

- G. Germann // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir, 2004. – Vol. 36, N5. – P. 301–7.
26. Free vascularized fibular grafts for reconstruction of skeletal defects / K. N. Malizos, C. G. Zalavras, P. N. Soucacos [et al.] // J. Am. Acad. Orthop. Surg. 2004. – Vol. 12, N 5. – P. 360–9.
27. Heitmann C. Applications of the vascularized fibula for upper extremity reconstruction / C. Heitmann, L.S. Levin // Tech. Hand Up. Extrem. Surg. – 2003. – Vol. 7, N 1. – P. 12–7.
28. Heitmann, C. Treatment of segmental defects of the humerus with an osteoseptocutaneous fibular transplant / C. Heitmann, D. Erdmann, L. S. Levin // J. Bone Joint Surg. Am. – 2002.- Vol. 84, N 12. – P. 2216–23.
29. Jiang Z. W. Repair of soft tissue defect at fingertips by cross-arm skin flap with lateral antebranchial cutaneous nerve / Z. W. Jiang, J. Y. He, Z. Z. Li // Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi. 2002. – Vol. 16, N 3. – P. 179–80.
30. Karle, B. Functional outcome and quality of life after ray amputation versus amputation through the proximal phalanx of the index finger / B. Karle, M. Wittemann, G. Germann // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. 2002. – Vol. 34, N 1. – P. 30–5.
31. Lee, J.Y. Extending the reach of the heterodigital arterialized flap by cross-finger transfer / J.Y. Lee, L.C. Teoh, V.W. Seah // Plast. Reconstr. Surg. –2006. Vol. 117, N 7. – P. 2320–8.
32. Murray, P. M. Free vascularized bone transfer in limb salvage surgery of the upper extremity / P.M. Murray // Hand Clin. 2004. – Vol. 20, N 2. – P. 203–11.
33. Plecko, M. Internal fixation of proximal humerus fractures using the locking proximal humerus plate / M. Plecko, A. Kraus // Oper. Orthop. Traumatol. 2005. – Vol. 17, N 1. – P. 25



УДК: 159.922.2:316.032:616-058

## ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В. В. Храмцова

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепр

### **Резюме**

*В статье освещены основные функции семьи, ее современное состояние, особенности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. Показана роль семьи в первичной социализации, а также социальной дезадаптации. Рассмотрены основные особенности детско-родительских отношений и стилей воспитания в зависимости от портретов личности родителей. Дана характеристика наиболее распространенным нарушениям временной перспективы молодых людей с ограниченными возможностями. Определено, что содержательные характеристики временной перспективы, ее построение и сбалансированность формируются на этапе детско-родительских отношений, во многом зависят от семейного потенциала, первичной социализации, которая происходит в семье, ее ценностных ориентаций и формирования Я-образа ребенка родителями и старшими членами семьи.*

**Ключевые слова:** дети с ограниченными возможностями, эмоционально-психологические функции семьи, стили воспитания, первичная социализация, социальная дезадаптация, временная перспектива.

### Summary

*The article highlights core functions of family, its current state, and specificities of families rearing children with disabilities. It shows the role of the family in their primary socialization and social maladjustment. Parent-child relations and parenting styles have been examined according to personality profiles of the parents. We identified the most common temporal perspective disorders among young people with disabilities. We determined that the temporal perspective and its components balance are being formed at the stage of parent-child relations. The formation is strongly influenced by the potential of the family and its value orientations. In particular, it depends on how the child's primary socialization happens in the family and on how the parents and the older family members are forming the child's self-concept.*

**Keywords:** *children with disabilities, emotional and psychological functions of the family, parenting styles, primary socialization, social maladjustment, temporal perspective.*

Невозможно рассматривать семью и внутрисемейное взаимодействие, где воспитывается ребенок с ограниченными возможностями, вне связи с психологическими особенностями семьи как таковой, ее функциями и особенностями трансформаций в современных социально-экономических условиях [1].

Семья, обладая мощным жизнеутверждающим потенциалом, является важнейшей средой для развития индивидуальных задатков и успешной социализации детей, что становится возможным в результате активности личности родителей, родового опыта, осмысленного внутрисемейного взаимодействия [1]. Потенциал семьи очень зависит от социальной ситуации, в которой проживает семья.

На современном этапе общественного развития, как отмечают исследователи по вопросам семьи, возникает новая модель семьи как попытка приспособиться к новым условиям, с более тесными эмоциональными и материальными связями [2].

