**«Психологическое консультирование как средство профилактики нарушений поведения и эмоционального развития детей дошкольного возраста».**

Изучение и профилактика негативных явлений в поведении людей в любом обществе является проблемой первостепенной важности. Особую значимость эта проблема приобретает в государствах, находящихся в состоянии социально-экономического кризиса. В начале XXI века проблема поведенческих нарушений остается популярной как в зарубежной, так и в отечественной психологии.

В поведении и развитии детей дошкольного возраста часто встречающиеся нарушения поведения (агрессивность, вспыльчивость, пассивность, гиперактивность, застенчивость), различные формы детской нервности (невропатия, неврозы, страхи) обусловлены, как правило, двумя факторами: ·ошибками воспитания; ·определенной незрелостью, минимальными поражениями нервной системы.

Поведенческие нарушения нередко ставят в тупик не только родителей, но и

опытных педагогов, так как воспитательные меры оказываются недостаточными для

исправления подростков.

Поведение некоторых детей и подростков обращает на себя внимание нарушением

норм, несоответствием получаемым советам и рекомендациям, отличается от

поведения тех, кто укладывается в нормативные требования семьи, школы и

общества. Это поведение, характеризующееся отклонением от принятых

нравственных, а в некоторых случаях и правовых норм называют девиантным. Оно

включает антидисциплинарные, антисоциапьные, делинквентные противоправные и

аутоагрессивные (суицидальные и самоповреждающие) поступки. Они по своему

происхождению могут быть обусловлены различными отклонениями в развитии

личности и ее реагирования. Чаще это поведение - реакции детей и подростков

на трудные обстоятельства жизни. Оно находится на грани нормы и болезни и

потому должно оцениваться не только педагогом, но и врачом. Возможность

появления отклонений в поведении связана также с особенностями физического

развития, условиями воспитания и социального окружения.

Если по результатам диагностики у детей будут выявлены глубокие нарушения психологического здоровья, следует обратиться к родителям. Это необходимо потому, что, во-первых, психолог не имеет права на индивидуальную коррекционную работу без их ведома, во-вторых, без участия родителей она будет малоэффективной. Поэтому лично или через педагога психолог приглашает родителя на консультацию и предлагает обсудить некоторые трудности в развитии ребенка.

Консультативную беседу с родителями можно условно разделить на четыре части.

**1**. **Введение в проблему**. Психолог разъясняет родителю необходимость сохранения психологического здоровья ребенка. Для многих эта проблема будет неожиданной и новой. Ведь чаще всего родители беспокоятся о физическом здоровье ребенка и его успеваемости в школе. Поэтому нужно объяснить, что понимается под психологическим здоровьем и в чем его отличие от здоровья психического. Нередко психолог ассоциируется с психиатром, и это вызывает страх, а следовательно, отторжение сотрудничества: «Что мой ребенок — псих, что ли, зачем ему психолог?» В этом случае можно подчеркнуть, что в нашем нестабильном и стрессогенном обществе те или иные нарушения психологического здоровья имеются почти у всех здоровых детей. Далее полезно отметить, что нарушения психологического здоровья взаимосвязаны с успеваемостью в школе, адаптацией к социальной среде и, наконец, со здоровьем физическим; для этого можно использовать материалы части 1 данной книги. В итоге родитель начинает понимать, что необходимо проявлять особую заботу о сохранении психологического здоровья.

**2**. **Анализ проблемы**. Психолог раскрывает родителю конкретную проблему его ребенка, по возможности на примерах его поведения, чтобы родитель имел возможность сравнить замечания специалиста со своими собственными наблюдениями. В этом случае он, вероятнее всего, согласится с тем, что выявленное психологом нарушение у ребенка присутствует. Например, если ребенка беспокоит несоответствие нормам и ожиданиям окружающих, можно объяснить, что он боится контрольных работ и потому выполняет их хуже, чем в спокойной обстановке или дома. Можно попросить родителя привести собственные примеры, подтверждающие наличие у ребенка нарушения психологического здоровья.

**3**. **Выявление причин нарушения психологического здоровья**. Если родитель согласился с тем, что его ребенок имеет то или иное нарушение, то, вероятнее всего, он попросит объяснить причины этого нарушения. Здесь очень важно избежать появления у него чувства вины, поскольку за этим последует сопротивление дальнейшей работе, поскольку родители не хотят признавать, что допустили ошибку в воспитании своего ребенка. Или, наоборот, включаются в работу столь рьяно, что могут спровоцировать какое-либо другое нарушение. Поэтому имеет смысл сказать, что, по-видимому, были какие-то объективные причины. Какие? Родитель с удовольствием сам подберет их: конфликты между супругами, финансовые проблемы, необходимость много работать, частая смена жительства и т. п. Психологу следует согласиться с родителем, добавив, что современные социально-экономические условия сильно обостряют действие этих причин.

**4**. **Решение проблемы**. В подобных ситуациях родители обычно спрашивают: «Что делать?», т. е. они понимают, что нарушение имеется, и причины им ясны, но важно знать, как изменить ситуацию. И тут можно деликатно сообщить родителю, что его общение с ребенком неэффективно и даже закрепляет нарушения. Здесь можно использовать сравнение с аллергией. Если ребенок-аллергик обладает повышенной чувствительностью к некоторым продуктам питания, они могут спровоцировать заболевание, даже такие полезные детям, как, к примеру, молоко. Так же обстоит дело и с проблемой психологического здоровья. Нездоровый в психологическом плане ребенок не воспринимает некоторые психологические воздействия, более того, они ухудшают его состояние, в то время как здоровому ребенку могли бы быть полезны. Поэтому неблагополучному ребенку нужна особая «психологическая диета», организовать которую может только любящий родитель. Подобная работа состоит из двух этапов.

