества до сих пор характерна забота старших о детях и внуках, основанная на уверенности в необходимости оказания помощи всякого рода, что в немалой степени снижает ответственность молодых и увеличивает вовлеченность старших в жизнь других, когда собственная приносится буквально в жертву.

Россиянин пожилого возраста нередко считает проблемы молодых членов семьи своими собственными, при этом они пытаются их решать, ориентируясь на свои ценности. В Я-концепции пожилого человека нередко акценты смещены сторону успехов и достижений детей и внуков. Такие процессы инкорпоризации, заключающиеся в замыкании на интересах своего близкого социального пространства, могут выступать одним из механизмов адаптации пожилого человека к современной ситуации.

Вместе с тем хозяйственно-бытовая поддержка, воспитание внуков, помощь по дому не всегда в полной мере оценивается членами семьи, которые не упоминают о востребованности жизненного опыта старших, их личностных качеств.

Э. Берн, описывая варианты воздействия семьи на отдельных ее членов, в том числе на личность ребенка, использовал понятие «сценарий» - постепенно разворачивающийся жизненный план, который начинает формироваться с ранних лет и, прежде всего, под влиянием ближайшего окружения – родителей, прародителей, сиблингов.

Влияние семьи проявляется в бессознательном принятии ребенком «образа» будущей жизни. В сценарий могут быть заложены разные ориентиры и разные импульсы, формирующие Я-концепцию - судьбы «побежденного», «неудачника», «победителя», «деятеля» и т.д. Э. Берн полагал, что эти сценарии формирует даже не родительская семья, а история семьи в более ранних поколениях [5]. Поэтому очень важно, что именно знает человек о своих прародителях, что испытывает по отношению к ним,

как истолковывает их прошлое. Испытываемые чувства и отношения к предкам могут выражаться в гордости за них, в идеализации их достижений и надежде превзойти их, в соперничестве, в чувстве стыда за родство и т.д. По мнению Э. Берна к прародителям мы испытываем более интенсивные и глубокие чувства, чем к родителям: «к прародителям относятся с благоговением или ужасом, тогда как родители вызывают восхищение или страх» [25]. Анализ работ этого автора указывает на то, что при исследовании проблемы семейного воспитания нужно учитывать не только непосредственные воздействия на ребенка, но и такой механизм влияния, как его представления о своих близких и родных.

О важности психологического «наследия» писал и Н. Пезешкиан. Интерес к прошлому семьи, к своему происхождению формирует личность человека, его идентичность [32]. Основоположник позитивной психотерапии использует понятие «семейные концепции», которые передаются от одного поколения к другому и включают такие аспекты, как стратегии и паттерны поведения в конфликтах, в структуре мировоззрения и структуре отношения к другим людям. «Семейные концепции» переходят от родителей к детям, образуются, как правило, в ситуациях критических переживаний одного из членов семьи. Они усваиваются, укореняются и снова передаются следующему поколению. К семейным концепциям относятся установки типа: «Что скажут люди», «Ничего не дается легко», «Верность до смерти», «Все нужно доводить до совершенства» и т.п. По большей части они не осознаются, воздействуют не явно, но устойчиво [32].

Семейное наследование изучалось и отечественными психологами. Так, Э.Г. Эйдемиллер рассматривал семейное наследование как формирование и передачу эмоционально-поведенческого реагирования от старшего поколения к последующим, от прародителей к родителям, от родителей к детям и т.д. В психологической литературе большее внимание исследователи уделяют явлениям искажающего влияния усвоенных неосознаваемых установок на поведение человека. Так, Э.Г. Эйдемиллер и В.

Юстицкис отмечают, что в дисфункциональных семьях патологизирующая роль наследования проявляется в том, что иррациональные и при этом ригидные убеждения, формируют малоадаптивную личность, с нередкой склонностью к нервно - психическим расстройствам [50].

Перейдем к рассмотрению важного для нашего исследования вопроса о различных вариантах отношений прародителей, детей и внуков внутри семейной системы.

Воздействие старших членов семьи на младших, их воспитательный потенциал нельзя оценить однозначно. Семейная атмосфера и ее влияние на детей зависит от характера взаимодействия представителей разных поколений. Нередко родителей и их взрослых детей и внуков связывают непростые, а подчас и противоречивые отношения. Исследователями и практикующими психологами отмечено, что, например, доминирование в семье бабушки по материнской линии нередко увеличивает вероятность невротических нарушений у детей [36].

У человека зрелого и позднезрелого возраста приобретение новой внутрисемейной роли сопровождается перестройкой сложившейся ранее иерархии отношений. Освоение прародительского статуса требует выработки новой внутренней личностной позиции, позволяющей найти баланс между новой социальной ролью и уже имеющимися.

Оптимальной позицией является осознанная готовность прародителей принять эту роль, понимание ее ценности, уверенность в том, что она, повышает их общественный престиж, удлиняет жизненную перспективу, что в целом формирует удовлетворенность жизнью. Кроме оказания бытовой и материальной помощи, люди старшего поколения выполняют роль связующего звена между прошлым семьи и ее настоящим, они передают младшим членам семьи традиции и проверенные ценности.

Часть представителей этого поколения оказываются неготовыми к роли прародителей, что выражается в двух очень разных по своему содержанию вариантах: одни вообще отказываются от новой позиции, минимизируя свое

участие в жизни семьи своих детей; другие, напротив, захватывают, узурпируют родительскую роль, лишая ее молодых родителей.

Известно описание двух типов бабушек, не нашедших гармоничного сочетания своих социальных ролей - «бабушка - жертва» и «бабушка - соперница». Оба эти типа достаточно популярны в российском обществе.

Первый тип – бабушки, для которых хозяйственно-бытовые и воспитательные заботы являются центральными. Они отказываются от своей профессиональной деятельности, сужают свое социальное пространство, ограничивают дружеские контакты, их досуг не имеет личного наполнения, забота о детях и внуках становится смыслом их существования. Не смотря на наполненность и занятость своей жизни, чувство удовлетворенности им мало свойственно. Они периодически испытывают такие чувства, как недовольство близкими, обиду за недостаточное внимание и благодарность с их стороны, раздражение. Внуки таких бабушек привязаны к ним, но эта несвободная привязанность, близкая к зависимости. Они привыкают к постоянной опеке и контролю, из-за чего у них образуются трудности самоконтроля, волепроизвольности, а нередко и общения.

Ко второму типу относятся те бабушки, которые соперничают со своими взрослыми детьми в плане правильности воспитания младших членов семьи. Их позицию можно описать как неосознанную тенденцию быть более успешной «матерью» внуку. Они настроены на поиск ошибок и промахов родителей ребенка, а успехи в воспитании приписывают себе, что не исключает иногда возникающего чувства вины за непримиримость по отношению к собственным взрослым детям. Внуки растут в нестабильной ситуации, когда взрослые доказывают друг другу свою правоту. Они чувствуют конфликтность взаимоотношений старших членов семьи, и могут либо пользоваться этой ситуацией, манипулируя между ними для получения каких-то своих выгод, либо берут вину на себя за ссоры и конфликты в семье. В любом случае, конфликты между родителями и прародителями осложняют жизнь младших членов семьи. Для них близкими являются и те и

другие. Они не в состоянии понять, почему родные люди не ладят, а иногда и враждуют между собой. Расширенный состав семьи имеет преимущество в эмоциональных родственных связях между поколениями. Семьи, в которых взаимоотношения теплые и искренние, обладают большими воспитательными возможностями. Но сегодня все меньше полинуклеарных семей, прародители все реже проживают под одной крышей со своими взрослыми детьми и внуками. Их участие в воспитании внуков уже менее систематическое [40].

На каждом возрастном этапе ребенок по-разному воспринимает свою семью и взаимоотношения в ней. В проведенном нами исследовании мы изучали особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей младшего школьного возраста. На этом этапе возрастного развития у ребёнка меняется сама идея семьи. Как отмечают исследователи процесса когнитивного развития, система взаимоотношений - это частный аспект «логики отношений», которой дети овладевают только с 8-летнего возраста.

В детские годы «идея семьи» проходит три следующих стадии:

- В раннем детстве и дошкольном возрасте ребенок вообще не интересуется отношением родства. К своей семье он относит людей, находящихся рядом с ним. Он называет семьей тех людей, которые его окружают, проживают с ним, хотя это могут быть и не родственники. Эта стадия характерна для детей до 7-ми лет.

- Ребенок уже применяет критерии, входящие в понятие о родстве, но состав семьи ограничивает людьми, которые находятся вокруг него и понятие родства не замещает пока факта совместного проживания. Отношения родства понимаются ребёнком как зависящие от территории проживания и плотности непосредственного общения.

- Ребенок освобождается от «реализма» в определении семьи и это понятие начинает распространяться на всех родственников. Он уже оперирует признаками родства, дифференцируя понятие семьи в узком

смысле (родители и дети) и понятие семьи в широком смысле (дедушки, бабушки, тети, дяди, двоюродные братья, сестры и т.д.).

Кроме дифференциации семейного пространства в младшем школьном возрасте происходит перестройка всей системы отношений ребёнка с окружающей действительностью, что связано с освоением ребенком новой социальной роли. Расширение социального пространства, усложнение социальных отношений, одновременное сочетание отношений подчинения с ответственностью за результаты своей деятельности, которую ребенок берет на себя – все это ребенок осваивает вполне успешно, если его семейная ситуация этому способствует. Если он чувствует поддержку со стороны старших членов семьи, если семейную атмосферу не сотрясают конфликты, и ребенок не является «буфером» между постоянно ссорящимися родителями и прародителями, если он комфортно чувствует себя в своей сиблинговой позиции, то все процессы, связанные с адаптацией к школе, с освоением новой социальной роли, протекают благополучно и способствуют формированию новых психологических новообразований в его психике и личности.

1.3. Психологические характеристики соматически ослабленных детей младшего школьного возраста

Физическое состояние ребенка является одним из ведущих факторов его развития. Под ним понимают состояние морфологических и функциональных свойств его организма, а также соответствие нормам биологического развития, обусловленных возрастом, выражающихся в изменениях роста, веса, внешнего облика, мышечной силы и уровня работоспособности.

С.М. Громбах выделил следующие признаки здоровья, обеспечивающих нормальное функционирование организма человека и

позволяющих совершать разные виды деятельности по удовлетворению потребностей и поддержания социального статуса:

- отсутствие болезни;
- отсутствие предрасположенности к заболеваниям;
- гармоничное физическое и психическое развитие, соответствующее возрастной норме;
- резистентность организма к неблагоприятным воздействиям [4].

На основании этих критериев выделяют три группы детей, находящихся в зоне риска:

- Первую группу риска составляют дети с нарушенной динамикой возрастного развития при сохранении гармоничности этого процесса;
- Во вторую группу входят дети с нарушенной динамикой возрастного развития, сочетающейся с нарушениями морфофункционального состояния;
- Третью группу риска составляют дети с резкой дисгармоничностью физического развития как при соответствии биологического уровня развития паспортному возрасту, так и при нарушенной динамике возрастного развития.

Основная роль для определения уровня состояния здоровья детей принадлежит таким факторам, как генотип популяции, индивидуальный образ жизни, состояние природной и социальной среды.

Данные исследований состояния здоровья школьников, проживающих в различных регионах России, свидетельствуют о его прогрессивном ухудшении. За последнее десятилетие доля здоровых детей и подростков, уменьшилась в полтора раза, а доля школьников с хроническими болезнями постоянно увеличивается. Распространенность морфофункциональных расстройств составляет 30-35%, хронических болезней – до 70%. Кроме того, отмечается рост нарушений психического развития, неврологических заболеваний. У большей части современных школьников функциональные и хронические нарушения затрагивают 2-5 систем организма. У половины детей школьного возраста зафиксированы функциональные отклонения – это

II группа здоровья, а значительная часть обучающихся имеют хронические заболевания и по состоянию здоровья отнесены к III и IV группам здоровья [38].