Современная семья отличается от патриархальной значительно возросшим влиянием ее эмоционально-психологических функций, большей привязанностью друг к другу ее членов, что, как считают многие авторы, это не облегчает, а в большей степени усложняет жизнь внутри семьи [1]. Детско-родительские отношения стали более сложными в связи как с возросшим статусом детей в семье, так и утратой авторитета власти родителей без авторитета их личности [2, 3].

На становление отношения к жизни, межличностное и внутриличностное взаимодействие молодых людей большое значение имеет отношение родителей к ним в детстве, стили родительского воспитания и установки, акцент родителей на тех характеристиках образа ребенка, которые они считают наиболее важными.

Достаточно большое влияние на жизнь ребенка имеют стили воспитания родителей, которые впоследствии и будут являться тем важным фундаментом, на котором молодой человек выстраивает свои межличностные взаимоотношения и отношение с социумом [1].

Определенные стили родительского воспитания формируются их отношением к детям.

Авторитарный стиль, при котором у ребенка закрепляют позицию беспрекословного подчинения, запрет на самостоятельное решение проблем в отношениях к ребенку выступает как тотальный диктат на все проявления его жизни. Стремление постоянно контролировать даже мысли и желания детей, взаимодействие, направленное от старших к младшим, является важным дисциплинирующим фактором, но в то же время создает отчуждение у последних и враждебное отношение к миру в целом.

Автократический стиль также является диктатом, только он направлен на запрет выражения личной позиции. Эголитарный стиль воспитания формирует слабую или отсутствие дифференцированности семейных ролей. Попустительский и игнорирующий стили воспитания предполагают отстранение родителей от воспитания ребенка, отношение невмешательства в его жизнь, что не может положительно сказываться на его развитии и усвоении социальных норм поведения.

Наиболее активная жизненная позиция складывается под влиянием демократического и разрешающего стилей воспитания, где отношение родителей к детям выстраивается по принципу сотрудничества, с соблюдением баланса требований и уважения к личности ребенка. Отношения основаны на доверии к младшим, их поощрении и одобрении [3].

Как отмечает Левкова Т. В., в современной семье большое влияние на поведение ребенка и развитие его эмоциональной сферы оказывает позиция родителей [1]. Деструктивными являются позиции отвержения, уклонения, чрезмерной требовательности и чрезмерного оберегания. Уклонение от общения способствует тому, что у ребенка не может быть адекватно сформирована способность к установлению прочных эмоциональных связей, отсутствует настойчивость и растет недоверие. Отвержение – чаще всего формирует антисоциальное агрессивное поведение или беспомощность. Чрезмерная требовательность способствует росту неуверенности в собственных силах, впечатлительности, покорности, трудностям в отношениях с окружающими, влияет на сосредоточение внимания. Чрезмерное оберегание тормозит социальную зрелость и способствует сохране-

нию детского эгоцентрического поведения на фоне высокого уровня тревоги и неуверенности. Дружеское отношение и доверие способствуют раскрытию творческого потенциала, независимости и инициативности [4].

Как известно, образ молодого человека, его жизненные роли формируются в детстве под влиянием родительского отношения, которое состоит из собственных представлений взрослого о ребенке и является ключевым для детско-родительских отношений [5]. Авторы отмечают, что на сегодняшний день развитие личностных качеств детей определяется значительным перевесом в сторону развития системы отношений к миру над знаниями. При этом родительские установки, в которых отрицается «подлинное Я» запускают у детей стратегии выживания вместо развития, в которых четко прослеживается дисбаланс между «берущим» и «дающим» началом. У таких детей в стрессовых ситуациях чаще всего происходит потеря пластичности и непосредственности, и адаптационным ресурсом начинают выступать стратегии выживания [6].

