**Курсовая работа**

**"Взаимосвязь особенностей детско-родительских отношений с наличием у ребенка психосоматических"**

Хабаровск 2009

Содержание

Введение

Глава 1 Теоретический анализ проблемы детско-родительских отношений и их роль в развитии психосоматических заболеваний детей

1.1 Детско-родительские отношения: дефиниции, классификации, роль в развитии личности ребенка

1.2 Влияние детско-родительских отношений на наличие у ребенка психосоматических заболеваний

Глава 2 Экспериментальное изучение исследования взаимосвязи между особенностями детско-родительских отношений и наличием у ребенка соматических заболеваний

2.1 Организация и этапы проведения экспериментального исследования

Выводы по II главе

Вывод

Заключение

Список использованной литературы

## Введение

Развитие личности получает свое начало в семье. Семья на ранних этапах жизни является единственной, а позднее одной из наиболее важных социальных групп для индивида. Семья является первичным и необходимым условием формирования эмоционально стабильной, жизнеспособной, творчески ориентированной личности, поскольку базовые структуры психики человека формируются преимущественно на довербальном этапе, в пренатальный и постнатальный периоды, когда ребенок находится в полной зависимости от родителей и требует условий, соответствующих его базовым потребностям. Ребенок, в условиях адекватно функционирующей семьи, оптимально удовлетворяет витальные потребности, он высокоадаптивен, имеет комплиментарные образцы отца и матери, позволяющие сделать правильный брачный выбор и воспроизвести адекватные родительские отношения в своей семье [44, 16 с.].

Нарушение структуры, а, следовательно, полноты функционирования семьи влечет за собой ограничение и искажение развития личности детей. У них оказывается сниженной способность к продуктивному социальному взаимодействию, в том числе к семейному образу жизни, вследствие нивелирования эволюционно дифференцированных взаимодополняющих качеств мужчины и женщины, реализующихся во всем многообразии их полоролевого взаимодействия в семейных отношениях и передающихся из поколения в поколение. Нарушение условий развития ребенка, эмоциональная депривация и фрустрация потребностей приводят к задержке развития, а в особо тяжелых случаях - к формированию отрицательных эмоциональных установок и разрушительных тенденций, которые начинают доминировать и мотивируют дезаптивные, деструктивные формы поведения. В дальнейшем асоциальные, невротические формы поведения, неспособность адаптироваться к требованиям окружения приводят к дезадаптации и в семейной жизни. У человека могут проявляться особенности поведения, свойственные возрасту той стадии, на которой произошла задержка развития. Это мешает человеку адаптироваться к наличным условиям, поскольку субъективная реальность его жизни доминирует в силу того, что бессознательное направляет жизненную энергию на то, чтобы привлечь внимание к комплексам человека, требующим своей разрядки. Более того, выявлено, что структурный дисбаланс в семье отражается и на структуре семей последующих поколений, на стабильности браков, на стиле межличностного взаимодействия и адаптивных возможностях человека [44, 17 с.].

Теоретическая значимость исследования содержится в социально-психологическом анализе детско-родительских взаимоотношений.

Цель работы**:** Изучение влияния детско-родительских отношений на формирование у детей психосоматических заболеваний.

Задачи исследования**:**

Осуществить теоретический анализ проблемы влияния детско-родительских отношений на развитие психосоматических заболеваний у детей.

Экспериментальное изучение взаимосвязи детско-родительских отношений с наличием у ребенка психосоматических заболеваний.

Объект исследования**:** особенности детско-родительских отношений.

Предмет исследования**:** влияние детско-родительских отношений на возникновение психосоматических заболеваний у ребенка.

Гипотеза**:** предполагаем, что неадекватный стиль родительского воспитания приводит к возникновению психосоматических заболеваний у ребенка.

Методологической основой исследования является: учение об отношении семьи как социальной и культурной среды на развитие личности; положение о педагогизации семейно-бытовой среды; положение о саморегуляции сущности личности ребенка.

Методы исследования: анализ психолого-педагогических исследований, посвященных роли семьи в развитии ребенка; наблюдение, беседа, тестирование, опрос.

## Глава 1 Теоретический анализ проблемы детско-родительских отношений и их роль в развитии психосоматических заболеваний детей

## 1.1 Детско-родительские отношения: дефиниции, классификации, роль в развитии личности ребенка

Понятийный аппарат детско-родительских отношений достаточно широк и многозначен: родительские установки и соответствующие им типы поведения; родительские позиции; типы родительского отношения; типы отношений "мать-ребенок"; типы позитивного и ложного родительского авторитета; типы (стили) воспитания детей; черты патогенных типов воспитания; параметры воспитательного процесса; семейные роли ребенка; стили общения, предлагаемые взрослыми в семье и школе.

Оптимальная родительская позиция должна отвечать трем главным требованиям: адекватности, гибкости и прогностичности. Адекватность позиции взрослого основывается на реальной точной оценке особенностей своего ребенка, на умении увидеть, понять и уважать его индивидуальность. Родитель не должен концентрироваться только на том, чего он хочет в принципе добиться от своего ребенка; знание и учет его возможностей и склонностей - важнейшее условие успешности развития.

Гибкость родительской позиции рассматривается как готовность и способность изменения стиля общения, способов воздействия на ребенка по мере его взросления и в связи с различными изменениями условий жизни семьи. "Закостенелая", инфантилизирующая позиция ведет к барьерам общения, вспышкам непослушания, бунта и протеста в ответ на любые требования. Прогностичность позиции выражается в ее ориентации на "зону ближайшего развития" ребенка и на задачи завтрашнего дня; это опережающая инициатива взрослого, направленная на изменение общего подхода к ребенку с учетом перспектив его развития.

Чаще всего в психолого-педагогических исследованиях для определения, анализа родительского отношения используются два критерия: степень эмоциональной близости, теплоты родителей к ребенку (любовь, принятие, тепло или эмоциональное отвержение, холодность) и степень контроля за его поведением (высокая - с большим количеством ограничений, запрещений; низкая - с минимальными запретительными тенденциями).

В жизни каждого человека есть один важный этап, определяющий всю его дальнейшую судьбу. Это этап раннего детства, от рождения до 5-7 лет. На этом этапе главным воспитателем ребёнка является семья: родители, братья и сёстры, дедушки и бабушки. Именно на этом этапе, в семье, закладываются основы воспитания и то, что сделали родители до пяти лет, это по мнению А.С. Макаренко, 90% всего воспитательного процесса [44, 9 с.].

Для ребёнка раннего возраста главным источником информации о себе и о других являются взрослые люди, которые в буквальном смысле слова определяют, кто он такой. "Родители называют ребёнка, дают ему собственное имя, приучают откликаться на него, организуя тем самым систему его реакции. Они помогают ему осознавать как то, что принадлежит ему (части его тела), так и его собственную принадлежность - половую, семейную и т.д. Оценивая поступки ребёнка, они вырабатывают у него определённое эмоциональное отношение к себе, чувство собственной ценности. От эмоционального климата первых месяцев и даже дней жизни, - заключает известный философ и психолог И.С. Кон - во многом зависит будущий характер взрослого".

Понятие родительское отношение имеет общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителей и ребенка. Отец и мать по-разному проявляют любовь по отношению к детям. Материнская любовь чаще всего носит безусловный характер. Отцовская любовь, особенно по отношению к сыну, порой носит условный характер: "Я люблю тебя тогда, когда ты оправдываешь мои ожидания, выполняешь мои требования".

Родительское отношение имеет наиболее общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителя и ребенка. Родительское отношение включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, которое определяет особенности родительского восприятия, способ общения с ребенком, характер приемов воздействия на него. Как правило, в структуре родительского отношения выделяют эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Понятия родительская позиция и родительская установка используются как синонимы родительского отношения, но отличаются степенью осознанности. Родительская позиция скорее связывается с сознательно принятыми, выработанными взглядами, намерениями; установка - менее однозначна.

Характер и степень влияния на ребенка определяет множество отдельных факторов и прежде всего личность самого родителя как субъекта взаимодействия: его пол (тот же, что и у ребенка, или противоположный); возраст (юная, несовершеннолетняя мать, пожилой родитель, родитель позднего ребенка); темперамент и особенности характера родителя (активный, нетерпеливый, вспыльчивый, властный, снисходительный, небрежный, сдержанный и др.); религиозность; национально-культурная принадлежность (европейская, английская, немецкая, японская, американская и другие модели воспитания); социальное положение; профессиональная принадлежность; уровень общей и педагогической культуры.

Извращенная ролевая структура семьи, где мать излишне мужественна - недостаточно эмоционально отзывчива и категорична, а отец - "женственен", мягок, раним, не способен управлять ситуацией, предоставляет ребенку искаженные образцы для идентификации.

Стиль родительского воспитания, как социально-психологическое понятие, обозначает совокупность способов и приемов общения по отношению к партнеру. Различают общий, характерный и конкретный стили общения. В качестве детерминант стиля общения выступают направленность личности как обобщенная, относительно устойчивая мотивационная тенденция; позиция, занятая по отношению к партнеру общения, и параметры ситуации общения.

Родительский стиль - это обобщенные, характерные, ситуационно неспецифические способы общения данного родителя с данным ребенком, это образ действий по отношению к ребенку [40, 101 c.].

В.С. Мухина описала несколько стилей воспитания.

Либеральный стиль предполагает вседозволенность в отношениях с детьми. Источником является чрезмерная родительская любовь. Дети растут недисциплинированными, безответственными.

Демократический стиль характеризуется гибкостью. Родители, мотивируя свои поступки и требования, прислушиваются к мнению детей, уважают их позицию, развивают самостоятельность суждений. В результате дети лучше понимают родителей, растут разумно послушными, инициативными, с развитым чувством собственного достоинства. Они видят в родителях образец гражданственности, трудолюбия, честности и желания воспитать детей такими, какими являются сами.

Авторитарный стиль**.** По сложившимся стереотипам продолжает предъявлять подростку те же жесткие требования, что и в детстве. Обычно, если это было принято ранее, здесь продолжают применять и физические наказания. В авторитарной семье подросток так же одинок, несчастен и неуверен в себе, как и в детстве. Однако тенденции развития его характера уже отчетливо вырисовываются: он становится носителем авторитарного способа взаимодействия с людьми или, напротив, демонстрирует униженную неадекватную лояльность, пассивность, за которой стоит высокая невротизация неуверенного в себе подростка. Авторитарная семья так же может ограничить возможности подростка в развитии.

Попустительский стиль**.** В такой семье продолжает господствовать принцип вседозволенности: ребенок уже давно манипулирует родителями. Эгоизм и сопутствующая ему конфликтность - основные характеристики характера детей из таких семей. Здесь ребенок несчастлив вдвойне: сам по себе возраст - уже кризис личностного развития + еще недостатки, сформированные в его личностной позиции отношениями вседозволенности, что ему никогда не предложит действительная жизнь. Подросток из семьи с попустительским стилем отношения к нему обычно не усваивает позитивных форм общения: адекватная лояльность ему не известна. Он опирается на те способы воздействия на других, которые успешно питали его эгоизм все годы жизни в семье, - агрессию (которая выражается в необоснованной нетерпимой требовательности и нигилизме). Попустительская семья лишает подростка возможности осознать закономерности общественных отношений и делает его несостоятельным в реальных взаимоотношениях с другими [44, 353 с.].

