

ВВЕДЕНИЕ

Невротические нарушения в дошкольном и младшем школьном возрасте, относятся к числу актуальных медико-социальных проблем. 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 адаптацией, уменьшением игровой деятельности, и с увеличением требований к ребенку.

Эта книга посвящена анализу нарушения отношений между детьми, родителями и прародителями. В ней подробно рассказывается о методах проведения детских психотерапевтических групп, описана групповая работа с родителями и прародителями. Особое внимание уделяется этапности совместных психотерапевтических групп у детей с невротическими нарушениями и их родителями.

ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМНЫХ ДЕТЕЙ И ИХ СЕМЕЙ

Психотерапия детского возраста имеет свои особенности и представляет собой самостоятельную научную дисциплину. Описание групповой психотерапии у детей с учетом их семейного окружения, можно найти уже в работах В. А. Гиляровского (1938). Он отмечал, что “поскольку невротические расстройства детей находятся часто в прямой связи с нервностью родителей, являющейся источником ненормального отношения к детям, постольку психотерапию нужно начинать с близких, стремясь создать около ребенка более или менее уравновешенную и нетравмирующую его среду”.

Многие отечественные и зарубежные авторы обращают внимание на зависимость душевного благополучия детей от воздействия на них извне. Бесспорно, что ближайшее окружение ребенка - это его семья. Большое внимания в литературе уделяется психологическим проблемам единственного ребенка в семье (В.И. Гарбузов, 1978). У таких детей возникает отрицательное отношение к коллективному образу жизни, формируются чувства страха, вины, беспокойства (А.И. Захаров 1982). Не лучшее положение и тогда, когда ребенок живет “на два дома”, то с родителями, то с прародителями, что приводит к “соломонову синдрому”, т.е. к чувству постоянной раздвоенности (В.С. Манова-Томова, 1981). В настоящее время особенно актуальной стала проблема “психической заброшенности” детей, когда родители заняты своими проблемами: карьерой, конфликтами, здоровьем и т.д. (А.С. Спиваковская, 1988, Э. Ле Шан, 1990). В развитии психологических проблем у детей не последнюю роль играют разводы, а также отсутствие одного из родителей. По данным зарубежных

исследователей (E. Seligman, G.Wallerstein, et al. 1976) отрицательное воздействие на ребенка отмечается вскоре после развода, последствия его становятся более очевидным через год, и влияют на дальнейшую взрослую жизнь. Многие дети болезненно, вплоть до невротических реакций, реагируют на рождение второго ребенка. Если проблемы не решаются внутри семьи, то с возрастом количество и острота конфликтов нарастают.

А.С. Спиваковская (1988) описывает причины возникновения невротических нарушений у детей:

- 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 особенности:

неадекватность взаимного восприятия, сниженная согласованность представлений друг о друге, преобладание изолированных решений, однотипное реагирование на возникающие трудности и различная направленность реагирования. Матейчек, например 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”. Выросшие дети не могут создать благополучную семью, т.к. в детстве они не испытали атмосферы семейного благополучия. “Ребенок будет вести себя так, как ведут себя “его” люди, потому, что он к ним принадлежит и с ними себя отождествляет”.

Родительское программирование ребенок воспринимает по трем причинам:

- оно дает жизни цель, которую в противном случае пришлось бы отыскивать самому,
- дает ребенку приемлемый для его родителей способ структурирования времени,
- ребенку надо показывать как поступать и делать те или иные вещи.

Родители, программируя жизнь своих детей, передают им свой опыт, все то, чему они научились (или думают, что научились). Долгосрочная модель всегда предполагает сюжетную линию. И, хотя результат предопределен родительским программированием в добрую или дурную сторону, ребенок может избрать свой собственный сюжет.

Положение ребенка и отношение к нему в семье определяются еще до его рождения. На это могут воздействовать такие факты, как желанность ребенка, приготовленная ему роль в семье (помощник, наследник, последняя радость и т.д.), наличие братьев или сестер, ожидаемый пол ребенка, совпадение родительских мнений относительно уготовленной ему судьбы.

Ранние решения принимаются в ответ на вербальные или невербальные послания родителей, прародителей или других значимых взрослых. Они определяют самооценку ребенка, других людей и жизни в целом.

Цель формирования ранних решений характеризуется важнейшими особенностями:

- решение представляет собой наилучшую стратегию ребенка выжить в мире, который может казаться ему враждебным,
- решения принимаются в соответствии с эмоциями ребенка и его способом

тестирования реальности.

- Родительское программирование начинается в период кормления младенца. На невербальном уровне, в это время уже формируется ощущение благополучия и неблагополучия. Ранний опыт ребенка, в какой-то степени, может помочь предвидеть, кем он станет в будущем: “удачником” или “неудачником”. Через некоторое время у ребенка уже появляются мнения относительно самого себя и окружающих его людей, особенно родителей. Эти убеждения очень часто сохраняются на всю жизнь.

- При анализе и сравнении родительской оценки с субъективной самооценкой ребенка становится ясно, что существуют различия между самооценкой ребенка и оценкой его родителями. При этом оценка родителей:

- направлена на социальное соответствие своим внутренним критериям поведения;
- более категорична в окончательной оценке;
- имеет стереотипы;
- может опережать поступки детей.

Дети из-за соединения собственной оценки и оценки взрослыми их состояния, чаще всего не выделяют проблемы общения с родителями, не обвиняют их в своем состоянии.

Например, ребенок, рассказывая о себе, повторяет слова мамы: “Я часто плачу, обижаюсь”. Тогда как мама обвиняют ребенка: “Он такой капризный, часто плачет и обижается, раздражая меня”.

Это подтверждает то, что родители имеют собственные области внутренних запретов и для изменения состояния ребенка требуется анализ родителями собственных причин беспокойства. Недовольство родителей своими детьми, определяется существованием внутренних слоев собственной неудовлетворенности у родителей. Скрытый смысл родительской неудовлетворенности не осознается взрослыми, носит противоречивый характер и имеет вторичную выгоду.

Например, упрямство ребенка препятствует пониманию родителями собственных проблем, скрытый смысл которых может звучать так:

- “я не потерплю, чтобы мой ребенок принимал решения сам”;
- “в жизни надо рассчитывать только на свои силы”;
- “я так беспомощен, что докажу, что я сильнее” и т. д. При анализе родительского программирования были описаны 12 областей родительских запретов. Они характерны

как для родителей так и для прародителей детей с невротическими расстройствами.

По своему содержанию 12 областей запретов напоминают 12 приказаний, которые выявили Боб и Мери Гулдинг (1985), изучая основы ранних негативных решений взрослых людей. Описанные 12 областей представляют собой факторы родительского воздействия, которые при длительном или интенсивном действии приводят к принятию в данном случае решений невротического уровня (невротического развития личности) у детей. Они более категоричны и вызывают изменения не только личностного характера, но и семейных взаимоотношений, выявляя вторичную выгоду.

Выявлены следующие 12 областей запретов:

1. Запрет на действия. Данный запрет связан с собственным отрицательным родительским или прародительским опытом связанным с действиями, а также желанием избавить от подобного опыта собственных детей. При этом в общении с детьми такие родители постоянно контролируют их действия, готовы сами за них все сделать, достаточны требовательны в своих поступках. Тогда как вне сферы активности ребенка подобные взрослые постоянно колеблются в своих действиях, болезненно переносят изменения ситуации, не могут принять решение. Самый распространенный способ решения конфликта у таких родителей - это уход из ситуации или бездействие.

2. Запрет на успех. Подобный запрет характерен для родителей, которые имели сложный, компромиссный путь к успеху, или не добились своей цели несмотря на все возможности и затраты, образовав "порочный круг" своего успеха. Чаще невербально такие родители говорят: "Ну куда ты лезешь!" Наиболее экстремальной является ситуация конкурса или экзамена, в этом случае состояние напряжения обостряется до крайности. Все ставится на карту, вовлекая ребенка в непосильные психологические условия. *Все подчинено цели, без учета желаний и возможностей.* В крайних случаях ситуация выхолащивается, не подразумевая никаких иных решений.

3. Запрет на чувства. Родители, передающие такой запрет, настойчивы в подавлении чувственности своих детей, т.к. уверены, что любое их проявление является слабостью и ведет к неудаче. Чаще встречается не тотальное ограничение любой чувственности, а запрет на определенное чувство. Например, запрет на чувство страха, агрессии, голода или холода. Это может сопровождаться следующими высказываниями родителей: "Мальчики не плачут. Будь смелым!", "Мне холодно, одень свитер!", "Я голодна, что ты будешь есть?". Скрытый смысл запрета часто заключается в невербальном послании: "Не чувствуй как ты, чувствуй как я". При высокой степени запрета родители накладывают подобный запрет чувственности не только на своих детей, но и на самих себя. В таких случаях необходимо исключать психическую

патологию.

4. Запрет на близость. Данный запрет можно выразить посланием “Держи дистанцию!” Он связан с нарушением коммуникации, когда родителям не хватает времени уделять внимания своему ребенку. Они заняты работой, карьерой или собственным здоровьем, при этом часто уезжают в командировки, попадают в больницы. Подобный запрет принимается ребенком при смерти родителей. Возможны крайние варианты родительского поведения. Такие родители подозрительны и насторожены в общении с окружающими, с детьми могут применять физическое наказание, грубо оскорблять и обманывать их, или использовать в своих целях. Если постоянно отказывать в общении или манипулировать ребенком, то возникает запрет на близость, который сопровождается решением: “Для того, чтобы защититься, чтоб не испытывать боль отказа, я буду держаться от тебя подальше”.