Сатир В. выделено 6 основных типов детского выживания, которые характерны для дисфункциональных семей, где содержание образа ребенка преломляется у родителей в ролях выживания, которые запускаются ими же по линии коммуникации «двойного послания». В зависимости от такого послания ребенок формирует соответствующее поведение. Роли с преобладанием «берущего» начала «Фанат» и «Талисман» формируются благодаря таким посланиям родителей, как «если не отстоять, то ничего не получишь» и «не бойся, мир прекрасен, все друг друга любят, мы защитим тебя». Для «фаната» характерно много агрессии, но при противостоянии склонен либо впадать в позицию жертвы, либо рвать отношения. Ребенок-«талисман», всегда пребывает в позиции только ребенка и избегает взрослой жизни, так как всегда находится в напряжении, которое возникает на фоне сильного противоречия между родительским посланием и реальным миром. Роли с преобладанием «дающего» начала «Благодетель», «Герой семьи», «Потерянный ребенок» родители формируют такими посланиями, которые у ребенка провоцируют ощущение своей ненужности и незначительности, избегании собственного чувствования, стремлении достигать значительных высот, но только для других, что во взрослой жизни достаточно часто приводит к потере здоровья и разрушению своей семьи. Роль, в которой ребенок провоцирует на себя негативные эмоции окружающих, в конечном итоге способствует тому, что в поведении это проявляется либо потребностью в риске или болезни, либо антисоциальным взаимодействием [6].

Рассмотренные выше функции семьи и взаимоотношений в ней также являются и первично социализирующими, так как помогают ребенку усвоить нормы взаимодействия, семейные роли, но могут приводить и к нарушению социализации,

если в семье культивируются антисоциальные тенденции по отношению к обществу [7].

Как известно, социализирующие функции семьи направлены на овладение социальными навыками, формирование фундаментальных ценностных ориентаций. Успешность социального развития в семье реализуется через поддержку и одобрение, что влияет на притязания молодого человека, а также помогает в сложных ситуациях преодолеть их или приспособиться. Безразличие или осуждение в семье затрудняют этот процесс и способствуют в будущем снижению социализации, нарастанию замкнутости, неуверенности в себе [8]. При этом ценности и атмосфера в семье являются решающими для саморазвития и самореализации [9, 10].

На протяжении всей жизни человек выстраивает себя и свое жизненное пространство в соответствии с организацией во времени, при этом временная перспектива преломляется через психологическое пространство и затрагивает как потребности, так и возможности личности. Во временном континууме это приобретает формы психологического прошлого, будущего и настоящего, где психологическое прошлое по отношению к настоящему являет собой саморазвитие, к будущему – уверенность в реализации; психологическое настоящее к прошлому выступает как его осмысленность, а к будущему как его структурированность; психологическое будущее – к настоящему как позитивная эмоциональность, а к прошлому как система его развития [11].

Важными факторами в построении временной перспективы личности являются психологическое благополучие и психологическая безопасность. Психологическое благополучие выступает фактором субъективности в оценке возможностей среды и потребностей личности и ее взаимоотношений. Психологическая безопасность связана с удовлетворенностью в прошлом, полной реализацией в настоящем и уверенностью в будущем. Таким образом, сбалансированность временной перспективы проявляется в удовлетворенности жизненной средой и своей жизнедеятельностью в ней, что выражается в позитивных переживаниях. Позитивная оценка своей среды и сила собственного «Я» мотивируют человека к деятельности, но восприятие индивидом среды как угрожающей меняет оценку временной перспективы, при этом, в зависимости от уровня развития личности, самореализация идет либо по пути удовлетворения дефицитарных потребностей или развития своего потенциала [11].

Варганова И. И. отмечает, что особенности восприятия и построения временной перспективы у старшеклассников тесно связаны с характером ценностных конфликтов и доминирующей мотивацией [12]. Так, у подростков преобладание мотиваций учебно-познавательной и достижения формируют хорошую согласованность по отношению к ближайшему будущему и настоящему, которое является ступенью ко взрослой жизни. Мотивации аффилиации, престижа и конкуренции,

наоборот, вносят рассогласованность, выявляют внутреннюю конфликтность целей и мотивов, при этом временная перспектива направлена на отдаленное будущее с потерей интереса к настоящему [12].

Семьи, воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями, также подвержены трансформациям, которые характерны для семей, воспитывающих здоровых детей. Но в семьях с ребенком-инвалидом на взаимоотношения между членами семьи и детско-родительские отношения влияет не только социально-экономическая ситуация, но и накладывают свой отпечаток, с одной стороны, социально-культурное общественное мнение, с другой – болезнь ребенка [13]. Киселев М. И. выделяет, что трудности, которые испытывает ребенок с инвалидностью, находятся в социальной и психологической плоскостях. Социальный аспект проявляется в нарушении связи с миром, который находится в окружении такого ребенка, его среды. Психологический компонент формируется со стороны семьи ребенка-инвалида, которая выступает как комплекс взаимосвязанных проблем выживания и социальной защиты, и личностного развития самого ребенка, которое протекает на фоне психологической отдельности от мира здоровых сверстников, их интересов и забот [14].