Авторитетный стильродительского поведения по Бомринд - образ действия родителей, отличающийся твердым контролем за детьми и в то же время поощрением общения и обсуждения в кругу семьи правил поведения, установленных для ребенка. Решения и действия родителей не кажутся произвольными или несправедливыми для детей, и потому они легко соглашаются с ними. Таким образом, высокий уровень контроля сочетается с теплыми отношениями в семье. Бомринд отмечала, что дети превосходно адаптированы, уверены в себе, у них развит самоконтроль и социальные навыки, они хорошо учатся в школе и обладают высокой самооценкой.

Индифферентный стильродительского поведения по Маккоби и Мартин, отличается низким контролем за поведением детей и отсутствием теплоты и сердечности в отношениях с ними. Родители, которым свойственен индифферентный стиль поведения, не устанавливают ограничений для своих детей либо вследствие недостатка интереса и внимания к детям, либо вследствие того, что тяготы повседневной жизни не оставляют им времени и сил на воспитание детей. Если безразличие родителей сочетается с враждебностью (как у отвергающих родителей), ребенка ничто не удерживает оттого, чтобы дать волю своим самым разрушительным импульсам и проявить склонность к делинквентному поведению [44, 221 с.].

Описанные стили отношений к ребенку демонстрируют лишь тенденции условий развития личности в отрочестве. Реальная жизнь может быть мягче, благополучнее, но и жестче, ужаснее, непостижимее. В семье может быть одновременно множество разнообразных стилей общения, обусловленных неоднородностью культурных уровней ее членов (дедушек, бабушек, родителей, и др. родственников).

Наиболее чувствительными к воздействию семейного неблагополучия оказываются стержневые образования личности ребенка - его представление о себе, самоотношение, образ себя. Поскольку полнота удовлетворения потребностей ребенка зависит от родителей, то его представление о себе и образ себя в значительной мере связаны с отношением родителей к ребенку, их восприятием и пониманием его, с характером родительских установок и качеством привязанности как матери к ребенку, так и ребенка к матери.

Чаще всего в психолого-педагогических исследованиях для определения, анализа родительского отношения используются два критерия: степень эмоциональной близости, теплоты родителей к ребенку (любовь, принятие, тепло или эмоциональное отвержение, холодность) и степень контроля за его поведением (высокая - с большим количеством ограничений, запрещений; низкая - с минимальными запретительными тенденциями).

Наиболее активно проблема связи стилей воспитания, нарушений родительского отношения и отклонений в психическом развитии и даже здоровье детей исследуется с клинико-психологических позиций. А.И. Захаров определил ряд параметров воспитательного процесса:

1. Интенсивность эмоционального контакта родителей по отношению к детям: гиперопека, опека, принятие, непринятие.

2. Параметр контроля: разрешительный, допускающий, ситуативный, ограничительный.

3. Последовательность - непоследовательность.

4. Аффективная устойчивость - неустойчивость.

5. Тревожность - нетревожность.

Различные сочетания этих параметров воспитания соотносятся г различными видами неврозов у детей.

Например, ограничительство, аффективная неустойчивость со стороны родителей приводят к развитию у ребенка невроза страха. Сверхпринятие, "разрешительство", непоследовательность - к развитию истерического невроза. Выраженное ограничительство - к неврозу навязчивых состояний.

Исследовали вид негармоничного стиля семейного воспитания: потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, эмоциональное отвержение ребенка, жестокое обращение, гипопротекция.

Учитывая взаимозависимость отношений в семье, их описывают через те роли, которые выполняет ребенок. По мнению А.С. Спиваковской, роль ребенка можно четко выделить в дисгармоничной семье, где относятся друг к другу шаблонно, стереотипно, годами сохраняя застывшие, ригидные, уже не соответствующие реалиям отношения.

При нарушениях семейной среды, семейной атмосферы классифицируются с точки зрения удовлетворения важнейшие, по мнению 3. Матейчека, человеческие потребности - в активном контакте со средой и в активном контроле внешней действительности. Окружение в крайних вариантах может быть излишне устойчивым либо предельно изменчивым; при этом параметры контроля варьируют от обособленности до зависимости.

1. Ультраустойчивая, эмоционально безучастная среда формирует социальную гипоактивность: пассивность, незаинтересованность, аутизацию, задержку речевого и психического развития.

2. Изменчивая эмоционально безучастная среда провоцирует гиперактивность: беспокойство, несосредоточенность, неравномерность, запаздывание психического развития.

3. Ультраустойчивая среда в сочетании с эмоциональной зависимостью влечет за собой избирательную гиперактивность, направленную на одного человека, часто в виде поведенческих провокаций.

4. Изменчивая среда, эмоциональная зависимость развивают общую социальную гиперактивность, поверхностность контактов и чувств ребенка.

Подобная модель социальной среды используется для интерпретации нарушений воспитания в детских домах и в семьях [44, 100 с.].

Американский психолог, детский врач и философ Б. Спок обнаружил зависимость детских преступлений от условий жизни ребёнка в семье. Изучение малолетних преступников показало, что преобладающее большинство их страдало в детстве от недостатка любви, а не от недостатка наказаний. Ребёнок, пишет Б. Спок, которому не хватает родительской любви и ласки в раннем возрасте, вырастает холодным и неотзывчивым. В отсутствии любви и ласки в ранние годы жизни ребёнка он видел одну из причин детских преступлений.

В раннем детстве необыкновенно легко формируется речь, так легко, что иногда создаётся впечатление спонтанного развития. По мере взросления человека такая способность, выполнив свою жизненную функцию - овладение формами языка и мышления, затем резко идет на убыль [44, 10 с.].

Имеются все основания считать, что не только речь, но и культурные привычки (чтение газет, приветствие старших при встрече и др.) также вырабатываются в основном в раннем детстве. Наши культурные привычки, как правило, - усовершенствованные копии привычек родителей, воспринятых нами в самом раннем детстве.

В конечном итоге можно с уверенностью утверждать, что в раннем возрасте закладываются все свойства личности. Разумеется, потом эти свойства разовьются в общении со сверстниками, с учителями, с миром духовных ценностей, культуры. В первые же, ранние годы родители, и прежде всего мать, для каждого ребенка - это и его здоровье, и его университет. От того, какими будут первые университеты ребенка, зависит не только дальнейшая жизнь человека, но в какой-то мере и судьба общества.

Изучение социальных условий жизни выдающихся людей - деятелей искусства, ученых, инженеров и т.д. - свидетельствует о том, что в большинстве случаев они воспитывались в благоприятных семейных условиях, что большинство из них - дети из высших социальных слоев и, что лишь небольшая их часть - дети рабочих и крестьян [44, 11 с.].

Решающее влияние семьи на личность человека объясняется специфическими особенностями этого воспитательного института. К существенным особенностям семейного воспитания следует отнести следующие:

1. Воспитательное воздействие семьи человек ощущает, испытывает со дня своего рождения. Раннее же детство, как уже отмечалось, имеет первостепенное значение в развитии человека. Именно в семье в дошкольные годы создаётся сердцевина человеческой личности, её фундамент. Именно в это время начинают вызревать свойства психики человека, основы его отношения к жизни.

2. Семейному воспитанию свойственна непрерывность, продолжительность и многообразие влияния на детей людей разного пола и возраста, жизненного опыта. Семья - это первая, "стартовая" группа, в которую попадает ребёнок, самая длительная по времени существования и самая значимая для ребёнка микросредовая ситуация, что обусловливает и своеобразие процесса воспитания личности в ней.

3. Семья - основа естественного воспитания. Семейные отношения людей являются первыми и наиболее естественными отношениями. Эти отношения базируются на интимности и эмоциональности. Эмоциональная насыщенность взаимоотношений взрослых и детей в семье есть важнейший фактор, формирующий эмоционально - мотивационную среду детей, их отношение к жизни, людям [44, 14 с.].

Важное место в этих интимно-эмоциональных отношениях семьи занимает родительская любовь и ласка к детям. Родительскую любовь никакой другой любовью заменить нельзя. И сколько бы не говорили и не писали, что педагоги должны любить детей родительской любовью, такого быть никогда не может, так как любовь взрослых к детям по своему происхождению есть производное от родительской любви.

4. В отличие от школьного воспитания, объектом которого является фактически детская группа, семейное воспитание всегда личностно ориентированно, обращено непосредственно к конкретной личности. Родители в сравнении с педагогами имеют значительно больше возможностей для глубокого и систематического изучения и учета индивидуальности ребенка и более вдумчивого наблюдения за развитием интересов, способностей, потребностей, чувств, характера ребенка. И, кроме того, каждая семья представляет собой неповторимость микросредовых условий, индивидуальности родителей и это накладывает неизгладимый отпечаток на духовный, нравственный облик, взгляды, интересы, потребности личности.

5. Педагогическая позиция родителей, в отличие от школьных учителей скрыта. В семье ребенок не чувствует себя педагогическим объектом, здесь он является равноправным членом коллектива. Взаимная любовь и забота, взаимная ответственность и требовательность друг к другу, поддержка ребенка в сложных жизненных ситуациях, подлинно духовный контакт родителей и детей - характерные черты семейного коллектива. В нем нет разграничения его членов на воспитателей и воспитанников, в нем осуществляется взаимное воспитательное воздействие, дети признаются соавторами, соорганизаторами воспитательного процесса. И хотя родители, безусловно, выполняют воспитательные функции, дети этого не замечают, не ощущают: для них родители, прежде всего самые дорогие и близкие люди. Незаметность, скрытность педагогической позиции родителей обеспечивают высокую эффективность воспитательного процесса.

6. Представляя собой малую группу социальной структуры общества, семья наиболее соответствует требованию постепенного приобщения ребенка к социальной жизни и поэтапного расширения его кругозора и опыта.

7. В семейном воспитании, в отличие от школьного, преобладает дело, а не слово. В семье есть все условия для включения ребенка в различные виды деятельности: трудовую, физическую, эстетическую и т.д. Это очень важно, так как именно в этих видах деятельности развивается, формируется и воспитывается личность [44, 16 с.].

Современные родители должны обладать важнейшей способностью к рефлексии на индивидуальные и возрастные особенности ребенка, готовностью к сознательному поиску наиболее эффективного стиля его индивидуального воспитания. Чем более ориентированы родители на предоставление возможности выбора ребенку, понимают и чувствуют, чего хочет ребенок (поддержка его автономности), чем больше они уделяют ему внимания, а также чем более четко описывают свои требования, сдерживают обещания (структурированность отношений), тем более психологически благополучен ребенок [44, 29 с.].

Немаловажным фактором, влияющим на развитие ребенка, является порядок его появления в семье. З. Фрейд был первым, кто заметил, что позиция ребенка среди сестер и братьев имеет важнейшее значение во всей его последующей жизни.

