

Е. В. Гребенникова, О. В. Фирсова

ОСОЗНАНИЕ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ С ДЦП, ИМЕЮЩИХ РАЗНЫЙ УРОВЕНЬ СУБЪЕКТНОСТИ

Показано, что осознание и отношение к болезни у подростков с ДЦП во многом определяются уровнем субъектности. Чем выше уровень субъектности у подростков с ДЦП, тем адекватнее у них представления о своем дефекте, существующих ограничениях и имеющихся возможностях.

Ключевые слова: *здоровье, подросток, субъектность.*

В настоящее время многие психологи рассматривают болезнь как серьезный психотравмирующий фактор, способный вызвать нарушение формирования полноценной личности [1].

О. С. Васильева и Ф. Р. Филатов определяют личность как целостную и самоорганизующуюся систему, включающую семь основных уровней, на каждом из которых может произойти нарушение [2]:

1. Телесных ощущений и реакций.
2. Образов и представлений.
3. Самосознания и рефлексии.
4. Межличностных отношений и социальных ролей.
5. Социокультурной детерминации личности.
6. Экзистенциальных (сущностных) или трансперсональных переживаний.
7. Самоактуализации (самости).

Каждый из уровней системы может выступать в качестве ведущего в определенных ситуациях и на определенных этапах развития личности. Так, например, уровень телесных ощущений и реакций доминирует в первые годы жизни ребенка, а уровень социальных отношений и ролей оказывается значимым в период определения социального статуса личности, в подростковом и юношеском возрасте.

По мнению О. С. Васильевой и Ф. Р. Филатова, сбой на каком-либо уровне вызывает нарушение оптимального режима функционирования остальных уровней и системы в целом.

Формирование личности ребенка в условиях болезни протекает сложно и имеет ряд специфических особенностей. Среди механизмов патологического формирования личности у лиц с физическими нарушениями ведущую роль отводят реакции личности на осознание дефекта, физической неполноценности. Отрицательное влияние на развитие самосознания оказывают такие факторы, как ранняя социальная депривация, неправильное воспитание и своеобразное отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья. Все это обуславливает незрелость эмоционально-волевой сферы, эгоцентризм, повышенную внушаемость ребенка [3].

Как показывает практика, у подростков с ограниченными возможностями здоровья при перехо-

де к самостоятельной жизни отсутствуют навыки социальной адаптации и самореализации. Большинство таких подростков не обладает навыками конструктивных коммуникаций и умением ответственно организовывать свою жизнь. Возможно, что при формировании личности детей с ограниченными возможностями был нарушен принцип равенства субъектных и объектных компонентов [4].

Существует два подхода к пониманию сущности социализации, различающиеся представлениями о человеке и его роли в процессе собственного развития: человек как объект социализации и человек как субъект социализации. В качестве объекта ребенок с ограниченными возможностями является пассивной стороной, на которую направлено воздействие социальных институтов и групп, формирующих его как личность. В качестве субъекта воздействия он, напротив, должен быть активным участником общественных отношений, выступать как самообразующая и самоорганизованная личность [5]. Действуя самостоятельно и избирательно, ребенок с ограниченными возможностями здоровья должен развивать навыки и умения, позволяющие ему приспособиться к социуму. Органичное сочетание в ребенке качеств субъекта и объекта воздействия создает условия для его эффективной социальной адаптации [6].

Проводимое нами эмпирическое исследование было направлено на изучение влияния уровня сформированности субъектности на осознание и отношение к болезни подростков с детским церебральным параличом (ДЦП). Для достижения поставленной цели в течение 2006–2008 гг. на базе реабилитационных центров гг. Томска и Кемерово был проведен эксперимент, в котором участвовали 40 подростков (25 мальчиков и 15 девочек) с ДЦП разной степени тяжести в возрасте от 11 до 16 лет (с сохраненным интеллектом).

Исследование являлось пилотажным и включало три этапа. На первом этапе определяли уровень субъектности у подростков с ДЦП, используя в качестве психодиагностического комплекса [7]:

- 1) проективное сочинение (психодиагностика жизненной позиции);

2) методику Дембо-Рубинштейна (психодиагностика самооценки);

3) методику Д. Рассела и М. Фергюссона (психодиагностика социальной изолированности личности);

4) методику Л. И. Вассермана (психодиагностика социальной фрустрированности);

5) методику И. П. Иванова и Е. Ф. Колобова (психодиагностика жизненных ценностей);

6) методику Дж. Роттера (психодиагностика субъективного контроля).