Российские ученые-социологи провели анализ проблемы взаимодействия «общество-молодой инвалид» и выявлено, что ребенок-инвалид усваивает социальность через бинарные конструкции, которые лежат в плоскости и здоровых детей, а также через такие как «ребенок» и «ребенок-инвалид», «здоровый» и «больной». Это накладывает отпечаток на последующую жизнь, социальные роли, личностное развитие, жизненные планы и установки. Социальные роли молодых людей с ограниченными возможностями формируются под воздействием таких факторов, как сужение обществом их части прав и обязанностей; снятие вины; стремление к коррекции социального статуса; соответствие поведения инвалида его статусу через атрибуты инвалидности [15].

Семья относится к малой социальной группе, в которой протекает процесс социализации ребенка с ограниченными возможностями. Семьям, воспитывающим детей-инвалидов, присущи специфические особенности функционирования, что может приводить как к их дисфункциональности, так и к кризису идентичности [16] и социальной дезадаптации [17].

Специфика социализации молодых людей с ограниченными возможностями определена особенностями самого заболевания и средовых воздействий. В этом процессе важную роль играет семья, которая может сформировать комплекс неполноценности и социальную безответственность, тем самым десоциализируя личность ребенка, и привести к неэффективной социализации. Неэффективность социализации выражается в таких формах, как девиантная карьера, социальное исключение, дисквалификация.

Авторы выделяют специфические особенности и стили взаимодействия семей, воспитывающих ребенка-инвалида: негармоничное семейное воспитание, негативные установки по поводу социального окружения, неконструктивное переживание болезни ребенка, негармоничное семейное взаимодействие, слишком большое внимание к ребенку, низкое эмоциональное взаимодействие между членами семьи [16].

Родители детей-инвалидов находятся в трудной жизненной ситуации и переживают хронический стресс, что приводит к изменению их психического состояния и кризису семейных отношений [18, 19]. В ценностно-смысловой составляющей образа мира у таких родителей выявляются искажения смысловой структуры личности с низким уровнем эмпатии и самоактуализации. Они чаще имеют негативный опыт общения с окружающими. Выявляется отстраненность и неотзывчивость на нужды и потребности других людей, которых они не рассматривают как изначально добрых [19].

Матери, воспитывающие детей-инвалидов, сосредоточены на своем плохом самочувствии, часто акцентируют внимание на усталости, плохом настроении, неудовлетворенной потребности в отдыхе и психическом перенапряжении. Ограничение своей активности и малоценности они транслируют на будущую перспективу ребенка, рассматривая ее сквозь призму тяжести заболевания и сложности борьбы с ним. Оценка будущего ребенка находится в двух плоскостях: более объективной, с осознанием реальных трудностей, или акцент на нереальных перспективах без учета реальных трудностей. Также выявляются нарушения в оценке своего «Я» [18]. Психическая травматизация становится более глубокой у тех родителей, которые сами психически и физически здоровы [20].

Достаточно часто в семьях, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии, выявляются искажения во взаимодействии семьи с социумом. Функционирование семьи становится центрированным на ребенке и отношениях с ним, что сильно дестабилизирует отношения и определяет центральное развитие семейной системы. Разобщенность между супругами, жесткая ригидность семейных правил и ролевых позиций приводят к напряженности и неудовлетворенности сложившейся семейной ситуацией [21].

Изменения в таких семьях проявляются на 3 уровнях. На психологическом – эмоциональной нагрузкой, разрушением надежд на будущее ребенка, неустойчивостью жизненных ценностей. Невозможность полноценного функционирования ребенка, слитность с ним становятся патогенным фактором, влияющим на личность родителей и, в частности, матери. Частые депрессивные состояния и невротическое развитие личности нарушают социальную адаптацию всех членов семьи [19].

На социальном уровне – это проявляется малообщительностью и избирательностью контактов, сужением круга знакомых и родственников

из-за личных установок родителей. Длительное изучение таких семей выявило иждивенчество и безынициативность ее членов как особую социальную позицию. В семье культивируется позиция, направленная на то, что все заботы о них должны взять на себя социальные службы. На соматическом уровне – болезнь ребенка вызывает психогенный стресс у матери, который реализуется посредством телесных и психических эквивалентов и приводит к дезадаптации физиологического уровня реагирования и вторичной невротизации, как реакции личности на болезнь [1].

