

Психологический портрет больного ребенка

В настоящее время в отечественной науке значительно возрос интерес к психической сфере детей, страдающих различными соматическими заболеваниями. Этот вопрос весьма назрел и в практике, но он слишком сложен, чтобы его можно было быстро и полностью разрешить. Достаточно разнообразны и проявления отклонений психики данной категории детей, и степени ее нарушений. Поэтому вопрос о том, в какой мере и каким образом можно помочь таким детям, все еще не получил должного разрешения.

Контингент часто болеющих детей в детских дошкольных учреждениях составляет от 20 до 59% [Яворская О.В. и др., 1992]. По данным Д.И.Зелинской (1995), в 1993 году в России только 60% дошкольников, 46% младших школьников и лишь 48% подростков (15-ти лет) были практически здоровы. При этом увеличение заболеваемости она объясняет распространенностью хронической патологии (III — IV группы здоровья). В структуре заболеваний преобладают болезни органов дыхания (55,6%), патология нервной системы и органов чувств (9,2%), инфекционные и паразитарные заболевания (7,3%), болезни органов пищеварения (7,2%), травмы и отравления (5,3%) и др.

К сожалению, забота о психолого-педагогической реабилитации больных детей находится на еще совсем начальной стадии. Данный вид реабилитации охватывает все формы систематических воздействий на больного ребенка, существующие в области воспитания и обучения. Однако их применение требует глубокого познания специфики больного человека.

Поэтому основными целями предпринятого автором психологического исследования являются: повышение эффективности форм психической деятельности по присвоению и реализации общественного опыта; развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка как субъекта различных форм социальной, культурной и исторической деятельности.

Предметом исследования является процесс присвоения субъектом общественного опыта в процессе онтогенеза в условиях хронического соматического заболевания (в стадии ремиссии), обусловленный содержанием социального опосредствования и ведущий к появлению психологических новообразований. Одним из таких новообразований является личность человека как "внутренний момент" развития предметной деятельности [Леонтьев А.Н.].

Основным методом исследования процесса присвоения общественного опыта является структурно-генетический подход к онтогенетическому развитию человека, предложенный Л.С. Выготским [1956].

С нашей точки зрения, хроническая болезнь, независимо от ее нозологии, ставит ребенка в совершенно иную — дефицитарную — социальную ситуацию развития, пусковыми механизмами которой являются измененные нормы осуществления его деятельности. Как известно, норма — это явление группового сознания в виде разделяемых группой правил и требований к поведению(деятельности) членов группы с учетом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его.

Больной ребенок в силу наличия недуга вынужден проводить длительное время в домашних условиях, где в большинстве случаев круг общения ограничен до минимума (ребенок-родители). Эта ситуация усугубляется, с одной стороны, тем, что родители выступают в этом случае в особой роли — роли врача, не всегда зная при этом, как можно увидеть перемены, происходящие со здоровьем ребенка, и как ему следует помочь. В большинстве своем родители склонны переоценивать страдания ребенка и, относясь к нему, как к тяжелобольному, фиксируют внимание дошкольника на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения. С другой стороны, испытывая подобное отношение со стороны значимых для него лиц (родителей) и привыкая к нему, ребенок приобретает стереотип "необходимости" подобного отношения и со стороны других лиц социального окружения (воспитатели детских учреждений, учителя школ, сверстники), которые зачастую оправдывают эти ожидания.

Нам кажутся правильными представления В.В.Николаевой и Г.А.Ариной (1995), которые выделяют два вида ограничений, определяющих для больного ребенка новую социальную ситуацию развития: а) ограничение движений, б) ограничение познавательной деятельности. Первое связано с общим недомоганием, постельным режимом. А ведь известно, что двигательная активность является важной формой самовыражения ребенка, а также сильнейшим фактором его развития. Второе ограничение связано с фрустрацией познавательной потребности. Изменения познавательной активности ребенка и — особенно — ограниченность его общения со сверстниками и "ущербность" общения со взрослыми существенно меняют социальную ситуацию развития часто болеющего дошкольника, инфантилизируя его.

Поступление в школу знаменует собой начало нового возрастного периода в жизни ребенка — младшего школьного возраста, ведущей деятельностью которого является учебная. В процессе ее осуществления ребенок под руководством учителя систематически овладевает содержанием развитых форм общественного сознания и умениями действовать в соответствии с их требованиями. Содержание этих форм общественного сознания имеет теоретический характер, и в процессе овладения ими у ребенка возникает теоретическое отношение к действительности, теоретическое сознание и мышление и соответствующие им способности (в частности, рефлексия, анализ, планирование), которые являются центральными новообразованиями младшего школьного возраста (Психическое развитие младшего школьника. М., 1990).

Очевидно, что поступление в школу и связанный с ним новый образ жизни ребенка (новый режим дня, включение в школьный коллектив, новые обязанности, новое положение в семье и т.п.) при наложении на его биологически измененный статус (с учетом психологических новообразований возраста) существенно меняет социальную ситуацию развития младшего школьника. Больной младший школьник чаще сталкивается с затруднениями в собственной деятельности, что вынуждает его чаще анализировать поведение (свое и окружающих его людей), более тщательно планировать предстоящую деятельность и осуществлять более жесткое управление в ходе ее осуществления. Иными словами, происходит более раннее созревание

психических новообразований возраста при редких обострениях хронического процесса или легком течении заболевания. Однако при достаточно серьезном телесном недостатке (что может встречаться при частых обострениях хронического заболевания либо при тяжелом его течении) способности к анализу, планированию и произвольности отодвигаются на второй план из-за выраженности астенического синдрома, что приводит к замедлению развития новообразований возраста.