По результатам анализа показателей здоровья в целом по России только 34% детей являются здоровыми, при этом среди детей школьного возраста абсолютно здоровыми признаны не более 10% детей начальных классов и 5% старшеклассников.

Характер заболеваний в детской популяции за последние десятилетия существенно изменился. Самый большой прирост отмечен в заболеваниях эндокринной и костно-мышечной систем, в расстройствах деятельности иммунной системы, нервно-психических расстройствах, а также в функциональных расстройствах органов пищеварения.

Медицинские обследования абитуриентов свидетельствуют о возрастании числа выпускников школ, имеющих ограничения по здоровью и прямые противопоказания к освоению выбранных ими профессий. Число старшеклассников, имеющих разный уровень профессиональных ограничений, в большей или меньшей степени, составляет почти 80%.

Основное место, по данным различных эпидемиологических исследований, в детской и подростковой структуре патологических состояний занимают болезни различной этиологии. Распространенность различных видов болезней в детской популяции следующая:

1. Органы дыхания - 50%;
2. Болезни нервной системы и органов чувств - 11,4%;
3. Заболевания органов пищеварения - 15,3%;
4. Заболевания опорно-двигательного аппарата - 22,2% [11].

Данные ВОЗ констатируют, что количество детей с хронической соматической патологией неуклонно растет.

В научный обиход, в медицинскую и психологическую практику введено понятие «ослабленный ребенок». Ребенок с таким статусом нуждается в специально организованных условиях.

Соматически ослабленные дети имеют особые, специфические, характерные черты. Рассмотрим психологические характеристики детей этой группы и проблемы развития, свойственные им.

Реакцией детской личности на возникшую болезнь являются нарушения эмоционального состояния и поведения.

Хронические заболевания, так же, как и острые вызывают у детей состояние утомления. У заболевшего ребенка меняется настроение, он может стать подавленным, плаксивым, тревожным, беспокойным. Нередко соматическое заболевание сопровождается раздражительностью, нервозностью, эти состояния могут продолжаться в течение многих дней и даже недель после исчезновения признаков и симптомов заболевания. Эмоциональное состояние нормализуется не сразу, ребенок нуждается в помощи и поддержке взрослого окружения, прежде всего родителей и учителей. Очень важными для ребенка являются взаимоотношения с окружающими. У ребенка должна быть возможность свободно проявлять свои эмоции. Особое значение имеют специфические способы проявления привязанности членов семьи, определяющие характер выражения ребенком отношения к окружающим.

Большое значение имеет понимание взрослыми реакций ребенка на болезнь. Иногда меняется не только эмоциональное состояние. У части детей появляются устойчивые мысли о тяжести заболевания, о невозможности излечения, другая часть детей, напротив, демонстрирует пренебрежительное отношение к болезни, настаивая на его незначительности и несерьезности.

Оценка ребенком своей болезни зависит от возраста, от его умственных возможностей. То, что происходит в организме, знания о болезненных процессах зависят от уровня развития представлений о своем теле. Ребенок более адекватно переносит свое болезненное состояние, если умеет систематизировать и объяснять свои впечатления, переживания, ощущения. Если у ребенка таких способностей нет, то у него формируется искаженная

картина болезни. Иногда детям трудно сосредоточиться на своих переживаниях, сопоставить их с пережитым прошлым, дать им оценку.

У большинства детей меняется поведение. Они теряют интерес к играм, общению, что может привести к более выраженным нарушениям контактов, к развитию стремления к уединенности. Многие дети тяготятся теми ограничениями, которые на них налагает болезнь, протестуют против них, отказываются от выполнения режимных моментов, проявляют негативизм, строптивость, упрямство.

Представления детей о влиянии лекарственных средств на организм и о самом процессе лечения также зависят от возраста детей и их умственного развития. Дошкольники младшие школьники еще не представляют, что они могут помочь своему выздоровлению, например, соблюдая постельный режим. Им нужны специальные объяснения о необходимости приема лекарств.

Отношение к врачам, медицинскому персоналу зависит во многом от полученного ранее опыта лечения, а также от культуры семьи. Понимание роли врачей в процессе выздоровления с возрастом становится все более четким и определенным.

Информацию о болезни ребенок получает от родителей и других взрослых, а также из книг, телепередач и интернет-источников.

Дети младшего школьного возраста начинают в некоторых вопросах ориентироваться на мнение сверстников. Если ребенок получает информацию о болезни из научно-популярных программ телевидения, из интернета, из статей в журналах и книг, то без комментариев взрослых она не только не приводит к желаемому результату, но нередко и осложняет положение дел, поскольку он может неправильно истолковать эту информацию, может испугаться того, что узнал.

Наиболее значимы для ребенка сведения, получаемые от родителей. К ним, в первую очередь, он обращается за разъяснениями. Поэтому общий уровень культуры семьи, а также и медицинская культура родителей

определяют представления ребенка о болезни, формируют его отношение к ней. Если взрослые излишне тревожны, то у ребенка возникает пессимистическая оценка своего заболевания.

Еще большие затруднения возникают, когда ребенок получает противоречивую информацию о болезни. Возникающий внутренний конфликт приносит дополнительные психологические трудности и препятствует адекватному отношению к ней и процессу лечения.

Немалую роль в отношении к болезни играют личностные особенности ребенка. В иных случаях они оказываются решающими при формировании внутренней картины болезни. Те или иные доминирующие эмоции, определяющие отношение к болезни различаются у детей с невропатическими, астеническими или истероидными чертами. Одни проявляют капризность, гневливость, взрывчатость, другие – робость, эмоциональную слабость. Здесь важно и влияние стилей семейного воспитания.

Эмоциональное отношение к болезни определяет разные типы внутренней картины болезни:

- гипернозогностический – отношение к болезни с излишней эмоциональной напряженностью, с преувеличением тяжести заболевания, с неверием в успешность лечения и выздоровление. Пессимистическое представление об исходе заболевания, как правило, утяжеляет его симптомы и затягивает выздоровление;

- гипонозогностический – игнорирование болезни, недооценка симптомов, неадекватно завышенное ожидание быстрых результатов лечения;

- прагматический – отношение к болезни со стремлением к объективной его оценке, желанием выполнять лечебные предписания, связывая их с результатом выздоровления.

Такие типы отношения к болезни формируются уже в детстве, на основе эмоциональной и интеллектуальной оценки своих состояний и отношений взрослых к периодам болезни.

На формирование отношения к болезни оказывают влияние конкретные обстоятельства. Травматичным для ребенка является отрыв от родителей в случае госпитализации, отрыв от привычной обстановки, занятий, ограничение подвижности. Такие обстоятельства могут привести к переживанию утраты перспективы, разочарования. Нарушение привычного образа жизни на фоне болезненных ощущений снижает у ребенка чувство безопасности. Для того, чтобы уменьшить психическую травму ребенка в процессе подготовки к госпитализации необходимо максимально доступно и возможности понятно для него объяснить все, что его ждет в больнице. В этом случае внутренняя картина болезни будет более адекватной. Тревожное напряжение ребенка в больнице в значительной степени снижают посещения родителей и других членов семьи.

На течение заболевания оказывает обстановка в семье, ее психологическая атмосфера. Состояние больного ребенка, его сопротивляемость болезни ухудшают семейные конфликты, непрекращающиеся ссоры взрослых.

В.А. Штраус изучил особенности физического и психического развития соматически больных детей. Автор отмечает, что развитие соматически больного ребенка не замедлено, а является качественно иным [48]. К психологическим особенностям такого ребенка он относит недостаточное развитие эмоционально-волевой сферы, затруднения в коммуникации, заниженную самооценку, повышенную тревожность, зависимость от значимого окружения, от мнения окружающих.

Тяжелое соматическое заболевание существенным образом меняет социальную ситуацию развития ребенка. Меняются условия его жизни, его возможности общения с другими людьми часто ограничены. Основными моментами, образующими социальную ситуацию развития ослабленных

болезнью детей, являются изменения в направленности личности, системы самооценок, установки на деятельность. Плохое самочувствие, ограничение движений, сам процесс лечения приводят к развитию тревожности и беспокойства, нарушению сна, депрессивным и регрессивным реакциям. Все это входит в социальную ситуацию развития, складывающуюся в условиях болезни.

На этом фоне меняется и отношение к себе, отношение к окружающему миру. Меняется и динамика познавательной деятельности. Отношение к учебной деятельности младших школьников, страдающих хроническими заболеваниями, и ее продуктивность зависят от своеобразия индивидуально-психологических особенностей их личности. Психическая деятельность больного ребенка меняется не потому, что при соматических заболеваниях начинают действовать какие-то особые психические механизмы, а потому, что те же механизмы действуют в измененных болезнью условиях. Серьезное и длительное соматическое нарушение приводит к общим изменениям внутреннего мира ребенка и его поведения.

Соматически ослабленные школьники отличаются большей тревожностью, эмоциональной неустойчивостью, особенно в ситуациях опроса, выполнения контрольных заданий, повышенной напряженностью, неуверенностью, снижением целеустремленности и инициативности, повышенной чувствительностью к собственным неудачам, что снижает их социальную и познавательную активность. В процессе общения соматически ослабленных детей характеризует высокая конформность и зависимость от мнения окружающих [48].

Т.И. Миронова и Н.П. Фетискин предприняли попытку составления личностного и обобщенного группового психологического портрета соматически больных детей на основе контент-анализа тематических сочинений «Восприятие себя в период болезни» и «Моя болезнь и окружающие люди». Исследование проводилось среди госпитализированных детей. Обработка полученных данных проводилась на основе выделения

таких структурных компонентов самосознания, как перцептивная самооценка, формы эмоциональных переживаний и поведения, виды актуализированной поддержки [28].

На основе данных проведенного исследования авторы сделали вывод о том, что почти все выделенные личностные качества соматически ослабленных детей имеют негативную модальность и высокую степень выраженности. Наиболее выраженными оказались такие эмоционально-личностные особенности, как беспомощность, неполноценность, ненужность, слабость, замкнутость, апатичность.

76% респондентов отметили свою внешнюю «непривлекательность». Внимания заслуживает и высокая (97%) встречаемость в структуре перцептивной самооценки проявление замкнутости, стремлении к уединению [28].

Негативная перцептивная самооценка детей в период болезни объясняется воздействием двух факторов: дискомфортными переживаниями, связанными с госпитальной десоциализацией и неготовностью принятия дискомфортных условий жизнедеятельности и социально-ролевых позиций. В период начальной госпитализации происходит интеграция этих стрессогенных факторов.

Для часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как печаль, страх, гнев, злость, чувство вины.

Для часто болеющих детей характерно амбивалентное отношение к болезни. Дети понимают, что болезнь им мешает, ограничивает их жизнедеятельность, но она же и «выгодна» ребенку, потому что дает ему возможность приблизиться к родителям, получить эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. 84% детей считают, что во время болезни их больше жалеют, больше обращают внимание, больше о них заботятся. Таким образом, болезнь позволяет совместить патогенные материнские стереотипы с нормальными психологическими запросами ребенка [3].

Заслуживает внимания и детская нервность или трудность, связанная с периодом реконвалесценции - состоянием после перенесенного заболевания. После любой болезни ребенок на определенное время декомпенсирован. Реконвалесценция длится неделями и месяцами. Ребенок становится нервным, ранимым, обидчивым, быстро устает. Нередко именно в этот период, после соматического или инфекционного заболевания наблюдается отклоняющееся поведение ребенка, возникновение нервности, раздражительности, плаксивости, капризности.