Первый ребенок чаще всего вызывает у родителей трепетную любовь и восхищение. На нем концентрируется внимание всей семьи. Старший ребенок сначала воспитывается как единственный. Первенцы, как правило, больше ориентированы на успех и достижения. С другой стороны, такой ребенок более зависим от родителей, социально изолирован. Большое влияние на развитие личности первого ребенка оказывает рождение второго. Когда в семье появляется новорожденный, даже те дети, которые с нетерпением ждали его, могут чувствовать себя забытыми и отверженными. Вторые дети обычно более дружелюбны, лучше умеют общаться, так как много времени проводят со старшими братьями или сестрами. Родители более спокойно относятся ко вторым, третьим детям, потому что ими уже освоена роль родителей. Младшие дети более творческие и самостоятельные, но под покровительством и защитой старших у них может сложиться заниженная самооценка и чувство неполноценности. Самое сложное положение у среднего ребенка. Оказавшись между старшим и младшим, средние дети чаще других чувствуют себя отвергнутыми, одинокими [44, 18 с.].

В исследовании М.В. Покатаевой выявлено, что качество привязанности ребенка к матери, сформированное в раннем возрасте, определенным образом влияет на образ себя ребенка в более старшем возрасте (младший подросток). Под влиянием качества привязанности ребенка к матери складываются определенные взаимоотношения ребенка с ней, которые, в свою очередь, влияют на формирование представления ребенка о себе и на характер взаимодействия с другими членами семьи. Ненадежная привязанность ребенка к матери, возникшая в раннем детстве, неблагоприятно сказывается на образе себя ребенка - младшего подростка (тревожность, страхи, неудовлетворенность своим положением, отсутствие уверенности в себе и безопасного доверия к окружающему миру) [44,19 с.].

Первые пять лет жизни играют определяющую роль в развитии черт мужественности у мальчика и черт женственности у девочки. Идеальный вариант воспитания, когда мать в своем поведении демонстрирует чисто женские черты - мягкость, терпимость, доброту, способность к эмоциональной поддержке и сопереживанию, а отец - такие черты как энергичность, уверенность в себе, силу, ум, деловитость. Дети в такой семье легко осваивают модели мужского и женского поведения. Девочки, лишившиеся отца в детские годы, проявляют неуверенность в общении с мужчинами.

Личность самих родителей как субъектов воспитания является наиболее значимым фактором, влияющим на психическое развитие ребенка. Влияние родителей (чаще матери) на психическое развитие ребенка пристально изучается, начиная с 20-х г. ХХ века. Родительская любовь имеет врожденные биологические компоненты, но в целом родительское отношение к ребенку представляет собой культурно-исторический феномен, исторически изменчивое явление, которое находится под влиянием общественных норм и ценностей [44,20 с.].

В зарубежной психологии проблема влияния типа воспитания на образ Я ребенка наиболее подробно исследовалась Р. Бернсом. В своей работе "Развитие Я-концепции и воспитание" он рассматривает различные подходы к решению этого вопроса и анализирует, при каких условиях семейного воспитания у ребенка формируется та или иная самооценка. Многие психологи рассматривали связь влияния семьи на формирование у ребенка позитивного самовосприятия - фундамента развития личности. Внимания заслуживает исследование Д. Куперсмита, который сделал вывод о том, что основной предпосылкой формирования у ребенка высокой самооценки является дисциплинирующее начало в семейном воспитании. Также он считает важными такие детерминанты, как внутренняя установка матери на принятие ребенка и уровень ее собственной самооценки.

Д. Сирс выдвинул гипотезу о том, что установка родителей, благодаря которой ребенок чувствует, что его любят, принимают в семье, относятся к нему с уважением, порождает у него аналогичную самоустановку, приводящую к ощущению собственной ценности и успешности. Автором исследования было обнаружено, что самооценка ребенка зависит преимущественно от характера его отношений с родителями одного с ним пола. У мальчиков, испытывающих недостаток в отцовской любви, больше развито чувство неуверенности и незащищенности, они хуже адаптируются в социальной среде, чем девочки из подобных семей. Благоприятное воздействие на "Я-концепцию" ребенка оказывает активная забота о нем матери, незамедлительная помощь в любой ситуации, установление определенных норм, регулирующих его поведение. На основании приведенных фактов можно сделать вывод о том, что тип взаимоотношений, которые складываются в семье между ребенком и родителями, является важным фактором развития "Я-концепция".

Р. Бернс объясняет это двумя причинами.

Во-первых, основа "Я-концепции" закладывается в раннем детстве, когда главным значимым другим является родитель, взаимодействие с которым обеспечивает обратную связь, необходимую для возникновения и развития представлений о себе.

Во-вторых, ребенок в этом возрасте во многом зависит от родителей, и, следовательно, они имеют уникальную возможность влиять на развитие его личности [44, 25 с.].

Большую роль в судьбе человека играет "родительское программирование", считает американский психотерапевт Э. Берн. Описывая различные варианты воздействия семьи, отдельных ее членов на личность ребенка, Берн использует понятие-метафору "сценарий" - это своего рода бессознательное принятие ребенком предписывающего образа будущей взрослой судьбы победителя или побежденного. Истоки многих жизненных сценариев, по Э. Берну, лежат даже не в родительской семье, а в более ранних поколениях. Не останавливаясь на деталях механизма раннего программирования жизненного сценария, подчеркнем, что при исследовании проблемы семейного воспитания должны учитываться не только непосредственные воздействия на ребенка, но и более общие представления его о своих близких и родных.

В отечественной психологии эту проблему рассматривали М.И. Лисина и А.И. Захаров.

М.И. Лисина предполагала, что источник искажений и отклонений в представлении ребенка о самом себе кроется в его взаимоотношениях с близкими взрослыми. А.И. Захаров считает, что неблагоприятные типы воспитания могут способствовать развитию напряженной и неустойчивой внутренней позиции ребенка, которая приводит к появлению у него невротических ситуаций. Неблагоприятные типы воспитания способствуют возникновению отклонений и нарушений в психике ребенка, формированию у него неадекватного, диффузного образа Я [44, 24 с.].

Влияние семьи на личность может быть как положительным, так и отрицательным. Все зависит от типа семьи, от наличия или отсутствия в ней тех или иных условий, необходимых для правильного воспитания. Ребенок ощущает себя центром происходящего, не может взглянуть на себя со стороны. Центрированность детей проявляется и в том, что происходящее вокруг они воспринимают как относящееся к ним самим. Иногда эта особенность стает причиной возникновения психосоматических заболеваний ребенка, связанных с семьей. В ситуации развода, когда взрослые прямо или косвенно поддерживают искаженную интерпретацию ребенка, он может прийти к выводу, что отец ушел из семьи из-за его плохого поведения. Возникшее чувство вины впоследствии может привести к самым разнообразным отклонениям в развитии личности. Из изложенного выше можно заключить, что как положительное, так и отрицательное влияние семьи на личность превышает влияние всех других факторов.

## 1.2 Влияние детско-родительских отношений на наличие у ребенка психосоматических заболеваний

Появление термина "психосоматический", согласно литературе, относится к 1818 г. по Хайнроту, а термина "соматопсихический" - к 1822 г. - Якоби, но сами вопросы соотношения соматического (телесного) и психического (духовного) являются одними из древнейших в философии, психологии, медицине [44, 265 с.].

Психосоматические заболевания - это физические заболевания или нарушения, причиной возникновения которых является аффективное напряжение (конфликты, недовольство, душевные страдания и др.). Психосоматические реакции могут возникать не только в ответ на психические эмоциональные воздействия, но и на прямое действие раздражителей (например, вид лимона). Представления, воображение также могут оказывать влияние на соматическое состояние человек [42, 68 с.].

В современной медицине раздел психосоматики представляют клинические, психологические, эпидемиологические и лабораторные исследования, которые освещают роль стресса в этиопатогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь (поведения в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т.п.) на психическое состояние.

Отношение к психосоматике как самостоятельной области медицины до сих пор весьма неоднозначно. Эта наука - очень плохо изученный мир явлений, вызывающих особый, исключительный интерес на протяжении длительного периода времени, потому что с незапамятных времен влияние нервной системы и личности человека на течение и развитие заболевания имело огромное значение. Развитие этого направления позволит повысить эффективность лечения путем рациональной организации лечебного процесса. Первые исследования в данном направлении дали обнадеживающие результаты. Но, к сожалению, работ в этой области крайне мало [40, 4 с.].

Психосоматические расстройства составляют значительную часть "болезней цивилизации" и на протяжении последнего века являлись объектом интенсивных исследований в рамках так называемой психосоматической медицины, ввиду возрастающей роли их в общей заболеваемости населения.

Двумя основными группами психосоматических расстройств являются "большие" психосоматические заболевания, к которым относят ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму и некоторые другие, и "малые" психосоматические расстройства - невротические нарушения внутренних органов, или так называемые "органные неврозы". Не все авторы склонны относить "органные неврозы" к собственно психосоматической патологии. Франкл полагал, что соматическим заболеваниям, вызванным психическими причинами, следует противопоставлять психогенные заболевания (неврозы) как психически обусловленные [44, 265 с.].

Причины психосоматических нарушений делят на внешние по отношению к организму - экзогенные и внутренние - эндогенные. К экзогенным болезнетворным агентам относят инфекции, интоксикации, травматические повреждения мозга, церебральные опухоли, психогении, соматогении. Эндогенные причины связаны с наследственностью, конституциональными особенностями человека, возрастными сдвигами. Разделением этиологических факторов на экзогенные и эндогенные широко пользуется практическая психиатрия; этиологический принцип является решающим в создании классификации психосоматических заболеваний. Теоретически же деление вредоносных факторов на экзогенные и эндогенные неправомерно [40, 35 с.].

Психопатологический полиморфизм психосоматических расстройств находит отражение в их положении в современных классификациях психических заболеваний. В МКБ-10 психосоматические расстройства могут классифицироваться в разных разделах: "Органические, включая симптоматические, психические расстройства" (рубрики F04-F07, соответствующие реакциям экзогенного типа K. Bonhoffer), "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (рубрики F44.4-F44.7, соответствующие психогениям, и F45 - соматоформные расстройства), а также "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами" (рубрики F50-F53).

А.Г. Малкина-Пых дает определение причин патогенеза психосоматических расстройств:

1. Неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

2. Наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;

3. Нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);

4. Личностными особенностями;

5. Психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;

6. Фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

7. Особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений [35, 19с.].

Исходя из структуры психосоматических соотношений целесообразно выделить 4 группы состояний:

Соматизированные психические (соматоформные) реакции,формирующиеся при невротических или конституциональных расстройствах (неврозы, невропатии).

Психогенные реакции (нозогении),возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.

При психогенных заболеваниях (сюда относят истерию, ипохондрию, булимию) наблюдаются относительно выраженные нарушения функций органов и систем.

Реакции по типу симптоматической лабильности *-* психогенно провоцированная манифестация либо экзацербация соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном их понимании).

У детей выделяют по локализационному принципу расстройства с неврологическими проявлениями (сюда относят нарушения сна и судороги), отклоняющееся пищевое поведение (анорексия, рвота, геофагия, копрофагия, трихофагия, т.е. поедание земли, кала и волос, извращенный аппетит). Также выделяются расстройства пищеварения в первые полгода жизни: запоры, понос, колиты, раздражимость ободочной кишки. К ним присоединяют также заболевания дыхательных путей: спастический плач, астму, поражения носоглотки, болезненные отиты, бронхиты, рецидивирующие пневмопатии. Из кожных заболеваний выделяются экзема, крапивница, алопеция, псориаз. Все эти заболевания относятся к психосоматическим расстройствам. Наряду с этим выделяют как психосоматические такие синдромы как аллергические заболевания, истощение, задержка роста и т.д. [2, 37 с.].