Первый этап — это общее неспецифическое воздействие родителей на ребенка с целью повышения уровня его психологического здоровья в целом.

Второй этап — специфическое воздействие, соответствующее конкретному нарушению психологического здоровья.

Что включает в себя каждый из этих этапов?

**Первый этап**. Психологическое здоровье можно рассматривать как систему, состоящую из трех компонентов: аксиологического, инструментального и потребностная-мотивационного. Соответственно этим компонентам определяются основные направления воздействия родителей. Они должны содействовать формированию у ребенка: а) умения любить себя и других людей; б) личностной рефлексии; в) потребности в саморазвитии.

**Умение любить себя**. Прежде всего необходимо определить, что такое любовь к себе, поскольку для многих родителей перспектива обучать этому детей покажется абсолютно ненужной. «Они и так себя слишком любят», — скажут многие. Но на самом деле это не так. Любовь к себе описывается в литературе синонимично таким понятиям, как «само принятие», «положительное само отношение», «положительная Я-концепция» и т. д., а любовь к себе — это чувство собственного достоинства, собственной ценности, осознание собственной уникальности и вера в свои возможности.

Однако не является ли любовь к себе проявлением эгоизма? По словам известного психолога Э.Фрома, в современной культуре часто прослеживается альтернатива: или любовь к другим, что добродетельно, или любовь к себе, что грешно. Э.Фром подробно рассматривал отражение этой альтернативы в трудах таких ученых, как И. Кальвин, Ф. Ницше, И. Кант, М. Штейнер и др., и пришел к следующему выводу. Догма, что любовь к себе несовместима с любовью к другим, заполнила теологию, философию и общественную мысль. Однако Э. Фром считал, что разрешить это противоречие можно через введение и последующее определение понятия «себялюбие». Себялюбие, по Э. Фрому, не только не тождественно любви к себе, но обусловлено именно отсутствием любви к себе. Себялюбец любит себя не слишком сильно, а слишком слабо, вернее, он ненавидит себя. И с этим положением Э. Фрома хочется не просто согласиться, но подчеркнуть его особую значимость. Себялюбие исключает какой-либо искренний интерес к другим людям, т. е. оно несовместимо с любовью к другим. Реальная же любовь к себе и любовь к другим коренным образом взаимообусловлены. Как утверждает Э.Фром, установка на любовь к себе обнаруживается у всех, кто способен любить других.

Однако достичь реальной любви к себе нелегко. Уже у детей 3–4 лет можно заметить неумение любить себя, т. е. непонимание собственной ценности, уникальности. И это понятно, потому что взрослые чаще обращают внимание на нарушения поведения детей, поэтому в общении с ребенком преобладает использование негативной лексики. В результате уже дошкольники прекрасно знают свои недостатки, но далеко не всем известны собственные достоинства. Многие дети считают, что родители их любят, только когда они хорошо ведут себя или учатся.

Следовательно, очень важно, чтобы психолог сумел донести до родителей необходимость демонстрировать ребенку свою безусловную любовь, т. е. любовь не за что-то или при определенных условиях, а несмотря ни на что и ни на какие условия. Чтобы ребенок это понял, можно прочесть ему сказку, приведенную ниже. Дети обычно очень живо на нее откликаются и говорят, что у них были похожие ситуации и чувства.

 **«Причины возникновения психосоматических расстройств в раннем и дошкольном возрасте».**

Одной из наиболее актуальных проблем сегодняшнего дня является проблема роста психосоматических заболеваний у детей и подростков. Это связано, в первую очередь, с общей социальной напряженностью, психологической неуравновешенностью всего общества. Поляризация доходов, сложное экономическое положение большинства семей, отсутствие уверенности, в завтрашнем дне ведут к росту тревожности, раздраженности, и, как следствие, к росту психосоматических заболеваний у взрослых и детей.

Частота психосоматической патологии в структуре общей заболеваемости в последнее время настолько увеличилась, что некоторые исследователи стали называть современное общество «психосоматический ориентированным». Трудно назвать соматическое заболевание, при котором на том или ином этапе не возникали бы психосоматические реакции или расстройства, утяжеляющие его течение и способствующие хронификации.

Психосоматические заболевания у детей возникают в результате неблагополучных семейно бытовых отношений, отсутствия контроля за поведением, избыточной занятости родителей и частых разводов.

Среди детей и подростков распространенность заболеваний со сложными взаимосвязанными психическими и соматическими проявлениями значительна и имеет устойчивую тенденцию к росту. До 40 % детей, наблюдаемых педиатрами, не имеют диагностически верифицированных заболеваний, хотя и предъявляют множество соматических жалоб. Удельный вес таких детей в разных популяциях имеет значительные вариации в зависимости от этнокультуральных особенностей, социального окружения, семейной инфраструктуры, восстания.

Развитие науки и техники растет в геометрической прогрессии. Радио, телевидение, сотовая связь, персональные компьютеры, новые технические и химические технологии создают постоянные психологические и физические перегрузки на человека, снижают способность его организма к социальной и биологической адаптации.

Экологические условия жизни на Земле ухудшаются, усиливается воздействие вредных факторов на здоровье людей, меняются генные структуры человека. Рождается много детей с выраженными патологиями, с ослабленным здоровьем. Многие психосоматические заболевания у детей закладываются в детстве. Нерешенные психосоматические проблемы родителей и воспитателей проецируются на ребенка, повторяются у него в усугубленном виде.

