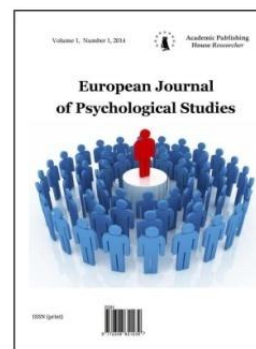


Copyright © 2014 by Academic Publishing House *Researcher*



Published in the Russian Federation
European Journal of Psychological Studies
Has been issued since 2014.
ISSN: 2312-0363
Vol. 2, No. 2, pp. 47-55, 2014

DOI: 10.13187/issn.2312-0363
www.ejournal12.com



UDC 159

The Reaction of Protest As A Special Form Of Children Psychogenic Reactions

Svetlana Novikova

Sochi State University, Russian Federation
PhD, Associate Professor
E-mail: izsochi@mail.ru

Abstract. The article presents the overview of reaction of protest - the transient form of children conduct disorder. The author describes the types of reactions and discloses the concepts of active and passive protest. The article analyzes examples from medical practice.

Keywords: the reaction of protest; active protest; passive protest; stressful situation; clinical displays; therapeutic measures.

Введение

В течение последних нескольких лет в зарубежной литературе большое внимание уделяется особой форме психогенных реакций у детей, названной реакцией оппозиции или реакцией протеста. Под этим названием описываются разнообразные клинические проявления: различные расстройства поведения, начиная от легких форм, наблюдаемых и в поведении здорового ребенка (грубость, непослушание и недисциплинированность), и кончая более серьезными патологическими проявлениями, как острые эксплозивные вспышки гнева с разрушительными тенденциями, бродяжничество, поджоги и другие формы асоциального поведения. К реакциям протеста относят и различные формы невротических реакций с вегетативно-соматическими расстройствами (астма, икота, нарушение функций желудочно-кишечного тракта).

Материалы и методы

Основным методом, использованным при написании статьи, послужил метод теоретического анализа работ Г.Е. Сухаревой, Т.Д. Марцинковской, В.В. Ковалева, В. Гурьевой.

Обсуждение

Определение реакции протеста. Термин впервые был введен доктором медицинских наук, профессором В.В. Ковалёвым в 1979 г. Обозначает ряд поведенческих нарушений у детей и подростков, возникающих в психотравмирующей ситуации. Автор термина различает:

- а) характерологические реакции – непослушание, грубость, вызывающее и иногда агрессивное поведение у эмоционально возбудимых детей;
- б) патохарактерологические реакции – агрессивное, вплоть до жестокости поведение с выраженными вегетативными нарушениями. Такие реакции, если они часто повторяются,

фиксируются так, что такое нарушение поведения постепенно приобретает устойчивый, как бы привычный характер;

с) реакции пассивного протеста – элективный мутизм, уходы из школы и дома, суицидные тенденции [1].

Многие авторы, изучавшие реакцию протеста у детей, подчеркивают, что корни возникновения этой реакции нужно искать в раннем детстве, в первые годы жизни ребенка (Кювелье, Лоран, Дебре).

По мнению Дебре, реакция протеста начинается у ребенка уже с 6 месяцев и усиливается со 2-го года жизни в том возрасте, когда ребенок испытывает особую потребность в психомоторной активности; неудовлетворение потребности к движению вызывает у него реакцию протеста. В дальнейшем, начиная со 2-го года жизни ребенка, реакция протеста наблюдается значительно чаще. Особая «борьба» между матерью и ребенком происходит в отношении еды, что приводит к реакции протеста в форме анорексии. Чрезмерная требовательность матери при воспитании навыков опрятности также может вызвать у ребенка реакцию протеста в форме энуреза и энкопреза.

Мишо, Дюше, Флавины и Пелльере описывают реакции протеста у детей школьного возраста. Подчеркивается значение трудной ситуации в школе для ребенка с недостаточной успеваемостью.

Учитель не может уделять малоспособным детям должного внимания в связи с многочисленностью учеников в классе (50 учеников). В ответ на трудную жизненную ситуацию у ребенка или подростка может возникнуть реакция протеста. Он становится раздражительным, грубым, озлобленным, срывает школьную дисциплину. Нередко ребенок совершенно бросает школу, все время проводит на улице с дезорганизованными детьми. Реакция протеста может выразиться в антисоциальных поступках – в краже, бродяжничестве, жестоких актах.