5. Запрет на принадлежность. Этот запрет отражает несостоятельность в принятии законов единства общества, в постоянном утверждении своей особенности, с большими затратами на доказательства. Вербально родители говорят своим детям: “Ты не можешь этого сделать, ведь ты...”. Запрет на принадлежность может противопоставлять не только личность обществу, а и профессию, национальность; сословие всему остальному. “Что ты делаешь, ведь у тебя отец...”, “Вспомни, кто ты!” Внешне у родителей это проявляется в нарушениях навыков коммуникации, замкнутостью и недовольством окружающими. Выработывая у своих детей запрет на принадлежность, родители убеждают себя в постоянстве личности ребенка. “Ты такой упрямый, как все евреи”. Часто родители, передавая этот запрет, делают своего ребенка “козлом отпущения” или переносят на него свое ощущение одиночества.

6. Запрет на мысли. Данный запрет передают родители, которые сомневаются в умственных способностях детей, обычно за этим стоит собственная их несостоятельность или они игнорируют индивидуальность мыслительного процесса ребенка (“Он думает не так ... как я”). Такие родители торопят с решением умственных задач и никогда не удовлетворяются результатом логических рассуждений ребенка, вербально оценивая их как: “Да... Ну, ты умник”. В критических ситуациях родители, передающие такой запрет, сами решают удачно проблемы только с помощью эмоций или чувств.

7. Запрет на здоровье. Подобный запрет передается родителями, которые убеждены, что ребенком стоит заниматься только тогда, когда он болен. Это может происходить на сознательном или бессознательном уровне. Многие родители ищут соматические или психологические проблемы здоровья у своего ребенка, чтобы оправдать свои нереализованные мечты и планы в отношении ребенка. “Вы ведь знаете, какой это слабенький, болезненный ребенок,” - говорят они своим знакомым или родственникам. Часто родители сами демонстрируют подобную форму поведения в соответствии с данным запретом. Они начинают болеть, когда стрессовая ситуация обостряется или затягивается.

8. Запрет на активность. Родители, передающие подобный запрет, обладают контролируемостью своих эмоций и поступков. При этом у них хорошо развито чувство родительского предназначения, и любая активность со стороны ребенка воспринимается как угроза собственного смысла. “Ты еще маленький”, “Вот когда вырастешь...”, “Это только для взрослых” - это тот набор вербальных выражений, которыми родители сопровождают свой запрет. По результатам нашего исследования

данный запрет был характерен для матерей, воспитывающих своего сына самостоятельно, и для родителей, у которых дети появились поздно, а также для младших детей в семье. Для данного запрета наиболее важен процесс взросления. Он передается как угроза всем детским желаниям и фантазиям, возможности проявления эмоций и чувств и усиливается страхом принятия решений, ответственности и социальных препятствий.

9. Запрет на пассивность. Данный запрет характерен для родителей, которые сами чувствуют себя детьми и имеют в прародительском звене строгих, решительных родителей. Такие родители живут в мире собственных чувств и эмоций, поэтому часто попадают в конфликтные ситуации, влюбляются, меняют работу, не неся ответственность за свои поступки. По результатам нашего исследования запрет на пассивность передается согласно статистической достоверности различий чаще старшим детям в семье или единственному ребенку. Характерны и семейные ситуации предразвода и развода, а также частых семейных конфликтов. При постоянно напряженной обстановке в семье ребенок довольно рано может принять решение: “Это я во всем виноват, я много себе позволяю”. Что соответственно сказывается на повышенной ответственности, не умении радоваться, проявлять свои эмоции, получать удовольствие от игры. Вербально родители сопровождают свой запрет выражениями: “Ты уже большой, чтобы...”, “Не будь ребенком!”, “Ты что, маленький!”.

10. Запрет на индивидуальность. Такой запрет вырабатывается у родителей, которые вынашивают образ “идеального ребенка”, а затем сравнивают с ним своего собственного, постоянно находя несоответствия. Недовольство родителей может выражаться глобально: в появлении мальчика, когда ждали девочку (“Лучше бы ты был девочкой”) и в раздражении по поводу определенных навыков или качеств. Часто родители выражают через ребенка свое недовольство супругом или другими родственниками. “Ну ты - вылитый отец”. Такой перенос быстро принимается детьми. “Это я, как бабушка”. Часто за передачей данного запрета родители несут ощущение собственной неполноценности, желание ориентироваться на окружающих для подтверждения своей значимости.

11. Запрет на лидерство. Родители, которые передают подобное послание постоянно говорят своим детям: “Будь скромнее!”, “Не высовывайся!”, “Как тебе не стыдно, тебя же все видят!” Невербально их поведение подтверждает послание “Не будь первым, это плохо кончится”. В большинстве случаев в нашем исследовании у детей с невротическими нарушениями родители передающие данный запрет, претендовали на лидерскую позицию. В этом случае родители своим поведением доказывали ребенку следующее: “Я буду терпеть тебя, малыш, пока ты не поймешь что ты и твои желания здесь ничего не стоят”. Любовь и защита была обеспечена ребенку только тогда, когда он отказывался от своих лидерских способностей.

12. Запрет на существование. По нашим наблюдениям этот запрет наиболее часто передается с помощью эпиграмм т.е. из поколения в поколение. Накал невербальных посланий велик за счет неудовлетворенности, нереализованности родителей. Причину всех своих неудач они видят в ребенке. “Если бы не беременность я бы закончила институт”, “Если бы тебя не было, я бы...”. Наиболее частое вербальное выражение этого запрета заключается в следующих фразах: “Я убью тебя за это!”, “Лучше бы ты не родился!”, “Чтоб тебя не было на этом свете!”. Крайние варианты данного запрета сопровождаются грубостью и жестокостью по отношению к своему ребенку.

Данные запреты при длительном или интенсивном воздействии приводят к принятию решений невротического уровня.

НАРУШЕНИЕ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

При анализе отношений в семьях, которые обратились за помощью к психотерапевту были выявлены типы деформации отношений в системе “прародитель - родитель - ребенок” приводящие к различным клиническим формам неврозов у детей.

Все клинические проявления невротических расстройств имеют свои характерные особенности взаимоотношений между родителями, прародителями, детьми. Были выявлены типы нарушений внутрисемейных отношений: исполнительный тип тип внутренней депривации, директивно-разрешающих отношений симбиотический и напряженный типы.

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТИП СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Для этого клинического типа по данным нашего исследования была характерна следующая деформация системы “родитель-ребенок”:

1. 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!”.

2. 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.

3. 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”.

4. 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 и своей неполноценности и несостоятельности, боязнью наказания, чувством стыда и т.д. Все

Проблемный ребенок

Автор: Елена Веселкова

это чаще формируется длительными конфликтами в семье, чрезмерной требовательностью к ребенку или постоянными ограничениями его желаний.

Была описана характерная клиническая картина исполнительного типа внутрисемейных отношений:

- 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 (так называемая раздражительная слабость) 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 и прародителей.

Клинический пример 1

Жанна М., 7 лет. Ученица 1 класса гимназии. Родители обратились за психотерапевтической помощью их беспокоило состояние дочери. Девочка жаловалась:

- на постоянные головные боли в конце дня;
- начал раздражать шум;
- стала обидчивой, возбудимой дома;
- на школьных занятиях пассивна, безинициативна;
- нарушился сон, засыпает с трудом.

Первоначально за консультацией к психиатру обратилась бабушка, которая хотела развить интеллектуальные способности внучки и гипнотически воздействовать на ее характер.

Из анамнеза: до года перенесла ОРЗ. Из детских инфекций болела паротитом и корью. С 3 лет посещала детский сад, адаптировалась быстро. Первое время активно участвовала во всех утренниках, имела много подруг, была активна, дружелюбна. С 3 лет стала посещать школу искусств, где рисовала, пела, изучала английский язык. В возрасте 3 лет пыталась рисовать левой рукой. Была обучена рисовать, а затем и писать “правильно” правой. В 6 лет из семьи ушел отец, в этом же году стала посещать дополнительно музыкальную школу по классу фортепиано, часто болеть простудными заболеваниями. Плохо переносит транспорт, шум. В школу пошла с 7 лет, в специализированный класс с английским уклоном. Занимается с 8 до 4 часов дня, затем музыкальная школа, где занятия каждый день (инструмент сольфеджио, хор). Последнее время стала вялой. Со слов материй “Ничего не хочет делать, только бы сидела и смотрела в окно”.

Поведение ребенка во время консультации. В кабинет вошла спокойно, села на край стула, опустив голову. Во время рассказа мамы и бабушки сидела тихо, покачивая головой в знак согласия со всеми обвинениями.

Двигательно и эмоционально напряжена. Боится выразить свои желания и чувства, сделать что-нибудь не так. Речь бесцветная, вялая. Во время беседы нервно кашляет. Настроение снижено. Показатели интеллектуального обследования при первой встрече неравномерно снижены. Теряется в ответах, забывает знакомые слова. Не может определить, чего она хочет. Пишет правой рукой, медленно. Почерк неровный. Страхи отрицает, хотя засыпает медленно. Рассказала о том, что учится в английской школе. Боится опоздать на урок, получить плохую оценку. Заниматься в музыкальной школе не хочет, мечтает стать балериной. В конце 4 урока устает, начинает болеть голова. Последнее время стала ссориться с бабушкой, мамой и подружками. Часто без причин плачет. Критика к своему состоянию сохранена. Собой не довольна.

Проведенный анализ наблюдений клинического примера иллюстрирует все выявленные закономерности деформации системы “прародитель -родитель-ребенок”, которые соответствуют исполнительному типу внутрисемейных отношений.

Рассматриваемая семья неполная, отец ушел после развода год назад. Инициатором развода, по мнению матери, была бабушка, которая сама разошлась с мужем, когда дочери было 10 лет. Причину несчастья своей дочери (матери обследуемой) она видит в неудачном браке. “Она была такая способная, если бы не этот...”. Внучку любит, хотя считает, что “она вылитый отец, и такая же ленивая”.

