

Особливості розвитку молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю в системі «батьки–дитина–соціум»

В.В. Храмцова, Ю.О. Гончар, Є.В. Чирва

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпро, Україна

Мета роботи: дослідження взаємовідносин у системі «батьки–дитина–соціум» та виявлення специфіки впливу різних типів сімейного виховання на формування особливостей розвитку молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю.

Матеріали та методи. Обстежено 128 молодих людей зі статусом «дитина з інвалідністю» віком від 18 до 29 років без психічних і когнітивних порушень, які перебували на медико-соціальній експертизі по встановленню групи інвалідності. Згідно з періодизаціями вікових меж та розвитку зрілої особистості пацієнти були розподілені на 2 групи: 81 особа періоду юності (18–22 роки), 47 – молодості (23–29 років), відповідно – середній вік становив $19 \pm 0,35$ і $24,7 \pm 0,38$.

Для дослідження взаємовідносин «батьки–дитина–соціум» були застосовані «Методика діагностики батьківського ставлення А.Я. Варга, В.В. Століна», «Опитувальник міжособистісної взаємодії А. Рукавишнікова» (FIRO-B), «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS26); тест Р. Кеттела, опитувальник ОБЛ, методика міні-мульг (СБОО), багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність»; методики дослідження самовідношення. Оцінка відмінностей розподілу показників для хворих з різними діагнозами проводилася за допомогою t-критерію Стьюдента та рангового критерію Вілкоксона. Наявність взаємозв'язків між показниками встановлювали методами кореляційного аналізу. За оцінку міри залежності двох показників обрали коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Результати. Визначено вплив батьківського ставлення, пов'язаний з порушеннями соціалізації. Найбільшого впливу на формування акцентуацій та порушень у структурі особистості, алекситимії, низької адаптивності, дезадаптацій, вторинної вигоди від захворювання та спрямованості на інвалідність, що порушує здорову інтеграцію молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю у суспільство, має виховання за типом відторгнення та інвалідизації. Надмірна зосередженість батьків на соціальній бажаності сприяє формуванню дефіцитарної поведінки та прагнення отримувати вторинну вигоду від захворювання.

Для молодих людей, які виховувалися за типом відторгнення, були притаманні прагнення до ускладнення симптомів, знижена здатність організувати свою поведінку, що робить її непередбачуваною, невміння планувати майбутні вчинки, зневага до наслідків своїх вчинків, конфліктність. Для молодих людей, які виховувалися за типом інвалідизації, були характерні навмисні ускладнення хвороби, спотворення результатів дослідження, надмірна тривога, яка посилюється при можливості відсторонення близьких; демонстративність та використання хворобливих симптомів для привернення до себе уваги, задоволення своїх потреб та як можливість уникнути неприємних ситуацій соціально прийнятними засобами; ненавмисні антисоціальні дії та підвищена імпульсивність, періодична соціальна дезадаптація. Для молодих людей, які виховувалися за типом гіперсоціалізації, виявлялася нещирість, демонстративність, бажання подобатися оточуючим, прагнення отримувати похвалу, симптоми використовуються задля уникнення небажаних ситуацій. Для молодих людей, які виховувалися за типом соціальної бажаності, були характерні низька тривожність і відсутність депресивних тенденцій, відсутність ригідності афекту, психастенизації та аутизації.

Висновки. Виявлено, що виховання за типом відторгнення та інвалідизації має великий вплив на формування акцентуацій та порушень структури особистості, труднощів у розумінні та висловлюванні емоцій, що сприяє алекситимії; дезадаптивних станів; підкріплення порушень вторинною вигодою від захворювання та спрямованістю на інвалідизацію, що порушує інтеграцію молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю у суспільство. Виховання за типом соціальної бажаності у надмірній формі сприяє формуванню дефіцитарної та надмірної поведінки.

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Храмцова Вікторія Вікторівна, ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпро, Україна. E-mail: usrimspd@i.ua

Стаття надійшла до редакції 11.09.2019 р.

Виховання за типом симбіозу сприяє формуванню у дорослому житті таких труднощів, які підвищують ризик виникнення (й розвитку) неврозів. Виховання за типом відторгнення, інвалідизації та надмірної соціальної бажаності є чинниками, які сприяють прагненню молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю отримувати (й підтверджувати) свій статус у дорослому житті.

Ключові слова:

структура особистості, батьківське ставлення, молоді люди з інвалідністю, адаптивність, ставлення до хвороби та лікування, відторгнення, інвалідизація, гіперсоціалізація, соціальна бажаність, симбіоз, алекситимія, дефіцитарна поведінка.