На втором этапе исследования с помощью диагностической беседы и наблюдения за различными видами деятельности подростков выясняли, как они осознают свой дефект и относятся к нему. На третьем этапе определяли, как уровень субъектности влияет на осознание и отношение к болезни подростков с детским церебральным параличом.

В рамках проводимой работы мы проверили две гипотезы:

1) подростки с ДЦП имеют разный уровень субъектности;

2) осознание и отношение к болезни у подростков с ДЦП определяются уровнем субъектности.

Анализ данных, полученных на первом этапе исследования, показал, что из 40 подростков высокий уровень субъектности имеют 5 подростков, средний уровень – 14 детей, низкий уровень – 17 и очень низкий был характерен для 4-х подростков.

У школьников с высоким уровнем личностной субъектности выявлены реалистичные жизненные цели и планы, осознание способов их достижения, наблюдается интерес к внутреннему содержанию, к интеллектуальным и нравственным сторонам своей личности, имеются успехи в отдельных видах спорта, хорошая успеваемость, общественная работа и др. Данная группа детей имеет низкий уровень социальной изолированности и социальной фрустрированности.

Подростки, имеющие средний уровень субъектности, по многим показателям сходны со сверстниками, достигшими высокого уровня субъектности. Значимые различия отмечены в отношении саморефлексии, постановки реальных целей и способов их достижения. Кроме того, у ребят указанной группы чаще встречается внешний локус контроля и повышенный уровень социальной фрустрированности.

Для подростков с низким уровнем субъектности характерно присутствие защитного или компенсаторного механизма самообмана: занижение идеальных представлений о себе по сравнению со своими потенциальными возможностями. Переживания у них главным образом связаны с повышенным вниманием к своему внешнему виду, т. е. к косметической стороне дефекта. У детей данной группы об-

наружены трудности процесса целеполагания, достаточно высокий уровень социальной изолированности и социальной фрустрированности.

Учащиеся с очень низким уровнем субъектности отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью, плохо привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в быстро изменяющихся внешних условиях, с большим трудом налаживают взаимодействие с неизвестными людьми, боятся высоты, темноты, одиночества. Некоторым респондентам свойственно излишнее беспокойство за свое здоровье и здоровье близких. Чаще такое явление отмечается у подростков, которые воспитываются в семье, где все внимание сосредоточено на болезни ребенка, и малейшее изменение в его состоянии приводит родителей в тревогу. Многие дети обладают повышенной впечатлительностью, чутко реагируют на тон голоса, замечают малейшее изменение в настроении близких, болезненно воспринимают казальсь бы нейтральные вопросы и предложения.

На основании результатов, полученных на втором этапе исследования, были выделены четыре группы подростков, имеющих разную степень осознания и отношения к своему физическому дефекту.

В первую группу вошли подростки (n=11 человек), которые полностью осознают собственный дефект и считают себя инвалидами. Они не могут смириться с фактом наличия болезни и имеют к ней выраженное негативное отношение. Такие дети чувствуют себя неуверенно в общении со здоровыми сверстниками и сознательно ограничивают собственные возможности. У них определенные цели и прогнозы в отношении своего будущего, а собственные нереализованные возможности связывают напрямую с имеющимся дефектом. Для многих подростков этой группы типичным является подавленное настроение, потеря веры в улучшение их состояния. Это оказывает влияние на все сферы жизни и деятельности таких детей, затрудняет лечебную, психолого-коррекционную работу с ними. В некоторых случаях у подростков данной группы наблюдаются тормозные формы поведения, которые носят компенсаторный характер. Они характеризуются замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы; осознанно выбирают такую форму поведения и тем самым пытаются скрыть свои двигательные и речевые нарушения.