В результате анализа семейных отношений, были описаны зоны родительских запретов:

- мать девочки из собственного опыта передает информацию о том, что в жизни можно добиться успеха только тогда, когда будешь главной. “Будь первой”: - звучит жизненный девиз, который передает мать. Это подтверждается и запретом, который передается вербально - “Не будь пассивной”. Также мать передает программу действий, определяющую запрет на свободу и отдых. “Вот так надо много работать и не уметь отдыхать”. Невербально поощряется склонность к утомляемости, истощаемости и соматической ослабленности, как способ ухода из тупиковой ситуации

- отец своей формой поведения (уходом из семьи) демонстрирует запрет на близость. В связи с высокой степенью конфликта, этот запрет передается вербально и невербально. “Любить надо на расстоянии”, “Вот как надо любить, чтобы остаться одиноким”, “Чувствуй, люби, но не подходи близко”.

- бабушка представляет собой значимую фигуру в формировании решений ребенка. Ее родительские послания передают противоположные запреты “Не делай успехов”, “Не принадлежи”. Программа действий подробно описывает ее собственный опыт: “Вот как надо много работать, чтобы стать несчастной”.

Содержание запретов и их противоречивость со стороны родных послужили причиной возникновения заболевания ребенка: “Мой проигрыш может простить только болезнь!”

Степень давления со стороны матери усилилась после развода, определяемая

собственными желаниями: “Я докажу, что я могу прожить одна и воспитать такого ребенка”, “Я буду отличаться в этом мире тем, что у меня гениальный ребенок”. Эти желания восполняли собственную неудовлетворенность, игнорируя желания и возможности ребенка.

После проведенного комплекса психотерапевтической коррекции девочка была переведена в обычную школу, состояние нормализовалось, бабушка уехала к своей старшей дочери, отец вернулся в семью.

ТИП ВНУТРЕННЕЙ ДЕПРИВАЦИИ

Данная патология имеет следующие особенности взаимоотношений в системе “прародитель -родитель-ребенок”.

1. Возникает конфликт между желаниями и предложениями. Требования ребенка в сопереживании, включенности в его внутренний мир для решения проблемы жизни и смерти, смысла и цели, не замечаются взрослыми. Родители не придают значимости переживаниям ребенка в данный момент времени, зачастую из-за невозможности ребенка в этом возрасте выразить свои ощущения.

2. Происходит игнорирование чувств и эмоций ребенка. Даже при определении детских чувств возникает частое их обесценивание с родительской или взрослой позиции, сопровождающееся предписанием: “Будь сильным!”.

3. 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.

4. 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 6-7лет характеризуется ведущим и определяющим все их поведение синдромом страха. Для клинического проявления этой формы характерно:

- наличие разнообразных страхов,
- наибольшее количество (в среднем) от 7 до 9 страхов,

Проблемный ребенок

Автор: Елена Веселкова

- протекание в виде приступов (чаще ночных, чем дневных) с тревожным настроением, дрожью, двигательной активностью, соматовегетативными расстройствами,
- усиление кошмарными сновидениями, расширяющими спектр страхов
- 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. В совместных группах дети и родители открывают для себя возможности нового понимания и сопереживания друг другу.

Клинический пример 2

Алеша Я., 6 лет. Посещает детский сад общего типа.

Жалобы родителей при обращении:

- боится спать без света;
- не остается один в комнате, даже днем;
- боится смерти, тени;
- просыпается от кошмарных сновидений, плачет, дрожит;
- долго засыпает;
- страдает энурезом,
- в настоящее время друзей не имеет.

Анамнез: мать - 27 лет, образование среднее, вредных привычек нет. Считает себя по характеру спокойной, уравновешенной. Отец - 32 года, образование среднее. Курит, злоупотребляет алкоголем, лечится от алкогольной зависимости отказывается. Со слов матери по характеру вспыльчивый, конфликтный. Во время алкогольного опьянения агрессивен, драчлив. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

Во время беременности были частые конфликты с мужем, постоянные опасения по поводу здоровья будущего ребенка. Роды протекали нормально. Алеша до года болел редко. Из детских инфекций перенес ветряную оспу в 4 года. Ребенок с рождения по характеру был спокойный, хорошо спал по ночам. Страдал энурезом до 2,5 лет. Легко запоминал стихи, сам их сочинял. Был впечатлительным. В 3 года во время детского спектакля, испугавшись Бабы-Яги, залез под кресло и стал громко плакать. С 4 лет стал сочинять страшные истории. Однажды рассказал, что в подвале лежит мертвый человек. Взрослые вызвали милицию, а все оказалось фантазией. В детский сад пошел с 3 лет без желания, но быстро адаптировался. Привлекал внимание ребят тем, что во время сонного часа рассказывал страшные истории.

Много времени проводил с бабушкой по линии отца, которая проживала вместе с ними. Полгода назад бабушка неожиданно умерла от инсульта в присутствии внука. Смерть переживал неадекватно. Во время похорон не плакал, был замкнут, ничего не говорил. Через месяц появились ночные приступы страха: просыпался в холодном поту, кричал, метался по комнате. Боязнь проявлялась и днем. Страх вызывали тень, шторы. Стал одушевлять предметы. Появился энурез 1-2 раза в неделю. С этим мать и обратилась за помощью к психиатру.

Поведение на консультации. В кабинет вошел быстрой походкой. Заинтересовано поглядывал на игрушки, но попросить их не решался. Мимика и жесты выразительные, живые. Настроение снижено. В контакт вступает легко. Двигательно активный. Словарный запас богатый, образный, метафоричный. Рассказал о том, что он давно боится. "Все из-за того, что отец пьет, а мы мучаемся". Страх появляется чаще перед сном, кажется, что бандиты могут забраться в комнату, или что кто-то в комнате уже есть. Такие ощущения появляются, когда он смотрит на шторы, тени, темные пятна под кроватью. Во время рассказа эмоционально вовлечен в повествование, заинтересован. Рассказал несколько историй о синей руке, черном доме и т.п. После смерти бабушки стал видеть ее во сне, слышать, как она его зовет. Очнувшись от сна, увидел тень, решил, что это бабушка.

Внимание несколько снижено. Мышление в обычном темпе, конкретно-образное, хорошо абстрагирует и улавливает логические связи. Интеллект выше среднего. Галлюцинаций и бредовых идей не выявляет. Легко сочиняет рассказы и сказки с трагическим содержанием. Во время рассказа сам увлекается, забывая о страхе. Во время страшных рассказов других ребят съеживается, пытается спрятаться за других. По психологическому обследованию определяется тревожно-мнительный характер.

Анализируя клинический пример с точки зрения внутрисемейных отношений были обнаружены деформации в системе “прародитель - родитель - ребенок”, которые иллюстрируют тип внутренней депривации.

В данном случае все в семье были заняты своим делом: отец -пил, мать - зарабатывала деньги, бабушка - вела хозяйство. Общение с ребенком со стороны семьи заключалось в формальном уходе. “Главное, чтоб был накормлен и здоров”. Все это привело не только к игнорированию желаний, чувств, но и мыслей ребенка. Поэтому возникновение страха у обследуемого стало не только способом привлечь внимание родителей и всех окружающих, но и возможностью заполнить вакуум общения.

Таким образом, страх вошел в фантазии, сны, определяя вторичную выгоду. Этому способствовали запреты и разрешения, предъявляемые родственниками.

При анализе отношений были обнаружены следующие семейные закономерности:

- Мать передавала ребенку запрет на пассивность, выражаемый в игнорировании возрастных переживаний. “Ты уже большой, чтобы бояться”, “Не будь маленьким”. Обесценивание происходило и на невербальном уровне за счет запрета на чувства: “Не надо этого бояться”, “Это не страшно”. При этом мать, компенсируя неудачный опыт с собственным мужем, передавала следующие послания: “Я работаю, чтобы ты был рядом”, “Не оставляй меня”. Своим стилем жизни (постоянной занятостью, большим количеством работы) мать доказывала, что в этой жизни можно добиться удачи, только если быть сильной. “Будь сильным” - ее девиз. Проявление чувств и сопереживание у матери заменились словами обесценивания.

- Отец из своего ущербного родительского состояния способен был только обесценивать мысли как свои, так и ребенка. “Ты этого боишься?”, “Прекрати сейчас же!” Взрослое состояние отца демонстрировало программу: “Вот как надо ошибаться и всю жизнь об этом жалеть”, “Вот как нежелания делают алкоголиков”. Запрет отца на существование возник в результате вынужденной женитьбы на матери, причиной которой и было рождение ребенка. Особенно выраженное эмоциональное состояние отца во время алкогольного опьянения закрепляло, на уровне невербальных посланий, запрет на чувства, близость, существование.

- Бабушка по линии отца, которая до смерти проживала с родителями ребенка совместно, своими поступками, словами и чувствами демонстрировала драйвер “Будь сильным!”, при этом сочетала его с посланием: “Ты должен примириться с жизнью”.

После смерти бабушки небольшой поток внимания и заботы сократился. Решить проблему смерти ребенку одному оказалось непосильно, возник страх своих мыслей и чувств.

Психотерапия по отношению к ребенку в детской группе заключалась в отреагировании своих чувств и эмоций. Для данного конкретного случая необходимы были дополнительные индивидуальные занятия с ребенком по работе с проблемой смерти.

При работе с матерью (только она из родителей участвовала в психотерапевтических занятиях для взрослых) был найден приемлемый для нее способ понимать желания и чувства как в отношении сына, так и в отношении себя.

Результат был неожиданный. Мать ребенка разошлась с мужем и повторно вышла замуж. Страхи у мальчика прекратились.