Реакции экзогенного типа (соматогении),манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности на психическую сферу и относящиеся к категории симптоматических психозов*,* т.е. к категории экзогенных психических нарушений [35, 3 с.].

Для понимания психосоматического явления необходимо учитывать взаимообратимость чистых динамик и вещественных динамик. Многие заболевания, особенно опухоли, имеют психическое происхождение. Менегетти дает определение психики как динамической реальности, которая управляет любой человеческой органикой в ее волевом, биодинамическом, химическом и материальном аспектах [40, 88 с.].

В.В. Ковалев выделил период соматовегетативного реагирования - в возрасте от 0 до 3-х лет все психические расстройства выступают в виде соматовегетативных проявлений. С 4-х до 7 лет психические расстройства проявляются в виде двигательных, моторных нарушений. В последующем с 5 до 10 лет - отмечаются аффективные и с 11 до 17 лет - эмоционально-идеаторные проявления психических расстройств. Определенное место в патогенезе психосоматических расстройств занимает такое явление как алекситимия - недостаточность вербализации, как следствие эмоциональных нарушений. Депрессия, по сути, сопровождается замедленностью мышления [2, 32 с.].

Менегетти пишет, что в определенном возрасте (до 4-5 лет) ребенок формируется под воздействием выборов или действий, осуществляемых бессознательным того взрослого, к которому он наиболее сильно привязан. То есть, ребенок конкретизирует себя в зависимости от того типа симбиоза, в который вступает его собственное бессознательное со взрослым.

Соматические и психические проявления различаются по скорости действия: соматическая - наиболее медленная. Поэтому органическое заболевание с этой точки зрения представляет собой форму приспособления. В любом случае соматизация - это всегда результат инфантильной реакции "Я": первичное положение сохраняется не пoтoмy, чтo действие невозможно, а лишь потому, что "Я" в состоянии комплексуальной защиты заставляет рациональную часть молчать; а поскольку "Я" владеет властью именно на нем лежит ответственность за отказ от воплощения в реальности. Шизофрения и неврозы всегда альтернативны функциональному или органическому неврозу, и поэтому иногда лучше воздержаться от оперирования язвы, ибо если действительная причина ее возникновения не установлена и не понята, это может привести к более сильной разрядке в каком-либо другом месте.

На второй стадии невроз может накапливаться за счет потерь или отказов "Я", что изменяет скорость времени динамики психосоматического преобразования [40, 99 с.].

Можно указать на следующий факт: первые признаки болезни субъекта проявляются либо в характере, либо в соматизации уже в возрасте до шести-семи лет...

Любая болезнь подразумевает внутрипсихическую конфликтность невротического характера, приспособление или инфантильное стремление облегчить ситуацию [40, 100 с.].

В итоге если субъект сознательно или бессознательно не принимает меры по решению проблемы, происходит соматизация. До тех пор, пока индивид не решается на это, все, что ему не удается пережить в сознательной форме, переживается им в форме патологической [40, 101 с.].

При бронхиальной астме, первичных хронических заболеваниях суставов, которые почти всегда являются неким противодействием собственной агрессивности; гипертрофия щитовидной железы, постепенно развивающаяся гипертония, юношески грудная жаба, вегетативная дистония и все остальные феномены этого типа относятся к области нарушения психосоматической функциональности и излечиваются только с помощью онтотерапевтического искусства. Если патологический симптом наблюдается на органическом уровне, то речь идет о вторичном вытеснении, поскольку первичное вытеснение было предопределено той формой, которую мы определяли как разум, а когда ее оказывалось недостаточно, то прибегали к органической букве, к органическому способу выражения [40, 109 с.].

Личность больного туберкулезом не соответствует какому-то единому типу, однако она имеет один общий признак: большую ранимость ко всякому отнятию любви, потребность остаться вблизи матери, в узкой зоне безопасности, в центре которой находится мать. Есть тип, который открыто проявляет свою потребность в любви; другие же хотят любой ценой избавиться от этой пассивной безопасности, в которой они в то же время имеют такую же боязливую потребность. Kissen, Le Shan описали в качестве бросающейся в глаза особенности личности туберкулезных больных "необычайную потребность в симпатии" [35, 936 с.].

Исследователи установили, что нарушение взаимоотношений в семье ведет к развитию психосоматических заболеваний ребенка.

Губачев Ю.М., Иовлев Б.Д., Карвасарский Б.Д. и др. проводя исследования неврозов, реактивных состояний, психопатических развитий и других нервно-психических расстройств, в этиологии которых значительную роль играет психотравмирующее переживание, позволяют очертить круг таких состояний. Это состояния неудовлетворенности, тоски, подавленности (субдепрессивные состояния), тревоги, страха, беспокойства, неуверенности, беспомощности (состояния фобического круга), эмоциональная напряженность, а также сложные совокупности состояний, возникающих при наличии внутреннего конфликта, столкновения индивида с непомерными препятствиями и трудностями [44, 18 с.].

Психическое здоровье личности ребенка складывается при родовом стрессе.

Современные исследования в области психологии и психиатрии, проведенные такими исследователями, как Отто Ранк, Абрахам Маслоу, Станислав Гроф и др., доказали связь между развитием различных психических расстройств и психосоматических заболеваний и стрессом, пережитым во время рождения. В результате благополучных физиологических родов у ребенка формируются адекватные модели поведения, положительные установки по отношению к окружающему миру, чувство удовлетворения и полноценности. В этом случае сформировавшиеся перинатальные матрицы будут отражать психоэмоциональную и поведенческую норму. Вмешательства в ход родов и отклонения от их нормального течения привносят в эту картину "титанической борьбы, ощущения справедливой победы и обретения счастья" целый ряд негативных моментов. Причем характер негативных переживаний ребенка тесно связан с фазой родов и характером вмешательства в их ход. Если такие установки возникли, то впоследствии, в случае активизации соответствующей бессознательной информации, они послужат для возникновения тех или иных заболеваний и психических расстройств, которые могут проявиться в любом возрасте вплоть до старости.

Federn говорит об очевидности границы соматического Я, которая должна оставаться интактной, чтобы внешний мир оставался очевидным. “Мы обладаем... постоянным чувством очевидности внешнего мира, возникающего вследствие того, что импульсы из внешнего мира проходят через границу соматического Я с особым качеством ощущений и чувства соматического Я. Ребенок, однако, в самом раннем периоде жизни вынужден опираться на мать как на вспомогательное Я, которая во взаимодействии с ребенком формирует его соматические границы адекватным реагированием на его потребности.

Самость развивается по образцу ее первых объектных отношений. Объект, который до того был составной частью Я, формируется вначале как частичный объект из еще не структурированного Я. Путь к обретению себя или автономии Я является одновременно нарцисстическим и привязанным к объектам. По Spitz он тянется от соматического Я к восприятию не-Я, к первобытной самости и далее к нахождению идентичности [1, 115 с.].

Этот двусторонний процесс развития Я в особенности существенен для рассмотрения психосоматической симптоматики, поскольку объектные отношения психосоматически реагирующего человека застревают на первичной нарцисстической стадии. У психосоматического больного формируется позднее как частичный объект психосоматический симптом, который до того был интегрирован в его еще не структурированном соматическом Я, и заполняет дыру в Я.

Психотически реагирующий пациент становится свободным от психотической реакции на время соматического заболевания. На это обстоятельство среди других указывали уже С. G. Jung и Dreyfuss. Психосоматическое заболевание приобретается, прежде всего, в связи с бессознательной динамикой в семейной группе. Психосоматически больной человек имеет определенное значение в поддержании гомеостаза семьи [1, 118 с.].

Аммон различал первичные и вторичные психосоматические заболевания. При первичных функциях Я затронуты очень ранние и тяжелые заболевания Я, например, нарушения речи, походки, питания, зрения и слуха. Симптомы при этом фиксированы и малоподвижны, они фиксированы в целостном соматическом процессе. При вторичном психосоматическом заболевании достигается ступень формирования символов на уровне органного языка. Оно увязано с ситуацией и подлежит, скорее, смещению симптомов, причем болезненный процесс может принимать деструктивные формы на службе враждебного сверх - Я.

В анализе психосоматических реагирующих пациентов выявляется, что мать, воспринимает телесные проявления, в особенности пол, соматические потребности ребенка, как нарцистическую обиду и лишь проявление соматического заболевания ребенка позволяет матери подтвердить восприятие себя как хорошей и совершенной матери [1, 119 с.].

Когда выздоровевший ребенок вновь теряет внимание матери, испытанное им во время болезни, он вновь борется за него с помощью смены симптомов или рецидива старого заболевания.

Mitscherlich высказал в связи с этой концепцией интересную мысль, что психосоматические заболевания являются результатом двухфазной защиты от инстинктивных потребностей. Последующее вытеснение в соматику происходит, когда психические защитные операции Я прорываются по внутренним или внешним причинам в форме невротических симптомов и психическое совладание с конфликтом не становится более возможным [1, 109 с.].

Роль родительского отношения в возникновении нарушений психического развития ребенка.

Эйдемиллер, Юстицкис описывают общение с ребенком по типу двойной связи, отсутствие логичности в поведении родителя способствуют прогрессированию нарушений мышления ребенка.

Установлена связь между стилем родительского отношения и развитием определенных типов акцентуаций и психопатий. Например, потворствующая гиперпротекция содействует развитию истеройдных и гипертимных черт характера, доминирующая гиперпротекция усиливает астенические черты характера ребенка, эмоциональное отвержение способствует акцентуации по эпилептоидному типу, повышенная моральная ответственность стимулирует развитие психастенического характера, безнадзорность усиливает гипертимность и неустойчивое поведение подростка. Клинические наблюдения показывают, что излишнее строгое или даже деспотичное воспитание развивает у детей такие черты характера, как неуверенность, застенчивость, пугливость, зависимость и, реже, возбудимость и агрессивность. Чрезмерное внимание и удовлетворение всех желаний ребенка приводит к развитию истерических черт характера с эгоцентризмом и отсутствием самоконтроля. Отсутствие воспитания как такового ведет к возбудимости, асоциальному типу поведения.

Матери детей, которые впоследствии заболевают неврозами, отличаются гиперсоциальной направленностью личности (в виде гипертрофированного чувства долга, обязательности), повышенной принципиальностью, трудностями в установлении компромиссов. С одной стороны, эти матери опекают и тревожатся, а с другой - поступают излишне правильно, например, стремятся излишне пунктуально выдерживать режим дня, часто морализируют. Существенно, что мать не может обеспечить приемлемого и, главное, устойчивого эмоционального контакта в то время, когда ребенок наиболее нуждается в нем. В этом случае типичной будет ситуация, когда нежность и любовь матери заменяются строгостью, отзывчивость - недоверием, терпение - раздражительностью.

