

Оглавление

Введение	7
Жизнь в обществе и родительство	8
Как быть с физическими наказаниями и насилием в семье	11
Глава 1. Формы родительского контроля: плюсы и минусы	17
Глава 2. Вовлеченность, привязанность и ответственность	25
Глава 3. Родительские стили воспитания	35
Популярные стили воспитания	46
Традиционное воспитание	55
Глава 4. Родительские практики: формирование и развитие	61
Какие практики однозначно считать вредными	64
Какие утверждения помогают сформулировать более здоровые родительские практики	69
Как связано поведение родителя с плохим обращением с ребенком в его дальнейшей жизни . .	70
Что же помогает?	75
Как родитель может взаимодействовать с подростками, чтобы помочь им социализироваться	77
Глава 5. Личность родителя и личность ребенка	79
Как справляться с трудностями детского темперамента	90
Чем отличаются девочки от мальчиков	97

Как мы становимся родителями	102
Родители родителей.	105
Как бабушки и дедушки могут участвовать в воспитании	113
Глава 6. Достижения и результаты ребенка	115
Последствия воспитания в современной зарубежной литературе	116
Влияние родителей на выбор профессии ребенка.	119
Родительский стиль и его последствия для личности и возможности быть счастливым.	122
Успеваемость	127
Наркотики и алкоголь.	129
Склонность попадать в дурные компании и секты	131
Глава 7. Психологическое состояние ребенка и его представление о мире вследствие родительских стилей воспитания	133
Демократичные и авторитетные родители	146
Гиперопекающие родители.	146
Враждебные родители	147
Сочетание гиперопекающего и безразличного стилей	147
Безразличные родители.	148
Сочетание безразличного и амбивалентного стилей	148
Сочетание демократического и безразличного стилей	149
Авторитарный стиль родительства	149
Амбивалентные родители.	150
Сочетание попустительского и враждебного стилей	150
Сочетание неустойчивого и амбивалентного стилей	151
Сочетание неустойчивого и безразличного стилей	151

Сочетание недирективного (попустительского) и демократического стилей	152
Сочетание авторитарного и амбивалентного стилей	152
Сочетание гиперопекающего и неустойчивого стилей	153
Сочетание авторитарно-попустительского и неустойчивого стилей	153
Сочетание недирективного и авторитарного стилей	154
Сочетание авторитарного и безразличного стилей	154
Сочетание гиперопекающего и авторитарного стилей	155
Недирективный стиль воспитания	155
Сочетание авторитарного и неустойчивого стилей	155
Сочетание гиперопекающего и авторитарно-попустительского стилей	156
Сочетание враждебного и амбивалентного стилей	156
Сочетание авторитарного и враждебного стилей	157
Сочетание авторитарного и авторитарно-попустительского стилей	157
Неустойчивый стиль воспитания	158
Сочетание безразличного и авторитарно-попустительского стилей	159
Авторитарно-попустительские родители	159
Глава 8. Социальный контекст	161
Невротическая депрессия	166
Меланхолия с бредовыми включениями	167
Депрессия с невротическим компонентом	167
Мифы и фантазии, связанные с рождением детей	170
Женские и мужские роли в России	172
Общество как третий родитель	173

Глава 9. Общие рекомендации для родителей, их друзей и родственников	179
Тревожный ли вы человек?	181
Много ли у вас времени?	183
Насколько для вас важно, чтобы ребенок слушался?	186
Насколько вы готовы быть открытыми, честными и чувствительными?	187
Приложение. Мода на воспитание: разные идеи ученых	193
Начало: Фрейд против последователей Павлова	198
Диана Баумринд: контроль как форма заботы	201
Теория привязанности. Ребенок — участник отношений	208
Маккоби и Мартин: ответственность и вовлеченность.	212
Направленность на расширение выборки и изучение последствий разных стилей воспитания (1980–1990-е годы)	214
Наши дни (2000-е годы и далее)	218
Российские исследователи о моделях воспитания	224
Эпилог.	227
Основные термины, используемые в книге	229
Список литературы	236

В ЭТОЙ ГЛАВЕ:

- ✦ как влияет социальный контекст на стили родительского воспитания и детей;
- ✦ что необходимо учитывать при взаимодействии с детьми и родителями;
- ✦ какие есть уязвимые группы населения и как меняется ситуация с детско-родительскими отношениями в таких семьях.