Во второй группе находятся подростки (n=19 человек), которые осознают свое заболевание, и такое положение дел их вполне устраивает, так как оно дает возможность манипулировать окружающими. Им свойственно иждивенчество и наличие «выученной беспомощности». У детей данной группы критическое отношение к себе, а также отсутствует объективная оценка своих возможностей. Пережи-

вания физической недостаточности часто начинают занимать «центральное место» в сознании респондентов, негативно влияя на организацию их жизни. Такие отрицательные черты характера формируются и закрепляются у них в значительной степени по причине воспитания по типу гиперопеки, характерному для многих семей, где воспитываются дети с патологией двигательной сферы.

Подростки третьей группы (n=5 человек), наиболее благополучной, осознавая собственный дефект, сравнительно спокойно относятся к своему заболеванию и не лишают себя возможности общаться с нормально развивающимися детьми. У одних это объясняется компенсацией физической недостаточности другими качествами и определенными достижениями, другие полностью понимают последствия заболевания, реально оценивают свои силы и возможности и готовы к преодолению трудностей. Как правило, благодаря целеустремленности и волевым качествам они добиваются успехов в учебе, утверждаются в коллективе здоровых людей. Переживания физической недостаточности мобилизуют их на борьбу с болезнью, на то, чтобы занять полноценное место в социальной жизни.

Подростки, составляющие четвертую группу (n=5 человек), не имеют четкого осознания собст-

венного дефекта. При этом одни излишне самоуверенны, ставят перед собой завышенные задачи и цели, что далеко не всегда ведет к выстраиванию эффективных коммуникаций с социумом и достижению поставленных целей. Другие, напротив, очень неуверенны и беспокойны, особенно в отношении своего здоровья.

Сопоставляя результаты первого и второго этапов эксперимента, можно сказать, что подростки с высоким уровнем субъектности реально осознают свою болезнь, адекватно оценивают свои возможности и реалистично настроены в отношении будущего. Подростки со средним уровнем субъектности осознают болезнь менее реалистично, свои возможности оценивают либо завышая их, либо, наоборот, занижая. Дети, имеющие низкий и очень низкий уровень субъектности, не способны реально оценить недуг, у них отсутствует четкая позиция в отношении себя, своих возможностей и своего будущего.

Таким образом, исследование показало, что осознание и отношение к болезни во многом определяются уровнем субъектности. Чем выше он у подростков с ДЦП, тем адекватнее у них представление о своем дефекте, существующих ограничениях и имеющихся возможностях.

Список литературы

1. Арина Г. А. Тяжело больной ребенок, штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья. 1994. Т. 2. № 4. С. 78–85.
2. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: Издат. центр Академия, 2001. 352 с.
3. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во МГУ, 1987. 168 с.
4. Петровский В. А. Личность в психологии: парадигма субъектности. Ростов н/Д.: Феникс, 1996. 510 с.
5. Мудрик А. В. Социализация человека. М.: Академия, 2004. 299 с.
6. Аксенова Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании. М.: Академия, 2001. 190 с.
7. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. 490 с.

Гребенникова Е. В., кандидат биологических наук, доцент кафедры.

Томский государственный педагогический университет.
Ул. Киевская, 60, г. Томск, Томская область, Россия, 634061.

Фирсова О. В., ст. преподаватель.

Томский государственный педагогический университет.
Ул. Киевская, 60, г. Томск, Томская область, Россия, 634061.

Материал поступил в редакцию 15.02.2011.

E. V. Grebennikova, O. V. Firsova

**AWARENESS AND ATTITUDE TO THEIR DISEASE OF TEENAGERS WITH CEREBRAL PARALYSIS
HAVING DIFFERENT LEVELS OF SUBJECTNESS**

The article illustrates that the level of their subjectness mainly defines the awareness and attitude of teenagers with cerebral paralysis. The higher the level of the subjectness of teenagers with cerebral paralysis is, the more adequate their view of their defect, the existing limitations and the available possibilities is.

Key words: *health, teenager, subjectness.*

Grebennikova Y. V.

Tomsk State Pedagogical University.

Ul. Kiyevskaya, 60, Tomsk, Tomsk Oblast, Russia, 634061.

Firsova O. V.

Tomsk State Pedagogical University.

Ul. Kiyevskaya, 60, Tomsk, Tomsk Oblast, Russia, 634061.