

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Психосоматические расстройства и заболевания являются одними из наиболее распространенных нарушений не только среди взрослых, но и среди детей и подростков. Распространённость психосоматических расстройств и заболеваний у детей в настоящее время всё время увеличивается, по данным ряда авторов достигает 40 – 68% от числа обратившихся к педиатрам. Детей с психосоматическими заболеваниями психологи относят к группе риска в плане возникновения социальной дезадаптации [2, 3]. В последнее время отмечено нарастание числа детей дезадаптированных среди учащихся начальной школы, особенно первого и второго года обучения.

Младший школьный возраст - это особый возраст, когда ребёнок начинает осваивать систематическую учебную деятельность, в рамках ведущей учебной деятельности происходит интенсивное развитие познавательной сферы, возникает ряд новообразований – формируется произвольность познавательных процессов, появляется самоконтроль за учебными действиями, свои внутренние действия ребёнок начинает соотносить с внутренним планом действий, возникает рефлексия [1]. Параллельно этим новообразованиям у ряда детей возникает ряд страхов, которые объединяются в группу "быть не тем", о ком хорошо говорят, кого принимают и одобряют, ценят. Появление этих страхов свидетельствует о нарастании социальной активности, о формировании чувства долга, ответственности [4, 5].

Установлено, что около 16% первоклассников не готовы к школьному обучению, у 30 – 50 % детей выявляется функциональная незрелость [8]. Неуспехи в школе часто формируют у них негативное отношение к учёбе, затрудняют общение с окружающими. Всё это способствует асоциальному поведению, особенно в подростковом возрасте.

Причины возникновения психогенной школьной дезадаптации можно условно разделить на несколько групп. Начало школьного обучения с шести лет, а также значительная интенсификация учебного процесса в начальных классах, отсутствие учёта личностных и физиологических особенностей учеников со стороны преподавателей – одна группа причин. Ко второй группе можно отнести: преобладание игровой мотивации, отсутствие психологической и интеллектуальной готовности к обучению у ребёнка, а также наличие у него черт характера сензитивного, психастенического, демонстративного или педантичного типов. Третья группа: это гиперопека либо авторитарная гиперсоциализация со стороны родителей, наличие множественного числа страхов у родителей, а также тревожно-нительные черты характера у матери и т.д. Причины многообразны и устранить их не так легко. Пока же дети пытаются защититься от перегрузки и непонимания со стороны учителей и родителей болезненными симптомами, которые являются основой соматоформных (психосоматических) заболеваний [7].

Классификация психосоматических заболеваний у детей и подростков по МКБ-10 включает в себя следующие заболевания: рецидивирующие боли в животе психогенного происхождения, ночной энурез, артериальная гипотензия, цефалгия напряжения, СДВГ, посттравматическое стрессовое расстройство, синдром хронической усталости, длительный субфебрилитет, обморок и мигрень.

Ряд авторов прослеживают чёткую взаимосвязь между физическими страданиями заболевшего ребёнка и наличием проблем в школе, неудовлетворённостью его своим психологическим статусом дома и в школе, нарастанием социальной дезадаптации [3].

Среди факторов, вызывающих нарушение процесса адаптации к школе, а также возникновение любого психосоматического заболевания, не последнюю роль играют личностные особенности самого ребёнка и стиль детско-родительских отношений, сложившийся в семье, и в частности, отношения между матерью и ребёнком. И здоровье, и болезнь – это результат межличностных отношений, связей, складывающихся у детей со взрослыми, и у взрослых с детьми [6].

В данной статье представлены результаты обследования 40 детей в возрасте от шести с половиной до восьми лет, обучавшихся в 1-2 классах общеобразовательной школы. Дети находились на амбулаторном или стационарном лечении (дневной стационар) в психоневрологическом диспансере. Основные жалобы со стороны родителей – отказ детей посещать школу в прямой или косвенной форме. У детей возникали интенсивные боли в животе, рвота, головные боли или боли в области сердца на протяжении учебной недели, в выходные дни такие симптомы практически отсутствовали. Перед поступлением на лечение в ПНД родителями предварительно были проведены многочисленные исследования состояния здоровья детей и наличие соматических заболеваний, могущих быть причиной болезненных симптомов, было исключено. Практически у всех детей была неярко выраженная неврологическая симптоматика (повышенное внутричерепное давление, функциональная незрелость отдельных отделов коры головного мозга, нарушен кровоток в отдельных венах головного мозга). Нарастание дезадаптационных проявлений у детей родители отмечали после окончания каникул или карантина. Жалобы со стороны детей звучали следующим образом: "не люблю ходить в школу, там строгая учительница"; "я – больной и я не могу ходить в школу"; "мне тяжело, я не успеваю так быстро писать, я хочу быть дома с мамой и сестрой"; "я ненавижу наш класс – там все орут и у меня болит голова, я буду лечиться".