Эйе, Дгарантон, Нарбутон и Девюльф приводят поучительный пример реакции протеста у подростка 16 лет, не успевающего в школе в связи с локальным дефектом (поражение левого полушария), обусловившим нарушение пространственных восприятий (в связи с чем пострадало восприятие письменных знаков). Этот дефект не был своевременно обнаружен. Мальчик находился в различных детских учреждениях, всюду отказывался от занятий в классе и был очень трудным в воспитательном отношении. После того как на основании подробного клинического и электроэнцефалографического обследования была вскрыта патогенетическая сущность его неправильного поведения и были приняты меры для жизненного устройства подростка, поведение его резко изменилось в лучшую сторону.

В приведенных литературных данных есть много интересных клинических фактов, подтверждающих значение реакции протеста в медицинской и педагогической практике. Это одна из тех форм психогенных реакций, которая наблюдается преимущественно в детском возрасте и не имеет аналогии в номенклатуре реактивных состояний в общепсихиатрической клинике. Наиболее близки к этой реакции состояния, описанные П.Б. Ганнушкиным и Б.Д. Фридманом как «эпилептоидные реактивные состояния». Однако самое понятие «реакции протеста» в исследованиях зарубежных авторов чрезмерно расширено. И как всякое неточное и расширенное понятие оно теряет свой практический смысл.

Некоторые авторы справедливо утверждают, что в такое широкое понимание реакции протеста можно вместить почти всю психопатологию детского возраста. Поэтому в такой трактовке понятие «реакция протеста» не может быть использовано для клинических целей.

Необходимо подчеркнуть, что не всякая реакция протеста у ребенка или подростка может рассматриваться как патологическая. Многие реакции протеста наблюдаются и у здоровых детей и нередко могут быть расценены как положительное явление, формирующее характер ребенка, ибо в борьбе с жизненными трудностями характер ребенка нередко становится более сильным и устойчивым. Нет сомнения в том, что реакция протеста ребенка на неправильное поведение родителей, страдающих алкоголизмом, устраивающих дома скандалы, является положительной. Нельзя рассматривать как патологическую реакцию и протестующее поведение ребенка в переходные возрастные периоды. Рост самосознания ребенка, повышение его активности неизбежно приводят к столкновению с окружающими, к борьбе со сложившимися традициями.

Для того чтобы понятие «реакция протеста» могло быть использовано для клинической практики, необходимо его значительно сузить, исключив все те формы протеста, которые могут быть расценены как положительное явление и как психологически понятное переживание здорового ребенка, находящегося в переходной фазе развития. К этой клинической форме психогенных реакций должны быть отнесены только патологические состояния, нарушающие возможность приспособления ребенка к окружающей среде.

Клинические проявления этой разновидности психогенных реакций очень разнообразны. Реакция протеста может выражаться в различных клинических синдромах. По существу большинство из описанных выше клинических синдромов психогенной реакции может служить проявлением реакций протеста.

Обычно различают две формы реакции протеста: пассивную и активную. Одна из частых форм пассивной реакции протеста - элективный мутизм.