В. В. Ткачева выделяет 3 основных психологических портрета родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями [22].

Портрет родителя невротического или тревожно-сензитивного типа базируется на пассивной личностной позиции с доминированием истерических, тревожно-мнительных и депрессивных черт.

Межличностные связи по линии родитель-ребенок – симбиотического характера. Проблемы ребенка не принимаются, стремление к преодолению трудностей не развивается. Неумение взаимодействовать с ребенком оправдывается. Недостатки развития ребенка причисляются к основному биологическому дефекту. Они стремятся оградить ребенка от всех проблем и самостоятельности. В воспитании такие родители непоследовательны, что создает трудности послушания. Преобладает не критическое отношение к ребенку в виде демонстрации несуществующих способностей или преувеличения проблем. Свою нереализованность в различных жизненных сферах они приписывают на счет дефекта ребенка, драматизируя и эмоционально перегружая взаимоотношения, примитивизируя свое поведение. При этом будущее ребенка ими рисуется как бесперспективное и малоинтересное.

Портрет родителя авторитарного или импульсивно-инертного типа базируется на активной жизненной позиции с собственным мнением. Выделены 2 группы, которые отказываются от ребенка, и которые активно борются. Приняв дефект ребенка, родители стараются любым способом облегчить его участь. Они упорно преследуют цель оздоровления, обучения и социальной адаптации своего ребенка, не останавливаясь ни перед какими трудностями. Наблюдается частая конфронтация с социальной средой. Их убеждение в том, что общество должно приспособливаться к ним, создает сильные линии напряжения. Неприятие ребенка проявляется в виде холодности и отстраненности. Воспитание формирует заниженную самооценку, так как носит неадекватный характер с предъявлением собственных требований без учета индивидуальных различий ребенка. Так родители могут гиперопекать, требуя ориентироваться на их жизненные планы и установки без учета особенностей больного ребенка. Это все затрудняет правильное ориентирование в перспективах развития ребенка.

Портрет родителя психосоматического типа представлен как невротическим, так и авторитар-

ным компонентами с частой сменой настроения и стремлением к доминированию с сильной вовлеченностью в жизнь ребенка. Отреагирование проблем происходит на телесном уровне. Проблемы ребенка скрываются от общества. Помощь ребенку для таких родителей носит изнуряющий характер с частым отказом от удовлетворения своих витальных потребностей. Они склонны к гиперопеке, при этом усилия направлены либо на поиски лучших специалистов или они сами становятся такими специалистами. Данные позиции по отношению к ребенку являются основными и на них наслаиваются культурные, социальные и другие характеристики [19, 22, 23].

Изучение отношения родителей к часто соматически болеющим детям и детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата показал, что в таких семьях создается «дефицитарная социальная ситуация развития». Система детско-родительских отношений в них является неэффективной. Дефицитарность формируется благодаря особому психосоматическому паттерну заболевания и патогенного влияния родителя в виде проекции, низкой степени удовлетворения потребностей ребенка, необъективных требований, высокого уровня тревожности и страхов, неустойчивой позиции родителей, а также нарушений семейной системы. Прослеживается стремление родителей инфантилизировать ребенка, оградить его от трудностей в жизни, строго контролировать его поступки. В их представлениях ребенок неуспешен, неприспособлен, подвержен дурному влиянию. Особенности внутрисемейной ситуации становятся наличие высокого уровня тревоги, внутренней семейной конфликтности, трансляции родителями на детей чувства их неполноценности и враждебности.

Поведенческий компонент при определении родителями ребенка как «слабого» основан на не критическом удовлетворении его потребностей, потворствовании, создании ситуации его исключительности, желанием дать ему то, чего сами они были лишены в детстве [24].

Анализ современных исследований по проблеме социальной адаптации семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями, позволяет выделить следующие особенности: со стороны общества – не сформировано отношение к инвалиду как к гражданину, а отношение в большей степени как к медицинскому субъекту; отсутствие ранней профилактической помощи; деформация внутрисемейная за счет сильной стрессовой ситуации трансформирует жизненную перспективу семьи [25].