Зростання кількості молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю, їх прагнення залишатися у цьому статусі, труднощі їхньої соціалізації та інтеграції у суспільство на сьогодні утворюють соціальний феномен, який потребує ретельного аналізу. При цьому окремий аспект проблеми утворює вплив взаємовідносин у батьківській сім'ї на подальше життя молодої людини даної категорії, бо цей вплив позначається на її діяльності, соціальній активності, створенні власної сім'ї тощо. Тому метою наукової роботи стало дослідження взаємовідносин у системі «мати—дитина—соціум» та виявлення специфіки впливу різних типів сімейного виховання на формування особливостей розвитку молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю. Завданнями роботи було дослідження сутності впливу батьківського виховання на формування: структури особистості, порушень емоційної сфери, адаптивності, особливостей ставлення до лікування та міжособистісної взаємодії, як корелятивів розвитку молодих людей зазначеної категорії.

Слід відзначити, що процес соціалізації передсім детермінований колом спілкування дитини, що охоплює сім'ю, ширше — родину та найближче соціальне середовище, в якому існує та взаємодіє сім'я. Ці відносини можуть як стримувати, гальмувати різні аспекти розвитку особистості, так і сприяти йому [1]. Тут необхідно пам'ятати про амбівалентність зазначеної проблематики: з одного боку, йдеться про наявність певних обмежень можливостей соціального спілкування та залежності дитини з інвалідністю від батьків, а з іншого — про емоційний стрес самих батьків, які стикаються з багатьма труднощами як в особистісному, так і соціальному просторі [2].

У сучасних дослідженнях вказується на важливість впливу сімейного неблагополуччя на ступінь порушень розвитку дитини, оскільки сім'я є мікросоціумом, у якому формуються особистість, моральні якості, світосприйняття, міжособистісні та соціальні зв'язки дитини. Її системоутворююча детермінанта спрямована на психофізичний та соціальний розвиток, а пору-

шення у сфері сімейної взаємодії негативно впливають на психічний стан дитини [3].

Досить часто у сім'ях, які виховують дитину з порушеннями розвитку, виявляються спотворення у взаємодії сім'ї із соціумом. Функціонування сім'ї стає дитиноцентроване, що сильно дестабілізує внутрішньо сімейні відносини та визначає центральний розвиток сімейної системи. Роз'єднаність між подружжям, жорстка ригідність сімейних правил і рольових позицій призводять до напруженості та незадоволеності сімейною ситуацією загалом [4].

У цьому контексті доцільно відзначити, що О.В. Краснова, Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь вважають за доцільне розглядати інвалідність як ненормативну кризу розвитку особистості, що призводить до формування нової соціальної ситуації в умовах захворювання та інвалідності. На думку Н.А. Голікова, інвалідизація визначається як новоутворення зі своїм розвитком, яке перешкоджає соціальній взаємодії тим, що пов'язана зі значним зниженням самооцінки, негативним самосприйняттям, соціально-психологічною безпорадністю, позицією утримання, споживацьким ставленням, зануренням у власні проблеми, проявами агресії та відчуження [8].

Одним із важливих аспектів є те, що з дитинства закріплюється модель соціальних відносин через термінологію «інвалід та інвалідність». З раннього дитинства під впливом об'єктивних і суб'єктивних чинників у людини з інвалідністю формується специфічна ідентичність. Згодом соціальна взаємодія у молодих людей цієї категорії починає будуватися через хворобу або дефект, які стають основним аспектом побудови взаємовідносин із оточуючими та закріплюються відповідними моделями ставлення до них з боку суспільства. Ці форми взаємодії з часом розвиваються в характерологічні та поведінкові особливості. Специфіка соціалізації цих осіб визначається особливостями самого захворювання та впливом навколишнього середовища. У цьому процесі також важливу роль відіграє сім'я, мікроклімат якої «здатний» сформувати комплекс неповноцінності й соціальну безвідпо-

Таблиця 1. Кореляційні зв'язки батьківського ставлення та особистісних особливостей молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю

Особистісна особливість	Батьківське ставлення				
	Відторгнення	Соціальна бажаність	Симбіоз	Гіперсоціалізація	Інвалідизація
Агривація	0,36 (r = 0,0005)	—	—	—	0,36 (r = 0,001)
Щирість	-0,28 (r = 0,007)	—	—	0,22 (r = 0,04)	—
Достовірність	-0,29 (r = 0,005)	—	—	—	0,43 (r = 0,000002)
Іпохондричність	—	—	—	—	—
Депресивні тенденції	—	-0,29 (r = 0,005)	—	—	0,23 (r = 0,031)
Демонстративність	—	—	—	0,22 (r = 0,036)	0,23 (r = 0,031)
Імпульсивність	0,35 (r = 0,001)	—	—	0,28 (r = 0,008)	0,44 (r = 0,00001)
Ригідність афекту	0,46 (r = 0,000001)	-0,32 (r = 0,002)	—	0,30 (r = 0,004)	0,51 (r = 0,0000004)
Тривожність	0,31 (r = 0,003)	-0,29 (r = 0,005)	—	—	0,44 (r = 0,00002)
Індивідуалістичність Аутичність	0,33 (r = 0,001)	-0,28 (r = 0,008)	—	0,24 (r = 0,022)	0,40 (r = 0,0001)
Оптимістичність Маніакальність	0,26 (r = 0,013)	—	—	—	0,22 (r = 0,039)

відальність, тим самим створити умови, що сприяють десоціалізації особистості дитини й здатні призвести до неефективної соціалізації.