Пример. Девочка 8 лет. Отец и мать в разводе со дня рождения девочки. Мать интеллектуально развита невысоко. О родных сведений нет. Девочка с раннего детства воспитывается в яслях, детских садах и других детских учреждениях. В анамнезе отмечается, что роды у матери были тяжелые; ребенок родился в состоянии асфиксии, вес при рождении 2,5 кг. В дальнейшем раннее развитие (правильное, ходить стала с 10 месяцев, говорить - к году. В возрасте 1 года 2 месяцев перенесла дизентерию в тяжелой форме; рецидивы повторялись до 3 лет. После болезни дистрофична, не ходила в течение 6 месяцев. В течение первого года жизни девочка жила с матерью. На 2-м году жизни девочка находилась в Доме ребенка, на свиданиях узнавала мать, ласкалась к ней. В течение последующих 3 лет девочка находилась в яслях для детей, страдающих хронической дизентерией, где посещения матери допускались лишь раз в месяц. Во время свиданий брала у матери гостинцы, спокойно сидела на руках, но ничего не говорила. Разговаривала ли девочка в это время с персоналом, мать не знает. Физически развивалась хорошо. В 4,5 г. была переведена в санаторный детский сад, где вскоре начала отвечать на вопросы по картинкам, потом отвечала на другие вопросы, стала разговаривать с персоналом и детьми, участвовала в играх, пела, декламировала. С матерью же отказывалась разговаривать: объяснялась жестами, мимикой. Если мать не выполняла ее требований, девочка дергала мать за платье, падала на пол, стучала ногами, плакала. С 7 лет была переведена в другой детский сад, где сразу перестала говорить. Вновь стала разговаривать через несколько дней при переводе в прежний детский сад. Разговаривала с соседкой по квартире и с ее ребенком, пела. С приходом матери умолкала. С 6 лет отказывалась ходить в детский сад, всюду стремилась бегать за матерью. С 6 до 8 лет большую часть времени проводит с тетей; к матери была привязана, ласкалась к ней, но не говорила с ней, разговаривала с тетей. После ряда замечаний перестала разговаривать и с тетей. Последние 2 года ни с кем не разговаривала. В течение дня занималась рисованием, вышивала, играла в куклы, много гуляла. С сентября по октябрь 1957 г. охотно посещала школу, самостоятельно выполняла домашние задания, но по-прежнему ни с кем не разговаривала. В октябре девочка была стационарирована в больницу г. Калинина, где состояние ее в течение 2 месяцев оставалось без изменений. Сон и аппетит всегда были хорошие.

Физическое состояние: по росту отстает от своего возраста, правильного телосложения, кожа, зев чистые. Внутренние органы без отклонений от нормы. Анализы мочи, крови, рентгеноскопия грудной клетки в норме; реакция Вассермана в крови и осадочные реакции отрицательные.

Неврологическое состояние: реакция зрачков на свет и конвергенцию живая. Легкое сходящееся косоглазие. Ослабленная иннервация глаза слева. Сухожильные рефлексы живые. Патологических рефлексов и координационных нарушений нет.

Психическое состояние: спокойно рассталась с матерью, послушно пришла в кабинет врача, выполняла все инструкции и просьбы, но не говорила, отвечала на вопросы жестами, мимикой. В дальнейшем в отделении поведение правильное, охотно общалась с детьми. В коллективе держалась самостоятельно. Требовательна, настойчива, самолюбива, может постоять за себя. В то же время отзывчива на ласку и тянется к ней.

Охотно играла с детьми, ухаживала за животными в живом уголке, рисовала, вышивала, на прогулках была особенно оживлена, шаловлива, много бегала, смеялась.

В классе трудолюбива, внимательна, аккуратно выполняла задания, новый материал усваивала без труда, самостоятельно выполняла письменные работы, учила таблицу умножения, но на вопросы педагога не отвечала и в продолжение 40 дней ни с кем в отделении не разговаривала.

После длительной психотерапии девочка стала разговаривать: вначале повторяла слова за врачом, только шевеля губами, потом шепотом, затем стала здороваться с врачом и отвечать на вопросы одной из девочек, к которой была очень привязана. Постепенно стала отвечать на вопросы других детей и персонала, к выписке у девочки была спонтанная речь, но говорила она несколько приглушенным голосом. Сказала врачу, что дома не говорила, так как рассердилась на маму. При встрече с матерью смущалась, замолкала, то при ободрении начинала разговаривать вначале шепотом, потом громко. Выписана в хорошем состоянии.

В данном случае речь идет о пассивном протесте у самолюбивой, обидчивой девочки, воспитывавшейся в детских интернатах и тем самым лишенной внимания и ласки матери. У инфантильной девочки очень рано проявилась повышенная тормозимость речевой функции. На все «трудности» ее жизни реагировала мутизмом. Была травмирована отсутствием материнской ласки, обижалась на мать, и всякий раз ее реакция протеста проявлялась в мутизме (то полным, то избирательном).

Часто пассивная реакция протеста проявляется у детей в уходе из дому. Ребенок прячется от родителей на чердаке или в подвале, бродит целыми днями по улице, отказывается от еды. Мотивирует свой отказ: «не буду есть, умру, они меня пожалеют».

К числу редких тяжелых реакций протеста, у детей старшего возраста и подростков относятся суицидальные попытки с целью «наказать родителей».