В современном обществе прослеживается кризис семьи, которая оказывается не только в социально-экономической плоскости. Недостаточным также психолого-педагогический и социально педагогический ровные подготовки взрослых к семейной жизни. Актуальными проблемами является отсутствие единственной стратегии, последовательности воспитания детей, в семьи, непонимания самой ценности и уникальности каждого ребенка, неспособность родителей прогнозировать последствия воспитания

История современной психосоматической психологии начинается из психоаналитической концепции Зигмунда Фрейда. Он, вместе с Брейером, доказал, что "подавленная эмоция" и "психическая травма" путем "конверсий" могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд отмечал, что необходима "соматическая готовность" - физический фактор, который имеет не последнее значение при выборе органа. А доктор Джозеф Ф. Монтегю, автор книги "Расстройства желудка на нервной почве", к примеру, пишет: "Язва желудка возникает не от того, что вы едите. Язва возникает от того, которое съедает вас".

В пределах психосоматики как направления в наше время существует два подхода - психцентристский и соматоцентристский|.

Психоцентристский подход анализирует влияние на возникновение, клинические проявления и прогноз болезни острого и хронического психического стресса, а также различных характеристик, связанных с психическим статусом человека.

Соматоцентристский подход изучает нозогенные реакции (такие, как влияние особенностей клинических проявлений и течения болезни на субъективное восприятие пациентом своей болезни и особенности психических расстройств, вызванных соматическими страданиями).

Подавляющее большинство исследователей психосоматической концепции в современной психологии склонно выделять 4 группы психосоматических расстройств:

1. Соматизованые психические (соматоформные) реакции, которые формируются при невротических или конституциональных патологиях.

2. Психогенные реакции (нозогении), которые возникают вследствие соматической болезни (какая является своего рода психотравмирующим событием) и принадлежат к группе реактивных сил.

3. Реакции типа симптоматической лабильности - психогенная провоцируемая манифестация или экзацербация соматической болезни.

4. Реакции экзогенного типа (соматогении), которые манифестируют в результате влияния на психическую сферу соматических нарушений и принадлежат к категории симптоматических психозов

Психосоматические нарушения обычно определяются как таковые, при которых психологические факторы считаются составляющими в развитии обострении или сохранении заболевания. Относительный термин "соматизация" относится к тенденции сообщать о физикальных симптомах, не имеющих патофизиологической базы, или значительно превосходят то, что можно выявить на основании объективных медицинских данных.

Психосоматические симптомы и соматизация отличаются от симуляции, при которой пациент правдиво сообщает о своих ощущениях и не сознательно использует эти симптомы для манипулярования или управления другими или ситуацией. Ребенок и его семья обычно относят эти симптомы к органическому заболеванию и поэтому обращаются за медицинской помощью. Симптомы могут варьировать по тяжести и длительности, могут быть острыми или хроническими и при этом может присутствовать или отсутствовать органическое заболевание. Так как симптомы первично обусловлены психосоциальными факторами, направленность вмешательства на эти факторы очень важно для улучшения симптоматики.

Следует отметить, что термин психосоматический все больше замещается такими терминами как психофизиологический, биобихевиоральный и биопсихосоциальный – терминами, все более отражающими понимание того, что психосоциальные и биологические факторы являются неразрывными и взаимозависимыми аспектами всех заболеваний. В этой работе термин психосоматический используется в отношении к симптомам, при которых психосоциальные факторы играют основную роль. Мы, в частности, остановимся на симптомах, при которых органические данные отсутствуют или незначительны.

Происхождение психосоматических расстройств следует рассматривать с позиций общей психосоматической парадигмы. В их этиологии главную роль играют три группы факторов.

1.         Наследственно-конституциональные факторы. Здесь необходимо выделить конституционально-типологические особенности центральной нервной системы (ЦНС) и личностно-акцентуационные особенности.

2.         Психоэмоциональные, или психогенные. Это острые или хронические внешние воздействия, опосредованные через психическую сферу, которые имеют как когнитивную, так и эмоциональную значимость и в силу этого играют роль психогении.

3.         Органические. К ним относится различного рода преморбидная органическая (травматическая, инфекционная, токсическая, гипоксическая и др.) скомпрометированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, и, прежде всего, лимбико-ретикулярного комплекса.

В первой группе факторов наиболее значимую роль играют личностно-типологические особенности в виде характерологических черт астенического круга с чрезмерной сенситивностью, робостью, повышенной истощаемостью; одним из наиболее распространенных вариантов является «тип ипохондрика». Существенное значение имеют также аффективно-дистимические («прирожденные пессимисты») и истероидные черты. Нейрофизиологические особенности ЦНС характеризуются слабостью неспецифических активирующих систем, прежде всего, ретикулярной формации.

Во второй группе можно выделить следующие варианты психогенных факторов:

•  массивные (катастрофические), внезапные, острые, неожиданные, потрясающие; одноплановые: а) сверхактуальные для личности; б) неактуальные для личности. Вероятно, степень актуальности (значимости) для личности этих событий может колебаться в широком диапазоне.

•  ситуационные острые (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения).

•   пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия — «кумир семьи»). Внутри их могут быть психические травмы: а) осознаваемые и преодолимые; б) неосознаваемые и не­ преодолимые.