Семья является микросоциумом, в котором формируются личность ребенка, его нравственные качества, отношение к миру, межличностные и социальные связи. Ее системообразующая детерминанта направлена на психофизическое и социальное развитие. В современных исследованиях указывается на важность влияния семейного неблагополучия на выраженность нарушений развития ребенка [26]. Нарушения семейного вза-

имодействия негативно влияют на психическое состояние ребенка. В работах отдельных авторов все большее значение придается роли семьи в процессе формирования личности проблемного ребенка, эмоциональному характеру оценок, даваемых родителями своему ребенку, межличностного взаимодействия [18, 19, 22]. Так развитие личности ребенка с ограниченными возможностями подвержено влиянию ряда социальных и эмоциональных факторов, особенно сужению социальных контактов и ограничению социального участия [27].

Личностный рост обусловлен внешними и внутренними детерминантами и характерен для всех слоев населения данной культуры. Суть личностной проблемы ребенка-инвалида находится в плоскости социальной изолированности вследствие жестких оценок сверстников, что способствует формированию закрытости, избеганию общения, формированию негативной оценки о себе [27]. Взрослея, дети-инвалиды осознают свою зависимость от общества здоровых. Осознание экономической зависимости формирует тенденции иждивенчества с отказом от самостоятельности и переносом ответственности на ближайшее окружение. Таким образом, к физическому дефекту присоединяется дефект воспитания, и ребенок не может в полной мере решить задачи своего развития [27].

Личностная беспомощность, как устойчивая характеристика субъекта, является одним из факторов, препятствующим задачам развития и затрудняющим социальную адаптацию исследователями у подростков. Ее психологическими функциями есть манипулятивная, защитная и адаптивная. Для личностной беспомощности манипулятивного типа присуще поведение с отсутствием эмпатии, эмоциональной холодностью, ориентированностью на себя, неуверенность в собственных возможностях, категоричностью в оценках окружающих и игнорированием внутреннего мира окружающих. Защитный тип личностной беспомощности способствует сохранению стабильности самооценки, образа Я и целостности личности путем избегания принятия решений, снятия с себя ответственности. Адаптивный тип личностной беспомощности способствует приспособлению к ситуации и сохранению пассивной позиции через принятие невозможности контроля событий ввиду их высокой интенсивности [28].

Авторы указывают, что на формирование беспомощности у подростков влияют нарушения семейных взаимоотношений: доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, жестокое обращение, противоречивый стиль воспитания, предпочтение в ребенке детских качеств, вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, незрелость родительских чувств, воспитательная неуверенность родителя. Все это поддерживает низкую степень дифференцированности в семье и обуславливает отсутствие у ребенка собственных внутренних ре-

сурсов для решения сложных жизненных задач, чрезмерную зависимость от окружающих. Таким образом, противоречивый стиль семейного взаимодействия актуализирует личностную беспомощность у подростков с защитной функцией, в то время как повышенная моральная ответственность и жестокое обращение – адаптивную функцию личностной беспомощности, а доминирующая гиперпротекция – манипулятивную функцию личностной беспомощности [28].

Фактором, деформирующим личность детей-инвалидов, является неспособность интегрироваться в новую социокультурную ситуацию, что негативно влияет на формирование их мотивационно-потребностной сферы [29].

В связи с переживаниями чувства своей неполноценности у детей- и подростков-инвалидов возникают психогенные реакции, что при варианте гиперкомпенсации реализуется в двух направлениях – пассивном и агрессивно-защитном. Часто выявляется нарушение самооценки в виде дискомфорта среди взрослых и ровесников, ощущении одиночества, недооценки собственных возможностей, личностных особенностей, потребительского отношения [30].

Склонность к невротическим потребностям, как привязанность, одобрение, восхищение и постоянная забота, а также игнорирование мнения окружающих или навязывание своего Я-образа являются частыми защитными реакциями у людей с инвалидностью. Защитная активность личности детей-инвалидов не дает возможности осознать понятие «болезнь» и ее последствий на дальнейшую жизнь. Наблюдается переоценка своих возможностей и недооценка заболевания, что приводит к пренебрежительному отношению к здоровью [30].

Процесс психосоциального развития у детей- и подростков-инвалидов часто бывает нарушен. Негативное самоотношение, чувства неполноценности и ущербности, ненужности ни самому себе, ни ближайшему окружению, ни обществу сопровождаются не только негативным спектром эмоций, но и не дают в полной мере осознать, кто он есть, чего хочет, к чему стремится [27].

У родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, содержательная структура временной перспективы, в частности будущего, представлена спектром амбивалентных позиций – эмоционально насыщенное положительными эмоциями и отрицательными ожиданиями относительно непреодолимых трудностей. Адаптивным ресурсом для такой семьи становится надежда на выздоровление ребенка [32].