Исследуя влияние на семью, современные ученые учитывают социальный контекст. Существует значительный перекокс в сторону исследований «белых гетеросексуальных традиционных семей с высоким доходом». Отчасти это связано с тем, что значительная часть исследователей относятся к среднему классу и выше; отчасти с тем, что такие семьи отличаются большей стабильностью, легче идут на контакт, более заинтересованы в том, чтобы их дети получили хорошее образование и не были травмированы, поэтому с удовольствием сотрудничают. Однако результаты таких исследований далеко не всегда можно распространить на другие социальные группы, поэтому сейчас данная концепция постепенно меняется.

Иногда дети рождаются у женщин, которые не хотели ребенка по самым разным причинам. Именно такие матери обычно особенно жестоки с детьми, зачастую относятся к ним безразлично или используют другие неблагоприятные стили воспитания. Возможно, довольно неожиданно увидеть такой текст в книге по воспитанию детей, но, говоря о социальном контексте, нельзя обходить такую важную тему, как репродуктивное насилие.

Репродуктивное насилие — многогранное насилие над женщиной, связанное с ее возможностью иметь детей. Первое

направление такого насилия — государственное, когда женщине по тем или иным соображениям отказывают в праве (или ограничивают право) сделать аборт по ее желанию. Второе направление — семейное. В этом случае, как правило, оно сопряжено с сексуальным насилием. Суть репродуктивного насилия в семье в том, чтобы тем или иным способом (угрозами, обманом, убеждением) заставить женщину иметь детей.

В России такое насилие является практически законодательной нормой. Слова о том, что женщина имеет право не рожать ребенка, даже если у нее все в порядке с деньгами, работой, партнером, вызывают, как правило, удивление и шок, настолько современные женщины убеждены, что аборт — это убийство и что пойти на это можно, только находясь на грани. У многих врачей слово «роди» — универсальное лекарство от всех болезней. Доктора обещают уменьшение миом, полипов, снижение болезненности полового акта, обновление организма.

О рисках для женщины говорят гораздо меньше, как и скрывают информацию о том, какое количество беременностей заканчивается выкидышем и насколько важно заботиться о своем здоровье (в России статистика по выкидышам несколько хуже обычной: в Европе выкидышем заканчивается каждая третья беременность, в России — около 40 %). Именно поэтому этически неверно называть плод ребенком — это ухудшает принятие ситуации выкидыша. На самом деле каждая пролайферская реклама, говорящая о том, что плод — ребенок, болезненно бьет по тем женщинам, которые вынуждены были сделать аборт по медицинским показаниям или у которых случился выкидыш. При этом с беременностью ассоциированы такие болезни, как послеродовая депрессия, нарушения опорно-двигательного аппарата, снижение иммунитета и многое другое.

Послеродовая депрессия — заболевание, связанное с рядом факторов, как социальных, так и индивидуальных. С симптомами такой депрессии в той или иной мере сталкивались от 60 до 75 % женщин, особенно уязвимы те, кто был склонен к депрессивным состояниям и до наступления беременности (около трети женщин, которые страдали депрессией до беременности, впадают в депрессию после родов).

По данным Манк-Олсен (Munk-Olsen et al., 2011), у 10–13 % наблюдается послеродовая депрессия даже спустя год после родов. Дюранд (Durand et al., 1994) ассоциирует затяжную послеродовую депрессию с биполярным аффективным расстройством (БАР) примерно в четверти случаев (то есть длительная, больше года, депрессия в 25 % случаев приводит к БАР), при этом примерно треть послеродовых депрессий манифестируется на девятом месяце жизни ребенка и сохраняется в течение 2–3 лет.