Матеріали та методи

На базі ДУ «УкрДержНДІМСПМОЗ України» у рамках науково-дослідної теми були обстежені 128 молодих людей зі статусом «дитина з інвалідністю» віком від 18 до 29 років, які не мали психічних захворювань і когнітивних порушень. Усі обстежені проходили медико-експертну комісію по встановленню або подовженню групи інвалідності.

Розподіл хворих за групами був здійснений відповідно до періодизації вікових меж Р. Гаулда, Д. Левінсона, Д. Вейланта та періодизації розвитку зрілої особистості Г.С. Абрамової: 81 особа періоду юності (18–22 роки), 47 – молодості (23–29 років); середній вік становив $19 \pm 0,35$ і $24,7 \pm 0,38$ відповідно.

Взаємовідносини «батьки–дитина–соціум» досліджували за допомогою такого психодіагностичного інструментарію: «Методика діагностики батьківського ставлення А.Я. Варга, В.В. Століна», «Опитувальник міжособистісної взаємодії А. Рукавишникова» (FIRO-B) та «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS 26); особистісних характеристик та відношення до хвороби молодих осіб: тест Р. Кеттела, опитувальник ОБЛ, методика міні-мульб (СБОО), багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність»; методики дослідження самовідношення вивчали смисловий аспект «Я», що виражає особливості внутрішньої динаміки самосвідомості, структуру та специфіку ставлення особистості до власного «Я» та має регулюючий вплив на поведінку людини.

Аналіз проводився методами статистичної обробки інформації. Статистичний опис вибірки

проводили методами первинного статистичного аналізу. Оцінку відмінностей розподілу показників для хворих з різними діагнозами проводили за допомогою t-критерію Стьюдента та рангового критерію Вілкоксона. Вважалося, що розподіли вибірок різняться суттєво, якщо р-значення не перевищувало 0,1. Наявність взаємозв'язків між показниками встановлювали методами кореляційного аналізу. За оцінку міри залежності двох показників обрали коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, який вважали значущим, якщо р-значення не перевищувало 0,1, що й дозволило зробити висновок про наявність залежності.

Результати та обговорення

Визначені основні зв'язки батьківського ставлення та особистісної структури у молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю (табл. 1).

Отже, як бачимо з отриманих даних, для молодих людей, які виховувалися за типом відторгнення, притаманні прагнення до ускладнення симптомів, знижена здатність організувати свою поведінку, що робить її непередбачуваною, невміння планувати вчинки, зневага до їх наслідків, конфліктність; ригідність афекту, що у поєднанні з егоїстичними мотивами призводить до ворожості та злопам'ятності; психоемоційна напруга, постійна готовність до виникнення тривожних реакцій; надмірна індивідуалістичність та хаотична діяльність з можливим зниження мислення у періоди стресових ситуацій.

Для молодих людей, які виховувалися за типом інвалідизації, характерні навмисні ускладнення хвороби, спотворення результатів дослідження, надмірна тривога, що посилюється при можливості відсторонення близьких; демонстративність і використання проявів хворобливих

Таблиця 2. Кореляційні зв'язки батьківського ставлення та особистісних рис молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю

Параметр	Батьківське ставлення				
	Відторгнення	Соціальна бажаність	Симбіоз	Гіперсоціалізація	Інвалідизація
Низький/високий інтелект	—	—	-0,31 (r = 0,004)	-0,38 (r = 0,0003)	-0,23 (r = 0,031)
Слабкість/сила Я	—	0,28 (r = 0,01)	—	—	-0,24 (r = 0,025)
Конформність/ домінантність	—	—	—	-0,30 (r = 0,004)	—
Стриманість/ експресивність	-0,34 (r = 0,001)	0,39 (r = 0,0002)	—	—	-0,41 (r = 0,0001)
Низька чуттєвість/ м'якосердя	—	—	—	—	-0,29 (r = 0,033)
Довірливість/підозрілість	0,22 (r = 0,036)	—	—	—	—
Самовпевненість/ відчуття провини	0,28 (r = 0,009)	—	—	—	0,49 (r = 0,000001)
Низька/ висока зарозумілість	—	0,33 (r = 0,002)	—	—	—
Низька/ висока его-напруженість	0,31 (r = 0,003)	-0,25 (r = 0,021)	—	0,32 (r = 0,003)	0,30 (r = 0,005)
Низька/ висока тривожність	—	-0,25 (r = 0,018)	—	0,25 (r = 0,02)	0,25 (r = 0,02)

симптомів для привернення до себе уваги, задоволення своїх потреб та можливість уникнення неприємних ситуацій соціально прийнятними засобами; ненавмисні антисоціальні дії та підвищена імпульсивність, періодична соціальна дезадаптація; ригідність афекту, особисті концепції; надмірна тривожність, замкнутість і підвищена напруженість при соціальних контактах, вразливість, орієнтація на внутрішні критерії; високий рівень спонукань та активності, який інтерпретується як зовнішня загроза, складнощі у інтеріоризації соціальних норм, періодична дезорганізація діяльності.