Ослабленный ребенок требователен, часто не знает, чего он хочет, и своим поведением раздражает взрослых, сверстников, создавая конфликтные ситуации из ничего. Он особенно чувствителен к конфликту, неспособен его адекватно изжить, склонен к его раздуванию. Он острее воспринимает несправедливость со стороны близких: даже их обычные замечания и требования выводят его из себя, вызывают психотравмирующие переживания. Он кричит, плачет и тогда, когда причина инцидента уже забыта. Надолго выйдя из колеи, соматически ослабленный ребенок не может успокоиться и, продолжая во сне переживать случившееся, мечется, просыпается ночью с криком. Астеническое состояние усиливается, усиливаются и ранимость, конфликтность. Ребенок попадает в некий порочный круг, выход из которого труден [20].

Одной из основных психологических характеристик соматически ослабленных детей является их высокая тревожность. Многие исследования подтверждают высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности у соматически ослабленных детей младшего школьного возраста по сравнению со здоровыми школьниками. Основными последствиями такой ситуации являются изменения в системе самооценок, в уровне притязаний, в установке на деятельность. У часто болеющих детей нередко проявляется негативное самоотношение, хотя условия тревожного повышенного внимания к больному ребенку могут формировать и завышенную самооценку.

Для соматически ослабленного ребенка младшего школьного возраста характерны изменения в отношении учебной деятельности, которая в этом возрасте является ведущей, формирующей основные психологические новообразования. Меняется динамика ее выполнения, снижается выносливость к интеллектуальным нагрузкам. Известно, что у соматически ослабленных школьников в связи с астеническим синдромом происходит замедленное развитие психических новообразований возраста, то есть позднее, чем у здоровых детей, формируется система произвольных регуляций и эмоционально-волевая сфера. По этой причине соматически ослабленные ученики отличаются недостаточным уровнем развития внимания, снижением объема памяти, повышенной утомляемостью и истощаемостью психических процессов. Такие школьники не умеют преодолевать трудности, подчинять свои действия определенным требованиям и правилам. Они затрудняются организовать свою деятельность, регулировать ее и свое поведение. Отмеченные особенности познавательных процессов у соматически ослабленных детей накладывают негативный отпечаток на их учебную деятельность.

Выделяют следующие особенности познавательной деятельности младших школьников с хроническими заболеваниями:

- снижение показателей умственной работоспособности;
- снижение объема, концентрации и переключения внимания;
- уменьшение продуктивности воспроизведения информации, снижение ее объема;
- снижение объема усвоения информации;
- нарушения в логической последовательности воспроизводимой информации.

У часто болеющих детей при субъективно легком течении заболевания нередко происходит более раннее созревание психических новообразований возраста. Однако при частых обострениях хронического заболевания либо при тяжелом его течении снижается способность к анализу, планированию и

произвольности из-за выраженности астенического синдрома, что приводит к замедлению развития новообразований, свойственных возраста [29].

Изменения социальных условий жизни часто болеющих детей касаются, прежде всего, сужения социального пространства, уменьшения контактов. Дети с проблемами здоровья чаще являются «принятыми» в среде своих сверстников, они неконфликтны, но и не проявляют лидерских качеств, редко входят в устойчивые детские объединения.

Наблюдения за данной категорией детей свидетельствуют о снижении их контактов с окружающими, неумении строить отношения. Нарушение социальных контактов приводит к формированию ряда отрицательных черт характера: моральных (эгоцентричность, отсутствие чувства долга, товарищества); волевых (отсутствие самостоятельности, нерешительность, упрямство, негативизм).

Поведение соматически ослабленного ребенка нередко становится «трудным» для окружающих его взрослых. У часто болеющего ребенка младшего школьного возраста нередко наблюдается позиция «малоценности», ущербности и непосредственно-чувственное отношение к себе [31]. Соматически ослабленному ребенку характерно переживание отрицательных эмоций, таких, как тревожность, страх, гнев и чувство вины [3]. Хронические заболевания способствуют нарастанию пессимизма и депрессивности. Изменяется структура и иерархия мотивов, снижается их побудительная сила [23]. Если у здорового ребенка преобладают желания, направленные на преобразовательную деятельность и на взаимодействие с другими людьми, то основная направленность желаний болеющих детей обращена на избегание страданий, болезненных симптомов.

Все отмеченные специфические особенности познавательной деятельности и наличие ряда негативных проявлений личности у соматически ослабленных детей требуют организации специальных психокоррекционных мероприятий. Переживания психологического и физического дискомфорта в сочетании с социальной депривацией,

гиподинамией, несомненно, требуют разработки и применения разнообразных и дифференцированных форм социально-психологической поддержки соматически ослабленных детей.

1.4. Влияние семейного воспитания на здоровье ребенка

Уклад жизни конкретной семьи формирует общие привычки, влияет на отношение к физической и интеллектуальной активности, вырабатывает определенные способы выражения эмоций. В семье дети обучаются отношению к собственному телу, здоровью и болезни. В семье формируется поведение ребенка во время заболевания.

Заболевание ребенка вносит существенные коррективы в функционирование семейной системы. Болезнь младших членов семьи переживается родителями как событие исключительное.

Медицинские и клинико-психологические исследования указывают на то, что болезнь ребенка является кризисной ситуацией для семьи. С появлением у ребенка соматической симптоматики меняются детско-родительские отношения. В семьях, воспитывающих ребенка с хроническим заболеванием, может нарушиться психологическая система взаимоотношений и между другими членами семьи. Нередко наблюдается дефицитарность в супружеских отношениях, вытеснение отца из психологической жизни семьи, снижение внимания и заботы по отношению к другим детям и т.д. Такие нарушения в функционировании семейной системы мало способствуют выздоровлению ребенка, и, к тому же, препятствуют развитию его личности.

Современные семьи преимущественно малодетны и поэтому болезнь единственного или одного из двух-трех детей превращается в драму. Дети с малолетнего возраста окружены сверхзаботой, их оберегают от реальных и мнимых опасностей и трудностей. Семейное воспитание характеризуется

нередко избыточной озабоченностью и опасениями, которые усугубляются, если ребенок попадает в группу соматически ослабленных детей.

Родительская гиперопека, лишая ребенка активности и инициативы, усугубляет его незащищенность, неприспособленность к обстоятельствам жизни и переменам. Крайне сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу тревожности и даже страха, неуверенности, негативных последствий болезни.

Есть и другие варианты родительского поведения в семьях, воспитывающих соматически ослабленных детей. Встречаются самонадеянные родители, недостаточно уделяющие внимание ребенку вообще, и во время болезни в частности. Другие родители стремятся извлекать для себя преимущества даже из болезни ребенка, стараются использовать ситуацию для привлечения внимания к себе.

Атмосфера, складывающаяся в семье во время болезни ребенка, во многом зависит от используемого ранее стиля родительского воспитания. В случае гипоопеки ребенок и во время болезни не получает необходимого ему внимания. Некоторые родители перестраиваются, кардинально меняют свое поведение, компенсируя недостаточность заботы о ребенке сверх выраженным вниманием к нему. В семьях с гиперопекой, где ребенок всегда окружен чрезмерным вниманием, во время его болезни забота усиливается.

Процесс выздоровления напрямую связан с душевным состоянием ребенка. Он чувствует настроение родителей, у него улучшается настроение и общее состояние, когда о нем заботятся близкие люди, он верит в успех лечения, и принимает все предписания, которые ему назначаются.

Изменения, связанные с болезнью, происходят не только в организме ребенка, но и в его психике, настроении, поведении. Реакция ребенка на свою болезнь складывается не только из оценки и переживания множества местных болезненных ощущений, общего самочувствия, представлений о своей болезни и ее причинах, но и из отношения взрослых к нему во время ее течения.

Физически слабому, болезненному ребенку нередко грозит тревожно-мнительное воспитание. Его опасность заключается в том, что ребенок со временем окрепнет, а последствия тревожного отношения родителей к слабости или болезненности останутся на всю жизнь и будут проявляться в структуре личности уже взрослого человека.

На течение заболевания большое влияние оказывает тот ресурс, который образуется у ребенка на ранних этапах онтогенеза. Сильные эмоциональные переживания в раннем детстве, с которым ребенок не в состоянии справиться, связаны с отношениями в диаде «мать-ребенок».

Основное новообразование младенчества – привязанность к матери, а основное новообразование раннего детства – автономность ребенка от матери. И чаще всего нарушения в развитии возникают в результате нарушений в процессе формирования привязанности и автономности.

Отметим основные, наиболее неблагоприятные варианты взаимодействия матери и ребенка, которые могут привести не просто к нарушениям развития, но и к психосоматическим реакциям.

Быстрое и резкое отделение ребенка от матери, что может быть связано и с ее выходом на работу, с рождением другого ребенка, с болезнью и т.п., создает ситуацию эмоциональной изоляции, когда ребенок не получает необходимого количества внимания и заботы. В силу возрастных ограничений он еще не способен находить адекватные способы удовлетворения своих потребностей, поэтому доступным для него вариантом становится уход в болезнь.

Гиперопекающая позиция матери также существенным образом препятствует нормальному ходу развития. В раннем детстве основной потребностью ребенка становится потребность в самостоятельности. Если тревожная мать не может отпустить ребенка от себя, не предоставляет ему возможности для реализации его стремления к самостоятельной деятельности, ограничивает его поисковую активность, то это нередко провоцирует невротизацию ребенка. Это проявляется в развитии

тревожности, устойчивых страхов, пугливости, мононеврозах - энурезе, затруднениях речи, ночных страхах. Если внимание родители смещено на болезненные проявления, если в отношениях доминируют ограничения и запреты, то это развивает скованность, замкнутость детей, препятствует развитию коммуникативных навыков, инициативы, волепроизвольности. Дети, растущие в такой обстановке, менее контактны и общительны. Ограничения в игровой деятельности приводят к снижению их двигательных потребностей [3]. По отношению к старшим эти дети нередко проявляют реакции протеста, негативизма, упрямства [10].

Особое влияние на психосоматическое состояние ребенка оказывают такие нарушения детско-родительских отношений, как преобладание симбиотического, симбиотически-авторитарного, привязывающего-подавляющего отношения родителей к ребенку [20].

Оптимальной является родительская позиция, в которой свою близость к ребенку мать сочетает с предоставлением ему безопасной для его жизни и здоровья автономии. Расстояние, на которое можно отпустить ребенка, измеряется его желанием с учетом возможностей в наличной ситуации.

Не только взаимоотношения в диаде «мать – ребенок» становятся причиной нарушений развития и формирования психосоматических реакций. Семья - это целостная система, и любое изменение оказывает сильное влияние на каждого ее члена.

Психологическое неблагополучие этой системы, хронические неразрешенные конфликты между членами семьи отражаются, прежде всего, на самых уязвимых и незащищенных ее звеньях. Чаще всего под удар попадают дети.

Дети, в силу своего эгоцентрического восприятия мира, склонны ставить себя в центр происходящих вокруг них событий. Поэтому они нередко чувствуют свою вину за семейные конфликты, считают себя источником и причиной ссор между родителями. Детям свойственно желание помирить маму с папой, и для этого они выбирают самый доступный им

способ - болезнь. Есть данные исследований, указывающих на то, что причиной аллергий и заболеваний органов дыхания нередко являются нарушения внутрисемейных отношений. Многолетняя психотерапевтическая практика показывает, что как только нормализуются отношения между значимыми членами семьи, состояние ребенка улучшается, болезнь отступает.

Для решения задач психолого-педагогического сопровождения соматически ослабленного ребенка необходимо учитывать стиль взаимоотношений в семье, наличие «семейных стереотипов» в отношении болезни-здоровья. Большую роль при этом играет присутствие благополучного эмоционально-психологического климата в семье и эффективного, адекватного родительского отношения к детям с проблемами здоровья.

Дисфункциональные отношения в семье могут стать причиной появления соматических проблем, могут провоцировать обострение хронических заболеваний, отягощать их течение, а также способны снизить эффективность лечения.