Выделяют следующие симптомы депрессии у родивших женщин:

- ◆ сильную усталость, заторможенность и изнеможение;
- ◆ ощущение грусти, безнадежности и страдания;
- ◆ нарушения сна;
- ◆ изменение аппетита;
- ◆ сильное волнение, страх и панику в течение дня;
- ◆ неспособность решать повседневные дела;
- ◆ необоснованное беспокойство за ребенка;
- ◆ мысли о причинении вреда себе или ребенку.

Если описать простыми словами, то послеродовая депрессия выглядит примерно так: маме постоянно хочется спать или плакать либо лежать без сил в темноте, плач ребенка вызывает страх сорваться или сильный гнев, практически отсутствует

умиление ребенком, от мамы требуется высокий самоконтроль, забота о ребенке не радость, а тяжелая обязанность, секс и все, что связано с появлением детей, вызывает глубокое отвращение, отражение в зеркале не радует, и все изменения, которые произошли с телом, вызывают отчаяние.

Причины послеродовой депрессии:

- ◆ сложности во взаимоотношении с супругом, родственниками;
- ◆ конфликтные отношения с собственной матерью, недостаток поддержки родительской семьи;
- ◆ невозможность контролировать жизненные события, беспомощность;
- ◆ перенесенная ранее депрессия (до или во время беременности);
- ◆ недостаток или отсутствие социальной поддержки;
- ◆ низкий социально-экономический статус;
- ◆ алкоголизм;
- ◆ разлучение с ребенком сразу после родов;
- ◆ тяжелые переживания после предыдущих родов, выкидышей, ЭКО, абортов (после нескольких неудачных ЭКО даже благополучная беременность вызывает сильные переживания);
- ◆ стресс или неприятные события во время беременности (смерть родителей или близких родственников, переезд на новое место жительства);
- ◆ ранняя выписка из больницы после родов;
- ◆ тяжелый предменструальный синдром (ПМС) в анамнезе;
- ◆ гормональные изменения (резкое снижение гормонов после родов, уровень некоторых из них падает катастрофически);

- ◆ наследственная предрасположенность к депрессии;
- ◆ трудная адаптация к роли матери;
- ◆ хроническое переутомление.

Послеродовая депрессия имеет три типа тяжести:

- ◆ послеродовая тоска или печаль, как правило, связанные с гормональным спадом; это не очень приятное состояние грусти и упадка сил, которое проходит в течение нескольких недель (иногда женщина даже не формулирует его как какую-то проблему), оно не связано с нарушением жизнедеятельности, не влияет на интеллект и эмоциональную сферу в дальнейшем;
- ◆ послеродовая депрессия — выраженное длительное состояние упадка сил, беспомощности и отчаяния (обычно помогают медикаменты и психотерапия);
- ◆ послеродовой психоз — тяжелое состояние, связанное с полной неспособностью ухаживать за собой и ребенком (встречается довольно редко, требует помощи медиков).

Послеродовые депрессии также характеризуются по рисунку протекания (О'Хара, 1994).

Невротическая депрессия

Характеризуется нарастанием депрессивных симптомов, появившихся еще во время беременности, таких как жалобы на самочувствие, боли, слезливость, сильная тревога в конце дня, снижение самооценки, нарушение режима сна, зависимость от мнения окружающих, страх быть плохой матерью. Сорок процентов женщин попадают с таким диагнозом к специалистам.

Меланхолия с бредовыми включениями

Женщина становится заторможенной, появляется склонность к саморазрушительным мыслям, ей кажется, что она абсолютно несостоятельна, плохо понимает, на что способен ее ребенок, не может заботиться о нем, может не узнавать близких людей, не понимать, где она находится, страдать от резкого возбуждения, сменяющегося полной потерей сил и безразличием к собственному окружению. В ряде случаев появляются галлюцинации: женщине кажется, что ребенок умер, ее голова взорвалась, ее убили или посадили в тюрьму за то, что ребенок упал, и пр.

Депрессия с невротическим компонентом

Расстройство ипохондрического характера: у женщин много соматических жалоб, болей, как правило, скорее выдуманных, нежели настоящих (меняется локализация в сторону невралгий, головных болей, состояния «мне плохо»), выраженная астения, отсутствие сил, бессонница, потеря массы тела, навязчивый страх нанести вред ребенку (придавить во сне, уронить и пр.).