В ходе проведённого исследования были использованы такие методы и методики: включённое наблюдение, детский вариант теста Шмишека, тест-опросник родительского отношения А.Я.Варги, В.В. Столина, тест М.Люшера, проективная методика для диагностики школьной тревожности А.М.Прихожан.

В процессе наблюдения были выявлены следующие особенности поведения детей: дети достаточно медленно адаптировались к новым условиям, настороженно присматривались к медперсоналу, психологу. В ходе индивидуальной беседы они охотно рассказывали о своих болезненных симптомах, обсуждение школьных событий обычно происходило эмоционально, с упоминанием большого количества негативных событий, связанных со школой. Когда несколько детей спонтанно собиралось вместе, они обсуждали свои игры, демонстрировали друг другу игрушки, играли в подвижные игры, забывая о своих "болях", на которые они жаловались перед этим.

У обследованных детей было выявлено преобладание черт характера двух типов – демонстративного и чувствительного. Дети демонстративного типа легко адаптируются в новом коллективе, у них отмечается повышенная общительность. Также им свойственна эмоциональная впечатлительность, сензитивность, сентиментальность, богатое воображение. Уровень эгоцентризма у таких детей достаточно высокий, они требуют удовлетворения своих значимых потребностей от окружающих быстро, не откладывая на потом. На эту особенность наслаивается выраженная склонность к самоутверждению, потребность быть первыми и лучшими, не подкреплённая настойчивостью и упорством. Если у них что-то не получается сразу, то они легко разочаровываются и стараются избежать неприятной ситуации (в частности, необходимости ходить в школу). Возникающие трудности они начинают воспринимать как преднамеренное противодействие со стороны учителя, родителей, одноклассников. Даже не значительные проблемы вызывают у них ощущение загнанности, непонимания со стороны окружающих, и если ситуация не решается в их пользу, а развивается дальше, то и дезадаптацию. Чтобы освободиться от проблем, дети демонстративного типа используют вариант "бегства от проблем" выраженный в разных формах. У одних это выраженные рецидивирующие боли в животе, у других – спонтанные рвоты, возникающие при упоминании о школе, незначительное количество детей (3 человека) пытались манипулировать родителями с помощью демонстративного суицида (угрозы выбраться из окна, отравиться газом, броситься под машину).

У детей тревожного типа снижен уровень общительности, они пассивны в общении с окружающими – как со сверстниками, так и с учителем. В общении они демонстрируют робость, тревожность, застенчивость. Особенно ярко проявляются эти особенности у детей, которые не посещали дошкольные детские учреждения. Повышенная уступчивость и боязнь высказать своё мнение часто приводят к тому, что более стеничные одноклассники злоупотребляют их неспособностью постоять за себя. Постепенно неприятие школы растёт по двум направлениям – первое, из-за страха перед требовательным учителем, который "громко кричит" в классе, заставляет отвечать у доски (для них это фрустрирующая ситуация); второе – страх перед одноклассниками. Ситуация дезадаптации формируется достаточно быстро, если родители не поддерживают ребенка, а предъявляют к нему повышенные социальные требования, настаивая на высоких достижениях. Дети данного типа обычно жаловались на головные боли и боли в области сердца или у них ярко проявлялся синдром хронической усталости (повышенная астенизация, сниженный фон настроения, пассивность, отсутствие интереса к обычным видам времяпрепровождения и т.д.).

Что касается типа родительского отношения, то была выявлена следующая особенность: у родителей детей обоих типов преобладала тенденция к инфантилизации своих детей, сочетающаяся с директивной формой контроля. Родители детей демонстративного типа в целом принимали своих детей, но, наблюдая повышенную эмоциональность, обидчивость, непоследовательность, а также зависимость поведения ребёнка от его окружения, воспринимали его как маленького и беспомощного, нуждающегося в повышенной опеке и заботе.

Инфантилизация со стороны родителей детей тревожного типа обуславливала заострение у детей таких черт, как пассивность, тревожность, мнительность, беспомощность. Такие качества препятствовали нормальной адаптации детей в детском коллективе, препятствовали формированию позиции ученика.

Учитывая полученные результаты, коррекционная работа проводилась в двух направлениях: первое – психологическое, заключалось в психологической реабилитации ребёнка, второе – социальное – было направлено на работу с родителями и косвенно с педагогами для облегчения протекания процесса адаптации и совместного выстраивания определённой позиции ребёнка в микросоциальной среде – школьном коллективе.