Глава 2. Изучение детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья

2.1. Описание процедуры и методов исследования

Исследование направлено на изучение особенностей детско-родительских отношений, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья.

Диагностика проводилась с двумя группами детей младшего школьного возраста. Первую группу составили дети с хроническими соматическими заболеваниями (14 человек), во вторую группу вошли дети без проблем соматического здоровья (17 человек).

Младшие школьники, вошедшие в первую группу, имеют хронические заболевания разного генеза: семь детей наблюдаются по поводу хронических заболеваний ЛОР-органов; пятеро имеют заболевания ЖКТ; двое имеют хроническое неинфекционное заболевание дыхательных путей.

У всех детей исследуемой выборки интеллектуальное развитие соответствует норме, они посещают общеобразовательную школу с семи лет.

Анкетирование родителей позволило установить, что дети обеих исследуемых групп проживают в достаточно благополучных условиях: дети из полных семей с высоким образовательным уровнем родителей и доходом на каждого члена семьи не меньше прожиточного минимума.

В ходе диагностического исследования решались следующие задачи:

- изучить психологический климат в семьях;
- диагностировать эмоциональные отношения детей с членами их семей;
- определить позицию ребенка в семье;
- выявить нарушения в родительско-детских отношениях.

В ходе исследования были использованы такие психодиагностические методики, как:

- опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса;

- методика диагностики содержания общения родителей с ребенком («ОСОР-В») Т.Ю. Андрущенко, Г.М. Шашловой;

- методика Р. Бернса и С. Кауфмана «Кинетический рисунок семьи»;

- тест «Диагностика эмоциональных отношений в семье» Е. Бене.

Ниже приведено описание используемых методик.

Для изучения типов нарушений в детско-родительских отношениях был использован опросник «Анализ семейного воспитания» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса.

Опросник построен на таких параметрах, как контроль, удовлетворение потребностей ребенка, запреты, строгость, требовательность. Каждый из них может быть выражен как недостаточно, так и чрезмерно.

На основе сочетаний этих параметров и степени их выраженности и построена классификация, предложенная авторами методики. Классификация включает такие типы нарушений семейного воспитания, как:

- потворствующая гиперпротекция;
- доминирующая гиперпротекция;
- эмоциональное отвержение;
- повышенная моральная ответственность;
- гипопротекция.

Методика включает также такие шкалы, как:

- расширение сферы родительских чувств;
- предпочтение в ребенке детских качеств;
- воспитательная неуверенность родителя;
- фобия утраты ребенка;
- неразвитость родительских качеств;
- сдвиг в установке родителей по отношению к полу ребенка;
- проекция на ребенка собственных нежелательных качеств;
- вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Опросник содержания общения родителей с ребенком («ОСОР-В») является составной частью методики «Диагностика содержания общения детей с близкими взрослыми». Ее авторы, Т.Ю. Андрущенко и Г.М. Шашлова, разработали методику для диагностики детско-родительского общения в период кризиса 7 лет для определения содержательных характеристик перестройки социальной ситуации развития ребенка в этот возрастной период. Результаты применения методики многими специалистами свидетельствуют о ее релевантности и в работе с детьми младшего школьного возраста. Методика состоит из двух опросников: 1) анкета-опросник для взрослых по выявлению содержания общения родителей с ребенком («ОСОР-В»); 2) тест-опросник для детей для определения содержания общения детей с родителями («ОСОР-Д»).

Опросник «ОСОР-В» построен на десяти номинальных шкалах, отражающих содержание общения взрослого с ребенком. Стимульный вариант включает 40 закрытых утверждений с четырьмя вариантами ответов. Ответы показывают, как часто взрослые во взаимодействии с детьми обсуждают ту или иную тему. Для оценки ответов используется 4-балльная шкала.

4 балла соответствует ответу, поясняющему, что конкретная тема часто обсуждается с ребенком;

3 балла означает, что данная тема обсуждается, но не часто;

2 балла – родители редко обращаются к данной теме в разговорах с ребенком;

1 балл – данная тема никогда не поднимается по инициативе родителя в общении с ребенком.

Десять диагностических шкал объединены в четыре сферы:

- сфера «Быт» (три шкалы);
- сфера «Познание» (две шкалы);
- сфера «Социальный мир» (две шкалы);
- сфера «Внутренний мир ребенка» (три шкалы).

Сфера быта включает шкалы:

ВП - удовлетворение витальных потребностей ребенка - вопросы здоровья, гигиены, питания, безопасности;

СБТ - ситуативно-бытовые действия - вопросы помощи по дому, семейных обязанностей, отношения к предметам быта, самообслуживания;

ФЗС - совместные занятия - совместные игры, совместные творческие виды деятельности, чтение, просмотр фильмов, мультфильмов.

Сфера познания включает такие шкалы, как:

СП - шкала содержания познания – беседы о природе, о человеке, об ученых, исследователях, обсуждение научных фактов и др.;

ПП - шкала процесса познания – беседы о способах познания окружающего мира.

Сфера социального мира включает две шкалы:

ФШД - шкала формальной школьной действительности – обсуждение с ребенком выполнение им требований учителя, его отношений со сверстниками, участия в школьных мероприятиях;

НСВ - шкала норм социального взаимодействия – обсуждение правил поведения, того, что «хорошо» и что «плохо» во взаимоотношениях людей.

Сфера внутреннего мира ребенка включает три шкалы:

ММР - шкала мира мыслей ребенка – беседы с ребенка о том, что он думает о тех или иных вещах, интерес к его мнению по разным вопросам;

МЧР - шкала мира чувств ребенка - обсуждение переживаний, чувств, настроений ребенка и их причин;

ЯКР - шкала Я-концепции ребенка - обсуждение с ребенком его представлений о самом себе и его отношения к себе, о том, как он изменился и каким видит свое будущее.

В нашем исследовании мы использовали вариант «Кинетический рисунок семьи» (Р. Бернс и С. Кауфман), в котором кроме качественной можно воспользоваться количественной системой оценки, разработанной Р.Ф. Беляускайте.

В оснащение методики входит лист бумаги и цветные карандаши. Ребенка просят нарисовать свою семью так, чтобы все были чем-либо заняты.

Рисунок анализируется по параметрам, позволяющим выявить уровень эмоционального благополучия или неблагополучия ребёнка в семье. Анализируется не только содержание рисунка, но и тщательность прорисовки членов семьи, их расположение в общей композиции рисунка, размеры рисуемых объектов, используемые цвета. К содержательным характеристикам рисунка относятся такие, как 1) присутствие / отсутствие членов семьи; 2) расположение членов семьи по отношению друг к другу; 3) соотношение людей и неодушевленных предметов на рисунке. К признакам, указывающим на переживаемое ребенком неблагополучие в семье, относятся следующие:

- ребенок рисует других членов семьи, но не рисует себя;
- ребенок рисует себя слишком маленьким по отношению к другим членам семьи;
- располагает все фигуры в нижней части листа;
- располагает себя подчеркнуто отдельно от других;
- статичное собственное изображение на фоне других фигур, изображенных в динамике.

Если указанные признаки отсутствуют, ставится 0 баллов. Баллы от 1 до 3 ставятся в зависимости от степени выраженности соответствующего признака.

После рисования ребенку задаются вопросы, уточняющие содержание рисунка.

Тест Е. Бене «Диагностика эмоциональных отношений в семье» предназначен для оценки переживаемых ребенком чувств по отношению к членам своей семьи, а также его восприятия отношения к себе.

Методика позволяет не только определить позицию ребёнка в семье, но также и используемые им типы психологических защит в случаях неудовлетворенности семейной ситуацией.

Стандартный вариант теста семейных отношений состоит из двух частей: фигурок и карточек с различными высказываниями (письмами). Фигурки - мужские и женские, разных возрастов. Среди них важной является та, которая была названа «Господин Никто». Всего таких фигурок 19.

Из имеющихся фигур ребёнок выбирает членов своей семьи и направляет им послания-высказывания.

Анализ выборов ребенка позволяет сделать выводы о 1) психологической значимости разных членов семьи; 2) уровень эгоцентризма ребенка; 3) амбивалентность чувств ребенка по отношению к членам семьи; 4) содержание чувств, которые испытывает ребенок к членам семьи; 5) содержание чувств, которые ребенок получает внутри семьи; 6) защитные механизмы, используемые ребенком при неосознаваемом недовольстве семейной ситуацией (отказ, идеализация, смещение, регрессия, проекция, отсутствие защищенности).

На основе совокупных диагностических данных была составлена картина особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья.

В качестве методов математической статистики были использованы Т-критерий Стьюдента и угловое преобразование Фишера.

2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных

Диагностическое исследование проводилось с детьми и их родителями. В работе с родителями использовались две методики - опросник «Анализ семейного воспитания» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса и методика диагностики содержания общения родителей с ребенком («ОСОР-В») Т.Ю. Андрущенко, Г.М. Шашловой.

Рассмотрим результаты диагностики по методике АСВ.

Индивидуальные диагностические данные по этой методике представлены в табл. 1 и 2 Приложения.

Ниже в таблице приведены данные по распределению результатов диагностики в группе семей, воспитывающих ребенка с проблемами соматического здоровья (Группа I) и в группе семей, воспитывающих детей, чье соматическое здоровье соответствует норме (Группа II).

Таблица 1

Распределение диагностических данных по методике АСВ в исследуемых группах

Типы нарушений семейного воспитания	Группа I		Группа II	
	число	%	число	%
Г + гиперпротекция (повышенный контроль)	12	86%	7	41%
Г – гипопротекция (недостаточность контроля)	0	-	2	12%
У + чрезмерное удовлетворение потребностей	9	64%	6	35%
У – недостаточное удовлетворение потребностей	0	-	5	29%
Т + чрезмерность требований	2	14%	11	65%
Т – недостаточность требований	9	64%	3	18%
З + чрезмерность запретов	2	14%	7	41%
З – минимальность запретов	5	36%	2	12%
С + строгость санкций	2	14%	7	41%
С – отсутствие санкций	5	36%	1	6%
Н непоследовательность в воспитании	3	21%	2	12%
РРЧ расширение сферы родительских чувств	4	29%	5	29%
ПДК предпочтение детских качеств	6	43%	2	12%
ВН воспитательная неуверенность	6	43%	2	12%
ФУ фобия утраты	6	43%	1	6%
НРЧ неразвитость родительских чувств	0	-	0	-
ПНК проекция собственных нежелательных качеств	0	-	4	24%
ВК вынесение супруж. конфликтов в сферу воспитания	4	29%	1	6%
ПМК предпочтение в ребенке мужских качеств	0	-	5	29%
ПЖК предпочтение в ребенке женских качеств	3	21%	1	6%

Результаты диагностики свидетельствуют о достаточно большом количестве и разнообразии типов нарушений семейного воспитания в обеих группах.

Средний совокупный показатель нарушений семейного воспитания в Группе I составляет 55,7%, в Группе II – 46%., что указывает на некоторое

преобладание проблем воспитания в семьях, воспитывающих детей с ослабленным здоровьем.

Мы выделили наиболее часто встречающиеся типы нарушений семейного воспитания в каждой из групп.

Таблица 2

Наиболее распространенные типы нарушений семейного воспитания в исследуемых группах

	Группа I	Группа II
I	повышенный контроль (гиперпротекция)	чрезмерность требований
II	чрезмерное удовл-рение потребностей недостаточность требований	чрезмерность запретов строгость санкций
III	предпочтение детских качеств воспитательная неуверенность фобия утраты	повышенный контроль чрезмерное удовл-рение потребностей

В структуре преобладающих типов нарушения семейного воспитания в обеих группах отмечена гиперпротекция (Г+). В группе семей, воспитывающих детей с ослабленным здоровьем, этот тип нарушений занимает первое место, в группе семей, воспитывающих детей без проблем соматического здоровья, гиперпротекция замыкает тройку лидеров.