ТИП ДИРЕКТИВНО-РАЗРЕШАЮЩИХ ОТНОШЕНИЙ

Этот тип внутрисемейных отношений имеет свои особенности деформации системы “прародитель -родитель-ребенок”.

1. Основная проблема заключается в реализации границ “хочу” (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”).

2. Для родителей значимость внешних проявлений ребенка более важна, чем необходимость во внутренней рефлексии. При этом переносится внутренний конфликт родителя на проблемы ребенка.

3. Сохранность личности ребенка, с точки зрения позитивной оценки собственного “Я”, происходит по пути повторения родительского решения (считываются формы реагирования родителей) за счет выноса внутриличностного конфликта во вне, как при деспотичном отношении, так и при изнеженной обстановке.

4. Имеющееся предписание “Радуй других” вызывает протест, хоть и входит в основополагающие факторы существования ребенка. В результате - осознание ограниченности потока восхищения и разрешенности. Это и служит причиной

порочного круга патологического комплекса.

Клиническое проявление данного типа внутрисемейных отношений при статистической достоверности различий встречается более часто у девочек, чем у мальчиков.

В результате исследования для детей 6-7 лет были выявлены следующие характерные клинические проявления:

- наличие истерических припадков. Ребенок с громкими криками падает на пол, плачет, бьет ногами, руками и головой, выгибается дугой,
- легкость возникновения конфликтов, обид, нарушений поведения в силу вовлеченности личности в патологический процесс. Это меняет ориентацию значимости отношений с окружающими, начиная с близких и кончая незнакомыми,
- фобический компонент включает утрату окружающих: страх одиночества, темноты, страх смерти,
- трудности в освоении рефлексии,
- легкость установления контактов и ориентации в окружающем мире,
- факультативные системные нарушения проявляются в виде энкопреза или элективного мутизма

Психотерапия заключалась в увеличении внутренней ценности как ребенка, так и родителей ("Ты сможешь радоваться себе сам"). Такой подход открывал доступ к ресурсному состоянию.

Клинический пример 3

Варя М., 7 лет, посещает детский сад.

Жалобы при обращении:

Проблемный ребенок

Автор: Елена Веселкова

- постоянные истерики - кричит, топает ногами, падает на пол. Делает это как дома, так и на улице, чаще после конфликтов в присутствии бабушки или мамы;
- не терпит изменения в планах;
- обидчива, особенно по отношению к младшему брату;
- настойчива и требовательна в своих желаниях;
- последнее время нарушился сон, появились ночные истерики;
- ревнует всех к брату, завидует ему, старается сделать ему плохо.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Семья состоит, в настоящее время, из 4 человек. Мать - 29 лет, образование высшее, вредных привычек не имеет. По характеру: временами категоричная, вспыльчива. Отец - 30 лет, образование высшее, вредных привычек не имеет. Со слов матери по характеру спокойный, но принципиальный. Младшему ребенку -1 год, мальчик здоров.

Простудными заболеваниями Варя болела редко, в 2 года на фоне высокой температуры были фебрильные судороги. Детский сад посещает с 3 лет, адаптировалась в течение месяца. С раннего детства была подвижна, эмоциональна. Стремилась привлечь к себе внимание, временами капризничала, упряма. В детском саду была любимицей воспитательницы, постоянно выступала на утренниках, охотно наряжалась. Очень нравилось, когда приходили гости. Из детских инфекций перенесла паротит, ветрянную оспу. Особенно любима была бабушкой по линии отца, который выполнял все ее желания и капризы. По этому поводу были частые скандалы между взрослыми. Два года назад квартиру разменяли, и семья стала жить отдельно от прародителей. После переезда девочка стала грубой, раздражительной. При невыполнении ее желаний могла часами плакать, стучать ногами, отказывалась от еды. Год назад появился брат (долгожданный мальчик). У девочки нарушился сон, стала просыпаться ночью, лежа на кровати, биться головой о стену. Не хочет уходить по утрам в детский сад, кричит, назло родителям говорит “нехорошие слова”, уговоры только усиливают истерику. В детском саду исполнительна, имеет много подружек. Вечером не хочет возвращаться из детского сада. Посещает студию балетных танцев.

Поведение на консультации. В кабинет вошла легкой походкой. Сама назвала свое имя, начала играть в игрушки, рассматривать книжки. В контакт вступает быстро. Движения свободные, подвижна. Лицо выражает заинтересованность. Мимика живая, эмоциональная. Старательно хочет произвести хорошее впечатление.

Словарный запас достаточный. Скрытый смысл пословиц, поговорок и метафор улавливает. Мышление в обычном темпе, конкретно-образное. Память несколько

снижена за счет запоминания. Интеллект соответствует возрасту. Требовательна и инертна в своих желаниях. “Хочу такие же картинки, как у вас. Я давно о них мечтала. У меня будет плохое настроение, когда я уйду от вас, я буду плакать, если у меня не будет таких картинок.” Ответ на ситуации фрустрации первоначально неискренен: “Так поступают все порядочные девочки”.

Поведение на первых занятиях адекватно. Активно включается в игровые процессы, стремится исполнять центральную роль. Затем, во время игровой психотерапии, дает реакцию обиды, уходит в угол, сидит отвернувшись от всех, плачет.

Во время индивидуальной беседы рассказала о том, что дома никто ее не любит, только дедушка, но он сейчас с нами не живет, т.к. поссорился с мамой и папой. Строит фантастические, неисполнимые планы на будущее: “Хотела бы больше всего на свете стать волшебницей, иметь волшебную палочку и жениться на принце.”

В результате анализа наблюдений можно раскрыть механизмы взаимоотношений в семье в системе “прародитель -родитель-ребенок”.

Уменьшение радости и восхищения окружающих по поводу существования дочери в связи с появлением второго ребенка (долгожданного сына) и разменом квартиры привели к изменению отношения к девочке. Ограничений и обязанностей стало больше. От прежней вседозволенности не осталось и следа.

Этому способствовали и личностные особенности родителей и прародителей: дед - психопатизируемая личность, травматического генеза возбудимого круга, “срывался” на всех, кроме внучки. Мать выявляет невротизацию личности. Отец от психологического обследования отказался. В семье были выявлены противоречия в отношениях между родителями и прародителями (конфликт достиг своего апогея при размене квартиры). Это выразилось в разном отношении к девочке:

Мать: “Радуй других! Много работай!”

Отец: “Радуй других! Ты должна выполнять обязанности!”

Дед: “Ты лучше других! Отдыхай, наработаться всегда успеешь!”

Мать на момент обследования относилась к дочери с повышенной критикой, постоянно требуя: “Не бездельничай!”, “Опять бездельничаешь, работай”, “Не будь маленькой” и т.д.

Своим укладом жизни, поступками мать доказывала, что добиться успеха и стать счастливой можно только при одном условии: “Радуй других”. Существовала мощная ориентация на мнение окружающих у матери, сочетающаяся с желанием: “Я докажу, что я сильная”. Кроме этого мать передавала запрет на принадлежность и близость. “У меня слишком мало времени, чтобы любить двух детей”.

Отец девочки также был требователен в своем вербальном выражении: “Ты должна нести ответственность и обязанности”, “Ты уже выросла”. Жизненный принцип: “Радуй других” находил подтверждение в мыслях, действиях и эмоциях отца: “Радуй других и ты добьешься успеха”, “Радуй других вот так...”, “Радуй других, и я тебя буду любить”.

Дедушка (отец отца) передавал противоположные послания: “Отдыхай, играй, наработаться всегда успеешь”, “Ты можешь требовать все!”, “Ты самая лучшая”.

Противоречивость запретов и у родителей и прародителей сформировали конфликт, который усиливался разменом квартир и в эмоциональной конфронтацией.

Ребенок является “заложником” разрешения конфликта взрослых, вступает в противоречие с внешним миром.

Психотерапия в данном случае заключалась в обучении ребенка новой форме реагирования в детской группе; в принятии и пониманию друг друга, родителями,

матерью и дедом во взрослой группе, обучению тактичному вниманию “поглаживаниям” друг друга на совместных психотерапевтических занятиях.

Состояние девочки и отношения в семье нормализовались.

СИМБИОТИЧЕСКИЙ ТИП ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Симбиотический тип имеет свои особенности в системе “родитель - ребенок” и “прародитель - родитель - ребенок”, основанные на следующих положениях:

- Невротические нарушения у детей этого возраста возникают в результате конфликта в системе “родитель-ребенок” из-за 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”.

- Ограниченность в результате родительского воздействия вызывает внутренний протест, проявляющийся в повторяемости внешних и внутренних действий, как реализация внутренней несогласованности и неудовлетворенности. Таким образом, данное недомогание характеризуется внутренним конфликтом с негативной оценкой “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”.

В ходе исследования были выявлены следующие характерные клинические проявления для данного типа внутрисемейных отношений:

- навязчивые движения: учащенное мигание, кусание и облизывание губ, движения головой, подергивание плечами,
- сочетание с повышенной утомляемостью и эмоциональной лабильностью,
- склонность к упрямству, проявляемое в настойчивом нежеланием посещать детский сад или школу,
- имеются нарушения сна,

Проблемный ребенок

Автор: Елена Веселкова

- сопутствует замедленное становление школьных навыков,
- возможно наличие страхов или кошмарных сновидений,
- факультативные системные нарушения - тики.

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

Клинический пример 4

Боря С., 7 лет, ученик первого класса средней школы. Родители обратились за психотерапевтической помощью со следующими жалобами:

- шмыгает носом, подергивает плечами, водит глазами;
- в настоящее время нарушился сон, плачет во сне;
- в школе двигательно подвижен, неусидчив;
- школу посещать отказывается;
- плохо пишет.