Для молодих людей, які виховувалися за типом гіперсоціалізації, виявлялася нещирість, демонстративність, бажання подобатися оточуючим, прагнення отримувати похвалу, симптоми використовуються задля уникнення небажаних ситуацій; труднощі міжособистісних зв'язків, що може порушувати соціальну адаптацію; ригідність афекту.

Для молодих людей, які виховувалися за типом соціальної бажаності, характерні низька тривожність і відсутність депресивних тенденцій, відсутність ригідності афекту, психастенізації та аутизації.

Для молодих людей, які виховувалися за типом симбіозу, визначалась розмитість меж між батьками та дитиною.

Аналіз дослідження формування рис особистості залежно від батьківського ставлення наведений у табл. 2.

Отже, виховання за типом відторгнення більшою мірою було пов'язане із такими рисами

особистості, як стриманість, довірливість, самовпевненість, низька его-напруженість.

Виховання за типом соціальної бажаності пов'язане із такими рисами особистості, як емоційна стійкість, стриманість, реалістичність, формуванням емоційної зрілості, експресивність, висока зарозумілість, розслабленість та стриманість, низька тривожність.

Виховання за типом гіперсоціалізації пов'язане із такими рисами особистості, як незібраність, невміння вирішувати абстрактні завдання, конформність, збудливість і дратівливість на тлі підвищеної мотивації, висока тривожність.

Виховання за типом інвалідизації пов'язане із низьким інтелектом, невротичністю та іпохондричністю, схильністю ухилятися від відповідальності, стриманістю, низькою чуттєвістю, відчуттям провини, збудливістю та дратівливістю на тлі підвищеної мотивації та тривожності.

Виховання за типом симбіозу пов'язане лише із низьким інтелектом.

Визначення психологічної особливості розпізнавання, диференціювання та можливість виражати емоції й розрізняти їх тілесний компонент (індекс алекситимії) та її взаємозв'язків із батьківським ставленням наведено у табл. 3.

Отже, батьківське ставлення та відповідне виховання, а саме відторгнення та інвалідизація, виступають сприятливими чинниками для формування алекситимії у молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю. Трансляція батьками таких почуттів, як злість, роздратування, прикрість, образа, прагнення інфанілізувати, приписування особистої і соціальної неспроможнос-

Таблиця 3. Кореляційні зв'язки батьківського ставлення та алекситимії у молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю

Параметр	Батьківське ставлення				
	Відторгнення	Соціальна бажаність	Симбіоз	Гіперсоціалізація	Інвалідизація
Алекситимія	0,34 (r = 0,002)	—	—	—	0,35 (r = 0,001)

Таблиця 4. Кореляційні зв'язки батьківського ставлення та адаптивність/дезадаптація у молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю

Параметр	Батьківське ставлення				
	Відторгнення	Соціальна бажаність	Симбіоз	Гіперсоціалізація	Інвалідизація
Нервово-психічна стійкість	-0,39 (r = 0,0002)	0,23 (r = 0,035)	—	-0,26 (r = 0,014)	-0,42 (r = 0,00004)
Комунікативні здібності	-0,24 (r = 0,028)	0,27 (r = 0,01)	—	-0,26 (r = 0,016)	-0,29 (r = 0,006)
Моральна нормативність	-0,37 (r = 0,001)	0,23 (r = 0,03)	—	—	-0,29 (r = 0,006)
Адаптаційний потенціал особистості	-0,37 (r = 0,0004)	—	—	—	-0,30 (r = 0,004)
Астенічні стани	-0,3 (r = 0,003)	0,27 (r = 0,012)	—	—	-0,45 (r = 0,00001)
Психотичні реакції	-0,49 (r = 0,0000003)	0,21 (r = 0,05)	—	—	-0,43 (r = 0,0000003)
Деадаптація	-0,42 (r = 0,0001)	0,27 (r = 0,012)	—	—	-0,50 (r = 0,0000001)

Таблиця 5. Кореляційні зв'язки батьківського ставлення та ставлення до хвороби й лікування у молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю

Установка	Батьківське ставлення				
	Відторгнення	Соціальна бажаність	Симбіоз	Гіперсоціалізація	Інвалідизація
На симптоматичне покращення	—	—	—	0,23 (r = 0,036)	—
На отримання вторинної вигоди від захворювання	0,46 (r = 0,00001)	-0,37 (r = 0,0005)	—	—	0,43 (r = 0,00004)
Інша мотивація, зокрема і на інвалідність	0,33 (r = 0,002)	—	—	—	—

ті дитині, стають тим середовищем, у якому контакт (почуття, емоції) стає небезпечним, що сприяє формуванню алекситимічної спрямованості особистості.