Обусловленные реакцией оппозиции действия не должны оставаться незамеченными, что может подтолкнуть ребенка к еще большим эксцессам. К демонстративному поведению необходимо выказать явно отрицательное, но выраженное в сдержанной форме отношение и разъяснить подростку безуспешность такого поведения, которое может в будущем только навредить ему самому. Но наряду с этим желательно незаметно подсказать возможный выход из сложившейся ситуации. Удачное решение проблемы истероидный подросток охотно приписывает самому себе, с удовольствием «не замечает», что оно было подсказано. Наоборот, его охотное заявление, что он будет себя вести так, как ему посоветовали, скорее всего, останется неисполненным.

Реакцию оппозиции иногда отождествляют с «реакцией протеста». Последнее понятие более широкое – оно включает не только реакцию оппозиции, но и реакцию отказа, и отрицательную имитацию (контримитацию). Протестными являются и некоторые проявления реакции эмансипации [2].

Пример: Девочка 4 лет. Всегда была эгоцентричной, легко возбудимой, эмоционально неустойчивой. Росла в материально обеспеченной семье пользовалась чрезмерным вниманием со стороны родителей. В школе до 7-го класса училась хорошо, занимала «командные» посты в детском коллективе. С успехом выступала в детских спектаклях. Интеллектуальное развитие было без резких отклонений от нормы, но абстрактные предметы (математику) усваивала туго. С 7-го класса стала хуже успевать в школе. Педагоги и родители бранили девочку за плохие отметки. Девочка стала манкировать школьными занятиями, уходила из дому, как будто в школу, но проводила целый день на улице. Когда обман девочки был обнаружен и родители стали ее бранить, она начала отказываться от еды, обвиняла родителей и педагогов в плохом к ней отношении. Предприняла ряд суицидальных попыток демонстративного характера, пыталась удушиться, сделала ряд надрезов на руке, мотивируя тем, что хочет «позлить» родителей. Была доставлена в клинику. Там уже в первые дни поведение правильное, охотно принимает участие в занятиях детей, общительна, настроение ровное, веселое. Свое поведение дома объясняет тем, что «очень злилась на родителей и педагогов».

Клиническим проявлением пассивного протеста являются невротические реакции с синдромом вегетативно-соматических расстройств, таких, как анорексия, насильственный кашель, рвота, запоры. В этих случаях распознавание реакции протеста, отграничение ее от других клинических разновидностей психогенных реакций часто бывают очень трудными. Так, например, большие затруднения можно встретить при дифференциальном диагнозе между реакцией протеста с синдромом анорексии и депрессивной реакцией с

отказом от еды в связи с отсутствием аппетита. У детей младшего возраста, у которых депрессивная реакция относительно редко протекает с выраженным аффектом тоски, диагноз может представить особенно большие трудности. Для выявления причины анорексии в этих случаях требуется тщательное изучение семейной ситуации, в которой живет и воспитывается ребенок, правильная оценка особенностей его личности. Анорексия, являющаяся реакцией протеста, чаще исчезает при перемене обстановки, чем анорексия при депрессивной реакции. Дети, у которых анорексия представляет собой проявление реакции протеста, отличаются повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, обидчивостью. Общий фон настроения у них несколько хмурый, угрюмый.

Пассивный протест проявляется и в форме нарушения навыков опрятности (недержание ночи и кала).

Активные реакции протеста наблюдаются у детей сравнительно чаще, чем пассивный протест, и клинические проявления этих реакций значительно разнообразнее. К наиболее частым из них относятся эксплозивные реакции с гневными вспышками и агрессивными актами в отношении окружающих. Эти реакции обычно начинаются остро в связи с неудовлетворением какого-нибудь требования или обидой.

На высоте такой вспышки ребенок кричит, падает на пол, стучит ногами, царапается, дерется. У маленьких детей реакция протеста проявляется в аффективных респираторных судорогах.

Дети старшего возраста и подростки во время эксплозивной гневной вспышки могут совершать агрессивные акты, разбивают все, что находится в их поле зрения, наносят повреждения тем, кого они считают своим обидчиком.

В некоторых случаях психогенная реакция протеста развивается более медленно. Эмоциональное напряжение нарастает постепенно, долгое время протест против окружающего находится как бы в «латентном состоянии». Разрядка этого напряжения проявляется лишь в отдельных разрушительных действиях против обидчика.