Анамнез: мать - 32 года, образование высшее, здорова, вредных привычек не имеет. Считает себя по характеру эмоциональной временами вспыльчивой. Отец - 33 года, образование высшее здоров. Курит. Алкоголем не злоупотребляет. Со слов матери, по характеру спокойный, уравновешенный, к сыну несколько равнодушен. Брат - 15 лет, учится в профучилище, здоров.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

Головку стал держать в месяц, сидеть в 6 месяцев, ходить в год. Первое слово в 10 месяцев, фразовая речь в год.

В год был поставлен на учет в туберкулезный диспансер по поводу положительной пробы Манту. С учета снят через год. В 1,5 года консультировался в клинике Мешалкина по поводу шума в сердце, диагноз не подтвердился. В 2 года перенес операцию по поводу аденоидов. Из детских инфекций перенес паротит в 5 лет. В 2,5 года стал посещать ясли. Долго плакал, отказывался от еды, участился энурез. До 3 лет семья совместно проживала с бабушкой по линии матери, затем разменяли квартиры. В 3 года перенес бронхит. После выздоровления вновь пошел в детский сад, в новую группу. Посещать детский сад отказывался. Именно тогда впервые появились подергивания плечами, шмыганье носом. Данные проявления усиливались после конфликтов, эмоциональных переживаний (например, утренников). В поведении с детьми в детском саду был конфликтен, друзей не имел. На протяжении всего времени детский сад посещал без желания, только в подготовительной группе перестал плакать. Часто болел простудными заболеваниями. С 4 лет стоит на учете у невропатолога по поводу невроза, лечился медикаментозно. Невротические проявления уменьшались после курса медикаментозного лечения, но не исчезали полностью, появляясь после экстремальной ситуации. В 6 лет стал активнее, появилась компания друзей в детском саду. В 7 лет пошел в школу с желанием. Оказался в новом коллективе, т.к. школа была не в том микрорайоне, где детский сад. Не смог адаптироваться, через неделю стал отказываться от посещения школы. В конце сентября, после конфликта с учительницей, вновь появилось стойкое шмыганье носом, подергивание плечами. Традиционное медикаментозное лечение результата не дало. За неделю до обращения подрался с одноклассниками, после этого нарушился сон, ночью во сне кричал, плакал. От посещения школы категорически отказывается. За помощью обратилась мама с желанием перевести сына на индивидуальное обучение.

Из школьной характеристики:

Мальчик активный, двигательно подвижный, с детьми постоянного контакта нет. С программным материалом в настоящее время справляется, имеет некоторые сложности с чистописанием.

Поведение во время консультации. В кабинет заходить не хотел, упирался. Во время рассказа матери постоянно ерзал на стуле, перебирал руками, дергал мать за платье, повторяя: "Пойдем, ну пойдем!". Контакт установился постепенно. В присутствии матери на вопросы не отвечал, со слезами остался в кабинете. В начал беседы на вопросы отвечал односложно, шмыгал носом, подергивал плечами. Во время игры стал активнее, начал рассказывать о себе, подергивание плечами и шмыганье носом уменьшались в зависимости от вовлеченности в игру.

Словарный запас достаточный. Внимание во время первого посещения снижено. Мышление в обычном темпе, конкретно-образное. Память достаточная. Интеллект соответствует возрасту.

После установления контакта рассказал, что подергивать плечами и водить глазами стал после конфликта с ребятами в школе. “Они отобрали у меня портфель и не хотели отдавать. Я стал драться, а меня отвели к директору.” К ситуации в школе с детьми и учительницей на момент обследования относится без должной критики, считает себя “жертвой”, ощущает агрессивность окружающего мира. Со слов обследуемого, подергивания чаще появляются в школе во время контрольных работ или на большой перемене. Считает, что может себя сдерживать. В выходные дни и в каникулы подергивания уменьшаются или прекращаются совсем. Последнее время нарушился сон, плохо засыпает. “О чем думаю, то и снится”. Боится темноты, т.к. пугает брат. “Говорит злобным голосом”. Любит заниматься конструктором.

Взаимодействия в семье в данном клиническом примере были характерны для симбиотического типа взаимоотношений в системе “прародитель -родитель-ребенок”.

Несмотря на то, что семья формально полная, отец от воспитания сына устранился. Взаимоотношения матери и сына представляют собой психологический симбиоз. Мать видит смысл своего существования в воспитании сына, постоянно оберегает, защищает и исполняет все за него. До 3 лет то же самое проделывала бабушка.

При анализе отношений были определены характерные для данного типа взаимодействия запреты.

Как со стороны матери, так и со стороны отца, поведение доказывало - для того чтобы добиться в жизни успеха, любви и силы, надо “Стараться!” (не делать, а создавать видимость деятельности). Один из главных запретов, передаваемых матерью вербально и невербально, является запрет на действия, на принятие решения, на возможность нести ответственность за свои поступки. “Если хочешь, чтобы я тебя любила, не делай этого. Я все сделаю за тебя”. Данные послания закреплялись мощными бессловесными запретами на активность. “Не покидай меня!”

Позиция формального включения отца в семейные дела закрепляла мужскую форму поведения у сына - "Старайся!" Это усиливалось запретом на близость. "Не будь близким, и с тебя не будут требовать".

Взаимодействия с прародительским звеном (совместное проживание с бабушкой) дополнили матрицу отношений новыми запретами: запрет на здоровье и запрет на мысли. "Если хочешь больше внимания и заботы - болей!", "За тебя все решат, не думай!"

При столкновении невозможности ребенком принять решение самостоятельно и повышенной требовательностью к нему привели к невротическим расстройствам.

Психотерапия в данном случае заключалась в обучении ребенка принимать самостоятельно решения и нести за них ответственность; иметь и уметь использовать свободное время. Для родителей: приобретение собственной значимости и внутренней автономности у матери, принятия сына отцом и изменение отношений с бабушкой. Психотерапевтический комплекс принес свои результаты и по продолжительности занял 1,5 года.

НАПРЯЖЕННЫЙ (ОСЛОЖНЕННЫЙ) ТИП ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

В ходе проведенного исследования были определены закономерности взаимоотношений в семье при данном типе:

1. В основе деформации системы "родитель-ребенок" лежит дефицит ресурсного состояния, ранний конфликт между матерью и ребенком (полное неприятие ребенка или неприятие пола, возраста и т.д.),
2. Области родительских запретов включают запрет на существование, индивидуальность и действия,
3. 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?",
4. Неприятие изменяющихся мироощущений "здесь и сейчас",
5. Тип отношений в семье имеет осложненный характер. Для данного возраста в 45% этот тип отношений сочетался с исполнительным.

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”. При запрете на существование необходимо проводить работу по замене личностной истории и формированию ресурсного источника.

Таким образом, существует прямая зависимость клиических нарушений отношений в семье детей с родителями и родителей с прародителями. Каждый тип включает в себя влияние родительских зон запретов на сферы конфликтов детей. Обследуя 160 детей с неврозами (Веселкова Е.А., канд. дис., 1992) нарушения отношений в семье распределились следующим образом:

- исполнительный тип отношений - 21,4%,
- тип внутренней депривации - 31,2%,
- директивно-разрешающий тип - 19,6%,
- симбиотический тип - 10,5%,
- напряженный тип - 7,3%,
- смешанный тип - 10%.

В ходе исследования было установлено, что от увеличения зон запрета, интенсивности и продолжительности поражения системы отношений зависит стадия течения невротических нарушений: реакция, состояние или невротические нарушения.

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) и их взаимосвязи с прародительским звеном.

При этом выявлено, что невротические нарушения у детей 6-7 лет связаны с психологическими комплексами поддержки (ложных связей), как со стороны самих детей, так и их родителей и соответственно имеют различные способы психотерапевтического разрешения.

КОМПЛЕКС ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ИХ СЕМЕЙ ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛЕКСА ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Разработанная система групповой психотерапии базируется на фундаментальных положениях отечественной психотерапии, психиатрии и психологии, главными из которых являются следующие:

Положение, разработанное в теоретической концепции В.И. Мятищева (1960), согласно которому личность является продуктом системы значимых отношений, поэтому эффективная психотерапия и психокоррекция немыслима без включения в процесс лечения как самого ребенка, так и его семьи.

Научная концепция исследований В.Я. Семке (1978), которая рассматривает невротические нарушения как “функциональное болезненное состояние, возникающее и развивающееся в условиях не завершившейся психотравмирующей микросоциальной ситуации, вызвавшей резкое эмоциональное перенапряжение и непреодолимую личностную потребность ликвидировать создавшееся положение” (с.32). Что позволяет психотерапевтическое воздействие (по отношению к детям дошкольного и младшего школьного возраста) направить на удовлетворение личностных потребностей с помощью изменения отношений в системе “родитель-ребенок”.

Организованное Д. Б. Элькониным положение (1978) о том, что коррекционный потенциал игры заключается в практике новых социальных отношений, в которые включается человек в процессе специально организованных игровых занятий.

Положение теоретической концепции личности С. Л. Рубинштейна (1973) о формах психологических контактов между людьми.

Положение теории Л. П. Яцкова (1991) о применении групповой психотерапии как целенаправленном, избирательно-индивидуальном и деятельном воздействии поэтапной психотерапии.

Данный комплекс групповой психотерапии учитывает особенности неврозов у детей дошкольного и младшего школьного возраста, нарушения между прародителями - родителями и детьми.

Система психокоррекционных работ направлена на:

1. Невротические нарушения у детей 6-7 лет,
2. Анализ родительских оценок и отношений к собственному ребенку,
3. Решение родительских проблем в системе "прародитель-родитель - ребенок".

Психотерапевтическая последовательность заключались в следующем:

- диагностическом определении деформации отношений в семье у детей с невротическими нарушениями;
- в переоценке ложных связей, смены стереотипов поведения и форм реагирования;
- в выявлении продуктивного, позитивного прошлого опыта взаимоотношений;
- при необходимости построение новых связей и ресурсных состояний.