А.И. Захаров показал, что самосознание таких родителей может быть основано на инфантильной идентификации себя с собственными родителями или одним из них. Противоречия, возникающие вследствие неосознанной идентификации с родителями и реальной неспособности воплотить в себе родительские черты, приводят к невротизации личности и последующему неврозу у детей. А.И. Захаров считает, что в трех поколениях происходит уменьшение выраженности характерологических изменений, в наибольшей мере представленных в прародительской семье, и увеличение невротических, эмоциональных в своей основе и психогенных по происхождению изменений личности.

В.И. Гарбузов выделил 4 типа неправильного воспитания, которые приводят к неврозу у ребенка.

1. Неприятие, эмоциональное отвержение сочетается с жестким контролем, регламентацией жизни ребенка, которому навязывают единственно правильный тип поведения.

2. Тревожно-мнительное воспитание, которое выражается в тревожно-мнительной концентрации родителей на состоянии здоровья ребенка, его социальном статусе среди товарищей, ожидании успехов в учебе и будущей профессиональной деятельности. Данная аномалия включает элемент гиперсоциальности, но не престижной, не тщеславной, а тревожной. Ребенок тревожно, мнительно воспринимает естественные трудности, отношения со сверстниками. Для этих детей характерны, по мнению В.И. Гарбузова, тревожность и мнительность на всю жизнь, нервность или даже невроз.

3. Непонимание своеобразия детей, возрастных особенностей формирования их личности, неблагоприятное воздействие резкого обращения, чрезмерного давления и семейных конфликтов.

4. Неблагоприятные личностные характеристики родителя, такие, как гиперсоциальность, тревожность в отношениях с детьми.

5. Базисные характеристики воспитания, такие, как забота, любовь родителей к детям, контроль за детьми, обучение, интенсивность воспитательных мероприятий и время, затрачиваемое на воспитание.

А.Я. Варга выявила, что родители могут бессознательно фиксировать и закреплять невротическую форму энуреза у ребенка. Такие родители сочетают две формы отношений - инфантилизацию и социальную инвалидизацию ребенка. Для инфантилизирующих родителей детство представляется более комфортным состоянием, чем взрослость. Социальная инвалидизация - это приписывание ребенку личной несостоятельности. Родители представляют ребенка маленьким несмышленышем, который не может быть полноценным членом социальной группы, они пессимистично оценивают его будущее. Обращение с ребенком как с маленьким неудачником дает ему своеобразное "разрешение" болеть энурезом. Маленький (это идет от мамы) может позволить себе недержание мочи, а неудачник (это идет от папы) - не может от этого избавиться. Энурез ребенка играет "положительную" роль в установлении внутрисемейного равновесия.

Родительская гиперопека может приводить к развитию у ребенка обсессивно-компульсивного или фобического невроза. Сверхкритичный родитель редко или никогда не удовлетворен детским поведением или качеством выполнения им какой-либо деятельности. Ребенка редко хвалят и поощряют за какую-либо деятельность, и он отвечает родительским ожиданиям. Ребенок боится совершить ошибку, сделать что-то неверно. Постоянное оттормаживание своих реакций ведет к развитию у ребенка обсессивно-компульсивного расстройства.

Тесная связь между родителями (чаще всего матерью) и ребенком может стать причиной школьной фобии. Симбиотические отношения с матерью не дают ребенку возможности свободно развиваться и отделиться от матери. Чрезмерная опека, запрет на критику ребенка даже для самой себя, часто испытываемое чувство вины - характерные черты таких матерей. Нередко ребенок более значим для женщины, чем муж, который часто играет пассивную роль в семье и мало занимается вопросами воспитания.

Существуют значительные различия в стиле поведения матерей, имеющих детей, заболевших неврозом, психосоматическим заболеванием, хроническим соматическим заболеванием. Матери детей-невротиков характеризуются общим негативным отношением к материнской роли, низким уровнем эмпатии. Их непосредственное взаимодействие с ребенком носит негативный характер: они чаще выражают недовольство, чем похвалу и поощрение. Матери детей-психосоматиков отличаются положительным отношением к материнской роли. Еще до рождения ребенка они связывали с его появлением большие надежды, предполагая, что ребенок добьется в жизни того, что не удалось им (гиперсоциализирующая установка). Этим матерям свойственны низкий уровень эмпатии, властность, доминантность и эгоцентризм. Матери детей с хроническим соматическим заболеванием обладают общей положительной установкой по отношению к материнству, кооперативностью в общении с ребенком и высоким уровнем эмпатии [42, 3 с.].

Фурманов И.А. описывает влияние стилей семейного воспитания на психологическое состояние детей.

1. Стиль семейного воспитания как непосредственно, так и опосредованно влияет на направленность и особенности (тип) агрессивности и негативизма.

2. Существует взаимосвязь стилей семейного воспитания (авторитарной, требовательной, ограничивающей, снисходительной, гиперпротекции; скрытой, жестокой, жесткой гиперпротекцией; требовательного, попустительского, сверхзаботливого обращения) с агрессивностью и негативизмом детей подросткового и юношеского возраста.

3. Установлено, что агрессивность характерна для детей подросткового и юношеского возраста, воспитывающихся в семьях с требовательным обращением (мальчики), авторитарной гиперпротекцией и гипопротекции с жестоким обращением (девочки), а также в условиях требовательной либо ограничивающей гиперпротекции (юноши) и повышенной моральной ответственности (девушки).

4. Определено, что такие стили семейного воспитания как эмоциональное отвержение, попустительское обращение, авторитарная гиперпротекция, жестокая гипопротекция в зависимости от пола и возраста детей могут опосредованно способствовать образованию невротических, психотических, депрессивных тенденций, их различных комбинаций, а также состояния психической неуравновешенности в целом, которые детерминируют высокий уровень общей агрессивности.

5. Было замечено, что агрессивность деструктивной направленности присуща детям из семей со скрытой гипопротекцией (мальчики), потворствующей гипопротекцией (девочки), доминирующей гиперпротекцией, либо жестокой гипопротекцией (юноши) и снисходительной гиперпротекцией (девушки).

6. Деструктивная агрессивность может возникать вследствие негативных эмоциональных состояний в результате воспитания ребенка в условиях требовательного обращения (симбиоз невротических и депрессивных тенденций), потворствующей гиперпротекции ("мимозоподобность"), применение чрезмерно строгих наказаний (депрессивное состояние) или полного их отсутствие (высокий психотизм).

7. Обнаружено, что агрессивность асоциальной направленности формируется в семьях с эмоциональным отвержением (мальчики), авторитарной гиперпротекцией, либо гипопротекцией (девочки и девушки), требовательной или ограничивающей гиперпротекцией (юноши).

8. Асоциальная агрессивность может опосредованно возникать в результате воздействия негативных эмоциональных состояний, формирующихся вследствие жесткого обращения (невротические симптомы у девочек), эмоционального отвержения (депрессивные симптомы у девочек и юношей), жестокого обращения (депрессивные симптомы у девочек, психотические и невротические тенденции у юношей), сверхзаботливого обращения (депрессивность у юношей), авторитарной гиперпротекции (невротические и депрессивные симптомы у девушек) и жестокой гипопротекции (психотическое состояние у девушек).

9. Склонность к проявлению физической агрессии выявлена у детей подросткового возраста, в семьях которых преобладает требовательная гиперпротекция (мальчики) и жестокая гипопротекция, а также снисходительная, либо требовательная гиперпротекция у юношей и скрытая гипопротекция у девушек.

10. Высокий уровень вербальной агрессии обнаруживается в семьях девочек подросткового возраста, воспитывающихся в условиях потворствующих гиперпротекции либо гипопротекции, а также юношей при требовательной (непосредственно), авторитарной и снисходительной (опосредованно) гиперпротекции. Подобных зависимостей при обследовании подростков и девушек установлено не было.

11. Наклонность к косвенной агрессии отмечается у детей подросткового возраста при воспитании в семьях с повышенной моральной ответственностью (мальчики) и авторитарной гиперпротекцией и жесткой гипопротекцией (девочки), а также в условиях требовательного обращения у юношей. У девушек достоверных коэффициентов корреляции уровня агрессии и стиля семейного воспитания не обнаружено.

12. Определено, что негативистические тенденции характерны для девочек из семей с жестоким обращением и для девушек при таких стилях воспитания как потворствующая гиперпротекция и гипопротекция. Опосредовало условия воспитания в семьях с повышенной моральной ответственностью связаны с высоким уровнем негативизма у мальчиков, в то время как у юношей такие взаимосвязи полностью отсутствуют [40, 111с.].

Основная патогенная роль настроя родителей заключается в недоверии к возможностям ребенка, его опыту формирования "я", что приводит к непринятию его индивидуальности, несоответствию требований и ожиданий родителей реальным возможностям детей, их возрастным потребностям, наиболее адекватному для них ритму и темпу психического развития. Недоверие к формирующемуся опыту детей, непринятие их индивидуальности и несоответствие воспитания возрастным возможностям и потребностям развития вместе с конфликтными отношениями в семье представляют собой главные психотравмирующие аспекты существования детей в семье.

Навязывание родителями своей характерологически и невротически измененной "я-концепции" и возникающий вследствие этого внутренний конфликт у детей составляет сущность психогенного механизма происхождения их невроза, когда они воспринимают навязываемый опыт как неестественный для них, несовместимый с возможностями и потребностями развития и отличающийся от норм общения, принятых среди сверстников, т.е. от "я-образа" - представления о себе, с точки зрения других. Навязанный и тем более внушенный опыт не может быть отторгнут усилием воли. Его можно пережить или переболеть им, когда он, подобно инородному телу, может быть отторгнут посредством невроза, выражением чего является аффект - эмоциональное расстройство [7, 451 с.].

Из выше изложенного можно сделать вывод, что изменения личности у родителей предшествует развитие невроза у детей. Конфликтные отношения в семье неблагоприятно отражаются на воспитании ребенка. Эгоцентризм, затрудняющий принятие ребенка и его индивидуальности и эмпатический контакт с ним в дальнейшем; тревожность, лежащая в основе гиперопеки; внутренняя конфликтность, осложняющая отношения в семье; а также излишняя принципиальность, ведет к негибкости и чрезмерному контролю в отношениях с детьми. Главный патогенный аспект отношения родителей - непроизвольное использование детей для разрешения своих личностных проблем и кризисных ситуаций в семье. В результате невроз как болезненно-защитная форма реагирования на аффективно переживаемые и неразрешимые проблемы развития, выражения и признания своего "я" снижает творческий, эмпатический потенциал личности, осложняет адаптацию среди сверстников и затрудняет дальнейшее принятие ролей.