•   пролонгированные ситуационные, приводящие к осознанию необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие), вызываемые: а) самим содержанием и требованием ситуации; б) чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения цели в обычном ритме деятельности.

В третьей группе существенную роль играют пренатальные и постнатальные травмы, хронические вялотекущие инфекции, гипоксически-гипоксемические состояния, особенно в вертебробазилярном бассейне, и др.

Рассматривая все варианты патологических проявлений, имеющих психогенное происхождение, можно выделить 5 групп состояний :

•  соматизированные психические реакции — соматоформные расстройства, которые развиваются в рамках формирования невротического или личностно-конституционального регистра (невротические расстройства, невропатии и расстройства личностного развития);

•   психогенно-личностные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего действия, как фактор субъективно отстраненный, который существенно влияет на качество жизни больного), — вторичные невротические расстройства острого и пролонгированного типа;

•  органические или системные соматические поражения психосоматического характера, возникающие в ответ на констеляцию социально-психогенных, личностно- и биоконституциональных факторов (в виде ответа органа- или системы-мишени);

•  реакции экзогенного типа (соматогении), развивающиеся вследствие нейротоксического эффекта соматического заболевания в виде неврозоподобной или психотической органической симптоматики;

•  соматопсихическая коморбидность — относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

Межличностные (объектные) отношения оказывают определяющее влияние на психическое развитие ребенка с первых дней его жизни. Идентификация внутреннего «Я» у ребенка видоизменяется на протяжении всего периода формирования его как личности (прил. 1). При переходе к каждой последующей фазе развития могут наблюдаться в большей или меньшей степени выраженные нарушения идентификации — кризис идентификации развития, следствием и клиническими проявлениями которого являются различные невротические, адаптационные и поведенческие расстройства.

Первой стадией развития психики ребенка, согласно Эриксону (2000), является орально-сенсорная фаза (возраст до 18 мес), по Пиаже — сенсорно-моторная (возраст до 2 лет). Основной проблемой его идентификации на этом этапе развития является конфликт между формирующимися «базисным доверием» и «недоверием». У маленького ребенка социальное недоверие проявляется отказом от приема пищи, глубоким сном, неконтролируемыми испражнениями. Достаточно выраженное «базисное доверие» в возрасте до 4-5 недель проявляется аутистическими фазными состояниями полусна-полубодрствования, которые сменяются поведенческим феноменом симбиотической привязанности к матери. Описанные психические проявления свидетельствуют о достижении гомеостатического равновесия организма с окружающей средой. При прохождении орально-сенсорной фазы развития ребенок усваивает модели поведения, возникающие в ответ на конкретные внешние стимулы, которые позволяют уменьшать напряжение, связанное с потребностью реализации инстинктов и достижением гомеостатического равновесия с окружающей средой.

Познавательная способность ребенка базируется преимущественно на стремлении манипулировать неодушевленными предметами. Трудности, связанные с влиянием окружающего мира, он преодолевает путем ассимиляции и аккомодации (модификации поведения в целях адаптации к новым стимулам). Неудовлетворительная адаптация сопровождается соматовегетативной дисфункцией — наиболее недифференцированной психической реакцией на фрустрирующую ситуацию. Чувство тревоги, которое, как правило, возникает в связи с присутствием рядом незнакомого человек включает в себя, с одной стороны, любопытство, с другой — страх.

При адекватном прохождении первой фазы развития у ребенка с 5-месячного возраста начинается процесс «высвобождения из оболочки аутизма», повышается способность адекватно воспринимать мир в результате когнитивного (познавательного) и неврологического созревания. В случаях неадекватного прохождения первой фазы развития основополагающая характеристика психики — «доверие» формируется в недостаточной степени. В детском возрасте это проявляется самоизоляцией, недоверчивым отношением к окружающим людям и событиям, формированием неадекватной аконтактности и пара-аутических реакций на фрустрирующие ситуации.

Таким образом, неадекватное прохождение орально-сенсорной фазы (с фиксацией свойственных ей проблем) ведет к формированию дисгармоничных объектных отношений, которые мы назвали «проблемные отношения использования».

Второй этап развития психики ребенка, по Эриксону, — мышечно-анальный (возраст от 1,5 до 3 лет), по Пиаже — предоперационная фаза (возраст от 2 до 7 лет). Основными проявлениями психической деятельности в этот период являются усвоение навыков ходьбы, приема пищи, а также активное речевое общение. Главная проблема идентификации ребенка на этом этапе развития — приобретение автономии, навыков преодоления стыда и сомнения. Стыд возникает, когда ребенок остро ощущает негативную оценку своих поступков со стороны окружающих его людей. Если родители слишком часто наказывают малыша, у него возникают неуверенность в себе и убеждение в неизбежности наказания. Образ матери занимает главенствующее место в мироощущении ребенка. Характерным проявлением кризиса развития в этот период является «кризис сближения» — желание получить утешение от матери и неспособность принять ее помощь. Возникновение тревоги в этом возрасте, как правило, связано со страхом разлуки с матерью. Преодоление «кризиса сближения» происходит по мере совершенствования навыков самообслуживания, способности получать удовольствие от самостоятельной деятельности. Ребенок, успешно преодолевший мышечно-анальную фазу развития, легче переносит разлуку с матерью и не ищет ей замены, так как уверен, что она вернется.