Родительский контроль может иметь разные направления. Многие родители усиливают контроль за детьми, когда они начинают обучение в школе. Перестройка социальных отношений, смена режима, выполнение домашних заданий, погружение ребенка в систему оценивания – все это дает толчок к повышению контроля со стороны родителей за деятельностью детей. Этот показатель выше в Группе I, что обусловлено проблемами здоровья детей этой группы. У родителей, воспитывающих соматически ослабленного ребенка, кроме внимания к освоению им нового вида деятельности, зоной особого внимания остается состояние его здоровья.

Родительская гиперопека, лишая ребенка активности и инициативы, усугубляет его незащищенность, неприспособленность к обстоятельствам

жизни и переменам. Крайне сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу тревожности и даже страха, неуверенности, негативных последствий болезни. Семейное воспитание детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко характеризуется избыточной озабоченностью и опасениями, которые усугубляются, если ребенок попадает в группу соматически ослабленных детей. Повышенное внимание к ребенку связано с инстинктивной боязнью, что с ребенком может случиться несчастье. Полученные диагностические данные указывают на высокую степень выраженности этого типа нарушений воспитания в семьях с детьми, имеющими хронические заболевания. Он проявляется у подавляющего большинства респондентов этой группы - 86%.

Еще один тип нарушений семейного воспитания отмечен в обеих группах – это чрезмерное удовлетворение потребностей ребенка.

Современные семьи преимущественно малодетны и поэтому дети с раннего возраста окружены сверхзаботой, их потребности и желания зачастую удовлетворяются избыточно. Родители пытаются рационализировать потворствующую позицию, объясняя ее либо исключительностью своего ребенка, либо желанием дать ему то, чего они сами были лишены в детстве, либо неполным составом семьи и т.д. Положение усугубляется, если у ребенка обнаруживаются проблемы со здоровьем. Ограничения жизнедеятельности детей с соматическими заболеваниями родители стремятся скомпенсировать насыщением их потребностей, что может обернуться проблемами в развитии мотивационной и эмоциональной сферы ребенка. Диагностический показатель чрезмерного удовлетворения потребностей детей в Группе I почти в два раза превосходит этот показатель в Группе II – 64% и 35% соответственно.

По другим типам нарушений семейного воспитания диагностическая картина в исследуемых группах существенным образом разнится.

Недостаточность требований, характерная для родителей первой группы, противостоит чрезмерности запретов, требований и строгости

санкций, характерных для родителей второй группы. Воспитание ребенка без предъявления требований к нему, как отмечают специалисты по семейной и детской психологии, стимулирует развитие неустойчивого типа личности, что затруднит в дальнейшем социализацию детей с проблемами здоровья.

В число наиболее распространенных типов нарушений семейного воспитания в семьях, воспитывающих ребенка с хроническим заболеванием, вошли также предпочтение детских качеств, воспитательная неуверенность и фобия утраты. В основе всех этих трех типов лежит потворствующая гиперпротекция.

Фобия утраты часто является следствием болезненности ребенка. Хронические заболевания нередко формируют у родителей представления о «хрупкости» ребенка, постоянной повышенной опасности, в которой он находится.

Воспитательная неуверенность нередко образуется в случаях перераспределения в семье власти между родителями и ребенком в пользу последнего. Ребенок с ослабленным здоровьем может стать «господином» в своей семье, если по отношению к нему нарушен баланс между требованиями и удовлетворением его потребностей.

Предпочтение в ребенке детских качеств, характерное для родителей первой группы, обусловлено тем, что они всегда находятся в контролирующей позиции, их забота о ребенке не ослабевает по мере его взросления. Вероятно, что подсознательно детская зависимость ребенка от взрослого воспринимается ими как гарант его благополучия. Пока ребенок остается маленьким, его проще лечить, держать под контролем состояние его здоровья.

Рассмотрим, какие сочетания диагностических данных по отдельным шкалам образуют в исследуемых группах устойчивые типы нарушений семейного воспитания.

Анализ индивидуальных результатов, представленных в табл. 1 и 2 Приложения, позволил выявить такой тип нарушений детско-родительских

отношений, как потворствующая гиперпротекция. Он представляет собой сочетание черт, отраженных в шкалах Г+, У+ при Т-, З-, С-. Повышенное внимание к ребенку, чрезмерное удовлетворение его потребностей при минимальности требований, запретов и санкций формируют такой тип родительского отношения, при котором ребенок занимает позицию «кумира семьи». Такой тип нарушений воспитания характерен для детоцентристских семей, где ценность ребенка становится доминирующей и соподчиняющей другие ценности в иерархии распределения семейных ролей и функций. В семьях с соматически ослабленным ребенком доминирующей является ориентация на здоровье ребенка, оно представляет безусловную ценность, поэтому здесь чаще и быстрее формируется этот тип нарушений семейного воспитания.

По полученным нами данным потворствующая гиперпротекция встречается у 50% семей Группы I, и у 12% семей Группы II.

С помощью углового преобразования Фишера мы проверили значимость различий между группами по показателю потворствующей гиперпротекции.

Группы	Потворствующая гиперпротекция		Σ
	Кол-во проявлений	%	
I	7	50	14
II	2	12	17

$$\varphi^*_{\text{эмп}} = 2.411.$$

Полученное эмпирическое значение φ^* находится в зоне значимости.

Таким образом, мы можем заключить, что в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья, потворствующая гиперпротекция встречается значимо чаще.

Еще одним вариантом устойчивого нарушения семейного воспитания является доминирующая гиперпротекция, которая представляет собой сочетание повышенного внимания к ребенку с недостаточным вниманием к

его потребностям, чрезмерностью требований, запретов и строгостью санкций. Доминирующая гиперпротекция отражается в сочетании шкал Г+, У-, Т+, З+, С+.

В исследуемой выборке этот тип нарушений семейного воспитания встречается только в Группе II (18%). В семьях, воспитывающих детей с проблемами здоровья, доминирующая гиперпротекция не была обнаружена.

В ряде семей повышенное внимания к ребенку сочетается со строгостью требований, запретов при чрезмерности удовлетворения его потребностей. Этот тип семейного воспитания, характеризующийся непоследовательностью, примерно одинаково представлен в исследуемых группах: в Группе I таких семей 14%, в Группе II – 12%.

Сравнивая диагностические данные двух исследуемых групп, мы выделили самые заметные различия по отдельным шкалам опросника. Они отмечены по показателям гиперпротекции, чрезмерного удовлетворения потребностей ребенка, недостаточности требований, минимальности запретов, строгости санкций, предпочтения детских качеств, воспитательной неуверенности и фобии утраты.

Мы проверили значимость различий по этим показателям:

Группы	Гиперпротекция		Σ
	Кол-во проявлений	%	
I	12	86	14
II	7	41	17

$\phi^*_{\text{эм}} = 2.693$. Полученное эмпирическое значение ϕ^* находится в зоне значимости. Гиперпротекция значимо чаще встречается в Группе I.

Группы	Чрезмерное удовлетворение потребностей		Σ
	Кол-во проявлений	%	
I	9	64	14
II	6	35	17

$\phi^*_{\text{эм}} = 1.632$. Полученное эмпирическое значение ϕ^* не попадает в зону значимости.

Группы	Недостаточность требований		Σ
	Кол-во проявлений	%	
I	9	64	14
II	3	18	17

$\phi^*_{\text{эмп}} = 2.757$. Полученное эмпирическое значение ϕ^* находится в зоне значимости. Недостаточность требований значимо чаще встречается в Группе I.

Группы	Минимальность запретов		Σ
	Кол-во проявлений	%	
I	5	36	14
II	2	12	17

$\phi^*_{\text{эмп}} = 1.607$. Полученное эмпирическое значение ϕ^* не достигает диагностической значимости.

Группы	Строгость санкций		Σ
	Кол-во проявлений	%	
I	2	14	14
II	7	41	17

$\phi^*_{\text{эмп}} = 1.926$. Полученное эмпирическое значение ϕ^* находится в зоне неопределенности.

Группы	Предпочтение детских качеств Воспитательная неуверенность Фобия утраты		Σ
	Кол-во проявлений	%	
I	6	43	14
II	2	12	17

$\phi^*_{\text{эмп}} = 2.014$. Полученное эмпирическое значение ϕ^* находится в зоне неопределенности.

Таким образом, мы можем заключить, что к особенностям воспитания в семьях с детьми, имеющими проблемы соматического здоровья, относятся такие, как гиперпротекция, недостаточность требований, минимальность

санкций, предпочтение в ребенке детских качеств, воспитательная неуверенность и фобия утраты.

Перейдем к рассмотрению результатов диагностики по методике диагностики содержания общения родителей с ребенком («ОСОР-В») Т.Ю. Андрущенко, Г.М. Шашловой. Индивидуальные данные представлены в табл. 3 и 4 Приложения.

Данные диагностики по методике Т.Ю. Андрущенко, Г.М. Шашловой позволяют составить картину коммуникативного взаимодействия взрослых с детьми, содержание и направленность их общения, наиболее часто обсуждаемые темы, зоны и степень внимания родителей к проблемам ребенка.

Таблица 3

Результаты диагностики по Опроснику «ОСОР-В» испытуемых Группы I
(средние значения по каждой шкале)

Группы	СФЕРЫ									
	«Быт»			«Познание»		«Социальный мир»		«Внутренний мир ребенка»		
	ВП	СБТ	ФЗС	СП	ПП	ФШД	НСВ	ММР	МЧР	ЯКР
I	3.82	3.18	3.45	3.54	3.7	3.32	3.18	3.13	3.8	3.39
II	3.03	3.82	3.28	3.12	3.03	3.63	3.51	3.29	2.92	3.54
T _{эмп.}	7.4	8.5	2.2	3.5	5.1	3.0	4.7	1.4	8.6	1.8

ВП - удовлетворение витальных потребностей ребенка;
СБТ - ситуативно-бытовые действия;
ФЗС - совместные занятия;
СП - шкала содержания познания;
ПП - шкала процесса познания;
ФШД - шкала формальной школьной действительности;
НСВ - шкала норм социального взаимодействия;
ММР - шкала мира мыслей ребенка;
МЧР - шкала мира чувств ребенка;
ЯКР - шкала Я-концепции ребенка.

Критические значения

T _{кр}	
p≤0.05	p≤0.01
2.05	2.76

Полученные результаты указывают на значительные различия между группами. Темы общения с детьми и то, как часто родители инициируют общение с ребенком, различаются в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья и в семьях, воспитывающих детей без хронических заболеваний.

Родители первой группы больше внимания в общении с детьми уделяют вопросам их самочувствия, режима, гигиены, питания, необходимости лечебных процедур и т.п. Они чаще взаимодействуют с детьми, обсуждая процесс и предметы познания (рассказывают о явлениях природы, растениях и животных, о том, как устроен человек, обсуждают интересные факты из жизни людей и общества). Они охотнее вступают в диалог с ребенком, отвечая на их вопросы, объясняют непонятные ему вещи, объясняют значение незнакомых ребенку слов и т.п. Они гораздо чаще обращаются к миру чувств ребенка: разговаривают с ним о его переживаниях, расспрашивают о настроении, обсуждают отношение ребенка к другим людям, более чувствительны к тому, что ребенку нравится делать, а что нет.

По сравнению с семьями второй группы, в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья, меньше внимания уделяется вопросам самообслуживания ребенка, его домашним обязанностям, навыкам самоорганизации. Родители этой группы также меньше обсуждают с детьми школьные проблемы и нормы социального взаимодействия. Они чаще организуют совместные занятия с детьми, вместе играют, читают, рисуют, конструируют и т.п.