Дослідження таких особливостей особистості, як адаптивність і можливість сприятливої соціальної адаптації, наведені у табл. 4.

Отже, батьківське ставлення за типом соціальної бажаності є чинником позитивного впливу щодо компонентів адаптивності — нервово-психічної стійкості, моральної нормативності, комунікативних здібностей та низької ймовірності виникнення дезадаптивних станів.

Виховання за типом відторгнення та інвалідизації є чинниками впливу щодо формування адаптивної некомпетентності, дезадаптивних станів і низького адаптаційного особистісного потенціалу.

Виховання за типом гіперсоціалізації сприяє формуванню емоційної стійкості до стресів та витривалості, вміння спілкуватися, правильного розуміння себе у колективі.

Ставлення до хвороби та лікування є важливим чинником формування особистісних сенсів хвороби, від яких залежить поведінка людини

у ситуації лікування, взаємодії із соціумом, психологічній реабілітації (табл. 5).

Отже, виховання за типом відторгнення сприяє установкам, спрямованим на отримання вторинної вигоди від захворювання та інвалідність; за типом інвалідизації — на отримання вторинної вигоди від захворювання; за типом соціальної бажаності виступає установкою на отримання вторинної вигоди від захворювання як стримуючий чинник.

Аналіз характерних способів соціальної орієнтації щодо інших людей, сформований під впливом взаємовідносин з батьками у дитинстві, та оцінка поведінки у таких міжособистісних потребах, як включення, контроль і афект, їх напрям й інтенсивність, рівень суперечливості міжособистісної взаємодії та батьківського відношення наведено у табл. 6–8.

Ставлення батьків за типом симбіозу формує потребу в реалізації афекту, а саме потребу створювати і підтримувати задовільні відносини з іншими людьми, спираючись на любов і близькі, теплі емоційні контакти, яка була у дитячому віці не задоволена. У міжособистісних контактах це має свій прояв через поведінку, спрямовану

Таблиця 6. Кореляційні зв'язки батьківського ставлення та особливостей міжособистісної взаємодії у молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю

Параметр	Батьківське ставлення				
	Відторгнення	Соціальна бажаність	Симбіоз	Гіперсоціалізація	Інвалідизація
Афект 1	—	—	0,25 (r = 0,017)	—	—
Контроль 2 плюс	—	0,25 (r = 0,046)	—	—	—
Афект 2 мінус	—	-0,41 (r = 0,037)	—	—	—

Таблиця 7. Кореляційні зв'язки суперечливої дефіцитарної поведінки у міжособистісній взаємодії та психологічних особливостей, батьківського ставлення у молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю

Параметр	Складові параметрів	Основні міжособистісні потреби		
		Включення	Контроль	Афект
Особистісні особливості	Ригідність афекту	0,33 (r = 0,041)	—	-0,42 (r = 0,037)
	Демонстративність	—	0,61 (r = 0,037)	0,46 (r = 0,022)
Самовідношення	Самовпевненість	—	—	-0,51 (r = 0,009)
	Самоприйняття	—	—	-0,45 (r = 0,024)
	Самоповага	—	—	-0,44 (r = 0,026)
Батьківське ставлення	Соціальна бажаність	—	—	-0,41 (r = 0,037)

Таблиця 8. Кореляційні зв'язки суперечливої надмірної поведінки у міжособистісній взаємодії та психологічних особливостей, батьківського ставлення у молодих людей зі статусом дитини з інвалідністю

Параметр	Складові параметрів	Основні міжособистісні потреби		
		Включення	Контроль	Афект
Особистісні особливості	Соматизація тривоги	—	-0,35 (r = 0,005)	—
	Депресивність	—	-0,33 (r = 0,008)	—
	Психастенія	—	-0,29 (r = 0,02)	—
Риси особистості	Низьке/високе супер-его	-0,41 (r = 0,021)	—	—
	Консерватизм/радикалізм	-0,41 (r = 0,021)	—	—
	Низька/висока его-напруженість	—	—	-0,32 (r = 0,039)
Адаптивність	Комунікативні здібності	-0,44 (r = 0,014)	0,26 (r = 0,039)	—
Деадаптація	Астенічні стани	—	0,27 (r = 0,037)	—
Самовідношення	Правдивість	-0,43 (r = 0,014)	—	—
	Самовпевненість	-0,44 (r = 0,011)	—	—
	Самокерівництво	-0,35 (r = 0,049)	—	—
	Дзеркальне Я	-0,43 (r = 0,014)	—	—
	Самоцінність	-0,48 (r = 0,006)	—	—
	Самоповага	-0,52 (r = 0,003)	—	—
Відношення до хвороби та лікування	Установка на симптоматичне покращення	—	—	0,3 (r = 0,049)
	Інша мотивація, зокрема і на інвалідність	—	—	0,32 (r = 0,036)
Батьківське ставлення	Соціальна бажаність	—	0,25 (r = 0,046)	—

