

Патологизирующие типы семейного воспитания

Невротические нарушения в дошкольном и младшем школьном возрасте, относятся к числу актуальных проблем современности. Именно этот возраст часто становится “лакмусовой бумажкой” скрыто протекающих, нарастающих симптомов и синдромов, а также неблагополучных семейных отношений. Проявления невротических расстройств в этом возрасте связаны со школьной дезадаптацией, искажением игровой деятельности, с увеличением требований к ребенку.

Многие отечественные и зарубежные авторы обращают внимание на зависимость душевного благополучия детей от воздействия на них семьи. Изучение теоретических подходов к данной проблеме позволяет охарактеризовать семейные причины возникновения невротических нарушений у детей младшего школьного возраста

А.С. Спиваковская (1988) описывает такие причины как:

- низкая сплоченность и разногласия членов семьи по вопросам воспитания;
- высокая степень противоречивости, непоследовательности и неадекватности;
- выраженная степень опеки, ограничения в каких-либо сферах жизнедеятельности детей;
- повышенная стимуляция возможностей детей, при частом применении угроз и осуждений.

При изучении дисгармонии семейных отношений В.В. Столин (1983) считает, что содержание семейного “Мы” оказывается либо “семейным мифом”, либо псевдорациональным “семейным контрактом”.

В основе семейных конфликтов лежит нарушение понимания друг друга, скрытые отношения взаимозависимости: соперничества, доминантности, защиты и опеки.

В характере взаимодействия супружеских пар, у которых дети имеют невротические нарушения, существуют свои особенности:

- неадекватность взаимного восприятия,
- сниженная согласованность представлений друг о друге,
- преобладание изолированных решений,
- однотипное реагирование на возникающие трудности и различная направленность реагирования.

Зденек Матейчек писал: “Иногда создается впечатление, что отклонения в поведении (человека) и особенности характера - “врожденные”,

на самом же деле так из поколения в поколение передается эмоциональная нищета, неблагоприятная жизненная атмосфера, нездоровые условия развития”.

В исследованиях Е.А. Веселковой были рассмотрены следующие типы нарушений внутрисемейных отношений: исполнительный тип, тип внутренней депривации, директивно-разрешающих отношений, симбиотический и напряженный типы приводящие к различным клиническим формам неврозов у детей и описаны их характерные клинические проявления. Остановимся на каждом из них более подробно:

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТИП СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Происходит замена (или игнорирование) индивидуальных возможностей ребенка на стремление и желание родителей. В результате чего возникает противоречие между необходимостью и желанием. Исчезает истинное детское желание, заменяясь необходимостью: “Будь первым!”, “Будь лучшим!”.

Так как возможности и резервы организма ребенка ограничены, наступает момент диссоциации “должен (надо)” и “могу”, сопровождающийся изменением положительной оценки собственного “Я” на отрицательную. Развитие собственной неудовлетворенности появляется, как результат внешнего требования. Клинические проявления представляют собой вариант оправдания за невозможность желанной реализации. Болезнь определяется внешним конфликтом с окружающими за сохранение чувственной взаимосвязи с близкими. Ребенок принимает решения: “Пусть я буду больным, но любимым”.

Момент перехода психологического конфликта в заболевание связан с фиксацией осознания на собственной неспособности при постоянном требовании результата. Для детского возраста исполнительный тип внутрисемейных отношений характеризуется истощением нервной системы в связи с непосильной (психической, физической или интеллектуальной) нагрузкой, аффективными переживаниями своей неполноценности и несостоятельности, боязнью наказания, чувством стыда и т.д. Все это чаще формируется длительными конфликтами в семье, чрезмерной требовательностью к ребенку или постоянными ограничениями его желаний.

Характерная клиническая картина исполнительного типа внутрисемейных отношений выглядит следующим образом:

- сочетание усталости, пассивности, вялости, сонливости и некоторой психомоторной заторможенности в начальном периоде общения или

первой половине дня, и двигательной подвижностью, суетливостью, отвлекаемостью и истощаемостью внимания, появлением раздражительности эксплозивных реакций и импульсивности в конце дня, а в общении - после периода адаптации.

- выраженная пугливость, плаксивость,
- отмечается ухудшение аппетита,
- расстройства сна, наблюдаются трудности засыпания, ночные кошмары, отрывочного, эпизодического характера,
- нетерпимость к резким звукам, запахам, колебаниям температуры, наличие сопутствующих системных нарушений сопровождающих эту клиническую форму: энурез, заикание,
- сочетание с соматической ослабленностью.

Психотерапия при исполнительном типе внутрисемейных отношений направлена на восстановление удовлетворенности от самореализации как ребенка, так родителей.

ТИП ВНУТРЕННЕЙ ДЕПРИВАЦИИ

Требования ребенка в сопереживании, не замечаются взрослыми. Родители не придают значимости переживаниям ребенка в данный момент времени, Происходит игнорирование чувств и эмоций ребенка. Даже при определении детских чувств возникает частое их обесценивание с родительской или взрослой позиции, сопровождающееся предписанием: “Будь сильным!”. Так возникает конфликт между желаниями и предложениями.

Невроз страхов - это самый быстрый и легкий способ привлечь внимание взрослых к своим переживаниям и в то же время возможность уйти от решения проблем. Именно эта форма невротических расстройств часто является проявлением типа внутренней депривации. Детский способ реагирования не всегда приносит облегчение: может возникнуть страх своих чувств, эмоций и желаний. Для сохранности своей собственной позитивной оценки “Я” у ребенка уже самостоятельно возникает необходимость игнорировать свои чувства, эмоции и желания. В основе этого явления и лежит внутриличностный конфликт.