Известно, что одним из компонентов социальной ситуации развития в условиях болезни [Николаева В.В., 1987] является изменение внутренней позиции больного по отношению к совокупности всех обстоятельств. Нам представляется, что внутренняя позиция больного становится более зрелой в подростковом возрасте и определяет особенности развития личности в более зрелые годы.

У больных подростков ведущую позицию заняли такие цели жизни, как возможность заниматься умственной, но не физической деятельностью; стремление иметь хороших и верных друзей; наличие общественного признания и интересной работы и т.п. В то же время, видимо, будет наблюдаться тенденция к снижению значимости таких жизненных целей, как здоровье.

В качестве средств для достижения целей жизни хронически больные подростки выбирают такие, как правдивость и искренность, умение понять чужую точку зрения и уважать иные вкусы, привычки; чувство долга и умение держать слово, сдержанность, самодисциплина и т.п.

Степень сформированности психологического механизма ценностных ориентации, т.е. умение учащихся производить ценностный выбор на основании вариативности оценки, при определении значимости той или иной ценности у хронически соматически больных старших подростков оказалось более развитой (по сравнению с их здоровыми сверстниками) в силу более частого решения ими "конфликтных" ситуаций, вызванных несоответствием между целями деятельности и условиями их достижения.

Очевидно, что коррекционная работа с часто болеющими детьми должна быть направлена в первую очередь на преодоление порожденной заболеванием критической ситуации в развитии личности, где внутренняя картина болезни (ВКБ)

является основным психологическим новообразованием [Николаева В.В., 1992]. В таком подходе саморегуляция рассматривается как средство, способ преодоления данной критической ситуации.

Из основных выделенных уровней саморегуляции — личностно-мотивационного и операционально-технического [Зейгарник Б.В., 1981] — приоритет в исследованиях по психосоматической проблеме имеет личностно-мотивационный, или личностно-смысловой уровень регуляции [Николаева В.В., 1992; Розова Т.Н., 1991]. Уровень личностно-смысловой регуляции определяется как "особая форма внутренней деятельности, направленная на овладение своей мотивационно-потребностной сферой с целью ее гармонизации". Личностно-смысловая регуляция осуществляется посредством преморбидно сформированной индивидуально-типической системы психологических средств (действий, способов опосредствования), с помощью которых человек путем изменения своего психического состояния трансформирует всю социальную ситуацию развития, снижая ее травматический для личности характер [Николаева В.В., 1992]. В качестве механизмов личностно-смысловой регуляции были выделены защитные личностные механизмы (на примере больных, перенесших инфаркт миокарда [Розова Т.Н., 1991]). Эффективными механизмами, обеспечивающими осознание и активное преобразование жизненной проблемы, явились рефлексия, смысловое связывание, рационализация, изоляция от чувств; менее эффективными явились волевая регуляция, болезненное сравнение себя с другими, а также вытеснение и отрицание.

Учитывая, что внутренняя картина болезни — основной комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, он в ряде случаев может осложнять течение заболевания препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса, а с другой стороны, может стать источником преодоления болезнетворного процесса и связанных с ним психологических последствий. Поэтому внутренняя картина болезни является центральным психологическим образованием, на которое в первую очередь необходимо направлять психокоррекционные воздействия. Коррекционная работа должна быть выстроена по двум направлениям: 1) "снятие" острой отрицательной

реакции на болезнь; 2) формирование адекватных, собственно психологических приемов преодоления болезни. Оба направления предполагают обязательный учет и необходимую коррекцию микросоциума больного ребенка в процессе реабилитации больного ребенка. Источник коррекции представлений больного ребенка о самом себе лежит, с одной стороны, в обогащении его индивидуального опыта новыми знаниями о пределах своих сил, которые бы точно отражали его реальные возможности, а с другой — в улучшении взаимоотношений данного ребенка с окружающими его взрослыми и сверстниками (это предположение было подтверждено в исследованиях М.И.Лисиной и А.И. Силвестру [1983]. При этом связь между частными представлениями ребенка о себе и его целостным образом, вероятно, имеет двусторонний характер: общее определяет частное точно так же, как изменение частного порождает, определяет характерные изменения и в содержания общего образа, т.е. если успех ребенка в отдельной конкретной деятельности апробируется в опыте общения, то он порождает определенные изменения не только в тех представлениях ребенка, которые непосредственно связаны с данной областью деятельности, но и во всем его образе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зейгарник Б.В. Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии// Вестн. Моск. ун-та. Серия "Психология". 1981. № 2. j
2. Зелинская Д.И. О состоянии здоровья детей России// Школа здоровья. 1995. Т. 2. № 2.
3. Лисина М.И., Силвестру А. И. Психология самопознания у дошкольников. Кишинев, 1983.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
5. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического I заболевания: Автореф. докт. дисс. М., 1992.
6. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжелобольной ребенок. Штрихи к психологическому портрету// Школа здоровья. 1995. Т. 2. № 2.
7. Розова Т.Н. Смысловая регуляция деятельности у больных, перенесших инфаркт миокарда: Автореф. канд. дисс. М., 1991.

8. Яворская О.В., Русанова А.Н., Можейко А.В., Колосова А.С. Клинико-социальные аспекты состояния здоровья детей, посещающих дошкольные учреждения// Педиатрия. 1992. № 2.