Эти разрушительные действия - частые клинические проявления активной реакции протеста у детей. У детей младшего возраста разрушительные акты чаще всего выражаются в том, что они разрезают вещи своего обидчика на маленькие кусочки или выбрасывают за окно нужные ему вещи.

Примером может служить следующая история болезни.

Мальчик 8 лет. До развода родителей не было каких-либо трудностей в воспитательном отношении. На уход из семьи отца не отмечалось патологической реакции. Когда через 3 года мать вышла замуж вторично, мальчик не проявил к отчиму никакого интереса, хотя последний относился к нему хорошо. Через несколько месяцев после вторичного замужества матери стали замечать, что в доме пропадают некоторые вещи. Вскоре обнаружилось, что мальчик выбрасывает их. Он выбросил ложки, вилки, портсигар, зубную щетку. Однажды разрезал на мелкие куски брюки отчима. Вместе с тем изменилось и поведение мальчика: он стал более грубым, непослушным, раздражительным; у него расстроился сон.

Помещение ребенка в клинику довольно быстро изменило его состояние к лучшему. Он сразу освоился с новой обстановкой, заинтересовался играми и занятиями, подчинился всем требованиям режима, не обнаруживая никаких трудностей в поведении. Решительный, настойчивый, легко раздражается. Любит играть «первую роль» в коллективе.

Самолюбив, обидчив. Психологическое обследование обнаружило хороший интеллект. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений не отмечается. Лабораторные данные крови, мочи и спинномозговой жидкости без отклонений от нормы. После длительной психотерапии, имевшей целью примирить мальчика с отчимом, он был выписан из клиники в хорошем состоянии.

В данной истории болезни речь идет о крепком, стеничном, но впечатлительном ребенке, привыкшем к вниманию и ласке матери. Патологическая реакция в данном случае имеет в своей основе конфликт - обида на мать, злоба на отчима, лишившего его внимания матери.

Сравнительно быстрый положительный исход патологической реакции объясняется тем, что здесь речь идет о здоровом ребенке с выраженным интересом к окружающему. В новой для него обстановке (санаторий) его легко было переключить на интересующие его занятия и игры. Однако не всегда исход так благоприятен.

Нередки случаи, когда реактивное состояние принимает затяжной характер, агрессивные акты с разрушительными тенденциями повторяются.

Наиболее типичное клиническое проявление активного протеста - своеобразная форма патологического-агрессивного поведения ребенка. Ребенок становится непослушным, упрямым, капризным, грубым и дерзким в отношении старших. Враждебно относится к ним, старается делать все назло.

Подобные патологические формы поведения нередко возникают у детей, которые впервые узнают о том, что они приемные, что их родители «чужие». Поведение ребенка, который всегда был спокойным, послушным, хорошо относился к своим родителям и пользовался достаточным вниманием и лаской с их стороны, совершенно меняется. Он становится грубым, раздражительным, озлобленным, негативистичным. Все поведение его можно охарактеризовать как «протестующее». У детей старшего возраста формы патологического поведения как реакция протеста более разнообразны. Одни дети в качестве протеста отказываются посещать школу. Мальчик 14 лет умышленно не учил уроки, чтобы получать двойки, и каждый день с торжествующим видом приходил домой, показывая родным дневник. Другие дети убегают из дому, вначале после ссоры с родными, а в дальнейшем уже без всякого повода, третьи - начинают таскать вещи, продают их за бесценок, берут без спросу деньги, тратят их на кино и сладости.

Такая же реакция протеста наблюдается и в тех случаях, когда причиной затяжного реактивного состояния является семейный разлад (развод родителей, появление отчима или мачехи). Н.И. Озерецкий, Десперт описали влияние разводов родителей на поведение детей. Они справедливо подчеркивают большое патогенное значение такой семейной ситуации для ребенка и подростка. Дети нередко бывают свидетелями ссоры между родителями, а иногда становятся участниками, защищая ту или другую сторону. Более взрослые из них принимают сторону обиженного, слабого и нередко выступают в роли защитников, а иногда и мстителей за поправленные права. Ребенок привязан к обоим родителям, он глубоко переживает разрыв между ними, тяжело переносит разлуку с одним из них. Так возникает реактивное состояние, а поскольку ситуация не разрешена, реактивное состояние принимает затяжной характер. Однако клинические проявления и течение этих форм определяются не только ситуацией, степенью ее разрешимости; в значительной мере они зависят от преморбидных особенностей ребенка или подростка.