## Глава 2 Экспериментальное изучение исследования взаимосвязи между особенностями детско-родительских отношений и наличием у ребенка соматических заболеваний

## 2.1 Организация и этапы проведения экспериментального исследования

При изучении проблемы семейного взаимоотношения с конкретными индивидами необходимо, с одной стороны, сравнить этот процесс с условно нормативными, с другой - исследовать влияние воспитания на "Я концепцию" ребенка и состояние его здоровья. Проследить семейные взаимоотношения во всей полноте невозможно. Ведь жизнь - это не жестко обусловленная последовательность действий и форм поведения, реализация которых с необходимостью приводит к определенной цели. У каждого учащегося есть сформированные черты характера, личностные установки и принципы жизнедеятельности. В обществе и его частях (в семье, ближайшем окружении) также существуют определенные схемы, включающие критерии поведения (в виде приемлемых границ), норм и ценностей, обязательные для человека определенного возраста, способы и формы достижения социально приветствуемых результатов. В процессе взаимоотношений все эти моменты находятся в постоянном сложнейшем взаимодействии, результаты которого интегрируются в представлениях ребенка о себе и своей семье. Неопределенность взаимоотношений выступает как материал проективного, задаваемого самой жизнью теста, выполнение которого (т.е. реальное отношение) обнаруживает особенности и некоторые детерминанты процесса воспитания, а также личностные качества его участников.

В исследовании участвовали учащиеся 10-го класса в количестве 19 человек. Семейные взаимоотношения и личностные качества детей выявлялись путем опросов, бесед, тестирования, экспериментального исследования. Для проведения исследования были использованы методики: "Детско-родительские отношения в подростковом возрасте" (А.Я. Варга, В.В. Столин), самоотношение подростков по тест - опроснику (С.Р. Пантелеев, В.В. Столин), диагностика гендерных различий и потенциалов девиантного поведения с помощью многофакторного личностного опросника - FPI, экспресс - диагностика гендерных стереотипов. Проводился сравнительный анализ по методике межличностных отношений (Т. Лири), исследовались медицинские карты учащихся.

По сравнительному анализу всех методик и амбулаторных карт здоровья детей необходимо было определить влияние семейных взаимоотношений на психосоматическое состояние ребенка. С помощью сравнительной характеристики данных обоих родителей по методике "Детско-родительские отношения в подростковом возрасте" (В.В. Столин, А.Я. Варга) было определено три группы семейных взаимоотношений: группа А - гармоничные взаимоотношения в семье (8 чел), группа Б - амбивалентные взаимоотношения в семье (7 чел) и группа В - не гармоничные взаимоотношения в семье (4 чел). По остальным методикам определяли уровень эмоционального состояния, межличностное взаимоотношение и самоотношение ребенка. В настоящем исследовании предпринята попытка выявить отношение родителей к своим детям, специфическое именно для этого возрастного периода и исследовать влияние взаимоотношений на психосоматическое состояние ребенка. Это возможно, как мы полагаем, лишь при сопоставлении с результатами исследования.

Результаты оценивались по следующим формальным критериям: приближенные к критериям нормы и отклоненные от нормы.

Таблица № 1. Результаты методики "Детско-родительские отношения в подростковом возрасте".

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Группа А | | Группа Б | | Группа В | |
| мать | отец | мать | отец | мать | отец |
| 1. Принятие | 28,5 | 29 | 23,7 | 20 | 20,5 | 17 |
| 2. Эмпатия | 26,5 | 27 | 21,7 | 17,3 | 14,5 | 13 |
| 3. Эмоц. - я дистанция | 19 | 15,5 | 17,7 | 15,3 | 16 | 17 |
| 4. Сотрудничество | 23,6 | 24 | 18,7 | 15,7 | 15 | 13 |
| 5. Принятие решений | 24 | 28 | 20 | 19,7 | 15,5 | 15,5 |
| 6. Конфликтность | 5 | 4 | 7,3 | 8 | 11 | 11 |
| 7. Поощр. автономности | 27,4 | 27,5 | 21,8 | 21,6 | 22 | 21 |
| 8. Требовательность | 17,6 | 14,5 | 19,4 | 14,7 | 20,4 | 21 |
| 9. Мониторинг | 22,6 | 23,5 | 21,7 | 16 | 15 | 15 |
| 10. Контроль | 17,6 | 16 | 19,4 | 10,3 | 14,5 | 15 |
| 11. Авторитарность | 10,1 | 7 | 15,4 | 11,7 | 15 | 16,5 |
| 12. Оказан. поощрений | 13,4 | 13,5 | 11,7 | 8,7 | 10 | 8 |
| 13. Реализ. наказаний | 5,1 | 3,5 | 8 | 7,3 | 8 | 8 |
| 14. Непосл. родителя | 13,9 | 8,5 | 15,6 | 14,3 | 17,5 | 16,5 |
| 15. Неуверен. родителя | 15 | 9 | 15,1 | 11,3 | 15 | 13,5 |
| 16. Удовл. потр. ребенка | 27,9 | 27,5 | 21,7 | 19 | 20,5 | 18,5 |
| 17. Неадекв. образа реб. | 11,2 | 9 | 13,3 | 13 | 17,5 | 19 |
| 18. Вражд. к супругу | 4,6 | 3 | 5,3 | 7,7 | 5,5 | 5,5 |
| 19. Доброж. к супругу | 11,1 | 8,5 | 8,6 | 8 | 6,5 | 6,5 |
| 20. Удовл. отношениями | 25,5 | 24,5 | 20,7 | 21,7 | 10 | 10 |

По семейным отношениям мы видим, что в первой группе преобладает демократический стиль воспитания. Отцы в большей мере стремятся проявлять любовь и внимание к детям. Они стремятся лучше понимать чувства и состояние ребенка, но при этом эмоциональная связь у матерей с подростком проявляется лучше. При низкой интенсивности конфликтов родители стремятся сообща и равноправно выполнять общие задания передавая ответственность подростку. При пониженной декларации требований у отцов выше осведомленность о делах и интересах подростка. При низкой авторитарности родители хорошо контролируют своих детей, качественно оказывают оценочные воздействия. Изменчивость и непостоянство воспитательных приемов, сомнение в верности воспитательных усилий у отцов проявляется в наименьшей степени, они наиболее стремятся удовлетворять материальные потребности и внимание ребенка. У родителей хорошая доброжелательность к друг другу. Подростки удовлетворенны отношениями с родителями.

Во второй группе родители меньше проявляют любовь и внимание к детям, выполняют с ребенком совместные задания. Отцы, в отличие от матерей, хуже понимают чувства и состояние ребенка, проявляют эмоциональное отношение, требовательность, контроль. При этом уровень авторитарности и конфликтов у родителей не интенсивный. Они проявляют постоянство в воспитательных приемах, совместно принимают решения, передают ответственность подростку, поощряют его материальные потребности, интересуются его делами и увлечениями. При пониженной доброжелательности супругов подростки взаимоотношениями с родителями удовлетворены.

В третьей группе мы видим, что отношения родителей с ребенком в семье имеют деструктивный характер. Взаимоотношения родителей более конфликтные. Родители недостаточно проявляют внимание и любовь к своим детям, стремятся к пониманию их душевного состояния на эмоциональном уровне. Плохо выполняют с ними совместные задания. При повышенной конфликтности родителей на ребенка оказывается давление, возлагается ответственность. Менее удовлетворяются потребности во внимании и информации ребенка. Матери хуже контролируют подростков, интересуются их делами. При постоянстве воспитательных приемов требовательность, реализация наказания и авторитарность родителей не превышает нормы. Отцы менее поощряют ребенка. Супруги менее доброжелательны друг к другу. Взаимоотношениями с родителями подростки удовлетворены плохо.

Таблица №2. Результаты методики "Гендерные различия и потенциалы девиантного поведения" по опроснику FPI.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Группа А | Группа Б | Группа В |
| 1. Невротичность | 4,2 | 6,2 | 7 |
| 2. Спонтанная агрессивность | 4,7 | 6,7 | 5 |
| 3. Депрессивность | 5,5 | 6,5 | 6,5 |
| 4. Раздражительность | 5,8 | 6,8 | 7,5 |
| 5. Общительность | 5,5 | 5,7 | 5,5 |
| 6. Уравновешенность | 6,2 | 5,7 | 3,5 |
| 7. Реактивная агрессивность | 6,5 | 7 | 6,5 |
| 8. Застенчивость | 3,8 | 5 | 6 |
| 9. Открытость | 6,8 | 8,3 | 8,5 |
| 10. Экстраверсия - интроверсия | 7,5 | 7,2 | 5 |
| 11. Эмоциональная лабильность | 5,3 | 6,2 | 7,5 |
| 12. Маскулинизм - феминизм | 4,5 | 5,5 | 3,5 |

Ниже 4 баллов - низкие параметры состояния. Выше 6 баллов - высокие параметры состояния.

В первой группе у подростков проявляется экстравертированный тип личности. Уровень невротизации не превышает нормы. Они более гармоничны и уравновешенны по своему внутреннему состоянию. Хорошо реагируют на стрессовые ситуации, наиболее уравновешенны. Но при этом может проявляться агрессивное отношение к социальному окружению со стремлением к доминированию, что является социально приемлемым поведением. При взаимоотношении с окружающими открыты и самокритичны. Проявляются андрогинные стереотипы поведения.

Во второй группе результаты несколько отличаются. У подростков проявляются невротичные признаки, депрессивность. Более проявляется агрессивность по отношению к окружающим, стремление к доминированию, раздражительность, но при этом они социально активны, устойчивы к стрессу всегда стремятся к доверительно-откровенному взаимодействию при высоком уровне самокритичности. Экстравертированный тип личности с андрогинными стереотипами поведения.

В третьей группе у детей наблюдается наибольший уровень невротизации личности. Проявляется депрессивный синдром, неустойчиво эмоциональное состояние, частые колебания настроения, повышенная возбудимость, раздражительность, недостаточная саморегуляция. Проявляются агрессивные признаки поведения. При этом они более застенчивы, наиболее стремятся к открытому взаимоотношению с окружающими людьми. Психическая деятельность протекает преимущественно по женскому типу.

Таблица № 3. Результаты по методике "Диагностика самоотношения" (В.В. Столин) (в %)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Группа А | Группа Б | Группа В |
| 1. Собственно "Я" | 89,5 | 85,2 | 90,7 |
| 2. Самоуважение | 77 | 73,2 | 75,7 |
| 3. Аутосимпатия | 75,3 | 68 | 62,2 |
| 4. Ожид. отнош. от других | 64,8 | 70,4 | 72,2 |
| 5. Самоинтерес | 72,9 | 71,1 | 85,7 |
| 6. Самоуверенность | 62,3 | 75,3 | 65,5 |
| 7. Отношение других | 46,8 | 56,4 | 65,7 |
| 8. Самопринятие | 70,9 | 73,5 | 60,7 |
| 9. Саморуководство | 68,8 | 67,9 | 79,7 |
| 10. Самообвинение | 26,9 | 51,6 | 60,8 |
| 11. Самоинтерес | 90 | 75,2 | 100 |
| 12. Самопонимание | 71,7 | 64,7 | 63,5 |

В первой группе мы видим, что подростки осознают и имеют представление о своих выраженных чертах характера. Они уверенны в свои силах и способностях. Более уважительно относятся к своим достоинствам и недостаткам, симпатизируют личностным качествам. По сравнению с другими группами менее рефлексичны в отношениях с другими людьми. Проявляется интерес к личностным чертам характера, менее самоуверенны. Принимают себя такими какие они есть. Внутреннее управляют своим поведением, действуя скорее на основе собственных убеждений и ценностей, чем на основе социальных норм или группового давления. Наименее проходит процесс самообвинения. Наиболее стремятся понять свои чувства и ощущения.