Комплекс групповой психотерапии проводился в группах детей с невротическими нарушениями 6-7 лет с их родителями и прародителями. Количество детей в группе, по данным эффективности результатов работы, не должно превышать 10-12 человек, минимальное результативное количество детей в этом возрасте - 5 человек.

Психотерапевтические занятия с родителями включали обязательное участие родителей в групповой психотерапии (что являлось критерием отбора) и проводились как с одним, так и с двумя родителями ребенка. Оптимальный вариант - это работа с двумя родителями, а также живущими совместно прародителями. Хотя присутствие последних, особенно, на первых этапах работы не обязательно. При повторных браках желательно участие в психотерапевтических занятиях приемных отцов или матерей.

Разработанному комплексу групповой психокоррекции предшествовала индивидуальная работа по сбору анамнеза, психологическому обследованию детей и родителей.

Во время сбора анамнеза уделялось особое внимание причинам недовольства детей собой, а также выдвигаемым требованиям родителей и прародителей к ребенку. Обязательно выяснялись желания, мечты, нереализованные потребности и возможности как у детей, так и родителей.

Во время сбора семейного анамнеза уточнялась способность решать "тупиковые", конфликтные ситуации, наблюдаемые у детей, родителями и прародителями.

Психологическое обследование, по данным исследования, целесообразно включать в психотерапевтический комплекс. Это сокращает время первичного обследования и способствует улучшению групповой динамики.

Так, например:

1. ТАТ-тематический апперцепционный тест. При использовании этого теста в психотерапевтической работе использовался вариант, когда ребенок сам выбирает понравившуюся ему картинку, составляет рассказ или инсценирует ее, с помощью группы и психотерапевта. Проигрываются различные новые формы реагирования.

2. Тест неоконченных предложений. В психотерапевтическом блоке эта методика

была использована в виде начала, клинически обусловленного, творческого эпизода (трансового или психодраматического характера), которая начинается психотерапевтом, а заканчивается детьми.

3. Методика изучения фрустрации Розенцвейга (детский вариант).

В психотерапевтическом комплексе методика Розенцвейга использовалась для выявления актуальных фрустрирующих ситуаций и работы с ними. Данную методику, как и взрослый вариант, наиболее эффективно использовать как экологическую проверку произведенной психокоррекционной работы.

В методике изучения фрустрации Розенцвейга (взрослый вариант) существовала особенность при психотерапевтической работе. По этой методике отмечается большая продолжительность в выработке и применении новой тактики поведения у родителей, чем у детей.

Все предлагаемые психологические тесты могут дополняться в зависимости от особенностей детских групп.

При формировании психотерапевтических групп изначально возникает вопрос о возможности работы с разными невротическими расстройствами в одной группе. По нашим наблюдениям, должно существовать определенное соотношение различных клинических форм, которое позволило бы найти однозвучность проблем и в тоже время использовать опыт других участников группы, для которых данная ситуация не является "тупиковой". Таким образом, с учетом того, что детская группа не должна превышать 10 человек, количество детей с одной клинической формой может быть не менее 2 и не более 4 человек. Наличие в группе детей с различными невротическими нарушениями позволяет расширить опыт не только детских, но и родительских отношений.

Длительность психотерапевтических занятий непосредственно связано с клинико-динамическим определением состояния невротических расстройств: реакции, состоянием или невротическим развитием личности. Опираясь на полученные результаты данного исследования, продолжительность лечения должна соответствовать следующим срокам:

- невротическая реакция -1 месяц;
- невротическое состояние - 3 месяца;
- невротическое развитие личности - 1 год.

Стойкость, полученных результатов лечения, обеспечивается поддерживающими психотерапевтическими курсами (группами личностного роста), которые проводятся при:

- невротической реакции: через 1 месяц;
- невротическом состоянии: через 1 и 3 месяца;
- невротическом развитии личности: через 1,3,6 месяцев и год.

Комплекс групповой психотерапии с детьми дошкольного и младшего школьного возраста с невротическими нарушениями проводился в 5 этапов:

1. Групповая психотерапевтическая работы с детьми.
2. Групповые психотерапевтические занятия с родителями и прародителями.
3. Проведение детского группового психотерапевтического тренинга в безмолвном (в качестве наблюдателей) присутствии родителей, с дальнейшим анализом во взрослой группе.
4. Совместная групповая психотерапевтическая работа детей с родителями.
5. Поддерживающий курс коррекционной работы с детьми и их родителями.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ

Стадии течения детских групп

Первый этап заключается в практической групповой психотерапевтической работе с детьми с невротическими расстройствами в закрытой группе, т. е. новые члены в группу не принимаются, работа проходит без присутствия родственников.

На первом этапе групповой психотерапевтической работы решаются следующие задачи:

- выделение “ложных связей” реагирования детей на конфликт,
- определение конфликта в системе “родитель-ребенок” и анализ собственного поведения ребенка,
- раскрытие значимых, новых способов восприятия и реагирования.

Проанализировав работу на этапе детских групп были выделены стадии течения группового психотерапевтического процесса, разработаны терапевтические модальности, а также блоки психотерапевтического действия.

Были выделены следующие стадии детской группы.

Начальная стадия. Это стадия знакомства. Совместно дети и психотерапевт создают обстановку доверия.

Первоначально для этой стадии характерна атмосфера настороженности и напряженности со стороны ребенка. Этот момент является критическим для плодотворности дальнейшего сотрудничества как с детьми, так и с их родителями. Это время для составления психологического контракта.

Составление психологического контракта с детьми, по данным нашего исследования, является важным показателем эффективности и долговечности результатов. Практически он осуществляется в открытом обсуждении детской группой вместе с психотерапевтом намерений каждого члена группы, в том числе и психотерапевта. Часто проблемы, с которыми родители приходят к психотерапевту, не осознаются детьми. В таких случаях не обсуждаются родительские проблемы, работа идет со сложностями отношений в семье и собственной неудовлетворенностью ребенка. Такой опыт работы с проблемами детей помог установить закономерность: наличие осознаваемых одинаковых детских недостатков у детей и родителей говорит о глубокой личностной ущербности ребенка и дисбалансе семейных отношений, тогда как неосознанность своих недостатков ребенком сигнализирует только о нарушении внутрисемейных отношений.

Форма предъявления психологического контракта у детей различна,

Психодраматический вариант. “Я дарю вам свои секреты в обмен на то, от чего вы хотите избавиться”. Модификация “волшебного магазина Морено”.

Игровой вариант составления кодекса или законов группы. “Мы отправляемся с вами в путешествие в новые страны. Люди там живут по разным законам. Сегодня мы побываем в стране, где я ..., а вы ...”. “Давайте придумаем законы этой комнаты, чтобы нам было хорошо в ней жить”.

Трансовый вариант. “Садимся в мягкие, удобные кресла и отправляемся в космический полет. Закрываем глаза. Руки мягкие, расслабленные. Ноги расслабленные, тяжелые. Плечи опущены. На счет 10 мы начнем совершать свое путешествие ... (затем традиционный трансовый ввод). Мы поднимаемся на своем космическом корабле все выше и выше. Вокруг нас звезды, планеты. На каждой планете свои особенности, свои законы. Есть законы для всех планет, для нашего космического мира. Чтобы жить в гармонии с этим миром, давайте решим, что будет делать каждый из нас ...”, и т.д. Идет основная тема занятий. Затем вывод из трансового состояния. “Вы чувствуете свое тело, руки, ноги. Они наполняются силой, бодростью. На счет 3 мы открываем глаза и возвращаемся в комнату...” При трансовом варианте работы каждое занятие начинается и кончается погружением.

Условием составления психологического контракта в психотерапевтических группах у детей с невротическими расстройствами 6-7 лет является состояние игры, открывающее возможность использования любопытства, вовлеченности, озарения, способности совершать новые поступки для освоения новых форм реагирования. Если этой стадии не придавать значения, то психотерапевтические занятия могут кончиться преждевременным прекращением лечения, превратятся в саботаж, или эффект будет непродолжительным.

Во время групповой работы, по результатам исследования, было установлено, что для начальной стадии у детей дошкольного и младшего школьного возраста особенно важен личный контакт каждого ребенка с психотерапевтом. Поэтому даже при совместной работе необходимо индивидуальное общение. При этом необходимо помнить, что каждому ребенку свойственны свои способы выражения в установлении контакта. Так есть дети, которые в начале курса настроены крайне отрицательно, не позволяя психотерапевту проводить психотерапевтическую коррекцию, разрушая отношения доверия. Другая крайность, когда в группе есть дети, которые очень

пассивны, принимают безоговорочно все предложения психотерапевта и не проявляют собственную инициативу. Есть дети, которые хотя и в игровой форме, игнорируют желание психотерапевта, не проявляя при этом враждебности, эмоциональной отстраненности и агрессивности.

Для установления контакта с каждым ребенком возможно первоначальная ориентация ребенка на собственное благополучие, с помощью выработанных стереотипов. Например, для ребенка, ориентированного на успех: “Будь первый!”, можно предложить: “Ты будешь капитаном корабля?”

При негативном отношении к окружающим или отрицательной самооценке возвращение к собственному опыту ребенка позволяет определить значимые, пусковые механизмы поступков для реализации позитивного разрешения.

На этом этапе психотерапевт может оценить готовность ребенка к близости и доверительности, и терапевтическому воздействию.

Стадия конфликтов. Эта стадия характеризуется увеличением роста активности и энергии со стороны детей. Причиной этого часто является проверка дозволенного ребенком в отношениях с психотерапевтом и с группой. Часто на этой стадии происходит как обострение, так и демонстрация внутренних конфликтов самого ребенка и его семьи. Важность этапа заключается не только в установлении границ для детей, которые нуждаются в строгих и четких внутренних ограничениях, но также для облегчения позитивных возможностей для самовыражения детям, чья неуверенность часто мешает адаптации.