Наряду с описанными реакциями активного и пассивного протеста среди механизмов закрепления нежелательных форм поведения встречаются иногда своеобразные невротические реакции (например, рвота, боли в животе, икота, головные боли), которые появляются в ответ на длительную стрессовую ситуацию. Это может свидетельствовать также о психологическом неблагополучии ребенка. В той или иной сглаженной форме они встречаются у многих детей. Но в некоторых ситуациях проявление таких реакций становится как бы выгодным для ребенка и закрепляется у него надолго. Это происходит, когда за невротической реакцией немедленно следует удовлетворение желания ребенка.

Пример. Когда Тимура в 3 года отдали в детский сад, все очень волновалась, сможет ли нежный, домашний, привязанный к маме малыш приспособиться к коллективному воспитанию. Гораздо больше, чем Тимур, беспокоилась мама: чужие дети, строгая воспитательница, непривычный режим, инфекция. Робкий, несамостоятельный, застенчивый мальчик, которому постоянно передавалась тревога матери, действительно тяжело переносил адаптацию к детскому саду, много плакал, болел. Не успевая за другими детьми, он был вынужден всегда торопиться, в спешке глотая обед за столом, часто давился. У него возник и закрепился рвотный рефлекс, а вскоре рвота стала появляться каждое утро перед тем, как идти в детский сад. Его жалели и оставляли дома. Тогда он чувствовал себя хорошо. Такие случаи стали повторяться регулярно, они послужили причиной того, что мальчика забрали из детского сада. Однако эта реакция не исчезла бесследно. Рвота повторялась, когда нужно было идти к зубному врачу, когда мальчика приходилось оставлять одного, чего он очень боялся, а в первом классе вновь появилась утром, перед школой. Невротическая реакция стала средством управления родителями, способом достижения своих целей. И это средство всегда себя оправдывало, поскольку мягкие, тревожные, безоглядно любящие Тимура родители оказались в полной зависимости от своего ребенка, а он научился вполне сознательно этим пользоваться.

Подобные случаи не единичны и касаются преимущественно тех реакций, которые не очень мучительны или позорны для ребенка (например, энурез или судороги в качестве

«средства управления» родителями встречаются у детей редко), но которые производят большое впечатление на окружающих и заставляют заподозрить болезнь. Так, невротическая рвота и боли в животе вначале всегда срабатывают безотказно, поскольку и родители, и врачи принимают их за симптомы пищевого отравления [3].

Эйе и Дюблино при изучении клинических проявлений реакций протеста у психопатических личностей приходят к выводу, что параноический характер (с его эгоцентризмом, повышенной эмотивностью, психической ригидностью, отсутствием податливости уговору, недоверчивостью и ошибочностью мышления) создает очень благоприятную почву для развития реакции протеста. Реакция протеста у этих детей обычно направлена не против своей семьи, а против школы. Паранойальная личность - это, по мнению указанных авторов, «врожденный протестант». Реакции протеста шизоидов носят совершенно другой характер. Оппозиция в этих случаях носит характер мечтательности, стремления к уединению.

Из клинических примеров видно, что причину возникновения психогенных реакций протеста чаще всего можно найти в трудной для ребенка семейной ситуации (приемные родители, ссоры и развод родителей, появление в семье мачехи или отчима, рождение второго ребенка). Гораздо реже реакция протеста возникает в связи с неудачами в школе.

Еще одной, типичной для подростков, особенно мужского пола, является реакция группирования со сверстниками. «Этот вид реакции, по мнению профессор В.В. Ковалева, проявляется в стремлении подростков образовывать более или менее стойкие спонтанные группы, в которых устанавливаются определенные неформальные отношения, имеются свои лидеры и исполнители, происходит более или менее естественное распределение «ролей», в основе которого чаще лежат индивидуальные особенности личности подростков» [4].

Однако далеко не все авторы одинаково понимают, в чем сущность этой трудной семейной ситуации, в чем основной механизм возникновения реакции протеста. Представители психоаналитической теории Фрейда, которые считают, что основным фактором развития является половой инстинкт, главную причину возникновения реакции видят в изменении любовных взаимоотношений между матерью и ребенком.