на емоційне зближення із почуття страху бути емоційно відторгнутим, що реалізує такі типи поведінки, як чуттєво надмірний чи дифіцитарний із порушенням функції наближення-віддалення. Надмірні труднощі в емоційній сфері стають підґрунтям для розвитку неврозів.

Ставлення батьків за типом соціальної бажаності формує найбільші протиріччя щодо взаємодії з оточуючими (йдеться про надмірний контроль і неможливість близьких емоційних стосунків). Протиріччя виникають на тлі значних розбіжностей між поведінкою молодої

людини та вимогами до неї з боку оточуючих, що стає основою внутрішніх конфліктів та неперозуміння.

Отже, ставлення батьків за типом симбіозу сприяє формуванню у майбутньому труднощів, у зв'язку з чим підвищується ризик виникнення неврозів. Протиріччя дифіцитарного типу формуються у неможливості реалізації потреби в афекті та надмірного типу – у надмірній реалізації контролю.

Дефіцитарна поведінка, коли індивід не може прямо задовольняти свої потреби, здебільшого

в афекті, в міжособистісній взаємодії тісно пов'язана з ригідним афектом (страхи щодо недружності оточуючих, зниження мотивації до життя та завзятості у досягненні цілей, розвиток аутизації; слабкі почуття щодо емоційної прив'язаності, дистанціювання з потребою у близьких стосунках), демонстративністю (розбудова поверхневих дружніх зв'язків з усіма, щоб уникнути близького зв'язку з будь-якою однією людиною; домінування у всьому та контроль), зниженням самоповаги, самовпевненості та самоприйняття, відсутністю з боку батьків до дитини довіри, підтримки ініціативи та самостійності.

Надмірна поведінка із прагненням постійно, за будь-яких умов задовольняти свої потреби має свій прояв: 1) у контролі — зі зниженням соматизації тривоги, депресивних тенденцій, психастенізації, зростанням адаптивності з боку комунікативних здібностей та посиленням астеничних дезадаптивних станів, високим рівнем виховання за типом соціальної бажаності; 2) у включенні — з низьким супер-его та консерватизмом, зниженням адаптивності з боку комунікативних здібностей, негативним самовідношенням щодо правдивості, самоповаги, самоцінності, самокритичності, очікуваним ставленням до себе з боку інших людей, самоповагою; 3) в афекті — з низькою его-напруженістю, установкою на симптоматичне лікування та іншою установкою, зокрема й на інвалідність.

Міжособистісна взаємодія не представлена у життєвій перспективі, а залишається чинником вирішення конфліктів дитячо-батьківських відносин.

Конфлікту інтересів немає.

Список літератури

1. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум.— СПб.— 2006.— 940 с.
2. Введение в психологию инвалидности / [под. ред. О.В. Красново].— М.: МПСИ, 2011.— 336 с.
3. Кочарова О.Ю. Психологические особенности матерей, воспитывающих детей-инвалидов / О.Ю. Кочарова, О.М. Филькина, Н.В. Долотова [и др.] // Вестник РАМН.— 2014.— № 5—6.— С. 92—101.
4. Полоухина Е.А. Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений: автореф. соиск. учен. степ. канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Е.А. Полоухина.— СПб, 2009.— 24 с.
5. Зейгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь.— М., 2009.— 169 с.
6. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачева.— М., 2004.— 240 с.
7. Скок Н.И. К вопросу о влиянии на адаптацию ограниченных возможностей здоровья человека / Н.И. Скок // Вестник Челябинского гос. универ.— 2014.— № 3 (342)— С. 120—124.
8. Голиков Н.А. Дети-инвалиды: инвалидизация, интеграция, инклюзия / Н.А. Голиков // Теория и практика общественного развития.— 2015.— № 3.— С. 16—19.
9. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of spoiled identity.— London, 1990.
10. Мехришвили Л.Л. Политика социальной защиты детей (региональный аспект): ...дис. канд. социол. наук: спец. 22.00.04 «Социальная структура, социальные институты и процессы» / Л.Л. Мехришвили.— М., 2000.— 199 с.
11. Савина Л.Ю. Социализация детей с ограниченными возможностями в процессе социокультурной реабилитации / Л.Ю. Савина // Отечественный журнал социальной работы.— 2008.— № 4.— С. 31—39.
12. Варнакова Ю.В. Психологическая помощь семьям, имеющим детей-инвалидов / Ю.В. Варнакова // Материалы конферен. «Современные наукоемкие технологии».— 2010.— С. 99—101.
13. Куличенко Р.М. Проблемы интеграции детей с ограниченными возможностями в общество / Р.М. Куличенко // Вестник ТГУ.— 2011.— № 12 (104)— С. 641—645.
14. Крейн У. Теории развития. Секреты формирования личности / У. Крейн.— СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002.— 512 с.
15. Финькевич Л.В. Диагностика межличностного взаимодействия: психодиагностический практикум / Финькевич Л.В.— Минск: БГПУ им. М. Танка, 2002.— 43 с.
16. Рукавишников А.А. Опросник межличностных отношений / А.А. Рукавишников.— Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 1992.— 47 с.