Депрессивное состояние матери влияет не только на ее дальнейшую жизнь, но и на жизнь ребенка. Кон (1989) говорит о том, что матери с послеродовой депрессией обращаются с детьми либо как автомат (они слабы, бесчувственны, грустят, поведение ребенка им неинтересно), либо как натянутая струна (они напряжены, перегружены, часто с замершей мимикой), либо грубо, бесцеремонно и с раздражением. В ряде случаев матери сочетают три этих проявления по отношению к ребенку.

По данным Келлера и др. (1986), до 40 % детей, чьи матери находились в тяжелой депрессии, а также других психотипических состояниях (БАР, пограничное состояние личности и т. д.), во взрослой жизни были вынуждены обращаться за помощью.

Трагедией является также то, что послеродовая депрессия редко признается близкими женщины: считается, что уставать с ребенком до полусмерти нормально, что это с ней что-то не так, если она не чувствует себя счастливой. Также нормальными считаются социальная изоляция («О чем с ней говорить, у нее одни подгузники на уме!»), отсутствие поддержки («Дети — это проблема родителей») и отсутствие денег («Ну конечно, у вас же расходы выросли, а работать ты пока не можешь»). И вся тревога, отчаяние, тоска женщины остаются с ней, она не может вырваться из этого круга и обратиться к специалисту (по данным опросов, мужа, как правило, недостаточно вовлечены в заботу о ребенке и часто не вникают в проблемы жен; матери слишком тревожны; подруги редко навещают молодых матерей).

Однако важно внимание каждого — и подруги, и мамы, и мужа, и психолога. В этом случае выздоровление наступает в 80 % случаев. Для лечения послеродовой депрессии применяют арт-методы, терапевтическую беседу, эмоциональный коучинг (обучение новым способам поведения при сильных раздражителях и эмоциональном выгорании). При грамотной терапевтической и медикаментозной поддержке (позволяет снизить эффект гормонального и эндорфинового спада) ремиссия наступала к 4,5 месяца ребенка и продолжалась несколько лет, в то время как при отсутствии лечения депрессия у большинства женщин проходила только к 18 месяцам жизни ребенка, а в ряде случаев усугублялась и переходила в более серьезные заболевания.

Именно поэтому пролайферская позиция «ребенок — это всегда радость» неверна. Для женщины это определенная угроза

жизни, телесному и психическому здоровью (при довольно высокой вероятности недоносить беременность до появления малыша). Однако об этих рисках женщинам не принято сообщать, их вводят в заблуждение, а расплачиваются за эти риски сами женщины и их дети.

К сожалению, современная политика государства направлена на то, чтобы аборт считался таким же ужасным проступком, как оставление детей в опасности или самоубийство, хотя на самом деле никаких социальных институтов для того, чтобы забеременевшая женщина чувствовала себя безопасно и могла рожать, нет и не предвидится.

При этом социальное мнение сдвигают в сторону, что женщина не должна работать на высокооплачиваемой работе, участвовать в политической, деловой и социальной жизни наравне с мужчиной. То есть женщина должна родить ребенка, не опираясь ни на социальные гарантии (такие как качественная медицина, пособие по уходу за ребенком и хороший детский сад), ни на свою работу, занятость и социальный статус. Это означает, что женщине в качестве поддержки предлагается ее муж, что при современном уровне ответственности мужчин, их слабой вовлеченности в воспитание детей и невысоком уровне доходов означает, что мы «приглашаем» женщину в бедность, одиночество и боль.

В таком социальном контексте то, что женщины в принципе не перестают рожать, можно расценивать как чудо, последствия упрямой биологии и низкой информированности о контрацепции. По данным «Левада-Центра» (2017), 39 % опрошенных среди 1600 человек узнали о контрацепции от сверстников и друзей, 19 % — на собственном опыте, 18 % — из книг по медицине, 24 % — из журналов, СМИ и Интернета, что означает полное отсутствие информирования детей в семьях и школах.