Для этой стадии характерны как индивидуальные конфликты (самоутверждения, самореализации), так и групповые конфликты между группировками детей и между детьми и психотерапевтом. Наличие подобных конфликтов говорит о хорошей групповой динамике.

Рабочая стадия. Название данной стадии соответствует психотерапевтической работе - выработке новых решений и способов взаимодействия. Дети и психотерапевт активно их ищут в ходе психотерапевтического тренинга, как в процессе игры, так и во время

анализа своих взаимоотношений. Только на этой стадии ребенок становится менее закрытым и защищенным и может использовать вновь приобретенное чувство доверия для нового стиля ответа (спонтанности, восприимчивости и свободы) в семейных отношениях и нового восприятия себя в мире.

Заключительная стадия. По мере продвижения психотерапевта и детей к заключительной стадии работы наблюдается снижение / интенсивности психотерапевтических отношений. При этом каждый ребенок начинает подтверждать все больше и больше свои возможности вне психотерапевтической группы, решая свои проблемы самостоятельно. Данная закономерность свидетельствует о продуктивности психотерапевтического воздействия.

Параллельно этому может возникать привязанность к ребятам из группы и самому психотерапевту, как участникам новой реализации каждого. При этом отношения выходят за рамки “психотерапевт - пациент”, приобретают дружескую окраску. Подобные взаимоотношения, по нашему мнению, при незаконченном процессе лечения нежелательны, т.к. требуют постоянного подтверждения и приводят к психологической зависимости ребенка от психотерапевта. Хотя в нашем опыте были исключения. Для нас более важным и принципиальным критерием плодотворности психотерапевтического лечения является предоставление возможности ребенку самостоятельно принимать решения, нести ответственность за свой выбор и уметь при необходимости изменить его. Это не значит, что ребенок все будет решать без взрослых или противостоять им. Состояние самодостаточности позволяет расширить доступ к принятию опыта родителей, других взрослых и детей.

Хотелось бы отметить, что процесс психотерапии в детских группах не всегда в действительности вписывается в выделенные стадии. Дети не всегда подчиняются стереотипности этих фаз. Количество энергии и времени, потраченной на той или иной фазе, также варьируется в зависимости от стадии клинико-динамического процесса невротических расстройств, с которыми приводят ребенка к психотерапевту. У детей дошкольного и младшего школьного возраста с невротическими расстройствами существует индивидуальное восприятие психотерапевтического процесса. Так, у кого-то серьезные проблемы, как войти в начальную стадию психотерапевтического процесса, а у кого-то большие сложности при расставании.

Психотерапевтические модальности

Первый этап психотерапевтической групповой работы с детьми с невротическими нарушениями определил терапевтические модальности, как способ выражения конфликта детей дошкольного и младшего школьного возраста. Довольно мало (даже по зарубежной литературе) рекомендаций по способу выбора модальностей в групповом психотерапевтическом процессе для каждого ребенка. Были выделены три категории психотерапевтического воздействия по способам выраженности своих проблем у детей 6-7 лет:

- Способы, используемые для моторно-ориентированных детей.
- Способы, используемые для метафорично-символичного выражения конфликта.
- Способы, которые используются для ребенка, способного на прямое вербальное выражение своих проблем.

В ходе проведенного исследования было установлено, что то, каким способом выражения конфликта пользуется ребенок, определяется выбор психотерапевтической модальности. По данным нашего исследования была выявлена прямая зависимость между составом группы по способам выражения, психотерапевтическим средствам воздействиям и эффективностью результатов лечения.



Рис.3

Таким образом, использование тех или иных психотерапевтических техник (телесноориентированной терапии, психодрамы, транзактного анализа и т.д.), с учетом модальности (способа выражения проблем) ребенка, легко позволяет обнаружить истоки внутреннего конфликта у детей. Это является основой для работы с родителями и прародителями.

Исходя из этой модели, ребенок, который предпочитает двигательный способ выражения, будет мало времени уделять прямым вербальным (словесным) коммуникациям в отношении своих конфликтов и проблем. Такой ребенок выберет деятельность, включающую работу мышц: кидание мяча, прыжки, бег, ползание, борьбу, стрельбу. Если психотерапевт это ему не предложит самостоятельно, для реализации своих проблем, то ребенок сам станет инициатором подобных действий в группе. Эти дети очень часто находят облегчение в подвижных формах игры, тем самым добиваются оценки своих возможностей через физическое проявление. Для таких детей, как и их родителей, являющихся прототипами такой формы выражения, особенно продуктивны занятия в телесноориентированной технике. По нашему опыту наиболее удачны и игровые способы: игра в индейцев, необитаемый остров, поход с природными препятствиями и ролевые игры с переодеваниями. В дальнейшем, в ходе психотерапевтических занятий, все подвижные игры постепенно наполняются анализом происходящего и расширением форм реагирования.

Удачным способом использования анализа в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста может служить комментарий психотерапевта относительно своего собственного поведения или произведенных действий, что может стать мостиком от невербального самовыражения к словесному анализу происходящего детьми.

При метафорично-символическом способе выражения конфликта могут быть использованы различные техники психодрамы, а также сказочного трансового повествования. Наиболее быстрым способом перехода в действительный анализ личностных изменений в таком случае является работа со сказкой. Сюжет сказки может меняться так, чтобы ребенок мог использовать безопасность фантазий, дабы сохранить эмоциональное состояние в работе над проблемой. Так же, как и в первом случае с моторно-ориентированными детьми, существует последовательность перехода к анализу внутренних переживаний. Первоначально проводится психотерапевтическая коррекция в рамках метафорического способа выражения. Так, например, ребенок вовлекает психотерапевта и всю группу в сказочную историю о чудовищах, которые поедают людей, для выражения устных садистических и агрессивных конфликтов. Затем происходит переход в менее прикрытую форму выражения. Ребенок

рассказывает историю о ссоре мужчины с женщиной и говорит: “Это как мама с папой!” Согласно нашему опыту, для улучшения работы стоит иметь в арсенале широкий набор различных вариантов метафорично-символичного выражения конфликта. Мы использовали следующие:

- лепка из пластилина или вырезание из бумаги сказочной страны;
- общий рисунок на стене, плакате;
- игра в космический корабль с посещением новых (каждый ребенок придумывает свою) планет;
- “В глубь веков” (игры с переодеваниями);
- кукольный театр;
- пантомима;
- инсценировка детских сказок и снов.

При последующих занятиях ребенок может прибегнуть ко всем способам выражения. Именно это и позволяет ему, через различные способы реализации, отразить варианты новых решений.

Таким образом, задача психотерапевта в данном случае заключается в правильности формирования групп по способам выражения внутреннего конфликта. При выборе групповой терапевтической модальности необходимо использовать индивидуальный подход к каждому ребенку, который соответствует родительским запретам и разрешениям.

Блоки психотерапевтических действий

В ходе исследования для определения действия психотерапевта в детской группе были выделены следующие блоки психотерапевтических действий.

Диагностический блок. Занятия в этом блоке для психотерапевта включают психологическое обследование как модифицированных способов предъявления тестирования, так и специально разработанных для получения информации о личностных особенностях ребенка, его стереотипах коммуникации и установления внутренних границ контроля и дозволенности ребенка. Особенно важна в этом блоке

работа с визуальными репрезентативными символами (Kleinewise E., 1980).

Например, Андрей С., блет. Рассматривая символы, говорит: “Когда мама такая (Символ Критического Родителя), она меня торопит: “Скорей, скорей, мы опаздываем!”, “Ты опять возишься”. Символ Заботящегося Родителя - “Мама смеется и говорит мне: “Молодец!” Символ Взрослого - “Это мой брат - Миша.” Символ адаптированного Дитя - “Мне нужен рот”. Символ Бунтующего Дитя - “Я плачу”. Символ Естественного Дитя - “Я смеюсь, и никто не замечает, что я несчастлив”.

Эти утверждения показывают, что мать передает указание: “Спеши!”. Старший брат имеет сильное влияние и ассоциируется с состоянием Взрослого. Несогласие выражается вербально и бунт адаптирован, т.к. слезы вытесняют гнев. Есть установка на скрытые эмоции, хотя общий настрой жизнерадостный. Таким образом, при работе с Андреем необходимо учитывать отношения со старшим братом. Это возможно использовать для развития собственного Взрослого состояния. При работе с матерью необходимо получить новый опыт со временем. Чтобы установить внутреннюю позицию ребенка “я - благополучен, ты - благополучен”, у него должно быть свое свободное время, чтобы он мог его спокойно и самостоятельно занять. Требуется психотерапевтической работы проявление истинных эмоций и чувств.

Первый этап работы с детьми бывает очень разнообразен по способу применения психотерапевтических подходов и техник (различных терапевтических модальностей) и заполнен различной (активной и пассивной) игровой деятельностью.

Ориентационный блок. Работа в этом блоке включает обязательные занятия, выявление для детей диапазона фрустрации во взаимоотношении с окружающими, как со сверстниками, членами семьи, так и значимыми взрослыми (учителями, воспитателями и психотерапевтом); и в отношениях с событиями и состояниями. Действия психотерапевта в этом блоке определяет групповая динамика отношений, сложившихся в детской группе.

На данном этапе важно восстановить весь позитивный опыт разрешений (личностной реализации). Если этого недостаточно для разрушения вторичной выгоды невротических расстройств, формируется собственный позитивный опыт ребенка. В ходе работы мы использовали трансную регрессию и психодраматические занятия: “комната желаний”, “волшебная палочка разрешений”; упражнения: “карусель

самопоглаживания”, “пикник поглаживаний” и т.д. Неотъемлемой частью таких занятий является рефлексия, обучение и позитивное использование ее ребенком.