Несомненно, правильно, что одна из основных причин реакции протеста – нарушение семейных взаимоотношений. Недостаток любви и ласки матери оказывает пагубное влияние на развитие ребенка. Однако было бы неправильно считать, что отсутствие любви и внимания является единственным фактором, обуславливающим неправильное поведение ребенка. Совершенно необоснованно неотрейдисты придают решающее значение подсознательным механизмам, их патогенному влиянию на сознание, игнорируя содержание сознания ребенка. Ошибочным в приведенных выше исследованиях о причинах возникновения реакции протеста является и то, что ими не учитываются экономические условия, в которых живет и воспитывается ребенок. Фурст справедливо указывает на то, что представители современной психоаналитической школы хотя и говорят о неврозе у детей как о социальном заболевании, все же по существу основное внимание уделяют инстинктам [5].

Неправильное понимание причин и механизма возникновения психогенных реакций протеста у детей приводит и к неправильным выводам в отношении лечения и профилактики этих состояний.

Представители психоаналитического направления предлагают как профилактику реакции протеста дать полную свободу ребенку в выявлении его инстинктивных потребностей, ни в чем не ограничивать его желаний. Родители должны приспособиться к детям.

Против этих методов лечения и профилактики реактивных состояний возражает ряд авторов. Так, Эйе резко выступает против таких принципов воспитания, когда ребенку дается полная свобода действия. Для того чтобы способствовать лучшему расцвету способностей ребенка, его успеху во взрослом состоянии, ему должны быть привиты определенные правила поведения. Нельзя оставлять ребенка в неведении норм социальной жизни, так как это обрекает его на возможность печальных сюрпризов в будущем. Чтобы избежать реакции протеста, пишет автор, нужно много терпения и осторожности, авторитет, пропитанный любовью и нежностью.

Высказывания Эйе вполне справедливы. Необходимо тренировать у ребенка его способности сдерживать себя и бороться с узкими эгоистическими и эгоцентрическими

установками. Поэтому лучшим мероприятием, предупреждающим реакции протеста у детей, является правильное воспитание ребенка в духе товарищества, привитие ему навыков самоограничения, обязательных для жизни в коллективе [6].

Заключение

Далеко не всегда реакцию протеста следует считать патологической. Многие реакции протеста, наблюдаются и у здоровых детей и нередко могут быть расценены как положительное явление, формирующее характер ребенка, ибо в борьбе с жизненными трудностями характер ребенка нередко становится более сильным и устойчивым. Нет сомнения в: том, что реакция протеста ребенка на неправильное поведение родителей, страдающих алкоголизмом, устраивающих дома скандалы, является положительной. Нельзя рассматривать как патологическую реакцию и протестующее поведение ребенка в переходные возрастные периоды. Рост самосознания ребенка, повышение его активности неизбежно приводит к столкновению с окружающими, к борьбе со сложившимися традициями». Негативная фаза пубертатного криза, как мы уже отмечали, почти вся состоит из элементов протестного поведения, однако ни в коем случае нельзя относиться к этой фазе как к явлению болезненному, патологическому.

Для выбора путей воздействия очень важно предварительно выяснить основную причину реакции протеста. В этих случаях, работа должна проводиться не только с детьми, но и с родителями, которые должны быть осведомлены в отношении причин реакции протеста у ребенка и методов правильного подхода к нему. В тех случаях, когда речь идет о тяжелой семейной ситуации, возможно и целесообразно ребенка на время взять из семьи и лечебную работу проводить в условиях психоневрологического стационара. Лечебно-педагогические мероприятия против реакции протеста должны начинаться возможно раньше, иначе она постепенно превращается в устойчивое неправильное поведение и является исходным моментом для формирования патологического характера. Родителям нужно не забывать, что представление о себе, первая самооценка детей в процессе их воспитания является на самом деле интериоризованной оценкой взрослого. Поэтому постоянные замечания, игнорирование пусть даже не всегда успешных попыток детей сделать что-то самостоятельно, недооценка их стараний могут привести в более позднем возрасте к неуверенности в себе, снижению притязаний на успех в осуществляемой деятельности [7-10].