17. Клиническая психология / [под ред. Б.Д. Карвасарского].— М.: Медицина, 2004.— 553 с.
18. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.Б. Рожанец.— М.: Медицина, 1976.— 186 с.
19. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / [под ред. Г.С. Никифорова].— СПб: Речь, 2001.— 320 с.
20. Пантелеев С.Р. Методика исследования самооотношения / С.Р. Пантелеев.— М.: Смысл, 1993.— 32 с.
21. Статистична обробка даних / [В.П. Бабак, А.Я. Білецький, О.П. Приставка та ін.].— К.: МІВВЦ, 2001.— 388 с.
22. Ферстер Е. Методы корреляционного и регрессионного анализа / Е. Ферстер, Б. Ренц.— М.: Финансы и статистика, 1983.— 302 с.
23. Айвазян С.А. Классификация многомерных наблюдений / С.А. Айвазян, З.И. Бежаева.— М.: Статистика, 1974.— 240 с.

В.В. Храмцова, Ю.А. Гончар, Е.В. Чирва

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», Днепр, Украина

Особенности развития молодых людей со статусом ребенка с инвалидностью в системе «родители–ребенок–социум»

Цель работы: исследование взаимоотношений в системе «родители–ребенок–социум», а также выявление специфики влияния различных типов семейного воспитания на формирование особенностей развития молодых людей со статусом ребенка с инвалидностью.

Материалы и методы. Обследовано 128 молодых людей со статусом «ребенок с инвалидностью» в возрасте от 18 до 29 лет без психических и когнитивных нарушений, которые проходили медико-социальную экспертизу для установления группы инвалидности. Согласно периодизациям возрастных рамок и развития зрелой личности пациенты были распределены на 2 группы: 81 человек периода юности (18–22 лет), 47 — молодости (23–29 лет), соответственно — средний возраст составил $19 \pm 0,35$ и $24,7 \pm 0,38$.

Для исследования взаимоотношений «родители–дети–социум» были использованы «Методика диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина», «Опросник межличностного взаимодействия А. Рукавишников» (FIRO-B), «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS26); тест Р. Кеттелла, опросник ОБЛ. Оценка различий распределения показателей для больных с различными диагнозами проводилась с помощью t-критерия Стьюдента и рангового критерия Вилкоксона. Оценивалась мера зависимости между двумя показателями по коэффициенту ранговой корреляции Спирмена, наиболее информативным показателям Кендалла, Стьюдента и аппроксимации матрицы расстояний, корреляционный анализ.

Результаты. Определены основные связи родительского отношения, связанные с нарушениями социализации. Наибольшее влияние на формирование акцентуаций и нарушений в структуре личности, алекситимии, низкой адаптивности, дезадаптации, вторичных проявлений болезни и направленности на инвалидность нарушает здоровую интеграцию молодых людей в общество. Со статусом ребенка-инвалида в общество должно применяться воспитание по типу отторжения и инвалидизации. Чрезмерная сосредоточенность родителей на социальной желательности способствует формированию дефицитарного поведения и стремление получать выгоду от заболевания. Симбиотические связи создают условия для развития невротического состояния.

У молодых людей, которые воспитывались по типу отторжения, наблюдалось стремление к усложнению симптомов, была снижена способность организовывать свое поведение, что дает непредсказуемость, неумение планировать будущее поступков, пренебрежение к последствию своих поступков, конфликтность. Для молодых людей, которые воспитывались по типу инвалидизации, были характерны намеренное осложнение своих симптомов, искажение результатов исследования, чрезмерная тревога, которая усиливалась при возможности отстранения; демонстративность и использование своих симптомов для привлечения к себе внимания, удовлетворение своих потребностей и возможность избежать неприятных ситуаций социально приемлемым путем; неосознанные антисоциальные действия и повышенная импульсивность, периодическая социальная дезадаптация. У молодых людей, которые воспитывались по типу гиперсоциализации, проявлялась демонстративность с желанием понравиться окружающим, стремление получать похвалу. Для молодых людей, которые воспитывались по типу социальной желательности, были характерны низкая тревожность и отсутствие депрессивных тенденций, отсутствие ригидности аффекта, психастенизации и аутизации.