Во второй группе результаты подростков несколько отличаются. По сравнению с первой группой менее проявляется личностное самоотношение, уважение личностных качеств, симпатия, интерес к себе. Более рефлексивны при взаимоотношениях с окружающими. При этом наиболее высокая самоуверенность, принятие своих достоинств и недостатков. Менее контролируют свое поведение, понимают что с ними происходит. Более происходит самообвинение подростков.

В третьей группе подростки наиболее стремятся к познанию структуры самосознания. По сравнению с первой группой менее самоуважительны, симпатизируют себе. При этом наиболее проявляется рефлексия, самоинтерес. По сравнению со второй группой менее самоуверенны. В наименьшей степени происходит процесс самопринятия, самопонимания. Подростки наиболее контролируют свое поведение при повышенном самообвинении. Подростки в отличии от остальных хуже понимают душевное состояние.

Таблица № 4. Результаты методики "Диагностика межличностных отношений" (Т. Лири).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Группа А | Группа Б | Группа В |
| 1. Авторитарный | 9 | 9,7 | 9,5 |
| 2. Эгоистичный | 5,7 | 7 | 6,5 |
| 3. Агрессивный | 4 | 5,7 | 7 |
| 4. Подозрительный | 6,5 | 6,7 | 7,5 |
| 5. Подчиняемый | 5,7 | 3,5 | 3,5 |
| 6. Зависимый | 8 | 6,2 | 9,2 |
| 7. Дружелюбный | 11,2 | 7,5 | 8 |
| 8. Альтруистический | 9,5 | 7,2 | 8,5 |

У подростков первой группы проявляются качества доминантного, энергичного, компетентного, авторитетного лидера. При этом они менее эгоистичны, ориентированны на себя, склонны к соперничеству, упрямы, упорны, настойчивы и энергичны. Менее критичны по отношению ко всем социальным явлениям и окружающим людям. В тоже время по сравнению с другими группами наиболее проявляются качества скромности, робости, уступчивости, эмоциональной сдержанности, способность подчиняться, выполнять свои обязанности. Присущи черты конформности, мягкости, ожидание помощи и советов, доверчивость, склонность к восхищению окружающими, вежливость. Подростки наиболее стремятся проявлять дружелюбность и любезность со всеми, ориентацию на принятие и социальное одобрение, могут стремиться удовлетворять требования всех, "быть хорошим" для всех без учета ситуации, стремиться к целям микрогрупп, иметь развитые механизмы вытеснения и подавления, эмоциональную лабильность. Проявляют стремление к гиперответственности, могут приносить в жертву свои интересы, стремиться помогать и сострадать всем, проявлять навязчивость в своей помощи и активность по отношению к окружающим, принимать на себя ответственность за других.

Подростки второй группы наиболее стремятся проявлять лидерские качества при эгоистических чертах характера. Менее чем у подростков третьей группы проявляется упорство, настойчивость и энергичность, а также критичность к окружающим людям. По сравнению с первой группой они менее скромны, уступчивы, проявляют желание подчиняться, выполнять свои обязанности. По сравнению остальными группами наименее проявляется конформность, мягкость, ожидание помощи и советов, проявляется доверчивость, склонность к восхищению окружающими; они менее склонны к сотрудничеству, кооперации и компромиссности, менее стремятся находить согласие с окружающими людьми, следовать условностям, проявляют инициативность в достижении целей группы, стремятся быть в центре внимания, проявляют общительность; менее проявляется ответственность по отношению к людям, деликатность, сострадание, симпатия, умение подбодрить и успокоить окружающих, бескорыстность.

В третьей группе подростки также стремятся к лидерскому доминированию. Менее чем во второй группе проявляются эгоистические черты, ориентация на себя, склонность к соперничеству. Наиболее чем в остальных группах проявляется упрямство, упорство, настойчивость и энергичность. Более проявляется критичность к социальным явлениям и окружающим людям. При этом меньше чем в первой группе проявляется скромность, робость, эмоциональная сдержанность, способность подчиняться, менее проявляется отсутствие собственного мнения, послушное выполнение обязанностей. Менее проявляется склонность к сотрудничеству, кооперации, гибкость и компромиссность при решении проблем, согласованность с мнением окружающих, сознательная конформность, следование условностям, правилам и принципам " хорошего тона" в отношениях с людьми, стремление помогать, чувствовать себя в центре внимания, стремление в признании и любви, общительность, проявление теплоты и дружелюбия в отношениях. Они стремятся проявлять ответственность по отношению к людям, деликатность, мягкость, доброту, сострадание, симпатию, заботу, ласку, проявляют бескорыстность и отзывчивость. Наиболее чем в остальных групп проявляется послушание, боязливость, беспомощность, слабо проявляется сопротивление, искренне считают, что другие всегда правы.

По экспресс - диагностике гендерных стереотипов в трех группах проявляются преимущественно андрогинные стереотипы поведения.

## Выводы по II главе

В результате проведенного эмпирического исследования нами были распределены три группы. В ходе исследования они показали, что родительские отношения в первой группе более гармоничны и согласованны. Родители проявляют интерес и заинтересованность в жизни подростка. Проявляют эмоциональные отношения при общении с ним. Контролируют и поощряют его поведение. Подростки в свою очередь очень ценят и уважают отношения с обоими родителями, проявляя при этом более близкие и теплые отношения к матери.

При этих взаимоотношениях у подростков проявляется гармоничное и уравновешенное психическое состояние, они открыты и самокритичны в отношениях с окружающими. Проявляют уверенность в свои силах и способностях. Уважительно относятся к своими достоинствами и недостатками, симпатизируют личностным качествам. По сравнению с другими группами менее рефлексивны в отношениях с другими людьми. Наименее проходит процесс самообвинения. Наиболее стремятся понять свои чувства и ощущения.

Проявляются лидерские качества, при этом они менее эгоистичны, упрямы, критичны к окружающим людям. По сравнению с другими группами наиболее проявляются качества скромности, способность подчиняться. Присущи черты конформности, доверчивости, проявляют стремление к гиперответственности. Наиболее стремятся проявлять дружелюбность и любезность со всеми.

В группе Б родители меньше проявляют любовь и внимание к детям, выполняют с ребенком совместные задания. Отцы, в отличие от матерей, хуже понимают чувства и состояние ребенка, проявляют эмоциональное отношение, требовательность и контроль. При этом уровень авторитарности и конфликтов у родителей не интенсивный. Они проявляют постоянство в воспитательных приемах, совместно принимают решения, передают ответственность подростку, поощряют его материальные потребности, интересуются его делами и увлечениями. При пониженной доброжелательности супругов подростки взаимоотношениями с родителями удовлетворены.

При этих отношениях подростки хуже идут на контакт с отцами. По сравнению с первой группой взаимоотношения с матерью менее интенсивное, но отношения с обоими родителям они также ценят и уважают.

У подростков проявляются невротичные признаки, депрессивность. Более проявляется агрессивность по отношению к социальному окружению, стремление к доминированию, раздражительность, но при этом они социально активны, устойчивы к стрессу всегда стремятся к доверительно-откровенному взаимодействию при высоком уровне самокритичности.

По сравнению с первой группой менее проявляется личностное самоотношение, уважение личностных качеств, симпатия, интерес к себе. Более рефлексивны при взаимоотношениях с окружающими. При этом наиболее высокая самоуверенность, принятие своих достоинств и недостатков. Менее контролируют свое поведение, понимают что с ними происходит. Более происходит обвинение себя.

В межличностных отношениях дети наиболее стремятся проявлять лидерские качества при эгоистических чертах характера. Менее чем у подростков третьей группы проявляется упорство, настойчивость и энергичность, а также критичность к окружающим людям. По сравнению с первой группой они менее скромны, уступчивы, проявляют желание подчиняться, выполнять свои обязанности. По сравнению с остальными группами наименее проявляется конформность, мягкость, ожидание помощи и советов. Они менее склонны к сотрудничеству, кооперации и компромиссности, менее стремятся находить согласие с окружающими людьми, проявляют инициативность в достижении целей группы, стремятся быть в центре внимания, проявляют общительность. Менее проявляется ответственность по отношению к людям, деликатность, сострадание, симпатия, умение подбодрить и успокоить окружающих, бескорыстность.

В группе В взаимоотношения родителей с подростками более конфликтные. Родители недостаточно проявляют внимание и любовь к своим детям, на эмоциональном уровне плохо стремятся к пониманию их душевного состояния. Не достаточно активно выполняют совместные задания. При повышенной конфликтности родителей на ребенка оказывается давление, возлагается ответственность. Менее удовлетворяются потребности во внимании и информации ребенка. Матери хуже контролируют подростков, проявляют интерес к их делами и увлечениям. Родители проявляют постоянство в воспитательных приемах, требовательности, реализации наказания. Авторитарность при этом не превышается. Отцы менее поощряют ребенка. Супруги менее доброжелательны друг к другу. Взаимоотношениями с родителями подростки при этом удовлетворены плохо. Они менее дружелюбны с ними. С матерями общаются меньше. С отцами идут на контакт еще неохотнее. Подростки стремятся к взаимоотношению с друзьями, проявляя при этом высокую любознательность, но меньшую общительность.

При таких семейных взаимоотношениях у подростков проявляется недостаточная саморегуляция, депрессивный синдром. При неустойчивом эмоциональном состоянии частые колебания настроения, повышенная возбудимость, раздражительность. Проявляются агрессивные признаки поведения. При этом они более застенчивы, наиболее стремятся к открытому взаимоотношению с окружающими людьми. Психическая деятельность протекает преимущественно по женскому типу.

По сравнению с первой группой менее самоуважительны, симпатизируют себе. При этом наиболее проявляется рефлексия, самоинтерес. По сравнению со второй группой менее самоуверенны. В наименьшей степени происходит процесс самопринятия, самопонимания. Подростки наиболее контролируют свое поведение при повышенном самообвинении.

В межличностных отношенияхподросткистремятся к лидерскому доминированию. Менее чем во второй группе проявляются эгоистические черты, ориентация на себя, склонность к соперничеству. Наиболее чем в остальных группах проявляется упрямство, упорство, настойчивость и энергичность. Более проявляется критичность к социальным явлениям и окружающим людям. При этом меньше чем в первой группе проявляется скромность, робость, эмоциональная сдержанность, способность подчиняться, менее проявляется отсутствие собственного мнения, послушное выполнение обязанностей. Менее проявляется склонность к сотрудничеству, кооперации, гибкость и компромиссность при решении проблем, сознательная конформность. В тоже время проявляют стремление к ответственности по отношению к людям, деликатность, мягкость, доброту, сострадание, симпатию, заботу, ласку, бескорыстность и отзывчивость. Наиболее чем в остальных групп проявляется послушание, боязливость, беспомощность, слабо проявляется сопротивление, искренне считают, что другие всегда правы.

Из медицинских карт мы выяснили, что около 70% детей являются носителями туберкулезной инфекции.

По психосоматическому состоянию подростков мы видим, что дети группы В более невротичны, раздражительны и предрасположены к соматическими заболеваниям. По сравнительной характеристике психосоматическое состояние детей в группе А лучше чем в остальных группах. У них более низкий уровень невротизации, предрасположенность к соматическим заболеваниям.