При неадекватном прохождении второй фазы развития дети отличаются чувством суверенности в себе, обнаруживают боязнь негативной оценки своих поступков со стороны окружающих, неумение быть автономными по отношению к родителям и сверстникам. Они не способны получать удовольствие от самостоятельной деятельности без одобрения или позитивной оценки окружающих. Наблюдается фиксация эгоцентрических черт характера. Ребенку не удается оставаться самим собой в референтной группе, и он, адаптируясь к ее требованиям, становится конформным.

Итак, неадекватное прохождение второй фазы развития с фиксацией ее проблем ведет к формированию дисгармоничных межличностных отношений, названных нами «проблемные отношения соответствия».

Третьим этапом развития психики ребенка, по Эриксону, является локомоторно-генитальная фаза (возраст от 3 до 6 лет). По мнению Пиаже, в этом возрасте продолжается предоперационная фаза развития. Основной проблемой идентификации личности на этом этапе является конфликт между чувством вины и стремлением проявить инициативу. Разрешение кризиса происходит путем идентификации себя с социальной ролью родителя того же пола. Мотивацией социальной активности является хорошая успеваемость в школе, лидерство в играх. Характерным для этого периода развития является возникновение соперничества между сиблингами.

При адекватном прохождении этой фазы для детей характерны хорошая успеваемость, независимое функционирование и социализация, дружеские отношения со сверстниками. Все это является результатом ослабления зависимости от родителей и уменьшения озабоченности, которая связана с внутрисемейной конкуренцией, основанной на психосексуальных проблемах.

В случае неадекватного прохождения этой фазы развития центральным конфликтом личности становится невозможность социально приемлемого проявления собственной инициативы. Такой конфликт чаще проявляется в одной из двух возможных социально-дезадаптивных моделей поведения, зависящих от преобладания либо чувства вины, либо чувства агрессии. В первом случае подросток при выполнении определенных социальных ролей скован, неуверен в себе, заторможен. Во втором случае он ведет себя конфликтно, подчеркнуто независимо, в его поведении доминируют формы протеста и агрессии.

Неадекватное прохождение третьей фазы с фиксацией ее центральных конфликтов ведет к формированию дисгармоничных межличностных отношений, названных нами «проблемные отношения независимости».

Четвертой стадией развития психики ребенка, по Эриксону, является фаза латентности (возраст от 7 до 11 лет), по Пиаже — операционная фаза (возраст от 7 до 11 лет). Основной проблемой идентификации ребенка на этом этапе является конфликт между формирующейся деятельной активностью и мастерством, с одной стороны, и чувством собственной неполноценности и униженности, с другой. На этой стадии происходит формирование «супер-эго», которое отвечает за моральное и этическое развитие. Ребенок совершенствует навыки в различных видах деятельности, обучается основным манипулятивным технологиям, учится принимать социальные решения. Если он разочаровывается в своих возможностях, не получает позитивной оценки в среде сверстников, то у него возникает чувство собственной неполноценности и унижения. Познавательная деятельность на этом этапе основывается на формировании логического мышления, включающем в себя развитие причинно-следственных связей, понимании взаимосвязи частного и общего, освоении навыков классификации. Центральный конфликт в этот период сосредоточивается на выборе между активным отношением к работе, учебе, социальными контактами и подавлением активности, пассивностью, связанной с чувством собственной неполноценности и, как следствие, — поведением избегания.

При неадекватном прохождении этой фазы для ребенка характерны социальная пассивность (из-за чувства неполноценности) либо активная социальная деятельность с гиперкомпенсаторно-формальным и поверхностным отношением к выполнению многочисленных социальных ролей. Таким образом, неадекватное прохождение четвертой стадии развития психики ведет к формированию дисгармоничных межличностных отношений, названных нами «проблемные отношения причастности».

Можно сделать вывод, что при адекватном прохождении всех этапов развития психики ребенка и благоприятном разрешении центральных конфликтов формируются следующие характеристики личности: 1) доверие; 2) самостоятельность и автономия; 3) инициативность; 4) социальная активность, деятельность и мастерство, обусловливающие социально-адаптивные формы поведения.

В случае неблагоприятного прохождения одного из этапов развития психики и заострения одного из центральных конфликтов формируются невротические личностные характеристики: 1) недоверие; 2) стыдливость и неуверенность в своих силах; 3) чувство агрессии и вины; 4) чувство собственной неполноценности. Они ведут к нарушению межличностного взаимодействия, социально-дезадаптивным формам поведения, а в некоторых случаях и к психопатологическим расстройствам.

Одним из факторов, воздействующих на протекание психосоматических заболеваний, является отношение родителей к заболеванию ребенка. Как правило, на отношение родителей к болезни ребенка влияют разные факторы. Это и состояние собственного здоровья, и страх перед последствиями обострений, и убежденность родителей в своих знаниях о конкретном заболевании.

Отношение к болезни ребенка сказывается и на отношении к его личности. В целом можно говорить о том, что взаимоотношения в семье подвергаются изменению в связи с появлением у одного из ее членов хронического заболевания.

К частным случаям нарушенных семейных отношений относится недостаток эмоционального тепла со стороны одного из родителей во время вербального или невербального общения.

Одним из факторов возникновения психосоматических заболеваний есть то, что один из родителей обращается к ребенку отстраненным или бесчувственным тоном, не проявляя сколько-нибудь значительного интереса к тому, чем он занимается, не сопереживая его трудностям, редко поощряя и одобряя. Детское поведение, связанное с переживаниями, встречается с раздражением и обычно пресекается. К словам детей не прислушиваются, их мнение игнорируется, в них не видят личность.

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. Ребенок в этом возрасте считает, когда он идет по улице, луна следует за ним или же что папа ездит в командировки, чтобы купить ему подарки... 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.