Диагностической значимости достигают различия между группами по таким сферам общения, как витальные потребности ребенка, совместные занятия, процесс и содержание познания, чувства ребенка. Эти сферы общения в большей степени характерны для семей, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья. Для родителей второй группы больше

характерно общение с детьми по вопросам бытовых действий, школьных занятий, норм социального взаимодействия, показателей развития ребенка.

Ниже представлена таблица, в которой отражены наиболее характерные для родителей исследуемых групп темы общения с детьми.

Таблица 4

Наиболее характерные темы общения с детьми
родителей исследуемых групп

	Группа I	Группа II
I	Удовлетворение витальных потребностей ребенка	Ситуативно-бытовые действия
II	Чувства ребенка	Школьная тема
III	Процесс познания	Я-концепция ребенка
IV	Содержание познания	Нормы социального взаимодействия

Перейдем к рассмотрению диагностических данных, полученных в ходе работы с детьми.

На этом этапе диагностики использовались две методики - «Кинетический рисунок семьи» (Р. Бернс и С. Кауфман) и тест Е. Бене «Диагностика эмоциональных отношений в семье». Обе методики предназначены для оценки переживаемых ребенком чувств по отношению к членам своей семьи, а также для оценки восприятия ребенком их отношения к себе.

Детям было предложено нарисовать свою семью так, чтобы все члены были чем-либо заняты. Рисунки детей оценивались по таким критериям, как положение объектов рисунка на бумаге, стирание рисунка или его отдельных частей, затушевывание отдельных частей рисунка, характер линий рисунка, изображаемая деятельность членов семьи, их взаимодействие и расположение, а также отношение вещей и людей на рисунке.

Сравнительные данные по результатам методики «Кинетический рисунок семьи» представлены в таблице и на диаграмме. В диаграмме отражены только высокие значения по каждому симптомокомплексу.

Диагностические данные по методике «Кинетический рисунок семьи»

Симптомокомплекс	Уровни	Группа I	Группа II
Тревожность по отношению к членам семьи	высокий	2 - 14%	3 - 18%
	средний	7 - 50%	10 - 59%
	низкий	5 - 36%	4 - 23%
Конфликтность в семье	высокий	2 - 14%	2 - 12%
	средний	8 - 57%	10 - 59%
	низкий	4 - 29%	5 - 29%
Чувство неполноценности в семье	высокий	1 - 7%	4 - 24%
	средний	7 - 50%	7 - 41%
	низкий	6 - 43%	6 - 35%
Враждебность в семье	высокий	-	-
	средний	2 - 14%	3 - 18%
	низкий	12 - 86%	14 - 82%
Благоприятная ситуация в семье	высокий	6 - 43%	5 - 29%
	средний	8 - 57%	11 - 65%
	низкий	-	1 - 6%

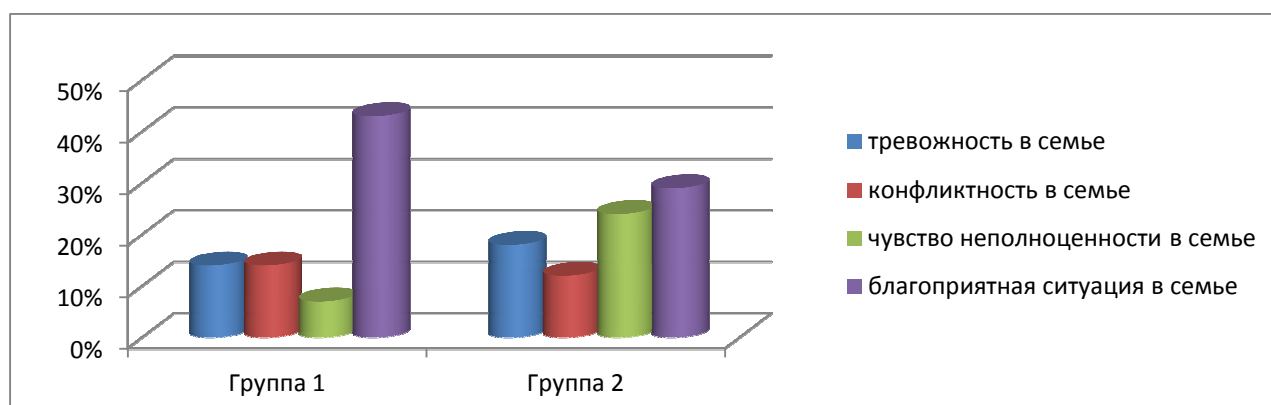


Рис. 1. Сравнительные диагностические данные по методике «Кинетический рисунок семьи»

Табличные и графические данные указывают на примерно одинаковую картину восприятия детьми обеих групп своего положения в семье и их оценки семейной атмосферы. Различия более заметны только по показателю того, как дети оценивают уровень благоприятной атмосферы в семье. Мы проверили значимость различий с помощью углового преобразования Фишера.

Группы	Высокий уровень оценки благоприятной ситуации в семье		Σ
	Кол-во проявлений	%	
I	6	43	14
II	5	29	17

$\phi^*_{\text{эмп}} = 0.781$. Полученное эмпирическое значение ϕ^* находится в зоне незначимости.

Дети с проблемами соматического здоровья несколько выше оценивают благополучие семейной ситуации, но различия не достигают уровня диагностической значимости.

Сам факт более высокой оценки соматически ослабленными детьми семейного благополучия можно объяснить тем, что в семье они, вероятно, чувствуют себя более защищено, комфортно. Старшие члены семьи меньше предъявляют им требований к самоорганизации, бытовой ответственности, учебной успешности, по сравнению с ситуацией в семьях, которые воспитывают детей, чье здоровье соответствует норме. В силу проблем здоровья дети Группы I больше, чем их сверстники проводят время дома. По результатам первого этапа диагностики нами была отмечена гиперопекающая позиция их родителей. Часто болеющие дети нередко испытывают больше проблем на этапе адаптации к школе. Домашняя атмосфера для них более привычная, более комфортная по сравнению с другими институтами социализации.

Далее работа с детьми проводилась по тесту Е. Бене «Эмоциональные отношения в семье».

Учитывая разный состав семьи, мы исключили из анализа отношения детей с братьями, сестрами, прародителями. Рассматривались только отношения внутри нуклеарной семьи: отношения к каждому из родителей, к себе внутри своей семьи и к периферическим членам семьи, проживающими отдельно, но с которыми поддерживаются родственные отношения.

Таблица 6

Распределения показателей чувств-отношений детей с проблемами
соматического здоровья

Члены семьи	Исходящие положит. чувства	Исходящие отрицат. чувства	Получаемые положит. чувства	Получаемые отрицат. чувства
мама	11 - 79%	-	10 - 86%	2 - 14%
папа	6 - 43%	2 - 14%	5 - 36%	2 - 14%
Я сам	7 - 50%	3 - 21%	2 - 14%	5 - 36%
другие родственники	2 - 14%	1 - 7%	2 - 14%	-
«никто»	-	5 - 36%	1 - 7%	6 - 43%

Таблица 7

Распределения показателей чувств-отношений детей, не имеющих
проблем соматического здоровья

Члены семьи	Исходящие положит. чувства	Исходящие отрицат. чувства	Получаемые положит. чувства	Получаемые отрицат. чувства
мама	13 - 76%	3 - 18%	10 - 59%	5 - 29%
папа	10 - 59%	2 - 12%	8 - 47%	3 - 18%
Я сам	7 - 41%	4 - 24%	2 - 12%	3 - 18%
другие родственники	3 - 18%	3 - 18%	5 - 29%	-
«никто»	-	9 - 53%	-	7 - 41%

В отношения с матерью дети обеих групп вовлечены примерно в одинаковой степени. Эта позиция является доминирующей для обеих групп, что объясняется возрастными особенностями детей исследуемой выборки. Для младшего школьного возраста характерной является привязанность к родителям, эмоциональная близость с ними, в первую очередь, с матерью. Реакция сепарации от взрослых только намечается в этом возрасте, и еще далека от реакций эмансипации.

Что касается отношений с отцами, то во взаимодействие с ними больше вовлечены дети второй группы. В семьях, воспитывающих соматически ослабленных детей, позиция отцов нередко бывает отстраненной. В ситуации болезни ребенка нередко наблюдается перераспределение функциональных

обязанностей в семье, часто связанное с оттеснением ролевых форм влияния отца на ребенка. Традиционная социально заданная тотальная ответственность женщин за жизнь и здоровье потомства приводит отца в ситуации болезни ребенка к позиции наблюдателя, а не деятеля. Болезнь может усилить изначальную дефицитность психологического участия отца в воспитании ребенка. Однако, результаты диагностики указывают, что это происходит далеко не во всех семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья. Сейчас все более заметна тенденция к увеличению количества отцов, которые принимают самое активное участие в жизни своего ребенка, начиная с момента его рождения [6].

Исходящие положительные чувства, направленные ребенком на себя, имеют примерно одинаковую выраженность в обеих группах. Несколько больше таких позиций у соматически ослабленных детей. Как известно, отношение к себе у детей этого возраста во многом зависит от родительской концепции. Вероятно, что дети с проблемами здоровья больше получают «поглаживаний» от своих близких.

В этот период детско-родительские отношения попадают под зависимость школьных успехов или неудач ребенка. Главной причиной недовольства родителей своими детьми на этом возрастном этапе является неуспех ребенка в школе. В свою очередь, школьные отметки за знания и старания отождествляются у младшего школьника с оценкой - хорош он или плох, любим своими родителями или отвергаем.

Соматически ослабленные дети в меньшей степени ощущают связь между своей школьной успешностью и отношением к ним родителям. В этих семьях внимание родителей смещено в сторону состояния здоровья детей.

Для детей исследуемой выборки в целом не свойственна вовлеченность в отношения с периферическими членами семьи. В младшем школьном возрасте ребенок умеет применять понятие о родстве, но ещё ограничивает состав теми родственниками, которые находятся вокруг него в данный момент. В этом случае понятие родства получает определение, но не

замещает ещё факта совместного проживания. Отношение родства, следовательно, ещё не ясно понимается ребёнком как независящее от места и времени. Семья пока ещё понимается с точки зрения непосредственной и реалистической близости.

Большую часть исходящих отрицательных чувств дети обеих групп отдают «Никому». В этом просматривается такой механизм психологической защиты, как идеализация. Идеализация диагностируется в том случае, если ребенок отдает большинство вопросов положительного характера членам семьи, в то время как большинство отрицательных отдает «Никому». Отметим, что других видов защит в исследуемых группах выявлено не было.

На основе совокупных диагностических данных мы выделили следующие особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья:

Отмечено достаточно большое количество и разнообразие нарушений воспитания в этих семьях. В структуре преобладающих типов родительского отношения отмечены такие, как гиперпротекция, чрезмерное удовлетворение потребностей ребенка, недостаточность требований, предпочтение в ребенке детских качеств, воспитательная неуверенность и фобия утраты. В семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья, потворствующая гиперпротекция встречается значимо чаще.

Темы общения с детьми и то, как часто родители инициируют общение с ребенком, различаются в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья и в семьях, воспитывающих детей без хронических заболеваний. Родители соматически ослабленных детей в общении с ними больше уделяют внимание вопросам их самочувствия, режима, гигиены, питания, необходимости лечебных процедур. Они чаще взаимодействуют с детьми, обсуждая процесс и предметы познания, охотнее вступают в диалог с ребенком, отвечая на их вопросы, объясняют непонятные ему вещи, объясняют значение незнакомых ребенку слов. Они также чаще обращаются к миру чувств ребенка: разговаривают с ним о его переживаниях,

расспрашивают о настроении, обсуждают отношение ребенка к другим людям, более чувствительны к тому, что ребенку нравится делать, а что нет. В семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья, меньше внимания уделяется вопросам самообслуживания ребенка, его домашним обязанностям, навыкам самоорганизации. Родители этой группы также меньше обсуждают с детьми школьные проблемы и нормы социального взаимодействия. При этом они чаще организуют совместные занятия с детьми.