Дети группы Б более проявляют спонтанную и реактивную агрессивность.

## Вывод

Таким образом анализ теоретических и практических источников по проблеме показал, что взаимоотношение родителей с ребенком напрямую отражается на его психосоматическом состоянии. Практически все учащиеся желают иметь более тесные взаимоотношения с родителями, но в силу "переходного возраста" (становления личностных факторов подростков, формирования "Я концепции") они в недостаточной мере контактируют со своими родителями. Переходный возраст очень сложен не только для детей, но и для родителей. Им сложно понять чувства своих детей. Они не могут должным образом сориентироваться в конфликтной ситуации и поэтому вместо сотрудничества с ребенком выбираются другие пути выхода из возникшей проблемы. Несмотря на высокую невротичность в группе негармоничных взаимоотношений у детей довольно высокое самоотношение, общительность и любознательность, что говорит о хорошей саморегуляции подростков. По соматическому состоянию у детей очень высокий процент туб. инфицирования. По теоретическим источникам мы определили, что это проявляется от недостаточного внимания и любви матери к своему ребенку. Недовольство ребенка взаимоотношениями родителей, невнимательное отношение родителей к ребенку все это оказывает влияние на проявление невротических симптомов у подростков. Родители зачастую не отдают себе отчет, что дети могут по своему реагировать на ситуации в семье. Если после ссоры родители через некоторое время могут забыть о конфликте, то у ребенка этот конфликт может оставить глубокую душевную травму которая впоследствии может проявиться в психосоматическом заболевании.

## Заключение

Важнейшей особенностью личности в юношестве является быстрое развитие самосознания посредством рефлексии подростка на себя и других. Чем лучшее образование и воспитание получил подросток в детстве, тем богаче его рефлексия. Это занятие при живости ума можетпродуцировать важные для подростка откровения общеморального порядка и относительно своей собственной персоны. Как указывалось выше, в отрочестве формируется стремление быть исчитаться взрослым*.* Это стремление является одной из форм проявления самосознания подростка. Чувство взрослости у подростка специфическое новообразование самосознания, стержневая особенность личности, ее структурный центр. Это чувство выражает новую жизненную позицию подростка по отношению к себе, людям и миру, определяет специфическое направление и содержание его социальной активности, систему новых стремлений и аффективных реакций. Специфическая социальная активность проявляется в большей восприимчивости к усвоению норм, ценностей и способов поведения, которые существуют в мире взрослых.

Как показали практика и научные исследования, в поведении подростков, в их отношении к нравственным и культурным ценностям, в общении со сверстниками и взрослыми довольно зримо отражаются семейная микросфера, ее положительные и отрицательные стороны, ее достоинства и недостатки, которые в ходе их развития опосредуются влиянием социальной среды, коллективом класса, стихийной группы.

Семейное общение в подростковом возрасте имеет одну особенность: оно носит противоречивый характер. Подростки, с одной стороны, стремятся к общению со взрослыми, в том числе с родителями, а с другой - у них наблюдается снижение интереса к семейному общению, уменьшение его удельного веса при всевозрастающей роли семьи в жизни подростка.

В результате теоретического и практического исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Неадекватное отношение родителей к ребенку приводит к эмоциональному психологическому дискомфорту, возникновению психосоматических заболеваний.

2. Уровень личностного роста подростка зависит от психологического климата семьи и состояния атмосферы.

3. Манера и характер отношений и семейного общения, становятся той базой, на основе которой строятся взаимоотношения со сверстниками и взрослыми в образовательном процессе и оказывает влияние на самоопределение личностной структуры подростка.

Главное психологическое приобретение юности - открытие своего внутреннего мира. У него формируется полная структура самосознания. Это проявляется в стремлении быть самим собой, в осознании жизненных планов и перспектив, осознании уровня притязаний, в развитии личностной рефлексии [3, 101 с.].

## Список использованной литературы

1. Аммон, Г.В. Динамическая психиатрия / Г.В. Аммон. - М.: изд. Психоневрологического инст. им. В.М. Бехтерева, 1995. - 320 с.
2. Антропов, Ю.Ф. Психосоматические расстройства: курс лекций / Ю.Ф. Антропов, 2001. - 58 с.
3. Адлер, А.А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / А. Адлер. Пер. с англ. А.А. Валеева, Р.А. Валеевой. - Ростов н/Д: Феникс, 1998. - 448с.
4. Бочанова, Е.В. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. - М.: Эксмо, 2003. - 605 с.
5. Бурлачук, Л.Ф. Психология жизненных ситуаций / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Волкова, А.Н. Методические приемы диагностики супружеских отношений / А.Н. Волкова, Т.М. Трапезникова вопр. психол. - 1985. - № 5. - С.110-116 с.
6. Коржова, В.Н. Учебное пособие / В.Н. Коржова - М.: Российское педагогическое агентство, 1998. - 263 с.
7. Грановская, Р.М. Элементы практической психологии - 2-е изд. / Р.М. Грановская. - М.: Изд. Ленинградский университет, 1988. - 560 с. И.В.
8. Гребенников, Д.Н. Воспитательный климат семьи / Д.Н. Гребенников - М.: Знание, 1976. - 40 с.
9. Губачев, Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М. Губачев, Е.М. Сгабровский-Л.: Медицина, 1981. - 216 с.
10. Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и пато генез / А.И. Захаров. Л.: Медицина, 1988. - 244 с.
11. Захаров, А.И. Предпосылки патогенетически обоснованной семейной психотерапии детей с невротическими расстройствами/ А.И. Захаров, - Л., 1978. - 75-86 с.
12. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник, - М.: МГУ, 1986, - 288 с.
13. Карвасарский, Б.Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Б.Д. Карвасарский, Изд.2-е, перераб. - СПб.: Питер, 2002. - 672 с.
14. Карпова, Э.Б. Разработка и клиническая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями / Э.Б. Карпова,: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Л., 1985. - 22 с.
15. Келам, А.Л. Причины конфликтных ситуаций в семье (по материалам Таллинской семейной консультации) // А.Л. Келам, И.В. Эббер - Вильнюс, 1985. - 66 с.
16. Ковалев, В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев, - М.: Медицина, 1985. - 288 с.
17. Костерева, В.Я. О роли семейных конфликтов в формировании внутренней картины болезни у больных шизофренией / В.Я. Костерева, - Л.: 1978. - 38 с.
18. Куприянов, С.Ю. Семейная психотерапия больных бронхиальной астмой / С.Ю. Куприянов, Сб. науч. тр. Под ред. В.К. Мягер, В.П. Козлова, Н.В. Семеновой - Тянь-Шанской, - Л., 1983. - 84 с.
19. Левченко, И.Ю. Психолого-педагогическая диагностика / И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная, Т.А. Добровольская. - М.: Издательский центр "Академия", 2003. - 320 с.
20. Левкович, В.П. Социально-психологический подход к изучению супружеских конфликтов / В.П. Левкович, О.Э. Зуськова Психол. журн. - 1985. - 137 с.
21. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко, - Л.: Медицина, 1983. - 256 с.
22. Менегетти, А.А. Клиническая онтопсихология / А.А. Менегетти. Пер. с итал. - М.: Славянская ассоциация онтопсихологии, 1997. - 320 с.
23. Мухина, В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для студ. вузов. - 4-е изд. / В.С. Мухина. - М.: Издательский центр "Академия", 1999. - 456 с.
24. Малкина - Пых, И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога/ И.Г. Малкина - Пых. - М.: Изд. Эксмо, 2005. - 992 с.
25. Мишина, Т.М. Психологическое исследование супружеских отношений при неврозах / Т.М. Мишина, Под ред. В.К. Мягер и Р.А. Зачепицкого. - Л., 1978. - 20 с.
26. Мягер, В.К. Теоретические предпосылки семейной психотерапии/ Мягер, В.К. - Л., 1978. - 184 с.
27. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев - Л.: Изд. ЛГУ, I960. - 426 с.
28. Обозов, Н.Н. Межличностные отношения / Н.Н. Обозов - Л.: Изд. ЛГУ, 1979. - 151 с.
29. Обозова, А.Я. Психологические проблемы службы семьи и брака / Обозова, А.Я. - Л., 1984. - 180 с.
30. Абрамова, Е.И. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Е.И. Абрамова, Е.И. Абрамова, Е.В. Екжанова, Е.В. Зырянова; под ред. Е.П. Силяевой. - М.: Изд. "Академия", 2002. - 192 с.
31. Пушкина, Т.П. Медицинская психология / Т.П. Пушкина, сост. - Новосибирск: Научно-учебный центр психологии Н Г У, 1996. - 208 с.
32. Савинова, Е.А. Родители и дети: Психология взаимоотношений / Е.А. Савинова, Е.О. Смирнова. - М.: "Когито - центр", 2003. - 206 с.
33. Сермяжко, Е.И. Семья и личность /Под ред. профессора Е.И. Сермяжко - М.: Могилев: МГУ им.А. А. Кулешова, 2003. - 101 с.
34. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства / А.Б. Смулевич - Л.: Изд., 2003. - 19 с.
35. Струковская, М.В. Психосоматические расстройства/ М.В. Струковская - М.: Медицина, 1986. - 384 с.
36. Свядощ, А.М. Неврозы / А.М. Свядощ - М.: Медицина, 1982. - 367 с.
37. Смехов, В.А. Опыт психологической диагностики и коррекции конфликтного общения в семье / В.А. Смехов Вопр. психол. №4 1985. - 92 с.
38. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков - М: Медицина 2-е изд., 1087. - 304 с.
39. Фурманов, И.А. Психологические основы диагностики и коррекции нарушений поведения у детей подросткового и юношеского возраста / И.А. Фурманов. - Мн.: НИО, 1997. - 198 с.
40. Хоментаускас, Г.Т. Использование детского рисунка для исследования внутрисемейных отношений / Г.Т. Хоментаускас. Вопр. психол. № 1., 1986. - 170 с.
41. Цареградская, Ж.В. Ребенок от зачатия до года / Ж.В. Цареградская. - М.: Астрель: ACT, 2005. - 281 с.
42. Шутценбергер, А.А. Синдром предков / А.А. Шутценбергер. - М.: Издательство института психотерапии, 2001. - 208 с.
43. Эйдемиллер, Э.Г. Семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. - Ленинград " Медицина" Ленинградское отделение, 1990. - 189 с.
44. Эйдемиллер, Э.Г. Семейная психотерапия при психопатиях, акцентуациях характера, неврозах и неврозоподобных состояниях: Методические рекомендации / Э.Г. Эйдемиллер. - М.: 1980. - 27 с.
45. Эйдемиллер, Э.Г. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами и нсврозо-подобными состояниями: Методические рекомендации/ Э.Г. Эйдемиллер, Юстицкий В.В. - Л., 1987. - 26 с.
46. Юстицкий, В.В. Роль неосознаваемых психологических механизмов в формировании отношений родителей к детям / В.В. Юстицкий, - Вильнюс: 1977. - 164 с.
47. Ясперс, К.В. Общая психопатология / К.В. Ясперс. Пер. Л.О. Акопян. - М.: Практика, 1997. - 1053 с.