Пытаясь понять причины поведения других людей, дети чаще всего опираются на собственный опыт и придают поведению других такой же смысл, как собственному.

Особенную роль в возникновенни психосоматических рассторойств играет само рождение ребенка. Первый ребенок появляется в семье, еще недостаточно готовой к детям. Как и все, с чем мы встречаемся в первый раз, появление ребенка и уход за ним в первые месяцы сопряжены с определенной долей неуверенности, тревожности. Часто молодая мать то и дело звонит подругам или доктору, чтобы узнать, нормально ли, что ее ребенок ночью не просыпается и не хочет есть, что, покушав немного, засыпает, а потом сразу же просыпается и снова просит есть, что двухмесячное дитя улыбается не только маме, но и постороннему, мало ли вопросов возникает в голове матери малыша!

И все же воспитание первого ребенка семьях и позже происходит под знаком неуверенности и переживания риска. Хотя число консультаций со знатоками уменьшается, неуверенность сопровождает отношения родителей и ребенка: как приучить к порядку? Как воспитать вежливость? Из-за неуверенности, тревожности требования родителей то бывают слишком жесткими, категоричными, то вдруг исчезают или даже меняются на противоположные.

Непоследовательность родителей - одна из причин того, что в дальнейшем дети воспринимают родителей как людей непостоянных, чье поведение трудно предвидеть, и поэтому менее склонны раскрывать свои чувства - неизвестно, как в очередной раз на них отреагируют мать или отец.

Ребенок, не сумевший преодолеть препятствий и не имеющий возможности официально и без потери в самоуважении выйти из ситуации, ищет косвенные пути. Безвыходная ситуация иногда решается посредством болезни. У некоторых детей перед занятиями начинает болеть голова, живот, их тошнит, они испытывают другие болезненные симптомы. В остальное время они как бы сглаживаются и вовсе исчезают во время летних каникул. Примерно так же выглядит и так называемый школьный невроз, часто сопровождающий детей, с семьях которых возлагаются повышенные требования к ребенку, не соответствующие его реальным возможностям.

Во многих семьях время от времени трения, возникающие между супругами, способствуют появлению психосоматических проблем у ребенка. Решить эти проблемы и, таким образом, помочь ребенку часто просто невозможно без коррекции супружеских отношений.

Семья - единый организм. Нарушение эмоционального состояния ребенка, его плохое поведение, как правило, является симптомом других семейных болезней. Самая хорошая профилактика - оздоровление, улаживание супружеских отношений, решение собственных проблем. Они не изолированы, а прямо вплетены в отношениях с ребенком. Супружеские и собственные проблемы – не только ваше личное родителей, но важный фактор развития личности ребенка.

**Методика диагностики и коррекции межличностного взаимодействия в детском саду.**

Уже в старшей группе детского сада существуют достаточно прочные избирательные отношения. Дети начинают занимать разное положение среди сверстников: одни более предпочитаемы для большинства детей, а другие -- менее. Обычно предпочтения одних детей перед другими связывают с понятием «лидерство». Проблема лидерства является одной из важнейших в социальной психологии. При всем многообразии трактовок этого понятия сущность лидерства в основном понимается как способность к социальной воздейственности, руководству, доминированию и подчинению себе других. Феномен лидерства традиционно связывается с решением какой-то задачи, с организацией какой-либо важной для группы деятельности. Данное понимание достаточно трудно приложить к группе дошкольников, в частности к группе детского сада. Эта группа не имеет четких целей и задач, у нее нет какой-либо определенной, общей, объединяющей всех членов деятельности, здесь трудно говорить о степени социального влияния. Вместе с тем не вызывает сомнений факт предпочтения определенных детей, их особой притягательности. Поэтому более правильно для данного возраста говорить не о лидерстве, а о привлекательности или популярности таких детей, которая, в отличие от лидерства, не всегда связана с решением групповой задачи и с руководством какой-либо деятельностью. Степень популярности ребенка в группе ровесников имеет большое значение. От того, как складываются отношения дошкольника в группе сверстников, зависит последующий путь его личностного и социального развития. Положение детей в группе (степень их популярности или отверженности) в психологии выявляется ***социометрическими методами***, которые позволяют выявить взаимные (либо не взаимные) избирательные предпочтения детей. В этих методиках ребенок в воображаемых ситуациях осуществляет выбор предпочитаемых и не предпочитаемых членов своей группы. Остановимся на описании некоторых из методик, соответствующих возрастным особенностям дошкольников 4--7 лет.

**Капитан корабля.**

Во время индивидуальной беседы ребенку показывают рисунок корабля (или игрушечный кораблик) и задают следующие вопросы:

1. Если бы ты был капитаном корабля, кого из группы ты взял бы себе в помощники, когда отправился бы в дальнее путешествие?

2. Кого пригласил бы на корабль в качестве гостей?

3. Кого ни за что не взял бы с собой в плавание?

4. Кто еще остался на берегу?

**Два домика.**

Для проведения методики необходимо приготовить лист бумаги, на котором нарисованы два домика. Один из них -- большой красивый, красного цвета, а другой -- маленький, невзрачный, черного цвета. Взрослый показывает ребенку обе картинки и говорит: «Посмотри на эти домики. В красном домике много разных игрушек, книжек, а в черном -- игрушек нет. Представь себе, что красный домик принадлежит тебе, и ты можешь приглашать к себе всех, кого хочешь. Подумай, кого из ребят своей группы ты бы пригласил к себе, а кого поселил бы в черный домик». После инструкции взрослый отмечает тех детей, которых ребенок берет к себе в красный дом, и тех, кого он хочет поселить в черный домик. После окончания беседы можно спросить у детей, не хотят ли они кого-то поменять местами, не забыли ли они кого-нибудь.