У подростков с ограниченными возможностями временная перспектива трансформируется под воздействием защитных механизмов и направлена на хорошее прошлое или на бегство в фантазии [27]. Такие защитные реакции способствуют нарушению временной перспективы, а ее содержательные аспекты смещаются в сторону негативных переживаний [32]. В наибольшей степени для детей-инвалидов характерно изменение

модели будущего, по сравнению со здоровыми детьми, при этом эмоциональная окраска будущего носит негативный характер, а в самой ее структуре определяются противоречивые элементы с сильными защитными реакциями против неудач. Репертуар социальных ролей в большей части не освоенный из-за социальной невключенности и незавершенности социальной идентификации [27, 33].

Таким образом, как видно из анализа научных исследований, содержательные характеристики временной перспективы, ее построение и сбалансированность формируются на этапе детско-родительских отношений, во многом зависят от семейного потенциала, первичной социализации, которая происходит в семье, ее ценностных ориентаций и формирования Я-образа ребенка родителями и старшими членами семьи.

У молодых людей с ограниченными возможностями деструктивными компонентами, которые преломляются через болезнь и инвалидность, являются навязывание социальных ролей как обществом, так и родителями, без учета их реальных возможностей и подлинного «Я», неустойчивостью семейных ценностей. Временная перспектива формируется сквозь призму тяжести заболевания и сложности борьбы с ним с нарушением психологического благополучия и психологической безопасности.

#### Литература

1. Психолого-педагогические особенности семьи XXI века: коллективная научная монография / отв. ред. А. Ю. Нагорнова. – Ульяновск: Зебра, 2016. – 424 с.
2. Кац М. Н. Трансформация сфер супружества, родительства и родства в современной украинской семье (социально-философский аспект) / М. Н. Кац // Ученые записки: эл. науч. журнал Курского гос. универ. – 2012. – №4 (24), Т. 1.
3. Борисенко Ю. В. Специфика культурно-обусловленных ролевых конфликтов в современной семье / Ю. В. Борисенко // Вестник КемГУ. – 2011. – №4 (48). – С. 125–131.
4. Кузьмишина Т. Л. Семейное воспитание: родительские запреты и требования / Т. Л. Кузьмишина. – М., 2006 – 326 с.
5. Левкова Т. В. Суверенность психологического пространства как основа психологического здоровья личности / Т. В. Левкова // Вестник Приамурского гос. универ. им. Шолом-Алейхема. 2010. – № 1-2. – С. 63–67.
6. Македон Т. А. Анализ отношения к семье студентов психолого-педагогического факультета // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2015. – № 48. С. 76–82.
7. Вагапова А. Р. Представления о материнстве/отцовстве и родительские установки у молодежи / А. Р. Вагапова // Известия Саратовского университета. – 2015. – №2 (14), Т.4. – С. 172–178.
8. Хлыбова Е. В. Общевозрастные и специфические особенности процесса социализации подростков 15-17 лет / Е. В. Хлыбова // Среднее проф. образование. – 2009. – №3. – С. 49–51.
9. Пацакула И. И. Психологические аспекты детско-родительских отношений в условиях изменения культурно-исторической среды / И. И. Пацакула // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 3. – С. 8–19.
10. Бесчасная А. А. Ценность детско-родительских отношений в контексте ценности жизни / А. А. Бесчасная // Ценности и смыслы. – 2015. – №3 (37). – С. 121–129.
11. Ширяева О. С. Временная перспектива личности при разных типах оценки среды жизнедеятельности / О. С. Ширяева, Е. А. Навроцкая // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. – 2011. – №2 (18). – С. 108–129.
12. Вартанова И. И. Мотивация и временная перспектива старшеклассников / И. И. Вартанова // Национальный психологический журнал. – 2013. – № 2 (10). – С. 127–133.
13. Киселев М. И. Генезис отношения к детям с ограниченными возможностями / М. И. Киселев // Молодой ученый. – 2012. – № 12. – С. 412–415.
14. Яковлева Г. В. Условия развития одаренности у детей с ограниченными возможностями здоровья / Г. В. Яковлева, О. Н. Кондакова // Сибирский педагогический журнал. – 2012. – № 3. – С. 270–273.
15. Васильева Н. В. Жизненные планы молодых инвалидов: особенности формирования и реализации в современном российском обществе: дис... соиск. науч. степ. кандидата социол. наук: спец. 22.00.04 «Социальная структура, социальные институты и процессы» / Н. В. Васильева. – Москва, 2000. – 155 с.
16. Красильникова Е. Д. Функционирование семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушений психического развития: дис... на соискание ученой степени кандидата психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Е. Д. Красильникова. – Санкт-Петербург, 2013. – 224 с.
17. Никитина О. Ю. Риск социальной дезадаптации семей, имеющих в своем составе детей-инвалидов / О. Ю. Никитина // Вестник ВолГУ. – 2011. – Серия 9, № 9. – С. 126–127.
18. Заборина Л. Г. Базисные убеждения родителей детей-инвалидов в условиях хронического стресса: автореф. дис. на соискание степени кандидата психол. наук: спец. 19.00.13 «Психология развития, акмеология» / Л. Г. Заборина. – Москва, 2008. – 20 с.
19. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.
20. Vert P. Cell death and neurogenesis after hypoxia: a brain repair mechanism in the developing rat / P. Vert, J. I. Daval // Bull. De I Academie nationale de madicine. – 2006. – № 2 (190). – P. 469–481.
21. Полоухина Е. А. Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений: автореф. соиск. учен. степ. кандидата психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психо-