Процессуальный блок. Действие психотерапевта на данном этапе представляет собой непосредственную работу в разрешении поведенческих стереотипов ребенка из ресурсного состояния, закрепление новых форм поведения. Это подразумевает работу:

- с семейными и собственными психологическими “играми” (по Берну);
- с состояниями “родитель-взрослый-ребенок”, как резервными состояниями;
- с отрицательными эмоциями (обида, страха, вины) раннего детства;
- с жизненными позициями;
- с родительскими запретами, разрешениями, программами и предписаниями.

Данный блок наполнен различными динамичными психотерапевтическими техниками: психодрамы, изотерапии и транзактного анализа.

Заключительный (окончательный) блок. Это непостоянный блок действий психотерапевта в детских группах. Он подразумевает работу (по мере необходимости) с зависимостью ребенка от группы и психотерапевта, а также работу с расставанием. Последнее занятие комплекса обычно проводится в виде общего праздника детей и взрослых с подарками, пожеланиями и сюрпризами.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ И ПРАРОДИТЕЛЯМИ

Второй этап психотерапевтического комплекса заключается в отдельных групповых занятиях с родителями и прародителями.

Обычно эти занятия проводятся после занятий с детской группой. Возможен вариант параллельной работы со взрослой и детской группой при участии двух психотерапевтов или занятия в разные дни недели при трех разовых занятиях в неделю.

Задачи второго этапа психотерапевтического комплекса заключаются в следующем:

- создание атмосферы доверия и откровенности во время проведения взрослой группы для снятия позиций защиты,

- оценка своего критического и карающего родительского начала.

Психокоррекционная работа позиций “жертва”, “преследователь”, “спаситель”,

- анализ и осознание внутрисемейной ситуации,

- освоение новых практических навыков в ходе групповой динамики взрослой группы (стадия конфликтов),

- работа с проблемами родителей на прародительском и межличностном уровне,

- формирование новых типов реагирования родителей.

Психотерапевтические занятия с родителями и прародителями по результатам нашего исследования достигают наибольшей эффективности, если проходят следующие стадии:

Стадия психологического контракта

Заключение психологического контракта с родителями, так же, как и с детьми, необходимое условие результативности. При первых встречах с родителями, уставшими от сложностей с ребенком, психологический контракт не вызывает никаких возражений. Приходя к психотерапевту, обычно как к последней инстанции, родители готовы на любые условия. Поэтому необходимо первоначально оговорить, что для исчезновения невротических расстройств у детей потребуются изменения и самих родителей, их отношений друг с другом и отношений с прародителями.

Смысл психологического контракта выражается в двухстороннем обмене: “Я предлагаю вам свой опыт и знания взамен на желание изменяться” или “Вы отдаете мне свои проблемы взамен на новые формы восприятия и реагирования”. У родителей, которые имеют крепкие связи со вторичной выгодой, возникает сопротивление. “Мы хотели вылечить своего ребенка, а не лечиться сами”, - говорят они. В таких случаях родителям лучше дать время на осознание предложения. По нашим данным, психотерапевтическая работа начинается с внутренней работы в момент принятия родителями и детьми психологического контракта.

Закономерности течения групповой психотерапии у родителей имеют свои отличия от детских групп.

Так, при первой встрече с психотерапевтом степень откровенности и доверия невелика. Она часто зависит от сопереживаемости и принятия психотерапевтом и группой тех позиций, которые отстаивают родители, от подтверждения значимости их мыслей и действий. Любая оценка может изменить психотерапевтическое воздействие и заставить родителей занять позицию защиты или агрессии (внутренней или внешней) и тем самым заблокировать состояние эмпатии.

Поэтому для взрослой группы выработаны стандартные законы:

- никто не имеет права критиковать и оценивать друг друга, а только делиться
- своим собственным опытом или опытом других людей,
- каждый из участников может сказать “Нет” (закон “стоп”) тогда, когда ему не хочется продолжать обсуждение проблемы или когда ему не хочется активно участвовать в действиях группы,
- группа любые действия и решения принимает по общему согласию,
- принимается проявление любых эмоций,
- никакая личностная информация не выносится за круг, и не обсуждается с неучастниками психотерапии. Разрешается и даже приветствуется распространение своего собственного опыта и сопутствующих переживаний, разговор о психотерапевтических техниках и их результатах в кругу семьи, особенно с членами семьи, которые не участвуют в психотерапевтических тренингах,
- запрещается на занятиях обсуждать общепринятые темы, не касающиеся проблем семьи, т.е. заниматься психологическими “развлечениями”,
- если ты что-то хочешь сказать, говори откровенно, в противном случае эти слова не умеют ценности для группы,
- группа закрыта для посторонних наблюдателей, любой вновь пришедший после принятия всей группой начинает работать на равных,
- запрет на бездействие. Действует принцип в психотерапевтической группе “Чем ты активнее, тем продуктивнее работа, тем значимее результат”,
- любая неудовлетворенность, несогласие высказывается всему кругу. Это хороший повод для психотерапевтической работы.
- Учитывая, что общепринятыми и социально одобряемыми для взрослых является вербальное выражение внутреннего и внешнего конфликта, работа с родителями продолжается аналитической стадией.

Аналитическая стадия

Она начинается со знакомства с теоретическими постулатами; структурированием своего жизненного опыта и позиций, анализа поведенческого стереотипа и форм реагирования. А затем определением собственных отношений в системах “родитель-ребенок”, “прародитель-родитель-ребенок”.

Этому способствует работа с опросником психокоррекции и построение матриц отношений как для своего ребенка, так и для самих себя.

После этого, опираясь на результаты нашего исследования, целесообразно продолжить психотерапевтическую работу в группах с родителями с их собственными ранними переживаниями. Для этого использовалась трансовая регрессия, техники психокоррекции ранних обид, страхов и т.д. Такой подход дает возможность выделить собственные проблемы, а также понять и принять своего ребенка.

В отличие от детей, взрослые только после аналитического блока, который помогает им снять внутренние зажимы и создать атмосферу доверия, начинают работать с метафорично-символическим и невербальным самовыражением. Нами выработана последовательность применения современных техник групповой психотерапии для родителей и прародителей (см. рис. 4). Целесообразно начинать взрослую группу с вербального анализа (работа в стиле классического трансактоного анализа), затем необходимо отреагирование ранних переживаний (работа в стиле ТА и гештальт-терапии), для гармонизации отношений с ребенком заканчивать группу лучше невербальными техниками телесной терапии с элементами психодрамы.

Итак, работа во взрослой группе может быть представлена следующим образом:



рис. 4

ОСОБЕННОСТИ СОВМЕСТНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ГРУПП

Третий этап комплекса групповой психотерапии невротических нарушений у детей представляет собой подготовительный этап совместной группы.

Во время этого этапа реализуются следующие задачи:

- анализ внутрисемейных ситуаций “прародитель-родитель-ребенок”, построение матриц отношений,
- приобретение навыка безоценочной техники восприятия поведения ребенка,
- ассоциативная работа родителей с полученной информацией детской группы,
- принятие родителями новых форм поведения детей.

На этом этапе работа идет в том же режиме: после детской группы - взрослая группа, но содержание работы меняется. Практические занятия в детской группе проводятся в безмолвном присутствии родителей. Родители должны придерживаться правил наблюдателей:

- не привлекать внимание работающей группы,
- не давать оценок и комментариев происходящему во время работы группы,
- присутствовать от начала до конца занятий,
- возможно участие или высказывание наблюдателя только по решению группы.

На практических занятиях взрослой группы на третьем этапе работы происходит анализ происходящего в детской группе, но без оценок и критики “анализ через себя”.

Существует несколько техник безоценочного восприятия:

- с помощью возможных ассоциаций ощущений и чувств,
- восприятия происходящего взрослыми на логическом уровне с дальнейшим обсуждением ощущений,
- своего детского опыта или воспоминаний опыта других.

Это позволяет изменить стереотип восприятия своего ребенка, осознать свое отношение к нему и проработать новые варианты отношений.

Четвертый этап комплекса заключается в непосредственной совместной психотерапевтической работе с детьми и их родителями.

Задачами комплекса групповой психотерапии этого этапа являются следующие:

- практическое освоение новых форм реагирования родителей в совместной группе,
- принятие родителями и ребенком друг друга такими какие они есть,

- подтверждение решений проблем в системе “родитель-ребенок” в совместной группе,
- работа с умением выражать эмоции, чувства, анализировать ситуацию, рефлексировать во время взаимодействий родителей с детьми.

Занятия представляют собой практическую апробацию новых отношений, возможность изменить и скорректировать их.

На данном этапе используются различные психотерапевтические техники.

Пятый этап представляет собой поддерживающий курс занятий с детьми и их родителями.

В ходе этого этапа решаются следующие задачи:

- закрепление и подтверждение навыков межличностных семейных отношений,
- решение вновь возникших проблем в системе “прародитель-родитель-ребенок” ,
- развитие творческого потенциала личностного роста родителей и детей.

При повторных группах на поддерживающем курсе наблюдается ослабление психотерапевтической зависимости детей от группы а заключительные занятия могут быть более спокойные по тону.

Необходимость в подобном этапе, по данным исследования, у детей 6-7 лет с невротическими нарушениями (особенно при невротическом развитии личности) наступает после психотерапевтического воздействия, в рамках разработанного комплекса, через 3 месяца, затем через 6 месяцев, а затем через 3 года.

По отдалению от первого курса психотерапевтической коррекции занятия преобразуются из лечебной группы в тренинг личностного роста и коммуникативных

Проблемный ребенок

Автор: Елена Веселкова

навыков, реабилитации в рамках школы или обычного детского сада при условии возможности участия родителей.