Примечания:

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). М.: Медицина, 1979. 608 с.
2. Реакция протеста. Психотерапия при психопатиях у подростков [Электронный ресурс]. URL: <http://www.special-psychotherapy.ru/psichicheskoe-napryazhenie-v-podrostkovom-vozzraste/reaktsiya-protesta> (дата обращения – 02.04.14).
3. Как закрепляется неправильное поведение? [Электронный ресурс]. URL: <http://baby-plan.ru/malysh/kak-zakreplyaetsya-nepравil-noe-povedenie-ili-что-takoe-reaktsii-protesta.html> (дата обращения – 03.04.14).
4. Реакция протеста [Электронный ресурс]. URL: http://cango.net.kg/dusha_podrostka/28-reakcija-protesta.html (дата обращения – 04.04.14).
5. Гурьева В. Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. 208 с. ISBN 5-232-00477-8.
6. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста Т. 2 / Г.Е. Сухарева. М.: Медгиз, 1959. 400 с.
7. Детская практическая психология: Учебник / Под ред. проф. Т.Д. Марцинковской. М.: Гардарики, 2000. 255 с. ISBN 5-8297-0038-7.
8. Марцинковская Т.Д. История детской психологии: Учебник для студ. пед. вузов. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. 272 с.
9. Реакция протеста у детей. Интеллектуальные нарушения у детей [Электронный ресурс]. URL: <http://meduniver.com/Medical/Neurology/892.html> (дата обращения – 05.04.14).

10. Реакция протеста (оппозиции) у детей. Медикус.ру: [Электронный ресурс]. URL: <http://www.medicus.ru/handbook/disease/reakciya-protesta-oppozicii-u-detej.phtml> (дата обращения – 05.04.14).

References:

1. Kovalev V.V. Psikhatriya detskogo vozrasta (rukovodstvo dlya vrachei). M.: Meditsina, 1979. 608 s.
2. Reaktsiya protesta. Psikhoterapiya pri psikhopatiyakh u podrostkov [Elektronnyi resurs]. URL: <http://www.special-psychotherapy.ru/psichicheskoe-napryazhenie-v-podrostkovom-vozraste/reaktsiya-protesta> (data obrashcheniya – 02.04.14).
3. Kak zakreplyaetsya nepravil'noe povedenie? [Elektronnyi resurs]. URL: <http://baby-plan.ru/malysh/kak-zakreplyaetsya-nepravil-noe-povedenie-ili-chto-takoe-reaktsii-protesta.html> (data obrashcheniya – 03.04.14).
4. Reaktsiya protesta [Elektronnyi resurs]. URL: http://cango.net.kg/dusha_podrostka/28-reakcija-protesta.html (data obrashcheniya – 04.04.14).
5. Gur'eva V. Psikhogennye rasstroistva u detei i podrostkov. M.: KRON-PRESS, 1996. 208 s. ISBN 5-232-00477-8.
6. Sukhareva G.E. Klinicheskie lektsii po psikhologii detskogo vozrasta T. 2 / G.E. Sukhareva. M.: Medgiz, 1959. 400 s.
7. Detskaya prakticheskaya psikhologiya: Uchebnik / Pod red. prof. T.D. Martsinkovskoi. M.: Gardariki, 2000. 255 s. ISBN 5-8297-0038-7.
8. Martsinkovskaya T.D. Istoriya detskoj psikhologii: Uchebnik dlya stud. ped. vuzov. M.: Gumanit. izd. tsentr VLADOS, 1998. 272 s.
9. Reaktsiya protesta u detei. Intellekturnye narusheniya u detei [Elektronnyi resurs]. URL: <http://meduniver.com/Medical/Neurology/892.html> (data obrashcheniya – 05.04.14).
10. Reaktsiya protesta (oppozitsii) u detei. Medikus.ru: [Elektronnyi resurs]. URL: <http://www.medicus.ru/handbook/disease/reakciya-protesta-oppozicii-u-detej.phtml> (data obrashcheniya – 05.04.14).

УДК 159

Реакция протеста как особая форма психогенной реакции у детей

Светлана Новикова

Сочинский государственный университет, Российская Федерация
Кандидат педагогических наук, доцент
E-mail: izsochi@mail.ru

Аннотация. В статье представлен обзор формы преходящегося расстройства поведения у детей – реакции протеста. Описаны виды реакций, раскрываются понятия активного и пассивного протестов. Проанализированы примеры из лечебной практики специалистов.

Ключевые слова: реакция протеста; активный протест; пассивный протест; стрессовая ситуация; клинические проявления; лечебные мероприятия.