логия» / Е. А. Полоухина. – Санкт-Петербург, 2009. – 24 с.

22. Ткачева В. В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии: уч. пособие для студентов спец. и коррекцион. психологии / В. В. Ткачева. – М.: АСТ, 2007. – 318 с.

23. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. – М., 2004. – 240 с.

24. Котова Е. В. Особенности родительского отношения к соматически больным детям старшего дошкольного возраста (на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: автореф. дис. на соискание учен. степ. кандидата психол. наук: спец. 19.0013 «Психология развития, акмеология», 19.00.04 «Медицинская психология» / Е. В. Котова. – Казань, 2003. – 24 с.

25. Поташова И. И. Современные аспекты психолого-педагогической работы с семьями, воспитывающими ребенка с ограничениями возможностей / И. И. Поташова // Психологическая наука и образование [Электронный ресурс]. – 2001. – № 3. – Режим доступа: [www.psyedu.ru](http://www.psyedu.ru).

26. Московкина А. Г. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье: учебное пособие / под. ред. В. И. Селиверстова. – М.: МПГУ, 2014. – С. 29–33.

27. Краснова О. В. Введение в психологию инвалидности / под. ред. О. В. Красновой. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. – 336 с.

28. Пономарева И. В. Личностная беспомощность подростков из семей с нарушениями взаимоотношений: автореф. дис. на соиск. науч. степ. кандидата психол. наук: спец. 19.00.13 «Психология развития, акмеология» / И. В. Пономарева. – Челябинск, 2013. – 24 с.

29. Баяртуева С. С. Мотивационная сфера личности детей с ограничениями жизнедеятельности школы социальной адаптации детей-инвалидов / С. С. Баяртуева // Вестник Бурятского гос. универ. – 2009. – № 5. – С. 214–219.

30. Иванова В. С. Результаты анализа эффективности профилактической работы с семьей ребенка-инвалида с ДЦП с учетом типа взаимосвязи особенностей коммуникации и отношения родителей к заболеванию ребенка / В. С. Иванова // Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin). – 2011. – №12 (114). – С. 227–230.

31. Никольская И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб.: Речь, 2001. – 507 с.

32. Кулик А. А. Особенности временной перспективы семей, воспитывающие детей-инвалидов / А. А. Кулик // Гуманитарный вектор. – 2013. – № 21 (33). – С. 80–190.

33. Дмитриева Е. Н. Особенности временной перспективы детей и подростков с детским церебральным параличом: автореф. дис. на соискание степени кандидата психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Е. Н. Дмитриева. – Томск, 2008. – 22 с.



УДК 159.922:616.233

## PROTECTIVE STRATEGIES OF THE INDIVIDUAL PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

V. V. Khramtsova

State Institution «Ukrainian State Institute of Medical and Social Problem of Disability  
Ministry of Public Health of Ukraine», Dnipro

### Summary

*Features of protective strategies of the individual of patients defenses of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) were investigated. It has been revealed the prevalence of desadaptation coping strategies. Leading coping were distancing and confrontation. It was determined that the formation of desadaptation strategies contribute to such personal characteristics as individualization and spontaneous aggression. These strategies are supported by immature psychological defenses. Thus, protective strategies of the individual of patients and disabled with COPD, should be studied and assessed at all stages of rehabilitation, to be a basis for the for-*