Дети с проблемами соматического здоровья несколько выше оценивают благополучие семейной ситуации. В отношении с матерью эти дети вовлечены примерно так же как и дети, не имеющие соматических отклонений, но в отношении с отцами – в меньшей степени.

Исходящие положительные чувства, направленные ребенком на себя, дети с проблемами здоровья переживают не меньше, чем их здоровые сверстники.

Соматически ослабленные дети в меньшей степени ощущают связь между своей школьной успешностью и отношением к ним родителям. Они больше получают «поглаживаний» от своих близких.

Вовлеченность в отношения с периферическими членами семьи у соматически ослабленных детей невысокая и не отличается от таковой у детей, не имеющих проблем со здоровьем.

Выводы

Проведенное исследование было направлено на изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья.

Диагностика проводилась с двумя группами детей младшего школьного возраста. Первую группу составили дети с хроническими соматическими заболеваниями (14 человек), во вторую группу вошли дети без проблем соматического здоровья (17 человек).

В ходе исследования были использованы такие психодиагностические методики, как:

- опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса;
- методика диагностики содержания общения родителей с ребенком («ОСОР-В») Т.Ю. Андрущенко, Г.М. Шашловой;
- методика Р. Бернса и С. Кауфмана «Кинетический рисунок семьи»;
- тест «Диагностика эмоциональных отношений в семье» Е. Бене.

В качестве методов математической статистики были использованы Т-критерий Стьюдента и угловое преобразование Фишера.

На основе совокупных диагностических данных была составлена картина особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья.

Результаты диагностики по опроснику «Анализ семейного воспитания» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса свидетельствуют о достаточно большом количестве и разнообразии типов нарушений семейного воспитания в обеих группах. Средний совокупный показатель нарушений семейного воспитания в Группе I составляет 55,7%, в Группе II – 46%., что указывает на некоторое преобладание проблем воспитания в семьях, воспитывающих детей с ослабленным здоровьем. В этих семьях значительно чаще встречается потворствующая гиперпротекция. Были выделены различия по показателям

гиперпротекции, чрезмерного удовлетворения потребностей ребенка, недостаточности требований, минимальности запретов, строгости санкций, предпочтения детских качеств, воспитательной неуверенности и фобии утраты. Эти типы нарушений семейного воспитания более характерны для семей, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья.

Результаты диагностики, проводимой с помощью Опросника «ОСОР-В» Т.Ю. Андрущенко, Г.М. Шашловой указывают на то, что темы общения с детьми и то, как часто родители инициируют общение с ребенком, различаются в семьях, воспитывающих детей с проблемами соматического здоровья и в семьях, воспитывающих детей без хронических заболеваний. Родители соматически ослабленных детей больше внимания уделяют вопросам их самочувствия, режима, гигиены, питания, необходимости лечебных процедур и т.п. Они чаще взаимодействуют с детьми, обсуждая процесс и предметы познания; чаще вступают в диалог с ребенком, отвечая на их вопросы и чаще обращаются к миру чувств ребенка. В этих семьях меньше внимания уделяется вопросам самообслуживания ребенка, его домашним обязанностям, навыкам самоорганизации. Родители этой группы также меньше обсуждают с детьми школьные проблемы и нормы социального взаимодействия, но чаще организуют совместные занятия с детьми. Диагностической значимости достигают различия между группами по таким сферам общения, как витальные потребности ребенка, совместные занятия, процесс и содержание познания, чувства ребенка.

Результаты диагностики по методике «Кинетический рисунок семьи» указывают на примерно одинаковую картину восприятия детьми обеих групп своего положения в семье и их оценки семейной атмосферы. Дети с проблемами соматического здоровья несколько выше оценивают благополучие семейной ситуации, но различия между группами не достигают уровня диагностической значимости.

Результаты диагностики по тесту Е. Бене «Эмоциональные отношения в семье» свидетельствуют о том, что дети с проблемами соматического

здоровья несколько выше оценивают благополучие семейной ситуации. В отношении с матерью эти дети вовлечены примерно так же как и дети, не имеющие соматических отклонений, но в отношении с отцами – в меньшей степени. Исходящие положительные чувства, направленные ребенком на себя, дети с проблемами здоровья переживают не меньше, чем их здоровые сверстники. Соматически ослабленные дети в меньшей степени ощущают связь между своей школьной успешностью и отношением к ним родителям. Они больше получают «поглаживаний» от своих близких. Вовлеченность в отношения с периферическими членами семьи у соматически ослабленных детей невысокая и не отличается от таковой у детей, не имеющих проблем со здоровьем.

Таким образом, мы можем заключить, что выдвинутая гипотеза подтвердилась в большей ее части. Не нашло подтверждения только предположение о большей вовлеченности детей с проблемами соматического здоровья в отношения с периферическими членами семьи.

Заключение

Исследование проводилось на выборке детей младшего школьного возраста. На этом этапе возрастного развития происходит перестройка всей системы отношений ребёнка с окружающей действительностью, что связано с освоением ребенком новой социальной роли. Расширение социального пространства, усложнение социальных отношений, одновременное сочетание отношений подчинения с ответственностью за результаты своей деятельности, которую ребенок берет на себя – все это ребенок осваивает вполне успешно, если его семейная ситуация этому способствует. Если он чувствует поддержку со стороны старших членов семьи, если ему комфортно в своей сиблинговой позиции, то все процессы, связанные с адаптацией к школе, с освоением новой социальной роли, протекают благополучно и способствуют формированию закономерных для этого возраста психологических образований.

Заболевание ребенка вносит существенные коррективы в функционирование семейной системы. Болезнь ребенка является кризисной ситуацией для семьи. С появлением у ребенка соматической симптоматики меняются детско-родительские отношения: может нарушиться психологическая система взаимоотношений между членами семьи, образоваться дефицитарность в супружеских отношениях, вытеснение отца из психологической жизни семьи, снижение внимания и заботы по отношению к другим детям и т.д. Такие нарушения в функционировании семейной системы мало способствуют выздоровлению ребенка, и, к тому же, препятствуют развитию его личности.

Данные, полученные в ходе проведенного исследования, могут быть использованы в коррекционно-развивающей работе педагога-психолога с детьми младшего школьного возраста, а также в консультативной работе с родителями по вопросам семейного воспитания.

Список используемых источников

1. Айзман Р.И. Современные представления о здоровье и критерии её оценки / Р.И. Айзман // Сибирский педагогический журнал. - 2012. - № 9. - С. 85-91.
2. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. - Саратов, - 2003 - 183 с
3. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. - 1995. - Т. 2, № 3. - С. 116-125.
4. Бахадова Е.В. Новый подход к определению здоровья детей с применением методики оценки качества жизни - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/95/30/>
5. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческой судьбы. - СПб.: Лениздат, 1992. - 400 с. - URL: <http://mybook.ru/author/erik-bern/lyudi-kotorye-igrayut-v-igry-psihologiya-chelovech/read/>
6. Борисенко Ю.В. Психология отцовства. - Москва-Обнинск: «ИГ-СОЦИН», 2007. - 220 с.
7. Быков А.В., Шульга Т.И. Психологическая служба в учреждениях социально-педагогической поддержки детей и подростков. М., 2001. - 100 с.
8. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01: Москва, 1986. - 206 с.
9. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М., 2001. - 325 с.
10. Волкова О.В. Социокультурный аспект развития личности ребенка с ослабленным здоровьем [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2012. - № 6 (17).
11. Всемирная организация здравоохранения. Международные медико-санитарные правила (2005 г.). - 2-е изд. - Швейцария, 2008. - 82 с.
12. Вылегжанина Г.Г. Роль мотивации в развитии личности больного ребенка в условиях особой социальной ситуации развития // Бехтерев В.М. и

современная психология. К 120-летию открытия первой психологической лаборатории: материалы Российской научно-практической конференции. - Казань: Центр инновационных технологий, 2005. - Вып. 3.Т.2. - С.71-78.

13. Глозман Ж.М. Общение и здоровье личности. М., 2002. - 283 с.

14. Доманецкая Л.В. Родительское отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья как фактор развития форм его общения со взрослыми. Журнал. Сибирский психологический журнал. - Томск, 2009. - №34. - С.65-69.

15. Дружинин В.Н. Психология семьи. - М., 1996. - 160 с. - URL: <http://padaread.com/?book=4547&pg=4>

16. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии. - М.: ВЛАДОС, 2000. - 144 с.

17. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. - М.: Изд-во ЭКСМО-ПРЕСС, 2000. - 448 с.

18. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат. - М., 2019. - 170 с.

19. Иванова В.И. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений / В.И. Иванов // Вестник МГУ. - 1993. - № 1. - С. 31-38.

20. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. - Красноярск, 1997. - 122 с.

21. Котова Е.В. Детско-родительские отношения в различных типах семей. - Красноярск, 2004. - 152 с.

22. Крукович Е.В. Состояние здоровья детей и определяющие его факторы: монография / Е.В. Крукович, Л.В. Транковская - Владивосток: Медицина ДВ, 2018. - 216 с.

23. Ливанова М.Н. Психосоматическая детерминация интеллектуально-личностного развития соматически ослабленных детей: Дис. канд. психол. наук. - Казань, 1997. - 202 с.

24. Лучанинова В.Н. Здоровье детей и подростков из различных социальных групп / В.Н. Лучанинова, В.Н. Рассказова, Е.Б. Кривелевич - Владивосток: Дальнаука, 2006. - 250 с.
25. Лютова С.Н. Социальная психология личности: (теория и практика): курс лекций: учебное пособие - М.: МГИМО (У) МИД России, 2002. - 176 с.
26. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И.Селиверстова. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. - 408 с.
[URL:https://specialviewportal.ru/uploads/21.MASTYUKOVA_Ye.M._Semeynoye_vospitaniye_detey_s_otloneniyami_v_razvitii.pdf](https://specialviewportal.ru/uploads/21.MASTYUKOVA_Ye.M._Semeynoye_vospitaniye_detey_s_otloneniyami_v_razvitii.pdf)
27. Мид М. Культура и мир детства. - Москва: «Наука», 1988. - 429 с.
28. Миронова Т.И. Динамика развития детских групп в госпитально-депривационных условиях (Научная статья) / Т.И. Миронова. - Психология и педагогика социального воспитания: материалы III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию со дня рождения А.Н. Лутошкина (Кострома, 3–5 марта 2020 г.) / сост. А.Г. Кирпичник, Е.В. Тихомирова; под ред. А.Г. Кирпичника, А.Г. Самохваловой. - 2020. - С. 148 - 154.
29. Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющего младшего школьника. - Красноярск, 2007. – 144 с.
30. Николаев М.Е. Семья и здоровье // Доклад на III Всероссийском конгрессе «Российская семья» 13 апреля 2006 года. М., 2006. - 16 с.
31. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М., 1987. - 166 с.
32. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М, 2008. - 464 с. - URL: <http://padaread.com/?book=16132>
33. Петровский А.В. Пять тактик родительского воспитания / психологический центр Адалин - URL: <http://www.husain-off.ru/he5n/pdf/he52-01.pdf>

34. Психология семейных отношений: учебное пособие для студентов вузов / А.Д. Кошелева и др.; ред. О.А. Шаграева, А.М. Сергеев. - М.: Академия, 2008. - 368 с.
35. Психосоматика: телесность и культура / Под ред. В.В. Николаевой. - М.: Академический Проект, 2009. - 311 с.
36. Селюгина П.Б. Внутренний образ прародителей в структуре личностной идентичности: диссертация ... канд. психол. наук - Москва, НИУ ВШЭ, 2013. - 170 с. - URL: <http://www.dslib.net/obwaja-psixologia/vnutrennij-obraz-praroditelej-v-strukture-lichnostnoj-identichnosti.html>
37. Семенкова Т.Н. Состояние здоровья учащейся молодежи / Т.Н. Семенкова // Вестник КемГУ. 2011. №2. - С.90-97.
38. Сизова Н.Н., Исмагилова Ю.Д. Анализ состояния здоровья современных школьников - URL: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/analiz-sostoyaniya-zdorovya-sovremennyh-shkolnikov.pdf>
39. [Соколова Е.Т.](#) Зависимость самооценки подростка от отношения к нему родителей / [Е.Т. Соколова](#), [И.Г. Чеснова](#) // Вопросы психологии / Ред. [А.М. Матюшкин](#), [А.В. Брушлинский](#). - 1986, №2. - С. 110-118.
40. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Том 2. - М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. - 464 с.
41. Стили семейного воспитания детей - URL: http://studbooks.net/1821846/pedagogika/stili_semeynogo_vospitaniya_detey
42. Сухарев А.Г. Состояние здоровья детского населения в напряженных экологических и социальных условиях / А.Г. Сухарев, С.А. Михайлова // Гигиена и санитария. 2004. - №1. - С. 47-51.
43. Торохтий В.С., Прохорова О.Г. Психологическое здоровье семьи: учебно-методическое пособие. - М.: КАРО, 2009. - 160 с.
44. Хухлаева О.В., Хухлаева О.Е., Первушина И.М. Тропинка к своему Я: как сохранить психологическое здоровье дошкольников. - 2-е изд. - М.: Генезис, 2007. - 175 с.