Интерпретация результатов этого теста достаточно проста: симпатии и антипатии ребенка прямо связаны с размещением сверстников в красном и черном домиках.

**Метод вербальных выборов**

Старшие дошкольники (5--7 лет) могут достаточно осознанно ответить на прямой вопрос о том, кого из сверстников они предпочитают, а кто не вызывает у них особой симпатии. В индивидуальной беседе взрослый может задать ребенку следующие вопросы:

1. С кем ты хотел бы дружить, а с кем дружить никогда не станешь?

2. Кого ты позвал бы к себе на день рождения, а кого ни за что не позовешь?

3. С кем ты хотел бы сидеть за одним столом, а с кем нет?

***МЕТОД НАБЛЮДЕНИЯ***

Данный метод является незаменимым при первичной ориентировке в реальности детских отношений. Он позволяет описать конкретную картину взаимодействия детей, дает много живых, интересных фактов, отражающих жизнь ребенка в естественных для него условиях. При наблюдении необходимо обращать внимание на следующие показатели поведения детей:

¦ ***инициативность*** -- отражает желание ребенка привлечь к себе внимание сверстника, побудить к совместной деятельности, к выражению отношения к себе и своим действиям, разделить радость и огорчение,

¦ ***чувствительность к воздействиям сверстника*** -- отражает желание и готовность ребенка воспринять его действия и откликнуться на предложения. Чувствительность проявляется в ответных на обращения сверстника действиях ребенка, в чередовании инициативных и ответных действий, в согласованности собственных действий с действиями другого, в умении замечать пожелания и настроения сверстника и подстраиваться под него,

¦ ***преобладающий эмоциональный фон*** -- проявляется в эмоциональной окраске взаимодействия ребенка со сверстниками: позитивной, нейтрально-деловой и негативной.

На каждого испытуемого заводится протокол, в котором по приведенной ниже схеме отмечается наличие данных показателей и степень их выраженности.

***МЕТОД ПРОБЛЕМНЫХ СИТУАЦИЙ***

Для исследования межличностных отношений можно создавать такие естественные эксперименты, в которых ребенок будет поставлен перед необходимостью решения социальной проблемы (поделиться или не поделиться со сверстником, оценить его действия, разрешить конфликт и пр.). Подобные ситуации не являются простыми формами совместной деятельности, это -- игры и действия рядом, в которых дети, начиная с 3--4 лет, могут проявлять интерес к сверстнику, оценивать его действия, оказывать поддержку и помощь.

**Беседа**

Для выявления представлений ребенка о состояниях или переживаниях сверстника и своих с ним проводится индивидуальная беседа. Перед ее началом взрослый знакомится с ребенком и предлагает поговорить с ним, создавая при этом доброжелательную атмосферу общения с ребенком. Ребенку задаются следующие вопросы:

1. Нравится ли тебе ходить в детский сад, почему?

2. Как ты думаешь, хорошие или плохие дети в твоей группе? Кто? Почему?

3. Если ты дашь другу игрушку поиграть и сразу заберешь ее, когда он еще не успел наиграться, как ты думаешь, какое настроение будет у него?

4. Смог бы ты подарить другу какую-нибудь игрушку насовсем? Как думаешь, какое настроение будет у него, если ты подаришь ему игрушку?

5. Если твоего друга (сверстника) накажут, как ты думаешь, каково ему будет? Почему?

6. Когда тебя наказывают, какое у тебя бывает настроение, как ты себя чувствуешь?

7. Если воспитательница хвалит тебя за что-нибудь, какое у тебя бывает настроение?

8. Если похвалят твоего друга, как ты думаешь, что будет чувствовать он?

9. Если у твоего друга не получается какое-то дело, как думаешь, какое у него будет настроение? А ты бы смог ему помочь?

10. Мама пообещала сходить с тобой в выходной день в цирк, а когда наступил выходной, оказалось, что ей надо сделать домашние дела (убраться, постирать и др.) и она не может идти с тобой в цирк. Какое у тебя будет тогда настроение?

**Методика Рене Жиля**

Данная методика выявляет избирательные предпочтения детей, а также преобладающую позицию ребенка среди других.

Начиная с 4 лет можно использовать эту методику для определения того, с кем ребенок стремится общаться, как он относится к своим сверстникам. Методика позволяет выявить следующие данные:

¦ чье общество -- сверстников или взрослых -- ребенок предпочитает;

¦ наличие внутрисемейных конфликтов;

¦ стиль поведения ребенка в конфликтных ситуациях.

Для проведения методики необходимы картинки с изображением различных ситуаций из детской жизни (см. Приложение 2).

Ребенку одна за одной предлагаются картинки, по поводу каждой из которых взрослый задает вопросы.

1. Ты на прогулке за городом. Покажи: где находишься ты (см. Приложение 2, рис. 6)?

2. Размести на этом рисунке себя и еще нескольких человек. Скажи: что это за люди (см. Приложение 2, рис. 7)?

3. Тебе и некоторым другим дали подарки. Кто-то один получил подарок гораздо лучше, чем у других. Кого бы ты хотел видеть на его месте?

4. Твои друзья идут на прогулку. Где находишься ты (см. Приложение 2, рис. 8)?