Клиническая картина невротических расстройств внутрисемейной деформации по типу внутренней депривации у детей 6- 7 лет характеризуется ведущим и определяющим все их поведение синдромом страха.

- приступы (чаще ночных, чем дневных) с тревожным настроением, дрожью, двигательной активностью, соматовегетативными расстройствами,
- сопровождение такими факультативными системными нарушениями как энурез, тики или заикание,
- сочетание с нарушением контакта со сверстниками и взрослыми.

Психотерапевтическое воздействие в данном случае направлено на отреагирование своих чувств и эмоций в сочетании с двигательным освобождением, а также на обучение открыто выражать свои желания. При работе в группе, у взрослых формируются умения слышать, понимать и видеть потребность, желание и эмоции своих детей.

ТИП ДИРЕКТИВНО-РАЗРЕШАЮЩИХ ОТНОШЕНИЙ

Основная проблема заключается в реализации границ внутреннего самоконтроля, как результат деспотичного ограничения, так и при вседозволенности (“Я превышаю границы, потому что не знаю границ”, “Я превышаю границы, потому что они уменьшают мое жизненное пространство”).

Для родителей значимость внешних проявлений ребенка более важна, чем необходимость во внутренней рефлексии. Сохранность личности ребенка, с точки зрения позитивной оценки собственного “Я”, происходит по пути считывания формы реагирования родителей. Предписание “Радуй других” входит в основополагающие факторы существования ребенка и вызывает протест.

Клиническое проявление данного типа внутрисемейных отношений более часто у девочек, чем у мальчиков.

- наличие истерических припадков.
- легкость возникновения конфликтов, обид.
- страх одиночества, темноты, утраты окружающих, страх смерти,
- трудности в освоении рефлексии,

Психотерапия может заключаться в увеличении внутренней ценности как ребенка, так и родителей (“Ты сможешь радоваться себе сам”). Такой подход открывает доступ к ресурсному состоянию.

СИМБИОТИЧЕСКИЙ ТИП ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Невротические нарушения у детей этого возраста возникают в результате потери детьми свободы действий и собственной ответственности за поступки. Взрослые желают полностью решать все проблемы ребенка, не решая свои. Чрезмерная опека и оберегание от всех трудностей заставляют

ребенка определить свое внешнее окружение как позитивное (защищающее и оберегающее), а свою неспособность реализоваться отнести за счет своей неполноценности, что и определяет негативную оценку собственного “Я”.

Возможность реализации своих способностей у ребенка заменяется на процесс “видимой” деятельности, т.е. результат заменяется процессом, который характеризуется следующим предписанием: “Для того, чтобы адаптироваться в этом мире, тебе не надо ничего делать, просто “старайся”. Были выявлены следующие характерные клинические проявления для данного типа внутрисемейных отношений:

- навязчивые движения: учащенное мигание, кусание и облизывание губ, движения головой, подергивание плечами,
- повышенная утомляемость,
- склонность к упрямству, проявляемое в настойчивом нежелании посещать детский сад или школу,
- нарушения сна,
- сопутствует замедленное становление школьных навыков,
- возможно наличие страхов или кошмарных сновидений.

Психотерапевтическое воздействие при данном типе отношений может заключаться в освоении самостоятельности, способности принимать решения и нести за них ответственность для детей, а также обретение чувства свободы и автономности для взрослых.

НАПРЯЖЕННЫЙ (ОСЛОЖНЕННЫЙ) ТИП ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

В основе деформации лежит дефицит ресурсного состояния, ранний конфликт между матерью и ребенком (полное неприятие ребенка или неприятие пола, возраста и т.д.). Области родительских запретов включают запрет на существование, индивидуальность и действия. Любое проявление или действие ребенка обесценивается. Это приводит не только к негативной оценке “Я”, но и обесцениванию внешнего мира. “Да, я плохой, а кто сегодня хорош?”.

Для детей дошкольного и младшего школьного возраста при осложненном типе внутрисемейных отношений характерны следующие клинические особенности:

- наличие разнообразных эмоциональных нарушений,
- сочетание сниженного настроения с тревожностью, капризностью, боязливостью,
- снижение аппетита, уменьшение в весе,

- нарушение школьных навыков или привычных действий,
- сочетание пассивности, заторможенности с раздражительностью и упрямством,
- проявление системных нарушений в виде энуреза, энкопреза.

Психотерапия в данном случае заключается в снятии напряжения, работе с обесцениванием, принятии самого себя и окружающего мира “здесь и сейчас”.

Таким образом, существует прямая зависимость клинических нарушений и отношений в семье детей с родителями. От интенсивности и продолжительности поражения системы отношений зависит стадия течения невротических нарушений. Изучение клинических проявлений этих отношений помогло соединить в психотерапевтический комплекс причины обращения (внешнее недовольство родителей ребенком) с комплексом запретов и разрешений (внутренний конфликт), предъявленных к ребенку как в вербальном, так и невербальном варианте; с проблемами самих родителей (зонами запретов).

Литература

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры.- СПб., 1992.
2. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., 1982.
3. Каган В. Е. Ребенок и психологическое насилие // Бюллетень защиты прав ребенка. СПб., 1994. № 1. С. 13–18.
4. Матейчек З. Родители и дети, СПб- 1998.
5. Соколова Е.В. Хорошие «плохие» дети. Психологическое сопровождение детей с трудностями обучения и адаптации. – Новосибирск.- изд. ИД «Сова», 2004.
6. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. М.-1988.
7. Эйдемиллер Э. Д., Добряков И. В. и др. Семейный анализ и семейная психотерапия. СПб., 2003.