Выводы. Выявлено, что воспитание по типу отторжения и инвалидизации имеет огромное влияние на формирование акцентуаций и нарушений структуры личности, трудностей в понимании и проявлении эмоций, что способствует алекситимии. Воспитание по типу социальной желательности способствует формированию дефицитарного и чрезмерного поведения. Воспитание по типу симбиоза способствует формированию во взрослой жизни таких трудностей, которые повышают риск возникновения (и развития) неврозов. Воспитание по типу отторжения, инвалидизации и чрезмерной социальной желательности являются факторами, которые способствуют стремлению молодых людей со статусом ребенка с инвалидностью получать (и подтверждать) свой статус во взрослой жизни.

Ключевые слова: структура личности, родительское отношение, молодые люди с инвалидностью, адаптивность, отношение к болезни и лечение, отторжение, инвалидизация, гиперсоциализация, социальная желанность, симбиоз, алекситимия, дефицитарное поведение.

V.V. Khramtsova, Yu.O. Gonchar, E.V. Chirva

SI «Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine»,
Dnipro, Ukraine

Peculiarities of the development of young persons with the status of children with disabilities in the system «parent–child–society»

Objective: to study the relationships in the system «parent–child–society» and to identify the specific impact of different types of family education on the development of life characteristics of young people with a disability child.

The social situation of development primarily involves the circle of communication in system «child–family» and the closest social environment in which the family exists and interacts. These relationships can hold back, hinder some or all aspects of development, and also can help.

Materials and methods. A total of 128 young people with a status of a disabilities child, aged 18–29 years, with no psychiatric and cognitive impairment, who were on a medical and social expertise to establish a disability group, were surveyed. According to periodization of the age framework and the development of a mature personality, patients were divided into 2 groups: 81 people of the youth period (18–22 years), 47 – youth (23–29 years), respectively – the average age was 19 ± 0.35 and 24.7 ± 0.38 .

To study the relationship «parent–child–society» we used the «Methodology for diagnosing parental relationships A. a. Varg, V.V. Stolin», «Questionnaire for interpersonal interaction A. Rukavishnikov» (FIRO-B), «Toronto alexithymic scale» (TAS26); test by R. Kettel. The basis was the research of the parental relationship and its interrelation with personality structure, features of self-awareness and interpersonal interaction, alexithymia, adaptive capabilities and maladaptive states, attitude to the disease. For this purpose, the methods of statistical information processing were used: primary statistical analysis, estimation of differences by Student's t-test and Wilcoxon's rank test, estimation of the degree of dependence between two indicators by Spearman's rank correlation coefficient, the most informative indicators of Kendall, Student and correlation analysis.

Results. The main interrelations of parental relationship related to social abuse are identified. The maximal impact on the formation of accentuations and disorders in the structure of personality depend from alexithymia, low adaptability, maladaptation, secondary benefit from the disease, and disability orientation, which impairs the healthy integration of young people with a disabled child status into society, and from the type of rejection. Parents' excessive focus on social desirability contributes into the formation of deficient behavior and the desire to receive secondary benefit from the disease. Symbiotic relationships create conditions for the development of neurotic disorders. For young people brought up in the type of rejection, there was a tendency to complicate symptoms, reduced ability to organize their behavior, making it unpredictable, inability to plan future actions, disregard for the consequences of their actions, conflict behavior. Young people who were brought up by type of disability were characterized by deliberate complications of their symptoms, distortion of the results of the study, excessive anxiety, which is exacerbated by the possibility of eliminating loved ones; demonstrability and use of their symptoms to attract attention, meet their needs and as an opportunity to avoid unpleasant situations in a socially acceptable way; unintentional antisocial actions and increased impulsivity, periodic social maladaptation. For young people who were brought up in the type of over socialization, insincerity, demonstrative desire to be pleasant for others, desire to receive praise, symptoms were used to avoid undesirable situations. Young people who were brought up by type of social desirability were characterized by low anxiety and lack of depressive tendencies, lack of affective rigidity, psychostenization and autism.

Conclusions. It was revealed that parenting by the type of rejection and disability has a huge impact on the formation of accentuations and violations of the personality structure, difficulties in understanding and manifesting emotions, which contributes to alexithymia. Education on the basis of social desirability contributes to the formation of scarce and excessive behavior. Symbiotic parenting promotes the formation in adulthood of such difficulties that increase the risk of nerves. Education on the basis of rejection, desirability are factors that contribute to the desire of young people with the status of a disability child to receive (and confirm) their status in adulthood.

Key words: personality structure, parental relationship, young people with disabilities, adaptability, illness and treatment, rejection, disability, hypersocialization, social desirability, symbiotic, alexithymia; deficit behavior.