5. С кем ты больше всего любишь играть?

6. Вот твои товарищи. Они ссорятся и, по-моему, даже дерутся. Покажи, где находишься ты. Расскажи, что произошло.

7. Товарищ взял твою игрушку без разрешения. Что ты будешь делать: плакать, жаловаться, кричать, постараешься отобрать, начнешь бить?

Ситуации (1--2) помогают выяснить отношения, с какими людьми ребенок предпочитает поддерживать. Если он называет только взрослых, это означает, что он испытывает трудности в контактах со сверстниками или сильную привязанность к значимым взрослым. Отсутствие же на рисунке родителей может означать отсутствие эмоционального контакта с ними.

Ситуации (3--7) определяют отношения ребенка с другими детьми. Выясняется, есть ли у ребенка близкие друзья, кто получает вместе с ним подарки (3), находится рядом на прогулке (4), с кем малыш предпочитает играть (5).

Ситуации (6--7) определяют стиль поведения ребенка в конфликтных ситуациях и его умение решать их.

**Детский апперцептивный тест (CAT)**

Существует еще один тест, который дает возможность провести комплексную диагностику личности ребенка 4--10 лет. С его помощью можно исследовать не какое-то одно качество, а структуру личности ребенка. Эта методика дает возможность не только диагностировать отклонения, но и понять некоторые причины их появления. Однако у нее есть и недостатки, главный из которых -- отсутствие объективного основания, дающего возможность интерпретации полученных результатов. Поэтому мы остановимся лишь на нескольких рисунках, интерпретация которых представляет меньше сложностей.

Картинки, на которых изображены животные в различных ситуациях, достаточно знакомых и понятных детям. Так, на одной из них нарисовано семейство обезьян, на другой -- бегущие наперегонки лисята, на третьей -- кенгуру с детенышами, на четвертой -- лежащий в кроватке зайчик. И, наконец, на пятой -- тигр, бегущий за обезьяной1. Картинки нарисованы так, чтобы дать детям возможность различной интерпретации изображенной ситуации.

Взрослый показывает ребенку первую картинку и говорит: «Посмотри на эту картинку. Расскажи, пожалуйста, о том, что здесь происходит». В процессе рассказа инструкцию уточняют и ребенка просят сказать, что предшествовало этой ситуации и чем она закончится, кто из героев ему нравится, а кто нет. Картинки предъявляют по очереди. Первую можно проанализировать совместно с ребенком (особенно с детьми 4--5 лет). При составлении рассказа взрослый обращается с вопросами к ребенку, кто ему нравится, что он думает о героях и т. д. О следующих рисунках ребенок рассказывает самостоятельно. Дополнительные вопросы (что будет дальше, кто нравится и т. д.) задают не сразу, а по мере развертывания рассказа. Если ребенок составляет рассказ сам, дополнительные вопросы можно не задавать. Следующую картинку показывают после окончания рассказа о предыдущей. Все слова ребенка записывают.

При анализе результатов обращают внимание на соответствие общего характера рассказа рисунку. Каждый из рисунков направлен на исследование определенного качества: тигр и обезьяна -- агрессивности; зайчик в кроватке -- тревожности; бегущие лисята -- умения общаться со сверстниками, стремления к лидерству; семья обезьян -- умения общаться с взрослыми; кенгуру с кенгурятами -- отношения к братьям и сестрам. Если ребенок правильно интерпретирует содержание рисунка, можно говорить о том, что формирование соответствующего качества личности идет без отклонений. Однако, если содержание картинки вызывает тревогу и напряжение у детей, их рассказ необходимо проанализировать подробнее. Так, говоря о тигре и обезьяне, дети могут акцентировать внимание на силе тигра или страхе обезьяны, придумывая различные подробности того, как тигр гонится за ней и хочет ее съесть. В том случае, если рассказ идет преимущественно о тигре (тигр увидел обезьяну, он был голодный, он ее съел или растерзал, от нее остались одни кости и т. д.), можно говорить об открытой агрессии ребенка. Если в рассказе говорится о страхе обезьяны, о том, как она убегала от тигра, звала на помощь и т. д., можно предполагать высокую степень тревоги, испытываемой ребенком. Однако в рассказе обезьяна может и побеждать тигра, заманив его в яму, стукнув его кокосом по голове и т. п. В этом случае можно говорить о выраженной агрессии, обусловленной тревогой, т. е. о защитной агрессии.

В рассказах некоторых детей присутствуют придуманные ими герои, которые прямо или косвенно регулируют поведение тигра и обезьяны. Это могут быть охотники, которые убили тигра и спасли обезьяну, другие звери, родители этих зверей и т. п. В любом случае агрессия вводится в приемлемые рамки, что говорит о хорошей социализации ребенка. Однако данный тип агрессии (или тревоги) все же присутствует и при неблагополучном стечении обстоятельств может привести к невротизации.

При анализе рассказов надо обращать внимание и на их полное несоответствие содержанию рисунка. Например, дети могут сказать о том, что тигр и обезьяна дружат и вместе пошли гулять, или о зайчике, который совсем не боится лежать один в темноте, и т. п. Такие рассказы говорят о высокой тревоге или агрессии, вытесняемой из сознания ребенка. Об этом же свидетельствует и отказ от ответа, когда дети говорят о том, что они не знают, что здесь нарисовано, или что они устали и т. д. Это наиболее сложные случаи, и можно предположить, что нервное напряжение ребенка усиливается оттого, что он считает данное качество отрицательным и не хочет признавать его наличие у себя.