45. Цыбульская И.С., Бахадова Е.В. с соавторами. Медико-биологическая и социальная адаптация в популяции детей в современных условиях (нормативы и отклонения) - М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. - 52 с.
46. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография / А.А. Шабунова. - Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
47. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. - М.: ЭКСМО, 2006 - 501 с.
48. Штраус В.А. Психорегуляция учебной деятельности младших подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями / Автореф. дис. .канд. психол. наук. - Кострома, 2006. - 24 с.
49. Шульц Д. История современной психологии Глава 14 А. Адлер Психоанализ: «отступники» и «наследники». Порядок рождения - [URL:/bookap.info/genpsy/shults_istoriya_sovremennoy_psihologii/gl289.shtm](http://bookap.info/genpsy/shults_istoriya_sovremennoy_psihologii/gl289.shtm)
50. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи 4-е изд. - СПб.: Питер, 2008. - 672 с.

Приложение

Таблица 1

Диагностические данные по методике «Анализ семейных взаимоотношений»
(Группа I – семьи с соматически ослабленным ребенком)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ито го
Г +	+	+	+	+		+	+		+	+	+	+	+	+	12
Г -															-
У +	+	+		+		+	+		+	+		+		+	9
У -															-
Т +		+										+			2
Т -	+		+	+		+	+		+	+	+			+	9
З +		+										+			2
З -	+			+			+			+				+	5
С +		+										+			2
С -	+			+			+			+				+	5
Н	+				+							+			3
РРЧ							+	+		+	+				4
ПДК	+			+						+	+	+		+	6
ВН		+	+	+	+					+	+				6
ФУ		+	+	+						+	+			+	6
НРЧ															-
ПНК															-
ВК				+				+		+				+	4
ПМК															-
ПЖК						+		+	+						3

Г – гиперпротекция

У – удовлетворение потребностей

Т – требования

З – запреты

С – строгость санкций

Н – непоследовательность воспитания

РРЧ – расширение сферы родительских чувств

ПДК – предпочтение в ребенке детских качеств

ВН – воспитательная неуверенность родителя

ФУ – фобия утраты

НРЧ – неразвитость родительских чувств

ПНК – проекция на ребенка собственных нежелательных качеств

ВК – вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания

ПМК – предпочтение мужских качеств

ПЖК – предпочтение женских качеств

Таблица 2

Диагностические данные по методике «Анализ семейных взаимоотношений»
(Группа II – семьи с детьми без проблем соматического здоровья)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Итог о
Г +	+				+				+		+	+	+		+			7
Г -							+										+	2
У +			+			+			+		+				+	+		6
У -	+						+					+	+				+	5
Т +	+	+			+		+		+	+		+	+	+		+	+	11
Т -						+					+				+			3
З +	+				+				+				+	+		+	+	7
З -						+					+							2
С +	+				+				+				+	+		+	+	7
С -						+												1
Н									+						+			2
РРЧ			+	+				+			+				+			5
ПДК	+				+													2
ВН						+									+			2
ФУ															+			1
НРЧ																		-
ПНК		+								+		+					+	4
ВК			+															1
ПМК	+	+					+						+				+	5
ПЖК								+										1

Г – гиперпротекция

У – удовлетворение потребностей

Т – требования

З – запреты

С – строгость санкций

Н – непоследовательность воспитания

РРЧ – расширение сферы родительских чувств

ПДК – предпочтение в ребенке детских качеств

ВН – воспитательная неуверенность родителя

ФУ – фобия утраты

НРЧ – неразвитость родительских чувств

ПНК – проекция на ребенка собственных нежелательных качеств

ВК – вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания

ПМК – предпочтение мужских качеств

ПЖК – предпочтение женских качеств

Таблица 3

Диагностические данные по Опроснику «ОСОР-В» испытуемых Группы I
(средние значения по каждой шкале)

№ п/п	СФЕРЫ									
	«Быт»			«Познание»		«Социальный мир»		«Внутренний мир ребенка»		
	ВП	СБТ	ФЗС	СП	ПП	ФШД	НСВ	ММР	МЧР	ЯКР
1	4.0	3.25	3.75	3.0	3.25	2.75	3.5	3.25	3.75	3.25
2	3.75	3.5	3.5	4.0	4.0	3.0	3.25	3.5	3.75	3.5
3	3.75	3.0	3.5	3.0	3.25	3.25	3.0	2.75	3.5	3.0
4	4.0	3.25	3.75	3.75	3.75	3.75	3.25	3.5	4.0	3.25
5	3.75	3.25	3.5	3.25	3.5	3.5	3.0	3.0	4.0	3.25
6	4.0	2.75	3.25	4.0	4.0	3.25	3.0	2.75	4.0	3.75
7	3.75	3.5	3.75	3.5	3.75	3.75	3.5	3.0	3.5	3.5
8	3.75	3.5	3.25	3.25	3.5	3.25	3.0	3.0	4.0	3.5
9	3.75	3.25	3.5	3.75	3.75	3.25	3.25	3.5	3.75	3.25
10	4.0	3.25	3.5	3.75	4.0	3.5	3.0	3.25	4.0	3.75
11	4.0	2.75	3.0	4.0	4.0	3.5	3.0	3.0	4.0	4.0
12	3.75	3.25	3.5	3.5	3.75	3.25	3.25	3.0	3.75	3.25
13	3.5	3.0	3.25	3.25	3.5	3.0	3.0	3.0	3.75	3.25
14	3.75	3.0	3.25	3.5	3.75	3.5	3.5	3.25	3.5	3.0

ВП - удовлетворение витальных потребностей ребенка;

СБТ - ситуативно-бытовые действия;

ФЗС - совместные занятия;

СП - шкала содержания познания;

ПП - шкала процесса познания;

ФШД - шкала формальной школьной действительности;

НСВ - шкала норм социального взаимодействия;

ММР - шкала мира мыслей ребенка;

МЧР - шкала мира чувств ребенка;

ЯКР - шкала Я-концепции ребенка.

Таблица 4

Диагностические данные по Опроснику «ОСОР-В» испытуемых Группы II

№ п/п	СФЕРЫ									
	«Быт»			«Познание»		«Социальный мир»		«Внутренний мир ребенка»		
	ВП	СБТ	ФЗС	СП	ПП	ФШД	НСВ	ММР	МЧР	ЯКР
1	3.0	4.0	3.5	3.0	3.25	3.5	3.75	3.25	3.0	3.5
2	3.25	3.75	3.25	3.0	3.5	3.5	3.75	3.25	2.75	3.75
3	2.75	3.75	3.25	2.75	2.5	3.0	3.5	2.5	2.25	3.5
4	3.75	4.0	3.5	3.25	3.0	3.5	3.25	3.75	3.25	3.25
5	2.75	3.5	3.5	2.75	2.25	3.0	3.5	3.25	3.0	3.25
6	3.5	4.0	3.5	3.75	3.5	4.0	3.75	3.75	3.25	3.75
7	3.25	3.75	3.5	3.75	3.25	3.75	3.75	3.5	3.25	3.5
8	3.0	3.75	3.25	3.25	3.5	3.75	3.5	3.5	3.25	3.5
9	3.25	3.75	3.5	3.5	3.25	3.75	3.5	3.75	3.0	3.5
10	2.75	4.0	3.0	3.0	2.75	3.75	3.5	3.25	3.0	3.75
11	3.0	4.0	3.0	2.75	2.5	3.75	3.5	3.0	2.75	3.5
12	2.5	3.75	3.0	3.0	3.25	3.5	3.25	3.0	2.5	3.5
13	3.25	4.0	3.5	3.0	2.75	4.0	3.5	2.75	2.5	3.75
14	3.25	3.75	3.25	3.25	3.5	3.5	3.5	3.5	3.25	3.5
15	2.75	4.0	3.25	2.75	2.5	4.0	3.75	3.0	2.5	3.5
16	2.25	3.75	3.0	3.0	2.75	3.75	3.25	3.5	2.75	3.75
17	3.25	3.5	3.0	3.25	3.5	3.75	3.25	3.5	3.35	3.5

ВП - удовлетворение витальных потребностей ребенка;

СБТ - ситуативно-бытовые действия;

ФЗС - совместные занятия;

СП - шкала содержания познания;

ПП - шкала процесса познания;

ФШД - шкала формальной школьной действительности;

НСВ - шкала норм социального взаимодействия;

ММР - шкала мира мыслей ребенка;

МЧР - шкала мира чувств ребенка;

ЯКР - шкала Я-концепции ребенка.

Таблица 5

Диагностические данные по методике «Кинетический рисунок семьи»

Симптомокомплекс	Уровни	Группа I	Группа II
Тревожность по отношению к членам семьи	высокий	2 - 14%	3 - 18%
	средний	7 - 50%	10 - 59%
	низкий	5 - 36%	4 - 23%
Конфликтность в семье	высокий	2 - 14%	2 - 12%
	средний	8 - 57%	10 - 59%
	низкий	4 - 29%	5 - 29%
Чувство неполноценности в семье	высокий	1 - 7%	4 - 24%
	средний	7 - 50%	7 - 41%
	низкий	6 - 43%	6 - 35%
Враждебность в семье	высокий	-	-
	средний	2 - 14%	3 - 18%
	низкий	12 - 86%	14 - 82%
Благоприятная ситуация в семье	высокий	8 - 57%	5 - 29%
	средний	6 - 43%	11 - 65%
	низкий	-	1 - 6%

Таблица 6

Диагностические данные по методике «Эмоциональные отношения в семье»

Члены семьи	Исходящие положительные чувства		Исходящие отрицательные чувства		Получаемые положительные чувства		Получаемые отрицательные чувства	
	I	II	I	II	I	II	I	II
Группы								
мама	11 - 79%	13 - 76%	-	3 - 18%	10 - 86%	10 - 59%	2 - 14%	5 - 29%
папа	6 - 43%	10 - 59%	2 - 14%	2 - 12%	5 - 36%	8 - 47%	2 - 14%	3 - 18%
Я сам	7 - 50%	7 - 41%	3 - 21%	4 - 24%	2 - 14%	2 - 12%	5 - 36%	3 - 18%
другие родствен.	2 - 14%	3 - 18%	1 - 7%	3 - 18%	2 - 14%	5 - 29%	-	-
«никто»	-	-	5 - 36%	9 - 53%	1 - 7%	-	6 - 43%	7 - 41%