Психокоррекционные мероприятия с детьми проводились сначала в индивидуальной форме, затем – групповой [3, 4, 5]. У детей в данной выборке отмечалось два вида сложностей в общении – мотивационные – у детей с демонстративными чертами характера, операциональные – у детей тревожного типа. К тому же у детей отмечалась неадекватная самооценка, а также неадекватная реакция на трудности и фрустрирующие ситуации. Учитывая эти моменты, в ходе коррекционной работы были использованы система заданий, направленных на совершенствование навыков общения, отработку новых форм поведения в фрустрирующих ситуациях, обучение ребёнка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения. В ходе занятий использовались элементы арт-терапии, сказкотерапии, широко использовались интерактивные игры, позволяющие моделировать травмирующие ребёнка ситуации в школе и дома. При наличии выраженных трудностей в общении (у детей с тревожным типом характера), препятствующих адаптации в школьном коллективе из-за высокого уровня внутренней напряжённости, зажатости, робости в общении с одноклассниками и преподавателем, а также центрации на себе и свои проблемах, дети сначала проходили курс индивидуальной коррекционной работы с психологом. После установления доверительных отношений с психологом, адаптации к новому стилю взаимоотношений – доверительному и поддерживающему, принятия правил поведения на коррекционных занятиях и новых способов взаимодействия со взрослым, ребёнок проходил дополнительный курс групповых занятий (от 3 до 6-7 занятий) [5, 10].

Во время проводимой коррекционной работы ребёнок проходил несколько этапов психологического (лечебного) воздействия:

1. Корректирующее эмоциональное переживание. На этом этапе происходит принятие ребёнка психологом и другими детьми (когда ребёнок работал в группе), признаётся его уникальность и неповторимость, подчёркивается его ценность и значимость.

2. Конфронтация. На этом этапе происходит столкновение ребёнка с самим собой, со своими проблемами, установками, характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами.

3. Научение. Ребёнок ищет решение собственных проблем, развивает свои ресурсы, получает возможность делать свой выбор и в полной мере отвечать за него.

Второе направление включало в себя коррекционную работу с родителями. На первый план выступали следующие вопросы: понимание и принятие личностных особенностей своих детей, коррекция стиля детско-родительских отношений, понимание мамой своего места в жизни ребёнка. Семья может как усугублять, так и облегчать различные психологические расстройства, поэтому родителям объяснялось значение болезненных физических симптомов для детей с разной патологией, а также предлагались новые варианты поведения для родителей.

Для преподавателей давались рекомендации, освещающие личностные характеристики ребёнка, особое внимание уделялось его "слабым местам", разяснялись причины, способствующие возникновению дезадаптивного поведения и "соматизации" проблем, и условия, необходимые для преодоления школьной дезадаптации и дальнейшего развития заблуждения.

Особенности отношений, сложившиеся в семье, зачастую ребёнок первого класса переносит на взаимоотношения с первым учителем, пытаясь найти в лице преподавателя мамино "заместителя". Особенно часто это прослеживается среди детей, которые не посещали дошкольные детские учреждения и в структуре личности которых отмечаются черты характера сенситивного и истероидного типов. Не способность ребёнка усвоить предлагаемый ему социальный опыт, трудности в овладении социальными ролями, неразвитость социально-коммуникативных качеств личности приводит к

нарушению процесса социализации, поведение становится социально дезадаптированным.

Коррекция психосоматических нарушений является актуальной и достаточно острой проблемой, которую необходимо решать комплексно – усилиями родителей, психологов и психиатров.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамова Г.С.* Возрастная психология: учебное пособие для студентов вузов / Г.С. Абрамова. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 624 с.
2. *Антропов Ю.Ф.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999. – 304с.
3. *Брызгунов И.П.* Психосоматика у детей / И.П. Брызгунов. – М.: Психотерапия, 2009. – 480 с.
4. *Захаров А.И.* Психотерапия у детей и подростков / А.И. Захаров. – М., 1982. – 386с.
5. *Куличковская Е.В.* Как преодолеть свой страх? Развивающие сказки и игры для дошкольников и младших школьников / Е.В. Куличковская, О.В. Степанова. – СПб.: Речь, 2008. – 136с.
6. *Овчарова Р.В.* Практическая психология в начальной школе / Р.В. Овчарова. – М.: ТЦ "Сфера", 1996. – 240с.
7. *Ройз С.А.* Волшебная палочка для родителей / С.А. Ройз. – К.: Ника-Центр, 2005. – 184 с.
8. *Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения.* – М.: ТЦ Сфера, 2003. – 288 с.
9. *Старшенбаум Г.В.* Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.
10. *Шепелева Л.Н.* Программы социально-психологических тренингов / Л.Н. Шепелева. – СПб.: Питер, 2008. – 160с.

Подано до редакції 03.03.10

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются личностные особенности младших школьников с психосоматическими нарушениями, и особенности родительского отношения к этим детям.

Ключевые слова: личностные особенности, психосоматические нарушения, младшие школьники.

Л.Е. Ерастова

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

РЕЗЮМЕ

У статті розглядаються особистісні особливості молодших школярів з психосоматичними порушеннями, та особливості батьківського ставлення до цих дітей.

Ключові слова: особистісні особливості, психосоматичні порушення, молодші школярі.

L.E. Erastova

PERSONAL FEATURES OF JUNIOR PUPILS WITH PSYCHOSOMATIC VIOLATIONS

SUMMARY

The article analyzes some personal features of junior pupils with psychosomatic violations, and peculiarities of parental attitude to such children.

Keywords: personal features, psychosomatic violations, junior pupils.
